

GERIATRÍA Y ASISTENCIA GERIÁTRICA EN MADRID. RECUERDO Y REFLEXIÓN

(XVII Congreso de la Sociedad Madrileña de Geriatria y Grontología)

José Manuel Ribera Casado
(20.octubre.2016)

1.- Madrid y los madrileños en la “prehistoria” de la geriatría.

La vinculación de Madrid con la geriatría es muy antigua. Si acudimos a la historia podemos ver que ya en los inicios del siglo XX un personaje singular, polifacético y comprometido con la sociedad de su tiempo, como lo fue el médico D. Amalio Gimeno, estuvo directamente interesado en el tema del envejecimiento y escribió repetidas veces sobre ello. Como muestra su discurso de ingreso en la Real Academia Nacional de Medicina (RANM) en el año 1910, con un título tan sugerente como “La lucha contra la vejez”. D. Amalio, que llegó a presidir la RANM, es más conocido por otras actividades como su vinculación al mundo de la política. Fue ministro en varias ocasiones durante el primer tercio del siglo XX. Como titular del Ministro de Instrucción Pública firmó, en el año 1908, el decreto de creación de la Junta para la Ampliación de Estudios, la institución que, presidida por Cajal hasta 1934, contribuyó de manera más importante al despegue intelectual y cultural del país, muy especialmente en el campo de la salud. Su interés por nuestra especialidad lo corroboran las numerosas publicaciones al respecto incorporadas a su biblioteca personal que se conserva hoy en la RANM. Entre ellas figuran varios libros de Metchnikoff en sus versiones originales.

Más adelante, ya en los años cuarenta, en la frontera temporal con el nacimiento de la SEGG, hay que citar otros nombres importantes en el contexto de la geriatría madrileña. Uno de ellos, nada menos que el de D. Gregorio Marañón, quizás, junto con Jiménez Díaz, el médico más reconocido de su tiempo. Marañón se había sumado desde el primer día a la iniciativa del Prf. Beltrán Báguena en orden a crear una sociedad específica de la especialidad. Promovió, a partir de 1949, unas jornadas anuales con el título de “Semanas geriátricas” que, incluso, fueron editadas en forma de libro al menos en su primera experiencia. En este proyecto colaboró lo más granado de la medicina madrileña de la época. También lo hizo como alumno alguien que posteriormente jugaría un papel primordial en la geriatría española, Fernando Jiménez Herrero.

En este contexto temporal es obligada una referencia al nacimiento de la SEGG ya que, aunque se trataba de una iniciativa de ámbito nacional, su fundación, en mayo de 1948, tuvo lugar en Madrid. En su primera junta directiva aparecen nombres de médicos madrileños ilustres, especialistas procedentes de otros campos pero con interés por la geriatría, como pueden ser los de Francisco Vega Díaz, Francisco Grande Covián o José Luis Álvarez Sala. También eran madrileños bastantes de los que aparecen como fundadores en la primera lista de socios, En Madrid quedó fijada la sede social de la SEGG y en una editorial madrileña, Garsi, se ubicará años más tarde, ya en los sesenta y durante tres décadas la Revista Española de Geriatría y Gerontología.

Durante los años cincuenta el gobierno de la nación, a través de un miembro cualificado de la SEGG, el Prf Gonzalo Piédrola Gil, y del Dr. Palanca, director general de sanidad, intentó la puesta en marcha de un plan gerontológico nacional centrado en lo que llamaban “dispensarios”, uno de cuyos puntos geográficos de referencia sería Madrid. Aquello tuvo poco recorrido. Sin embargo, si lo tuvo la inauguración en 1951 de lo que se llamó “Gran Residencia de Ancianos de Carabanchel” con más de 500 plazas y una dotación personal y material sorprendente para esos momentos. Este centro se convirtió en referencia para otras varias residencias de carácter público inauguradas en nuestra Comunidad durante las décadas siguientes.

Otra figura importante de aquellos momentos fue la del Dr. Carlos Blanco Soler, uno de los firmantes en el acta constitucional de la SEGG y persona muy vinculada con sectores influyentes de la sociedad madrileña. Blanco Soler, junto al Dr. Zubizarreta, consiguió que lo que era un sencillo dispensario geriátrico pasase a ser en 1953 una sección de geriatría dentro del Hospital Central de la Cruz Roja. En su currículo figura también haber sido académico de número de la RANM con un discurso de ingreso en esta institución en 1961 titulado “Vejez, envejecimiento y la llamada lucha contra la vejez”. Con Blanco Soler cabe decir que abandonamos la prehistoria para situarnos ya de lleno en la historia de la geriatría madrileña, al menos en los campos institucionales y organizativos

2.- Primeros intentos de desarrollo geriátrico institucional. La Cruz Roja epicentro de la geriatría madrileña y española

La entrada de la geriatría durante los años cincuenta en el ámbito asistencial de la Cruz Roja marcó un hito. Se trataba de una entidad cuyo principal centro de referencia, el hospital madrileño de “San José y Santa

Adela”, se encontraba entonces entre lo más puntero del desarrollo hospitalario del país. En aquellos momentos todavía no se había diseñado la red de hospitales de la seguridad social y tan sólo aparecían con unos niveles de actividad hospitalaria bastante irregulares, anárquicos, y más bien pobres en cuanto a medios y rendimiento, los hospitales clínicos, algunos provinciales o del ejército, y muy escasas entidades privadas como pudiera ser en el caso de Madrid la Clínica de la Concepción. Ninguno de ellos, quizás con la excepción de este último, se aproximaba a lo que hoy – y entonces- cabría calificar como un hospital general de primer nivel. Había también dispersos por el país, también en Madrid, algunos hospitales monográficos (antituberculosos, psiquiátricos, leproserías, infantiles, etc.) que, en algunos casos, en los años posteriores, pasarían a formar parte del engranaje asistencial geriátrico de la red pública de nuestra Comunidad.

La geriatría de la Cruz Roja desempeñó un papel fundamental. En torno a la figura del Dr. Alberto Salgado quién había sustituido a Blanco Soler tras la muerte de éste y con el apoyo de un importante grupo de colaboradores, entre los que destacó pronto la figura de Francisco Guillén, se constituyó en centro de referencia indiscutible de la geriatría madrileña y española, durante al menos dos décadas. Lo fue en el plano organizativo, copiando el exitoso modelo asistencial británico, e instaurando y desarrollando los diversos niveles asistenciales correspondientes, También en el plano conceptual. Por primera vez se otorgó protagonismo a otras profesiones sanitarias ajenas al médico, como pudieran ser la enfermería, el trabajo social, la rehabilitación o la terapia ocupacional. Nació allí el primer esbozo de equipo interdisciplinar. Lo fue también en cuanto a la docencia del postgrado con cursos periódicos de reciclaje que, para muchos profesionales, madrileños o no, constituyeron su bautismo geriátrico. En menor medida se inauguró igualmente una incipiente actividad investigadora, que permitió, por ejemplo, establecer escalas autóctonas de valoración funcional física y mental. Desde 1971 la sección pasó a ser servicio hospitalario con plena autonomía y un alto grado de desarrollo y, una vez oficializada la especialidad de geriatría en el marco legal del Ministerio de Educación en 1978, se abrió la puerta a la formación de residentes por la vía MIR.

El papel de la Cruz Roja durante esos años fue mucho más allá del propio centro que le servía de referencia hasta convertir a sus responsables más cualificados en interlocutores de hecho con la administración. Ello fue posible merced a que profesionales de Cruz Roja ocuparon –y casi coparon- las sucesivas juntas directivas de la SEGG y, más delante de la Comisión Nacional de la Especialidad, demostrando en todo momento una capacidad de trabajo y un entusiasmo encomiable, cuyo mayor logro fue,

posiblemente, como queda dicho el reconocimiento oficial de la especialidad en 1978 y con ello la entrada en el sistema MIR.

Cruz Roja fue, también, en aquellos momentos foco de llamada para los pocos profesionales interesados en la especialidad que ejercían fuera del ámbito oficial de la institución, especialmente para quienes lo hacían en el medio residencial o, algunos –pocos-, en el ámbito privado. También empezó a serlo para muchos profesionales de la atención a la persona mayor procedentes de titulaciones distintas de la de medicina. Cabría asegurar que en esos años en Madrid la imagen de la geriatría iba unida de manera indisoluble a la de la Cruz Roja. Fuera de ese contexto apenas cabría citar algunos nombres de entusiastas aislados, como el del Prf. Miquel Mari en el ámbito académico de la Complutense, el del Dr. Flores Tascón y su pequeño grupo de colaboradores y, tal vez, el de algún que otro francotirador en el mundo de las residencias, en el de la medicina militar o en el ámbito rural. Sin el esfuerzo que representó el grupo dirigido por los Drs. Salgado y Guillén es muy probable que hoy no pudiéramos hablar de geriatría en Madrid ni, quizás, en España.

3.- La experiencia del Hospital Clínico: Rompiendo fronteras

La inauguración en 1984 de una sección de geriatría, que se convertiría en servicio autónomo poco después, en 1987, dentro del madrileño Hospital Clínico San Carlos representó otro salto cualitativo. La historia de su puesta en marcha, de las dificultades internas y externas para su consolidación y, en general, de las vivencias más o menos detalladas durante sus primeros 25 años de vida la he descrito en otro lugar, se encuentra al alcance de cualquiera que desee consultarla, y no la voy a repetir aquí. Sí me detendré en enunciar y comentar de forma esquemática algunas de las razones que justifican a mi juicio poder hablar de un salto cualitativo.

Pienso que lo fue, en primer lugar, porque la introducción de la Geriatría en el Clínico rompía el gueto. Abría un corsé históricamente muy positivo pero cerrado y tradicional, que la experiencia había mostrado como poco flexible y muy difícil de forzar. Alentaba el desarrollo de horizontes nuevos en otros ámbitos sanitarios. Representaba la incorporación por primera vez de la especialidad a un hospital terciario dentro del sistema nacional de salud. Y lo hacía en un hospital, grande, bien dotado, tradicional y puntero, con un prestigio reconocido, abierto al ciudadano de cualquier condición dentro del sector público y ajeno al mundo cerrado y en gran medida desvinculado de este mismo sector público que representaba la Cruz Roja.

Generaba perspectivas no exploradas hasta entonces y permitía pensar en que, a partir de ese momento, podría tener lugar una eclosión en forma de posible expansión generalizada de la geriatría en el marco del sistema hospitalario español y, más concretamente, en el madrileño

Junto a ello suponía traspasar igualmente el carácter monolítico de la especialidad en cuanto a eventuales modelos organizativos y de actuación. Facilitaba una apertura operativa y doctrinal que cabría considerar como enriquecedora dentro del panorama geriátrico de nuestro entorno. Una de las consecuencias inmediatas, no buscadas, de este fenómeno fue la de abrir una sana competencia científica y profesional intercentros dentro de la especialidad. Una competencia potenciada, además, por el hecho de asumir ambos hospitales –en el caso del Clínico desde 1987- el reconocimiento oficial para la formación de especialistas por la vía MIR.

Una tercera ventaja se derivaba del carácter universitario del propio Clínico. Se abría una puerta, antes inexistente y siempre difícil, para la entrada de la especialidad en la universidad a través del hospital madrileño con mayor arraigo histórico y mejor tradición docente. Su alcance en el mundo de la docencia sanitaria madrileña traspasaba los límites de la carrera de medicina y abarcaba tanto las enseñanzas del pregrado como las del postgrado. Este hecho suponía algo así como poner una pica en Flandes en relación con todo lo que representaba el pasado más reciente. Facilitaba la entrada en los planes de enseñanza pregraduada en medicina, en enfermería y poco después en terapia ocupacional y en nutrición. También la posibilidad de organizar un programa autónomo de doctorado en medicina orientado de manera específica a la geriatría. Y, junto a ello, la de desarrollar numerosas actividades regladas en el campo del postgrado y la capacidad para multiplicar eventos orientados a la formación continuada bajo el paraguas de la Complutense. En poco tiempo se conseguiría que el boletín oficial del estado incorporase las palabras geriatría y gerontología en el diseño de los planes de estudio médicos y, en paralelo, que empezasen a aparecer tesis doctorales centradas en estos mismos temas. Con ello se abría también la puerta en un terreno, el de la investigación clínica y en menor medida en la básica, que hasta entonces apenas había sido explorado

En definitiva en pocos años todo lo descrito en los párrafos precedentes supuso una especie de acelerón y fomentó el interés por los temas relacionados con la geriatría tanto en el mundo sanitario como en el contexto general de la sociedad. Además de los beneficios directos evidentes para el desarrollo de la especialidad, se ampliaba de manera espectacular la base de reconocimiento social de la geriatría dentro del marco social y ciudadano de nuestra Comunidad, cuya consecuencia más

evidente era facilitar el desarrollo de la misma. Las publicaciones de carácter formativo y divulgativo, así como los cursos, simposios, jornadas, congresos y, en general, cualquier forma de actividad docente se multiplicaron de manera llamativa a partir de la segunda mitad de los años ochenta. También crecieron los contactos y proyectos internacionales de todo tipo; algo que hasta entonces había estado bastante limitado a algunos países de Latinoamérica. El nuevo panorama de la geriatría madrileña potenciaba y establecía un marco de relaciones científicas mucho más abierto y plural que incorporaba a Europa y a los Estados Unidos. La celebración por primera vez de un congreso oficial europeo de la IAG en la propia sede de la facultad de medicina de la UCM en 1991 puede ser un buen botón de muestra.

4.- Nacimiento y desarrollo de la Sociedad Madrileña de Geriatría y Gerontología

Durante los años ochenta, al hilo de la recién estrenada democracia y del desarrollo del llamado “estado de las autonomías”, tuvo lugar un impulso en todas las esferas de la vida tanto política como social, cultural e incluso científica por potenciar y desarrollar lo autóctono. Este fenómeno alcanzó a instituciones de todo tipo incluidas las vinculadas al mundo de la geriatría. Al hilo de ello pronto surgieron algunas sociedades científicas autonómicas de geriatría y gerontología. Entre las primeras la andaluza o la catalana. Otras lo hicieron algo después, en ocasiones merced a un desdoblamiento de la situación anterior y casi siempre condicionadas por las fronteras geográficas de la respectiva comunidad. Así ocurrió con las sociedades multirregionales preexistentes como fue el caso de las inicialmente llamadas “sociedad del norte” o de la “sociedad levantina” que desaparecieron en cuanto tal para dejar paso a las nuevas sociedades delimitadas por las fronteras de cada autonomía específica. En todo caso, se trató de un fenómeno colectivo y universal que ha pervivido con éxito desde entonces en la mayor parte de los casos y que, en su momento, requirió tiempo, discusiones e ingenio para su armonización dentro del marco estatal que representaba la SEGG.

Con respecto a nuestra Comunidad, paradójicamente, pesaba de manera negativa el hecho de ser Madrid el lugar donde se encontraba la sede de la SEGG, así como el de ser madrileños, al menos desde una perspectiva profesional, buena parte de los sucesivos componentes de las juntas de gobierno de la sociedad estatal, al igual que una mayoría de miembros de la propia Comisión Nacional de la Especialidad de Geriatría surgida a finales de los 70. Sin embargo, aunque de forma más tardía, más discreta y quizás

con menos entusiasmo por lo “autonómico” que en otros lugares, también llegó al momento en el que se constituyó de manera oficial una “Sociedad Madrileña de Geriátrica y Gerontología” (SMGG).

Esto ocurrió, finalmente, en 1986 por iniciativa de un grupo entusiasta presidido por la Dra. Rosario Padilla. Los locales de la editorial Garsi fueron su sede social en aquellos momentos. Inicialmente el número de socios era muy escaso, apenas unas pocas decenas. Yo presumo de haber sido uno de los firmantes del acta fundacional. De acuerdo con el criterio mantenido en los apartados anteriores también en éste me voy a limitar a destacar algunos brochazos de la que considero han sido las líneas centrales que han marcado el devenir de la SMGG en sus 30 años de vida. Antes de entrar en ello y como un tributo de justicia recordaré con agradecimiento los nombres de quienes han presidido la SMGG desde su constitución. Serían tras, Charo Padilla, Pilar Serrano, Primitivo Ramos y Juan Ignacio González Montalvo. Habría que añadir otros muchos nombres de profesionales comprometidos que han ocupado puestos de responsabilidad en las sucesivas juntas directivas o que han asumido protagonismo en alguna de las muchas actividades llevadas a cabo a lo largo del tiempo, pero ello no cabe en este resumen.

El primer rasgo que querría destacar es de carácter negativo y tiene que ver con la indiferencia, cuando no el rechazo franco, con el que muchos profesionales de cierto relieve dentro de la geriatría madrileña acogieron el nacimiento de la sociedad autonómica y, en consecuencia, pasaron de incorporarse como socios. Si expusiese aquí los nombres de los ausentes en aquellos primeros años podría verse que algunos son muy significativos. La sombra de la sociedad estatal, ubicada también en Madrid, era muy amplia y aunque, obviamente, resultaba perfectamente compatible el trabajo –o, al menos, la presencia testimonial- en ambas entidades, hubo bastantes profesionales –sobre todo médicos- que dejaron de lado a la sociedad autonómica. Peor aún, en gran medida lo siguen haciendo,.

Una consecuencia directa de esta actitud de desapego fue que dentro de las primeras listas de socios de la SMGG no abundase la representación médica. En términos relativos y en contraposición con lo que ocurría en la sociedad estatal la presencia de médicos era mucho menor que la de otras profesiones sanitarias o que la de socios procedentes de ámbitos vinculados a los problemas sociales del anciano. Profesionales que trabajaban en “eso” que mucha gente contrapone a la geriatría de manera inapropiada, a lo que denominan “gerontología”. Valga como inciso recordar siempre que la “gerontología” es el todo y que en su globalización incorpora a la propia geriatría. Quede este tema para otro día. La mayor parte de los socios

médicos inscritos procedía de puestos laborales ajenos al mundo del hospital, médicos de residencias, rurales, funcionarios de la administración, etc .

Este fenómeno ha marcado, a mi juicio, durante muchos años lo que ha sido la actividad de la propia SMGG. Lo ha marcado por diferentes vías. Quizás la más importante es aquella que, siempre a mi juicio, ha condicionado una tendencia de la SMGG, al menos hasta hace muy poco tiempo, a permanecer ajena y poco comprometida en todo lo concerniente al mundo de las administraciones autonómicas, sanitarias o de otro tipo. No ya sólo de las estatales, sino también, con frecuencia, a los problemas y tensiones enraizados en las administraciones autonómicas. Cuando surgía algún escollo o se requería de alguna iniciativa por parte nuestra eran, por lo general, la SEGG y sus responsables quienes afrontaban la situación y/o daban la cara, Daba la impresión de que se delegaba en la supuestamente más fuerte y mejor preparada sociedad estatal para estas cuestiones. Creo que en esta terreno hasta hace poco se ha pecado por omisión.

Probablemente una consecuencia positiva de lo anterior es que, por contraposición, los esfuerzos organizativos y una buena parte de las actividades de la SMGG han estado centrados en cuestiones que tienen que ver con la formación continuada. En muchos casos con una temática muy próxima a lo que genéricamente conocemos como “lo sociosanitario”. En este contexto –y ello lo juzgo como muy positivo- la SMGG ha estado mucho más “a pié de obra” que la propia sociedad estatal. Ha acudido a residencias, a hospitales grandes, pero, sobre todo, pequeños y por ello más olvidados, a centros de enfermería, etc y ha orientado una gran parte de sus actividades formativas a cuestiones relacionadas con esos niveles asistenciales.

Las sucesivas juntas directivas de la SMGG han sido posibilistas y, carentes de un presupuesto digno de tal nombre, han recurrido a aquello que en cada momento han tenido más a mano, incluidos los cursos y congresos monográficos apoyados en otras instituciones afines en cuanto a problemática social o sanitaria del sujeto mayor, y prestas para ofrecer su apoyo de una manera generosa. Así ha sido, en gran parte así lo sigue siendo, y ello puede ayudar a entender la supervivencia de la sociedad, hasta alcanzar un punto que, superadas las fases de inicio y de asentamiento, cabría definir como de estabilidad en la gestión.

Debería añadir antes de cerrar este apartado que este tipo de problemas y la respuesta a los mismos no ha sido sólo un fenómeno exclusivamente de la geriatría, sino que, como nosotros, otras muchas sociedades científicas

autonómicas madrileñas de diferentes especialidades médicas lo han vivido y resultado de una manera parecida. También que, a mi juicio esta tendencia a escudarse tras la SEGG para determinadas cuestiones está cambiando en los últimos tiempos.

5.- “Democratización” de la especialidad

Quizás el título de este epígrafe peque de pretencioso, pero, siguiendo con la historia de lo que ha sido la implantación de la geriatría en nuestra comunidad, no creo que deje de ajustarse a la realidad. No hay un punto de corte temporal preciso para delimitar esta tendencia. Probablemente se ha tratado de un proceso evolutivo consecuencia directa de todo lo que ya he referido. Sin embargo, si que estimo que hubo en hecho que, a día de hoy, calificaría como trascendente a la hora de potenciar la extensión de la especialidad y, con ello, su “democratización”

Durante la primera mitad de los años 90 la SEGG y el INSALUD llegaron a un tipo de acuerdo que facilitaba la implantación de lo que recibiría el nombre de “Unidades de valoración y cuidados geriátricos”. Se trataba de buscar una fórmula de entendimiento y compromiso que facilitase el desarrollo de la especialidad en algunos hospitales de aquellas Comunidades Autónomas en las que las competencias en materia de salud aún no habían sido transferidas y, consecuentemente, dependían todavía del Ministerio de Sanidad. Entre ellas se encontraba Madrid. Aquellos acuerdos fueron duramente criticados por algunos compañeros nuestros, puristas de la especialidad, por considerar que eran muy pobres para lograr el objetivo de expansión y universalización de la geriatría. La experiencia de los años siguientes ha demostrado que aceptar lo que cabría calificar como “las leyes del posibilismo” resultó muy positivo. Desde luego lo fue en Madrid, pero también en otros sitios.

Por ese mecanismo se abrieron unidades (el nombre era muy apropiado porque no fue raro que de inicio la incorporación fuera de un solo geriatra por centro) hasta en 17 hospitales del país. Por lo que toca a Madrid la primera (llamada piloto) lo fue en el hospital “Ramón y Cajal” en 1993. El año siguiente se crearon unidades de este tipo en un hospital tan emblemático como “La Paz”, así como en los más recientes y de menor tamaño y complejidad de Móstoles y Leganés. No voy a comentar aquí, por evidente, lo que ello ha supuesto para el devenir posterior de la especialidad. Coincidió esto en el tiempo con la apertura del hospital de Getafe y el traslado al mismo de una parte del equipo de geriatría de la Cruz Roja. También con la puesta en marcha del servicio de geriatría del

Hospital Gregorio Marañón, algo que, si bien no se derivó de los acuerdos de la SEGG con el INSALUD –en aquellas fechas ese hospital no pertenecía a su red-, sí que se vio favorecido por el mismo.

La expansión de la geriatría en la Comunidad a partir de esos momentos fue un hecho ni discutible ni discutido y ha supuesto que, a raíz de recibir la acreditación docente estos centros para formar residentes vía MIR y, en los últimos años, estar en marcha el proceso para formar enfermeras especializadas vía EIR, el fenómeno –la implantación de la geriatría en nuestra comunidad- se haya vuelto irreversible.

A que esto haya sea así ha contribuido de una manera muy importante lo que, poco después, coincidiendo con el cambio de siglo, se llamó el tema MESTOS. Fue algo muy criticado igualmente en su momento por los mismos puristas que se habían manifestado contra la aprobación de las Unidades de Valoración. Conseguir la titulación de numerosos médicos madrileños con experiencia de bastantes años en el manejo de pacientes geriátricos y, en su mayor parte incardinados muy activamente en la vida de las sociedades estatal y/o autonómica ha demostrado no solamente ser una medida de justicia para los profesionales implicados, sino también ser muy positiva para la expansión de los criterios geriátricos a la hora del día a día en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de numerosos pacientes, especialmente en el medio residencial. En mi opinión ello ha contribuido en altísimo grado a mejorar los niveles de calidad de la geriatría en las residencias, a normalizar lo que, en gran medida, son realmente estos centros: lugares donde se atiende a pacientes crónicos de edad avanzada. Probablemente, esta medida ha contribuido también, al menos de manera indirecta, a mejorar la atención al mayor en el mundo de la medicina primaria..

Visto lo que acabo de referir no debe sorprender que cuando ya en este siglo se hayan ido abriendo nuevos hospitales más pequeños en nuestra Comunidad los responsables sanitarios hayan tenido en cuenta lo que representa la figura del geriatra y de la geriatría. En una línea parecida interpretaría yo la profesionalización del mundo de las residencias y el hecho de que sus gestores incorporen como reclamo -y no sólo publicitario- la figura del especialista en geriatría al establecer sus organigramas. Cabría hacer la crítica de que, al menos en el mundo de los nuevos hospitales, en algunos casos este reconocimiento de la geriatría puede haber quedado corto y mal definido, pero no deja de ser un reconocimiento real y yo sigo creyendo en aquello del posibilismo y en las capacidades de nuestros profesionales para conseguir crecer en ambientes duros. Todo lo dicho con respecto a los médicos está empezando a ser aplicable también al mundo de

la enfermería, en la medida en la que ya se reconoce una titulación específica. No parece aventurado pensar que en plazos no muy largos lo será para otras profesiones relacionadas con el mundo de la atención al anciano.

Aunque es evidente que nos queda mucho camino y que todavía deberemos seguir luchando por nuestra propia identidad los avances me parecen claros. También debemos ser conscientes de que, de manera periódica, nos va a seguir tocando explicar a profesionales, administraciones y a la sociedad en general, qué es lo que somos, qué aportamos que no hagan otros y, ligado a ello, para qué podemos ser más útiles en determinadas situaciones. “Nos hemos vendido mal” decía hace pocas fechas la Pfra Tinetti en un editorial de la revista de la Sociedad Americana de Geriátrica

Un apunte más antes de cerrar este apartado Cuando hablo de “democratización” incorporo otra realidad que me parece innegable. Me refiero al hecho de haber conseguido en poco más de 2-3 décadas la aplicación de muchos de los “principios de medicina geriátrica” en ambientes profesionales ajenos al nuestro. En estos momentos algunas áreas asistenciales específicas como pueden ser los servicios hospitalarios de urgencia o los de cuidados paliativos se han familiarizado con el “abc” del lenguaje que usamos los geriatras hasta convertirlo en rutina dentro de sus respectivos campos asistenciales. Esto es así, por ejemplo a la hora de la valoración funcional de sus pacientes. Se trata de un punto absolutamente ignorado hasta no hace mucho. Esta afirmación, la incorporación de términos y metodología geriátrica en el día a día de la asistencia al paciente, se podría aplicar también, en determinados casos a profesionales de la medicina interna, de la atención primaria o de varias especialidades médicas y quirúrgicas. Otro ejemplo de lo mismo sería la incorporación de los equipos interdisciplinarios como forma de trabajo, o el establecimiento en otros contextos de niveles asistenciales nacidos en la geriatría como pueden ser el hospital de día o los equipos de atención domiciliaria. Incluso se ha avanzado en aspectos tan específicos como el manejo más correcto de los fármacos o en la posibilidad de planificar un seguimiento más cuidadoso y de mejor calidad.

6.- Algunas reflexiones finales

No pretendo que todo lo que llevo dicho sea interpretado en clave triunfalista. Estoy convencido de que estamos muy lejos de haber logrado nuestras metas. Queda camino y mucho trabajo. Siempre nos vamos a mover en el campo de las tendencias. Sin embargo, si creo que de vez en

cuando resulta útil mirar un poco hacia atrás, hacer balance aunque sea mínimo, y tomar conciencia no ya sólo de cómo estamos hoy, sino también de cuáles han sido nuestros puntos de partida. En ese sentido agradezco a la SMGG y a su presidente el Dr. Gonzáles Montalvo la oportunidad que me ha dado de reflexionar en voz alta con todos vosotros. A pergeñar este texto para abrir puertas a la discusión he dedicado parte de mis vacaciones de verano en Cercedilla.

Se trata de algo especialmente necesario cuando el interlocutor –los interlocutores con quienes comparto hoy la reflexión- son profesionales jóvenes, a veces muy jóvenes, que se han subido al carro de la gerontogeriatría madrileña cuando ya estaba en marcha y que, por lo mismo, no han tenido la oportunidad de vivir el proceso desde sus orígenes. A partir de la información y del planteamiento de unos puntos de vista como los que yo he pretendido traer aquí, resulta más fácil disponer de una visión global de los logros alcanzados -y por alcanzar- y de los esfuerzos asumidos para que estos vayan pudiendo tener lugar.

Pero estamos en un congreso de la SMGG y creo que es en ese contexto en el que debo centrar mis comentarios finales. En primer lugar –y esta afirmación supongo que ya ha quedado clara a través de todo lo que llevo dicho- deseo recalcar (ahora los políticos llaman a eso “poner en valor”) el enorme esfuerzo llevado a cabo desde su fundación por mucha gente entusiasta que ha dedicado horas y horas para que la SMGG no solamente exista sino que haya podido alcanzar el punto en el que se encuentra a día de hoy. Algunos de esas personas estáis en esta sala,. Creo que la labor realizada por la SMGG ha sido encomiable, especialmente en aspectos relacionados con la formación continuada y también en el esfuerzo mantenido por lograr un ensamblaje adecuado entre los diferentes orígenes profesionales de quienes componemos la sociedad. Un esfuerzo, en último término, por potenciar el trabajo en equipo en beneficio de nuestros pacientes, tomando en consideración todas sus peculiaridades y los diferentes niveles asistenciales donde los vamos a encontrar.

Creo que es esencial potenciar la infraestructura material de la SMGG, siempre dentro de nuestras posibilidades. Dotarla de una sede social que pueda ser usada como referencia más allá del domicilio o centro de trabajo del presidente o del secretario de turno. Ello, entre otras ventajas, impedirá la pérdida y desaparición de los documentos que acreditan la propia historia anterior como ha venido ocurriendo hasta ahora,

Al lado de ello pienso que es el momento de echar fuera cualquier tipo de complejo o de dejación de funciones en relación con la SEGG. Debemos

ser realistas, Vivimos en un país organizado a través de Comunidades Autónomas y mientras eso sea así el peso de lo local debe jugar un papel muy relevante. Es evidente que hay que vivir y convivir con la SEGG y no contra la SEGG. Colaborar lealmente con ella en todo lo que sea aportar y recibir iniciativas e información y a la de contribuir a potenciar cualquier forma de actuación que sea interesante y que pueda rebasar el marco de nuestra propia comunidad. Sumar de forma ilusionada en el esfuerzo común de la mano de las demás sociedades autonómicas. Ser “del cuerpo facultativo y no del dificultativo” como decía el Dr. Flores Tascón. Pero ello no nos debe impedir estar también muy atentos a los problemas locales, detectarlos, afrontarlos y, en la medida de nuestras posibilidades intentar resolverlos. Debemos manifestarnos como los interlocutores cualificados específicos ante cualquiera de las administraciones autonómicas, desde la sanitaria, a la social, pasando por la educativa y por cualquier otra que nos concierna y que, en un momento determinado pudiera surgir en el horizonte.

En nuestra Comunidad hay personas muy cualificadas para las que representa un factor de inquietud lo que podríamos denominar el hecho de llevar acabo de manera inteligente y efectiva el llamado “relevo generacional”. Esto es algo que debe producirse con naturalidad, asumiendo todos que nadie sobra pero que determinado tipo de responsabilidades van modificándose a lo largo del tiempo y que a todos, en uno o en otro momento, nos toca tomar determinadas riendas. Todos debemos –debéis- estar listos para ello. Afirmino que nadie sobra ni por arriba ni por abajo, ni los más viejos ni los más jóvenes. Junto a ello insisto en que nadie debe evadir la posibilidad de tener que tirar del carro cuando así lo requieran las circunstancias. La historia nos muestra que así ha venido sucediendo y cabe pensar que así será también en el futuro. La clave es hacerlo con sensatez, con sentido común, con inteligencia, con dedicación, pero, sobre todo, con generosidad, anteponiendo siempre los intereses colectivos a los individuales. Estoy seguro que eso se está dando ya en nuestra sociedad y que a partir de ahí cabe mirar nuestro futuro societario con el mayor de los optimismos.

Muchas gracias.