



## EDITORIAL

## La difícil entrada de la geriatría en el pregrado de medicina

### The difficulty in taking geriatrics in pre-graduate medicine

José Manuel Ribera Casado

Servicio de Geriatría, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

La entrada en la geriatría de forma generalizada en las Facultades de Medicina de la Universidad española está resultando extraordinariamente difícil. Mucho más de lo que ha venido ocurriendo en otros países de nuestro entorno y más, también, de lo que cabría pensar hace 20 años, cuando desde la administración central se generaron las directrices que deberían configurar el currículo del pregrado médico en España y, en ese contexto, se mencionaba de forma expresa a la geriatría en dos de sus apartados<sup>1</sup>.

La primera cátedra de geriatría se estableció en la Universidad de Glasgow en 1965 y su primer titular fue Sir William Ferguson Anderson. El ejemplo cundió y a lo largo de los años 70 la mayoría de las facultades de medicina británicas disponían de un programa de enseñanza reglada con profesorado específico al máximo nivel<sup>2</sup>. En 1976 la *British Medical Association* recomendaba que cada facultad de medicina dispusiera de una unidad académica de geriatría para «proporcionar una enseñanza autorizada pre y postgraduada sobre los problemas clínicos del anciano, así como sobre algunos conocimientos de gerontología y sobre las estructuras administrativas que se ocupan de los servicios sociales para el anciano»<sup>3</sup>. En consecuencia, a principios de los años ochenta esta enseñanza estaba programada en el pregrado en 28 de las 30 facultades británicas, en 14 casos con departamento académico específico<sup>4</sup>.

Durante los años 70 y 80 muchas universidades europeas introdujeron la geriatría en su programa médico curricular y crearon las correspondientes cátedras. Ello ocurrió incluso en algunos países que, como Francia, no tenían aún oficialmente reconocida la especialidad. En Suecia la primera cátedra se creó en Upsala a finales de los 60, en Göteborg lo fue en los 70, e, inmediatamente, en las demás facultades del país. Algo parecido ocurrió en los otros países escandinavos, poco después en Italia, donde casi todas las facultades de medicina han llegado a disponer de un docente en geriatría con el máximo rango académico, y, en menor medida en otros países europeos como Francia, Alemania, Bélgica, Holanda y Suiza. También en algunos otros del este europeo. En 1995, durante la presidencia francesa de la Unión Europea se celebró un intenso seminario en París en orden a conocer la realidad europea en este terreno y a coordinar políticas educativas comunes<sup>5,6</sup>.

En Estados Unidos el Congreso denunció en 1976 la ausencia de estudios geriátricos, algo que calificó como muy grave teniendo en cuenta el envejecimiento progresivo de la población. Por ello en 1978 la Academia Nacional de Ciencias, a través de su Instituto de Medicina, recomendaba fortalecer las enseñanzas relacionadas con el envejecimiento a nivel del pre y postgrado de medicina, y crear departamentos académicos de geriatría. En 1984 el Departamento de Salud y recursos humanos estimaba que en 1990 serían necesarios no menos de 600 docentes de geriatría en las escuelas médicas de los Estados Unidos y que esta proporción se elevaría a 1.300 en el año 2000<sup>7</sup>. La primera cátedra de la especialidad en aquel país se estableció en Cornell en 1977. Inmediatamente otras universidades siguieron su ejemplo. En 1994 tuvo lugar una conferencia promovida por la Asociación de Profesores de Geriatría de los Estados Unidos, a la que nos añadimos algunos europeos, dedicada a conocer, discutir y programar la enseñanza de la geriatría durante el pregrado de medicina en aquel país<sup>8</sup>. En otras partes del mundo como Canadá, Israel y algunos países de América Latina, Asia u Oceanía la trayectoria ha sido equivalente.

En España entrar en la Universidad ha supuesto y supone un capítulo tardío, incompleto y muy complicado. Eso a pesar de los cursos de postgrado del Prof. Beltrán Báguena en la Facultad de Medicina de Valencia, pioneros en Europa en este terreno, entre los años 1946 y 1952. Durante la segunda mitad del siglo xx la presencia de la geriatría en las facultades de medicina ha sido poco menos que simbólica y siempre ligada al esfuerzo de algunos docentes, francotiradores que han introducido en sus facultades contenidos específicos en programas de patología general, anatomía patológica médica o en disciplinas menos clínicas como la fisiología, la medicina preventiva y epidemiología o la psiquiatría.

Las demandas históricas para que este objetivo se cumpliera han sido múltiples. La propia SEGG, desde sus primeros congresos siempre incorporaba entre las conclusiones esta petición<sup>9</sup>. Sus distintas Juntas Directivas también lo han hecho repetidamente. Las autoridades educativas han recibido siempre información sobre lo que ocurría en otros países europeos. También de las recomendaciones de organismos supranacionales como la IAG, la OMS o incluso la propia ONU que recogía esta aspiración en 1981 en la Asamblea Mundial del Envejecimiento de Viena. Yo mismo he escrito sobre el tema con frecuencia resumiendo argumentos y analizando cada vez la situación<sup>10-14</sup>.

Correo electrónico: [jribera.hcsc@salud.madrid.org](mailto:jribera.hcsc@salud.madrid.org)

En la «oficialización» ministerial de 1990<sup>1</sup> las posibilidades de aplicación se dejaban tan abiertas que solo algunas facultades y de manera muy lenta se han tomado en serio el tema. Hubo que esperar hasta 1999 para que alguna facultad de medicina española, la Complutense, estrenase una cátedra con la denominación de Geriatria. Si analizamos el devenir de los acontecimientos durante estas últimas dos décadas la palabra más adecuada es la de inmovilidad. Algo se ha avanzado, pero las iniciativas siguen sin ser universales, muy diversas en cuanto a extensión y contenidos y dependientes en gran medida del voluntarismo entusiasta de algunas personas<sup>15</sup>. Es cierto que, de manera inconstante y muy parcelada, ha aumentado el número de profesores no numerarios de geriatría (asociados), pero también lo es que a día de hoy ninguna otra facultad ha incorporado un solo profesor numerario específico de la especialidad.

No merece la pena lamentarse. Debemos mirar hacia delante y asumir la cuota de culpa que nos pueda corresponder. En el fondo hablar de estas cuestiones es hacerlo de programas y de docentes. En ello nos deberemos centrar. También en presionar como se pueda para que allá donde no exista se incorpore esta enseñanza y en donde esté introducida se mejoran las condiciones de programa y profesorado. Habrá que ser imaginativos y aprender de los problemas surgidos en otros países<sup>16,17</sup>. También, si llega el caso, estar abiertos a colaboraciones con otros especialistas<sup>18</sup>.

Con respecto a los programas, las diferencias actuales son enormes. Van desde su total ausencia hasta cuestiones como la extensión, obligatoriedad o no, formación práctica, ubicación en la carrera y sobre todo, contenidos. Debemos hacer un esfuerzo por lograr un «Core currículum» común, aunque, la aplicación del mismo, se pueda adaptar a cada sitio en concreto. Disponemos de bases sólidas para ello. Diferentes organismos europeos han desarrollado iniciativas para enseñar y difundir conocimientos geriátricos en las facultades médicas de la Unión Europea<sup>15</sup>. Entre ellos la sección clínica de la Región Europea de la IAGG (IAGG-ER). También el órgano asesor de la Unión Europea conocido como EUMS (*European Union Medical Specialist*), a través de su rama de geriatría, así como la EUGMS (*European Union Geriatric Medicine Society*). Incluso la Academia Europea de Yuste, una fundación bien próxima, que, a través de diferentes reuniones de expertos, ha elaborado desde los años noventa recomendaciones y guías de actuación sobre los contenidos curriculares para el pregrado de medicina<sup>19</sup>.

Más complicado puede resultar conseguir vocaciones docentes que logren hacerse un hueco en las diferentes facultades. Nos falta tradición y nos sobra competencia con otras muchas especialidades, nuevas y antiguas, que también buscan su sitio. Tampoco abundan currículos personales suficientemente competitivos para poder luchar por un espacio. Sin embargo, hay que intentarlo. Para ello son necesarios varios requisitos. El primero mejorar nuestro nivel colectivo en el campo de la investigación y como fruto de ello publicar en revistas de prestigio reconocido. El segundo ampliar la base de potenciales docentes. Ello aunque en una primera fase lo sean como asociados o contratados y centrados en otras disciplinas también interesadas en la geriatría, como pueden ser las antiguas diplomaturas de enfermería, terapia ocupacional, nutrición o podología. Es un logro posible y hay que ponerse a ello. En tercer lugar, de forma paralela, conviene entrenarse, adquirir experiencia docente a través de los medios que uno pueda tener a su alcance, cursos de metodología docente o de formación continuada, etc. En Europa una entidad de gran prestigio como la EAMA (*European*

*Academy of Medicine for Aging*) organiza desde 1996 seminarios muy intensos y de alto nivel dedicados, específicamente, a formar futuros profesores y académicos en geriatría para los diferentes países europeos<sup>20</sup>. Más modestamente en España la propia SEGG y la ESFAG (Escuela Superior de Formación Académica en Geriatría) también organizan actividades de este tipo. Por último, desde una perspectiva estratégica, se hace necesario analizar las condiciones locales de cada facultad en concreto, buscar resquicios, indagar posibles apoyos y colaboraciones, ofrecerse siempre y estar atento ante las oportunidades que, eventualmente, puedan surgir.

Nada de lo anterior tendrá sentido si no se dan dos condiciones previas indispensables. La primera es creer en lo que uno hace. Sentir el gusto por la especialidad convencidos de que transmitir sus contenidos es una de las misiones profesionales más bonitas a que se puede aspirar. La segunda gira en torno a la palabra constancia. Nada nos va a resultar gratis y el desaliento es el peor consejero para una aventura intelectual de este tipo. En el fondo se trata de asumir y hacer propio aquel mensaje tan utópico como certero que nos recuerda que «solo el que ve lo invisible puede hacer realidad lo imposible».

## Bibliografía

1. Real Decreto 1417/1990. Ministerio de Educación y Ciencia. Directrices generales propias de los planes de estudio conducentes a la obtención del título de licenciado en medicina. BOE 1990. p. 34343-9.
2. Hubbard RE. Education in Geriatric Medicine. En: Fillit HM, Rockwood K, Woodhouse K, editores. Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. Filadelfia: Saunders Elsevier; 2010. p. 1032-7.
3. British Medical Association Board of Services and Education Report of the working party on services for the elderly. London British Medical Association. 1976.
4. Scout RW. Teaching gerontology and geriatric medicine. *Age&Ageing*. 1985;14 Suppl:S1-36.
5. Ministère du travail et des Affaires Sociales. Role of Geriatrics/Gerontology in the training and practice of physicians in Europe. París, 1995.
6. Ribera Casado JM. Papel de la Geriatría y de la Gerontología en la formación y en la práctica de los médicos en Europa. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1995;30:104-6.
7. National Institute of Aging: Report on Education and Training in Geriatrics and Gerontology. February, 1986.
8. Hazzard WR. Geriatrics curriculum development conference and initiative (proceedings of a conference). *Am J Med*. 1994;97:550-60.
9. Jiménez Herrero F. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología: medio siglo de Congresos y Reuniones Nacionales (1950-2000). Barcelona: Glosa ediciones; 2001.
10. Ribera Casado JM. Aprender geriatría para el año 2000 (Editorial). *Rev Clin Esp*. 1988;182:295-6.
11. Ribera Casado JM. La geriatría en el nuevo plan de estudios de medicina (editorial). *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1991;26:1-2.
12. Ribera Casado JM. La enseñanza de la geriatría en España. *Trib Med*. 1993;29:15.
13. Ribera Casado JM. Enseñanza de la geriatría en el pregrado. Algunos interrogantes (editorial). *An Med Intern (Madrid)*. 1995;12:417-9.
14. Ribera Casado JM. Enseñanza de la geriatría en el pregrado. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2005;40:265-8.
15. Cruz-Jentoft AJ, Knight PV. Geriatrics from the European Union perspective. En: Pathy J, Sinclair A, Morley JE, editores. Principles and Practice of Geriatric Medicine. 4<sup>ed</sup> Chichester: Wiley & Sons; 2006. p. 1977-82.
16. Lally F, Crome P. Undergraduate training in geriatric medicine: getting it right. *Age&Ageing*. 2007;36:366-8.
17. Warshaw GA, Bragg EJ, Brewer DE, Meganathan K, Ho M. The development of Academic Geriatric Medicine: Progress toward preparing the nation's physicians to care for an aging population. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55:2075-82.
18. Williams BC, Weber V, Babboll SF, et al. Faculty development for the 21<sup>st</sup> century: lessons from the society of General Internal Medicine-Hartford collaborative centers for the care of older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55:941-7.
19. Vega JL, Macías-Núñez JF, Millard P, Vellas B, Moulias R, Passeri M, et al. Declaration of Yuste. *Age and Ageing*. 1999;28:236-8.
20. Swine C, Michel JP, Duursma S, Evans JG, Staehelin H. Evaluation of the European Academy for Medicine of Ageing "teaching the teachers" program (EAMA course II 1997-1998). *J Nutr Health Aging*. 2004;8:181-6.