
Formación básica y continuada en Geriátría

Ribera Casado, J. M.

Servicio de Geriátría. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

UNA PREOCUPACIÓN PRIORITARIA EN ALBERTO SALGADO

Desde el mismo momento en que nace la Sociedad Española de Geriátría en 1948 el tema de la formación se plantea para sus socios fundadores como una de las prioridades principales. Se trata de algo que entra dentro de la lógica si consideramos que éstos procedían en su mayor parte de ambientes académicos y que su primer presidente, D. Manuel Beltrán Báguena, era catedrático de patología médica en Valencia. No sólo eso sino que llevaba ya unos años impartiendo ensañanzas de geriatría mediante unos cursos oficiales de doctorado que fueron los primeros de su género en Europa. Este carácter precursor de la enseñanza de la especialidad dentro de la universidad le fue reconocido a nivel internacional a Beltrán Báguena, y por extensión a la geriatría española, en el cuarto congreso internacional de la IAG que tuvo lugar en Merano (Italia) en julio de 1957.

Contemplado desde la perspectiva de la persona a quien rinde homenaje este suplemento, el Dr. Alberto Salgado, cabe decir que cuando se produjo su incorporación activa a la vida de la SEGG allá por los años cincuenta, asumió inmediatamente este talante, de manera que el tema de la formación fue también una constante en su lista de prioridades, prácticamente desde sus inicios en el mundo de la geriatría. Resulta fácil encontrar referencias al respecto a lo largo de toda su vida, tanto en su obra escrita como en sus realizaciones prácticas. Con respecto al primer punto señalar únicamente que su obra escrita ofrece testimonios abundantes en libros y artículos de su interés por el tema, tal como se revisa en otro artículo de la monografía. Por ello en esta breve introducción me limitaré a recordar algunos brochazos de su vida profesional claramente indicativos de su preocupación por la formación en geriatría a todos los niveles.

Quizás la expresión más explícita y continuada de vivir este interés hayan sido los cursos de reciclaje o de actualización que, bien con este nombre, bien con el de jornadas o con algún otro equivalente, vino organizando en su Servicio de Geriátría del Hospital Central de la Cruz Roja prácticamente durante treinta años. En efecto, los primeros de estos cursos tuvieron lugar en los albores de los años sesenta, apenas iniciada su actividad asistencial, y así continuaron celebrándose hasta su jubilación ya en los años noventa.

Con una periodicidad que pudo variar entre uno y dos años, nunca más, la llamada se fue repitiendo ininterrumpidamente, de forma que no es exagerado afirmar que durante mucho tiempo estos encuentros constituyeron en la práctica una de las escasas formas regladas de adquirir conocimientos en el campo de la gerontogeriatría que podían encontrarse en nuestro país. Digo gerontogeriatría porque, si bien en los primeros años, los temas programados estaban orientados exclusivamente hacia los médicos, muy pronto –y en esto fue también un precursor– se abrieron a profesionales de otras ramas del saber gerontológico.

Durante unos años, a caballo entre los setenta y los ochenta, el Hospital de la Cruz Roja estuvo adscrito como unidad docente del pregrado a la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Con este motivo, y aunque fuera con un carácter casi simbólico, su servicio de geriatría participó también en la enseñanza pregraduada, lo que se tradujo en el nombramiento como profesores ayudantes o colaboradores de algunos de los miembros del servicio, incluido el propio Alberto Salgado. Su interés por la formación hizo que por esos mismos años empezase a asumir también responsabilidades docentes a nivel personal e institucional en otras profesiones sanitarias como enfermería o terapia ocupacional.

Durante toda una larga etapa inicial de su presencia en la junta de gobierno de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG), primero como secretario y después como presidente, luchó de manera denodada por el reconocimiento de la especialidad con la consecuente posibilidad de formar residentes por la vía MIR. Un logro que

Correspondencia: J. M. Ribera Casado. Servicio de Geriátría. Hospital Clínico San Carlos. Prof. Martín Lagos, s/n. 28040 Madrid.

vio realizado a partir de 1978 y que se comenta en otro trabajo de este suplemento. Quede aquí únicamente constancia de que su interés por las tareas de formación le llevó a ser el primer presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad de Geriatria.

No podría concluir esta introducción sin recordar otra de las muestras de la preocupación que Alberto Salgado manifestó siempre por la formación continuada. Me refiero a su talante abierto para recibir de manera generosa e incondicional a postgraduados interesados en formarse en geriatría procedentes de cualquier rincón de nuestro país o de fuera de él. Expresión muy demostrativa de ello han sido los más de medio centenar de profesionales procedentes de la mayor parte de los países latinoamericanos que honran su curriculum afirmando haberse formado en la Cruz Roja y con Alberto Salgado. Durante el congreso conmemorativo de los cincuenta años de la creación de la SEGG, celebrado en Madrid en 1998, muchos de estos médicos tuvieron ocasión de reencontrarse y de rendir homenaje a quien con tanto entusiasmo les había recibido.

Vemos, pues, cómo el interés por la formación fue una constante en la vida de Alberto Salgado. Y vemos también cómo el Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid y la SEGG sirvieron de marco referencial y casi exclusivo para todas estas tareas. Dos instituciones y dos marcos nítidos y bien definidos, muy suyos, y muy en el espíritu de quien durante toda su vida buscó siempre integrar, buscó sumar y no restar, agrupar en una voz única y en unas acciones comunes a las diferentes profesiones sanitarias. Alguien que se mantuvo siempre lejos de toda suerte de cismas y sectarismos a los que tan aficionados son algunos de los que, muy en contra de lo que fue su testimonio, pretenden hoy apropiarse indebidamente de su nombre.

FORMACIÓN EN GERIATRÍA DURANTE EL PREGRADO

Historia y actualidad

Conceptualmente, la enseñanza de la geriatría —como la de cualquier otra especialidad clínica— puede ser contemplada a nivel de pregrado, de postgrado inmediato (especialistas o tercer ciclo académico) y de formación continuada o reciclaje. Si nos ceñimos al primero de estos puntos podemos decir que, lamentablemente, tal como he tenido oportunidad de comentar en otras ocasiones (1-6), hasta ahora la geriatría no ha tomado carta efectiva de naturaleza en las facultades de medicina españolas. Al menos de una manera más o menos generalizada y oficial, y en lo que respecta al pregrado.

Si acudimos a la historia del último siglo en nuestro país los antecedentes más remotos probablemente los podemos encontrar en el Prof. Roberto Novoa Santos, catedrático de Patología General, inicialmente en Santiago de Compostela y más tarde en Madrid, quien incluía en su progra-

ma de la asignatura una lección titulada «Proceso de senescencia». Así aparece recogida en la cuarta edición de su libro en 1928 y es posible que en algunas anteriores (7).

En una línea parecida, el Prof. Misael Bañuelos, catedrático de Patología Médica de la Universidad de Valladolid, impartía de manera regular durante los años treinta y cuarenta una lección con el título de «Vejez y enfermedades de la vejez», que también aparece recogida en el cuarto volumen de las diferentes ediciones de su libro de texto, probablemente el más difundido en España durante aquellos años (8). En el primer volumen de esta obra, el Prof. José María Villacián, catedrático de Psiquiatría de la misma Universidad vallisoletana, entra de lleno en el campo de la psicogeriatría, hablando de la «psicosis de involución», para diferenciar aquellas de origen vascular de las que él denomina seniles. Habla de las «presbifrenias» y establece un diagnóstico diferencial entre las diferentes formas de demencias.

Mucho más tarde, ya en los sesenta, el texto de Patología General del Prof. A. Fernández Cruz recogía también un capítulo dedicado al envejecimiento y a la muerte (9).

El año 1965 puede considerarse como el de la «entrada en la historia» de la enseñanza de la geriatría en Europa. Fue entonces cuando el Reino Unido dotó la primera cátedra de la especialidad en Glasgow en la persona del profesor (luego Sir) Fergusson Anderson, recientemente fallecido.

A lo largo de los años siguientes este proceso tuvo una envidiable continuidad en aquel país y en los primeros años ochenta la enseñanza pregraduada de la geriatría estaba establecida de forma reglada en 28 de sus 30 facultades de medicina. En 14 de ellas con departamento académico específico y dotación de cátedra (10). Años después, a principios de los noventa, el número de catedráticos de geriatría en las facultades de medicina del Reino Unido había superado ampliamente la veintena y en el momento actual todas las facultades de medicina, con dos únicas excepciones, disponen al menos de un catedrático de geriatría. En varias de ellas existe más de uno (11).

Estos datos no eran sino la respuesta a la recomendación establecida unos años antes, en 1976, por la *British Medical Association* de que cada Facultad de Medicina dispusiera de una Unidad Académica propia «para proporcionar una enseñanza autorizada pre y postgraduada sobre los problemas clínicos del anciano, así como sobre algunos conocimientos de gerontología y sobre las estructuras administrativas que se ocupan de los servicios sociales del anciano» (12).

En los Estados Unidos, durante los años setenta, se habían establecido recomendaciones similares (13), lo que determinó que en el curso académico 1979-80 estuviera establecida la enseñanza de la geriatría y de la gerontología dentro de los programas del pregrado en 81 de sus 126 escuelas de medicina (14). Desde esa fecha la

proporción fue aumentando progresivamente, de manera que un informe oficial elaborado por el Departamento de Salud y de Recursos Humanos en 1984, sugería ya en ese año que para 1990 serían necesarios no menos de 600 docentes de geriatría para el conjunto de las facultades de medicina del país y que esta cifra se elevaría hasta 1.300 en la perspectiva del año 2000 (15).

Otros países, como Japón, Suecia, Canadá, y algo después Holanda e Israel, también desarrollaron importantes iniciativas en este terreno a lo largo de los años setenta y ochenta (16-18). La implantación de la enseñanza de la geriatría en otros países europeos ha seguido un camino muy desigual de unos sitios a otros.

A nivel doctrinal y en un marco supranacional, a raíz del VII Congreso Mundial de la IAG celebrado en 1966, es posible encontrar referencias en este terreno en prácticamente todos los congresos siguientes. Un hito importante lo constituyó la Asamblea Mundial del Envejecimiento celebrada en Viena en 1982 a instancias de las Naciones Unidas. Su recomendación 59 establecía que «deberá estimularse la capacitación en todos los aspectos de la gerontología y la geriatría, y dársele la debida importancia en los planes de estudio en todos los niveles. Se insta a los gobiernos y a las autoridades competentes a...» (19).

La propia Organización Mundial de la Salud definió en ese mismo año de 1982 cuatro objetivos específicos para la enseñanza de la gerontología en el pregrado y otros diez para la enseñanza de la geriatría (20). Con ellos se pretendía básicamente: a) familiarizar a los estudiantes con el mundo médico y social del anciano; b) proporcionar información sobre el proceso de envejecimiento, los cambios que implica y su repercusión sobre el envejecimiento normal y el patológico, así como sobre una selección de los tópicos más importantes en medicina geriátrica referidos a los distintos órganos y aparatos; y c) dar a conocer al estudiante la existencia de servicios y disciplinas extra-hospitalarios que colaboran en la atención y cuidado del anciano y familiarizarse con la necesidad de trabajar en equipo dentro de este terreno.

Poco después, en 1988, la Federación Mundial de Enseñanza de la Medicina organizó en Escocia una Conferencia Mundial para la Enseñanza de la Medicina, bajo el patrocinio de la Organización Mundial de la Salud, cuya resultante es lo que se conoce como «Declaración de Edimburgo» (21). En ella se propugna una reforma de los planes de estudio de las facultades de medicina en el sentido de hacerlos conceptualmente más amplios y abiertos a una sociedad dinámica, así como «adecuarlos a las necesidades reales de la sociedad en la que se insertan», y se hace mención expresa de algunos de los principios fundamentales de la medicina geriátrica.

En España, con las importantes salvedades ya apuntadas, este tema ha prosperado poco y tarde, sobre todo a nivel del pregrado. Hasta la década de los noventa la enseñanza de la geriatría no había sido contemplada oficialmente en los planes de estudio de ninguna facultad de

medicina. Es cierto que en alguna que otra facultad, a título individual, determinados profesores introducían de manera esporádica algunos conceptos geriátricos en sus programas de patología general, de patología médica, e incluso de otras materias como la fisiología, la epidemiología, la psiquiatría o alguna especialidad clínica; pero siempre se trató de excepciones muy aisladas que para nada modificaban la regla general. De hecho, en una amplia encuesta llevada a cabo por nuestro grupo a principios de los años noventa entre médicos de atención primaria de toda España, más del 95% de los encuestados afirmaron no haber recibido la más mínima información geriátrica durante su período de licenciatura (22).

Desde la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) se han hecho llamadas de forma repetida en este sentido, que nunca tuvieron demasiada repercusión. A mitad de los años ochenta, se propusieron a los poderes públicos una serie de recomendaciones de las que la número 23 señalaba que «la docencia de la geriatría debe desarrollarse a tres niveles: formación básica durante el período de pregrado, formación continuada con intervención de las facultades de medicina, centros hospitalarios y Sociedad española de Geriatría y Gerontología, y formación especializada durante cuatro años a partir del sistema MIR...» (19). En los congresos de la SEGG se ha venido incorporando de manera reiterada este asunto en sus programas, insistiendo en ello a través de ponencias y simposios cada pocos años, siempre con un eco muy escaso tanto en lo que respecta a la administración como a las mismas facultades de medicina.

En el momento actual entre los países de la Unión Europea la situación es extraordinariamente variable y también cambiante, por lo que es probable que los datos que aquí se aportan, reales al fin de los años noventa, estén sufriendo o puedan sufrir importantes variaciones en los años próximos. Empezaré por señalar que Grecia (Luxemburgo no cuenta, al no disponer de facultades de medicina en su territorio) es el único país donde, de manera oficial y en la práctica, se ignora de forma absoluta esta enseñanza en los estudios del pregrado médico. Para los demás países la situación puede resumirse de manera esquemática de la siguiente forma:

a) Países en los que la enseñanza es obligatoria y autónoma. En este caso los contenidos se imparten de forma variable a lo largo del segundo ciclo (en el tercero, cuarto y/o quinto curso). Es la situación de los países con una mayor tradición en este sentido: Reino Unido, Irlanda, Suecia y Holanda. Son muy amplias las variaciones formales entre estos países en lo que se refiere al total de horas asignadas al programa (entre 20 y 80) y en lo que respecta a la existencia o no de enseñanza práctica obligatoria (sólo la tienen en el Reino Unido y en Irlanda).

Otro país, Dinamarca, se ha incorporado recientemente a este grupo, y un sexto, Francia, ha establecido la obligatoriedad a partir del año 1995 para aquellos alumnos que iniciaron sus estudios en esa fecha. En España ocu-

re teóricamente lo mismo a raíz del Plan de Estudios iniciado en 1993.

b) Países con enseñanza obligatoria y autónoma, pero impartida solamente a la conclusión de los estudios de medicina. Esta modalidad quita universalidad a la enseñanza en la medida en la que implica sólo a aquellos médicos que van a trabajar como generalistas. Este modelo se da en Finlandia, Italia y Noruega. En el caso de Finlandia hay que añadir que la enseñanza práctica es obligatoria.

c) Enseñanza obligatoria pero no autónoma. En este caso los contenidos gerontogerítricos se imparten incorporados a la enseñanza de otras disciplinas (Medicina Interna, Neurología, Psiquiatría, Salud Pública, etc.). Este sistema dificulta la posibilidad de adquirir una visión global uniformada de los problemas geronto-geriátricos, pero, en cambio, amplía los contenidos docentes a esferas en las que, de otra forma, resulta difícil entrar. Es lo que ocurre en Alemania, Austria y Bélgica. También, en ciertas universidades españolas.

d) Enseñanza opcional y, en cierta medida, autónoma. Es el modelo que ha seguido Dinamarca hasta hace muy pocos años, y en forma bastante simbólica por lo escasa, Portugal.

El momento en el que se ha ido produciendo la incorporación de estas enseñanzas a los programas curriculares de las diferentes facultades de medicina europeas ha variado mucho de unos países a otros, pero, en general, salvo en aquellos países pioneros como el Reino Unido, Irlanda o Suecia, han tenido lugar en los 10-15 últimos años. Las dificultades mayores han venido de la mano de los siguientes puntos:

a) Falta de un profesorado específico. Este aspecto se ha ido resolviendo en la mayor parte de aquellos países que tienen una mayor flexibilidad y tradición docente que el nuestro mediante la dotación de cátedras de geriatría y de las correspondientes titulaciones equivalentes a nivel inferior. En Italia, por citar tan sólo un país próximo geográfica y culturalmente, el número de cátedras de geriatría en el momento actual se aproxima a la treintena. En otros países de menor población, como Suecia, Finlandia, Holanda y Dinamarca, disponen de cátedra de geriatría todas sus facultades de medicina. Y en algunas universidades, especialmente en el Reino Unido, incluso existen departamentos interfacultativos en los que, junto a la —o las— cátedras de geriatría existen otras de gerontología social o biológica, o de psicogeriatría que diseñan sus programas docentes y de investigación de una manera conjunta y coordinada (11).

b) Dificultades para la elaboración de los programas en cuanto a sus contenidos, extensión y ubicación dentro de la licenciatura, así como para integrarlos en el contexto de los ya existentes. Se trata de algo lógico y que, como hemos visto, se ha resuelto de manera muy diferente de unos lugares a otros.

Otros países del este europeo, como Rusia, Ucrania, Eslovaquia, Hungría, Rumanía o Polonia también tienen incorporada la enseñanza de la geriatría en el pregrado de medicina, aunque de una manera no universalizada y muy irregular en cuanto a sus contenidos. Por ejemplo, en Polonia esta enseñanza es obligatoria en cinco de sus once facultades de medicina (23).

En nuestro país la Secretaría General del Consejo de Universidades publicó en 1988 una serie de propuestas alternativas, observaciones y sugerencias al informe técnico oficial elaborado por el «grupo 9 para la reforma de los planes de estudio de la licenciatura de medicina» (24). Entre las propuestas de modificación las más repetidas sugerían la inclusión en el apartado troncal número VIII de tres nuevos epígrafes: Inmunología, Oncología y Geriatría.

Estas recomendaciones fueron tenidas en cuenta en sus aspectos básicos, y por ello cabe decir que el punto de inflexión en este terreno corresponde a las directrices sobre los nuevos planes de estudio aprobadas en 1990, que obligan a incorporar la enseñanza de la geriatría para todos aquellos alumnos que iniciaban su carrera a partir de 1993 (25). Esta incorporación se preveía en dos niveles: en el primer ciclo dentro del epígrafe 5 en el apartado titulado «Introducción a la patología: Causas, manifestaciones generales y expresión morfológica de la enfermedad. Bases del diagnóstico y tratamiento». En el segundo ciclo se contempla dentro del epígrafe 9 en el apartado titulado «Medicina y cirugía de aparatos y sistemas. Diagnóstico, pronóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades».

Sin embargo, la Ley de Reforma Universitaria (LRU) deja un amplio margen a la forma concreta de entender estas directrices por parte de cada Facultad. Ello, unido a las dificultades objetivas de tener que incorporar una materia curricular nueva, para la que, además, no existe profesorado con una preparación específica en casi ninguna universidad, está condicionando enormes dificultades prácticas a la hora de su aplicación, no resueltas aún —o mal resueltas— en la mayor parte de los casos.

Con el fin de poder obtener información acerca de cuál era de hecho la situación en las universidades españolas, envié en otoño de 1994 un cuestionario de nueve preguntas a todas nuestras facultades de medicina. Respondieron 18 (75%) y el resultado más llamativo es que se contempla de alguna forma la enseñanza de la geronto-geriatría en 14 de ellas, en seis al principio del segundo ciclo, en cuatro al final y en otras cuatro a todo lo largo del mismo. Frente a ello hay que destacar, evidentemente, que no se contempla esta enseñanza en las otras cuatro respuestas, ni, presumiblemente, en aquellas facultades de medicina que no contestaron al cuestionario. Ello nos daría un porcentaje afirmativo ligeramente superior al cincuenta por cien.

En nueve casos esta enseñanza se preveía con carácter obligatorio y en cinco, optativo. El número de horas de

enseñanza previsto oscilaba entre márgenes tan amplios como las 5 y las 100, aunque la mayoría establecía unos márgenes entre 20 y 40 horas, de los que mayoritariamente y de forma aproximada un tercio correspondía a enseñanza teórica y dos tercios a prácticas. Las facultades que la tenían prevista como asignatura optativa ofrecían una proporción más elevada de horas de enseñanza práctica.

Un problema importante es el del profesorado. A la luz de las respuestas, tan sólo en seis facultades de medicina existía algún profesor numerario que, con o sin el título de geriatra, disponía de un entrenamiento específico en la materia. En las demás, se supone que la enseñanza debe correr a cargo de profesores de medicina interna con el apoyo de algunos especialistas de otras disciplinas clínicas. Únicamente en cuatro facultades existe algo parecido a un programa. En ningún caso se mencionaron textos que pudieran servir de referencia.

Desde esa fecha, tengo evidencia directa de que las cosas han mejorado algo en algunas facultades, poco en todo caso, pero pienso que la indeterminación, cuando no la confusión o las resistencias más o menos pasivas, siguen siendo los elementos dominantes en este terreno.

¿Por qué enseñar Geriatria en el pregrado?

En primer lugar por razones sociodemográficas. Efectivamente, los países de la Unión Europea completaban en 1995 más de setenta millones de personas sobre los 60 años y más de doce millones por encima de los 80. En España, la población con edad superior a los 65 años está en los 6.700.000 en cifras absolutas, y alcanza ya el 17% del total. Los de más de ochenta andan en torno al millón y medio. Añádase a esto que la tendencia imparable es a incrementar todas estas cifras en Europa y en España, tanto en términos absolutos como relativos en el curso de los próximos años. Además, se trata del grupo de población que genera más problemas desde la perspectiva de la salud y que presenta una mayor morbilidad, sea cual fuere el parámetro de medición que se utilice: ingresos hospitalarios, estancia media, mortalidad, consultas ambulatorias u hospitalarias, consumo de fármacos, etc. (26).

Pero también existen razones conceptuales. Durante el proceso de envejecimiento se producen cambios muy importantes en el organismo, que determinan un comportamiento diferente en su manera de enfermar y, lógicamente, en lo que constituye la vía de aproximación diagnóstica y la actitud terapéutica ante el paciente mayor. Todo ello determinada una mayor coincidencia de diversas patologías en un mismo individuo (pluripatología), una mayor tendencia a la cronificación de las mismas, una mayor prevalencia de situaciones de incapacidad, una mayor necesidad de cuidados continuados y una mayor utilización de los recursos sociales. Estos conocimientos deben ser expuestos a todos los estudiantes de medicina con in-

dependencia de la orientación profesional a la que cada uno de ellos decida optar posteriormente.

Además, por todo lo que se acaba de indicar, el trabajo con pacientes de edad avanzada obliga, en mayor medida que ninguna otra especialidad, a un trabajo multidisciplinar, colaborando con profesionales no-médicos procedentes de otras áreas y este mensaje debe también ser recibido durante la carrera.

¿A quién enseñar?

Se trata de la respuesta más fácil y obvia: hay que enseñar geronto-geriatria a todos los estudiantes. En España cabe estimar que al menos la mitad de los médicos de atención primaria ven 20 o más ancianos al día y que, en su conjunto, el anciano constituye más del 50% de su tiempo dedicado a consulta (22, 27). También en otros países, como en los Estados Unidos, el 60% del tiempo dedicado a la práctica clínica de un generalista lo consume el paciente anciano. Consideraciones similares cabe hacer para los cultivadores de la mayor parte de las especialidades médicas o quirúrgicas, probablemente con la única excepción de pediatras y obstetras.

Todo ello hace que los problemas derivados de la preparación profesional de aquellos médicos encargados de vigilar la salud de este colectivo estén adquiriendo un interés creciente y que sea preciso afrontarlos desde su inicio. Por ello el seminario europeo establece que «todos los estudiantes deben recibir formación específica en medicina geriátrica» y que «esta enseñanza debe ser obligatoria y estar sometida a una evaluación formal» (28).

Un informe equivalente en los Estados Unidos señala, en la misma línea, que «debe ponerse especial énfasis en el área de geriatría, teniendo en cuenta la edad de la población. El médico de familia y el internista-generalista deben recibir un entrenamiento en el cuidado integral del anciano» (29). La lectura de esta recomendación es aplicable tanto a los programas de pregrado como a los de postgrado.

¿Cuándo enseñar?

Es una de las cuestiones más abiertas y difíciles de responder. Probablemente no existe una respuesta única, sino que las opciones mejores van a venir muy condicionadas por los parámetros concretos de cada facultad de medicina considerada de manera individual. El seminario europeo (28) propone que «la enseñanza de la geriatría debe hacerse en el primer ciclo en lo que concierne a una toma de conciencia del problema que representa la población anciana, así como a la oportunidad de entrar en contacto con este tipo de pacientes». Este mismo seminario señala que durante la enseñanza clínica se debe poner un énfasis especial en los puntos siguientes: «valoración geriátrica, fisiología del envejecimiento de los diversos órga-

nos y sistemas, no discriminación del anciano y aspectos éticos en general».

Cabría añadir que, idealmente, en el primer ciclo debieran enseñarse también las cuestiones relativas a los cambios que tienen lugar en el curso del envejecimiento: el envejecimiento fisiológico, así como las teorías sobre el por qué envejecemos, y que, durante la enseñanza clínica, debieran tener cabida, en su inicio, los aspectos relativos a la farmacología geriátrica y, más adelante, de forma específica, los llamados grandes síndromes geriátricos (caídas, inmovilidad, úlceras por presión, trastornos del sueño, etc.).

¿Dónde llevar a cabo la enseñanza?

En principio puede hacerse en cualquier lugar, con dos condiciones fundamentales: que funcione adecuadamente un profesor de geriatría y que exista un equipo multidisciplinar. Cubriendo ese requisito, cabe considerar como lugares óptimos para ello, en primer lugar y fundamentalmente, las facultades de medicina y los hospitales universitarios con sus diferentes unidades asistenciales (unidades de agudos y de media estancia, consultas externas, interconsultas hospitalarias, hospitales de día, unidades de atención a domicilio, etc.).

Pero también podrían ser sitios aptos para esta enseñanza, especialmente en su vertiente de aprendizaje práctico, algunos hospitales menores, los llamados centros sociosanitarios, determinados ambulatorios y centros de salud, las residencias de ancianos y otros lugares con gran densidad de población mayor como pueden ser los centros de día o de rehabilitación, etc. Siempre deberemos exigir el cumplimiento a cualquiera de estos centros de los dos puntos señalados en el párrafo anterior: al menos con una persona capacitada para ejercer funciones de docencia y, más fácil, existencia de un equipo multidisciplinar.

La posibilidad de recurrir a la atención primaria como complemento del aprendizaje durante el pregrado es algo que se está experimentando con éxito en diversos campos del aprendizaje médico (29) y que puede resultar especialmente útil en el caso de la enseñanza de la geriatría (30).

¿Quién puede enseñar?

El profesorado encargado de esta enseñanza debe reunir idealmente las siguientes características: conocimientos suficientes, entrenamiento en geriatría, capacidad de síntesis, experiencia en el trabajo multidisciplinar y habilidad para coordinar los conocimientos provenientes de otras especialidades. De acuerdo con ello, debieran ser geriatras entrenados y con experiencia docente. La falta de profesionales que reúnan estos requisitos o las características concretas de algunos de los temas hace

TABLA I. Principales publicaciones periódicas centradas en las «Puestas al día» o revisiones de carácter general

- «*Año gerontológico*». Ed. Glosa. Barcelona. Recoge en versión española, con periodicidad anual, en unas 400 páginas, lo más destacado de la publicación francesa del mismo título, editada por los profesores de Geriatría de la Universidad de Toulouse, JL Albareda y B Vellas.
- «*Clínicas Geriátricas*». Edimsa. Madrid. Monografías de 200-250 páginas, una al año, que se vienen publicándose desde 1985. En un principio se centraron en los diferentes órganos y aparatos. Desde el volumen X (en la actualidad ya ha aparecido el número XVII) abordan también otras cuestiones básicas dentro del campo de la Geriatría.
- «*Clinics in Geriatric Medicine*». Saunders Company. Philadelphia. Monografías de 180-200 páginas, que bimestralmente se vienen publicando desde 1985. Responden al patrón marcado hace por las «Clínicas Médicas de los Estados Unidos».
- «*Modern Geriatrics*». Doyma. Madrid. Versión española de la revista americana «Geriatrics». Desde 1988 viene publicándose de manera ininterumpida a razón de 10 números al año. Todos sus artículos son revisiones de los tópicos más habituales en geriatría, normalmente excelentes, y abordadas con un gran sentido práctico.

que muchas veces vayan a actuar como docentes, al menos para los contenidos teóricos, internistas interesados en la patología del anciano, en algunos casos con un mayor o menor grado de reciclaje geriátrico, o profesores de disciplinas clínicas con un gran componente geriátrico, como pueden ser la neurología, la cardiología, la reumatología o la psiquiatría, entre otras.

También pueden y deben ejercer la docencia expertos parciales en determinadas áreas de conocimiento: biólogos, psicólogos, fisiólogos, sociólogos, etc. Junto a ellos pueden y deben participar de la enseñanza de determinados aspectos más o menos puntuales expertos procedentes de otras profesiones sanitarias: enfermería, terapia ocupacional, psicología, trabajo social, etc.

¿Cómo llevar a cabo la enseñanza?

De forma integrada, con un curriculum estructurado, aprovechando los recursos de infraestructura personal y material que pueda ofrecer a todos los niveles la facultad correspondiente, con unos criterios didácticos que se apoyen fundamentalmente en una base clínica y dando facilidades para el aprendizaje.

La proporción temporal entre las enseñanzas teóricas y las prácticas debe estar equilibrada, aunque debe hacerse énfasis en la enseñanza práctica —siempre menos atendida— tanto con pacientes reales como con supuestos clínicos. También en este punto la respuesta concreta

TABLA II. Acuerdos consensuados en torno a la formación pregraduada (Seminario de París)

1. La enseñanza de la Geriatria y de la Gerontología es indispensable en la formación de todos los médicos europeos.
2. Esta enseñanza debe ser autónoma, obligatoria y objeto de una evaluación formal a la finalización de la misma.
3. Esta enseñanza debe ser teórica y práctica.
4. La formación geriátrica debe incluir dos períodos sucesivos a lo largo del pregrado:
 - Un período, al inicio de los estudios de medicina, donde se iniciará al estudiante en los problemas ligados al envejecimiento.
 - Otro, de profundización en los aspectos nosológicos, clínicos, terapéuticos y psicosociales de las patologías del anciano. En esta línea serán temas preferentes:
 - La demografía del envejecimiento y su evolución.
 - La fisiología del envejecimiento.
 - La clasificación de las enfermedades del anciano.
 - La polipatología y sus interacciones.
 - La valoración funcional, prevención y rehabilitación.
 - La psicología del anciano.
 - Los problemas ligados a la soledad, la insuficiencia de recursos y la gerontología social.
 - El empleo de fármacos en el anciano.
 - El lugar del anciano en la sociedad y los problemas éticos derivados.
5. Esta enseñanza debe ser multidisciplinar y se debe llevar a cabo en las facultades de medicina, pero también en los servicios hospitalarios de geriatría, en las instituciones residenciales y en el medio comunitario.
6. La formación teórica y práctica no se debe limitar a los estudiantes de medicina, sino que debe incluir también a los de aquellas otras profesiones íntimamente relacionadas con el cuidado del anciano.
7. Es necesario preparar a quienes van a impartir esta docencia con el fin de que puedan hacerlo de manera adecuada. El docente en geriatría debe combinar los siguientes aspectos:
 - Haber aprendido geriatría durante sus estudios.
 - Haber adquirido el conjunto de conocimientos requeridos.
 - Ser capaz de sintetizar y trasladar esa síntesis.
 - Saber trabajar en un equipo multidisciplinario.
 - Saber cómo coordinar la atención médica al anciano.
 - Ser capaz de autoevaluar su propia actividad y de participar en un equipo de investigación.
 - Debe disponer de la misma titulación que los docentes de otras materias médicas y establecerse una proporción de enseñantes proporcionada con la de otras disciplinas.

puede experimentar modificaciones importantes de unos lugares a otros.

¿Qué se debe enseñar?

TABLA III. Materias que deben ser incorporadas al «Core Curriculum» del pregrado (declaración de Yuste)

- Gerontología básica y principios básicos sobre el envejecimiento.
- Demografía y epidemiología de las sociedades que envejecen.
- Rehabilitación, que incluiría.
 - Valoración geriátrica completa.
 - Discapacidad y deterioro.
 - Interdisciplinariedad.
 - Niveles de ubicación y apoyo a la persona en geriatría.
- Enfermedades del envejecimiento que deben cubrir:
 - La patología ligada a la edad.
 - Grandes síndromes geriátricos (inmovilidad, incontinencia, inestabilidad y caídas, y trastornos cognitivos).
 - Modificaciones en la presentación de las enfermedades en relación con otras edades.
 - Síndromes psicológicos y psiquiátricos.

Deben enseñarse no solamente una gama más o menos amplia de conocimientos teóricos y prácticos, sino también, como se expone más adelante, haciendo un énfasis muy especial en todo lo que son actitudes y habilidades. Hay que entrenar al alumno en el proceso de toma de decisiones, también en el respeto a la persona mayor y en la necesidad de evitar toda suerte de actitud discriminatoria. Algunos de los que van a ser principales contenidos programáticos han sido apuntados más arriba. En los apartados siguientes detallaré lo que puede ser un programa real en este terreno aplicado a nuestra propia facultad.

Reuniones monográficas de expertos como las celebradas en Washington en 1993 (31), París en 1995 (28) o Salamanca-Yuste en 1998 (32) pueden resultar orientativas al respecto. Existen suficientes textos en inglés y español de nivel suficiente como para poder ayudar de forma muy útil en estas enseñanzas (33-49), además de numerosas publicaciones periódicas de carácter monográfico, algunas de las cuales se enumeran en la tabla I.

¿Qué dicen los expertos?

En la parte del Seminario Europeo de París de 1995 dedicada a la enseñanza pregraduada se alcanzaron las conclusiones que se muestran en la tabla II (28). Son unas conclusiones que van más allá de lo que sería el mero enunciado de un programa teórico, para entrar en el campo de las recomendaciones sobre temas más de fondo en lo que respecta a las cuestiones generales que deben servir de marco a la formación geriátrica durante el pregrado.

Las propuestas de la declaración de Yuste se muestran en la tabla III (32). Quizá puedan calificarse de excesiva-

mente esquemáticas. En todo caso, el documento las complementa definiéndose en algunos otros aspectos fundamentales de tipo conceptual u organizativo. Así, por ejemplo, sugiere que esta enseñanza en su totalidad debe ser impartida a la finalización de los estudios en orden a hacerlo de una forma más sistematizada. La excepción la constituirían las enseñanzas gerontológicas que debieran ofrecerse al inicio de los mismos. También considera que cualquier lugar puede, si cumple los requisitos oportunos, ser adecuado para llevar a cabo esta enseñanza. Apunta que lo que se sugiere no pasa de ser un programa de mínimos y que las diferentes facultades de medicina deberían estudiar la posibilidad de desarrollarlo con una mayor extensión, adecuándolo a sus propias características.

FORMACIÓN CONTINUADA EN GERIATRÍA

Se entiendo por formación continuada la posibilidad de reciclaje que se ofrece al profesional, en el doble sentido de poder refrescar y contrastar sus conocimientos anteriores por una parte, y, por otra, tener acceso a una actualización en todos aquellos aspectos más o menos novedosos que se van produciendo a lo largo del tiempo en el área de conocimiento a la que se dedica. En términos similares la define el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud en 1973: «Aquella formación que el médico sigue después de finalizar su instrucción médica básica, o, en su caso, después de terminar cualquier estudio adicional para ejercer como especialista o como médico general» (50).

Así pues, se justifica sobre todo por la necesidad de reciclaje y actualización en unos momentos en los que resulta esencial todo lo concerniente a la llamada «medicina basada en la evidencia». Se sabe que el volumen total de información médica se duplica cada tres años y que la vida media de los conocimientos adquiridos en las facultades de Medicina es inferior a los cinco años (51).

En el caso de la geriatría quizá los tres campos de mayor importancia sobre los que debe insistir la formación continuada pueden ser: a) todo lo relativo a doctrina geriátrica en cualquiera de sus formas, b) la vivencia de experiencias prácticas a través de rotaciones o sistemas similares, y c) el conocimiento y profundización en los modelos funcionales de ejercer la geriatría.

Otras preguntas importantes en este terreno habría que referirlas al sujeto y al procedimiento. Dicho de otra forma, hacia quién (o hacia quiénes) deben dirigirse los principales esfuerzos en este sentido (quiénes serían los receptores de esta formación continuada), y cómo debe llevarse a cabo la misma.

Formación continuada ¿para quién?

La respuesta puede ser muy simple. Formación continuada para todo el que la necesite. Para aquellos profesionales que, aun trabajando en geriatría y habiendo reci-

bido una formación suficiente en la especialidad, desempeñan su actividad profesional en condiciones duras que les hacen difícil poder llevar a cabo este reciclaje por sí mismos. Trabajar solos o vivir aislados tal vez sean las principales causas que expliquen las dificultades de este grupo de profesionales para mantener los conocimientos adquiridos y/o para incorporar aquellos otros que se han ido produciendo. Pensemos, a título de ejemplo, en aquellos compañeros que trabajan en el medio rural, o en otros cuya actividad laboral se ve circunscrita a una residencia, donde habitualmente el número de médicos puede ser de uno y, en todo caso, nunca supera los tres o cuatro.

También para aquellos médicos de cualquier especialidad (generalistas o especialistas clínicos o quirúrgicos de la disciplina que fuere) que necesiten conocimientos geriátricos en función del tipo de pacientes que atienden y para los que esta vía de adquirirlos pueda constituir la mejor opción. Para muchos de estos médicos quizá más que de formación continuada cabría hablar de «formación básica», o bien de una mezcla de las dos. En todo caso, las vías para adquirirla van a ser las mismas, por lo que pueden ser perfectamente encuadrables en este apartado.

En tercer lugar cabría citar a otros profesionales no médicos pero que trabajan habitualmente con el anciano y participan directamente en el manejo de sus problemas de salud. Me refiero a profesionales de enfermería, terapias ocupacionales, trabajadores sociales, psicólogos, farmacéuticos, etc. También es posible —y deseable— desarrollar programas de este tipo tomando en consideración a los colectivos que acabo de citar.

Pero, sobre todo, la formación continuada debe ir orientada hacia el médico de atención primaria, que es el profesional sobre el que va a recaer en mayor medida la atención del paciente mayor. Coherente con esta idea, el «Seminario Europeo» pide expresamente que «se asegure una formación continuada en geriatría a los médicos de familia» (28). La misma idea queda también recogida en la «Declaración de Yuste» (32).

La apertura de miras que debe presidir este tema supone que debemos estar abiertos a cuantas posibilidades surjan en relación con él. Una de estas posibilidades muy común, y en nuestro caso ampliamente contrastada, es la de ofertarla a médicos de otros países, especialmente latinoamericanos, que solicitan pasar temporadas más o menos largas en nuestro servicio para tareas que entran de lleno en este concepto de reciclaje o de formación continuada.

Las disposiciones administrativas de los ministerios implicados (Sanidad, Educación y Asuntos Exteriores) permiten dar respuesta positiva a esta demanda. Hacerlo así va a depender fundamentalmente de nuestra buena disposición para ello, del visto bueno de la Comisión de Docencia de cada Hospital, y de la oportuna previsión de los programas que, de manera individualizada, haya que organizar en cada caso.

TABLA IV. ¿Quién imparte formación continuada en España?

• Universidad (Facultades de Medicina)	+ - - -
• Hospitales y centros sanitarios	+ + + -
• Administración (M. Sanidad-Educación)	+ - - -
• <i>Sociedades científicas</i>	+ + + +
• Colegios profesionales	+ + - -
• Instituciones privadas (laboratorios)	+ + - -
• Otros	+ - - -

Quién la imparte y cómo llevarla a cabo

Los organismos potencialmente implicados en la formación continuada son muchos y, en la práctica, con un grado muy diverso de compromiso al respecto (tabla IV). Todos pueden valer en mayor o menor medida. Las posibilidades son enormes y todas deben partir del principio de intentar rentabilizar al máximo las diversas ofertas docentes a su alcance.

La formación continuada puede adquirirse en el propio lugar de trabajo. También mediante rotaciones por centros adecuados, y en congresos, seminarios, cursos, simposios, conferencias, etc., de todo tipo. Con respecto al cómo cabe añadir el papel que juegan las publicaciones (libros, pero también revistas, sobre todo aquellas orientadas hacia las puestas al día de temas de gran interés, videos, etc.). Los programas deben estar adaptados en cada caso a los objetivos específicos que se persigan y al tipo de educandos a quienes van dirigidos. Para su logro deben ser explotados todos los recursos disponibles.

En un número monográfico como éste, dedicado a la memoria de Alberto Salgado, creo que tiene interés dedicar unas líneas a enfatizar las posibilidades que ofrecen en la práctica tanto las sociedades científicas (en nuestro caso aquella a la que él entregó buena parte de su vida: la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología), como los servicios hospitalarios de la especialidad. Empezaré por estos últimos.

Un servicio hospitalario de geriatría, con dotación suficiente, con reconocimiento docente y vinculado a la Universidad, es, quizás, el mejor marco para llevar a cabo este tipo de formación. En los siguientes epígrafes intento matizar estos aspectos y, en paralelo, orientar acerca de cuáles pueden ser las líneas básicas a cuyo través se ejerza esta labor de formación continuada.

a) Debemos considerar que el tipo de persona a quien va a ir dirigido el programa formativo es extraordinariamente variable, lo que hace que no todas las propuestas sean igualmente válidas para todo el mundo y que debemos buscar una adecuación individualizada de las mismas.

b) También, asumir que la propia actividad asistencial del día a día, cuando se lleva a cabo con rigor y de forma reglada, supone una forma espléndida de reciclaje para

aquellos profesionales, médicos o no, que acuden a realizar rotaciones con este fin. En este mismo sentido hay que interpretar el valor docente de las diferentes sesiones programadas diariamente en un Servicio (clínicas, anatomoclínicas, bibliográficas, organizativas, de investigación, multidisciplinarias, etc.).

c) En el caso de los cursos y simposios organizados expresamente con esta finalidad se hace preciso matizar claramente a qué tipo de profesional pueden resultarles más útiles en cada caso, y, desde el punto de vista metodológico, buscar en la mayor medida posible su participación. Buscar eso que se viene llamando interactividad.

d) Por último, aunque no menos importante, también los trabajos relacionados con la investigación clínica pueden suponer una vía complementaria y atractiva de reciclaje. Esto representa un estímulo por varios caminos: posibilidad de mejorar currículum, ayudar a una participación activa en congresos a través de la presentación de comunicaciones, orientación en las técnicas de manejo bibliográfico y en las reglas de la metodología científica, etc.

Todas estas actividades son perfectamente posibles y compatibles entre sí. Constituyen una red en sí mismas cuyo buen funcionamiento depende de bastantes factores, pero, sobre todo, de uno: la actitud positiva y el buen ambiente del núcleo básico representativo del conjunto de personal (médico y no médico) adscrito al Servicio de Geriatria. Si este grupo está motivado y funciona razonablemente en su globalidad todo lo demás casi se reduce a un problema de buena voluntad y de sentido común.

En cuanto a las sociedades científicas el caso de la SEGG es un buen modelo de cómo atender esta necesidad de formación continuada. Se trata de una cuestión que supone una prioridad absoluta, y así lo reconocen sus propios estatutos, en cuyo artículo 2º se habla de «...fomentar conocimiento, ...agrupar investigadores y profesionales, ...promover educación...».

La realidad de la SEGG en los últimos años es extraordinariamente rica a muy diversos niveles. Nuestros congresos nacionales cubren una función clarísima en este terreno. Agrupan cada año a unos 2.000 profesionales, durante tres días y medio, con una oferta de 25-35 simposios de primer nivel (oficiales y satélites), con la presentación de 300-400 comunicaciones y con una gama extensa y variada de novedades de todo tipo (presentación de libros, videos, programas informáticos, etc.). En menor escala algo similar puede decirse de los congresos y reuniones de las sociedades autonómicas, de los promovidos por los grupos de trabajo, etc.

A nivel de publicaciones la revista oficial (REGG) cubre una función similar a través de sus diversas secciones, especialmente de aquellas orientadas a revisiones, informes o actualizaciones. También mediante sus suplementos monográficos (4-6 al año). Junto a ello habría que situar la edición y distribución entre los socios de libros (3-4 al año), monografías, videos, programas informáticos, etc.

Otros apartados menos reglados, como cursos de formación, simposios, conferencias, visitas programadas a centros, etc., se llevan a cabo organizadas por nosotros mismos o en colaboración con otras sociedades científicas, con universidades (hemos participado en más de cincuenta cursos de verano desde 1998), con las administraciones públicas, con la industria farmacéutica o de servicios y también con otras entidades muy diversas. No tienen un modelo único en cuanto a su duración, destinatarios, formato, carácter presencial o no, etc, pero en su conjunto suponen varias decenas de actividades al año y han alcanzado durante los últimos cinco a más de 12.000 profesionales.

Cabría completar este breve resumen con una referencia al apartado de becas de reciclaje en centros de España o de fuera de nuestro país. Tan sólo señalar que la SEGG viene ofertando alrededor de ocho becas de reciclaje por año para estancias de 2-3 meses en centros españoles, cinco por año para estancias de 3-6 meses de duración en centros extranjeros, y una media de 2-3 por año para asistir a cursos de formación de carácter internacional fuera de nuestras fronteras. Junto a ello la SEGG viene otorgando desde hace muchos años 50 becas de inscripción a su congreso anual, y entre seis y ocho al año para congresos europeos o mundiales.

Mínimos apuntes finales

Quedan múltiples cuestiones abiertas en este terreno. Algunas de las más polémicas tienen que ver con las acreditaciones: ¿quién las otorga?, ¿con qué criterios?, ¿cómo se cuantifican?, ¿qué grado de reconocimiento tienen? Dejo los interrogantes que han sido bien discutidos recientemente por H Pardell (51-52) y me limito a insistir en el papel que en todo el mundo juegan las sociedades científicas en este terreno. Un papel al que, como hemos visto, es muy sensible la SEGG y que, obviamente, no tiene por qué ser exclusivo.

Otros puntos abiertos e igualmente polémicos guardan relación con los sistemas para controlar la calidad de estas actividades, con las fuentes de financiación de las mismas, con su eventual coordinación, o con el carácter de obligatoriedad o no que debieran tener.

BIBLIOGRAFÍA

- Ribera Casado JM. Aprender geriatría para el año 2000 (ed). Rev Clin Esp 1988;182:295-6.
- Ribera Casado JM. La geriatría en el nuevo plan de estudios de medicina (editorial). Rev Esp Geriatr Gerontol 1991;26:1-2.
- Ribera Casado JM. La enseñanza de la geriatría en España. Trib Med 1993;29:15.
- Ribera Casado JM. Papel de la Geriatría y de la Gerontología en la formación y en la práctica de los médicos en Europa (informe). Rev Esp Geriatr Gerontol 1995;30:104-6.
- Ribera Casado JM. Enseñanza de la geriatría en el pregrado. Algunos interrogantes (ed). An Med Intern (Madrid) 1995;12:417-9.
- Ribera Casado JM. La difícil entrada de la medicina en las facultades de medicina (la voz de los expertos). Jano 1997;LIII(1222):567.
- Novoa Santos R. Proceso de Senescencia. En: Novoa Santos R, ed. Patología General 2º tomo (4ª ed.) El Eco de Santiago. Santiago de Compostela. 1928. p. 738-60.
- Bañuelos M. Vejez y enfermedades de la vejez. En: Bañuelos M, ed. Manual de Patología Médica. Barcelona: Ed Científico-Médica; 1943.
- Fernández-Cruz A. Envejecimiento y muerte. En: Fernández Cruz A, ed. Fisiopatología básica general. Barcelona: Editorial Científico Médica; 1968. p. 767-828.
- Stout RW. Teaching Gerontology and Geriatrics Medicine. Age & Ageing 1985;14(Supl):1-36.
- Brocklehurst JC. Academic Geriatric Medicine in Great Britain. En: Michel JP, Rubenstein LZ, Vellas BJ, Albareda JL, eds. Geriatric programs and departments around the world. Paris: Serdi; 1998. p. 81-4.
- British Medical Association Board of Sciences and Education. Report of the working party on services for the elderly. London: British Medical Association; 1976.
- Reichel W. Geriatric Medical Education: Developments since the American Geriatric Society Conference on Geriatric Education 1976-77. J Am Geriatr Soc 1981;29:1-9.
- Robbins AS, Vivell S, Beck JC. A study of geriatric training programs in the United States. J Med Educ 1982;57:79-86.
- National Institute of Aging. Report on education and training in Geriatrics and Gerontology. Baltimore. February 1984.
- Vivell S, Solomon DH, Beck JC. Medical education responds to the 20th century success history. J Am Geriatr Soc 1987;35:1107-15.
- Galinski D. Ten years experience teaching geriatric medicine. Isr J Med Sci 1985;21:249-53.
- Steen B. Geriatric medicine in Sweden. Informe-ponencia al Seminario Europeo de París; 1995.
- El médico y la tercera edad (libro Blanco). Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Madrid; 1986.
- Teaching Gerontology and Geriatric Medicine. Report on a Workshop. Edinburgh 5-7. April. 1982. WHO publication ICP/ADR 45 (2).
- World Federation for Medical Education. Edinburgh Declaration. Lancet 1988;2:464.
- Moreno Negrete L, Lázaro del Nogal M, González-Esteban J, Ribera Casado JM. La geriatría vista desde la atención primaria. An Med Intern (Madrid) 1995;12:329-32.
- Bien B, Pedich W. The place of geriatrics in the health care system in Poland. En: Michel JP, Rubenstein LZ, Vellas BJ, Albareda JL, eds. Geriatric programs and departments around the world. París: Serdi; 1998. p. 107-18.
- Consejo de Universidades: Informe técnico del grupo de trabajo número 9. Título de licenciado en Medicina y Cirugía. Secretaría General. Ministerio de Educación y Ciencia. Madrid; 1988.
- Real Decreto 1417/1990. Ministerio de Educación y Ciencia: Directrices generales propias de los planes de estudio conducentes a la obtención del título de licenciado en medicina. BOE. 20 noviembre 1990. p. 34343-9.
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Geriatría XXI. Edimsa. Madrid. 2000.
- Indicadores de actividad de asistencia primaria en 1992. Ed. Insalud. Madrid. «Actividades en Atención Primaria 1992».
- Société Française de Gérontologie. Place de la Geriatrie/Gérontologie dans la formation et l'exercice des médecins en Europe. Actes Séminaire Européen. Paris; 1995.
- Council on Graduate Medical Education. Informe de 1992. Punto 4º. Washington.
- Thom D, Yeo G, Lebaron S. Structured students interviews of elders at home during a family practice clerkship. Acad Med 1995;70:446-7.

31. Hazzard WR, ed. Geriatrics curriculum development conference and initiative (proceedings of a Conference). *Am J Med* 1994;97(4A): 1S-60S.
32. Fundación Academia Europea de Yuste. Conclusions of the European Academy of Yuste Foundation Working Party on the need for Education in Geriatrics in Europe. 8-9th June 1998.
33. Abrams WC, Berkow R. *El Manual Merck de Geriatría* (reimpresión). Madrid: Harcourt Brace; 1998. p. 1321.
34. Cassel ChK, Cohen HJ, Larlon EB, Meier DE, Resnick NH, Rubenstein LZ, Sorensen LB. *Geriatric Medicine* (3ª ed). New York: Springer; 1997. p. 1070.
35. Duthie EH, Katz PR. *Practice of Geriatrics* (3ª ed). Philadelphia: WB Saunders Company; 1998. p. 599.
36. Grimley Evans J, Williams TF. *Oxford textbook of Geriatric Medicine* (2ª ed). Oxford: Oxford Medical Publications; 2000. p. 756.
37. Guillén Llera F, Pérez del Molino J. *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*. Barcelona: Masson-Salvat; 1994. p. 446.
38. Hazzard WP, Bierman EL, Blass JP, Ettinger Jr WH, Halter JB. *Principles of Geriatric Medicine* (4ª ed). New York: McGraw Hill; 1999. p. 1372.
39. Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB. *Geriatría clínica*. Mexico: Mac-Graw Hill Interamericana; 1997. p. 545.
40. Pathy MSJ. *Principles and practice of Geriatric Medicine* (3ª ed) (2 volúmenes). Chichester: Wiley; 1998. p. 1621.
41. Ribera Casado JM, Cruz Jentoft AJ. *Geriatría en atención primaria* (2ª ed). Barcelona: J Uriach & Cia; 1997. p. 418.
42. Ribera Casado JM. *Medicina geriátrica*. En: Díaz Rubio M, Espinós D, eds. *Tratado de Medicina Interna*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1994. p. 2913-41.
43. Ribera Casado JM. *Geriatría*. En: Farreras-Rozman, eds. *Medicina Interna* (13ª ed). Madrid: Mosby/Doyma libros; 1995. p. 1273-108.
44. Rubenstein LZ, Wieland D, Bernabei R. *Geriatric assessment technology: The state of the art*. Milano: Ed Kurtis; 1995. p. 312.
45. Ruipérez Cantera I, Baztán Cortés JJ, Jiménez Rojas C, Sepúlveda Moya D. *El paciente anciano*. Madrid: Mc-Graw Hill Interamericana; 1998. p. 598.
46. Salgado Alba A, González Montalvo JI, Alarcón Alarcón MT. *Fundamentos prácticos de la asistencia al anciano*. Barcelona: Masson-Salvat; 1996. p. 364.
47. Salgado A, Guillén F. *Manual de geriatría* (2 ed). Barcelona: Salvat ed; 1994. p. 628.
48. Satin DG. *The clinical care of the aged person. An interdisciplinary perspective*. New York: Oxford University Press; 1994. p. 497.
49. Tallis RC, Fillit HM, Brocklehurst JC. *Brocklehurst textbook of Geriatric Medicine and Gerontology* (5ª ed). Edinburgh: Churchill Livingstone; 1998. p. 1683.
50. Comité Expertos OMS. *Informe*. Geneve. 1973.
51. Pardell H. ¿Qué podemos esperar de la formación médica continuada? Mitos y realidades. *Med Clin (Barna)* 2000;114:419-30.
52. *Formación médica continuada, ¿Individual o institucional?* *Med Clin (Barc)* 2001;116:698-700.

