

últimos años numerosas referencias a cuestiones relacionadas con la titulación, con los programas de residencia, con el aval a toda suerte de actividades formativas o con cualquier otra cuestión vinculada a estos temas. Pero, sobre todo, el papel de la Sociedad se ha manifestado en los últimos años a través de un sin fin de gestiones ante todos y cada uno de los cargos públicos con responsabilidad organizativa de ámbito estatal, autonómico o local, en un intento de potenciar el desarrollo de la especialidad con la creación y dotación de nuevos servicios y unidades asistenciales. Un esfuerzo en el que la SEGG ha ido siempre de la mano de la Comisión Nacional de la Especialidad.

No queríamos concluir estos breves comentarios sin una referencia a algo que, a nuestro juicio, tiene bastante más importancia que la meramente semántica. Nos referimos al nombre con el que se reconocen especialidad y especialistas. La titulación utiliza la palabra «Geriatría», y no otra. Y lo hace con toda propiedad. Cabría recordar el sentido que el gran pionero en este campo, Ignatius Nascher, dio a la misma en 1909, al concebir por primera vez lo que debería ser la especialidad y establecer un paralelismo con la pediatría. Por otra parte, la SEG, al proponer en su día ese nombre, no hizo sino seguir lo que era norma de la época en los países más desarrollados. Tanto la sociedad americana como la británica, por citar sólo a las dos más representativas, utilizan la palabra Geriatría en su denominación.

Pero las razones más importantes para anteponer la palabra Geriatría a cualquier otra son de tipo conceptual. Los intentos por parte de algunos de buscar alternativas, como la de «medicina geriátrica», cuando con ello se quiere sustituir a la palabra «Geriatría», no dejan de ser un esnobismo reduccionista que no se ajusta a lo que es la esencia de nuestro trabajo. La Geriatría busca una atención integral al paciente mayor que, por definición, va más allá de los aspectos puramente médicos. Y lo mismo ocurre con el geriatra, cuya formación —los programas formativos de su período de residencia— incluye aspectos muy importantes vinculados a áreas como la enfermería, el trabajo social, la fisioterapia y la terapia ocupacional, etc.

Esto también lo ha entendido así la SEGG que, antes y ahora, tiene entre sus funciones velar por lo que es la esencia de la especialidad. Función de la Sociedad en cuanto tal y de todos los socios en particular ha sido y es impedir que nuestra especialidad se desvirtúe en mayor o menor medida en lo que toca a sus contenidos doctrinales o a su propia denominación.

A modo de colofón concluiríamos que el papel histórico de la SEGG en el reconocimiento de la especialidad y, con posterioridad, en lograr que ese reconocimiento se tradujera en medidas efectivas que fueran ampliando el campo de actuación de la misma es absolutamente inquestionable y demostrativo de una coherencia que, sin

duda, seguirá siendo pauta de comportamiento de sus miembros más cualificados en los próximos 25 años.

Geriatría, especialidad médica. 25 años de historia

F. Guillén-Llera

Presidente de la Comisión Nacional de Geriatría. Presidente de la Comisión de Docencia Posgrada del Hospital Universitario de Getafe. Madrid. España.

En el año 2003, la Geriatría ha cumplido sus bodas de plata como especialidad médica oficialmente reconocida en España. Resulta obvio recordar que la historia a la que hace referencia el título de este artículo no se limita a esos cinco lustros, ya que previamente hubo muchos años de trabajo e ilusión hasta llegar a la fecha «atalis-mán» de 15 de julio de 1998.

Vaya por delante una primera y rotunda afirmación, que hay que resaltar por muy lógica que parezca: la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología fue el único y decisivo motor que propició el reconocimiento de la especialidad. El trabajo y tesón de Alberto Salgado Alba, recogiendo la labor de sus predecesores en la Presidencia de la Sociedad y capitaneando un equipo de convencidos colaboradores, fue decisivo para culminar el reconocimiento de la Geriatría como especialidad médica oficial en nuestro país, hecho histórico que irá siempre ligado a su nombre (fig. 1).

En las siguientes líneas, desde la atalaya privilegiada que nos ha permitido ser testigos y actores de buena parte del proceso, analizaremos no sólo la singladura de los 25 años desde el nacimiento de la especialidad, sino también, aunque sea someramente, la muy larga gestación que precedió al feliz alumbramiento.

LA LEY DE ESPECIALIDADES MÉDICAS Y LA REGULARIZACIÓN DEL PROCESO FORMATIVO

La primera ley de especialidades médicas española databa de julio de 1955 y reconocía 33 especialidades, entre las que no se encontraba la Geriatría. En la citada Ley, los criterios para obtener la titulación no eran especialmente rigurosos y, por tanto, la concesión de títulos no siempre garantizaba la calidad de la formación.

Por ello, las autoridades académicas y sanitarias propusieron al Gobierno el establecimiento de una nueva Ley de Especialidades Médicas. Tras un prolongado período de deliberaciones se publica el Real Decreto

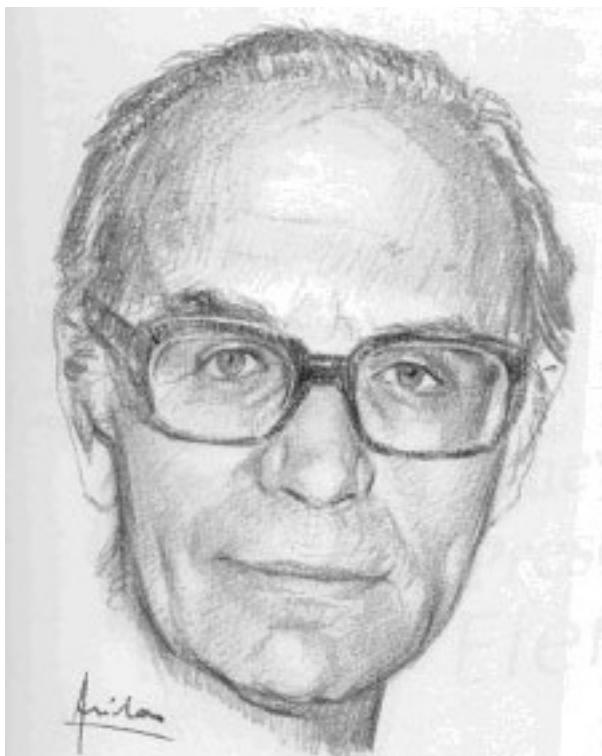


Figura 1. Alberto Salgado fue Secretario de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología en los años 1965-1973 y Presidente de ésta desde 1973 hasta 1985. Durante esos años se gestó y cristalizó el reconocimiento de la Geriatría como especialidad médica oficial en España, hecho que tuvo lugar en julio de 1978.

2015/1978 de 15 de julio (BOE de 29 de agosto de 1978), por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas. En su artículo tercero enumera las nuevas especialidades médicas que se reconocen oficialmente, entre las que ya se encuentra, junto a otras 52 especialidades, la Geriatría.

En todo caso, para una definitiva regularización del proceso formativo hay que esperar a la publicación del Real Decreto 127/84 (BOE de 31 de enero de 1984), que consagra un modelo oficial y único para la formación de especialistas en las diferentes disciplinas y determina los siguientes aspectos:

- Acceso por sistema MIR, mediante la superación de una prueba de selección estatal.
- Convocatoria anual conjunta por los Ministerios de Educación y Ciencia y Sanidad.
- Establecimiento de los requisitos de acreditación de Unidades Docentes y Programas de Formación explicando objetivos cualitativos y cuantitativos.
- Supresión del examen final MIR, que se sustituye por evaluaciones anuales.

— Participación de los residentes en las Comisiones de Docencia.

EL TRABAJO PREVIO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

Durante los años en que ostentaron la Presidencia de la SEG Manuel Beltrán Báguna (1948-1964) y Mariano Pañella Casas (1965-1975), que precedieron a Alberto Salgado en esa responsabilidad, recogieron en múltiples reuniones, tanto de la Junta Directiva como en las Juntas Generales, Asambleas y conclusiones de Congresos, la necesidad de articular un sistema oficial de formación de especialistas en la atención sanitaria de los ancianos, como recoge Ribera Casado en su documentada aportación a este número de la REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA, respondiendo así al reto del entonces Director General de Sanidad respecto a «que era la Sociedad Española de Gerontología la que debía ocuparse de realizar las gestiones necesarias para la obtención del título oficial de Geriatría».

La gran oportunidad vino de la mano del Proyecto de la nueva Ley de Especialidades Médicas, cuando el Secretario del Consejo General de Colegios Médicos citó a Presidentes y Secretarios de todas las Sociedades con el objeto de estudiarlo y proponer al Ministerio de Educación las aportaciones que se estimaran convenientes. En 1977, la Junta Directiva de la SEGG solicita oficialmente al Director General de Universidades el reconocimiento de la Geriatría como especialidad médica. Una comisión, presidida por Salgado Alba y de la que formaban parte otros seis notables de la Sociedad, fue la encargada de preparar el informe justificativo de la necesidad de la especialización, informe que fue presentado a la Asamblea General, tal como recoge el Acta 15-4-1978.

EL DECRETO DE CREACIÓN DE LA ESPECIALIDAD

Como se ha comentado, se publicó el Real Decreto 2015/1978 de 15 de julio (BOE de 29 de agosto de 1978) por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas, incluido por supuesto el de Geriatría.

El artículo quinto de la nueva Ley determina las posibles formas de cursar la enseñanza de la especialización, comunes para todas las disciplinas:

- Sistema de residencia en departamentos y servicios hospitalarios acreditados.
- Escuelas profesionales de especialización médica reconocidas.
- Departamentos de las facultades de medicina, previa la correspondiente acreditación.

— Convalidación de formación especializada adquirida en el extranjero.

El artículo sexto determina que por cada especialidad reconocida existirá una Comisión Nacional integrada por representantes de los Ministerios de Sanidad y Educación, Consejo General de Colegios Médicos y Sociedad Científica Nacional de la especialidad.

LAS COMISIONES NACIONALES DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Según el Real Decreto referido, cada Comisión Nacional debería estar conformada por tres representantes propuestos por cada uno de los Ministerios de Educación y Sanidad, uno por el Consejo General de Colegios Médicos y dos por la sociedad médica representativa de la especialidad. Posteriormente, al amparo del Real Decreto 127/84, se incorporarían dos especialistas en formación, garantizándose así la participación de los MIR.

La primera Comisión Nacional de la Especialidad de Geriatría

La primera Comisión estuvo formada mayoritariamente por miembros de la Junta Directiva de la SEGG, acompañados por otras personas del ámbito universitario y de la propia Dirección General de Sanidad con actividades en el campo gerontológico. En todo caso, es fácil entender que una especialidad de tan reciente nacimiento no podía disponer de muchos candidatos fuera del ámbito de la propia SEGG, exceptuando los políticos sanitarios y los universitarios citados, básicos en aquellos momentos iniciales. Esto justifica que algunos miembros de esta primera Comisión no tuvieran una trayectoria geriátrica suficientemente reconocida y que la composición de la misma superara el número de 9 miembros, al que rápidamente luego se ajustaría. De hecho, algunos de los nominados, como Higuera Rojas o Ríos, nunca tuvieron presencia física en la Comisión. Los componentes de esta Comisión, sobre datos proporcionados por Salgado Alba en sus apuntes para el recuerdo histórico, aún pendientes de publicación, aparecen en la tabla 1.

El día 13 de noviembre de 1978, el Subdirector General de Investigación y Docencia y el Secretario del Con-

TABLA 1. Composición inicial de la primera Comisión Nacional de la Especialidad de Geriatría (1978)

Presidente:	A. Salgado Alba
Secretario:	J.M. Martínez Gómez
Vocales	F. Jiménez Herrero L. Cañada Royo
	J.A. Miquel Mari J. de Portugal Álvarez,
	F. Higuera Rojas J. Ríos Pérez
	L. Espinós Tayá F. Guillén Llera
	J. Garay Lillo F. Perlado Ortiz de Pinedo

sejo Nacional de Especialidades convocan por primera vez, en el Ministerio de Sanidad, a los miembros de la nueva Comisión Nacional de Geriatría para constituirla oficialmente y proceder a la elección de Presidente y Secretario, cargos que serían desempeñados por Salgado Alba y Martínez Gómez, a la sazón Presidente y Secretario de la SEGG

En esa reunión, la Comisión de Geriatría constituyó tres grupos de trabajo que abordarían, respectivamente, los principios básicos de la especialidad, es decir, definiciones, objetivos, infraestructura hospitalaria requerida y programa teórico-práctico de la especialidad. En las siguientes líneas recogemos la definición y los fines de la especialidad, incorporados al Acta de la Comisión correspondiente a diciembre de 1978:

«Geriatría es la rama de la medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y sociales de la salud y enfermedad de los ancianos».

La especialidad tiene como fines particulares:

1. El desarrollo de un sistema asistencial a todos los niveles que atienda las múltiples alteraciones y problemas médico-sociales de los ancianos, que de forma aguda o subaguda presenten como rasgos comunes pérdida de su independencia física o social.
2. La organización de una asistencia prolongada a los ancianos que lo necesiten.
3. La movilización de todos los recursos para devolver a la comunidad el mayor número posible de ancianos.
4. La investigación, la docencia y la formación continuada de sus propios especialistas y del personal relacionado con dicha especialidad

A modo de comentario, no deja de sorprender, o mejor, es prueba de la coherencia de la especialidad y de sus especialistas que 25 años después el reciente Programa propuesto por la Comisión Nacional mantenga casi intactos estos contenidos.

En concreto, en el flamante Programa 2003, en la definición se ha suprimido «en la salud», quedando el nuevo texto:

«Geriatría es la rama de la medicina dedicada a los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales de las enfermedades en los ancianos».

Los fines permanecen literalmente los mismos en la nueva versión.

Personalmente, siempre hemos defendido una segunda versión de la definición, también auspiciada por la Sociedad Británica de Geriatría:

«Rama de la medicina que se ocupa no sólo de la *prevención y asistencia de las enfermedades que presentan las personas mayores, sino también de su recuperación funcional y de su reinmersión en la comunidad*».

Además, en ese primer informe, la Comisión hace algunas reflexiones de especial interés:

1. La relación de la Geriatría con algunas especialidades ha de ser particularmente intensa, como es el caso concreto de rehabilitación, psiquiatría y medicina de familia. Abre la posibilidad de asumir subespecialidades, como psicogeriatría y rehabilitación geriátrica.

2. Las necesidades de especialistas se estimaron, basadas en un marco teórico, en función del desarrollo de una estructura asistencial progresiva, que debería llegar al objetivo final de 150 Unidades de Geriatría (con agudos, media y larga estancia según el modelo inglés). Se estimó que en 1990 deberían existir ya 30 unidades, y que para el desarrollo total se precisarían 900 geriatras, a los que habría que sumar un número que trabajara en el medio extrahospitalario, alcanzándose así la cifra de 1.000 geriatras.

El comentario al primer punto obliga ahora a recordar que actualmente se han oficializado para todas las especialidades las denominadas «Áreas de capacitación específica», y que la Comisión Nacional de la Especialidad

de Geriatría ha solicitado a la de Psiquiatría la apertura de contactos que exploren la viabilidad del área psiquiatría geriátrica a partir de las respectivas especialidades

En relación con el segundo punto, el comentario es que, aunque las previsiones eran relativamente ambiciosas, dada la proyección de futuro que se preveía para la especialidad, incluso hoy día estamos lejos de alcanzar los objetivos, al menos en el punto correspondiente a las estructuras.

Las sucesivas Comisiones Nacionales de la Especialidad

La Comisión Nacional de Geriatría (CNG) fue paulatinamente renovando sus miembros, nombrados por 4 años por las instituciones mencionadas. De manera paralela al progresivo mayor desarrollo de las unidades acreditadas, los sucesivos miembros de la Comisión han estado más ligados al proceso formativo. Salgado Alba fue presidente de la CNG desde su fundación hasta 1993, en que fue sustituido por Ribera Casado, que la presidiría hasta su elección como Presidente de la SEGG, en 1996. Desde entonces y hasta la actualidad, la CNG está presidida por Guillén Llera. En la tabla 2 se relacionan, agrupados en función de los cargos desarrollados, los 44 componentes de las sucesivas Comisiones Nacionales de la Especialidad, incluidos los residentes que comenzaron a incorporarse a partir de 1985.

TABLA 2. Miembros de las sucesivas Comisiones Nacionales de la Especialidad de Geriatría

Presidentes	A. Salgado Alba (1978-1993) J.M. Ribera Casado (1993-1996) F. Guillén Llera (1996-)
Secretarios	J.M. Martínez Gómez (1978-1989) I. Ruipérez Cantera (1989-1993)
Vocales	A. Carbonell Collar (1994-) L. Cañada Royo (1978-1980) F. Jiménez Herrero (1978-1994) L. Espinos Tallá (1978-1985) F. Guillén Llera (1978-1995) A. Cabarcos (1985-1987) E. Jaramillo (1988-1990) P. Gil Gregorio (1994-1999) L. Rodríguez Mañas (1990-1995) A. Carbonell (1992-1994) A. Cervera Alemany (1997-) C. Verdejo Bravo (1999-)
Residentes	A. Carbonell (1985-1987) M.P. Jiménez (1987-1990) J. Galindo (1990-1992) A. Hermosilla (1992-1994) A. Sáez López (1994-1996) E. López Álvarez (1997-1999) I. Blasco Garrido (1999-2001) J. González Barboteo (2001-2003) G. Abellán Van Kan (2003-)
	J. Portugal Álvarez (1978-1980) J. Miquel Mari (1978-1987) J. Garay Lillo (1978-1987) F. Perlado Ortiz de Pinedo (1978-1993) J.L. García Sierra (1985-1990) J.M. Ribera Casado (1987-1993; 1996-) I. Ruipérez Cantera (1987-1989, 1993-) C. Martínez Manzanares (1990-) J.J. Solano Jaurrieta (1995-) J.L. González Guerrero (1998-)
	J.L. Larrión (1985-1987) J. Jiménez Torres (1987-1990) — A. Yuste (1992-1994) A. Ochoa Calvo (1994-1996) J.A. Avellana Zaragoza (1997-1999) E. Vázquez Rodríguez (1999-2001) J.R. Doménech Pascual (2001-2003) M.E. Soto Martín (2003-)

LA ACREDITACIÓN DE UNIDADES DOCENTES EN GERIATRÍA

En aquellos momentos iniciales, la existencia de Unidades de Geriatría capaces de asumir la formación de especialistas, acorde con las normas generales entonces existentes y que revisaremos más adelante, eran más la excepción que la regla, lo que en cierto modo justifica algunas peculiares solicitudes y acreditaciones.

Las primeras solicitudes

En el Consejo Nacional de Especialidades Médicas se recibieron peticiones desde diferentes hospitales para la acreditación de Unidades Docentes de Geriatría. Las primeras solicitudes estudiadas por la Comisión Nacional de Geriatría fueron:

— Ciudad Sanitaria La Fe de Valencia: la Comisión no pudo informar favorablemente al respecto por no disponer dicho hospital de Servicio de Geriatría.

— Hospital Nuestra Señora de la Esperanza de Barcelona: la Comisión informó negativamente de su acreditación como unidad docente, ya que en aquel momento no reunía las condiciones exigidas. Podría reconsiderarse la situación una vez cumplidos los requisitos establecidos.

— Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid: se informa favorablemente la solicitud de dicho servicio para ser acreditado como Unidad Docente.

— Clínica de San Jorge de Zaragoza: inicialmente, la solicitud fue favorable. No obstante, la Comisión solicita al Ministerio de Sanidad la tramitación con carácter de urgencia del cambio de denominación del servicio solicitante, que en esos momentos era de Medicina Interna, por el de Servicio de Geriatría. De hecho, esta condición retrasó algunos años la acreditación del hospital.

— Hospital de Navarra: se acordó en 1981 su acreditación, condicionada, como Unidad Docente. Lamentablemente, apenas 2 años después le fue retirada ante el incumplimiento de determinadas condiciones y el malestar, remitido a la Comisión Nacional, de los residentes del Servicio.

— Hospital Geriátrico Fundación Matía de San Sebastián: acreditado para la formación de especialistas también en 1981. Problemas económicos derivados del convenio mantenido con el Instituto Nacional de Salud dificultaron la financiación del programa, que perdió la acreditación en 1984, aunque finalizó la formación de los residentes incorporados.

TABLA 3. Servicios acreditados para formación de especialistas en Geriatría y plazas acreditadas para la convocatoria 2003-2004

<i>Servicio/Unidad</i>	<i>Año acreditación</i>	<i>Plazas actuales</i>
Hospital Central Cruz Roja. Madrid	1978	5
Hospital General de Navarra	1981	No acreditación ^a
Fundación Matía. San Sebastián	1981	No acreditación ^a
Hospital 1 de Octubre. Madrid	1986	No acreditación ^b
Hospital San Jorge. Zaragoza	1987	2
Hospital Clínico San Carlos. Madrid	1987	5
Hospital Virgen del Valle. Toledo	1988	5
Hospital General de Granollers. Barcelona	1988	2
Hospital Virgen de la Macarena. Sevilla	1988	2
Hospital Universitario de Guadalajara	1990	3
Hospital Universitario de Getafe. Madrid	1991	5
Hospital Virgen de la Montaña. Cáceres	1993	2
Hospital Monte Naranco. Oviedo	1993	2
Centro Geriátrico Municipal. Barcelona	1993	2
Hospital Sta. Cruz de Vic. Barcelona	1996	1
Hospital Xeral-Calde. Lugo	1998	1
Complejo Hospitalario de Albacete	1998	2
Hospital Gregorio Marañón. Madrid	1998	1
Hospital Santa Cruz. Tortosa. Tarragona	1998	1
Hospital Insular de Lanzarote	1998	1
Hospital de Mixoeiro. Vigo	2000	1 ^c
Hospital Sagrado Corazón de Huesca	2000	1

^aEstos hospitales perdieron la acreditación en 1984. ^bLa perdió en 1998. ^cEl Hospital Mixoeiro no ha convocado su plaza 2003 por decisión unilateral de la Xunta. Se ha acreditado posteriormente el Hospital de Segovia (2003).

Fuente: Comisión Nacional de la Especialidad de Geriatría, 2003.

Como comentario, valga recordar, anticipando el siguiente apartado, que sólo el Hospital Central de la Cruz Roja persistió en solitario como único Servicio acreditado durante un dilatado período.

La situación actual

Durante estos 25 años se ha incorporado a la docencia de la especialidad de Geriatría un total de 22 hospitales (tabla 3). De ellos, dos ya citados perdieron su acreditación y un tercero, el Hospital 1 de Octubre de Madrid, fue acreditado en una arriesgada apuesta de la Comisión sobre la base de una importante provisión de fondos desde el Plan Gerontológico para la creación de una Unidad de Geriatría; los dos residentes de primer año, incorporados al período de rotaciones básicas a la espera del desarrollo de la citada Unidad, que nunca llegó, decidieron el cambio de especialidad. Un cuarto centro, el Hospital de Segovia, no aparece en esta relación dada su reciente acreditación, que no le ha permitido participar en la convocatoria 2003-2004, recientemente publicada.

La Comisión, sobre todo en los años iniciales, tuvo que ser lo suficientemente dúctil para conjugar la necesidad imperiosa de incorporación de nuevos Servicios, las dificultades de desarrollo de una infraestructura geriátrica adecuada, la incorporación de las diferentes comunidades autónomas al programa y, finalmente, el cumplimiento de los requisitos dentro de la imprescindible garantía de la calidad de la formación. Este último hecho obligó, tras su comprobación con la correspondiente inspección autorizada por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, a la retirada de la acreditación de los hospitales comentados.

La próxima publicación de unos nuevos criterios de acreditación de Unidades Docentes, para todas las especialidades y, por tanto, también para la Geriatría, exigirá la reacreditación de todas las unidades que participan en el programa, lo que sin duda obligará a algunas de ellas a actualizar su infraestructura y su plantilla.

En la figura 2 se observa el esquema formativo actual, válido para todas las especialidades. Los tutores y las Comisiones Locales de Docencia desempeñan un papel fundamental en el proceso, son los garantes del cumplimiento de los programas formativos, de preservar la calidad de éstos y de la evaluación anual de cada residente. Todo el proceso ha sido reglado recientemente a través de la Orden Ministerial de 22 de junio 1995 (BOE de 30 de junio de 1995) que regula las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación en la formación de especialistas.

LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN

Desde su reconocimiento como especialidad, los programas de Geriatría han formado parte en todas las su-

cesivas guías de formación que el Ministerio de Sanidad ha publicado durante estos años.

El Primer Programa (1979)

En 1979, el programa de formación de especialistas en Geriatría incluía diversos apartados que, en general, se han mantenido en las sucesivas ediciones.

— Definición de la especialidad que, con sus fines, se ha comentado con anterioridad.

— Duración del programa formativo, que se estableció en 4 años.

— Distribución del tiempo de formación: un año de formación genérica y 3 años de formación específica.

— Programa teórico: no inferior a las 130 h lectivas/año en las que se contemplara la biología del envejecimiento, la sociología del envejecimiento, la gerontología social, la asistencia geriátrica, la enfermería geriátrica, la rehabilitación en Geriatría, la psicogeriatría y la Geriatría clínica.

— Programa práctico: incorporación a tiempo completo a un Servicio de Geriatría, con rotación por los diferentes niveles asistenciales del mismo e integración en las guardias hospitalarias. Participación en sesiones clínicas, multidisciplinarias, anatómoclinicas y bibliográficas.

— Procedimiento de evaluación final: superadas las evaluaciones parciales ante la Comisión Local de Docencia, se deberá superar la evaluación final ante la CNG.

El Programa de 1986

El segundo programa se publicó en la «Guía de Formación de Médicos Especialistas», editada en el año 1986, y es consecuencia de la mayor madurez de las nuevas especialidades y del propio Consejo Nacional, que acota y normaliza su elaboración al amparo del citado Real Decreto 127/1984.

El Programa de Geriatría mantiene el tiempo de formación de 4 años y prácticamente el mismo esquema formativo de la edición anterior, adaptada, eso sí, a las nuevas directrices.

Recoge la filosofía de programación por objetivos y la cronología para conseguirlos, así como la exigencia de la participación en actividades docentes, investigadoras y asistenciales.

A finales de los años ochenta se elaboró, tras no pocos trabajos, un programa de especialidades troncales en el que, alrededor de grandes núcleos (medicina, cirugía, servicios centrales, etc.) se agrupaban las distintas

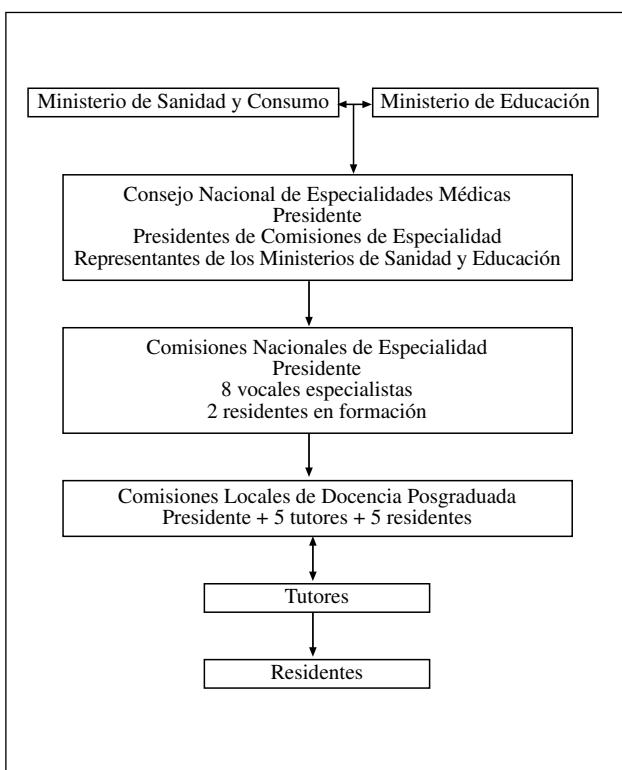


Figura 2. Eslabones de la formación especializada en España.

especialidades que tenían un tiempo de formación común y un tiempo independiente, específico. La Geriatría se acopló, lógicamente, en el área de medicina, con un tiempo común de 2/3 años y uno específico de 3/2 años. A pesar de lo lógico del proyecto y de su sintonía internacional, el programa definitivamente elaborado no llegó a ponerse en práctica.

El Programa de 1996

El Consejo Nacional de Especialidades Médicas decidió, en 1993, revisar los programas de todas y cada una de las especialidades, encorsetando aún más su normalización al hacerlos circular por las diferentes Comisiones Nacionales por si hubiera colisión entre ellas. La publicación de este programa se demoró hasta 1996, en parte debido a «pleitos» entre especialidades. Así, la Geriatría fue «acusada» de intrusismo por la Comisión Nacional de Rehabilitación, problema finalmente soslayado.

En el programa vigente en la actualidad para la formación en Geriatría, que incluye un aumento del período de rotación básica a 2 años, en línea con la filosofía troncal comentada, se propone como optativa la investigación básica, se pone especial énfasis en los síndromes geriátricos y se utilizan, en las diferentes áreas, los niveles cognitivos y de habilidad y aptitudes, así como las actividades a desarrollar y el grado de responsabilidad para cada año de residencia.

El nuevo Programa

En el año 2002, el Consejo Nacional de Especialidades Médicas propone una nueva revisión de los distintos programas, en sintonía con los recientes avances médicos y las modernas tecnologías de la información. Las directrices del Consejo ponen especial énfasis en:

- El sistema de formación será siempre tutorizado, basado en el autoaprendizaje.
- Los programas tendrán una parte común para todas las especialidades médicas que incluye metodología de la investigación, bioética y gestión clínica.
- Contenidos específicos, incluyendo conocimientos, habilidades y actitudes.
- Fijación de objetivos específicos-operativos/actividades por año de residencia, estimándose tres niveles de habilidades progresivos capaces de ser realizados por el residente, autorizado o finalmente solo.
- Metodología de la evaluación, incluyendo utilización de recursos, evaluación del proceso docente y evaluación final.

La Comisión de Geriatría ha presentado un nuevo Programa en el que figura la extensión a 5 años del período formativo. El incremento responde a una reclamación mayoritaria planteada desde los distintos servicios docentes consultados y a las recomendaciones realizadas desde la Sección de Medicina Geriátrica de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS), dato especialmente relevante para evitar diferencias en la formación y acreditación de especialistas en el espacio europeo.

El programa establece un período formativo básico de 2 años en el área de conocimientos de medicina, que en un futuro podría ser troncal para las diferentes especialidades médicas. Posteriormente establece un período específico de 3 años de duración en el que, junto con rotaciones por los niveles asistenciales «clásicos» de la especialidad, se introducen estancias en áreas tan importantes como psicogeriatría, cuidados paliativos, cuidados continuados o espacio sociosanitario. Se contemplan nuevos contenidos de metodología de investigación, gestión clínica, habilidades con el paciente, nutrición, medicina preventiva, bioética y aspectos legales, entre otros.

También se establecen las bases para desarrollar una nueva sistemática de evaluación de la competencia, con la posibilidad de instaurar una prueba final voluntaria para obtener el certificado de excelencia.

El Consejo Nacional de Especialidades Médicas, que pilota el sistema formativo, ha exigido a todas las especialidades que quieren incrementar su tiempo de forma-

ción que presenten, además, un segundo programa sin aumentarlo, es decir, de 4 años, lo que hace sospechar algunas dificultades añadidas.

En mayo de 2003, la Comisión de Geriatría remitió ambos programas junto a una amplia justificación para el programa de 5 años. El resumen de la citada justificación es, literalmente, el siguiente: «El progresivo envejecimiento de la población y el aumento de la expectativa de vida, los continuos cambios en los conocimientos y tecnologías, las nuevas experiencias y espacios de la medicina geriátrica y las continuas necesidades de los pacientes mayores, hacen necesario un sistema moderno que garantice la formación de especialistas en Geriatría. Con esa finalidad se ha elaborado por esta Comisión, un nuevo programa que contempla una prolongación del período formativo a 5 años. Dicho tiempo es considerado imprescindible para actualizar la calidad de la formación y también para converger en el proceso de armonización de la especialidad, emergente en la Unión Europea».

El programa, según el Real Decreto 129/2003 de 7 de febrero (BOE 39 de 14 de febrero de 2003), tiene por delante un largo viaje, ya que debe ser endosado por el Consejo Nacional de Especialidades, tener el informe favorable de la Subsecretaría de Sanidad y ser aprobado por la Subsecretaría de Educación y Universidades antes de ser publicado en el BOE.

LAS SUCESIVAS NORMATIVAS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA

El nacimiento de una especialidad médica, además del correspondiente cuerpo de doctrina, exige la presencia activa de profesionales conocedores del tema que, obviamente, no podían estar en posesión de una titulación que hasta entonces no existía.

Los primeros especialistas

Con el reconocimiento de la Geriatría como especialidad se abre una primera fase (1978-1981), por la que pasan a ser geriatras de derecho, cumpliendo una específica normativa al respecto, profesionales que ya lo eran de hecho. Por esta primera vía alcanzaron la titulación aproximadamente 50 médicos.

La Orden Ministerial de febrero de 1981

Sobre la base de la citada Orden Ministerial (BOE 254 de 23 de octubre de 1991), los licenciados en Medicina y Cirugía que acreditasen haber iniciado la formación especializada antes del 1 de enero de 1980 podrían obtener el título de especialista a través de dos vías, siempre teniendo en cuenta que en especialidades de nueva creación era preciso el informe de la Comisión Nacional de la Especialidad.

1. Mediante la demostración de haber desarrollado durante 2 años las actividades propias de la especialidad correspondiente, o realizado 2 años de estudios y prácticas de especialización habiendo superado favorablemente las evaluaciones que, en su caso, hubieran procedido de centros con programas de docencia para posgraduados.

2. Por haberse dedicado al ejercicio de la especialidad durante 3 años en instituciones hospitalarias sin programa de docencia o en ambulatorios, consultorios o clínicas de la Seguridad Social o de otras instituciones sin programa de docencia o por acreditar el ejercicio público de la especialidad.

En cualquiera de los supuestos era necesario superar un examen de la especialidad en la facultad de Medicina.

Esta segunda vía facilitó el acceso al título de aproximadamente 30 especialistas, de forma que cuando finaliza la formación MIR, la primera promoción de geriatras por esta vía, son ya cerca de 80 los especialistas en Geriatría existentes.

El Real Decreto 127/84

Seis años después de la creación de la especialidad, el ya comentado Real Decreto 127/1984 (BOE 29 de 11 de enero de 1984, página 2524) fija una tercera vía, abriendo un pequeño resquicio (un porcentaje del 5% de las plazas convocadas) por el que, mediante examen teórico-práctico, pueden acceder al título quienes reúnan condiciones similares a las del programa de formación vigente. Esta tercera vía finaliza en 1986 y un solo especialista, entre 70 candidatos iniciales y 6 admitidos a examen, accede a la Geriatría a través de ella.

El Real Decreto 1176/94

Una cuarta vía se abre en 1994, al amparo del Real Decreto 1776/1994 (BOE 215 de 8 de septiembre de 1994) y la Orden Ministerial de 14 de diciembre de 1994 (BOE 299 de 15 de diciembre de 1994) que lo complementa, por la que se regula el acceso a la titulación «a determinados licenciados en Medicina que acreditaran haber accedido, con anterioridad al decreto 127/1984, a plaza de especialista en formación convocada por instituciones públicas o concertadas y que hubieran seguido bajo el mismo régimen docente, ininterrumpidamente, los años correspondientes a la especialidad mediante contrato, nombramiento o beca que implique una relación profesional retribuida».

En julio de 1996, para todas las especialidades, se habían recibido 2.600 expedientes; de ellos, 80 correspondían a Geriatría. Apenas un 25% de las solicitudes, porcentaje variable según las diferentes especialidades, alcanzaron el título por esta nueva vía, en la actualidad extinguida.

El Real Decreto 1497/99

Cuando parecían finalizados todos los regímenes transitorios para la obtención de títulos fuera del sistema MIR y los trámites de acreditación se limitaban exclusivamente a médicos que habían realizado su formación fuera de España, el Real Decreto 1497/1999 (BOE 230 de 25 de septiembre de 1999) publica el popularmente conocido como Decreto MESTOS (médicos especialistas sin título oficial) que regula «un procedimiento excepcional para la obtención del título de médico especialista» y que, en el sentir de la Administración, nace con la vocación de cerrar definitivamente la situación real de médicos trabajando como especialistas en puestos tipificados como tales sin el correspondiente título oficial, situación en origen derivada del desfase inicial entre las plazas MIR convocadas y las necesidades reales.

El decreto, que originó una fuerte polémica a todos los niveles y que necesitó sucesivas redacciones, en síntesis exigía:

— Haber completado un ejercicio profesional efectivo en centros específicos durante un período equivalente al 170% del tiempo de formación de la especialidad.

— Poseer una formación equivalente a la realizada en unidades o servicios de dicha especialidad vinculados al Sistema Nacional de Salud.

— Superar una prueba teórico-práctica. Para el conjunto de especialidades se presentaron 12.094 solicitudes, de las que 540 correspondían a Geriatría, que ocupaba la sexta opción más demandada, tras Medicina del Trabajo, Medicina Preventiva, Pediatría, Traumatología y Psiquiatría.

La primera fase, es decir, la que evaluaba el cumplimiento de los requisitos de acceso, fue exclusivamente valorada por una Comisión Mixta formada por representantes de los Ministerios de Educación y Sanidad, que estimó que estos requisitos eran superados, para el conjunto de las distintas especialidades, por más del 80% de los aspirantes, sin grandes variaciones entre ellas.

— La fase teórico-práctica, que se realizó según la Resolución Ministerial de 14 de mayo de 2001 (BOE 124 de 14 de mayo de 2001), constaba de 100 preguntas multi-rápida (30 puntos), tres casos clínicos (30 puntos) y la valoración del currículo (40 puntos), siendo necesario alcanzar un total de 50 o más puntos. Fue evaluada por un tribunal del que formaban parte tres miembros por la Comisión Nacional, un miembro por la SEGG y un miembro por la Organización Médica Colegial, todos ellos nombrados por los Ministerios de Sanidad y Educación entre 20 candidatos propuestos por las tres referidas instituciones.

La prueba teórico-práctica no se culminó hasta el año 2002 y fue superada, en Geriatría, por menos del 50%

de los aspirantes (40% sobre total de solicitudes, el 48% de los examinados), lo que supone cerca de 200 nuevos especialistas. La Geriatría fue la quinta disciplina con menor porcentaje de aprobados, sólo en este aspecto superada por Alergología, Endocrinología (45%), Otorrinolaringología (40%) y Medicina Nuclear (38%) y, en todo caso, muy lejos de la media general (78%) y de especialidades como Aparato Digestivo (86%), Cardiología (65%), Neumología (77%) o Medicina Interna (80%).

El proceso no está definitivamente cerrado y se esperan numerosas peticiones de revisión de expedientes.

Un conocido medio de comunicación médica etiquetó de «verdadera carnicería» los resultados de Geriatría, opinión diametralmente opuesta a la expresada y defendida por importantes núcleos de especialistas.

La formación especializada en el extranjero

Su reconocimiento en España está regulado por los Decretos 1691/1989 de 22 de diciembre y 2072/1995 de 22 de diciembre (BOE 20 de 23 de enero de 1996). Sintetizando un tanto, se plantean dos posibilidades:

— Países pertenecientes a la Comunidad Europea que tengan la Geriatría oficialmente reconocida como especialidad y que esté homologada como tal en la vigente legislación comunitaria, en concreto en la Directiva 2001/19 CEE (Diario Oficial de la Comunidad Europea de 11 de julio de 2001). En ellos, el reconocimiento mutuo de la titulación es automático. Esto es actualmente aplicable, en cuanto a Geriatría se refiere, a Reino Unido, Irlanda, Países Bajos, Finlandia, Suecia, Dinamarca, Italia y España.

— Países comunitarios con la especialidad no homologada o a países no comunitarios con la especialidad reconocida (Estados Unidos, Argentina, Cuba, etc.). Para ellos, en función de la similitud de tipo, tiempos de formación y contenido del programa, resulta imprescindible el informe de la Comisión Nacional, que puede desembocar en rechazo, aceptación o propuesta de examen y recuperación de tiempos formativos.

En síntesis, en Europa se exige, para la homologación de títulos, una formación teórico-práctica mínima de 4 años de duración a tiempo completo como residentes en hospitales acreditados, participando en las guardias del centro y recibiendo una remuneración adecuada.

En Estados Unidos y Canadá se realiza la especialidad por un sistema de residencia hospitalaria similar al europeo.

En Latinoamérica, diferentes países han oficializado la especialidad, no siempre efectuada en régimen homologado de residencia hospitalaria. Algunos países de larga tradición al respecto, como Argentina y Brasil, son partícipes de estas reflexiones. Otros de más reciente trayec-

toria, como Colombia o Chile, con la especialidad ya oficial, se esfuerzan en desarrollarla de acuerdo con los patrones de residencia hospitalaria durante 4 años.

Especialistas actuales

Una reciente relación (mayo 2003) elaborada según los datos del Ministerio de Educación incorpora a 720 especialistas en Geriatría, incluidos los MESTOS que superaron la prueba teórico-práctica.

En la relación figuran todavía algunos compañeros tristemente desaparecidos, por lo que una cifra de 700 geriatras puede estar muy ajustada a la actual realidad, en cualquier caso aún lejos de los 1.000 especialistas estimados como necesarios en 1978 y mucho más de las recientes previsiones, que fijan en más de 2.000 el número ajustado de especialistas en Geriatría necesarios para todo el país.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Butler RN. Wanted: teachers of geriatrics. *Geriatrics* 2000;55:11-5.
- Callahan EH, Thomas DC, Goldhirsch SL, Leipzig RM. Geriatric hospital medicine. *Med Clin North Am* 2002;86:707-29.
- Duursma SA, Overstall PW. Geriatric medicine in the European Union: future scenarios. *Z Gerontol Geriatr* 2003;36:204-15.
- Duursma SA. Harmonising geriatrics across the European Union European Union Geriatric Medicine Society, 1st Congress 2001, Official Abstracts, p. 9, SERDI Publisher.
- Guillén Llera F. La formación, la titulación y la Comisión Nacional de la Especialidad de Geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1996;31:263-7.
- Guillén Llera F. Formación especializada en Geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001;36(Supl 5):2-5.
- Guillén Llera F. Teaching of geriatrics in Europe. *Eur Reg News* 1998;4:1-2.
- Medina-Walpole A, Barker WH, Katz PR, Karuza J, Williams TF, Hall WJ. The current state of geriatric medicine: a national survey of fellowship-trained geriatricians, 1990 to 1998. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:949-55.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Formación de Especialistas. Madrid, 1996.
- Salgado A, Guillén F, Ruipérez I. Manual de geriatría. 3.ª ed. Barcelona: Masson, 2002.
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Geriatría XXI. Análisis de necesidades y recursos. Madrid: EDIMSA, 2000.
- Strauss SE. Geriatric Medicine. *BMJ* 2001;322:86-9.
- Warshaw GA, Bragg EJ, Shaull RW, Goldenhar LM, Lindsell CJ. Geriatric medicine fellowship programs: a national study from the Association of Directors of Geriatric Academic Programs. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:1023-30.
- Warshaw GA, Bragg EJ. The training of geriatricians in the United States: three decades of progress. *J Am Geriatr Soc* 2003;51(Suppl):S338-45.
- Welsh C. Training overseas doctors in the United Kingdom. *BMJ* 2000; 321:253-4.

La primera promoción de especialistas en Geriatría vía MIR

I. Ruipérez-Cantera

Servicio de Geriatría. Hospital Central de la Cruz Roja. Madrid. España. Presidente de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

En la convocatoria MIR de 1978 salieron dos plazas de Geriatría por primera vez en una convocatoria nacional. Fue en el Servicio de Geriatría del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid. José Manuel Reuss Fernández y yo mismo tomamos posesión de ellas. Aún no estaba reconocida la Geriatría como especialidad. Pocas semanas después salió el primer borrador del decreto sobre especialidades médicas. La Geriatría no estaba en él. Alguien se movió de forma rápida y contundente. La Geriatría ya sí figuró en el decreto final. Desde entonces es una especialidad más en el Sistema Nacional de Salud y, por tanto, con pleno derecho a ser considerada como una prestación de éste.

Era lógico que la Geriatría tuviera dificultades para ser reconocida oficialmente hace 25 años. No sería justo pensar que debiera haber sido recibida con aplausos y las puertas abiertas de par en par. En 1978 sólo el Reino Unido e Irlanda reconocían la especialidad. En Estados Unidos todavía tardarían bastantes años en hacerlo. Pero ese difícil nacimiento, sin duda importante y precoz, puede explicar algunas de las dificultades que durante estos años ha tenido la Geriatría con sus progenitores (gestores) y algunos de sus hermanos (otras especialidades médicas).

De aquellos apasionantes años, donde un grupo de profesionales pioneros trataban de implantar en España la «Geriatría total» aprendida en Inglaterra, se podrían escribir muchas vivencias, hoy algunas añoradas, pero quizás se puedan destacar tres:

— Querer ayudar al anciano como objetivo principal, al paciente geriátrico, como ya se le llamaba entonces, en definitiva al que más sufría, al más pobre, al que peor suerte había tenido. Los 65 años eran como hoy los 80, empezaba antes la fragilidad y la dependencia. Cuánto esfuerzo desinteresado de todo tipo se hacía para ayudarles.

— La praxis de la multidisciplinariedad como una forma necesaria para poder aplicar la Geriatría en una época en que el médico era el médico y el resto de los profesionales eran «los otros». Incluso cuando el médico de hospital era algo importante y el generalista tenía una «categoría inferior». Qué avanzada y pionera fue la Geria-