

ISTORIA ROMANȚATĂ A MEDICINEI DE FAMILIE DIN ROMÂNIA (PARTEA A II-A)

A romantic history of family medicine in Romania (Part II)

Prof. Dr. Adrian Restian

Membbru Titular al Academiei de Științe Medicale

Motto

*În memoria Dr. Mircea Pretorian, Dr. Alexandru Gheorghiu,
Dr. Romulus Dandescu, Dr. Ivar Mauch și Dr. Iordăchescu,
promotori ai medicinei de familie din România.*

MG – medicina generală **mf** – medic de familie
MF – medicina de familie **ms** – medic specialist
mg – medic generalist

Reactualizarea MG/MF

După o lungă perioadă de marginalizare, colegii care își dădeau seama de potențialul MG/MF și de subaprecierea la care era supusă au început să reacționeze. Ei au început să protesteze față de situația dificilă în care se afla MG de la noi din țară. Dată fiind situația socială din acea vreme, protestele erau destul de blânde. Se solicita mai ales îmbunătățirea activității de MG în vederea creșterii calității asistenței medicale primare.

În acest context, prin 1980, eu m-am întâlnit cu grupul de mg din București, care pledau pentru promovarea MG/MF. Grupul era format din Dr. Grigore Bușoi, Dr. Mircea Pretorian, Dr. Mircea Iorga, Dr. Alexandru Gheorghiu, Dr. Pantelimon Bărbulescu, Dr. Romulus Dandescu, Dr. Rodica Florescu, Dr. Pandele și Dr. Mauch Ivar și alții. Desigur că promotori ai MG/MF mai erau și în celalalte orașe, așa cum ar fi Dr. Afilon Jompan, din Timișoara, Dr. Eugeniu Ilicea și Dr. Eugenia Ilicea din Constanța, Dr. Iordăchescu din Buzău, Dr. George Haber de la Alba, Dr. Oprea de la Cluj și alții. Mai târziu, grupul s-a lărgit cu Dr. V. Bistriceanu de la Buzău, cu Dr. Dan Pletea de la Iași și mulți alții.

Este important de remarcat faptul că acești colegi își iubeau meseria. Aș putea spune că erau chiar pasionați de MG. Ei nu voiau să plece din MG, ci militau pentru îmbunătățirea ei, pentru a putea acorda o asistență medicală mai bună populației. Activitatea de promovare a MG se făcea mai ales prin intermediul Societății Naționale de Medicină Generală, care făcea parte din Uniunea Societăților Științelor Medicale din România.

Societatea Națională de Medicină Generală avea filiale în toate județele. Dr. Grigore Bușoi era președintele filialei București, iar eu eram secretarul general al filialei Brașov a Societăților Științelor Medicale și președinte al Societății de MG din Brașov. În această calitate organizam diferite reuniuni științifice și discuții pe diferite teme medicale.

Discuțiile cu ms și mai ales cu internștii erau destul de dificile. Specialiștii de profil nu recunoșteau specificul MG. Nu recunoșteau faptul că asistența primară este la fel de importantă ca și asistența secundară și că merită o atenție mai mare, că primul contact este o problemă foarte dificilă, că trebuie totuși ca cineva să realizeze abordarea integrală a pacientului, că tratamentul prespitalicesc este de multe ori extrem de important pentru supraviețuirea pacientului. Specialiștii din spitale nu recunoșteau importanța prevenției primare și a prevenției specifice, care sunt realizate de mg, nu recunoșteau importanța asistenței medicale a omului sănătos, a asistenței medicale a familiei și a colectivității, care nu puteau fi practicate de specialiștii de profil. Ei nu acceptau că prin recunoașterea specialității de MG se putea realiza o creștere a calității asistenței medicale de bază și a stării de sănătate a populației. Specialiștii de profil doreau ca MG să rămână la dispoziția lor. Deși se spunea că MG se află la baza asistenței medicale, ea era de fapt total ignorată și marginalizată.

Din fericire, mai erau și personalități medicale care înțelegeau cu adevărat rolul MG/MF pentru asistența medicală a populației, printre care s-au numărat Prof. Dr. Victor Ciobanu și Prof. Dr. Dan

Enăchescu, care au fost și miniștri ai sănătății și care au contribuit foarte mult la promovarea MG/MF în România. Șansa noastră a fost că Prof. Dr. Victor Ciobanu și Prof. Dr. Dan Enăchescu, în calitate de miniștri, au înțeles că nu se poate vorbi de o asistență medicală de calitate fără promovarea MG/MF.

În această conjunctură, Dr. Grigore Bușoi i-a propus Prof. Dr. Victor Ciobanu, care era ministrul sănătății, să promoveze un mg în Ministerul Sănătății. Astfel, la propunerea Dr. Bușoi, eu am fost transferat, în 1985, ca inspector general la Direcția Asistenței Medicale din Ministerul Sănătății.

Desigur că această numire a schimbat complet destinul meu. Nu se știe ce s-ar fi întâmplat dacă rămâneam la Brașov. Dar venind la Ministerul Sănătății viața mea a luat o altă turnură. În această calitate puteam avea o viziune mai largă a MG din România, dar și asupra vieții și a societății în general. În calitate de inspector general în Ministerul Sănătății, eu am avut posibilitatea să cunosc nivelul asistenței medicale de bază din toată țara. Medicii generaliști munceau din greu, dar nu erau apreciați la justa valoare. Ei răspundeau de mortalitatea infantilă din teritoriu, de mortalitatea maternă, de incapacitatea temporară de muncă și așa mai departe. Desigur că încercam să îmbunătățim activitatea mg, dar era foarte greu, deoarece avem de înfruntat nu numai dificultăți sociale, ci și mentalitățile care nu s-au schimbat prea mult nici astăzi.

Lupta pentru promovarea MG/MF s-a desfășurat mai ales la nivelul Societății Naționale de Medicină Generală. Dar Societatea Națională de Medicină Generală era condusă de la înființarea ei, de prin 1960, de câte un profesor de medicină internă, ceea ce reprezenta o altă desconsiderare a MG/MF, care nu ar fi fost în stare să-și conducă propria lor societate. De aceea, Dr. Grigore Bușoi, care avea o tenacitate deosebită, a propus alegerea mea ca președinte al Societății Naționale de Medicină Generală. Astfel, în 1987, eu am devenit primul președinte mg al Societății Naționale de Medicină Generală, iar Dr. Bușoi a devenit secretar general al societății.

În această calitate, noi am organizat în 1987 primul Congres Național de Medicină Generală, care a avut loc la hotelul Intercontinental din București. La congres au participat peste 600 de mg și peste 200 de invitați. S-au prezentat lucrări foarte interesante. Congresul a reprezentat o mare reușită a MG din țara noastră. Astfel, MG „a ieșit în lume” pentru prima dată.

Foarte mulți mg, așa cum erau Dr. Grigore Bușoi, Dr. Alexandru Gheorghiu, Dr. Mircea Pretorian și alții, aveau o activitate științifică foarte bogată pe teme care interesau MG. Îmi amintesc de lucrarea pe

care Dr. Grigore Bușoi a prezentat-o la Congresul Latin de Reumatologie care a avut loc la București, dar și de primele capitole pe care le-a scris Dr. Bușoi în cartea de MG de sub redacția Prof. Dr. Marin Voiculescu, ceea ce a reprezentat pe vremea aceea un mare succes, deoarece restul cărții era scris de specialiștii de profil. Menționează că în cartea MG apărută în 1990 Dr. Grigore Bușoi a stabilit temelia specialității elaborând „Bazele teoretice și practice ale MG”.

În 1989, am organizat Conferința Națională de MG, la Tg. Mureș, la care am prezentat împreună cu Prof. Dr. Victor Ciobanu o lucrare privind importanța clinicii în medicina contemporană. Cu această ocazie, am pledat pentru mg, care ar trebui să fie cel mai mare clinician, în condițiile în care ms erau cei mai mari tehnicieni. Cred că la Tg. Mureș l-am întâlnit pe Dr. Afilon Jompan, care se lupta pentru promovarea MG la Timișoara. Conferința de la Tg. Mureș s-a bucurat de asemenea de un mare succes.

Recunoașterea specialității de MG

Evenimentele din 1989 au deschis o nouă perspectivă pentru MG din România. În primele luni ale anului 1990, la propunerea Dr. Bușoi, am înscris Societatea Națională de MG la tribunal. Astfel, ea a devenit societate cu personalitate juridică. Eu eram președintele societății, iar Dr. Bușoi era secretar general. Tot în 1990, eu am fost numit director la Centrul de Perfecționare a Medicilor și Farmaciștilor, de unde am încercat să deschid pregătirea postuniversitară pentru medicii de MG.

În condițiile schimbărilor profunde pe care le-au declanșat evenimentele din 1989, noi am început să intensificăm eforturile pentru recunoașterea specialității de MG. Foarte mulți colegi militau pentru promovarea MG. Dr. Bușoi, Dr. Gheorghiu, Dr. Iorga, Dr. Pretorian, Dr. Dandescu, Dr. Mauch și cu mine eram toată ziua la Ministerul Sănătății, pledând pentru recunoașterea specialității de MG.

În orice caz, trebuie specificat faptul că Dr. Grigore Bușoi a jucat un rol deosebit în promovarea specialității de MG/MF în România. A intervenit cu tenacitate pe lângă toți miniștrii sănătății, mai ales pe lângă Prof. Dr. Victor Ciobanu și Prof. Dr. Dan Enăchescu. A fost la început secretar general al Societății de MG din România. A fost apoi președinte al Societății de MG din România. A scris și a pledat foarte mult pentru promovarea MG din România. Dar la un moment după al III-lea Congres de MG de la Iași și-a dat demisia din funcția de președinte al SNMGR. Eu nu am înțeles prea bine ce l-a determinat să facă acest lucru. Ce nu i-a plăcut a fost

modul în care evoluau lucrurile în cadrul Societății. Discuțiile sterile și luptele interne, complet neproductive. Faptul că nu s-a ținut seama de aportul promotorilor. Faptul că generația tânără crede că societatea a picat din cer. Faptul că societatea se ocupă astăzi mai mult de marketing și de interminabilele lupte cu Casa de Asigurări decât de problemele fundamentale ale specialității de MF. E regretabil că specialitatea pierde tot mai mult din terenul care a fost câștigat cu greu de promotorii MG/MF, așa cum ar fi îngrădirea dreptului de a scrie anumite medicamente uzuale, eliberarea de concedii medicale la fel ca și ceilalți specialiști și așa mai departe. Faptul că societatea de MG/MF își ignoră trecutul. Faptul că în România nu există conceptul de președinte fondator, de past-president sau de membru onorific, care i s-ar fi potrivit foarte bine Dr. Grigore Bușoi. Faptul că a fost ignorat de cei care cred că știu mult mai bine decât el ce este MG/MF. Faptul că majoritatea catedrelor de MF nu abordează problemele specifice de MF. Faptul că MF sunt formați mai mult în spitale decât în cabinetele de MF în care vor lucra. Faptul că MG/MF de azi nu este ceea ce am visat noi să fie. Este greu de spus.

În sfârșit, prin luna iunie a anului 1990, Prof. Dr. Dan Enăchescu, care era ministrul sănătății, a recunoscut specialitatea de MG, ceea ce a reprezentat un mare succes. Dar Prof. Dr. Dan Enăchescu, care avea o înțelegere profundă a lucrurilor, a arătat că recunoașterea specialității nu trebuie să fie o simplă formalitate, ci trebuie să ducă la o promovare reală a MG/MF în România. În acest sens, el a recomandat începerea unor cursuri postuniversitare pentru susținerea examenului de medic specialist de MG.

În calitatea mea de director al Centrului de Perfecționare a Medicilor și Farmaciștilor, am întocmit curricula corespunzătoare și, în toamna anului 1990, am început, împreună cu Dr. Alexandru Gheorghiu, primele cursuri postuniversitare de MG din România, care s-au ținut la Spitalul Universitar din București. Desigur că nu era ușor. Dar am fost foarte mult ajutați de OMS, de colegii din Anglia, din Franța și din Olanda.

Încă din primele luni ale anului 1990, OMS a trimis un reprezentant care a recomandat îmbunătățirea asistenței medicale primare în țara noastră. Apoi, OMS a trimis experți din Anglia și din Olanda, în care MG/MF se bucura de apreciere deosebită, pentru a ne ajuta în promovarea MG/MF la noi în țară. În 1991, a venit la noi în țară Dr. Philip Evans, din Anglia, care a devenit mai târziu președintele Societății Europene de MG/MF. Apoi la so-

licitarea expresă a Dr. Griore Bușoi a venit prof. Cornelius van Es, din Olanda, care a fost unul dintre primii profesori de MF din Europa. Încă de atunci s-a dezvoltat o colaborare foarte fructuoasă cu colegii din Olanda, colaborare care se continuă și astăzi.

Deoarece până în 1998 pregătirea în MG se făcea numai prin cursuri postuniversitare, de câte ori venea în țara noastră, Prof. Dr. van Es mergea la Ministrul Sănătății și la facultățile de medicină și pleda pentru înființarea unor catedre de MG/MF.

Deoarece mg sunt foarte mulți și foarte răspândiți, la indicațiile OMS, am organizat cursuri pentru formarea unor instructori de MG. Am selecționat un număr de peste 100 de medici primari de MG din diferite județe care au participat la cursurile de formare, de la Brădet, în județul Argeș, de la Costinești și de la București. În desfășurarea acestor cursuri un rol deosebit l-a avut Dr. Alexandru Gheorghiu, care, după câte știu eu, a lucrat un timp la Institutul de Pedagogie și avea cunoștințe avansate în acest domeniu.

Societatea de MG rămânea însă tot locul de elecție pentru dezbaterile problemelor de MG. Majoritatea ședințelor din București se țineau la Uzinele Grivița, care aveau niște săli foarte mari. Aici lucra Dr. Mircea Iorga, care între timp a devenit președintele filialei de MG din București și care se bucura de un respect deosebit din partea conducerii și a muncitorilor de la Grivița.

Dr. Mircea Iorga este probabil modelul a ceea ce ar trebui să fie un mg/mf. Dr. Mircea Iorga a terminat facultatea la Cluj și, venind din școala lui I. Hațieganu și I. Goia, avea o înclinație deosebită pentru clinica medicală. Dar, pe lângă faptul că era un clinician foarte bun, era și foarte atașat de bolnavi. De câte ori trebuia examinat un bolnav de un specialist de profil, Dr. Iorga mergea cu el la specialistul respectiv. De asemenea, de câte ori trebuia internat un bolnav în spital, Dr. Iorga mergea cu el la spital. Vorbea cu șeful de secție, cu profesorul, iar apoi se interesa de bolnav și își vizita bolnavii în spital, ceea ce îmi aducea aminte de mg din Anglia, care îți vizitează bolnavii la spital. În aceste condiții era firesc ca Dr. Mircea Iorga să fie un medic foarte iubit de bolnavi și la fel de iubit de colegi.

Noi țineam deci ședințele lunare, la care participau peste 100 de medici, la Grivița, la Dr. Mircea Iorga. Chiar și grupul de lucru cu colegii olandezi s-a defăurat la Dr. Mircea Iorga. La una dintre aceste ședințe lunare, prin 1992, urmînd exemplul colegilor din Franța, am înființat și noi un Colegiu al Medicilor Instructori de MG, al cărui președinte a fost ales Dr. Afilon Jompan din Timișoara.

MG/MF avea deci o activitate destul de susținută. Dar, pe lângă faptul că aveam foarte mulți colegi străini care ne-au vizitat țara pentru a ne ajuta la promovarea MG/MF din România, am fost noi înșine invitați la Londra, la Cambridge, la Bristol, la Utrecht, la Helsinki, la Viena, la Klagenfurt, la Perugia, la Paris, pentru a vedea cum funcționează MG/MF în țările respective. Îmi amintesc cât de impresionat am fost când am văzut condițiile în care lucrau colegii din aceste țări și cât de apreciați erau mf din țările respective. Îmi amintesc că o dispută pe care au avut-o mf din Utrecht cu chirurgii a fost câștigată de mf. De asemenea, îmi amintesc cu cât respect erau tratați mg din Anglia când își vizitau bolnavii internați în spital. De remarcat că în Anglia exista tradiția ca mg să își viziteze bolnavii internați în spital. Mi-se părea că era o altă lume. Era în orice caz o altă mentalitate, atât față de medic cât și față de bolnav.

Ajutorul primit de la colegii din străinătate

Prof. Dr. van Es, care a fost un mare prieten al României, a elaborat un program de promovare a MG/MF din România, susținut de guvernul olandez. Foarte mulți medici olandezi au venit în România, au organizat cursuri, seminarii și chiar congrese pentru a ne ajuta la promovarea MG/MF la noi în țară. Astfel după o primă vizită efectuată în Olanda împreună cu Dr. Griore Bușoi și reprezentanta Medicilor fără Fronieră din Olanda eu am fost invitat de Prof. Dr. van Es în Olanda împreună cu Prof. Dr. Dan Enăchescu și cu Prof. Dr. Valeriu Popescu la Lied și la Utrecht, la Institutul Nivel, care se ocupa de problemele de MF. Colegii din Olanda au înființat, împreună cu mg/mf din România, un Centru de studii de MG/MF, care a avut un rol deosebit pentru promovarea MG/MF în România.

Sub coordonarea Dr. Mircea Mărginean, Centrul de studii a elaborat pe un eșantion foarte mare un studiu privind solicitările mg/mf și o serie de ghiduri de practică medicală, pentru diabetul zaharat, pentru depresia psihică și altele. Din păcate, studiul privind solicitările mf nu a fost însușit nici de Ministerul Sănătății și nici de Casa de Asigurări, care nici astăzi nu știu cu ce este de fapt confruntat mf.

Pe lângă ajutorul primit de la colegii din Olanda, MG/MF de la noi din țară a fost ajutat și de colegii din Franța. Împreună cu Dr. Alexandru Gheorghiu, am fost invitat la Paris, unde Dr. Gheorghiu a locuit la prof. Buttler, iar eu am locuit la o prof. Hercek. Până prin 2005, MG din Franța nu era recunoscută ca specialitate. De remarcat că MF este denumită în Franța ca MG, așa cum este denumită și în Germania, în Italia și în Anglia. Dar MG din Franța a fost recunoscută ca specialitate destul de târziu, prin ul-

timele decrete pe care le-a dat președintele Jacques Chirac, înainte de a părăsi palatul Elysees, prin 2005.

De remarcat că și la noi în țară medicul practician era denumit medic de MG. Abia prin anul 2000, la solicitarea pe care am făcut-o împreună cu Dr. Valeriu Bistriceanu, denumirea de MG a fost înlocuită cu cea de MF, așa cum era de fapt prevăzut în Legea sănătății adoptată cu câțiva ani înainte.

Dar, deși MG din Franța nu era recunoscută ca o specialitate, totuși ea se bucura de o mare considerație. Toate facultățile de medicină aveau cursuri de MG, la care am participat și eu. Mg aveau cabinete foarte frumoase și, deși bolnavii se puteau prezenta direct la ms, totuși ei veneau la mg. Aceasta înseamnă că ceva îi atrăgea la mg și acel ceva reprezintă specificul MG/MF. Pe acest specific trebuie să insistăm noi.

În 1993, cu ajutorul prof. Poenaru, care era profesor de neuroendocrinologie la Facultatea de medicină Rene Descartes din Paris, am organizat la Câmpulung Moldovenesc o universitate de vară pe teme de MG/MF, la care au participat câteva zeci de mg. Profesorii francezi au admirat frumusețile țării noastre, iar noi am admirat nivelul lor de profesionalitate întovărașit de un mare grad de umanism. Pentru mine, medicina franceză este și astăzi superioară prin umanismul de care nu s-a distanțat.

Prin 1992, eu am fost numit expert temporar pe probleme de asistență medicală primară și astfel am avut ocazia să particip la reunile organizate de OMS pe această problemă. Apoi, prin 1996, am fost numit ca reprezentat al României la EURACT, care însemna Academia Europeană a Profesorilor de MG/MF din Europa. Din această perioadă aș vrea să remarc două lucruri. Primul, că eu eram printre pușinii care aveau nevoie de vize pe pașaport pentru a participa la reuniunile care aveau loc în diferite țări din Europa, și al doilea – că la aceste reuniuni se discutau lucruri la care noi nici nu visam.

Prin 1995, am fost cu Dr. Sever Oană la Bristol, în Anglia, pentru a vedea cum se repartizează fondurile anuale pentru îngrijirea pacienților de către mg. Și am rămas surprins de meticulozitatea cu care autoritatea de sănătate, deoarece din fericire Anglia nu are Casă de Asigurări Medicale, negociază repartizarea fondurilor la fiecare cabinet medical în parte.

Pentru a putea participa la reuniunile din străinătate, eu trebuia să primesc o invitație oficială de la organizatori cu care să merg la ambasadele respective, să stau la coadă zile întregi pentru a primi viza de călătorie. Colegii din țările occidentale mă întrebau mereu de ce am nevoie de aceste vize, întrebare la care mi-era imposibil să răspund, iar pentru ei era și mai greu să înțeleagă.

Prin 1994, am predat președinția Societății de MG Dr. Grigore Bușoi care avea o experiență deosebită în acest domeniu. Dr. Bușoi a predat președinția Dr. Marinela Olăroiu, care, fiind mult mai tânără, s-a afiliat mult mai târziu grupului nostru. Dar fiind foarte energică și foarte inteligentă, a reușit să se impună foarte rapid. Îmi amintesc cu plăcere că la inițiativa Dr. Grigore Bușoi prin scrisoarea trimisă la Congresul de MG de la Praga, Dr. Olense a fost prezent la cel de-al III Congres de MG de la Iași. Dr. Olensen, a devenit mai târziu președintele Societății Europene de MG/MF.

Dr. Marinela Olăroiu a condus societatea până când a plecat în Olanda, unde locuiește și astăzi. Împreună cu colegii din Olanda, ea a înființat un grup de lucru pe probleme de îngrijiri paleative, care s-a dezvoltat în mai multe județe ale țării.

După plecarea Dr. Marinela Olăroiu, a fost ales președinte Dr. George Haber din Sebeș, județul Alba, care a fost un foarte bun organizator și un foarte bun coleg. După Dr. George Haber, președinția societății a fost preluată de Dr. Rodica Tănăsescu, care mai întâi a fost președinta filialei București și apoi a fost aleasă ca președinte al Societății Naționale de MG/MF. Împreună cu Dr. Alexiu, cu Dr. Oană și cu alți colegi mai tineri, Dr. Rodica Tănăsescu a reușit să dinamizeze societatea, care desfășoară foarte multe activități, lunare și anuale, unele în colaborare cu alte societăți și care creează impresia unui progres.

Progresul MF din România

Evident că MF/MG din România a evoluat. Ea este azi o specialitate. Dar, deși ar trebui să fie o specialitate la fel ca toate celelalte specialități, ea nu este încă o specialitate la fel ca toate celelalte specialități. Titlul de medic specialist de MF se obține în urma unui rezidențiat de trei ani. Acest rezidențiat are o curriculumă. Noi am urmat modelul englez, care prevede doi ani în spital și un an în cabinetele de MF. La englezi cei doi ani din spital sunt formați din patru stagii de câte șase luni. Trei stagii – și anume de medicină internă, de pediatrie și de chirurgie – sunt obligatorii, iar unul este la alegere. La noi sunt o mulțime de stagii, iar stagiul de MF se rezumă la câteva luni, deoarece examenul de specialist se susține în luna octombrie a ultimului an. La englezi, medicul rezident de MG este preluat de un tutore de MG, adică de un instructor de MF, care îl îndrumă tot timpul, chiar și atunci când lucrează în spital. În alte țări, în care se pune un accent foarte mare pe medicii instructori de MG/MF, care sunt plătiți pentru această activitate, stagiul de spital este mai scurt.

În 1992, s-a organizat la Costinești cel de-al doilea Congres Național de MG, care a reprezentat un mare succes. Ca și la primul congres la care a participat în mod activ ministrul Sănătății, Victor Ciobanu, și la cel de-al doilea congres a participat în mod activ ministrul Sănătății, Dan Enăchescu. Faptul că miniștrii Sănătății nu au participat în mod activ la conferințele din ultimii ani reprezintă un semn negativ privind aprecierea de care se bucură MF.

Prin 1996 a avut loc Congresul de MG/MF de la Iași, unde era de asemenea un grup foarte activ de mg, care pleda pentru promovarea MG/MF.

În 1990, Societatea de MG a înființat propria ei revistă, și anume Revista Medicală Română, având ca editor șef pe Dr. Grigore Bușoi, revistă care apare și astăzi. Iar prin 1994, prof. Afilon Jompan scoate la Timișoara Revista de Medicina Familiei, care a jucat un rol deosebit în promovarea MG/MF în România. Aș putea remarca, spre exemplu, articolele privind cursurile de MF publicate de Dr. Alexandru Gheorghiu.

Prin anul 2000, am înființat, împreună cu Dr. Valeriu Bistriceanu, Institutul Național de MF, care de prin 2005 organizează în fiecare an o Universitate de vară pe teme de MF, la Buzău. În acest sens, trebuie remarcată în mod deosebit activitatea Dr. Bistriceanu, care a fost un bun promotor al MF atât pe plan local cât și pe plan național, prin Colegiul Național al Medicilor.

Dacă, până prin 1998, învățământul de MF se rezuma la pregătirea postuniversitară, la insistențele OMS, ale UE și ale colegilor din țările occidentale, și facultățile de medicină de la noi din țară au introdus cursurile de MF. Astfel, în 1998, eu am fost numit prof. asociat, Dr. Ioana Grăjdean a fost numită șefă de lucrări, iar Dr. Mihaela Sandu a fost numită asistentă de MF la Facultatea de medicină din București. Din 2002, șefia de catedră a fost preluată de prof. Dumitru Matei, care este o personalitate medicală cu o largă deschidere profesională. Prof. Dumitru Matei este medic primar pediatru, dar și medic primar gastroenterolog, care a ridicat foarte mult nivelul calitativ al catedrei de MF.

În aceeași perioadă, s-au înființat catedrele de MF la Arad, cu prof. Afilon Jompan, la Constanța, cu prof. Eugen Ilicea, la Iași, cu prof. Georgeta Sinițchi, la Cluj, cu prof. Oprea, la Craiova, la Timișoara și Tg. Mureș.

Pentru a promova cât mai mult MF, în 2005, am înființat împreună cu prof. Dumitru Matei, Societatea Academică de MF, care își propune să promoveze MF. În acest sens, Societatea Academică caută să dezbată teme specifice asistenței medicale primare și MF. Așa, spre exemplu, la conferințele anu-

ale ale Societății Academice, s-au dezbătut teme privind promovarea sănătății și deficiențele de promovare a sănătății în societatea contemporană, alimentația omului contemporan și altele.

Societatea Academică publică și o revistă intitulată Practica Medicală, care este foarte solicitată și de ceilalți medici specialiști.

Aproape toate catedrele au publicat manuale de MF. În anul 2000, am publicat primul volum al tratatului de MF. În acest tratat de MF eu am vrut să subliniez aspectele specifice ale MG/MF, care este obiectul ei de studiu și care sunt metodologiile sale, deoarece fără un obiect și o metodologie specifică nu poate să existe o specialitate de MG/MF. Tocmai obiectul și metodologia MG/MF caută să le ignore celelalte specialități medicale, care ar vrea să țină MG/MF sub dominația lor. În loc să existe o colaborare, specialitățile de profil vor o subordonare a MG/MF.

Apoi și alte centre universitare au publicat manualele lor. Așa, spre exemplu, prof. Jompan, de la Arad, și prof. Ilicea, de la Constanța, au publicat câte un manual de medicina familiei.

În 2005, prof. Dumitru Matei a publicat un manual foarte documentat axat pe medicina vârstelor, adică pe asistența medicală a copilului, a omului matur și a bătrânului.

În aceste condiții, este evident că MF de azi nu mai este identică cu MF de acum 20-30 de ani. MF de azi au o pregătire profesională mult mai bună decât aveau acum 10-20 de ani. Foarte mulți mf au făcut multe stagii în străinătate, unde au fost foarte bine apreciați. După terminarea rezidențiatului mf pot participa la cursuri de perfecționare și multe specialități de profil se întrec în a organiza cursuri de perfecționare pentru mf.

Progresul este asimptotic

Dar progresul uman este asimptotic, adică el evoluează spre perfecțiune, de care se apropie tot mai mult, dar pe care nu o atinge niciodată. Așa se întâmplă și cu MF. Deși MF din România a evoluat foarte mult, ea este încă departe de ce ar trebui să fie. Îmi amintesc de uimirea pe care am avut-o la Congresul Societății de MG/MF, din 1995, de la Strasburg, la care am fost împreună cu Dr. Afilon Jompan și cu Dr. George Haber și la care erau mii de participanți, cu sute de lucrări, dar nu era nici un specialist de profil. Îmi amintesc de asemenea de Congresul Societății Europene de MG/MF din anul 2000 de la Viena, la care erau mii de participanți cu sute de lucrări, dar nu era nici un specialist de profil și mă gândeam cu tristețe că la noi scena este dominată și azi de specialiștii de profil. Există un fel de

reținere a mf de a aborda problemele științifice. Specialiștii abordează problemele din punctul lor de vedere. Iar punctul lor de vedere nu coincide de multe ori cu punctul de vedere al MF. Cardiologii au un anumit punct de vedere privind durerea toracică văzută din spital, iar mf au un alt punct de vedere privind durerea toracică, văzută din ambulator. MF trebuie să ia în vedere toate bolile, nu numai bolile cardiovasculare, și nu trebuie să greșească niciodată, ceea ce nu este prea ușor.

În acest sens, am discutat de foarte multe ori cu Dr. Mircea Iorga, care organiza reuniunile lunare de la București, despre necesitate de a stimula mf să prezinte lucrări științifice, referate, cazuri clinice etc. Fiecare bolnav este un caz. Toate cazurile care ajung în spital trec pe la mf. Apoi, sunt o mulțime de teme specifice MG/MF, așa cum ar fi primul contact, abordarea integrală a bolnavului, comorbiditatea, patologia psihosomatică, care este aproape complet ignorată, prevenția primară, asistența medicală a omului sănătos și altele care ar putea fi abordate de mf. Desigur că s-au făcut și în acest sens anumite progrese, așa cum ar fi ghidurile de practică medicală elaborate de mf. Dar, cu toate progresele care s-au făcut, specialiștii continuă să domine scena asistenței medicale din România. De aceea locul pe care îl ocupă mf din România nu este identic cu locul pe care îl ocupă mg/mf din Anglia, din Canada, sau din Olanda.

Pe de altă parte, Casa de Asigurări de Sănătate, care nu a înțeles deloc importanța asistenței medicale ambulatorii, a denaturat complet relațiile MF cu pacienții săi. În fiecare an, au loc confruntări foarte mari între Casa de Asigurări și MF, în jurul contractului-cadru. Aceste confruntări dăunează foarte mult atât asistenței medicale ambulatorii cât și prestigiului MF din România. Iar faptul că aceste confruntări nu au loc niciodată cu ms din policlinici și din spital, ci numai cu MF, arată lipsa de respect de care se bucură MF și asistența medicală primară de la noi din țară.

Acest lucru este o consecință a faptului că, așa cum nu avem un concept corect privind democrația și economia de piață, tot așa noi nu avem nici un concept corect privind MF și tratamentul ambulator. La noi în țară funcționează cel mai bine conceptul de spital. Dacă este cineva bolnav, să se interneze în spital. Atât medicii, cât și bolnavii sunt obsedați de spital. În aceste condiții, mf le este greu să reducă numărul de internări în spital. Atât timp cât se spune că medicina se practică la patul bolnavului, atât timp cât ms desconsideră tratamentul ambulator și bolnavii au tendința de a se interna în spital, chiar și atunci când nu ar fi absolută nevoie,

mf nu vor putea reduce numărul de internări. În aceste condiții, nici Ministerul Sănătății și nici Casa de Asigurări de Sănătate nu pot reduce numărul de internări în spital, lucru care ar fi foarte posibil prin reconsiderarea asistenței medicale ambulatorii și prin creșterea prestigiului MF. În 1995, Dr. Grigore Bușoi a scris un articol privind medicina verticalității, adică a omului sănătos, educat și demn și a pacientului care stă în picioare și care poate fi tratat ambulator. Dar lucrurile nu au evoluat deloc în acest sens (36).

Formați în spitale, chiar și mf privesc activitatea lor de pe poziția specialiștilor de profil, adică analitic și fragmentar, deși, spre deosebire de toate celelalte specialități, care sunt predominant analitice și fragmentare, MG/MF este sau ar trebui să fie predominant sistemică și integratoare. În acest sens am scris un capitol special în tratatul de MF privind concepția sistemică în medicină, care este aproape complet ignorată (2).

În pofida progreselor care s-au realizat, mentalitățile au rămas aceleași. Medicii specialiști desconsideră, uneori explicit, MF. Ar fi suficient să dau ca exemplu faptul că examenele de specialist și de primar de MF se dau cu profesori de medicină internă, ceea ce este de neînțeles, în condițiile în care există catedre de MF în toate centrele universitare. Aș putea remarca faptul că, după 1990, noi am încercat să organizăm examenele de MG/MF în cabinetele de MG/MF. În 1995 la inițiativa Dr. Grigore Bușoi ia ființă la dispensarul Apusului „Primul centru de formare în medicina familiei din România“. Eu am dat examenul de medic primar de MG/MF la cabinetul medical Apusului, unde lucra Dr. Grigore Bușoi, cu Prof. Dr. Dan Olteanu, în comisie fiind și Dr. Mircea Iorga. Dar această inițiativă nu a ținut prea mult.

Dar, ca și când acest lucru nu ar fi suficient, de multe ori profesorii de medicină internă scot subiectele specifice de MF din tematica probei scrise și lasă doar subiectele de medicină internă, ceea ce anulează complet efortul depus de profesorii de MF, care pledează pentru specificul și pentru importanța MF în sistemul de sănătate. Iar tinerii MF nu mai știu ce să înțeleagă.

Dificultatea MF constă în faptul că ea se intersectează cu toate celelalte specialități și este astfel o specialitate pluridisciplinară. Adică mf trebuie să aibă cunoștințele de bază de la foarte multe specialități de profil. În această situație, unii pun un accent mai mare pe anumite cunoștințe, alții pe alte cunoștințe. Astfel, fiecare vede MF din punctul lui de vedere. Interniștii cred că cea mai importantă este medicina internă, cardiologii cred că cea mai

importantă este cardiologia, neurologii cred că cea mai importantă este neurologia, gastroenterologii cred că cea mai importantă este gastroenterologia, igieniștii cred că cea mai importantă este prevenția, ceea ce în anumite situații s-ar putea să fie adevărat.

Dar la mf poate veni orice bolnav, cu orice boală, din orice specialitate, așa încât MF trebuie să aibă un nucleu tare, de cunoștințe și deprinderi preluate de la specialitățile de profil, cu care ea se intersectează, care să fie adaptate condițiilor în care lucrează mf. Abia târziu am înțeles de ce Dr. Alexandru Gheorghiu vorbea de tratamentul HTA în MF. Pentru că una este să tratezi bolnavul acasă și alta este să îl tratezi în spital. Nu numai alimentația de acasă, efortul fizic și stresul psihic, ci și poziția ortostatică, în care se secretă mai multă renină, influențează evoluția bolii.

Pe de altă parte, MF are o serie de cunoștințe și de deprinderi specifice, așa cum ar fi cele legate de primul contact, de abordarea integrală a pacientului, de sinteza diagnostică și terapeutică, de prevenția primară, de prevenția specifică, de educația terapeutică a pacientului, de promovarea sănătății, de asistența medicală a familiei și a colectivității și așa mai departe, care de cele mai multe ori sunt ignorate, nu numai de specialiștii de profil, ci și de mf.

Farmecul MF. Deși, din cauza ariei foarte largi pe care trebuie să acopere, a interferenței cu celelalte specialități, din cauza implicațiilor sociale foarte mari, a lipsei de dotare și a desconsiderării la care este supusă, MF este o specialitate foarte grea, ea este totuși o specialitate atrăgătoare.

Desigur că foarte mulți medici au ajuns în MF fără să vrea. Dar foarte mulți au ales MF, pentru avantajele și frumusețea ei. Aceștia apreciază contactul cu persoana umană mai mult decât contactul cu un organ. Ei pun un accent mai mare pe relațiile umane care se stabilesc de obicei între mf și pacient decât pe tehnicitatea specialiștilor de profil. Pe de altă parte, mf se bucură de o libertate mai mare decât medicul din spital, libertate care trebuie însă bine temperată, spre exemplu, cu medicina bazată pe dovezi.

Dar, cu toate dificultățile pe care le întâmpină, MF este nu numai o specialitate absolut necesară, ci și o specialitate foarte atrăgătoare, care are farmecul ei, care nu poate fi întâlnit la celelalte specialități medicale. Contactul interuman îi conferă MF o particularitate aproape artistică.

Practicată cu dăruire și cu pasiune, MG/MF poate contribui mai mult decât specialitățile de profil la îmbunătățirea stării de sănătate a populației. Reducerea mortalității infantile, reducerea mortalității generale, reducerea morbidității prin boli cardiovasculare, prin cancer și prin tuberculoză – toate

acestea nu se pot realiza decât cu contribuția majoră a MG/MF, ceea ce nici Ministerul Sănătății, nici Casa de Asigurări și, de multe ori, nici mf nu au înțeles.

Viitorul MF

Deși este în permanență asaltată de specialitățile de profil, MF are totuși o perspectivă mult mai bună decât specialitățile de profil. Dacă privim cu atenție la evoluția stării de sănătate a populației din țările avansate constatăm că, după o îmbunătățire spectaculoasă a stării de sănătate, la care procesul de specializare a avut o contribuție deosebită, în ultimii ani se constată o înrăutățire a stării de sănătate a populației din țările avansate. Adică, în timp ce medicina progresa, starea de sănătate a populației se deteriorează în mod evident.

După ce în 1935 s-au descoperit sulfamidele, în 1941 s-a descoperit penicilina, în 1944 – dializa renală, în 1946 – anestezia generală, în 1949 – terapia cu cortizon, în 1952 – tratamentul cu neuroleptice în psihoze, în 1963 – transplantul renal, în 1964 – bypassul coronarian, în 1967 – transplantul cardiac, în 1973 – tomografia computerizată, în 1984 s-a descoperit rolul *Helicobacter pylori*, starea de sănătate a populației s-a ameliorat simțitor.

Acest lucru a dus la modificarea radicală a morbidității și a mortalității populației și la creșterea spectaculoasă a duratei medii de viață de la 50 de ani până la 75-80 de ani. Astfel dacă în 1900, media de viață era în jur de 50 de ani și 11,3% dintre oameni mureau de TBC, 10,2% de pneumonie, 8,1% de diaree, 8% de boli cardiovasculare, 5,2% de boli de ficat, 4,5% de AVC și 3,4% de cancer, la sfârșitul secolului XX cauzele de mortalitate s-au schimbat radical. Astfel, în 1997, 31,4% din oameni mureau de boli cardiovasculare, 23,3% de cancer, 6,9% de AVC, 4,7% de boli cronice pulmonare și abia 3% de pneumonie. Adică bolile infecțioase au scăzut foarte mult, dar au crescut bolile cardiovasculare și cancerul, nu numai la vârsta a treia, ci și la vârstele mai tinere.

Astfel, după o ameliorare treptată, prin 1990, a început o deteriorare treptată a stării de sănătate a populației (38). Astfel, dacă în 1995 în SUA erau 118 milioane de oameni care sufereau de diferite boli cronice, în 2000 numărul lor a crescut la 125 de milioane, în 2005 – la 133 de milioane, în 2010 – la 141 de milioane, iar pentru 2020 se estimează o creștere la 157 de milioane (40).

Prevalența HTA esențiale a crescut, în 2006, la noi în țară de la 20%, cât era în urmă cu 20-30 de ani, la 40% din populația adultă (39). Dar nu numai la adulți, ci și la copiii, HTA esențială, obezitatea,

diabetul, astmul dar mai ales bolile psihice, sunt în creștere. Au apărut o serie de boli infecțioase care nu mai pot fi stăpânite prea ușor, dar și o serie de boli neinfecțioase, așa cum ar fi sindromul de agitație și de neatenție la copil, care, după unii autori, ar apărea la 10% dintre copii (41).

Această creștere a patologiei la toate vârstele ar putea să sugereze că îngrijirea fragmentară a sănătății de către specialitățile de profil ultratehnicizate și-a atins limitele sale și că trebuie găsită o altă modalitate de îngrijire a sănătății. Este nevoie de o nouă paradigmă, de o altă concepție în asistența medicală.

Sănătatea depinde de foarte mulți factori genetici, biologici, psihologici, ecologici, culturali, educaționali și spirituali, care nu au fost și nici nu pot fi influențați în mod pozitiv de specialitățile de profil. Este evident că, permeabilizând arterele coronare, stenturile aplicate de cardiologi pot salva multe vieți. Dar ele nu rezolvă problema aterosclerozei coronariene. Problema aterosclerozei depinde de foarte mulți factori etiopatogenici, care privesc în cele din urmă stilul de viață al omului contemporan, care trăiește mai mult, dar este mai bolnav decât strămoșii săi. Acest lucru este valabil și pentru HTA, și pentru diabet, și pentru astmul bronșic, și pentru cancer și toate celelalte boli cu care suntem confrunțați. De aceea, stilul de viață reprezintă probabil cel mai important factor patogen al omului contemporan (35).

De aceea, mulți cardiologi pledează pentru o cardiologie preventivă. De asemenea, mulți oncologi pledează pentru o oncologie preventivă și așa mai departe, intrând astfel pe terenul MG/MF. Acest lucru nu ar fi rău. Dar ei nu vin în contact cu omul sănătos pentru a putea realiza o prevenție primară și nu au forțele numerice necesare pentru a realiza o prevenție de masă. Pe de altă parte, atingerea punctelor țintă în anumite domenii poate să dăuneze în alte domenii. Așa, spre exemplu, scăderea intempestivă în greutate afectează alte aspecte ale organismului și așa mai departe. De aceea, este necesară acordarea unei atenții mai mari sănătății omului contemporan și o prevenție primară armonizată, în care MG/MF să își asume rolul principal. Dar, pentru aceasta, este necesară o schimbare de paradigmă și mai este necesar ca MG/MF să se afle în fruntea fenomenelor nu în urma lor.

P.S. Îmi cer scuze pentru eventualele exagerări sau omisiuni pe care le-am făcut fără să vreau în această expunere subiectivă. Probabil că, pentru mai multă obiectivitate, va trebui să fie scrise mai multe istorii subiective sau o istorie obiectivă a MG/MF din România.

BIBLIOGRAFIE

1. **Price D.S.** Știință mică, știință mare, Editura Științifică, 1971
2. **Restian A.** Bazele medicinei de familie, Editura Medicală, 2000, 2005, 2009
3. **Restian A.** Integronica, Editura Științifică, 1990
4. **Restian A.** Natura informațională a spațiului și timpului, Contemporanul, 29, 1988, 6
5. **Wiener N.** Cybernetica, Hermann, Paris, 1948
6. **Restian A.** L'utilisation du calculateur électronique dans le diagnostic clinique, Archives de l'Union Medicale Balkanique, 5, 1972, 621-623
7. **Restian A.** Organismul uman ca sistem de comunicații, Semnalul biologic, Academia Română, 1986
8. **Restian A.** Cybernetical system control by feedback mechanism, Modern Trends in Systems and Cybernetics, Springer Verlag, Berlin, 1975
9. **Restian A.** Le syndrome d'agression informationnelle, *Agressologie*, 2, 1969, 85-93
10. **Restian A.** L'etiologie informationnelle des maladies psychiques, *Encephale*, 2, 1969, 101-133
11. **Restian A.** Valoarea informațională a psihotraumei, *Revista Medico-Chirurgicală*, 3, 1970, 625-630
12. **Restian A., Moldovan V.** Influența solicitărilor informaționale asupra colesterolemiei, *Revista Medico-Chirurgicală*, 2, 1978, 305-310
13. **Restian A., Daghie V.** Influența impactului informațional asupra secreției de catecolamine, *Congresul Național de Fiziologie*, București, 1986
14. **Restian A.** Introducere în patologia informațională, Editura Dacia, Cluj Napoca, 1978
15. **Restian A.** Homo ciberneticus, Editura Științifică, București, 1981,
16. **Restian A.** Medicina cibernetică, Editura Dacia, 1983
17. **Restian A.** Cibernozele, *Medicina Internă*, 3, 1973, 259-269
18. **Restian A.** Patologia cibernetică, *Giornale di Clinica Medica*, 9, 1973, 281-290
19. **Restian A.** Informational analysis of consciousness, *International Journal of Neuroscience*, 3, 1980, 229-239
20. **Restian A.** Tratamentul cu betablocante în HTA, *Medicina Internă*, 1, 1978, 17-22
21. **Restian A.** Tratamentul cu propranolol în migrene, *Produse Farmaceutice*, 1, 1979, 19-23
22. **Restian A.** Tratamentul cu antagoniști de calciu în HTA, *Clujul Medical*, 3, 1985, 249-252
23. **Restian A.** Reglarea neuroendocrină prin intermediul jocului cibernetic, *Studii și Cercetări de Endocrinologie*, 5, 1973, 361-371
24. **Restian A.** Informatomul uman, *Conferința Societății Naționale de Neuroștiințe*, București, 2010
25. **Restian A.** Rolul stresului psihic în HTA, *Viața Medicală*, 8, 1978, 351-354
26. **Cristea A.N., Restian A.** Implication of endogenous opioids in information aggression syndrome, *International Journal of Neuroscience*, 2, 1988, 39-44
27. **Cristea A.N., Restian A.** Clinical and experimental effects of informational stress, *Stress Medicine*, 8, 1992, 259-263
28. **Restian A., Cristea A.N.** Manifestările somatice ale solicitărilor informaționale, *Revista Medicală Română*, 1, 1993, 30-38
29. **Restian A.** Diagnosticul medical, Editura Dacia, Cluj Napoca, 1987
30. **Han Z.G.** Epigenetic analysis in the search for tumor suppression genes, *Epigenomics*, 2, 2010
31. **Venter C.** The sequence of human genome, *Science*, 286, 1999, 1155-1158
32. **Collins F.** Language of God, a scientist presents evidence for belief, Free Press, New York, 2006
33. **Crick F.** Of molecules and man, Prometheus Books, London, 1967
34. **Murakami K.** The divine code of life, Beyond Wors Pub., Oregon, 1997
35. **Restian A.** Stilul de viață ca factor patogen, *Academica*, 12, 2010, 108-114
36. **Bușoi G.** Spre o medicină a verticalității, *Revista Medicală Română*, 1, 1955, 1-3
37. **Restian A., Lăzărescu M.** Anxietatea mascată, *Congresul Mondial de Psihiatrie*, Atena, 1989
38. **Le Fanu J.** The rise and fall of medicine, 2011
39. **Dorobanțu M.** Prevalența, tratamentul și controlul hipertensiunii în România, *Medicina Internă*, 4, 2006
40. **Naughton C.** Prevalence of chronic disease in the elderly based on national pharmacy claim data base, *Age and Ageing*, 35, 2006, 633-636
41. **Cleave J.** Dynamics of obesity and chronic health conditions among children and young, *JAMA*, 303, 2010, 623-630