

REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

**LA POLIVALENCIA DEL
INTERNISTA: SU PLASTICIDAD**

Discurs d'ingrés llegit per l'acadèmic electe
CELESTINO REY-JOLY BARROSO

el dia 13 d'octubre de 2013
en l'acte de la seva recepció

Discurs de resposta de l'acadèmic numerari
MÀRIUS FOZ i SALA

Barcelona
2013

LA POLIVALENCIA DEL INTERNISTA: SU PLASTICIDAD

REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

**LA POLIVALENCIA DEL
INTERNISTA: SU PLASTICIDAD**

Discurs d'ingrés llegit per l'acadèmic electe
CELESTINO REY-JOLY BARROSO

el dia 13 d'octubre de 2013
en l'acte de la seva recepció

Discurs de resposta de l'acadèmic numerari
MÀRIUS FOZ i SALA

Barcelona
2013

*Tu sola, hermosa Gades, tu sola te'n dolgueres;
naix de tan pit un drago plorós vora aquel fanch,
y ab son fullàm d'espasa vert cobricel li feres.
Que l'arruxà molts segles ab llàgrimes de sanch.*

Jacint Verdaguer
L'ATLÀNTIDA
(Canto vuytè; L'ENFONZAMENT)

*Sólo tú, hermosa Gades, sólo tú le plañiste;
junto a aquel fango, un drago de tu seno nació,
con su fronda de espadas, verde dosel le hiciste
y él, por siglos, con llanto de sangre le lloró.*

(Fragmento del poema La Atlántida, escrito en castellano y catalán en un conjunto de baldosas que se encuentra en una de las paredes del patio central de la Facultad de Medicina de Cádiz. Se ha respetado escrupulosamente tanto la versión catalana como la traducción al castellano. En la parte inferior de cada baldosa constaba el nombre de cada uno de los catalanes, profesores y estudiantes de Medicina, que vivían por aquel entonces en el Colegio Mayor Beato Diego José de Cádiz).

Discurs d'ingrés llegit per l'acadèmic electe
CELESTINO REY-JOLY BARROSO

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

Cuando en la vida profesional personal, ya de larga trayectoria, se alcanza por libre decisión de los ilustres académicos un lugar tan preeminente y, a la vez tan emotivo, como es la designación para ocupar un sitial en la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, mis primeras palabras no pueden ser más que de agradecimiento a todos sus miembros por la elección de un foráneo, con más de 45 años de convivencia en esta bella Ciudad Condal, para compartir las actividades de esta ilustre institución.

Pero tras este agradecimiento quiero dirigir mis palabras a quien ha sabido sostener hasta el último momento mi apoyo y mi entusiasmo, renunciando en no pocas ocasiones a sus propias aspiraciones, que quedaron parcialmente truncadas por mi egoísmo personal. Ha sido afortunadamente la acumulación de muchos años de amor y alegrías lo que nos ha mantenido unidos, aunque como es lógico en toda relación humana tampoco han faltado los sinsabores. Me estoy refiriendo, como pueden ustedes deducir a mi querida esposa, la doctora María Isabel Maura Solivellas, quien durante más de 30 años ha compartido la trayectoria que culmina con el acto de hoy. A ella le debo todo, y mis sentimientos y mis palabras desean expresarle mi eterno agradecimiento.

Nuestras hijas, María Isabel y Carlota, hoy también entre nosotros, no han sido ajenas a la ayuda que he recibido, especialmente cuando tantas veces la ausencia del padre se ha traducido en una lejanía tan poco anhelada por ellas como necesaria por mis cuitas. No sé si por razones de edad tendré tiempo para resarcirlas de las

desilusiones que involuntariamente les he ocasionado. Pero sí que intentaré con la máxima intensidad que la vida me permita recuperar el tiempo perdido.

A otros hijos que he tenido de un matrimonio anterior, desgraciadamente no presentes por razones diversas, y con los que la convivencia temporal fue menor, les debo agradecer el estímulo que representaron en su momento para el desarrollo de mi carrera profesional y académica.

Junto a las personas más cercanas, quiero dedicar un recuerdo entrañable a mi padre, el doctor Rey-Joly Velázquez, que por azar de la vida y como consecuencia de la guerra incivil que se vivió en el pasado siglo tuvo que renunciar a su particular vocación y ejercer hasta una edad muy longeva la Medicina Pública Domiciliaria en la ciudad de San Fernando, Cádiz, hasta el final de sus días. Sus excelentes profesionalidad y humanidad determinaron que aun en vida, y en pleno uso de sus facultades, fuera distinguido con la Medalla de Oro de la Ciudad y con la rotulación de una calle de la ciudad de San Fernando con el nombre de Dr. Rey-Joly Velázquez. Mi madre, abnegada esposa, educadora de 6 hijos, siempre a su lado, representó un auténtico puntal en nuestras vidas y contribuyó indudablemente, con su manera de ser, al reconocimiento del que fue objeto su marido.

Muchas otras personas deberían quedar incluidas en este apartado de agradecimientos, pero entenderán los señores académicos que el espacio y el tiempo no permiten más que queden globalmente reseñadas. La ayuda prestada y desinteresada en todo momento por mis hermanos, primos, parientes más o menos lejanos o mi admirable familia política no han hecho más que hacerme patente su estímulo con el fin que pudiera conseguir mis más altas aspiraciones y ambiciones.

Finalmente, deseo dejar reflejados a los numerosos amigos, quienes sin queja, y a veces superando dificultades, me han proporcionado su apoyo y su tiempo en mi quehacer. A ellos también quiero dirigir este agradecimiento.

MI PREDECESOR

Suele ser usual y con toda seguridad de justicia, hacer una breve semblanza de mi predecesor en el cargo que espero ocupar. La medalla que si el Excel·lentíssim Senyor President tiene bien a imponerme cuando concluya este acto perteneció al Molt Il·lustre Acadèmic ya desaparecido Lluís Barraquer i Bordas. El doctor

Barraquer nace en Barcelona el 7 de abril de 1923, dentro de una prestigiosa saga de neurólogos. En efecto, su abuelo el Dr. Lluís Barraquer i Roviralta está considerado como el fundador de la Neurología como especialidad médica en el antiguo Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, al que más tarde sucede en el cargo de la dirección del Servicio su hijo el Dr. Lluís Barraquer i Ferré.

Con este bagaje no es de extrañar que desde muy joven se sintiera atraído por la Neurología. Los estudios de Medicina los inicia en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, y en esa Facultad tuvo como profesor de Neurología al doctor Carlos Oliveras de la Riva, del que siempre conservó un gran afecto y admiración.

Pronto se incorporó a diversos centros hospitalarios, durante estancias relativamente breves, a la vez que seguía su formación junto a su padre en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Durante 17 años (1950 a 1967) fue director del Dispensari de Neurología en la Cátedra de Patología General del Hospital Clínico, primero bajo la dirección del doctor Joaquim Nadal y más tarde de la del profesor Arturo Fernández Cruz.

Aunque no mantuvo estancias prolongadas fuera de Cataluña, sí que la correspondencia epistolar fue muy numerosa y, aunque a distancia, consideraba sus maestros a Van Bogaert, a Denny Brown y a Julián Ajuriaguerra. Este último, por cierto, fue el director de la Tesis Doctoral que defendió en 1966 en la Universidad de Navarra.

Su carrera universitaria se inicia en la Universidad de Navarra, de la que fue nombrado Profesor Extraordinario de Neurología en 1967. Cuando se crea en 1968 la Universidad Autònoma de Barcelona pasa a dirigir un programa de enseñanza longitudinal de la Neurología, al que dirigía todo su empeño y que se tradujo en unos resultados docentes de una gran valía. Ocupó los cargos de Profesor Agregado de la asignatura y posteriormente el de Catedrático Honorario de Neurología.

Toda su vida la pasó trabajando en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, siendo director efectivo de Neurología desde 1972 a 1977, pasando posteriormente a Director Honorario del citado Servicio.

Su producción científica es muy extensa y ha alcanzado límites de magisterio insospechado. Si bien en la primera época trataba de temas monográficos, su obra que ha quedado como expresión de su pensamiento neurológico ha sido sin duda su *Neurología Fundamental*. Se editaron tres ediciones (1963, 1968 y 1976), que-

dando en puertas una cuarta edición que no pudo ver la luz. Es, sin duda, una obra original y única porque en su planteamiento trata de aportar las bases neurofisiológicas y fisiopatológicas de la clínica neurológica.

Otro de los temas por el que sentía una gran predilección fue por la Neuropsicología, y el año 1981 cofundó la Sociedad Catalana de Neuropsicología de la que fue su primer presidente. No obstante, su saber era enciclopédico y era la persona idónea para consultar u orientarse en cualquier tema neurológico.

Ingresó como Académico Numerario en esta Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya el 11 de mayo de 1988 con el discurso titulado *Mig segle de Neurologia Clínica viscuda*, desglosado en 28 apartados que seguro me agradecerán que no los enumere, siendo contestado por el Molt Il·lustre Acadèmic Numerari Professor Belarmino Rodríguez Arias.

Esta vida tan intensa tuvo su final a los 87 años, en la madrugada del 6 de abril de 2010, en su casa de Sant Climent de Llobregat, Barcelona, rodeado de toda su familia.

Es lógico que tal magnitud tuviera también su reconocimiento público y, entre las numerosas distinciones y reconocimientos que obtuvo en vida, solo les citaré la Presidencia y Miembro de Honor de la Sociedad Catalana de Neurología, Doctor *Honoris Causa* por la Universidad Rovira i Virgili y la concesión por parte de la Generalitat de Catalunya de la Creu de Sant Jordi.

BREVE BOSQUEJO DE POR QUÉ ELEGÍ CATALUÑA

Aunque mi mayor virtud no sea la de expresar abiertamente mi sensibilidad, me ha parecido oportuno hacer algunos comentarios acerca de por qué fue esta mi elección y no otro lugar de la geografía hispana, en el que la formación en Medicina Interna también estaba reconocida al alto nivel que la que se ofrecía en Barcelona.

Para ello debo remontarme al poema que figura al comienzo del discurso, perteneciente a *L'Atlàntida*, de Jacinto Verdaguer. Aunque cueste trabajo creer, mi llegada a la Facultad de Medicina de Cádiz supuso el descubrimiento de que en otros lugares de esta piel de toro se hablaba otra lengua que allí estaba escrita y a la que le daba sombra el hermoso Drago, hoy ya marchito por no sé qué extrañas circunstancias.

La tierra donde se hablaban dos idiomas debía ser culturalmente mucho más rica y atractiva que la que utilizaba uno solo en su comunicación y esta fue quizá la semilla, sin ser del todo consciente, que Cataluña debería ser mi destino. Pero antes, sin saberlo y lógicamente por razones que solo explica el desconocimiento, mi padre me había hablado de una auténtica eminencia, que aunque permaneció poco tiempo en Cádiz, pudo impartir a los alumnos de la promoción que finalizó en 1931 el último curso de la Patología y Clínica Médicas. Me refiero al Profesor Joan Cuatrecasas i Arumí, que por circunstancias adversas, conocidas por la mayoría, tuvo que exiliarse años más tarde en la República de Argentina. Fotografiado con sus discípulos predilectos, los que más tarde han sido conocidos como “alumnos internos”, mi padre se encontraba a la derecha del Profesor Cuatrecasas entre otros cinco o seis de los elegidos. Este recuerdo fotográfico, que obra en mi poder, lo conservo “como oro en paño”, y por lo que tengo entendido es el único ejemplar que aún existe.

Muy brevemente, haré un sucinto repaso del profesorado que desde Cataluña se encontraba en tierras gaditanas. A unos les conocí y trabé una amistad que ha perdurado en el tiempo. A otros los vi, o simplemente los oí, y a otros los tuve como profesor activo (numerario) durante algunos años de la carrera. Del ver y oír sólo quiero nombrar al Profesor Santiago Vidal Sivilla, digno miembro que fue de esta Corporación, cuando preparaba su regreso definitivo a esta tierra y, de lejos también, pude observar la desbordante alegría del Ilustre Académico Profesor Domingo Ruano, gran triunfador de las oposiciones a una de las cátedras de Anatomía de la Universidad de Barcelona. Mi primera impresión, francamente positiva, ya como alumno, fue asistir a las enseñanzas magistrales del Profesor Diego Ferrer y Fernández de la Riva. No exagero si reconozco que sus explicaciones constituían un gran foco de atracción. En el primer curso de la licenciatura tuvimos la suerte de contar con la incorporación del Profesor Antonio Balaguer López, primer sustituto del Profesor Vidal Sivilla, quien demostró ampliamente su habilidad para hacernos fácil y comprensible la en aquellos momentos “horrible” Bioquímica.

Poco algo más de un curso permaneció el Profesor Balaguer entre nosotros, y el curso siguiente fue sustituido por mi admirado y respetado amigo el Profesor Ramón Segura Cardona, hoy miembro también de esta Ilustre Corporación. El Profesor Segura, además de hacernos aprender la Fisiología y algunos conceptos

fisiopatológicos, nos enseñó cómo se puede ser un buen docente, una persona tímida y un amigo que, en ocasiones, desarrollaba una cierta capacidad inhibitoria al acercamiento de los estudiantes cuando vestía con prestancia un uniforme militar.

El último al que me debo referir, y al que le teníamos el máximo respeto, es al Profesor Pedro Farreras Valentí. Personalidad con la que posteriormente, aquí en Barcelona, mantuve una excelente relación. En algún sitio he dejado plasmado el aspecto “lorquiano” que me despertaba su imagen, quizás influido por mis inclinaciones literarias de aquella época: moreno de piel, vestido de negro y habitualmente sentado solo en el comedor del Colegio Mayor Beato Diego de Cádiz, que era donde vivíamos. Para nosotros era el autor del libro de referencia que deberíamos aprender, más tarde, al pie de la letra. Fue una verdadera pena que una enfermedad inesperada fuera el motivo de su tan corta estancia en la Facultad de Medicina de Cádiz.

Más adelante fueron apareciendo los diferentes tomos de la magnífica obra de la *Patología y Clínica Médicas* del Profesor A. Pedro Pons. Creo que no ha existido otro tratado en lengua española que pueda ser comparable a esta ingente fuente de formación.

Si sumamos todos los elementos que hemos ido nombrando, creo que ya con más plena conciencia, la decisión de mi destino cada vez estaba más clara. Por cierto, unos meses antes de mi llegada a esta ciudad se trasladó a Barcelona como Catedrático de Pediatría el Molt Il·lustre Acadèmic Profesor Manuel Cruz Hernández, quien “arrastró” a un grupo de licenciados (Andrés Cárdenas, José Miguel Díez Santos, Manuel Santana o Rafael Jiménez) que siguieron al maestro en esta nueva andadura. Quizás, al fin, me planteé la pregunta: si yo quería ser un buen internista ¿por qué no trasladarme al lugar donde tenía el convencimiento que estaban los mejores?

Al terminar la licenciatura, un médico de San Fernando que había realizado un curso de electrocardiografía en la Clínica Médica A del Profesor A. Pedro Pons, se ofreció a escribir una misiva de recomendación al Doctor Ramis Pichardo, responsable en la Sala de Mujeres del Gabinete Cardiológico. Recuerdo que su susto fue mayúsculo al leer la carta de recomendación porque, eso sí, muy amablemente, me dijo que el “Jefe” no tendría oportunidad para hablar conmigo. Pero como la tozudez va ligada a la ignorancia y, lógicamente, también a la edad temprana,

me esperé en el pasadizo central de la Sala de Mujeres, que es donde aquel día le tocaba al Profesor Pedro Pons pasar visita. Con una cierta osadía, no puedo utilizar otro término, le entregué la carta de recomendación, y, a tenor de la mirada que me lanzó, que no auguraba nada bueno, me contestó: “dudo mucho que te quedes conmigo; ningún andaluz me ha aguantado”. Pero automáticamente, dirigiendo su mirada al fondo del pasillo, vio a una persona que se dirigía hacia nosotros y me dijo: “acércate a aquel médico y dile de mi parte que a partir de mañana trabajarás con él”. Se trataba del actualmente Molt Il·lustre Acadèmic y amigo el Profesor Màrius Foz i Sala.

A partir de ese momento el Profesor Màrius Foz i Sala se convirtió en mi verdadero maestro, me enseñó todos los entresijos de la Medicina Interna, me abrió los ojos ante el sufrimiento ajeno y, además de que me hace el honor de contestar al discurso de recepción, me incorporó, como a la antigua usanza, como un miembro más de su exquisita familia.

El encuentro con el Profesor Pedro Pons al que antes me he referido fue la luz verde que abrió el camino de mi incorporación a la Clínica Médica A. Las emocionantes vivencias, profesionales y humanas, durante los algo más de tres años que permanecí en aquel auténtico “pozo de la ciencia” las tengo celosamente guardadas en el disco duro de las emociones.

Entre 1965 y finales de 1968 la Clínica Médica A fue mi segunda residencia y personalmente representó la más gratificante experiencia que nunca pude imaginar. Recibí la mejor formación en el cultivo de la Medicina Interna y en la de otras especialidades o subespecialidades, derivadas o surgidas del tronco común, que brotaban pujantes en el seno de la Escuela. No es mi intención hacer una relación de los integrantes de la Clínica Médica A, básicamente para no caer en el riesgo de un olvido no deseado, pero sí deseo destacar que todos los colaboradores, auténticos maestros en sus parcelas, fueron unas personalidades médicas indiscutibles que sembraron, abonaron y recogieron o vislumbraron en vida el fruto de una concepción diferente de la Medicina. En este ambiente pletórico de actividad se cumplía una de las sentencias que en alguna ocasión había utilizado el Jefe, como cariñosamente llamábamos al Profesor Pedro Pons: “los integrantes de una escuela médica constituyen una prolongación de la familia de cada uno de nosotros”.

Y esto que acabo de decir ha quedado reflejado en mi personal relación con algunos de los miembros de la Escuela. Además del Profesor Foz, al que antes he aludido, el Doctor Juan Pedro-Botet, desaparecido hace unos años, y el Doctor Leandro Pedro Solé, felizmente entre nosotros, humanamente personalidades excelentes y magníficos profesionales, me distinguieron desde el primer momento con un cariñoso apego y con el de su familia fraguándose un estrecho vínculo que no ha hecho más que incrementarse con el paso del tiempo. Asimismo, por razones de edad, trabé una relación amigable diferente, más profunda e indisoluble, con algunos de los médicos de la Sala de Mujeres, los Doctores Antoni Mirada, Pep Canals, Jaime Guardia y Juan Rubiés, y con otros de la Sala de Hombres, los Doctores Cayetano Permanyer, Jaime Clapés y Gabriel Villegas. Juntos vivimos la última etapa de la Clínica Médica A y juntos nos trasladamos a la Residencia Sanitaria de la Seguridad Social “Francisco Franco” siguiendo al Jefe y, tras su fallecimiento en 1971, gozamos de una fructífera etapa bajo la dirección del Profesor Joaquín Tornos. A pesar de las distancias que con algunos de los nombrados el devenir nos ha impuesto, nuestra amistad permanece inalterable hasta hoy.

Solo dos palabras más para terminar este apartado, dirigidas en este caso a los Molt Il·lustres Senyors Acadèmics Francesc M. Domènech i Tornè y Antoni Caralps i Riera, que han tenido la gentileza de acompañarme en la introducción a esta Sala. Ambos me incluyeron asimismo en su familia, sirviéndome de acompañantes cuando la soledad era mi norte. Pero es que además, sin ellos, sin sus desinteresados concursos, no habría podido realizar mi Tesis Doctoral. Tesis que fue el inicio de una vida profesional, que personal y académicamente está obligada en estos momentos a enfilarse otros rumbos.

LA PLASTICIDAD DEL INTERNISTA

Al abordar el tema crucial de nuestro discurso no puedo menos que partir de la situación que en las últimas décadas le ha tocado vivir a la especialidad médica a la que me he dedicado.

Con el desarrollo de las especialidades o subespecialidades médicas, en ocasiones de forma sobredimensionada, y la creación de la Medicina Familiar y Comunitaria, a la Medicina Interna se le ha ido acotando su amplísimo campo de actuación

tradicional, resultando en muchas ocasiones difícil de definir cuáles son en realidad su concepto y sus límites. Al internista no le resulta en absoluto desconocida la pregunta sobre cuál es el papel de la Medicina Interna, como tampoco constituye una novedad la dificultad que supone responderla de forma satisfactoria.

¿Cómo puede definirse la Medicina Interna? Contestaré a esta pregunta con la que el Muy Ilustre Profesor Màrius Foz incluía en su discurso de ingreso en esta Real Acadèmia el 7 de mayo de 1995: “especialidad que permite proporcionar una atención clínica integrada y completa, basada en un profundo conocimiento científico, a los pacientes adolescentes y adultos afectados por procesos no quirúrgicos”.

Pero desde la segunda mitad del siglo pasado ha existido una honda preocupación por la tan traída y llevada crisis de la Medicina Interna. Por citar solamente algunos ejemplos, recordemos a nivel mundial las excelentes y tempranas contribuciones al tema de los estadounidenses Petersdorf y Tarlov. Si nos centramos en nuestro entorno, figuras tan destacadas del internismo como Balcells, Pedro Pons u Ortiz Manchado han analizado en profundidad en el último cuarto del pasado siglo, y desde diferentes perspectivas, la problemática de la Medicina Interna. Y si nos remontamos atrás en el tiempo, el Profesor Farreras, en una entrevista publicada en *Tribuna Médica* en 1968, como Presidente que era de la Sociedad Española de Medicina Interna, tampoco se muestra optimista: “cada día hay menos internistas...”, pero en su sano juicio, añade: “el internista se relaciona con todas las especialidades, pero sobre todo con la cirugía. Muchas enfermedades internas son en determinadas fases del dominio del cirujano (...), y el internista debe entonces relacionarse con él para solucionarlas de común acuerdo y continuar luego asistiendo a su paciente si quedó con defectos ya no operables”. Es la primera vez que, tan distante como hace casi 50 años, un internista cabal encuentra y define con claridad meridiana cuál es una de las misiones *plásticas* de la Medicina Interna. Ya en época más reciente los Profesores Rozman y Foz, en unas magníficas aportaciones aparecidas en *Medicina Clínica* en 1981 y 2007 respectivamente, abordan la grave crisis vivida por el internismo, en intensidad y duración, y delinean soluciones conducentes a superar la dificultad desde las vertientes asistencial, docente e investigadora.

No cabe duda de que se ha cumplido un ciclo representado por una medicina elitista, centrada en el diagnóstico diferencial, más propia de los antiguos hospita-

les clínicos (por cierto, valor al que no negamos su mérito), al de la prescripción de un plan terapéutico que haga desaparecer como por encanto las manifestaciones de la enfermedad.

Sin embargo, esta situación crítica muestra indicios positivos de superación desde finales del siglo xx y tiende a consolidarse durante los albores de este siglo. Ello se debe, a mi entender, a la conjunción de diversas circunstancias: nuevas necesidades de atención al paciente a las que la Medicina Interna ha demostrado ser capaz de responder satisfactoriamente, la vitalidad de las sociedades científicas, los congresos de la especialidad y muy especialmente los grupos de trabajo formados por internistas de todo el Estado y auspiciados por la Sociedad Española de Medicina Interna.

En el camino de la superación y estabilización de la crisis, la especialidad ha de hacer un esfuerzo de adecuación de sus competencias a las responsabilidades que ya atiende y a las nuevas que tendrá que asumir, y para ello cuenta con una de sus principales características que es la *plasticidad*, es decir, la capacidad de asunción de nuevos cometidos y su adaptación a ellos. Así, en los hospitales deberá atender además de a la hospitalización, las urgencias, la policlínica que está experimentando un gran crecimiento, las cada día más numerosas interconsultas, la coordinación y colaboración entre diversos niveles asistenciales y la de trabajar en equipos multidisciplinares, sea como líder o como un elemento más del grupo. Pero sobre todo, y es lo que expondré posteriormente, con la incorporación a unidades o áreas específicas derivadas de la creciente complejidad en la atención hospitalaria de los pacientes y de las diferentes alternativas asistenciales promovidas desde la administración.

En esta intervención me voy a referir exclusivamente a los hospitales de tercer nivel, y en concreto de la experiencia vivida en el Hospital Germans Trias i Pujol, ya que el adentrarnos en los centros comarcales, con todas sus ventajas pero con casi carencia del desarrollo de muchas de las especialidades o subespecialidades médicas el diferente modelo organizativo desbordaría sobremanera el contenido de lo que deseo transmitir. Pero sí que constituye un ejemplo paradigmático del papel distinto, de la máxima importancia, que tiene el internista en este modelo asistencial comarcal caracterizado por la atención integral de los pacientes hospitalizados por procesos no quirúrgicos.

Cuando nos trasladamos en 1983 al Hospital de Can Ruti, la práctica médica fue sutilmente cambiante, y después de algunos años empieza el especialista en Medicina Interna a encontrar “huecos” que parecían no ser propiedad de nadie. No puedo dejar de citar al menos dos circunstancias generales que contribuyeron a estos hechos:

- por un lado, el aumento exponencial de lo que suponía el gasto farmacéutico y la estancia hospitalaria;
- y por el otro, pero íntimamente ligado al anterior, la mejoría sanitaria de la población, de indudablemente mayor edad, que también solicitaba mayores recursos.

¿Qué ha pasado pues con los internistas de mi hospital? Que en algunas ocasiones se han debido adaptar a la demanda de la sociedad (humana y gerencial), y que a nuestro juicio supuso una oportunidad, ductilidad o plasticidad que el internista debía afrontar y asumir. Pero no puede hablarse solo de adaptación, sino del interés positivo del Servicio de Medicina Interna en cubrir necesidades asistenciales mediante la dedicación de internistas especialmente preparados e interesados en las diferentes áreas. La puesta en funcionamiento de estas áreas que brevemente comentaré a continuación, abarca los años 1983 a 1999, época en la que detenta la jefatura del Servicio el Profesor Màrius Foz, y la comprendida entre 1999 y 2012, que es cuando me corresponde dirigir el Servicio de Medicina Interna.

LA UNIDAD DE DESINTOXICACIÓN

El primero de los elementos que surgió de “novo” fue la eclosión que en nuestro ámbito experimentaron la utilización, habitualmente entre la juventud, de las drogas clásicas y de otras de diseño. La promiscuidad sexual, el compartir jeringas o a veces la ignorancia, desarrolló una nueva patología difícil hasta aquel momento de imaginar. Lesiones vasculares en los sitios de inyección, endocarditis derechas, aumento exponencial de la tuberculosis pulmonar o los fallecimientos por sobredosis. Esta fue nuestra primera experiencia que debieron ocupar los especialistas de Medicina Interna que aprendimos nuevas formas de luchar contra la enfermedad. En un principio, los pacientes a cargo del Profesor Jordi Tor debieron permanecer

en una sala de hospitalización convencional, pero a partir de 1987 se convoca una plaza específica para esta adicción y los pacientes se trasladan a una planta aislada en situación de semiaislamiento bajo la responsabilidad del Profesor R. Muga. En esta nueva etapa se ha incluido además a pacientes con adicción al alcohol. Por cierto, las circunstancias económicas actuales no permiten mantener abiertas al 100% y durante todo el año las camas destinadas a este cometido que la población necesitada demanda. No obstante, se debe señalar que la atención a pacientes adictivos a algunos de los aspectos nombrados desde la apertura de este recurso asistencial ha sido de 1.761 enfermos ingresados (2.217 episodios de ingresos).

Para llevar a cabo esta actividad nos nutrimos de proyectos de investigación financiados por agencias públicas. Investigadores de este grupo pertenecen a la Red de Trastornos Adictivos (RTA) del Instituto de Salud Carlos III, a la vez que mantiene colaboraciones con otros grupos y estudios multicéntricos nacionales y europeos como la RETICS-Red de Sida, el estudio multicéntrico europeo sobre VIH (CASCADE Collaboration), financiado por el VI y VII Programas Marco de la Unión Europea y el Proyecto EuroCoord, dentro del VII Programa Marco.

La internacionalización del grupo también está garantizada, al menos durante este año, por la estancia investigadora del Doctor Daniel Fuster en la Boston University School of Medicine, Department of General Internal Medicine, financiada por el Ministerio de Educación/Fundación Española para la Ciencia y Tecnología.

Las publicaciones nacionales e internacionales han sido numerosísimas y la captación de recursos en el período comprendido entre 2003 y 2012 de 679.500 euros.

EL HOSPITAL DE DÍA DEL SIDA

Todo el mundo es consciente de que aproximadamente durante la misma época explota una enfermedad que ha causado miles de estragos a nivel mundial. Me refiero al síndrome de inmunodeficiencia adquirida, que si bien en nuestro medio, hoy día se puede hablar de mejor control y menor morbi-mortalidad, continúa matando a millones de personas que siguen sin poder recibir el tratamiento adecuado.

Casi paralelamente, el año 1981 vivimos la eclosión del sida, una nueva enfermedad infecciosa que cambiaría los paradigmas existentes hasta ese momento. Dos años después se identifica el virus de la inmunodeficiencia humana como su agente causante, y ya en el año 1985 se crea en nuestro centro el primer hospital de día del sida. Un modelo asistencial y de investigación liderado por un joven internista, el Doctor Bonaventura Clotet, que supo identificar en ese momento los retos y necesidades que representaría esta enfermedad.

Su abordaje se hizo desde una perspectiva multidisciplinar, aunando esfuerzos con un competente equipo de enfermería, psicólogos, dietistas, trabajadores sociales,... Lo que para muchos era una nueva peste representó para nosotros un reto que ha permitido crear uno de los grupos de referencia a nivel internacional en el tratamiento e investigación contra esta enfermedad.

Con más de 15.000 pacientes visitados, 500 estudios y ensayos clínicos y 700 publicaciones, su modelo ha combinando la excelencia en el tratamiento con la investigación más avanzada. Esto ha permitido que gracias al acceso a nuevos fármacos a través de la investigación, muchas personas hayan podido sobrevivir a un pronóstico fatal hasta hace pocos años.

Pionero en la inseminación segura, el diagnóstico precoz, el uso de la carga viral y las resistencias, el tratamiento de la lipodistrofia secundaria a los fármacos, el abordaje de la coinfección por el virus de la hepatitis y el del papiloma humano... Nunca se ha cansado de innovar. También en el modelo de gestión. En el año 1992 se crea la Fundación de Lucha contra el Sida que, de forma coordinada con el Hospital, permite un impulso en la calidad asistencial pero, muy especialmente, en la investigación y en la búsqueda de fondos para apoyarla. Tres años después se crea también el primer laboratorio de investigación básica en VIH, el Institut de Recerca de la Sida, IrsiCaixa. Este supone uno de los casos de mayor éxito en investigación traslacional liderada por un internista.

Hoy día podemos decir, sin miedo a exagerar, que la solución del VIH podría descubrirse en Badalona. También en Boston, California o el Reino Unido. Pero también en nuestra casa. Bien sea a través de una erradicación con antirretrovirales, con una vacuna terapéutica o la combinación de estas estrategias. Mientras, este equipo seguirá permitiendo que sigamos hablando de la cronicidad de esta enfermedad y minimizando sus inconvenientes.

Nuevamente el equipo de Médicos Internistas liderados por el Doctor Bonaventura Clotet, (entre los que se incluyen el Doctor Sirera, el Doctor Paredes, el Doctor Moltó, la Doctora Negrodo o el Doctor LLibre, por no hacer el listado interminable), debieron buscar un lugar en el Hospital, más específico y gracias al apoyo financiero externo más tarde convertido en Fundación, que cuenta con un plantel de excelentes internistas, investigadores, psicólogos y otros grupos multidisciplinarios que son hoy día un referente más allá de nuestras fronteras. Los avances que se están consiguiendo con el desarrollo de nuevos fármacos, incluida una vacuna, aspiramos que nos permitan mirar hacia un futuro mucho más esperanzador.

Cuando los pacientes afectados del síndrome de inmunodeficiencia necesitan ser atendidos en régimen de ingreso hospitalario, dos excelentes internistas, la Doctora Tural y el Doctor Romeu, aunque vinculados también al Hospital de Día, son los responsables de los cuidados y tratamientos oportunos durante su permanencia en la sala de hospitalización.

LA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDÍACA

Hace ahora 11 años, y por iniciativa de los Servicios de Cardiología y de Medicina Interna de nuestro Hospital, se acordó la creación de la Unidad de Insuficiencia Cardíaca, liderada en nuestro caso por un cardiólogo (el Doctor Lupón). A esta Unidad se adscribió un internista, el Doctor Urrutia. No obstante, la insuficiencia cardíaca es una enfermedad o síndrome clínico con carácter multidisciplinario, de aquí que el complejo actualmente en funcionamiento cuente con el concurso de la Geriátrica (Doctor Altimir), la Psiquiatría, la Rehabilitación (Doctor Coll), Enfermería Especializada y Trabajadoras Sociales. Los objetivos conseguidos por el grupo, en el que de nuevo el internista es una pieza más, pero con un destacado aspecto como clínico, se ha traducido con el paso de estos años en dominar la enfermedad, mejorar la educación y conocimiento de los pacientes acerca de su proceso, ajustar los tratamientos innovadores que indudablemente evitan los ingresos hospitalarios y, sin lugar a dudas, potenciar la mejora del tratamiento por parte de los pacientes. Siguiendo el espíritu del grupo de trabajo de la insuficiencia cardíaca de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), se puede decir que la insuficiencia car-

díaca es un campo de actuación clave para el internista, que puede desempeñar, en función de la evolución de la enfermedad, un papel de liderazgo o de colaboración sin que ello evite que en un determinado porcentaje de casos pueda requerirse obligatoriamente la valoración del cardiólogo clínico.

Nuestra experiencia en estos 11 años de funcionamiento puede esquematizarse de la siguiente forma: seguimiento de una cohorte de más de 1.400 pacientes, con una específica disminución en el marco asistencial de la tasa de ingresos hospitalarios de este tipo de enfermos, la publicación de más de 25 artículos con factor de impacto, tanto nacionales como internacionales, y la obligada formación asistencial de los médicos residentes de Medicina Interna, así como los de otras especialidades.

LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Esta ha sido otra de las actuaciones cuya paternidad es de los internistas de nuestro hospital. Todo se inició en la práctica clínica diaria, al observar que algunos pacientes, aunque seguían necesitando las atenciones del hospital, no precisaban seguir ingresados. De ahí se efectuó la búsqueda de referentes de la hospitalización a domicilio. Esta modalidad asistencial tuvo sus orígenes en 1947, en el Hospital Montefiore de Nueva York, y se venía desarrollando en España desde 1973, con una fuerte implantación en el País Vasco y alguna tímida experiencia en Cataluña. Desde el Servicio de Medicina Interna se elaboró en un primer momento un plan funcional que no llegó a prosperar por falta de eco en la administración de aquel entonces. Fue a finales del año 2000 cuando desde l'Institut Català de la Salut se puso en marcha el programa *La Salut a Casa* y se nos encomendó el desarrollo de un plan funcional para la puesta en marcha de la hospitalización a domicilio. Esta tarea fue encargada al Doctor Alfons Cuxart, un internista de nuestro Servicio.

Así nació la Unidad de Hospitalización a Domicilio, un dispositivo asistencial con el carácter de Servicio de Central de Hospitalización en el que el núcleo del equipo son médicos internistas; aunque en la actualidad la Unidad también está constituida por neumólogos y especialistas en Medicina Física y Rehabilitación. La finalidad de esta Unidad es atender en su domicilio a enfermos procedentes de

cualquier servicio hospitalario con objetivos definidos o bien el de evitar el ingreso o acortar su estancia en el hospital. En los 12 años transcurridos desde su implantación se ha atendido a más de 9.000 enfermos. Los tres grandes ejes de la actividad de esta actitud terapéutica han sido el tratamiento y control de las enfermedades infecciosas mediante la administración de antibióticos por vía parenteral, así como el control postoperatorio y el control clínico de los enfermos afectados por enfermedades crónicas agudizadas.

La Unidad se ha ido haciendo un lugar en el medio hospitalario. Se ha abierto el camino hacia el desarrollo de una forma distinta de atender a los enfermos por parte del Hospital. Los enfermos han sido bien atendidos y la disponibilidad de las camas del Hospital para el aprovechamiento de otros pacientes con patologías agudas se ha incrementado. Una vez más, nos hallamos ante otro ejemplo de la capacidad de adaptación de los internistas a los nuevos retos que plantea la demanda asistencial.

LA UNIDAD DE GERIATRÍA DE AGUDOS

El envejecimiento de la población constituye, sin ningún tipo de duda, uno de los elementos más importantes en el desarrollo presente y futuro de la política sanitaria de los países occidentales. Además, el incremento de la esperanza de vida se acompaña de un aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, de una pérdida de autonomía o de aparición de discapacidad en estos pacientes y, por qué no decirlo, representa el grupo de usuarios que consume la parte más importante de los recursos sanitarios, tanto en atención primaria, como, y muy especialmente, en el ámbito hospitalario. Se estima que para 2020 la población mayor de 65 años en Catalunya será superior al 20%, que en España alcanzará el 20,10% y que en la Unión Europea se acercará al 26%.

De acuerdo con estos condicionantes asistenciales, desde octubre de 2004 el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol va a decidir dedicar un área específica para la atención hospitalaria de los pacientes geriátricos que, por distintos procesos agudos, necesitaran ser ingresados. La iniciativa se basó en el conocimiento profundo de la realidad demográfica y sanitaria, general y del entorno, que puede resumirse en los siguientes puntos:

- envejecimiento progresivo de la población con una clara tendencia a invertirse la pirámide etaria;
- mayor implicación de la política sanitaria institucional en las áreas afectadas por el cambio demográfico;
- aumento de la prevalencia e incidencia de enfermedad en el grupo de personas de mayor edad;
- creciente proporción del grupo de edad más avanzada en relación con la población que envejece; algunos autores denominan a este hecho “el envejecimiento del envejecimiento”;
- condiciones sanitarias y sociales mayoritariamente desfavorables del grupo de mayor edad (cronicidad, incapacidad, dependencia), claramente manifiestas en la mayoría de casos tras la aparición de un proceso agudo o la agudización de una enfermedad crónica.

La propuesta del Servicio de Medicina Interna pudo hacerse realidad por la ayuda y el estímulo recibidos desde la dirección del Hospital, coincidentes con otras circunstancias específicas que apoyaron la necesidad de la acción:

- inclusión de programas específicos de atención sociosanitaria a las personas de edad avanzada en los Planes de Salud de la Generalitat de Catalunya;
- existencia en el Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de una UFISS de Geriatria (Doctor Altimir) con plena disposición a colaborar en el desarrollo de la UGA;
- y, finalmente, una vez más el indudable interés demostrado por parte de un facultativo del Servicio de Medicina Interna (Doctor Urrutia) que, tras intensificar en su preparación, es elegido para liderar el proyecto de la nueva Unidad.

Los resultados conseguidos hasta el momento por la UGA, con una disponibilidad “oficial” de 20 camas, han consistido en:

- la atención de 1.905 pacientes con una edad media de 83,89 años y un índice de Charlson de 3,6;
- disminuir la estancia mediana de los pacientes ingresados desde los 13,25 días en el año 2005 a los 11,81 días conseguidos en 2011;
- y, aunque no de forma significativa pero sí como tendencia, reducir las tasas de mortalidad intrahospitalaria de los enfermos que ingresan en la Unidad.

El aumento de la capacidad de la UGA ha hecho necesario, además del liderazgo del Doctor Agustín Urrutia, la incorporación de otros dos internistas el Doctor Javier Santesmases y la Doctora Raquel Núñez.

LA UNIDAD DE ORTOGERIATRÍA

Dentro de los pacientes de edad avanzada, por lo general complejos o pluripatológicos, otra de las iniciativas que el Servicio de Medicina Interna ha incorporado a su quehacer ha sido la atención al paciente anciano con fractura de cadera, afección que favorece la pérdida de independencia y coloca al paciente en mayor riesgo de complicaciones médicas, con la consiguiente dificultad para la reintegración a su ambiente previo.

Basada en la experiencia de otros países (fundamentalmente el Reino Unido), pero también en otros centros españoles, se empezó a diseñar en el año 2008 una Unidad de Orto geriatria, en principio con la colaboración directa del Doctor Javier Santesmases (bajo el liderazgo del Doctor Agustín Urrutia), que en un principio atendía desde el ingreso a seis pacientes ancianos con fractura de cadera.

Con estos datos en mente, se debía asumir que además de la solución traumato-lógica de la cadera los objetivos a conseguir consistían en:

- disminuir la mortalidad hospitalaria a corto y a medio plazo (3, 6 y 12 meses);
- recuperar la situación funcional previa a la fractura a corto y medio plazo;
- todo ello en el menor tiempo y al menor coste posible.

Esta Unidad se ha ampliado en el año 2012 con la incorporación de la Doctora Cristina Pacho y la ampliación a 10 camas de Orto geriatria. Durante el año 2012 se atendió más de 175 pacientes con una edad media de 84,15 años, una mortalidad intrahospitalaria menor al 2% y con unos claros objetivos de la reducción de la estancia media hospitalaria y, en la medida de lo posible, la recuperación más precoz de la funcionalidad previa.

Los buenos resultados asistenciales obtenidos por la UOG hacen pensar que este modelo de éxito puede ser extensible a otras patologías propias de la especialidad de la Traumatología y Ortopedia diferentes a la fractura de cadera.

No puedo ni debo terminar esta exposición de mi recorrido hospitalario con dos de las situaciones “impagables” que nuestro Hospital debe a dos grupos formados desde el inicio:

LA MEDICINA VASCULAR

Actividad realizada de forma unipersonal por el Profesor Manuel Monreal Bosch, quien implantó una nueva forma de acercamiento al diagnóstico y a la terapéutica de la Enfermedad Tromboembólica desde la apertura de lo que es hoy nuestro Hospital de *Can Ruti*. Una vez más, un médico formado como auténtico Internista, encuentra un lugar donde desarrollar una actividad compactada, hasta ese momento dispersa y sin ejes claros de actuación. Hoy día su Unidad designada como Medicina Vascular, incluye pacientes con riesgo de enfermedad venosa y arterial, además de ser el “único” consultor “nato” del Servicio de Cirugía Vascular y del de otros Servicios Hospitalarios en los que las enfermedades vasculares son tan prevalentes o más graves que en otras situaciones. A pesar de la realidad de este hecho, y de las múltiples peticiones dirigidas a la Administración, la soledad del implicado, de amplio reconocimiento nacional e internacional, continúa siendo un eco en el desierto en nuestro medio. Alentamos al nuevo Jefe de Servicio de Medicina Interna en funciones, el Profesor Jordi Tor, a que adquiera la capacidad de normalizar el tamaño error que hemos tenido que lamentar durante tantos años.

UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

No querríamos entrar con este tema en la polémica, ya excesivamente expuesta por sociedades estatales y paraestatales, acerca de la conveniencia o no de ser o formar parte independiente del tronco común de la Medicina Interna. En nuestro Hospital, la Unidad de Enfermedades Infecciosas, liderada por el Profesor Miquel Sabriá Leal, con el apoyo efectivo e incondicional de la Profesora M^a Lluïsa Pedro-Botet y de la Doctora Lourdes Mateu, ejecuta una labor que es prioritaria en cualquier Hospital, pero que podría considerarse como “esencial” en los de tercer nivel. Independientemente de los pacientes con patologías “propias” ingresados, el mayor volumen de su labor está reflejada en la demanda de las interconsultas generadas

por los múltiples servicios hospitalarios, que con infección manifiesta o de sospecha, solicitan la colaboración del equipo. Además, el grupo ha creado varios programas de incidencia terapéutica notable: programa de sépticos en traumatología, programa de soporte a los enfermos oncológicos, programa de soporte a Cardiología y Cirugía Cardíaca, programa de soporte a la Unidad de Hospitalización a Domicilio o el programa de atención al viajero y a la patología importada.

La labor de este grupo en cuanto a publicaciones o participaciones en foros es intensa, tanto a nivel nacional como internacional, y como experto en *Legionella Infections* el Profesor Sabriá es coautor del capítulo dedicado a esta entidad en la 18th Edition del *Harrison's Principles of Internal Medicine*.

Hoy por hoy, la tan solicitada especialidad de Enfermedades Infecciosas, al igual que ocurre con alguna otra, está pendiente de una decisión que nunca se sabe a ciencia cierta quién debe tomar. Por el momento, en el Programa de Troncalidad de uno de los ministerios responsables, las Enfermedades Infecciosas forman parte de una “competencia” de la Medicina Interna. El futuro decidirá.

PARA FINALIZAR

A la vista de algunos de los resultados puestos en marcha en el Hospital Universitario Germans Trias i Pujol que he presentado, podríamos plantearnos al menos dos grandes preguntas:

1. ¿Qué está ocurriendo en realidad con el internismo o, mejor dicho, con la Medicina Interna?
2. ¿Está la Medicina Interna en un período de auténtica crisis o bien solamente se está adaptando o amoldando a nuevas situaciones sanitarias y sociales?

Pero si la respuesta a este segundo interrogante es positiva, como creo, y lo único que se ha aceptado es una nueva definición del internismo, la polémica no ha hecho más que comenzar:

- ¿Quién atenderá a los pacientes afectados de las “clásicas enfermedades raras”, hasta ahora en manos de pediatras, que en la actualidad alcanzan la edad adulta gracias a los avances terapéuticos?

- ¿Y si hablamos de las enfermedades “nuevas”, muchas veces importadas por la rapidez actual de las comunicaciones?
- ¿Y la atención médica, tan necesaria en los procesos diagnósticos quirúrgicos o neoplásicos?

Estas y otras muchas preguntas nos podríamos hacer. Y la respuesta a todas esas cuestiones las tiene, hoy por hoy, el especialista en Medicina Interna. Las subespecialidades o las otras especialidades médicas o quirúrgicas deben ayudar a culminar o a completar la exploración o el diagnóstico de muchos de los problemas que plantean los pacientes ingresados.

Pero la responsabilidad debe recaer en la asistencia integral, que en palabras del Profesor Rozman debe considerar todas las vertientes bio-psico-sociales. Y esta asistencia integral en los términos señalados constituye la esencia del internismo.

Mientras pensemos de esta manera, el internismo, la Medicina Interna, no desaparecerá, sino que esperará con auténtico afán la adaptación, el amoldarse a las exigencias que en cada momento la enfermedad y la sociedad demanden.

Este es el ejemplo que, entre otros muchos, nos ofrece uno de los excelentes internistas de nuestro hasta ahora Servicio, el Doctor Salvador Martí, en su diario quehacer.

Que nadie piense en terceras lecturas. Solo he intentado con esta intervención desbrozar, en la medida de lo posible, el criticismo hacia la Medicina Interna y, al mismo tiempo, exponer los nuevos caminos de esperanza para los que cultivamos tan maravillosa especialidad.

Muchas gracias por su atención.

SELECCIÓN BIBLIOGRÁFICA

- BALCELLS GORINA A. Especialización e integració en medicina. Vigencia de la medicina interna. Discurso de ingreso en la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. Barcelona 1974.
- BARTON A, MULLEY G. History of the development of geriatric medicine in de UK. doi: 10.1136/pmj.79.930.229
- BEESON PB. One hundred years of American Internal Medicine. A view from the inside. *Ann Intern Med.* 1986;105:436-44.
- CASADEMONT J, FRANCIA E, TORRES O. La edad de los pacientes atendidos en los servicios de medicina interna en España: una perspectiva de 20 años. *Med Clin (Barc).* 2012;138: 289-92.
- CASSEL CK, REUBEN DB. Specialization, Subspecialization, and Subsubspecialization in Internal Medicine. *New Engl J Med.* 2011;364:1169-73.
- ESPINOSA A. Medicina interna: ¿qué fuiste, qué eres, qué serás? *Rev Cubana Med.* 1999;38: 79-90.
- FARRERAS VALENTÍ P. La especialización médica en España: Medicina Interna. *Tribuna Médica*, pág. 12, 1968.
- FOZ I SALA M. La Medicina Interna i les especialitats mèdiques: vivències personals, problemes actuals i perspectives de futur. Discurs d'ingrés en la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. Barcelona 1995.
- FOZ M. La dialéctica entre la Medicina Interna y las otras especialidades médicas desde la perspectiva profesional. *Med Clin (Barc).* 2007;128: 141-7.
- GANGULI I. The Case for Primary Care - A Medical Student's Perspective. *New Engl J Med.* 2010; 363:207-9.
- GONZÁLEZ MONTALVO JI, ALARCÓN ALARCÓN T, PALLARDO RODIL B, GOTOR PÉREZ P, MAULEÓN ÁLVAREZ DE LINERA JL, GIL GARAY E. Ortogeriatría en pacientes agudos (I). Aspectos asistenciales. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008; 43:239-51.
- GONZÁLEZ MONTALVO JI, ALARCÓN ALARCÓN T, PALLARDO RODIL B, GOTOR PÉREZ P, PAREJA SIERRA T. Ortogeriatría en pacientes agudos (II). Aspectos clínicos. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008;43:316-29.
- HUDDLE TS, HEUDEBERT GR. Internal medicine training in the 21st Century. *Acad Med.* 2008;83: 910-5.
- JEFES DE SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE 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;100:587-90.
- KIMBALL HR, PETERSDORF RG. Back to the future for internal medicine? *Am J Med.* 1998;104:315-6.

- LUPÓN J, PARAJÓN T, URRUTIA A, GONZÁLEZ B, HERREROS J, ALTIMIR A ET AL. Reducción de los ingresos por insuficiencia cardiaca en el primer año de seguimiento en una unidad multidisciplinaria. *Rev Esp Cardiol*. 2005;58: 374-80.
- MEMÒRIA D'ACTIVITATS 2012. Fundació Lluita contra la Sida. Badalona 2012.
- ORTIZ MANCHADO O. La Medicina Interna y el internista general en difícil trance. *Tribuna Médica*, pág. 12, 1980.
- PALSSON R, KELLETT J, LINDGREN S, MERINO J, SEMPLE C, SERENI D. Core competencies of the European internist: A discussion paper. *Eur J Int Med*. 2007;18:104-8.
- PEDRO PONS A. Final de etapa, nuevas perspectivas. Discurso de ingreso en la Real Academia Nacional de Medicina. Madrid 1969.
- PERICÁS JM, ALBAR J, SOLER N, LÓPEZ-SOTO A, SANCLEMENTE-ANSÓ C, BOSCH X. Should alternatives to conventional hospitalization be promoted in an era of financial constraint? *Eur J Clin Invest*. 2013;43:602-5.
- PETERSDORF RG. Internal medicine 1976: consequences of subspecialization and technology. *Ann Intern Med*. 1976;84:92-4.
- PETERSDORF RG. The evolution of departments of medicine. *N Engl J Med*. 1980;303:489-96.
- RECORD J, BEASLEY B, McDONALD FS, WRIGHT S. Major concerns about internal medicine: insights from program directors. *South Med J*. 2011;104:89-94.
- REY-JOLY C. La Clínica Médica A. En: Corbella J, Roigé i Solé J, coordinadors. Dr. Pedro Pons (1898-1971), en homenatge. Barcelona: Col·legi Oficial de Metges, 2000;93-154.
- REY-JOLY C. Pedro Farreras “motor” de la Clínica Médica A. En: Corbella J, Rozman C, coordinadors. Record i homenatge a Pere Farreras i Valentí metge català (1916-1968). Barcelona: Fundació de l'Escola d'Hematologia “Farreras i Valentí”, 2007; 195-209.
- REY-JOLY C. Recuerdos del paso del Dr. Farreras por la Facultad de Medicina de Cádiz. En: Corbella J, Rozman C, coordinadors. Record i homenatge a Pere Farreras i Valentí metge català (1916-1968). Barcelona: Fundació de l'Escola d'Hematologia “Farreras i Valentí”, 2007;211-22.
- ROZMAN C. Reflexiones sobre la Medicina Interna en la Universidad. *Med Clin (Barc)*. 1981;76:193-202.
- ROZMAN I BORSTNAR C. Reflexions sobre l'ensenyament de la Medicina. Discurs d'ingrés en la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. Barcelona 1990.
- ROZMAN I BORSTNAR C. Discurso de investidura de Doctor Honoris Causa. Universidad de Salamanca. Salamanca, 5 de noviembre de 2004.
- TARLOV AR. What is a general internist? *Ann Intern Med*. 1974;80:780-1.
- TARLOV AR, WEIL PA, SCHLEITER MK. The Association of Professors of Medicine Task Force on Manpower: National study of internal medicine manpower: I. Residency training 1967-1977. *Ann Intern Med*. 1978;88:413-20.
- TARLOV AR, SCHLEITER MK, WEIL PA. The Association of Professors of Medicine Task Force on Manpower: II. Subspeciality fellowship training 1967-1977. *Ann Intern Med*. 1979;91: 287-94.

- TARLOV AR, WEIL PA, SCHLEITER MK. The Association of Professors of Medicine Task Force on Manpower: National study of internal medicine manpower: IV. Residency and fellowship training 1977-78 and 1978-79. *Ann Intern Med.* 1979;91:295-300.
- TOR J. Memòria del Servei de Medicina Interna any 2012. Institut Català de la Salut. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Gener de 2013.
- TORRES SALINAS M, CAPDEVILA MORELL JA, ARMARIO GARCÍA P, MONTULL MORER S; Grupo de trabajo de los Servicios de Medicina Interna de los Hospitales de Cataluña. Alternativas a la hospitalización convencional en medicina interna. *Med Clin (Barc).* 2005;124:620-6.
- TUDELA P, MÒDOL JM, REGO MJ, TOR J. El papel del internista más allá de su servicio. *Rev Clin Esp.* 2006;206:114.
- WEINBERGER SE, PEREIRA AG, IOBST WF, MECHABER AJ, BRONZE MS; ALLIANCE FOR ACADEMIC INTERNAL MEDICINE EDUCATION REDESIGN TASK FORCE II. Competency-based education and training in internal medicine. *Ann Intern Med.* 2010;153:751-6.

Discurs de resposta de l' Acadèmic Numerari
MÀRIUS FOZ I SALA

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

Les meves primeres paraules han de ser d'agraïment a la Junta de Govern de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya per haver-me concedit l'honor d'encarregar-me aquest discurs de resposta a l'Acadèmic Electe Celestino Rey-Joly Barroso.

Aquesta responsabilitat no és només un honor, sinó també una gran satisfacció personal pels extraordinaris lligams que m'uneixen al Professor Rey-Joly des de la seva arribada a Barcelona l'any 1965.

Celestino Rey-Joly va néixer a San Fernando, Cádiz, l'any 1942. El seu pare era metge i ell també va escollir aquesta carrera que va cursar a la Facultat de Medicina de Cádiz. Al finalitzar els seus estudis, enlluernat amb el prestigi de l'Escola que liderava el Professor Pedro Pons, va viatjar a Barcelona i aquí va fixar la seva residència fins a l'actualitat. La seva trajectòria en el seu període de postgraduat, adscrit a l'Escola Pedro Pons, i amb assistència diària a l'Hospital Clínic, va ser exemplar per la seva laboriositat, constància i voluntat d'estudi. Va obtenir el títol d'especialista en Medicina Interna l'any 1968, i ja el mateix any va assolir el títol de Doctor amb un treball de recerca en la difícil tècnica de la limfografia.

Finalitzada aquesta molt profitosa etapa de formació postgraduada a l'Hospital Clínic, l'any 1968, quan es va jubilar el Professor Pedro Pons, Celestino Rey-Joly va seguir la trajectòria de molts dels membres de l'Escola incorporant-se al Departament de Medicina de la Vall d'Hebron, creat i dirigit per Agustí Pedro Pons, i després del seu traspàs l'any 1971 sota la direcció de Joaquim Tornos que el va succeir. A partir de 1983 fins a la meua jubilació l'any 1999 el Doctor Rey -Joly va

compartir amb mi les tasques assistencials, docents i de recerca a l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.

Durant aquests més de tres decennis (1968-1999) en que vaig compartir amb el recipiendari les activitats assistencials, docents i de recerca en els hospitals de la Vall d'Hebron i Germans Trias i Pujol vaig ser testimoni directe de la molt destacada tasca realitzada en aquestes tres àrees que ha de cultivar tot internista integrat en un hospital universitari.

En els anys 1968-1983 va exercir la seva excel·lent tasca assistencial com a Metge Adjunt del Servei de Medicina Interna, només interrompuda durant un any (1971-1972) per la seva estada als Estats Units com a *Research Fellow in Oncology* en el *Rhode Island Hospital* de *Providence*. Posteriorment va assumir les responsabilitats assistencials i de gestió a l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, primer com a cap de Secció i després com a cap de Servei. Conscient de que un internista amb vocació de recerca clínica ha de centrar total o parcialment la seva activitat clínica en una àrea específica, va iniciar la seva dedicació al camp de les dislipoproteïnèmies i, per extensió, a la dels factors de risc cardiovascular. Aquesta dedicació el va portar a ser nomenat l'any 1994 responsable de la Unitat Funcional Interdisciplinària de Malalties Metabòliques i que aquesta Unitat fos reconeguda l'any 2004 com a *Unidad de Lípidos Clínico Experimental* per la societat espanyola d'Arterioesclerosi.

L'extraordinària vocació docent i universitària del professor Rey-Joly va fer que assumís i obtingués de forma progressiva i ininterrompuda les diferents responsabilitats i categories de la carrera universitària: Professor Ajudant de classes pràctiques (1973-1975), Professor Adjunt interí (1975-1980), Professor Agregat numerari (1980-1983) i finalment Catedràtic numerari de Medicina a partir de 1983.

L'activitat del professor Rey-Joly en el camp de la recerca clínica al llarg de tota la seva trajectòria hospitalària i acadèmica ha estat molt intensa i ha cobert tots els àmbits de la Medicina interna, però com és lògic, amb més intensitat en els temes als que el nostre servei de l'hospital Germans Trias i Pujol ha dedicat una especial atenció des de l'inici de les seves activitats l'any 1983 fins a l'actualitat. Aquests temes són els següents: malalties infeccioses, síndrome d'immunodeficiència adquirida, malaltia tromboembòlica, drogoaddicció i desintoxicació, obesitat mèt-

bida i, finalment, el dels trastorns lipídics que ha estat cultivat personalment pel recipiendari en els últims anys.

Dintre d'aquest àmbit de la recerca cal citar la seva responsabilitat en la lectura de 17 tesis doctorals (en 13 com a director o codirector, en 3 com a tutor i en una com a ponent) i la seva intensa activitat en la publicació de llibres, amb la seva autoria o coautoria de 36 capítols de 10 llibres de Medicina Interna, Endocrinologia i Nutrició i Cirurgia i la seva tasca de director o codirector, a més d'autor, en sis llibres o monografies.

En el camp dels projectes finançats, el doctor Rey-Joly ha participat com a investigador col·laborador en dues Xarxes d'Investigació, ha participat com investigador associat en quatre grans projectes de recerca i ha estat investigador principal en quatre projectes, tres d'ells vinculats al tema dels trastorns lipídics. Fruit d'aquesta intensa activitat de recerca, ha estat la publicació de 242 articles en revistes, 80 de les quals són internacionals i de gran prestigi. La tasca investigadora del professor Rey-Joly ha merescut la valoració positiva de sis trams d'investigació per part de la *Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora*.

Apart d'aquest breu resum, que ha intentat compendiar l'extens *curriculum vitae* del recipiendari, m'interessa especialment comentar altres aspectes, alguns no acadèmics, més personals i íntims que només coneixem bé els que hem tingut la sort de compartir amb ell uns forts lligams d'amistat. En aquest àmbit desitjo destacar i comentar quatre aspectes molt exemplars de la personalitat de Celestino Rey-Joly.

El primer d'aquests aspectes és el de metge, i no em refereixo a la seva excel·lent tasca com a internista d'hospital, sinó a la també molt important tasca com a metge de capçalera en l'ambient extrahospitalari. El Professor Rey-Joly sempre ha tingut una dedicació exclusiva a l'hospital universitari i, per tant, mai no ha tingut obert un despatx professional privat; però, malgrat això, i per diverses circumstàncies, ha tingut l'oportunitat d'exercir de forma ocasional com si fos un metge de capçalera, i tinc testimonis directes, apart de la seva excel·lent competència, del seu tracte pròxim, afectuós i personal amb el malalt i amb la seva família. Algun amic comú m'havia comentat: “l'lastima que en Tino (així anomenem els seus amics al Doctor Rey-Joly) no s'hagi pogut dedicar a la medicina privada. Hem perdut un magnífic metge, un d'aquells excel·lents metges de capçalera d'abans que encara enyorem...”

Una altra àrea de la personalitat de Celestino Rey-Joly és la seva vocació a la dedicació universitària i el seu constant impuls i suport per a que altres companys, no solament del Servei de Medicina Interna, sinó d'altres serveis hospitalaris s'animessin a preparar oposicions o concursos i a millorar els seus *curricula* per a poder obtenir la promoció universitària. En els temps ja molt llunyans en que jo i després ell vàrem participar en les dures oposicions de sis exercicis, l'amic Tino era un autèntic expert en el maneig i consulta del *Boletín Oficial del Estado*, expertesa que jo sempre vaig considerar digna d'admiració.

La capacitat de lideratge, suport i promoció de grup del Professor Rey-Joly ha estat admirable. Bé és cert, i també s'ha de destacar, que sempre hem tingut com a companys excel·lents professionals que han fet més fàcil aquesta tasca de promoció de grup. Ara, en el moment no gaire fàcil de la seva jubilació acadèmica, el recipiendari pot tenir la satisfacció de que dintre del Servei de Medicina Interna de l'Hospital Germans Trias i Pujol poden continuar la seva tasca universitària dos Catedràtics Numeraris de Medicina (Jordi Tor i Miquel Sabrià) i tres Professors Titulars Numeraris de Medicina (Manuel Monreal, M^a Lluïsa Pedro-Botet i Roberto Muga). Però, apart d'aquests extraordinaris objectius assolits dintre del Servei de Medicina Interna, també cal citar l'esforç del professor Rey-Joly per estimular la promoció universitària d'altres excel·lents professionals de diferents especialitats mèdiques.

Una altra faceta de Celestino Rey-Joly que no tothom coneix, i que em plau destacar en aquest acte, és la seva afició, expertesa i professionalitat en el camp de les publicacions. I aquesta faceta es pot analitzar en dos vessants molt diferenciades. La primera és la relativa a la seva dedicació professional en l'àmbit de les publicacions mèdiques, que es va iniciar l'any 1973 quan va ser nomenat Secretari de Redacció de *Medicina Clínica*, tres anys després de que es creés Edicions Doyma per assegurar la continuïtat en la publicació periòdica de la revista que havia estat fundada pel Professor Agustí Pedro Pons l'any 1943 i que va ser dirigida per ell mateix fins al seu traspàs l'any 1971. Celestino Rey-Joly ha estat vinculat a *Medicina Clínica*, primer com a Secretari de Redacció (1973-1982), després com a Redactor en Cap (1982 -2000), i finalment com a Coeditor des de l'any 2000 fins a l'actualitat. Durant aquests quatre decennis, durada que supera la de tots els que hem estat membres de l'equip de redacció, la seva tasca ha estat constant, minu-

ciosa i model de bon criteri, com hem tingut la sort de comprovar tots els que hem compartit amb ell les tasques de redacció i de direcció de la revista.

Edicions Doyma va tenir un creixement i desplegament espectaculars en la publicació de revistes i llibres de Medicina, sota el lideratge del gran editor José Antonio Dotú, i el professor Rey-Joly va participar amb gran competència en molts projectes de revistes i llibres en els equips de redacció, com autor o com a director o codirector de la publicació.

Però, a més d'aquesta brillant vessant del recipiendari en l'àrea de les publicacions mèdiques, i molt en especial de la seva vinculació durant quaranta anys als equips de redacció de *Medicina Clínica*, desitjo comentar un aspecte menys conegut que és la seva afició, com a bibliòfil, a la literatura mèdica del segle passat, tan en llengua castellana com catalana, i el seu gran interès com autor per a escriure articles que ajudin a reconstruir i recordar la nostra història mèdica més recent. Coneixedors els professors Jacint Corbella i Ciril Rozman, editors del llibre *Record i homenatge a Pere Farreras i Valentí, metge català (1916-1968)*, de les citades qualitats de Celestino Rey-Joly li van encarregar els dos següents capítols d'aquest llibre: "Pedro Farreras 'motor' de la Clínica Médica A" i "Recuerdos del paso del Dr. Farreras por la Facultad de Medicina de Cádiz". Em consta l'esforç i la dedicació del Dr. Rey-Joly per redactar aquests dos excel·lents articles, perquè en el primer, ja que ell era un dels membres més joves de l'Escola, va haver de fer una acurada recerca i realitzar entrevistes amb els membres més veterans, i en el segon cas la recerca de la documentació complementària el va obligar a viatjar a Cádiz i fer-hi una estada de dos dies.

El darrer aspecte molt valuós de la personalitat del recipiendari que desitjo comentar és el gran valor que dóna a l'amistat. En Tino és un gran amic dels seus amics i es desvia per ells quan els pot ajudar en alguna cosa. D'això en tinc abundants testimonis personals, i en el meu cas no oblidaré mai la gran sort d'haver pogut comptar amb l'afectuosa i constant atenció mèdica i humana que va dedicar a la meua mare en la seva malaltia terminal.

El discurs del Professor Celestino Rey-Joly ha versat sobre la polivalència o plasticitat de l'internista, a través de l'experiència adquirida durant els tres decennis que van de la posada en marxa del Servei de Medicina Interna de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, a l'inaugurar-se aquest Hospital l'any 1983,

fins a l'actualitat. Com el recipiendari ha exposat amb detall i precisió, aquests fets demostren dues circumstàncies: la primera que l'internista per la seva preparació més global i integral en tota la patologia mèdica és l'especialista més preparat per assumir noves activitats sectorials, especialment si són multisistèmiques, i la segona que les necessitats del sistema sanitari són canviants, que cada dia serà més necessari donar resposta a nous reptes, i que uns professionals polivalents com els internistes han d'estar en primera línia per donar la resposta adequada a aquestes demandes del sistema sanitari.

El Doctor Rey-Joly en el seu magnífic discurs fa referència a la crisi de la Medicina interna i al finalitzar-lo es fa dues preguntes que més endavant intentaré contestar. En el meu discurs d'ingrés a aquesta Reial Acadèmia, que va tenir lloc el 7 de maig del 1995, vaig parlar de la Medicina interna i de les especialitats mèdiques i vaig comentar extensament aquesta crisi que s'havia iniciat al començar l'últim terç del segle xx, però que a les seves darreries semblava que ja començava a remetre. Avui, 18 anys després d'aquell discurs, es pot afirmar que aquesta tendència s'ha consolidat. Si ens referim només als congressos de l'especialitat, es pot dir que mentre que fa dues dècades la seva vitalitat era pobra i un tema que gairebé mai faltava era el de la crisi o el futur de la Medicina Interna, en l'actualitat la situació ha canviat completament. Si analitzem la situació de la Sociedad Española de Medicina Interna, amb la que hi col·labora activament la nostra Societat catalanobalear de l'especialitat, té una bona vitalitat, convocant freqüents reunions, congressos i altres activitats, i també manté 18 grups de treball molt actius. Per altra banda, la situació internacional també és esperançadora. La International Society of Internal Medicine engloba 62 societats nacionals i convoca diverses activitats i congressos biennals que aconseguen una molt gran assistència. Però si aquesta situació "oficial" de l'especialitat es pot considerar en el moment actual bastant satisfactòria, ¿què es pot dir de la situació i consideració real de l'internista des del punt de vista professional en el nostre sistema sanitari? El tema és extens i mereixeria un temps d'exposició que no li podem dedicar, però si cal dir que l'internista s'ha d'adaptar a les noves necessitats assistencials que li demana i li demanarà el sistema sanitari, i que una part d'aquest camí ja s'ha fet. Un bon exemple són algunes de les unitats que ens acaba d'exposar el Doctor Rey-Joly, com la de l'Hospitalització Domiciliària i la d'Ortogeriatrics, que en

principi superen l'àmbit de la pròpia especialitat però que donen adequada resposta a la necessitat d'aconseguir un sistema sanitari més eficient. Altres serveis de Medicina Interna d'hospitals de tercer nivell ens podrien explicar experiències en el mateix sentit, però des del punt de vista hospitalari la missió fonamental de l'internista de donar una atenció clínica integrada i completa al malalt es dona i es donarà cada dia més en els hospitals de primer i segon nivell en els que el que el suport d'altres especialistes mèdics és molt menor i encara minvarà més en l'actual remodelació del sistema sanitari. Però a més d'aquesta bàsica tasca de l'internista i la Medicina interna en tots els nivells de l'àmbit hospitalari, els internistes també haurien de tenir cert tipus de presència en l'àmbit extrahospitalari en estreta col·laboració amb els metges de família. A Catalunya malgrat les excel·lents xarxes, l'hospitalària i la d'atenció primària, persisteix una important solució de continuïtat entre el nivell assistencial hospitalari i el d'atenció primària que gravita negativament sobre l'eficiència del sistema.

Un tema de permanent debat, i més en un moment de greu crisi econòmica com l'actual, és l'equilibri d'intentar mantenir la qualitat bàsica de l'atenció sanitària aconseguint al mateix temps que el sistema assoleixi la màxima eficiència. Diversos estudis han demostrat que si la proporció de metges generalistes (metges de família i internistes) de l'àrea hospitalària i extrahospitalària disminueix per sota de determinats límits, el cost econòmic sanitari s'encareix. No hi ha dubte de que aquests especialistes posseeixen la capacitat tècnica per resoldre molts problemes de salut amb una atenció mèdica molt personalitzada i amb despeses més limitades en proves complementàries, i per altra part tenen la formació adequada per poder regular i coordinar l'accés a les diverses especialitats, a proves complementàries més complexes i a l'alta tecnologia.

Aquestes reflexions meves que han estat suscitées per les agudes preguntes amb que ha acabat el seu discurs el Professor Rey-Joly, em condueixen a finalitzar aquest discurs de resposta afrontant el repte de contestar-les.

Respecte a la primera pregunta, per a mi és evident el que li està passant a la Medicina Interna i a l'internisme. Com he comentat, l'especialitat està fent el camí que havia de fer i en la meva opinió el sistema sanitari encara li demanarà més i haurà de col·laborar en més facetes intra i extrahospitalàries per a col·laborar en la millora de l'eficiència del sistema sanitari.

En relació a la segona pregunta sobre la crisi de la Medicina interna, si entenem com a tal una comparació amb el prestigi de l'especialitat que vàrem viure amb el Professor Rey-Joly en els anys seixanta a la Clínica Mèdica A, liderada pel Professor Pedro Pons, la crisi és total, perquè aquesta Medicina Interna no tornarà ni pot tornar mai. Però, no obstant, la crisi professional de l'internisme s'està superant dia a dia i l'actual recessió econòmica i l'absoluta necessitat de fer canvis en el sistema sanitari que donin més protagonisme als especialistes generalistes, i entre ells als internistes, farà que el paper de la Medicina Interna sigui revaloritzat.

Crec que el contingut del discurs d'ingrés i del de resposta demostra l'encert del Ple de la Reial Acadèmia de votar afirmativament la incorporació com a nou membre numerari d'aquesta corporació del professor Celestino Rey-Joly, i que el seu ingrés serà molt enriquidor per a la nostra institució. Prego, per tant, Excel·lentíssim Senyor President, que imposi al recipiendari la medalla que l'acreditarà com a nou membre numerari de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya.

He dit.