

La enseñanza de la Geriátría en Europa*

Duursma, S. A.

Professor of Geriatric Medicine. University Medical Centre. Utrecht University Hospital.

INTRODUCCIÓN

La visión de Europa como una entidad se basa en fronteras geográficas que se dibujaron hace varias décadas. En contraste con esta entidad geográfica, tanto los sistemas sociales y políticos como sus estructuras varían mucho en los distintos países europeos. La organización y el contenido de la medicina geriátrica y sus distintas ideas sobre la manera de enfrentarse a los problemas sanitarios que suscitan el creciente número de ancianos ilustran las diferencias que existen entre unas sociedades y otras. Durante mucho tiempo Europa estuvo dividida en los países de la Europa Oriental y los de la Europa Occidental. Aunque la situación política ha cambiado, aún existen diferencias entre la situación económica de ambas partes. La prosperidad y las estructuras existentes en los países de la Europa Occidental, agrupados en la Unión Europea, hizo posible tanto el desarrollo de la geriátría en los países

miembros como la implantación de sociedades de medicina geriátrica en la Unión Europea y la creación de organizaciones de enseñanza teórica y práctica de la especialidad. Los países del Este no han podido desarrollar la medicina geriátrica de manera similar a la de los países del Oeste, ni en su forma ni en su desarrollo temporal. Debido a estas diferencias, se expondrá por separado la situación actual de la enseñanza de la geriátría en los países de la Unión Europea y en los antiguos países de la Europa del Este. La enseñanza de la geriátría no es un objetivo en sí misma. La enseñanza y la formación en los problemas sanitarios del anciano comienzan con los cambios democráticos, la necesidad de servicios y el reconocimiento de las consecuencias financieras tanto de los servicios como de la educación.

UNIÓN EUROPEA

Aspectos demográficos y sociales

En la Unión Europea, como en la mayor parte del mundo, tanto la edad como el número de personas ancianas está aumentando. Walker and Maltby¹ han recopilado la información sobre este proceso. En 1993, cerca del 20% de la población tenían más de 60 años. En el año 2020 se prevé que este porcentaje se incremente hasta el 25% (fig. 1). También pueden analizarse las diferencias entre diversos países (tabla 1). Dinamarca, Suecia y el Reino Unido presentan un aumento menor, inferior al 5%, en contraste con Finlandia, Francia e Italia con aumentos estimados de su población anciana del 8% o incluso superior. En Irlanda, Holanda, algunos estados escandinavos y en el Reino Unido existe un sistema que reserva el dinero aportado durante la participación laboral activa para el pago de las pensiones. En los demás países existe un sistema de repartición: las personas que participan activamente en el proceso de producción contribuyen con dinero para los pensionistas. El cambio en la proporción de personas que participan en el proceso de producción y las que no lo hacen tendrá consecuencias financieras en estos países, sobre todo en Finlandia, Francia e Italia. Puede resultar necesaria una reestructuración en la participa-

Figura 1. Cambios en el porcentaje de población mayor de 60 años entre 1993 (barras claras) y 2020 (barras oscuras) en los países de la Unión Europea (Au= Austria, Be= Bélgica, Di= Dinamarca, Fi= Finlandia, Fr= Francia, Al= Alemania, Gr= Grecia, Ir= Irlanda, It= Italia, Lu= Luxemburgo, Ho= Holanda, Po= Portugal, Es= España, Su= Suecia, RU= Reino Unido). Procedente de Walker y Maltby 1997.

* Trabajo traducido por el Dr. Pedro Regalado. Médico especialista en Geriátría.

Correspondencia: S. A. Duursma. Koperslagershoek-21. 3981-SB-Bunnik, the Netherlands. E-mail: sa.duursma.bunnik@wxs.nl.

TABLA 1. El aumento de las personas mayores de 60 años en los 15 países miembros de la Unión Europea entre 1993 y 2020, representado en forma de porcentaje sobre la población total de cada país

País	Aumento del porcentaje
Austria	6,7
Bélgica	7,7
Dinamarca	4,2
Finlandia	9,4
Francia	8,0
Alemania	7,3
Grecia	6,5
Irlanda	6,5
Italia	8,6
Luxemburgo	7,1
Holanda	7,2
Portugal	6,0
España	7,6
Suecia	3,9
Reino Unido	4,7

Calculado a partir de datos de Walker y Maltby 1997.

ción en el trabajo, la edad de jubilación y la integración en el proceso de producción de las personas ancianas. Esta reestructuración tardará un tiempo, ya que el cambio de la conducta humana es un proceso lento. Los cambios demográficos y sus consecuencias hacen que sea necesario presentar este proceso en las agendas gubernamentales como una prioridad.

El coste de la asistencia sanitaria de larga estancia es un buen ejemplo de un problema al que es necesario hacer frente. La figura 2 muestra la proporción de personas mayores de 60 años de edad que reciben asistencia para el cuidado personal o para las tareas domésticas. En los 12 países de la Unión Europea investigados se calcula una media del 28%. Se observan diferencias notables entre distintos países, desde un 25% en el Reino Unido y Dinamarca hasta aproximadamente el 48% en Portugal y Luxemburgo. Hay que decidir quién proporciona los servicios de apoyo demandados por los ancianos. En el estudio de Walker y Maltby se preguntó a personas mayores de 60 años quién era, en su opinión, la mejor persona para decidir los servicios necesarios (tabla 2). La puntuación más alta en el cuadro de preferencias se le asignó a otra persona también de edad avanzada. Al parecer, la empatía que se le presupone a una persona anciana es muy alta. Un profesional, un familiar o un amigo también tienen un impacto muy alto. Los proveedores de servicios no han sido aceptados como una buena instancia para decidir qué servicios requieren las personas ancianas.

La decisión sobre las necesidades asistenciales se relaciona íntimamente con los costes. Los sistemas de asistencia sanitaria en los países miembros de la Unión Europea difieren entre sí y prácticamente todas las personas

Figura 2. Proporción de personas mayores de 60 años que reciben ayuda o asistencia para el cuidado personal o en las tareas domésticas en los países de la Unión Europea (Be= Bélgica, Di= Dinamarca, Fr= Francia, Al= Alemania, Gr= Grecia, Ir= Irlanda, It= Italia, Lu= Luxemburgo, Ho= Holanda, Po= Portugal, Es= España, RU= Reino Unido, UE= los 12 países mencionados miembros de la Unión Europea). Procedente de Walker y Maltby 1997.

mayores de 60 años sólo tienen experiencia con el sistema de su propio país. No obstante, resulta interesante comprobar las opiniones sobre este tema (fig. 3). En Alemania y en Luxemburgo alrededor del 50% de los entrevistados se manifiestan favorables a un sistema público de seguro obligatorio, mientras que en el Reino Unido y en Dinamarca sólo el 17% lo son. Los mismos países tienen

TABLA 2. Respuestas de personas mayores de 60 años de los 12 países mencionados de la Unión Europea a la pregunta: ¿Qué persona debería decidir los servicios necesarios para los ancianos?

	Un pariente o un amigo cercano	Una persona anciana	El proveedor de servicios	Otro profesional
Be	24	43	8,1	22,3
Di	24,8	48,1	9	17
Fr	25,7	34,9	3,7	34,7
Al	20	45,4	3,7	28,5
Gr	37,8	35	8,7	16,9
Ir	41,5	22,3	5,8	26,8
It	30,9	18,2	7,5	42,2
Lu	25,7	33	5,6	30,1
Ho	18,7	32,7	11,7	33,4
Po	38,6	22,6	14,1	24
Es	38,4	36,1	3,8	16,6
RU	29,6	29,8	4,3	30,6
UE	27,8	33,7	5,5	30,2

Be= Bélgica, Di= Dinamarca, Fr= Francia, Al= Alemania, Gr= Grecia, Ir= Irlanda, It= Italia, Lu= Luxemburgo, Ho= Holanda, Po= Portugal, Es= España, RU= Reino Unido, UE= los 12 países mencionados miembros de la Unión Europea. Procedente de Walker y Maltby 1997.

una opinión muy clara sobre una prestación pública financiada mediante impuestos. En Dinamarca y el Reino Unido el 60% se declaran favorables mientras que Luxemburgo y Alemania muestran poco interés por un sistema vinculado a los impuestos, con una opinión favorable a este sistema de alrededor del 20%. Otras opciones, como el seguro privado obligatorio o un seguro opcional público o privado no se consideraron métodos útiles. En cuanto a la manera de cubrir los costes de la atención de larga duración, un sistema público parece lo más aceptable, con distintos matices según se trate de un sistema público obligatorio o de un sistema financiado por vía fiscal.

El debate sobre los costes de la atención a largo plazo se relaciona con la expectativa de años de vida activa y saludable al ir aumentando la expectativa de vida. Las mujeres tienen una expectativa de vida superior a los hombres; no obstante, esto también comporta más años de dependencia². La cuestión que permanece abierta es si el ritmo de cambio en la supervivencia se mantendrá a la par del cambio en los años saludables sin dependencia³. El conocimiento de estos procesos tiene un papel clave en la inversión en educación y en formación para poder así estar preparados para asumir las necesidades sanitarias de la sociedad.

Figura 3. Porcentaje de respuestas en personas mayores de 60 años a la pregunta ¿quién debería pagar los cuidados de larga duración de los ancianos? (Be= Bélgica, Di= Dinamarca, Fr= Francia, Al= Alemania, Gr= Grecia, Ir= Irlanda, It= Italia, Lu= Luxemburgo, Ho= Holanda, Po= Portugal, Es= España, RU= Reino Unido, UE= los 12 países mencionados miembros de la Unión Europea). Procedente de Walker y Maltby 1997.

EDUCACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA

En 1991 el Group of European Professors in Medical Gerontology («Grupo de profesores europeos de gerontología médica») recopiló información sobre las facultades de medicina europeas⁴ (tabla 3). No se dispone de datos

TABLA 3. Centros de enseñanza y formación de medicina geriátrica, psicogeriatría y gerontología en 15 países miembros de la Unión Europea

País	fac. med.	Departamentos profesionales			Plan de estudios	
		geriatría	psicoger	gerontol	pregr	post
Austria	3	—	—	—	1	
Bélgica	11	2	—	1	5	sí
Dinamarca	3	1	—	—	2	sí
Finlandia	5	3	—	1	5	sí
Francia	37	—	—	—	18	sí
Alemania	36	3	1	2	6	sí
Grecia	6	—	—	—	2	sí
Irlanda	2	1	—	—	1	sí
Italia	22	22	—	22	22	sí
Luxemburgo	—	—	—	—	—	sí
Holanda	8	2	1	2	8	sí
Portugal	5	1	—	—	1	
España	23	1	—	1	1	si
Suecia	6	8	3	2	6	sí
Reino Unido	26	21	4	1	24	sí

fac. med. = facultad de medicina, psicoger. = psicogeriatría, gerontol. = gerontología, pregr = pregrado, post= postgrado. Luxemburgo no posee ninguna universidad. Adaptado de Stähelin et al. Age & Ageing 1994; 23:179-181.

más recientes, pero no es probable que se hayan producido cambios importantes en las universidades en el transcurso de una década. Sólo en Finlandia, Italia, Suecia y el Reino Unido la mayoría de las facultades de medicina tienen una unidad docente dedicada a la medicina geriátrica. Los otros 11 países tienen 134 facultades con 11 departamentos universitarios de medicina geriátrica (8,2%). En el caso de la psicogeriatría la situación es peor, ya que de 193 facultades sólo 9 cuentan con departamentos universitarios (4,7%). De las 193 facultades, 102 incluyen la geriatría dentro de sus programas educativos (53,8%). De estos datos puede extraerse la conclusión de que cerca de la mitad de los estudiantes de medicina no reciben ninguna formación en medicina geriátrica y menos del 10% de las facultades parecen facilitar la investigación en medicina geriátrica.

El gobierno francés reunió en 1995 a representantes de todos los países miembros de la Unión Europea para debatir sobre la educación y la formación en medicina geriátrica⁵. Se recomendó que todos los médicos y estudiantes de medicina de Europa se formaran en geriatría y en ciertos aspectos de gerontología. Esta educación debería ser obligatoria y contar con un examen final, además de proporcionar los créditos correspondientes. Otra conclusión fue la necesidad de que la geriatría como especialidad existiera en todos los hospitales. Las unidades geriátricas tendrían que ser accesibles tanto para los pacientes hospitalizados como para los pacientes ambulatorios. Se prestó especial atención a la formación de los médicos de atención primaria. Para prácticamente la totalidad de los ancianos el médico de familia es el primer contacto con la medicina geriátrica. Este profesional resuelve la mayoría de los problemas y tiene que conocer cuándo y dónde ha de ser enviado un paciente geriátrico que requiere una valoración más detallada, la realización de técnicas diagnósticas o la administración de un tratamiento.

El mejor método para estimular el desarrollo y la armonización de la medicina geriátrica en la Unión Europea es la enseñanza a los profesores. Este fue el objetivo de un grupo de profesores de gerontología médica a principios de los años noventa. Decidieron establecer la *European Academy for Medicine of Aging* (Academia Europea de la Medicina del Envejecimiento) (EAMA) para formar a los profesores de geriatría tanto en la educación de los estudiantes de medicina como en la formación más especializada. En 1995 comenzó en Suiza el primer curso de la EAMA. El comité ejecutivo selecciona «estudiantes» de todos los países europeos según sus capacidades y sus puestos en universidades e institutos de formación especializada. Se invita a científicos muy cualificados para que actúen como profesores y el programa de formación consta de conferencias sobre los últimos avances presentados por los «estudiantes», debates dirigidos y estructurados en pequeños grupos y la participación en los debates después de las conferencias sobre los últimos avances impartidas por los profesores. Una de las características del curso es la realización de una evaluación cuidadosa de

prácticamente todas las actividades. Se han completado tres cursos compuestos por cuatro sesiones de una semana cada una y el último curso comenzó en enero del año 2001. Estos cursos han recibido una evaluación muy positiva^{6,7}.

MÉTODOS EDUCATIVOS

Actualmente se utilizan principalmente dos métodos para la enseñanza de los estudiantes de medicina. El método tradicional es la conferencia magistral del profesor y el método moderno es el enfoque orientado a los problemas. Las materias de las conferencias son elegidas por el profesor de acuerdo con el programa de la facultad de medicina. Tras una introducción, se exponen las causas de una enfermedad, el mecanismo patológico, los síntomas, los métodos de investigación, el diagnóstico y el tratamiento. La ventaja de este método es la confrontación de los estudiantes con profesores cualificados, y contar con una exposición personal y la opinión de un especialista de primera línea.

En la educación moderna, se adiestra a los estudiantes en el proceso de encontrar una solución a un problema. En medicina, se describe un problema como la descripción de una observación de una anomalía en una persona, que se considera la causa del trastorno que provocó la función anormal en aquella persona. El caso del paciente se presenta a los estudiantes y con la ayuda de sistemas computarizados, de una biblioteca, de la discusión mutua e invitando a un experto que aporte la información, tienen que explorar el problema para entender su causa y encontrar la solución al problema del paciente.

Este enfoque centrado en los problemas presenta similitudes con el sistema por el que se aboga en la práctica de la medicina geriátrica, como quedará clarificado en el siguiente ejemplo. Un paciente nuevo es visto y examinado por el médico y la enfermera el día del ingreso. Ambos elaboran una lista de los problemas que reconocen. Por ejemplo, en un paciente con un ictus los problemas se clasifican como problemas de movilidad, insuficiencia cardíaca y dependencia funcional. Las observaciones serían disnea, diferencia entre los movimientos de ambas piernas al caminar y edemas en miembros inferiores. En una conversación con el paciente y sus familiares se decidirían aquellos problemas sobre los que se profundizaría continuando el diagnóstico para hallar un tratamiento o una solución que al menos hiciera el problema soportable.

El enfoque clínico también puede ser utilizado como una guía para las tradicionales clases sobre los últimos avances. La clase empieza con la presentación de los problemas del paciente. La utilización de un enfoque centrado en los problemas hace necesario que los estudiantes aprendan a valorar el riesgo del paciente desde el inicio de su observación. Este aspecto ha de tratarse en la clase en conexión con la cuestión de porqué el paciente ha sido enviado a un departamento de medicina geriátrica.

TABLA 4. ¿Quién cubre los diferentes aspectos de la asistencia del anciano, un especialista o varios diferentes, por ejemplo, social y comunitario, asistencia de agudos, larga estancia y residencias asistidas y psicogeriatría, en los 15 países europeos miembros de la Unión Europea?

País	¿Quién cubre los diversos aspectos de la asistencia?
Austria	Diferentes especialistas cubren diferentes áreas
Bélgica	Diferentes especialistas cubren diferentes áreas
Dinamarca	Diferentes especialistas cubren diferentes áreas
Finlandia	El mismo especialista cubre diferentes áreas
Francia	Diferentes especialistas cubren diferentes áreas
Alemania	Diferentes especialistas cubren diferentes áreas
Grecia	Diferentes especialistas cubren diferentes áreas
Irlanda	Diferentes especialistas cubren diferentes áreas
Italia	El mismo especialista cubre diferentes áreas excepto rehabilitación
Luxemburgo	Diferentes especialistas cubren diferentes áreas
Holanda	Diferentes especialistas cubren diferentes áreas
Portugal	Diferentes especialistas cubren diferentes áreas
España	El mismo especialista cubre diferentes áreas
Suecia	El mismo especialista cubre diferentes áreas
Reino Unido	Diferentes especialistas cubren diferentes áreas

Adaptado de Hastie & Duursma. Remitido en el 2001.

Una breve repetición de la fisiología y de la función normal es seguida por información sobre los cambios funcionales que se producen con el envejecimiento. También se expondrán los aspectos relevantes de la anamnesis, la exploración física y las pruebas de laboratorio, así como las

posibilidades terapéuticas existentes. Al final de la clase se hará un resumen con la anormalidad observada en el paciente, el problema que representa y su solución. Los estudiantes han de tener la posibilidad de discutir el problema con el profesor, por lo que se recomienda que existan pausas durante la exposición o bien realizar un cambio de impresiones general al final de la clase.

PANORAMA DE LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN MEDICINA GERIÁTRICA

¿Quién da cobertura a los distintos aspectos de la asistencia al anciano, como por ejemplo la asistencia social y comunitaria, la asistencia a las patologías agudas, los cuidados de larga duración y residenciales y la atención psiquiátrica? Hastie et al⁸ han realizado una revisión de los países miembros de la Unión Europea (tabla 4). En la mayoría de los países, están implicados en la asistencia al anciano médicos de diversas especialidades. En Finlandia, Italia, Suecia y España las necesidades de estos pacientes las cubre un geriatra o un médico general con una formación adicional. Holanda es una excepción; en este país cuatro especialistas cubren todos los aspectos de la asistencia manteniendo una relación muy estrecha con el médico general. Las cuatro especialidades son: especialistas en «medicina residencial asistida» (*nursing home medicine*), geriatras sociales, geriatras clínicos y psiquiatras especialistas en ancianos. La especialidad de «medicina residencial asistida» (*nursing home medicine*) sólo está reconocida en Holanda donde existen registrados más de 1.200 médicos. Los geriatras sociales no han visto reconocida su especialidad.

TABLA 5. Aspectos de la formación geriátrica en los países miembros de la Unión Europea. La especialidad no está reconocida en Portugal ni en Grecia, pero la universidad de Tesalónica organiza cursos de geriatría. Luxemburgo no tiene universidad

País	Formación en med. int.	Formación en med. ger.	Duración total de la formación	Número de alumnos	Programa	Examen
Austria	no	8 fines de semana	8 fines de semana	30-40/año	teoría+clin.	sí
Bélgica	5 años	1 año	6 años	30	teoría+clin.	no
Dinamarca	4 años	2,5 años	6,5 años	36	clin.	no
Finlandia	2 años	3 años	5 años	25 aprox.	clin.	sí
Francia	5 años	2 años	7 años	30-35	teoría+clin.	sí
Alemania	6 años	1,5 años	7,5 años	desconocido	clin.	sí
Grecia	no	2 años	2 años	20	teoría+clin.	no
Irlanda	2 años	4 años	6 años	30 aprox.	teoría+clin.	no
Italia	no	4 años	4 años	220/año	teoría+clin.	sí
Luxemburgo	—	—	—	—	—	—
Holanda	2 años	3 años	5 años	42	teoría+clin.	no
Portugal	—	—	—	—	—	—
España	2 años	4 años	4 años	34/año	teoría+clin.	no
Suecia	2 años	2 años	5 años	90 aprox.	teoría+clin.	no
Reino Unido	≤ 2 años	4 años	6 años	346	teoría+clin.	no

med. int. = medicina interna, exam = examen, clin = clínica, aprox = aproximadamente. Adaptado de Hastie & Duursma. Remitido en el 2001.

En 12 de los 15 países de la Unión Europea la geriatría ha sido reconocida como especialidad. En Grecia y Portugal actualmente se está discutiendo esta cuestión y Luxemburgo carece de sociedad de medicina geriátrica. El reconocimiento de la geriatría en la mayoría de los países hizo posible que esta disciplina se aceptara como una sección de la *European Union of Medical Specialists* (Unión Europea de Médicos Especialistas) (UEMS). La UEMS se fundó en el año 1958. Sus objetivos son: el estudio, la promoción y la defensa de la libre movilidad de especialistas en los países miembros; la colaboración con el *Standing Committee of Doctors in Europe* (Comité permanente de doctores europeos) y con la *European Union of General Practitioners* (Unión europea de médicos generales); y facilitar y organizar el intercambio de información entre especialistas⁹. La actividad se ha centrado en la armonización, la calidad de la formación de los especialistas y la educación médica continua^{10,11}. Un especialista reconocido en un país de la Unión Europea tiene derecho a trabajar en cualquier otro país miembro. Por eso las diferencias en la formación y la acreditación se consideran tan relevantes para mantener unos servicios estandarizados en el ámbito europeo.

En 1997 se constituyó la *Geriatric Medicine Section* (Sección de Medicina Geriátrica) (GMS) en la UEMS. Cada país que tiene establecida la medicina geriátrica como especialidad envía dos delegados a esta sección; un delegado ha de tener formación clínica y el otro académica. Los objetivos más importantes de la GMS son el control de calidad de la formación de los especialistas y el desarrollo de guías para la formación durante el pregrado y el postgrado. La GMS recopiló información sobre la organización de la medicina geriátrica en los países miembros, sobre todo en lo referente a la manera de formar a sus médicos especialistas (tabla 5). Luxemburgo carece de equipamientos universitarios o formativos y en Grecia y Portugal la especialidad no está reconocida. En Austria la formación se imparte a los médicos generales. En el resto de los países se observan variaciones respecto al contenido, la duración y la presencia o no de exámenes. En Italia no se requiere formación especializada en medicina interna, aunque esto puede que cambie en un futuro cercano. La duración total de la formación varía de unos países a otros, oscilando entre cuatro años en Italia y España y siete o siete y medio en Francia o Alemania. Sólo 5 países realizan un examen final. Recientemente la GMS debatió sobre estos temas y decidió promover y facilitar la inspección y la certificación de los institutos de formación geriátrica como una herramienta para mejorar la calidad de la formación y para apoyar el proceso de armonización de la Unión Europea.

Los gobiernos de los países miembros de la Unión Europea tienen total libertad en la organización y regulación de sus sistemas nacionales de salud, lo que incluye el reconocimiento de las especialidades médicas y la formación de sus especialistas. En el ámbito de la armonización de los programas de formación, la GMS ha desarrollado una guía titulada *Training in geriatric medicine in the Euro-*

pean Union (La formación en medicina geriátrica en la Unión Europea) que ha sido aceptada por las sociedades nacionales¹². Sin embargo, la aceptación de las sociedades nacionales no implica un cambio rápido a escala nacional. Este cambio requiere una relación muy intensa con las organizaciones de otras especialidades y con el gobierno. En este tipo de discusiones, las consecuencias financieras y la visión de la medicina geriátrica que tiene la sociedad y los profesionales que la ejercen representan un papel muy importante.

ASPECTOS DE LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN MEDICINA GERIÁTRICA

La GMS recomienda que se establezca una competición abierta para la selección de los candidatos a formarse en la especialidad basada en la igualdad de oportunidades de todos los médicos con la titulación adecuada. Por lo general, un período de al menos dos años de formación troncal común en medicina interna en un programa reconocido suele ir seguido de unos cuatro años de formación específica en medicina geriátrica, que a veces incluye un año de investigación. El establecimiento de períodos más largos de formación depende de las autoridades de cada nación. La formación debería estar basada en el sector hospitalario aunque también ha de implicar al área comunitaria y otras instituciones que provean asistencia al anciano. Los programas de formación que se establezcan han de ser aprobados por las autoridades nacionales y deberían incluir los aspectos biológicos, sociales, psicológicos y médicos del enfermar en la ancianidad. La revisión periódica de la calidad de los centros de formación, de las personas en formación y de aquellos que las instruyen es una obligación de las autoridades nacionales. Los profesionales en formación deberían tener la oportunidad de recibir formación en programas reconocidos en otros centros de países miembros de la Unión Europea con la aprobación de su país de origen. En el documento que versa sobre los diversos aspectos de la formación, la GMS presenta los requisitos que han de cumplir las instituciones docentes, así como los profesores y los alumnos que reciben la formación. También se perfila el plan de estudios, con aspectos sobre la asistencia básica y la adecuación de los servicios, la valoración y el tratamiento, la rehabilitación, la preparación previa de las altas y las tareas administrativas. Se pide atención en el desarrollo de las habilidades necesarias para gestionar las quejas, para dar un trato adecuado a los errores y también se pide que se contemple el conocimiento de las necesidades para gestionar un departamento propio y para utilizar los recursos disponibles para el desarrollo profesional continuo.

DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO EN LA MEDICINA GERIÁTRICA

El objetivo principal de la geriatría es proporcionar servicios de alta calidad que respondan a los problemas de

TABLA 6. Educación Médica Continua (EMC) en los países de la Unión Europea

País	¿existe EMC?	formal o informal	regulación local o nacional	¿existe sistema de acreditación?
Austria	sí	formal	Medical Association Austria	sí
Bélgica	sí	formal	nacional	sí
Dinamarca	sí	informal	no	no
Finlandia	sí	informal	no	no
Francia	sí	informal	Regional Council	sí
Alemania	sí	informal	no	no
Grecia	no	—	—	—
Irlanda	sí	informal	Royal College of Physicians Ireland	sí
Italia	sí	informal	no	no
Holanda	sí	formal	Dutch Society for Clinical Geriatrics	sí
España	sí	informal	Comité nacional	no
Suecia	sí	informal	no	no
Reino Unido	sí	formal	Royal Colleges	sí

EMC= Educación Médica Continua. Adaptado de Hastie & Duursma. Remitido en el 2001.

los pacientes geriátricos. Los continuos cambios en los conocimientos y en las experiencias biomédicas, así como en la sociedad y en las necesidades de los pacientes, hacen que sea necesario un buen sistema que asegure la educación médica continua (EMC) y el desarrollo profesional (DP). La mayoría de los países ofrecen oportunidades para la EMC y el DP, tal como se muestra en la tabla 6. Sólo cinco países tienen establecida la EMC como una actividad formal con un sistema de acreditación. La EMC y el DP son los objetivos que la *European Union Geriatric Medicine Society* (Sociedad de Medicina Geriátrica de la Unión Europea) (EUGMS) propuso en el año 2001. El principal propósito de la EUGMS es la promoción de la medicina geriátrica en la Unión Europea mediante la organización de conferencias, simposios y contactos personales. La EMC y el DP son también áreas de especial interés para las GMS de la EUGMS. La EUGMS ha constituido el *Accreditation Council for Continuing Medical Education EAC-CME* (Consejo de Acreditación de la Educación Médica Continuada) para el reconocimiento de las actividades de EMC a nivel tanto local como nacional, europeo o global. El reconocimiento de la acreditación se concede tras el consentimiento de la autoridad nacional y de la sección correspondiente de la EUGMS. La *Geriatric Medicine Section* participa en el sistema EAC-CME. La acreditación internacional de actividades educativas o formativas es un estímulo para el desarrollo y la armonización de la medicina geriátrica en la Unión Europea. Aunque la armonización es necesaria para el intercambio de profesionales médicos, los servicios sanitarios, sobre todo los dedicados a los ancianos, siempre tendrán que estar adaptados a la cultura nacional o local y a las posibilidades y hábitos económicos imperantes.

INVESTIGACIÓN EN MEDICINA GERIÁTRICA Y GERONTOLOGÍA MÉDICA

El rápido desarrollo de la investigación, así como las inmensas posibilidades de las tecnologías aplicadas al genoma y a las proteínas influenciarán la medicina mejorando el conocimiento y la comprensión de lo que denominamos proceso de envejecimiento. Las estructuras sociales y las concepciones sobre el estilo de vida y el tipo de vivienda también varían con el paso del tiempo. El atractivo y el emplazamiento de las residencias para válidos y las residencias asistidas está en permanente discusión. En este amplio campo de interacciones resulta necesario el intercambio de ideas entre todas las disciplinas implicadas en los problemas relativos a la salud de la población anciana. La *International Association of Gerontology* (Asociación Internacional de Gerontología) (AIG) juega un papel clave en el intercambio interdisciplinario del conocimiento. La AIG fue fundada en 1946 y en 1967 se constituyeron divisiones regionales para Europa, América y Asia/ Oceanía. Recientemente la región americana ha sido dividida en una zona norteamericana y otra latinoamericana. El principal objetivo de la AIG es estimular el desarrollo de la gerontología. Se han establecido tres secciones, para las ciencias sociales, las ciencias biológicas y la medicina. Cada cuatro años tiene lugar un congreso mundial, celebrándose congresos regionales los años entre los congresos mundiales. La AIG representa un importante papel en el intercambio de los avances científicos, no sólo entre la medicina geriátrica y la gerontología sino también entre la Unión Europea y el resto de los países europeos que no pertenecen a ella y entre la Unión Europea y otros países de otras partes del mundo.

TABLA 7. Centros de enseñanza de medicina geriátrica, psicogeriatría y gerontología en las universidades de los países del Este europeo

País	fac. med.	Departamentos profesionales			Plan de estudios	
		geriátrica	psicoger	gerontol	preg	post
Bulgaria	5	—	—	—	—	—
Checoslovaquia	10	1	1	—	1	sí
Hungría	4	—	—	—	2	sí
Polonia	10	4	—	1	5	sí
Rumania	6	—	—	—	—	—
URSS	87	2	—	—	2	sí
Yugoslavia	11	?	?	?	?	?

fac. med.= facultad de medicina, psicoger= psicogeriatría, gerontol= gerontología, preg= pregrado, post= postgrado. Adaptado de Stähelin et al. Age & Ageing 1994; 23:179-181.

Las unidades docentes son esenciales para estimular la investigación en medicina geriátrica. En la medicina, la única forma de que una disciplina tenga futuro es que participe activamente en la investigación centrada en los pacientes propios de su campo. La educación y la investigación están ligadas íntimamente. Los nuevos descubrimientos han de incorporarse al acervo de habilidades y conocimientos profesionales.

Un problema que existe en varios países de Europa es la escasez de investigadores jóvenes y prometedores que estén bien preparados, así como la escasez de candidatos para ocupar cátedras de medicina geriátrica. La geriatría es una especialidad joven y se ha invertido mucha energía en el desarrollo de los servicios sanitarios. Una consecuencia de esto es que en varios países las cátedras de geriatría quedan vacantes durante largos períodos de tiempo y pueden perderse en el futuro. Una solución para este problema podría ser la instauración de una «Fundación para la formación de investigadores jóvenes prometedores y candidatos a profesores universitarios». El esfuerzo combinado de las organizaciones europeas podría acelerar la creación de una institución como esta. La configuración política de Europa ofrece oportunidades para que la investigación pueda prevenir y disminuir las consecuencias negativas de las enfermedades y la dependencia de las generaciones más ancianas, reduciendo así los costes de la asistencia sanitaria¹³. La transmisión de los resultados de la investigación de manera que satisfagan las necesidades de la sociedad sólo es posible con educación, formación, educación continua y desarrollo profesional de los médicos, enfermeras y gestores sanitarios que se ocupan de la geriatría. La obtención del beneficio óptimo de las inversiones en investigación depende de la inversión correspondiente en educación y formación.

ISLANDIA, NORUEGA Y SUIZA

Estos tres países no forman parte de la Unión Europea. De todas formas, sus estructuras culturales, sociales y médicas son comparables a la de los países miembros de esta

institución y los tres mantienen una relación especial con la Unión Europea. Reconocen la geriatría como una especialidad dentro de la medicina interna y participan en las actividades de la GMS y de la EUGMS. Islandia tiene una universidad pero sin cátedra de geriatría. En Noruega las cuatro universidades tienen tres cátedras⁴ y en Suiza las cinco universidades cuentan con seis cátedras, tres de medicina geriátrica, dos de psicogeriatría y una de gerontología¹⁴.

EUROPA DEL ESTE

No existe información detallada publicada sobre el desarrollo de la geriatría en los países del este europeo. En la tabla 7 se presentan algunos datos de 1991. La situación geográfica de esta área ha cambiado. Sin embargo, parece razonable pensar que el número total de universidades no ha cambiado. Polonia, con cuatro cátedras, parece ser el país más preparado en cuanto a servicios académicos geriátricos. La antigua Unión Soviética, que cuenta con 87 universidades, sólo tiene dos cátedras. La falta de información y el cambio de situación que han experimentado estos países hace que resulte imposible cualquier exposición sobre el desarrollo de la geriatría en esta parte de Europa.

PROMOCIÓN DE LA ENSEÑANZA DE LA GERIATRÍA EN EUROPA

La Unión Europea es una parte del mundo con un nivel de vida muy alto. Durante la pasada década se ha fomentado la organización de la medicina geriátrica en el ámbito de la Unión Europea y se han iniciado actividades promotoras de cara al futuro. Los programas de educación y formación de gran calidad son factores esenciales en este proceso. Aparte de promover el desarrollo de la especialidad en Europa, las sociedades de medicina geriátrica de la Unión Europea tienen el deber ético de estimular y apoyar el desarrollo de la geriatría en otras partes del mundo, especialmente en los países pobres. En 1975 cerca del 75% de la población anciana mundial vivía en paí-

ses en vías de desarrollo¹⁵. La *Gerontological Economic Research Organisation* (Organización para la Investigación Económica Gerontológica) (GERO) pretende apoyar el desarrollo de programas para la educación de los profesionales y para la instauración de servicios destinados a resolver los problemas sanitarios de los ancianos en los países pobres. La GERO fue fundada en 1998 en Suiza con la forma de una iniciativa internacional independiente. Su objetivo es promover la investigación internacional en gerontología, geriatría y otras ciencias afines, para mejorar así las condiciones de vida de los ancianos desde el punto de vista médico, económico y ecológico.

La cooperación entre la EAMA, las GMS, la EUGMS, la IAG y otros organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud haría posible que el desarrollo correcto de la geriatría en los países europeos beneficiara a otros países. El proceso comienza y ha de mantenerse consiguiendo que el conocimiento y las experiencias acumuladas sobre la educación y la formación sean asequibles y estén disponibles para estos países. Una simple exportación de los métodos europeos de asistencia sanitaria no es la mejor opción. La estimulación y el apoyo de las iniciativas regionales o locales son más beneficiosos y permiten la adaptación de los servicios a las necesidades sanitarias de los ancianos, a las estructuras locales y sociales y a los hábitos culturales. La enseñanza de la geriatría va mucho más allá de las fronteras de Europa.

COMENTARIOS FINALES

1. La proporción de personas mayores de 60 años de edad en los países miembros de la Unión Europea se incrementará en los próximos 25 años entre un 25 y un 48%.

2. El conocimiento de los cambios demográficos y de la dependencia de las personas de edad avanzada representa un papel clave en la inversión en educación y formación en geriatría.

3. El modelo educativo clásico para los estudiantes de medicina, que consistía en la exposición temática en forma de conferencia de los últimos avances médicos, está siendo sustituido por un enfoque centrado en los problemas concretos.

4. La enseñanza de los profesores, el desarrollo de guías sobre formación y las visitas a centros de formación geriátrica estimulan la calidad de los servicios.

5. Alrededor del 50% de los estudiantes de medicina de la Unión Europea no reciben ninguna formación en medicina geriátrica.

6. Menos del 10% de las facultades médicas de la Unión Europea cuentan con un departamento de medicina geriátrica.

7. La educación médica continua es una herramienta muy útil para elevar la calidad de los servicios sanitarios y del proceso de armonización de la medicina geriátrica en la Unión Europea.

8. La investigación es esencial para el desarrollo como disciplina de la geriatría; es necesaria la relación entre los investigadores y los profesores.

9. Existe escasez de investigadores bien formados y de candidatos a ocupar cátedras; se recomienda la creación de una fundación para la formación de jóvenes investigadores prometedores y candidatos al profesorado.

10. Las sociedades geriátricas de la Unión Europea tienen el deber ético de estimular y apoyar el desarrollo de los sistemas sanitarios para los ancianos en los países pobres y en vías de desarrollo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Walker A, Maltby T. Ageing Europe. Buckingham: Open University Press; 1997.
2. Water HPA van de, Boshuizen HC, Perenboom RJN. Health expectancy in the Netherlands 1983-1990. *Europ J Publ Hlth* 1996;6:21-8.
3. Robine JM, Bucquet D, Ritchie K. L'espérance de vie sans incapacité, un indicateur de l'évolution des conditions de santé au cours du temps: 20 ans de calcul. *Cah Québécois Démog* 1992;20:1-31.
4. Stähelin HB, Beregi E, Duursma SA, Grimley Evans J, Michel JP, Ruiz-Torres A, Steen B. Teaching medical gerontology in Europe. *Age Ageing* 1994;23:179-81.
5. Mischlich D, Marchand AC, Jobert M, Kuntzmann F. Preliminary survey on the role of geriatrics/gerontology in the training and practice of physicians in Europe. In: *Proceedings European Seminar. Ministère du travail et des affaires sociale, France; 1995.*
6. Verhaar HJJ, Becker C, Lindberg OJ. European Academy for Medicine of Ageing: a new network for geriatricians in Europe. *Age Ageing* 1998;27:93-4.
7. Michel JP, Stähelin H, Duursma SA, Grimley Evans J, Swine C, Chasagne P, Kressig R, Zuniga C, Van Es MC. Un seignement innovant, une création réussie: l'European Academy for Medicine of Ageing (EAMA). Le point de vue des enseignants et des étudiants. *Rev Med Interne* 1999;20:531-5.
8. Hastie I, Duursma SA. Geriatric medicine in the European Union. Submitted.
9. Paul C. European Union of Medical Specialists. In: *U.E.M.S. 1958-1998. Secretariat UEMS, Brussels; 1998.* p. 4-5.
10. Charter on training of medical specialists in the European Community. In: *UEMS 1958-1998. Brussels: Secretariat UEMS; 1998.* p. 26-30.
11. Charter on continuing medical education of medical specialists in the European Union. In: *UEMS 1958-1998. Brussels: Secretariat UEMS; 1998.* p. 31-4.
12. Geriatric medicine section of the European Union of Medical Specialists. Training in geriatric medicine in the European Union. London: Department of geriatric medicine, St George's Hospital, Blackshaw Road, e-mail: ihastie@sghms.ac.uk; 2001.
13. Grimley Evans J. A correct compassion: the medical response to an ageing society. *J Royal Coll Phys London* 1997;31:674-84.
14. Michel JP, Proust J, Rapin CH, Stähelin H. The geriatrician in 1996: a viewpoint from Switzerland. *Ageing Clin Exp Res* 1996;8:135-40.
15. Michel JP, Rubinstein LZ, Vellas BJ, Albarède JL, eds. Geriatric programs and departments around the world. Paris: Serdi Publishers, Springer Publishing Company; 1998. p. 11.