

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.<sup>a</sup> 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, Shaul 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-

tría en este campo y cuánto ejemplo y enseñanzas impartió.

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

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

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

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

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

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

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

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

## La última promoción de especialistas en Geriatría vía MIR

J. González-Barboteo

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

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

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

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