

# Francisco Guillén y el Hospital Universitario de Getafe. Nacimiento y consolidación de un servicio de geriatría

Leocadio Rodríguez Mañas

Servicio de Geriatría. Hospital Universitario de Getafe. Madrid. España.

---

“La supervivencia de cualquier civilización puede medirse por el respeto y el cuidado que da a sus ciudadanos ancianos. Aquellas sociedades que tratan a los ancianos con desprecio llevan en su seno la semilla de su propia destrucción.”

Arnold Toynbee  
Historiador

“Así pues la vejez es honorable si ella misma se defiende, si mantiene su derecho, si no es dependiente de nadie y si gobierna a los suyos hasta el último aliento.”

*De Senectute*  
Marco Tulio Cicerón

## INTRODUCCIÓN

La figura del Dr. Guillén, y lo que él representa dentro de la geriatría española, trasciende su labor en el Servicio de Geriatría del Hospital Universitario de Getafe. Su servicio de geriatría, junto al del Hospital Central de Cruz Roja. La labor que desarrolló en nuestro hospital fue la más callada, la menos difundida y quizá la que menos oropel atrajo sobre su figura; no es menos cierto que esta labor es la que ocupó la mayor parte de su labor profesional, la que más horas le consumió y, no creo equivocarme mucho, una de las que, con todos los sinsabores propios de este tipo de actividad, más le enorgullecó. No en balde, cuando hubo de enfrentar la enfermedad, lo hizo en su hospital, confiando en la labor de sus compañeros, en especial los Dres. Manolo Limones y Valentín Pérez, y arropado por los miembros de su servicio.

Siempre que se echa la vista atrás y se evalúa lo recibido en términos profesionales, a veces uno se sorprende por la abundancia del caudal recogido. Y en el caso del Servicio de Geriatría del Hospital Universitario de Getafe, la recaudación no es sólo generosa sino decididamente ubérrima. Ba-

jo la dirección del Dr. Guillén, el servicio se fue agrandando cuantitativa y cualitativamente, a partir del pequeño reducido al que se vio constreñido tras el traslado “voluntario” desde el querido Hospital de Cruz Roja, convirtiéndose en uno de los más importantes servicios de geriatría de España.

Las líneas que a continuación siguen pretenden resumir cómo se produjo este hecho. En ocasiones estarán cargadas de añoranza; en otras, de algo de ironía (arma imprescindible para garantizar la supervivencia intelectual, y casi diría también que moral, de cualquier geriatra que no aspire a convertirse en un cínico) y unas pocas, las menos posibles, de datos. Probablemente no consigan ser más que un pálido reflejo del enorme esfuerzo que supuso para todos los que participamos en la tarea, a la cabeza de la cual estuvo siempre Paco Guillén. Pálido sí, pero también fiel. Y sobre todo, afectuoso.

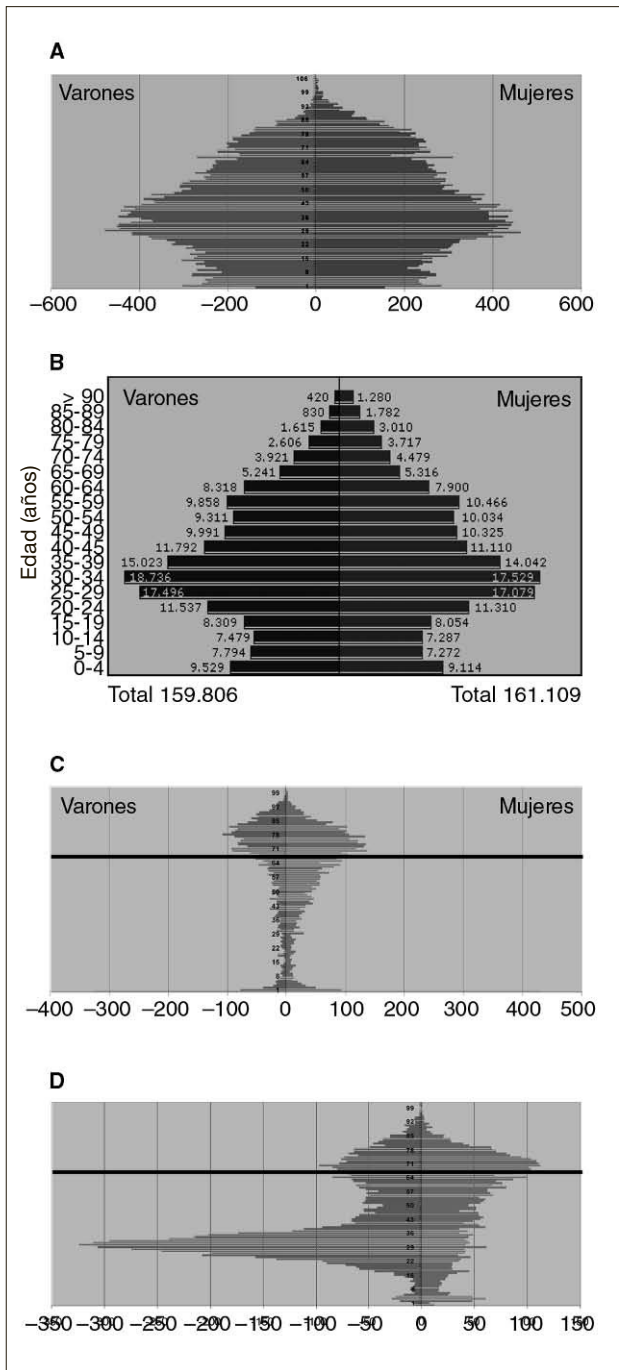
## LOS PRIMEROS AÑOS (1991-1997)

Cuando nos trasladamos desde el Hospital de Cruz Roja, el servicio de geriatría sufrió una merma considerable. En función de que veníamos a una zona de la Comunidad de Madrid “muy joven”, con una tasa de envejecimiento que no llegaba al 10%, se consideró que la estructura del servicio era excesiva para las necesidades de la nueva población que se debía atender y, por tanto, sus dimensiones se redujeron. ¿Cuándo aprenderán de una vez por todas las autoridades sanitarias que la necesidad de recursos sanitarios y su utilización no se distribuyen homogéneamente en los estratos de edad y que se concentran en los más mayores de la pirámide poblacional (fig. 1)? ¿Cuándo entenderán que la necesidad de atención sanitaria se concentra en los ancianos? Fuera ya de la discusión técnica, ampliamente resuelta a favor del desarrollo de dispositivos especializados de atención geriátrica (servicios de geriatría), no cabe sino esperar el momento en que la discriminación de los ancianos se considere una lacra social tan grave como la violencia de género y que, sin aspirar a que dé lugar a la creación de todo un ministerio, sí sea al menos objeto de una humilde y discreta dirección general.

En función del escaso envejecimiento de la población que se debía atender, los avispados planificadores de la

---

Correspondencia: Dr. L. Rodríguez Mañas.  
Servicio de Geriatría. Hospital Universitario de Getafe.  
Carretera de Toledo, Km 12,5. 28905 Getafe. Madrid. España.  
Correo electrónico: lrodriguez.hugf@salud.madrid.org



**Figura 1.** Distribución de la población en el área 11 de la Comunidad Valenciana (A) y el área 10 de la Comunidad de Madrid (B). Distribución por edades de los ingresos médicos (C) y quirúrgicos (D) en el Hospital de Alzira (hospital del área 11 de la Comunidad Valenciana).

época decidieron que con 10 camas de agudos (en un hospital con más de 600 camas) era suficiente, junto a una consulta externa, una atención domiciliar precaria (que se hacía en el automóvil particular de su responsable, el Dr. Pérez del Molino, y cuya gasolina se pagaba con el di-

nero que el servicio recaudaba en actividades docentes y de investigación; claro que “como era un capricho nuestro, el hospital no iba a pagárnoslo”) y una interconsulta, desbordada desde el primer día. Para atender todo eso, una plantilla de 5 geriatras (1 jefe de servicio y 4 adjuntos), que en algún caso llegó a considerarse incluso “excesiva”. Si mal no recuerdo, el servicio de geriatría fue el único de todos los servicios que se trasladaron desde la Cruz Roja, que disminuyó su plantilla. Claro, en el nuevo hospital no iba a haber ancianos, explicaban los sesudos planificadores. Pero llegó la realidad. Y el hospital se abrió. Y las camas empezaron a llenarse y ocuparse, ¿por quién? Aunque parezca increíble según lo que habían previsto los planificadores (que ya habíamos quedado que eran muy avispa-dos)... por ancianos.

Y acudimos a una segunda fase de planificación. Aumentaron muchas de las plantillas de los servicios del hospital con el fin de adaptarse a las “crecientes necesidades generadas por una demanda en expansión”. O algo así. Perdón, debía de haber dicho las plantillas de “otros” servicios del hospital. Porque la que no creció fue la de geriatría. A pesar de que la carga asistencial absolutamente inasumible era la de geriatría. Y eso que no atendíamos ni al 30% de los pacientes que se hubieran beneficiado de nuestra asistencia. Una vez más, hubimos de hacer frente con lo que había a las demandas de atención que los ancianos planteaban. Estirando la goma todo lo que era posible, conscientes de que no podíamos hacer muchas de las cosas que sabíamos positivamente que hubieran mejorado el pronóstico funcional de muchos de los pacientes que atendíamos y de los muchos más que ni siquiera llegábamos a conocer. Y esto en un medio que podíamos calificar de “diabético”. Igual que en el paciente con diabetes hay glucosa por todos lados, menos allí donde debe estar, en nuestro caso operábamos dentro de una escasez pavorosa de recursos junto a otros servicios donde los recursos, seguro que necesarios, estaban presentes. Aún recuerdo cómo, estando de guardia, miraba con auténtico arrobo la distribución de las guardias en un determinado servicio del hospital. Lo que me causaba admiración y, por qué no decirlo, sana envidia es que el listado de los médicos adscritos a ese servicio ¡no cabía en un solo folio, y era necesario poner dos para hacer la lista completa! Unos tanto y otros tan poco.

**LA ETAPA DE CONSOLIDACIÓN Y CRECIMIENTO (1998-2006)**

Pero, a veces, algo llega. Nunca todo, no vaya a ser que los geriatras nos acostumbremos a trabajar con cierta holgura. El primer aumento de plantilla llegó con la famosa Oferta Pública de Empleo (OPE). Casi sin querer, nos encontramos con uno (una) más, Julia Illán. Para compensar, el aumento de actividad creció de manera imparable, a la par que la población atendida era cada vez mayor y con

mayor grado de discapacidad. Se consolidó la actividad de la unidad de agudos, que por aquel entonces (1998) ya disponía de 30 camas y que posteriormente (2006) alcanzó su dimensión actual de 46 camas. Se desarrolló también la unidad de cuidados comunitarios, se consolidó el programa de interconsultas, inició su actividad el hospital de día, con el apoyo de la consulta externa ante la falta, una vez más, de dotación de especialista encargado específicamente de este nivel asistencial, y se diseñaron métodos que permitieran la derivación a unidades de recuperación funcional ubicadas en otros centros asistenciales y hospitales de la Comunidad de Madrid al no disponer en nuestro hospital de ese nivel asistencial.

La magnitud del esfuerzo realizado se resume en algunas de las cifras y datos que se detallan a continuación.

### El Hospital Universitario de Getafe

El Hospital Universitario de Getafe es un centro hospitalario público, dependiente de la Comunidad de Madrid, situado en la zona sur de Madrid. Según datos de la memoria del hospital del año 2006, dispone de 630 camas instaladas, 569 de ellas en funcionamiento. Cuenta con la gran mayoría de las especialidades sanitarias médico-quirúrgicas incluidas en la cartera de servicios de la Comunidad Autónoma de Madrid, excepto cirugía cardiovascular, cirugía maxilofacial, cirugía pediátrica, farmacología clínica y oncología radioterápica. Conviene recordar que los primeros 4 médicos del Grupo Relacionado de Diagnóstico (GRD) (541, 544, 127, 014) por UPH, que justifican el 12,7% del total, coinciden con los primeros GRD del Servicio de Geriátria.

### El servicio de geriatría. Ubicación y estructura

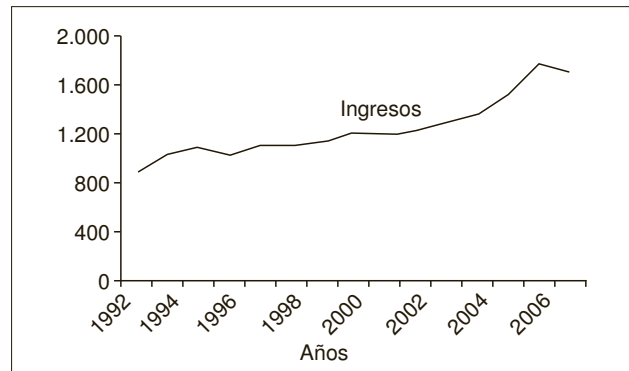
Toda la infraestructura del servicio se ubica dentro del Hospital Universitario de Getafe, y no hay dependencias en los centros de especialidades situados en el área.

Como ya se ha comentado, la presencia del servicio data desde la apertura del hospital, en el año 1991. Junto a la labor asistencial centrada en el propio servicio, se tiene participación en la actividad de urgencias a través de la realización de guardias médicas, en las actividades de calidad (con especial mención a la participación en comisiones clínicas) así como en las de docencia e investigación, como se detallará más adelante en los apartados correspondientes.

### Análisis histórico de la actividad asistencial

#### Unidad de agudos

Inicialmente dotada con 10 camas, fue aumentando su tamaño e intentando adaptarse a las demandas asistencia-

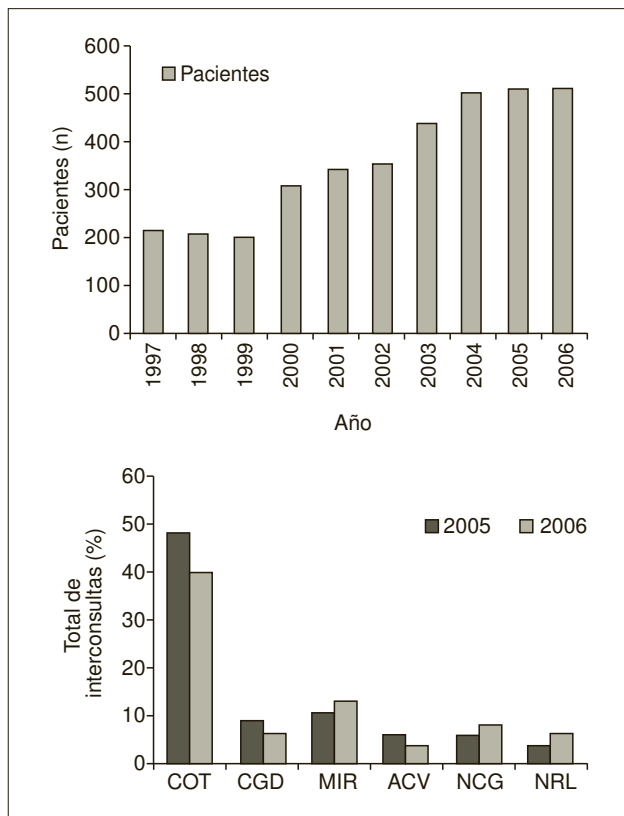


**Figura 2.** Número de ingresos de la unidad geriátrica de agudos.

les, pasando por 20, 35 y, en la actualidad, 46 camas. La procedencia de los pacientes es mayoritariamente el ingreso urgente. En nuestro caso esta modalidad de ingreso supone entre el 95-97% del total de ingresos. El número total de ingresos ha ido subiendo desde 1991 hasta la fecha, y se ha estabilizado en los últimos dos años alrededor de los 1.700 ingresos/año (fig. 2).

Durante estos años se han producido otros dos fenómenos: la edad media de los ingresos ha pasado de los 79 años (año 1992) a los casi 86 (85,98) con que se cerró en el año 2006. Junto a este aumento en la edad media de los pacientes ingresados, esperable en función del envejecimiento de la población y el incremento de población institucionalizada en residencias que se ha experimentado en el área en los últimos 5-10 años, se ha producido un deterioro marcado de la situación funcional previa al ingreso de los pacientes. De representar menos del 10% de los ingresos en 1992, han pasado a suponer el 30% en el año 2005, lo que en cifras absolutas supone pasar de menos de 90 pacientes ingresados con una mala situación funcional previa en 1992 a un total de 528 en 2005. En paralelo, se ha observado un aumento en el porcentaje de ingresos de pacientes provenientes de residencias, que han pasado del 12% en 2001 al 28% en 2005. Para evitar ingresos inadecuados (muy frecuentes en estos pacientes, más aún en ausencia de geriatras en la urgencia general), ha llevado a la puesta en marcha de un programa de prevención de ingresos inadecuados en geriatría, con muy buenos resultados.

Este aumento de la actividad se ha acompañado de una mejora progresiva de los indicadores de calidad, con especial mención a la estancia media. Partiendo de 12,2 días en 1992, se alcanzó un valle de 7,9 días en 2001, para luego repuntar levemente hasta los 8,7 días en 2004. En mayo de 2007, la estancia media se colocó en 8,28 días. En el año 2006, el servicio ahorró un total de 1.515 estancias, con unos índices funcionales y de *case-mix* levemente inferiores a 1 (0,91 y 0,89, respectivamente). Además, un reciente análisis del coste por proceso realizado en el hospital, sobre datos de 2006, ha puesto de manifiesto que el servicio que gestiona con un coste más bajo 3 de los 4



**Figura 3.** Número de pacientes consultados por otros servicios y procedencia (en distribución porcentual) de las interconsultas.

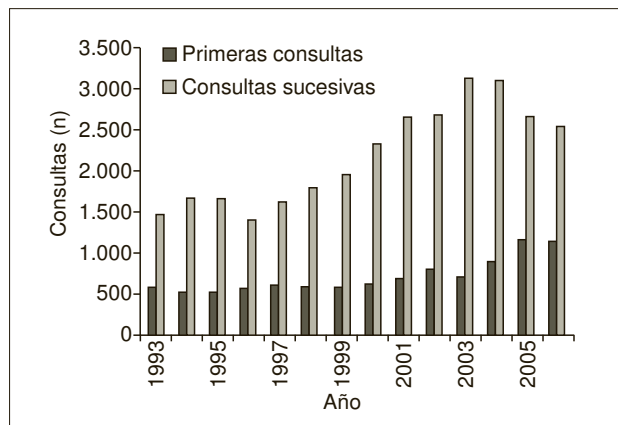
GRD con más peso en los pacientes médicos (GRD 541, 544 y 14), relacionados con la insuficiencia cardíaca y el accidente cerebrovascular, es el de geriatría. En el cuarto de los GRD analizados (541, infección respiratoria), geriatría ocupaba el segundo lugar en el análisis comparado de coste por proceso.

Respecto al perfil de diagnósticos atendidos, 6 GRD (541, 544, 127, 14, 101, 89) explican el 40% de la casuística del servicio. El peso medio ha variado desde 1,92 (en 2003) hasta 2,09 en 2006, lo que ilustra la alta complejidad de los pacientes atendidos por nuestro servicio.

### Interconsulta

Al igual que ha ocurrido con la unidad geriátrica de agudos, la actividad de la interconsulta se ha multiplicado durante estos años (fig. 3).

El número de actos médicos (días que se acude a atender al paciente/interconsulta) también se ha ido elevando progresivamente. En el año 2006 la media de visitas por paciente fue de 5,36, lo que supone cerca de 3.000 actos médicos/año en la actividad de interconsulta. La actividad de interconsulta incluye también la valoración de pacientes para su derivación a otros centros con fines rehabilita-



**Figura 4.** Evolución del número de primeras y sucesivas consultas.

dores o de cuidados de larga duración, tanto de otros servicios como del propio servicio de geriatría, al carecer nosotros de una unidad de recuperación funcional.

### Consulta externa

También la actividad de consulta externa ha ido incrementándose desde la apertura del hospital (fig. 4). En los últimos 3 años se ha producido una franca mejoría en uno de los tradicionales indicadores de calidad de la atención en consulta, el índice sucesivas/primeras consultas, que ha pasado de 4,38 en 2003 a 2,57 en 2006. Esta mejoría se consolidó en 2007, y quedó en 1,73. Hay que destacar que en pacientes crónicos, con alta comorbilidad y polifarmacia, lograr estos índices equivale a una muy alta capacidad de resolución y a una bien diseñada organización del circuito asistencial (gestión de casos).

La procedencia de los pacientes que atiende la consulta de geriatría es la habitual en estos servicios, y se reparten entre los procedentes de atención primaria (alrededor del 40%), los derivados desde otros niveles asistenciales del servicio de geriatría (cerca del 50%) y los procedentes de otros servicios. El porcentaje de ausencias había ido elevándose desde un 12 hasta un 21% (año 2006), si bien ha empezado a corregirse en 2007 (12%). La demora media para una primera consulta se encuentra actualmente en 17 días.

### Hospital de día

La actividad en este nivel asistencial se ha visto lastrada por una escasa dotación de recursos, tanto humanos como materiales. En la actualidad sus actividades se centran en rehabilitación, terapia ocupacional y valoración geriátrica integral de pacientes especialmente complejos que precisan un tiempo de evaluación superior al que habitualmen-

te está disponible en la consulta externa. Esporádicamente, se ha admitido a pacientes para seguimiento clínico postalta inestable.

Su nivel de actividad se ha mantenido estable desde su apertura, con un número de estancias anuales de 2.600-2.900, con un número medio de 11,46 estancias/paciente. Este valor de las estancias/paciente responde al perfil antes comentado del paciente que atiende nuestro hospital de día, centrado en la rehabilitación de funciones concretas a corto plazo. Anualmente se ha atendido a 226-253 pacientes.

### Unidad de cuidados comunitarios

Este nivel asistencial es el encargado de llevar a la práctica las necesarias tareas de coordinación entre el servicio de geriatría del hospital y los recursos, sanitarios (en particular, atención primaria) y sociales (residencias, centros de día, etc.) del área. Sus tareas incluyen la revisión de las altas de aquellos pacientes de la unidad de agudos que posteriormente precisarán seguimiento domiciliario, atención telefónica de interconsultas (de pacientes, cuidadores o personal sanitario), visitas a centros de salud (consultas y coordinación de casos), centros residenciales (apoyo a la infraestructura sanitaria de estos centros, si lo demandan), visitas domiciliarias a pacientes (bien junto al médico de familia responsable del paciente, o bien de manera independiente), valoración de necesidades nutricionales y reuniones de coordinación con los agentes (sanitarios y sociales) implicados en la atención a los ancianos en el área 10.

Su actividad asistencial, en continuo crecimiento desde que inició su actividad poco después de la apertura del hospital, incluye casi 1.000 visitas domiciliarias/año, 102 reuniones de coordinación de casos en centros de salud y 645 consultas telefónicas atendidas.

### Actividad docente e investigadora

Pero un servicio que quiera mantener su calidad asistencial no puede quedarse en la mera actividad clínica diaria. Así lo entendió el Dr. Guillén, quien promovió tanto las actividades docentes como las investigadoras. La participación del servicio de geriatría en estos dos aspectos es también destacada. Con un número de 4 residentes/año, para un total de 16 residentes de la especialidad que realizan sus labores de formación en diferentes partes del hospital (servicios de neurología, neumología, endocrinología y nutrición, reumatología, cardiología y radiología, además del de geriatría; actividad en urgencias como médicos de guardia y posteriormente en planta) y fuera del hospital (rotaciones en psicogeriatría, en unidades de recuperación funcional, unidades de paliativos), el servicio de geriatría es el principal formador de especialistas, excluyendo medicina de familia, del área.

Aunque de forma esporádica, no reglada, el servicio ha fomentado las estancias de nuestros residentes en centros de excelencia. En los últimos años, nuestros residentes han podido mejorar su formación, entre otros centros de excelencia, en la Universidad de McGill, en los NIH en el Johns Hopkins de Baltimore, en el St. Thomas de Londres, en el Policlínico Gemelli de Roma o en el Hospital de Toulouse, con figuras destacadas de la geriatría como los Prof. A. Sinclair, B. Vellas, R. Bernabei o J. Guralnik.

La responsabilidad de formar a un buen número de futuros especialistas se refleja, inevitablemente, en las abundantes actividades de formación. Además de las sesiones multidisciplinarias propias de las técnicas de trabajo de la especialidad, existen sesiones clínicas (1/semana), bibliográficas (1/semana) y monográficas sobre temas de interés en geriatría. Bajo la supervisión de un especialista, son los residentes los encargados de prepararlas y exponerlas. Además, siempre que se considera de interés, se apoya la asistencia de los residentes a cursos y actividades docentes que las sociedades científicas de la especialidad diseñan específicamente para ellos, así como a algunas actividades docentes patrocinadas por la industria farmacéutica.

Además, el servicio se ha implicado activamente en las tareas de organización de la docencia posgrado y de la formación continuada del hospital. El Dr. Guillén presidió la Comisión Local de Docencia durante muchos años. De hecho, fue la última responsabilidad a la que quiso renunciar hasta su jubilación. Otro miembro del servicio, el Dr. Roberto Petidier, desempeña tareas destacadas en la Comisión de Formación Continuada.

La actividad investigadora del servicio de geriatría se ha centrado en la patología cardiovascular, en especial en dos conocidos factores de riesgo como son la hipertensión arterial y la diabetes, y en el deterioro cognitivo. La línea de investigación sobre disfunción endotelial es una de las líneas oficiales de investigación del hospital y una de las más productivas, medidas tanto en términos de captación de financiación a través de fuentes públicas (FIS, Ministerio de Educación, comunidad autónoma, Unión Europea) y privadas (sociedades científicas y fundaciones, contratos de investigación con la industria, ensayos clínicos) como de producción científica (publicaciones originales con un factor de impacto acumulado en los últimos 5 años de 64, varias monografías y libros, participación en grupos de consenso, etc.).

Al igual que ocurre en el campo de la docencia, el servicio se ha implicado en aspectos de organización y desarrollo de la actividad investigadora en el hospital y en otros ámbitos de la organización sanitaria y de investigación a nivel autonómico y nacional. Quien suscribe estas líneas preside el Comité de Investigación del Hospital, ha dirigido la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital de Getafe, es miembro activo de varios grupos de trabajo en la Agencia Laín Entralgo de la Consejería de Sanidad de la CAM, preside la subcomisión de evaluación ex-post del Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de

Sanidad y Consumo, y coordina la Red Temática de Investigación Cooperativa sobre Envejecimiento y Fragilidad del Instituto de Salud Carlos III.

Toda esta actividad la han realizado los actuales componentes del servicio de geriatría, a los que me siento en la gustosa obligación, por ser de justicia, de agradecer su esfuerzo y dedicación a la tarea. Los Dres. Torres, Illán, Manzarbeitia, Petidier, Bartolomé, Castro, Alonso y Casas comparten ahora la responsabilidad de sacar adelante el Servicio de Geriatría del Hospital Universitario de Getafe, junto a los residentes, enfermeras, auxiliares, terapeutas ocupacionales y personal administrativo que en él trabajan. Todos nos formamos con el Dr. Guillén. Como lo hicieron más de 140 especialistas repartidos por medio mundo. Y todos estamos empeñados en afianzar, conti-

nuar y mejorar la tarea en la que él tanto trabajó. Paco, descansa en paz.

## BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Manton KG, Gu X, Lamb VL. Change in chronic disability from 1982 to 2004/2005 as measured by long-term changes in function and health in the U.S. elderly population. *PNAS*. 2006;103:18374-9.
- OECD. OECD Health Working Papers N.º 26. Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications. March, 2007. DELSA/HEA/WD/HWP(2007).
- Primera Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España, Madrid 14-15 de Junio de 2007. Libro de resúmenes. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Strandberg TE, Pitkälä KH. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2007; 369:1328-9.