

tría en este campo y cuánto ejemplo y enseñanzas impartió.

— El interés permanente por mostrar la eficacia y eficiencia de lo que se hacía: estancias medias, reingresos, recuperación funcional, permanencia del anciano en el domicilio, etc. Siempre anteponiendo el beneficio del paciente al interés del gestor, procurando que la estancia media corta lo fuera sobre todo para evitar los riesgos de la hospitalización.

Hace 25 años se decía, igual que hoy, que la Geriatria era la especialidad del futuro. Pero había que explicar continuamente en qué consistía, intentar que fuera la especialidad del presente. Durante este cuarto de siglo, dicha explicación ha sido una de las funciones del geriatra. Quizá, entonces era más fácil, había mayor coincidencia de criterios a la hora de definir al geriatra y a la Geriatria. Pero hoy día, afortunadamente, es menos frecuente tener que hacerlo.

Nuevos servicios se incorporaron a la docencia y cada vez más especialistas se diseminaban por la geografía española. Lógicamente, no todos estaban dispuestos a hacer las maletas. Estos últimos tenían más opciones. Se ha ido demandando al geriatra en todas las formas de asistencia donde se atiende a ancianos. Muchos geriatras llevan años haciendo una gran labor en cualquiera de los tipos de nivel asistencial, y con frecuencia están felices y orgullosos de su trabajo. Otros no lo están tanto, también independientemente del lugar donde trabajan.

El geriatra no ha podido permanecer al margen del gran interés (e intereses) que el envejecimiento está despertando en estos últimos años: aspectos sanitarios, sociales, sociosanitarios, empresas públicas y privadas, proyectos de investigación, nuevos medicamentos, universidades, cursos y similares, etc. Muchas de estas «oportunidades emergentes» pueden explicar, al menos en parte, la progresiva heterodoxia y fragmentación de los geriatras y otros profesionales del clásico equipo multidisciplinario geriátrico.

En la actualidad, 25 años después, se puede comprobar que el vaso tiene agua, que está «algo lleno», en una cantidad que entonces parecía difícil de conseguir. Así, en 70 hospitales generales de más de 100 camas hay al menos un geriatra, también en decenas de hospitales de apoyo y de centros sociosanitarios, en residencias, universidades, atención domiciliaria, centros diurnos, empresas y consultas privadas. Todo ello ha sido posible por el ejemplo y el esfuerzo persistente de muchos, avanzando contra la corriente, con el viento en contra, con ese optimismo realista que siempre se nos dijo que debe tener el geriatra.

En la actualidad, 25 años después, parece mucho más sencilla la tarea de llenar por completo el vaso. Las aso-

ciaciones de personas mayores piden ya oficialmente «atención geriátrica en todos los niveles asistenciales». La opinión pública tiene información suficiente para demandar como derecho básico una atención especializada. Los grandes medios de opinión ya lo han hecho. Los agravios comparativos entre comunidades autónomas no tardarán en surtir efecto, máxime cuando ya en alguna de ellas la Geriatria ha entrado en el debate político en forma de promesa electoral para «implantar Servicios de Geriatria en todos los hospitales generales». También asociaciones profesionales y sociedades científicas médicas apoyan y llegan a acuerdos con sus homólogos de Geriatria, para demandar el desarrollo de recursos específicos.

Es evidente que las resistencias se están rompiendo. Con ellas hemos crecido; sin ellas todo será más sencillo. Nunca fue fácil; dedicarse a los ancianos que más problemas tienen nunca puede ser fácil por muy apasionante que nos parezca. Dentro de 25 años, alguien escribirá sobre el 50 aniversario de la especialidad de Geriatria. Este capítulo lo deberá hacer el residente en ejercicio más antiguo. Seguro que contará cómo terminó por llenarse el vaso. Seguro también que exigirá un vaso más grande para poder seguir echando agua. Así es un geriatra.

La última promoción de especialistas en Geriatria vía MIR

J. González-Barboteo

Médico especialista en Geriatria y Gerontología. Unidad de Cuidados Paliativos Hospital Durán i Reynalds. Instituto Catalán de Oncología. Barcelona. España.

Se van a cumplir los 25 años de nuestra especialidad como formación posgraduada reglada. Recalcamos formación reglada pues, por una parte, la patología senil se conoce desde los tiempos hipocráticos y, por otra, nuestra Sociedad Científica se creó aproximadamente hace 50 años.

El desarrollo de la especialidad de Geriatria y Gerontología surge como resultado del avance de la medicina, al incrementar la esperanza y la calidad de vida de las personas que llegan a estas edades. Al mismo tiempo, han aparecido nuevos retos, tanto en los ámbitos médico y psicológico como social y ético. Estas incógnitas escapan de la visión generalista y/o específica de las especialidades presentes previamente.

Para dar respuesta a estos interrogantes y abordarlos de forma específica surge la Geriatria.

Nos han solicitado que exponamos nuestro punto de vista sobre nuestra formación y nuestra especialidad como residentes de la última promoción. Dado que desconocemos los inicios de nuestra especialidad, por razones obvias, nos ceñiremos exclusivamente a nuestro tiempo presente y perspectivas futuras.

Desde un punto de vista meramente académico, la especialidad de Geriatria y Gerontología es, para los propios residentes, una especialidad aún poco conocida. Salvo en aquellos hospitales en los que estos especialistas se hallan presentes, en el resto de los centros todavía algunos compañeros nos miran con extrañeza cuando se les dice que eres geriatra. Nos asocian a los ancianos, pero no saben qué papel desarrollamos con exactitud. En el mejor de los casos, suelen recurrir a nosotros cuando el paciente mayor se les «escapa» en el manejo terapéutico. Incluso, algunos llegan a pensar que somos una subespecialidad de Medicina Interna.

Entre los propios residentes de Geriatria, también se observa esta confusión. Nuestras funciones durante gran parte de la especialidad quedan poco claras. Esta «desorientación» se hace más manifiesta en los hospitales donde la formación geriátrica tiene una orientación principalmente internista. Algunos residentes no saben si es una «medicina interna de viejos» o sólo si se es médico de personas con gran incapacidad, en las cuales la intervención médica está muy limitada. Estas dudas se disuelven parcialmente al completar nuestro aprendizaje, con una visión más global. Al trabajar con otras especialidades, nuestro papel queda más claro, así como la importancia que tenemos para nuestros ancianos. Problemas relativamente sencillos de manejar pueden perder en la oscuridad a cualquier otro especialista, con el subsiguiente perjuicio para estos pacientes.

El período de residencia actual nos permite una adecuada formación general. Los conocimientos de medicina interna son bastante sólidos y la formación específica en Geriatria también. Las habilidades adquiridas en nuestro período de instrucción y los conocimientos teóricos aprendidos nos permiten resolver la mayoría de los problemas que se nos presentan en la práctica habitual. Por otra parte, los nuevos tiempos demandan a los geriatras más conocimientos, como pueden ser formación específica de gestión, investigación clínica y cuidados paliativos, entre otros. Desde la Comisión Nacional ya se ha iniciado una modificación del programa actual de la especialidad para incluir estos importantes aspectos.

Queríamos reseñar que quedan pendientes los aspectos éticos que surgen en nuestra actividad clínica diaria, como el encarnizamiento terapéutico, la eutanasia, el testamento vital o la indicación de directivas avanzadas. Estas últimas, si bien ya se están estableciendo en cuidados paliativos, aún no se han planteado en Geriatria.

Durante mis años como residente y también como miembro representante de los MIR en la Comisión Nacional, se ha tratado uno de los principales problemas existentes en nuestra especialidad, el llamado «tema MESTOS». Durante la actual legislatura se ha dado solución a un problema tanto institucional como académico y social. En el caso concreto de nuestra especialidad, la confusión existente por los títulos oficiosos (fuera de la formación MIR) y una demanda de geriatras que no podía ser satisfecha por la formación reglada creó esta difícil situación que ha provocado en nuestra especialidad grandes tensiones a todos los niveles (Comisión Nacional, médicos residentes, SEGG). Esta crisis ha provocado la división entre los especialistas, olvidándonos que nuestro principal objetivo como geriatras es la atención adecuada de las personas mayores. Tal vez no haya sido la mejor solución, pero podemos decir que el problema, prácticamente en su totalidad, se ha resuelto. Desde ahora sabemos que los nuevos especialistas tendrán una formación reglada por la vía MIR, cerrando la vía alternativa existente. Esta nueva situación favorece sobre todo a los usuarios, a nuestros ancianos. Puede que se hayan admitido especialistas con una formación poco específica, pero la cuestión se ha solucionado.

En esta situación, los residentes nos hemos visto olvidados desde determinadas instituciones, ignorando nuestra formación y nuestras expectativas futuras.

Analizando la situación actual de nuestra especialidad, poco a poco se va implementando el nombre de Geriatria y de geriatra en la sociedad actual. El hecho de que los propios ancianos digan que van al geriatra de la misma manera que dicen que van al cardiólogo es ya un hecho significativo. Este desarrollo social, junto con el envejecimiento progresivo de nuestra población, servirá de empuje a las instituciones para desarrollar realmente un plan geriátrico nacional hasta ahora sedado.

El porvenir de nuestra especialidad y de los próximos residentes se muestra esperanzador. Nuestra formación polivalente nos permite participar en múltiples situaciones. Hace 2 años, con motivo del Congreso Nacional de la SEGG, se inició una serie de seminarios para residentes, lo cual hay que agradecer a la actual directiva. Ese año se trataron las distintas salidas laborales que tiene nuestra especialidad. Si mal no recuerdo, se habló de 10 distintas salidas, como pueden ser hospital de agudos, hospital de día, asistencia privada, centros psiquiátricos, cuidados paliativos, hospitales de larga estancia, equipos de asistencia domiciliaria, unidades de soporte hospitalario, etc., sin mencionar una de las más habituales, como es el servicio de urgencias. Otras posibles opciones futuras pueden ser la incorporación de los geriatras a los centros de salud y/o centros de especialidades para la valoración y el seguimiento del anciano frágil. Esta opción se encuentra principalmente con la resistencia de los médicos de familia, que ven esta incorporación como una intrusión en sus dominios.

Por otra parte, la investigación sobre el envejecimiento, el anciano y el tratamiento de sus enfermedades está cobrando cada vez más importancia. Son más frecuentes los ensayos clínicos centrados en la población anciana. Éste es un campo que los geriatras debemos ampliar y desarrollar. Por último, recordaremos que una de las oportunidades laborales y que cada vez nos demandan más es nuestra actuación como gestores. Nuestro abordaje multidisciplinar, nuestros conocimientos sobre los distintos recursos sanitarios y nuestra habilidad para ubicar al paciente en el recurso sanitario más idóneo hacen que sea la especialidad más adecuada para desempeñar esta misión.

Como ven, las posibilidades de nuestra especialidad son enormes. Sin embargo, aún faltan más recursos y apoyo institucional para un desarrollo completo que asista a la demanda actual.

Concluyendo, hemos escogido una especialidad general y multidisciplinar en pleno desarrollo y con perspectivas esperanzadoras. Aún tenemos que darnos a conocer mejor. Es misión de todos este desarrollo, que nuestra formación como geriatras se realice de la manera más acorde para atender correctamente a nuestras personas mayores.