

Rafael Gómez García. Especialista en Geriátrica y miembro de la Real Academia de Medicina de Sevilla.

DOI: 10.69105/BYCS.2025.13.2.4

En esta sección entrevistamos al doctor Rafael Gómez García. Es licenciado en Medicina y Cirugía en la Universidad de Sevilla y especialista en Geriátrica. Actualmente trabaja en el Hospital Virgen del Puerto de Plasencia, España. Es doctor por la Universidad de Málaga con una tesis donde valida una herramienta (IDC-PAL) para clasificar la complejidad de las situaciones clínicas de enfermos en fase terminal, de modo que pueda adecuarse la respuesta asistencial. Ha desarrollado su labor asistencial en instituciones de personas mayores y de Cuidados Paliativos con una orientación a los resultados centrados en las personas. Entiende la Gestión, con la que está comprometido y que ha dirigido en su experiencia laboral, como herramienta para conseguirlos, agrupando equipos multidisciplinares en esos logros. Desde su época de formación como especialista arranca su pasión docente por explicar el entorno y los fenómenos ubicados en la relación médico-paciente, que también ha impartido en la Universidad de Málaga. Su visión de la Medicina y de la formación de los profesionales evoca la tradición más humanista y a los maestros de esta ciencia, la más humana de ellas. El pasado 28 de junio, pronunció su discurso de ingreso como miembro correspondiente en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla; «*Los pilares de la medicina humanitaria: la competencia, la compasión y la contemplación*»

Estimado doctor Gómez:

1. A finales de los años 90 del pasado siglo, ya existían movimientos en torno a los cuidados de las personas mayores, en función de sus características especiales y de los deberes que la sociedad tenía contraídos con ellos en justa correspondencia. ¿considera que siga habiendo razones para seguir singularizando esa atención? ¿Cómo trata la sociedad a sus mayores?

Realmente estamos ante una historia algo más antigua, Ignatz L. Nascher introduce el término «geriátrica» en 1909, publica «*Geriátrica, las enfermedades de la vejez y su tratamiento*» en 1914, sentando las bases de la especialidad. En España la Sociedad

Rafael Gómez García. Especialista en Geriátrica y miembro de la Real Española de Gerontología se funda en 1948, y el reconocimiento oficial de la especialidad médica en España se da en 1978, impulsando la formación de especialistas y el desarrollo de programas específicos.

El envejecimiento de la población es característico de la segunda transición demográfica, un cambio social importante, en el que se da una mayor supervivencia generacional asociada a un descenso de la natalidad. Esta segunda transición demográfica empieza a ocurrir en los años 60, en el mundo más desarrollado, que algunos llaman occidental. Es por esto por lo que nos suele parecer que el fenómeno ocurre en los años 90, en esos años es cuando ya es evidente el envejecimiento, y cuando ya tiene repercusión en los sistemas de atención y servicios públicos, que hace más evidente que necesitábamos un cambio en los planes de atención.

Creo que podríamos diferenciar dos grandes grupos de necesidades de los mayores: de un lado, las sanitarias, que necesitan mucho conocimiento médico específico, y que llevó a la creación de la geriatría. Y de otro lado, no menos importante, las necesidades no sanitarias, que a veces parecen un gran cajón de sastre, son las necesidades de las que más se preocupa la gerontología, que se enfoca más en comprender los procesos de envejecimiento, para lo que necesita prestar atención a las otras esferas de la persona mayor, compartiendo ambas el objetivo de promover la salud y el bienestar de las personas mayores.

Ambos tipos de necesidades son deficitariamente atendidas. De un lado falta formación en geriatría, no sólo porque haya pocos especialistas de geriatría o pocos servicios de geriatría, sino porque el nivel básico de conocimiento de geriatría de los profesionales del sistema de salud también es muy deficitario. En Andalucía, nuevamente, somos diferentes, es ya la única autonomía que no desarrolla la especialidad, sin embargo fue una de las pioneras en la docencia MIR en geriatría: el Hospital Universitario Virgen Macarena ofreció formación MIR desde los inicios de la formación de la especialidad, tristemente debió abandonarse dicha docencia por coherencia y respeto a los colegas que se querían formar en geriatría; ya que no resulta coherente formar especialistas de una disciplina que no se considera necesaria, porque esa es la conclusión que se puede entender, y la explicación que la consejera de salud dio en el parlamento andaluz: los andaluces no necesitaban médicos especialistas en geriatría. Esta especialización es necesaria para la medicina y también para la enfermería. Para finalizar este punto debo decir que, paradójicamente, en el Estatuto de autonomía de Andalucía, que se revisó en el año 2007, se reconoce este derecho a la atención

Rafael Gómez García. Especialista en Geriátrica y miembro de la Real Academia de Medicina de Sevilla.

En el lado de la gerontología, creo que también les estamos fallando. El rol social que damos a los mayores es marginal, muy negativo, nos preocupamos de ellos para pedirles el voto y les prometemos derechos que no desarrollamos, pensemos simplemente en cómo se ha desarrollado la ley de dependencia, una ley pensada principalmente para apoyar a los mayores frágiles y dependientes. También en este punto Andalucía es diferente, la desigualdad territorial en los servicios de atención a la dependencia es escandalosa.

Mi visión personal del problema es que todo esto es coherente con los valores sociales que desarrollamos como sociedad. Creo que en nuestra moderna, y occidental, sociedad impera el utilitarismo, el beneficio económico como principio rector, la sostenibilidad económica, los ideales de una economía liberal de mercado. En este panorama, la persona mayor es un problema, no es útil, no es productivo, sostenerles es caro, independientemente de que sea justo o no. Deberíamos preguntarnos en qué queremos sostener nuestra convivencia: si es en el «tener», el mayor no puede darnos ese poder; si es en el «ser», el mayor nos puede sostener a todos con su sabiduría, un tesoro que estamos derrochando.

2. En el Hospital Puerta de Hierro de Madrid existen unas unidades específicas con circuitos especiales, para la atención en el servicio de urgencias a personas frágiles provenientes de residencias o de sus domicilios, con los objetivos de una atención ágil y de calidad centrada en las personas, ancianos en este caso. Estas unidades proveen además de continuidad a la atención primaria. ¿Cuál es el papel de la Geriátrica en el Sistema sanitario? Nos gustaría conocer su visión. La super-especialización en la ciencia médica, ¿ayuda o limita la calidad? ¿Integra o compartimenta la atención sanitaria?

Este tipo de servicios y unidades existen en muchos hospitales y lugares, por desgracia no tantos como necesitan los mayores.

Para entender la situación creo que ayuda mucho usar el principio de justicia, que me gusta expresar así: «dar a cada uno en función de su necesidad». Hay necesidades de los mayores para las que una atención geriátrica es necesaria. La geriátrica ha enseñado a otras disciplinas, y a los gestores, cómo se sistematiza esto en los planes de atención, individuales y/o generales. La valoración geriátrica integral asegura la beneficencia -una visión individual

Rafael Gómez García. Especialista en Geriátrica y miembro de la Real Academia de Medicina de Sevilla.
de la asistencia-, y también la justicia -la visión comunitaria de la asistencia-.

La super especialización de las profesiones sanitarias es necesaria, en su justa medida. Igualmente son necesarios los conocimientos básicos en geriatría para el general del sistema sanitario. Este es un modelo que se replica con todas las especialidades sanitarias, cuando se organiza la asistencia como un sistema de salud donde hay muchos actores, integrado, en red, coordinado. Todos deben orientar su actividad al bienestar de la persona, por tanto debemos buscar el equilibrio, y esto se hace con planes de salud basados en la evidencia, y evaluados.

3. Como es natural, la medicina atiende a las personas en el proceso final de la vida. Proceso que soporta mucho las variaciones en los valores sociales. La vivencia natural de la muerte de antaño, ha sido opacada por la fascinación tecnológica. Sin embargo, también han surgido movimientos reactivos, como el Hospice, para seguir asegurando la asistencia hasta el final. Desde su propio conocimiento, ¿Hay una adecuada atención paliativa al final de la vida? En sentido general, aunque también nos interesaría una valoración local.

La vejez es un momento ideal para cerrar la vida con sabiduría, para esperar con calma, es una tarea ardua y que requiere dedicación toda la vida. No por ser mayor se es más sabio, pero sí se tienen las herramientas: la experiencia de vida, que permite una visión más amplia de la vida, y de la muerte. Es algo semejante a la visión del que asciende una montaña, desde la base la visión de los alrededores es limitada, desde la cumbre se conoce y entienden mejor las experiencias vividas.

La atención al final de la vida que damos en esta era también sufre el marco de valores que tenemos, digo sufre porque hay valores y modos de hacer que no te ayudan a morir, al contrario te lo ponen más difícil. Si una persona siente que no es útil en su enfermedad, que su persona no mueve al cuidado de otros, lo más coherente es querer morir, es la única forma de escapar del sufrimiento.

Hace años redacté un «Ensayo sobre la eutanasia» en el que comentaba este fenómeno con esta frase: «En el caso del fin de la vida la respuesta vuelve a ser una respuesta tecnológica, y el ars moriendi, que vemos ya en muchas ocasiones, es del mismo tipo que la sociedad que hemos construido, un ars moriendi tecnológico. Hemos cambiado el ars moriendi por una

technologica ars moriendi». Rafael Gómez García. Especialista en Geriátrica y miembro de la Real Academia de Medicina de Sevilla.

En la atención al final de la vida ocurre como con la geriatría, nos faltan conocimientos técnicos de cuidados paliativos, especializados y básicos, y nos faltan los valores que hace que vivir merezca la pena. Vivir merece la pena mientras hay esperanza, y en nuestra sociedad se ha vuelto muy difícil dar razones para la esperanza.

4. Hay muchas voces autorizadas que aventuran una Universidad futura muy distinta de la actual. ¿Cuáles serían, a su entender, los valores que deben permanecer inalterable en la enseñanza de la Medicina, o de las ciencias de la salud, en general?

5. El pasado mes de junio, tuvo lugar el acto de su recepción como académico correspondiente en la Real Academia de Medicina de Sevilla. Ciertamente, la Geriátrica es reconocida con su nombramiento, pero también parece significar un compromiso de la profesión médica con la misma sociedad. ¿Cómo entiende la Medicina? ¿Está fortalecida suficientemente con los avances tecnológicos o también sigue requiriendo de los fundamentos humanísticos que tantos médicos insignes propugnaron? Hablamos de Pellegrino, Laín, Marañón, etc.

Si me permite me gustaría contestar ambas preguntas a la vez, creo que están muy relacionadas. Entiendo la medicina como una relación de dos personas, una relación de ayuda. Para ayudarle lo primero que necesito es escucharla, si no la escucho no sabré que me necesita, y qué necesita. Si no me conmueve no la ayudaré, estaré delante de ella pero mi respuesta será «tecnológica». En segundo lugar necesito competencia, conocimientos técnicos, necesito saber cómo ayudarle, si no la tengo sólo podré escucharla y buscarle ayuda. Para entender esto necesitas «darte cuenta», estar atento, contemplar lo que te está pasando: una persona te necesita.

En mi discurso de ingreso traté de mostrar el que creo es el mayor aprendizaje de mi carrera profesional: la radical necesidad de atender personas y no cuerpos enfermos. Desde la biología puedes entender los fenómenos biológicos, para entender a la persona enferma propongo que usemos las artes, las humanidades. En la bibliografía de mi discurso no referencí ningún artículo científico, referencí libros, en este momento me gustaría

Rafael Gómez García. Especialista en Geriátrica y miembro de la Real Academia de Medicina de Sevilla.
recomendar uno de los autores: Nuccio Ordine, profesor de literatura, él nos enseña que en la literatura clásica ya nos han explicado cómo entender la vida y la muerte, y la salud y la enfermedad, al ser humano. Esta es mi propuesta para la universidad moderna, para la medicina, pero en general para todas las disciplinas, si queremos un conocimiento al servicio del ser humano, tendremos que conocer qué es el ser humano.

Como bien dices no es nada novedoso, ya hubo ilustres médicos que defendieron esta visión humanista de la medicina. En este punto siempre me viene a la cabeza un artículo de José Luis Martín Descalzo que debe tener 40 años, me acompaña siempre, lo tituló: «¿A qué derrota llegas muchacho?». En él reflexionaba cómo los adultos van perdiendo ese ardor juvenil en la defensa de los valores que les parecían irrenunciables. Trato de aplicarme esa reflexión a mi personalmente, creo que es una buena pregunta para la profesión sanitaria en general: ¿a qué derrota hemos llegado?.

6. Para finalizar, ¿desea comentarnos algo más?

Comparto la reflexión final de la entrevista del profesor Antonio Dieguez sobre «la importancia de que se mantenga el contacto más estrecho posible entre las ciencias y las humanidades, y en particular entre las ciencias y la filosofía».

Creo que los profesionales sanitarios estamos especialmente bien situados para hacer esto. Hace tiempo supe que la raíz de la palabra cuidado es la palabra latina «cogitātus» (pensamiento), y por tanto cuidar deriva del latín «cogitare» (pensar), me gustaría mucho conocer la evolución léxica de la palabra, me parece muy interesante. Esto me sirve para, usando la célebre sentencia: «Pienso, luego existo» (en latín sería «cogito, ergo sum»), poder decir que no es en la razón donde encontramos la clave de la existencia humana, es en el cuidado del otro donde nuestra existencia se transforma y se trasciende.

Cuidamos, luego somos.