



MEDIO SIGLO DE GERIATRÍA EN NAVARRA

ORIGINALES

La atención geriátrica hospitalaria en Navarra. Datos históricos del Servicio de Geriátrica. Itziar Iraizoz.

Tomás Belzunegui Sarasa y el Servicio de Geriátrica del Hospital de Navarra. Tomás Belzunegui Otano.

Servicio de Geriátrica del Hospital Universitario de Navarra. Francesca Soler Parets, Beatriz Echarte Archanco, Nicolás Martínez Velilla.

La transición clínica y el paradigma del cuidado. Reflexiones acerca de la crisis de la COVID-19.

¿Lecciones aprendidas? Javier Alonso, Alicia Beguiristáin, Sagrario Anaut, Teresa Marcellán, José Joaquín Roldán, Olga Sala.

Presente y futuro de la geriátrica. Reflexiones desde la presidencia de la SNGG.

Liderazgo ético y educación en bioética en las organizaciones. Javier Alonso y Leire González.

NOTICIAS

Convocatoria del Premio Tomás Belzunegui.

RECOMENDACIONES LITERARIAS

KATJA OSKAMP. Marzahn, mon amour. Hoja de lata Editorial, 2021

Edita

SOCIEDAD NAVARRA
DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

Dirección

Sagrario Anaut

Comité de redacción

Francisco Javier Alonso
Juana M^a Caballín
Leyre Elizari
Santiago Garde
Juan Jerez
Cristina Lopes
Camino Oslé
Concepción Molina
Isabel San Martín
M^a Luz Vicondoa

ISSN

ISSN 2659- 7284

Depósito legal

NA 1839- 1994

Diseño y maquetación

iLUNE.com

SUMARIO

ORIGINALES

- La atención geriátrica hospitalaria en Navarra. Datos históricos del Servicio de Geriatria. Itziar Iraizoz. **5**
- Tomás Belzunegui Sarasa y el Servicio de Geriatria del Hospital de Navarra. Tomás Belzunegui Otano. **12**
- Servicio de Geriatria del Hospital Universitario de Navarra. Francesca Soler Parets, Beatriz Echarte Archanco, Nicolás Martínez Velilla **16**
- La transición clínica y el paradigma del cuidado. Reflexiones acerca de la crisis de la COVID-19. ¿Lecciones aprendidas? Javier Alonso, Alicia Beguiristáin, Sagrario Anaut, Teresa Marcellán, José Joaquín Roldán, Olga Sala. **21**
- Presente y futuro de la geriatría. Reflexiones desde la presidencia de la SNGG. **30**
- Liderazgo ético y educación en bioética en las organizaciones. Javier Alonso y Leire González. **37**

NOTICIAS

- Convocatoria del Premio Tomás Belzunegui. **44**

RECOMENDACIONES LITERARIAS

- KATJA OSKAMP: Marzahn, mon amour. Hoja de lata Editorial, 2021 **45**



Presentación

El primer número de 2023 de Cuadernos Gerontológicos quiere reconocer la trayectoria de la Geriátrica en Navarra después de 50 años de andadura. En 2022 se celebró esa efeméride. Desde la Sociedad Navarra de Geriátrica y Gerontología queremos también dejar constancia de este hecho con algunas aportaciones de interés. La revista se estructura en dos partes. Los primeros tres artículos hacen un recorrido histórico por la Geriátrica en Navarra hasta el presente, dando especial relieve a las personas. Son nombrados en varias ocasiones geriatras que de forma diferente han dejado su huella. Por su papel impulsor, destaca la figura del Dr. Tomás Belzunegui Sarasa. A otros que se nombra, siguen en activo. En el tercer artículo se reconoce también a las personas, pero dando el paso del profesional a las personas atendidas; de la identidad nominativa al anonimato. Dibuja la situación actual del Servicio de Geriátrica.

Ese pasado, que es cimiento de un presente, interroga sobre el futuro. En el corto plazo, el artículo colectivo sobre la experiencia de la Covid y sus enseñanzas se adentra en los impactos vividos durante la pandemia. En el medio y largo plazo, cada presidente de la Sociedad Navarra de Geriátrica y Gerontología reflexiona sobre la situación de la Geriátrica en Navarra, aunque muchas de sus reflexiones son extensibles a otras CC.AA. Son visiones diferentes, porque sus experiencias profesionales así lo requieren. Cerramos el número con un artículo centrado en la ética y el liderazgo. Cuestiones ambas sobre las que queda camino por recorrer.

En suma, se han reunido reflexiones que hablan de un pasado de la Geriátrica que no ha dejado de mirar al futuro en ningún momento ni a los cambios sociodemográficos que se estaban produciendo. En este medio siglo de reconocimiento, la Geriátrica en Navarra ha demostrado ser un quehacer en construcción al que difícilmente se puede cuestionar.

LA ATENCIÓN GERIÁTRICA HOSPITALARIA EN NAVARRA

DATOS HISTÓRICOS DEL SERVICIO DE GERIATRÍA

Itziar Iraizoz Apezteguía

exFEA del Servicio de Geriátrica del Hospital de Navarra.

Cambia lo superficial, cambia también lo profundo
cambia el modo de pensar, cambia todo en este mundo
Cambia, todo cambia, Cambia, todo cambia...

Mercedes Sosa

El Hospital de Navarra puede considerarse pionero, junto con el Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid, en la creación de Unidades Hospitalarias de Atención Geriátrica en España ya que, en el transcurso del año 1972, se crea el Servicio de Geriátrica en el entonces denominado Hospital Provincial de Navarra (HPN), siendo nombrado Jefe del Servicio el Dr. D. Tomás Belzunegui Sarasa. El servicio se ubica en los Pabellones denominados Blanco y Azul, situados en el recinto del Hospital, y cuenta con una dotación total de 105 camas. La mitad de éstas están situadas en el Pabellón Blanco y están orientadas al ingreso de pacientes geriátricos agudos y de media estancia. El otro 50% corresponde al Pabellón Azul, anexo al anterior, para la hospitalización de larga estancia.

Durante los 15 años en que permanece en esta localización, el servicio cuenta con personal médico, de enfermería y auxiliar, administrativo y de limpieza propio, más o menos estable. El personal sanitario, orgánicamente dependiente del Jefe de Servicio, cargo que ocupa desde su nombramiento hasta su fallecimiento en agosto de 1993, el Dr. D. Tomás Belzunegui, está compuesto por un Jefe de Sección (D. Joaquín Peñalva), dos Médicos Adjuntos (D. Bernardino Migueliz y D. José Miguel

Redín) y una Jefatura de Enfermería de la que, a su vez, depende el personal de enfermería y auxiliar de ambos pabellones.

Dos años después de la aprobación oficial en nuestro país de la Especialidad Médica de Geriátrica, en el año 1979, se presenta el expediente para la Acreditación Docente del Servicio de Geriátrica del Hospital Provincial de Navarra al Consejo de Especialidades¹. Es aprobado en el año 1980, dotándose al mismo de 2 plazas para la formación MIR en Geriátrica. Durante los años 1981 a 1986, un total de cuatro titulados nacionales y un extranjero en formación reglada, realizan el periodo de formación de la Especialidad en el Servicio de Geriátrica, aunque solo tres lo hacen de forma completa, Luis Arlabán, Itziar Iraizoz y Víctor Hugo Quiroz. La formación durante la residencia en la especialidad aborda aspectos como: El Anciano sano y enfermo, los Síndromes Geriátricos, Pluripatología, Cronicidad, Invalidez y Discapacidad, Prevención y Rehabilitación geriátricas, Valoración multidimensional, el trabajo en Equipo, la Dependencia, los Sistemas de Salud y la Atención Social, el Hospital General y los diferentes servicios en los que se realizan rotaciones formativas y, finalmente, el servicio de Urgencias, en el que

¹ Hacemos una mención aquí a nuestra compañera geriatra la doctora Yolanda Castresana, residente de la especialidad por el sistema preMIR entonces vigente en el HPN, como autora de la documentación aportada.

se realizan guardias presenciales “formativas” y en ocasiones, de infarto. Durante el periodo MIR se participa en congresos provinciales y nacionales de la especialidad y en cursos formativos de variada índole. Además, se realiza la inscripción en la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, y en la Sociedad Norte de Gerontología y Geriatria que agrupa a País Vasco, La Rioja y Navarra.

A finales del año 1985, se produce el fallecimiento del Dr. D. Joaquín Peñalva (jefe de sección), siendo posteriormente amortizada esta plaza. En el año 1987, se retira la acreditación docente al Servicio de Geriatria del Hospital de Navarra, aduciendo para ello, como motivo fundamental, la no creación de niveles de atención hospitalaria geriátrica diversificada: Hospital de Día, Unidad de Coordinación Comunitaria, Colaboración del servicio de geriatría con los servicios Médicos y Quirúrgicos del hospital (Interconsultas). Todo ello a pesar de que ya existían: Unidad de Agudos, Unidad de Media Estancia, Unidad de Larga Estancia y Consulta Externa o Policlínica geriátrica.

Diversos avatares, como el intento de “acoso y derribo” del servicio de geriatría y de su jefatura por parte de quienes gobernaban, en ese momento, Navarra y del gerente y director del propio HPN determinan que en el mismo año 1987 el Hospital de Navarra cambie la ubicación del Servicio de Geriatria. Se traslada a la Unidad de Hospitalización previamente ocupada por el Servicio de Ginecología y Obstetricia. Este hecho conlleva una sustancial reducción en el número de camas (quedan 46), entre las que se incluyen las orientadas a corta y media estancia. Asimismo, no se dispone de la consulta y sala de exploración radiológica existentes en el Pabellón Blanco. El servicio se reduce a una unidad de enfermería con enfermeras² y auxiliares, muy implicadas en la atención a pacientes geriátricos, despachos para facultativos y una sala de reuniones muy exigua. Durante los tres años en que el Servicio permanece en estas dependencias se realiza un esfuerzo asistencial para reducir, de forma paulatina, las largas estancias y de coordinación socio-sanitaria para reubicación de pacientes de larga estancia en las plazas re-

sidenciales asistidas de la red socio-asistencial. De hecho, el Pabellón Azul se convierte en una Residencia Asistida con titularidad del Departamento de Servicios Sociales del Gobierno de Navarra.

El personal médico, únicamente integrado por el Jefe del servicio y dos adjuntos (Migueliz y Redín), realiza un importante esfuerzo asistencial para cubrir las demandas de este servicio. Son tiempos algo convulsos al tener que hacer frente a presiones del Servicio de Medicina Interna, que intenta que el de Geriatria se convierta en una sección de su Servicio. Finalmente, la cuestión se resuelve a favor del Servicio de Geriatria, que se mantiene como tal.

En abril de 1990, el Servicio de Geriatria sufre un nuevo cambio de emplazamiento. Pasa al Pabellón E-1º, ocupando una parte de la zona de hospitalización, previamente correspondiente al Servicio de Neumología. En este lugar se encuentra el despacho médico y la unidad de enfermería adscrita a la unidad de Neumología y dispone de 12 camas, mientras que el resto de camas adscritas al Servicio, un total de 8, se encuentran situadas en el Pabellón H-2º, adscrito al Servicio de Cirugía General y cuya unidad de enfermería está parcialmente integrado por personal de enfermería y auxiliar procedente de la anterior unidad de enfermería geriátrica.

Además de la obvia y sensible reducción en el número de camas y su doble ubicación que lleva asociada una doble dependencia de unidades de enfermería, este “nuevo” Servicio de Geriatria se orienta, exclusivamente, a la hospitalización de pacientes geriátricos Agudos. Con esta finalidad se aprueban de forma consensuada por Gerencia, Dirección Médica, Servicios de Urgencias, Medicina Interna y Geriatria, unos Criterios de Ingreso de pacientes en Geriatria: Pacientes mayores de 70 años; Pacientes Pluripatológicos con enfermedad aguda o agudización de enfermedad crónica; y Pacientes agudos con afectación funcional, psicológica y/o problemática social asociada.

En el momento de su traslado, el personal médico del Servicio estaba integrado por el

jefe de servicio y dos médicos adjuntos que atendían la hospitalización, la policlínica geriátrica ya recuperada (localizada en los bajos del Pabellón D) y un creciente número de interconsultas generado por servicios médicos y quirúrgicos del hospital, todos los días del año, incluidos sábados y festivos. En cuanto al personal de enfermería y auxiliar, se ha señalado la inexistencia de unidad de enfermería propia y específicamente orientada a la atención de pacientes geriátricos, dada la doble ubicación de camas asignadas al Servicio.

El personal administrativo, Dña. Mª Josefa Albiasu, nuestra Pepi de siempre, es compartido con el servicio de Neumología y ocurre lo mismo con la Trabajadora Social (Pili Pascual y María Sanzol). Como resultado de un documento elaborado por Itziar Iraizoz en la Escuela Universitaria de Enfermería (EUE) del Gobierno de Navarra³ titulado “Elaboración y Propuesta de un Instrumento para la valoración funcional, cognitiva y afectiva y de necesidades básicas en el anciano ingresado”, se inicia en la Unidad del Pabellón E un novedoso trabajo enfermero con valoración integral del paciente ingresado.

Una nueva década: los 90

En abril de 1991 se constituye la Sociedad Navarra de Geriatria y Gerontología, siendo nombrado como presidente el doctor D. Juan Luis Guijarro y como secretaria general Dña. Inés Sáenz de Pipaón, realizándose en junio de este mismo año su Sesión Fundacional y la Primera Jornada sobre “Valoración Multidimensional del Anciano”, en el Salón de Actos del Hospital de Navarra (HN) y en las aulas de la EUE. Surge como instrumento asociativo multidisciplinar, para el estudio de los aspectos sanitarios, sociales y culturales del envejecimiento y su aplicación al bienestar de los ancianos.

En noviembre de 1992, se incorpora a la plantilla de facultativos del Servicio una nueva médica geriatra adjunta, la Dra. Itziar Iraizoz, por traslado desde el Departamento de Educación del Gobierno de Navarra, donde durante los años 1986 a 1992 ha trabajado

como Profesora Titular de Enfermería Geriátrica de Organización Hospitalaria (tareas docentes y como Jefa de Estudios). Las clases teóricas y prácticas en Enfermería geriátrica se han extendido a la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) del HN, Residencias como Casa de Misericordia, El Vergel y Padre Menni, y al Servicio de Asistencia Domiciliaria del Ayuntamiento de Pamplona, permitiendo una amplia visión del dispositivo asistencial socio-sanitario geriátrico.

Durante ese tiempo, se han producido otros hechos notables para la enfermería con la introducción de un nuevo método de Gestión de los cuidados en la asistencia sanitaria, el PAE (Proceso de Atención de Enfermería), en la Valoración enfermera con las 14 necesidades de Virginia Henderson, la Teoría enfermera del déficit de autocuidado (TEDA) de Dorothea Orem y la llegada de la Ética del Cuidado de Carol Gilligan. Unido a esto, se ha producido un cambio fundamental en la Gestión hospitalaria con normativa que establece a la Dirección de Enfermería al mismo nivel que otras direcciones y genera la Autonomía del trabajo enfermero en Hospitales y Centros de Salud. Por el contrario, desde altas instancias, se realizan intentos para modificar el plan de estudios y restar formación y competencias a la enfermería que, afortunadamente, no prosperan, pero alejan la posibilidad de licenciaturas en esta profesión. Se publica un Plan formativo de las Especialidades en Enfermería.

En agosto de 1993 se produce el fallecimiento de Don Tomás, Jefe del servicio y persona de gran importancia para la creación y desarrollo del Servicio de Geriatria y para la atención a la importante población añosa de Navarra, quedando su plaza ocupada en funciones por el Dr. José Miguel Redín. Durante este periodo se detectan nuevos cambios en los indicadores de actividad del Servicio.

Como se recoge en la tabla 1, se constata un aumento progresivo de los Ingresos y la Ocupación, el incremento de la Edad Media (1 año x cada año), la reducción de la Estancia Media (aún >15 días), el aumento de la demanda de la Consulta externa y, de forma notable, de las Interconsultas (trauma, ciru-

² Hace ya unos años que falleció y quería recordarla. Azucena, nuestra Azucena, fue una enfermera memorable para nuestro servicio y supervisora por un tiempo.

³ La Escuela Universitaria de Enfermería (EUE) de titularidad del Gobierno de Navarra, estaba adscrita a la Universidad de Zaragoza. Nuestras “venias docendi” venían firmadas por esta universidad. Funcionó hasta que, con la creación de la Universidad Pública de Navarra y tras solaparnos 2 años, se extinguió en el año 1992.

Tabla 1. Evolución de Indicadores de Actividad en la UGA del HN (1990-1997)

	1990	1994	1997
Ingresos	398	576 (incremento 45%)	725
Edad Media	80 años	85,20	86 años
# Con MI	17 años	23 años	
Estancia Media	16 días	13,61 días	12,8 días
Ocupación	98,5	108,9 (Dispersión)	118,9%
Interconsultas	220	412	486

Fuente: Archivos del Servicio de Geriatría y del Hospital de Navarra.

gía, psiquiatría, etc.). Entre tanto, todos los registros médicos y de enfermería se realizan “en papel” y se guardan en sus carpetas en el Archivo del Hospital. Esta documentación es: historias clínicas, valoración multidimensional, historia de enfermería, los evolutivos, las órdenes médicas, la unidosis, informes de solicitud de pruebas complementarias y de derivación, los informes de alta y los de analíticas, pruebas radiológicas, etc.

Se mantiene la actividad formativa a través de la participación en Cursos y Congresos de la especialidad y de la docencia. Destaca en este punto el I Experto en Gerontología clínica y social, organizado por la Universidad Pública de Navarra y el Dpto. Ciencias de la Salud del Gobierno de Navarra. La actividad investigadora se centra en el análisis de las características clínicas de los pacientes ingresados en la Unidad y en la evolución de los indicadores de funcionamiento de la misma; fruto de ello son dos trabajos: “Evolución de los Indicadores de actividad de la Unidad Geriátrica de Agudos del Hospital de Navarra en el lustro 90-94” e “Influencia de Factores Clínicos en las Estancias en la Unidad Geriátrica de Agudos del Hospital de Navarra”, que se presentan a congresos de la especialidad.

En el año 1997 se produce el fallecimiento del Dr. Bernardino Migueliz y la posterior incorporación de un nuevo geriatra adjunto, el Dr. José Luis Larión. En ese momento los tres integrantes del Servicio de

Geriatría cubren la actividad asistencial de hospitalización de todos los días del año, incluyendo sábados y festivos, de forma completamente altruista (gratis et amore) y la actividad de interconsultas. Los niveles de actividad no paran de crecer (tabla 1). Al mismo tiempo, la dirección del Hospital quiere reducir las consultas externas a sólo dos días a la semana y sólo dos facultativos. Frente a esto el Servicio elabora: “Memorandum 98”, que fructifica con el mantenimiento y expansión de esta actividad a todos los integrantes del servicio. Se inicia un bosquejo de la Programación de las consultas para caracterizar y evaluar estas con diferenciación de: Primeras, Sucesivas y Lista Espera.

En estas fechas se vuelven a realizar reuniones conjuntas con Gerencia, Dirección, Servicios de Urgencias, Medicina Interna y Geriatría para consensuar nuevos criterios de ingreso. Quedan fijados: Edad igual o superior a 75 años; Enfermedad aguda o agudización de enfermedad crónica; Afectación pluripatológica con comorbilidad y deterioro funcional (es la característica fundamental del paciente geriátrico); Pacientes con afectación severa del estado general en los que inicialmente sea difícil precisar orientación causal; Pacientes cuya enfermedad se sospecha va a conducir a incapacidad e invalidez y dependencia; y Pacientes con afectación orgánica que condiciona deterioro de función mental o incremento de deterioro cognitivo previo.

Desde la Gestión hospitalaria se inicia el proceso de Informatización de las actividades hospitalarias y se instauran medidas para modificar la Evaluación de las Estancias, introduciéndose un nuevo concepto: grupos relacionados con el diagnóstico (GDRs). En paralelo, se realizan Conciertos con la Clínica Psicogeriátrica Josefina Arregui de Alsasua y Padre Menni de Pamplona para el ingreso de continuidad de cuidados al paciente psicogeriátrico y con la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) del Hospital San Juan de Dios para traslado de pacientes con enfermedad terminal, inicialmente, solo oncológica.

Desde un enfoque general, la Organización Mundial de Salud (OMS) publica el texto: “Salud para Todos en el siglo XXI” (1998). Ha tenido gran trascendencia para la Gerontología y ha potenciado la realización de estudios como la primera gran encuesta de salud en Navarra: “Encuesta de Salud de Navarra, año 2000”. Otros impactos han sido la aprobación del Plan Foral de Atención Sociosanitaria (2000) y el 1er Plan Gerontológico de Navarra (1997), ambos muy ambiciosos respecto a la atención al anciano, excepción hecha de la Geriatría Hospitalaria, apenas tenida en cuenta. Desde el departamento de Salud se publica: Guía de actuación: Valoración del anciano en Atención Primaria de Salud. En octubre de 1999 se celebra el 1er Congreso de la Sociedad Navarra de Geriatría y Gerontología.

Entrando en un nuevo siglo

En el transcurso del año 2001 se produce el penúltimo cambio de situación de una parte de las camas de la Sección, pasando las 8 camas del H-2º al Pabellón H-3º, perteneciente a la hospitalización del servicio de Cirugía General. Se pierde así la continuidad del personal de enfermería y auxiliar previo, muy vinculado a la atención geriátrica hospitalaria. Aunque la coordinación entre niveles asistenciales haya sido una preocupación y se haya puesto empeño por el Servicio de Geriatría en sus relaciones con los cargos del propio Gobierno (Consejería de Salud o la de Bienestar Social), los directores de los departamentos y los gerentes de entes diversos, nunca ha cristalizado en realidades prácticas. Pero, a pesar de ello, el conjunto de geriatras de la Red Sociosanitaria de Navarra toma la iniciativa de articular como actividad las Sesiones Clínicas Mensuales Geriátricas, con Inés Francés des-

de Josefina Arregui, Patxi Uriz desde Landa-zabal, Nicolás Martínez desde La Vaguada, Juan Luis Guijarro, Ana Ruiz de Gordo y Fermín Cía desde la Casa de Misericordia y José Luis Larión e Itziar Iraizoz desde el Hospital.

Es en el transcurso de 2003 cuando tienen lugar dos hechos importantes para la salud mental y para la economía de los integrantes médicos del Servicio de Geriatría. Por primera vez, se abona en nómina el Pase de Visita de los sábados, domingos y festivos, y también se realizan contrataciones para suplencias de vacaciones y bajas laborales.

En el año 2004, la Jefatura de Servicio sale finalmente a Concurso y se le asigna al Dr. J.M. Redín. Durante el año 2005, el Dr. J.L. Larión realiza una estancia externa de 6 meses, siendo contratado como sustituto, el Dr. Nicolás Martínez que permanece, posteriormente, asignado a este puesto. Los profesionales del servicio cubren la hospitalización geriátrica de las 20 camas, manteniendo niveles de ocupación del 150%, modificándose la atención de sábados y festivos que se cubren de forma rotatoria, con percepción económica específica por esta actividad.

En el año 2006 una sentencia judicial revoca el anterior nombramiento y designa como Jefe del Servicio de Geriatría al Dr. José Luis Larión. Se mantiene el mismo número de camas y se inicia una actividad de interconsultas diferenciada, en este caso con el Servicio de Traumatología, que es el germen de la Unidad de Ortogeriatría, tarea que es asumida por el Dr. Nicolás Martínez. Este año el volumen de ingresos de la unidad es de 1001, marcando un hito asistencial de la unidad. El Índice de Ocupación llega al 164% con una disparatada dispersión de pacientes. La Estancia Media se reduce y pasa a 12 días. La Presión de Urgencias es del 97%, y se registran más de 500 Interconsultas, generando una sobrecarga asistencial sin precedentes y obligando a la génesis de las denominadas Peonadas. Por primera vez en la historia, se cubre el periodo vacacional con un nuevo geriatra el Dr. Javier Alonso.

A lo largo del año 2006, se realizan reuniones con el Departamento de Salud para la incorporación del Servicio de Geriatría a las rotaciones formativas de los residentes de Medicina de Familia y Comunitaria (MFyC).

Tras cumplimentar los Requisitos Generales de Acreditación de las Unidades Docentes para la Formación de especialistas de MFyC y que el Ministerio de Sanidad y Consumo exige para esta finalidad, se establecen de forma conjunta las Actividades Docentes previstas en el programa de la especialidad de MFyC referidas a la estancia y rotación en el Servicio de Geriátría del Hospital de Navarra. En el año 2007, se inician las Rotaciones en el Servicio de Geriátría, siendo esta una actividad creciente.

Durante este año y a lo largo de 2007, comienzan las gestiones entre el Servicio Navarro de Salud (SNS), Gerencia y Dirección Médica del HN, Servicio de Geriátría y Hospital San Juan de Dios (HSJD), para la creación de una Unidad de Media Estancia Geriátrica (Unidad Subagudos, Unidad Media Estancia, Unidad Recuperación Funcional, Rehabilitación de Alta y Baja intensidad, Unidad Convalecencia), dependiente de Geriátría del HN en el HSJD. Las negociaciones fueron largas, con listado ingente de documentación sobre la mesa, 3 documentos HSJD y 3 propuestas desde Geriátría, numerosas e intensas reuniones, discusiones complejas y agotadoras. No hubo resultados positivos, quedando este importante y prioritario ámbito de la Atención Geriátrica pendiente de resolución. A finales de este año Geriátría presenta a la gerencia del SNS y del HN un último proyecto: "Unidad Integrada de Cuidados Subagudos" para su ubicación en la Clínica Ubarmin, que es nuevamente rechazada.

En enero de 2008, se aborda nuevamente este asunto y, por el inicio de importantes Obras en el Hospital, que afectan al Pabellón C y al Servicio de Medicina Interna, se plantea la necesidad de reducir las camas del Servicio de Geriátría en el HN y crear una Unidad de Agudos de Geriátría, con carácter provisional y dependiente del Servicio de Geriátría, en la Clínica de San Miguel (CSM). A finales de enero de 2008, la Dirección de Salud, el HN y la CSM acuerdan un concierto que da pie a la creación de una Unidad de Agudos Geriátrica de 20 camas en este centro. Primero el Dr. Larrión y, a partir de febrero de este año, los doctores Martínez y Alonso desempeñan su actividad como geriatras en esta unidad y, por necesidades del servicio y para asumir la actividad asistencial en la Unidad de Ortogeriatría del HN se contrata a una nueva geriatra, Dra. Belén González.

En este momento el Servicio dispone de 12 camas para hospitalización de agudos en el Hospital de Navarra y de 20 camas en la CSM. Todos los facultativos integrantes del Servicio, independientemente de donde desarrollen su actividad, pasan consulta en el Centro de Consultas Príncipe de Viana. Con posterioridad, las camas de la CSM se van incrementando hasta llegar a alcanzar las 40 camas, incorporándose también la actividad de Consultas en este centro. Los facultativos que integran el servicio son: Jefe de Servicio: Dr. Larrión; Médicos adjuntos: Drs. Redín, Martínez y Alonso y Dras. Iraizoz y González. Otras incorporaciones, inicialmente para cobertura de necesidades y finalmente por logro de plaza tras oposición, son las de los doctores Álvaro Casas y María Gonzalo. A lo largo del año 2011 y, tras la marcha temporal del Dr. Javier Alonso, hubo dos nuevas incorporaciones: Ana Martínez de la Casa y Agurne García.

En 2009, el proyecto de Unidad de Psicogeriatría en el Área de Salud de Tudela, a iniciativa de colectivos de esta zona y presentado por el Jefe de Servicio, es aprobado por el Parlamento navarro. En octubre, sale la plaza a Concurso-Oposición y es ocupada por la Dra. Inés Francés. Posteriormente, por Resolución del Gobierno de Navarra, en junio de 2010, la recién creada Unidad de Psicogeriatría en Tudela pasa a depender funcionalmente del Servicio de Geriátría del Complejo Hospitalario Navarra-A (nueva denominación del Hospital de Navarra).

Tiene lugar en estas fechas un intento de suprimir completamente las camas del Servicio de Geriátría y sus facultativos solo actuarían como Interconsultores, produciéndose un momento de gran tensión, con reuniones de alto nivel que consiguen la paralización total de esta iniciativa. Se inicia una campaña que no cesará para que el único servicio nunca duplicado y ahora disgregado, por necesidades de la gerencia del hospital, se reunifique en su ubicación original, el Pabellón E. Aunque un geriatra, el Dr. Álvaro Casas realiza cursos de formación con Tutor de Especialidad de Geriátría y se elabora el Informe para la Solicitud de la Acreditación del Servicio de Geriátría del CHN como Unidad Docente de la Especialidad de Geriátría, esto no se consigue. La recién creada Unidad de Media Estancia y Convalecencia del Hospital San Juan de Dios, ya concertada con SNS/Osasunbidea, comienza a

admitir derivaciones de pacientes geriátricos subagudos y para recuperación funcional, y se incorpora un geriatra, el Dr. Francisco Úriz.

La reunificación del Servicio de Traumatología y Ortopedia, previamente con unidades en HN (ahora CHN-A), Residencia Virgen del Camino (ahora CHN-B) y Clínica Ubarmin, y finalmente solo en Clínica Ubarmin y Hospital Virgen del Camino, la interconsulta diferenciada que realizaba el Servicio de Geriátría a los pacientes de traumatología ingresados en el Hospital de Navarra decae en su autonomía al quedar relegada al albur del servicio de Medicina Interna del CHN-B, centro en el que ahora ingresan los pacientes de Traumatología. Por su parte, los de Ortopedia lo hacen en la Clínica Ubarmin. A pesar de que desde el Servicio se había planteado la apertura a la atención comunitaria, las consultas de geriatría están cerradas para la Atención primaria. De igual forma, es en Medicina Interna donde surge la Unidad de Hospitalización Domiciliaria, cuando su germen había sido sembrado desde el Servicio de Geriátría. El nombramiento del Dr. Escudero como director de la Unidad propició la colaboración con Geriátría. Ahora bien, los internistas solo participan en un proyecto a nivel nacional: El Paciente Crónico Pluripatológico. La Comunidad Foral y la gerencia del CHN movilizan entonces recursos para llevar a la práctica este proyecto. En mayo de 2014 se presenta el Proyecto Asistencial: Plan Paciente Crónico Pluripatológico, con nombramiento como director del Dr. Tiberio, del Servicio de MI del CHN-B.

Incidencias internas del Servicio al final del año 2012 sumen a este en un cierto caos organizativo, ya que coinciden con la jubilación del doctor Redín, que es nuevamente cubierta por el Dr. Alonso, y que se prolonga a lo largo del año siguiente dando lugar a la asignación a la Dra. Iraizoz de las "Labores de Gestión y Organización del Servicio" durante la ausencia laboral del Jefe del Servicio. A lo largo de este año se inicia el Programa piloto de "Recuperación Funcional al Mayor ingresado", con la colaboración de Fabricio Zambón y Mikelo.

Desde este punto de inflexión, ya no hablamos de viejos, ni de ancianos, ni de tercera o cuarta edad, desde ahora y de cara al futuro pasan a ser "Mayores". La actividad física se preconiza como garante de salud y vida para

la población mayor y para la prevención de la fragilidad, término ya omnipresente en toda la literatura geriátrica y gerontológica. Nuevas modalidades en la actividad asistencial, tal es el caso de la Consulta No Presencial, se ponen en marcha, marcando un hito en el funcionamiento del Servicio de Geriátría.

Es en el año 2014 cuando ocurren dos acontecimientos decisivos para el Servicio de Geriátría. Por una parte, en mayo, se produce el nombramiento del actual Jefe de Servicio, el Dr. Nicolás Martínez. Por otra, en diciembre de este año, tiene lugar la ansiada Reunificación del Servicio en el Complejo Hospitalario de Navarra con una asignación de 35 camas en el Pabellón E 1º.

Pero no cambia mi amor,
por más lejos que me encuentre
Ni el recuerdo ni el dolor de mi pueblo
y de mi gente
Cambia, todo cambia,
Cambia, todo cambia.
Mercedes Sosa

TOMÁS BELZUNEGUI SARASA Y EL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL DE NAVARRA

Tomás Belzunegui Otano
Médico Adjunto del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Navarra.



Tomás Belzunegui Sarasa

Cuando me pidieron que escribiera unas líneas sobre el Servicio de Geriatría del Hospital de Navarra y el papel que jugó mi padre en su puesta en marcha, no tuve ninguna duda en aceptar dicho encargo. Estas líneas me dan la oportunidad de hacer una pequeña reseña histórica de cómo fue la creación y puesta en marcha de dicho servicio, pero sobre todo de hacer un pequeño homenaje personal y familiar (hablo en nombre de mi madre y mis hermanos) a la figura de mi padre.

Tomás Belzunegui Sarasa nació en Casa Macaya, en Cemboráin (Valle de Unciti) un 6 de noviembre de 1925 en el seno de una familia de agricultores.

Con 12 años se trasladó a Pamplona donde estudió en el colegio de los Escolapios, con los cuales mantuvo mucha relación toda su vida y de los que tenía una magnífica opinión. Posteriormente, se marchó a Zaragoza para realizar sus estudios de Medicina. Durante todo este tiempo y siempre que podía, volvió a su pueblo. Esa es una de las primeras características de su personalidad que me gustaría resaltar: el amor por Cemboráin y por todo aquello que tuviese que ver con el ámbito rural. En una Navarra en la que “todo el mundo se conocía”, mi padre tenía una empatía muy especial con todas aquellas personas que vivían en los pueblos y que por cualquier motivo eran atendidos en el Hospital de Navarra.

Recuerdo que continuamente recibía llamadas para que se interesara por diferentes personas que estaban ingresadas, a las que no conocía de nada, pero con los que, tras hablar unos pocos minutos e identificar rápidamente dos o tres conocidos comunes, quedaban como amigos ya para el resto de la vida. Ese trato próximo, afable y con máxima confianza en todos los aspectos, creo que es la primera de las razones que hicieron de mi padre un excelente médico.

Otra de las cosas que definen su personalidad es el amor por el Hospital de Navarra, al que consideraba su casa y es que, efectivamente, fue su casa (dormía y vivía) durante unos cuantos años. Al acabar la carrera en Zaragoza, se incorporó como Interno en el Hospital de Navarra en 1950; entonces los internos eran realmente internos. Trabajaban durante todo el día y dormían en el chalé habilitado para ello. Un trabajo que incluía una serie de habilidades médicas y quirúrgicas que sobrepasan ampliamente los campos de las especialidades que conocemos hoy día.

En aquellos tiempos, la tuberculosis era una enfermedad con altísima prevalencia y eran muy frecuentes los pacientes bacilíferos con cavernas pulmonares y cuya forma de solucionar el problema era el colapso de las cavernas a través de toracoplastias

y frenicectomías. Mi padre trabajó durante bastantes años realizando esta actividad médico-quirúrgica.

Pero es en 1972 cuando la Diputación Foral de Navarra decide crear el Servicio de Geriatría. Una decisión importante, sin duda, ya que el Hospital de Navarra puede considerarse pionero, junto con el Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid, en la atención geriátrica en el Estado español.

Mi padre fue nombrado jefe de un Servicio que contaba con 105 camas. La mitad de ellas se encontraban en el denominado “Pabellón Blanco” para el tratamiento de patologías agudas y la otra mitad en el “Pabellón Azul” que cumplía la función de centro de larga estancia.

No sé si era consciente de la importancia del encargo, pero sí que me consta el entusiasmo con el que se aplicó a la tarea, ya que por aquellos años yo estaba estudiando Medicina y rotaba con cierta frecuencia por el Servicio de Geriatría.

Tuvo además la suerte de rodearse de otros dos buenos amigos y compañeros del Hospital de Navarra: Joaquín Peñalva (natural de Milagro) y Bernardino Migueliz (de Irurozki), a los que se unió posteriormente José Miguel Redín (de Cáseda).



Internos de los años 50 en el Hospital de Navarra (Tomas Belzunegui, 3º por la izquierda en la fila superior)

Lo que he contado anteriormente del trato afable y próximo que fomenta la confianza del paciente vale perfectamente para estos nuevos compañeros de viaje y eso hizo que el Servicio de Geriatría fuera muy bien considerado por la población. Como digo, yo lo viví en primera persona durante las rotaciones clínicas que hice por ese servicio, en el que aprendí mucho más de lo que creía en ese momento, en el ámbito clínico, pero sobre todo en el trato al paciente.

Un tema del que ahora se habla mucho en Salud es la humanización de la asistencia sanitaria. Esta, “pretende ofrecer unos cuidados integrales centrados en la persona, ir más allá de la parte técnica de la enfermedad contemplando al paciente como persona y cubriendo sus necesidades no solo físicas sino también psíquicas y emocionales”. Pasados unos años y con la perspectiva que me da haberme dedicado siempre a la atención sanitaria y haber visto cómo ha ido evolucionando, soy perfectamente consciente de que en el trato con los pacientes eran muy buenos. En la distancia corta los médicos de esa época, con muchos menos medios técnicos que ahora, generaban más confianza y eran, es una opinión personal, mucho mejores médicos que nosotros.

No sé qué pensarían sobre la necesidad de humanizar la asistencia al paciente, seguramente no la entenderían y se preguntarían cómo es posible hacer una medicina que no esté humanizada.

Podría contar muchas anécdotas de lo que era el día a día de dicho Servicio, el trabajo en equipo con enfermería, con los practicantes que había en ese momento y la responsabilidad para con los pacientes, que hacía que pasaran visita todos los días de la semana incluidos sábados y domingos (eso sí, mucho más rápido que ahora, ya que las historias clínicas se escribían a mano y eran mucho menos exhaustivas). Recuerdo, por ejemplo, haber acompañado a mi padre un 15 de agosto después de la comida de fiestas de Legarda a pasar la visita del pabellón Blanco, porque había un paciente que no le dejaba tranquilo y quería ver cómo iba.



En 1953, Tomás Belzunegui fue nombrado médico ayudante del Servicio de Tisiología.

Supieron ver en aquel momento, cuando no todos los servicios de Salud incorporaban servicios de Geriatría en sus hospitales, las características propias de la atención a los ancianos, integral y continua, y los situó entre los precursores de la Geriatría moderna. Luego vino la acreditación para la formación de médicos especialistas en Geriatría, siendo también pionero en el aspecto de la formación especializada.

Todo en la vida suele tener altibajos y el fallecimiento de D. Joaquín Peñalva fue durísimo para mi padre ya que eran mucho más que compañeros de trabajo. El fallecimiento de mi padre en 1993 y la peregrinación a que fue sometido el Servicio de Geriatría durante unos cuantos años (incluida la estancia en la Clínica San Miguel) sembraron dudas sobre la continuidad del mismo.

Afortunadamente, nuevos gestores, con la misma visión que tuvieron quienes impulsaron la creación del Servicio, propiciaron que éste volviera a su casa (el Hospital de Navarra) y que se incorporara savia joven con una magnífica formación y, sobre todo, mucha ilusión. Esto hizo que en los últimos años el Servicio, no solo recuperara su antiguo esplendor con la incorporación de MIR y EIR, sino que lo superara en aspectos muy relevantes tanto en el ámbito de la medicina como la investigación.

En la actualidad, el Servicio de Geriatría del Hospital Universitario de Navarra es uno de los más representativos del mismo. Mi padre estaría encantado de ver lo que hoy día es aquello que hace 50 años echaron andar.

SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA

Francesca Soler Parets, Beatriz Echarte Archanco, Nicolás Martínez Velilla⁴
Servicio de Geriatria del Hospital Universitario de Navarra.

RESUMEN

El Servicio de Geriatria del Hospital Universitario de Navarra se inició en 1972 a cargo de D. Tomás Belzunegui. Data de 50 años de historia, convirtiéndose actualmente en un Servicio Multidisciplinar contando con personal especializado en el manejo y cuidado del paciente anciano.

En la actualidad, ofrece una actividad asistencial, fundamentalmente, a pacientes hospitalizados (Unidad Geriátrica de Agudos, Unidad de Colaboración Ortogeriatrica y Servicio de respuestas a Interconsultas de otros servicios hospitalarios), pacientes con patología crónica (unidades de Crónico Pluripatológico y Demencias) y pacientes ambulatorios (Consultas externas y actividad de Interconsulta No Presencial). Además, existe una fluida relación con servicios como Oncología Médica o Cirugía, dirigidos a la colaboración en los aspectos funcionales y cognitivos de estos pacientes. Como modelo innovador se está trabajando con tele-asistencia a pacientes de zonas rurales y se están implementando proyectos de investigación para mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

A lo largo de los años, la actividad asistencial se ha visto incrementada, alcanzando un total de 2213 pacientes ingresados durante el transcurso del año 2022, de los cuales, 487 (22%) y 164 (7.4%), son pacientes que pertenecen al programa de Paciente Crónico-Pluripatológico y Demencia, respectivamente. Así mismo, desde enero de dicho año se ha retomado el número de consultas previo a época pandémica por Covid-19, con un total de 2987 actos asistenciales realizados a través de sus Consultas Externas.

ABSTRACT

The Geriatrics Service of the University Hospital of Navarra began in 1972 under the direction of Mr. Tomás Belzunegui. With 50 years of history, it has now become a multidisciplinary service with staff specialised in the management and care of elderly patients.

Currently, it provides care activity mainly to hospitalized patients (Acute Geriatric Unit, Orthogeriatric Collaboration unit and with the response service to Interconsultations from other hospital services) and patients with chronic pathology (through the Multipathological Chronic and Dementia units) and outpatients (outpatient clinics and non-face-to-face Interconsultation activity). In addition, there is a fluid relationship with services such as Medical Oncology or Surgery, aimed at collaboration in the functional and cognitive aspects of these patients. As an innovative model, telecare is being used for patients in rural areas and numerous research projects are being implemented to improve the quality of life of the elderly.

Over the years, care activity has increased, reaching a total of 2213 patients admitted in 2022, of which 487 (22%) and 164 (7.4%) are patients belonging to the Chronic-Pluri-Pathological Patient and Dementia Programme, respectively. Likewise, since January of this year, the number of consultations previously reduced due to the pandemic period by Covid-19, has been re-established, with a total of 2987 care acts in Out-patient Consultations.

⁴ El Servicio de Geriatria agradece a todos los administrativos que, a lo largo del tiempo, han estado integrados en nuestro servicio. Agradecemos especialmente a Elena Ablitas su colaboración en la elaboración de los datos y gráficas presentados.

DATOS HISTÓRICOS DEL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HUN

En el transcurso del año 1972 se crea, en el entonces denominado Hospital Provincial de Navarra, el Servicio de Geriatria. El Hospital de Navarra puede considerarse pionero en la creación de unidades hospitalarias de atención geriátrica en España.

En los primeros 15 años, el Servicio se ubicó en los pabellones Blanco y Azul, situados en el recinto del Hospital, contando con una dotación de 105 camas. La mitad de estas, orientadas a pacientes agudos y de media estancia. El otro 50%, para hospitalización de larga estancia. El personal sanitario, orgánicamente dependiente del Jefe de Servicio, el Dr. D. Tomás Belzunegui, lo componían un Jefe de Sección, 2 médicos adjuntos y una Jefatura de Enfermería.

En el año 1979, dos años después de la aprobación oficial en nuestro país de la Especialidad Médica de Geriatria, se presenta el expediente para la Acreditación Docente del Servicio de Geriatria del Hospital Provincial de Navarra, dotándose de 2 plazas para la formación MIR en Geriatria en el año 1980. Hasta 1986, cinco titulados realizan el periodo de formación en dicha especialidad.

En 1987, el Hospital de Navarra establece un cambio en la ubicación del Servicio de Geriatria, trasladándose a la unidad de hospitalización previamente ocupada por Ginecología-Obstetricia, pero con solo 46 camas. En abril de 1990 se traslada de nuevo al pabellón E-1°. Al mismo tiempo se producen cambios entre los geriatras, llevando la jefatura de Servicio el Dr. J.M. Redín desde 2004. Este cargo lo ocupará, desde 2014 hasta la actualidad, el Dr. Nicolás Martínez, consiguiéndose entonces la reincorporación del Servicio de Geriatria al Complejo Hospitalario de Navarra, asignando 35 camas hospitalarias y asumiéndose la realización de consultas externas, interconsultas, ortogeriatrica, interconsultas no presenciales y apoyo a la Residencia del Vergel.

Desde ese mismo año, el Servicio ha visto incrementado de forma progresiva el número de sus facultativos hasta los quince actuales. De igual forma, se han incorporado nuevas modalidades de colaboración, como la aten-

ción a pacientes crónicos y pluripatológicos o la colaboración en el programa de atención a las personas con demencia. De forma paralela, se ha incrementado la colaboración con servicios como Oncología Médica, Cirugía General o Cirugía Vasculat.

DATOS ACTUALES DEL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HUN

Actualmente, el Servicio de Geriatria se ubica en la primera planta del Pabellón E1 del HUN. Éste ofrece una actividad asistencial a: pacientes hospitalizados (Unidad Geriátrica de Agudos, Unidad de colaboración ortogeriatrica y con el servicio de respuesta a Interconsultas de otros servicios hospitalarios); pacientes con patología crónica (Unidades del Crónico Pluripatológico y Demencias) y pacientes ambulatorios (Consultas Externas y actividad de Interconsulta No Presencial).

1. Atención al Paciente Hospitalizado

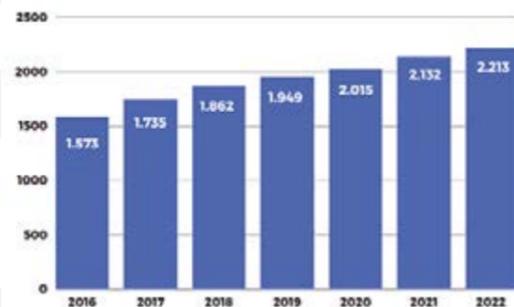
1.1 Unidad Geriátrica de Agudos

Consiste en una Unidad de Hospitalización con una cobertura asistencial de 24 horas al día los 365 días del año. Dispone de 40 camas, pudiendo aumentar este número en función de la presión asistencial e ingresos de pacientes incluidos en el programa del paciente Crónico Pluripatológico. El perfil del paciente es: avanzada edad, con patología crónica y con dependencia, por lo que requiere un número importante de profesionales cualificados que garanticen diariamente una atención de calidad.

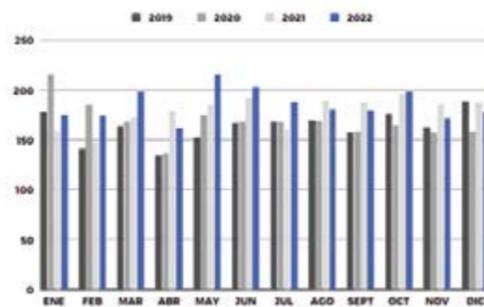
Como vemos reflejado en los gráficos inferiores, en los últimos años se ha producido un incremento progresivo de la actividad asistencial por un aumento anual en el número de ingresos y una reducción progresiva de la estancia media a lo largo de los años valorados.

El total de pacientes ingresados durante 2022 ha sido de 2213, con una media de edad de 87,9 años. Este número de pacientes ha supuesto un aumento, con respecto al año anterior (2132 pacientes), de un 3,8%. El número de pacientes/día durante 2022 también se ha incrementado pasando de 37,9 en 2021 a 38,2 en 2022. En cambio, la estancia media se ha reducido de 6,5 en 2021 a 6,3 días en 2022.

N° de INGRESOS por años



N° de INGRESOS por meses



Fuente: Elaboración propia.

1.2 Unidad de Colaboración Orto geriátrica

Los pacientes atendidos en la Unidad de Orto geriátrica son mayores de 75 años que ingresan en el Servicio de Traumatología con patologías traumatólicas y son valorados en las primeras 24-48 horas de su ingreso. La actividad de colaboración ortogeriatrica se comparte con el servicio de Medicina Interna. Actualmente, el Servicio de Geriátrica participa activamente en el Registro Nacional de Caderas.

El número de pacientes atendidos ha ido aumentando durante los últimos años (exceptuando el año 2020). Durante el año 2022, se han visto un total de 365 pacientes, de los que el 79,3% son mayores de 85 años.

1.3 Respuesta a Interconsultas de otros Servicios Hospitalarios

Los pacientes ingresados atendidos en Interconsulta Presencial son remitidos, directamente, desde otros Servicios del HUN. Las Interconsultas son contestadas por facultativos del Servicio de Geriátrica. En su seguimiento, habitualmente, se les presta atención diaria hasta su alta hospitalaria.

Durante el 2022, se han atendido un total de 326 interconsultas frente a 270 en 2021, lo que supone un aumento del 21% con respecto a 2021. El servicio que más demanda Interconsultas presenciales es el de Cirugía Vasculosa con 142 (43,6% del total).

2. Atención al Paciente Crónico

Actualmente, el Servicio de Geriátrica forma parte de dos programas de atención al paciente crónico: Pluripatológico y Demencia.

2.1 Crónico Pluripatológico

La actividad del programa Crónico Pluripatológico se inició en 2015 y se lleva a cabo en el Hospital de Día del paciente Pluripatológico, situado en las antiguas Urgencias del Complejo Hospitalario B (antiguo Virgen del Camino) y en la planta de hospitalización de Geriátrica del Pabellón E para atender pacientes ingresados. Se trabaja junto con el Servicio de Medicina Interna.

Durante 2022, de los 2213 ingresos en la Unidad Geriátrica de Agudos, 487 (22%) son pacientes que pertenecen al programa de Paciente Crónico Pluripatológico como "Cubo Rojo".

Dentro de la actividad del programa Crónico Pluripatológico, se ha producido un aumento de las consultas en un 5%: 1695 en 2021 y 1775 en 2022. Estas consultas se subdividen en:

- 185 Primeras Consultas. Suponen un 15,5% menos que en 2021 (219 consultas).
- 983 Consultas Sucesivas frente a 956 en 2021, lo que representa un aumento del 3%. De este total, 802 son Sucesivas (766 en 2021) y 181 Especiales, principalmente, revisiones urgentes (190 en 2021).
- 607 No Presenciales frente a 520 en 2021, lo que supone un aumento del 16,7%.
- En noviembre de 2016, se inició la actividad de Interconsulta No Presencial para pacientes incluidos en la estrategia de Crónicos Pluripatológico. Durante 2022, se han respondido un total de 1265 INPs (963 en 2021), dato que significa un incremento del 31%.

2.2 Crónico Demencia

La actividad del programa Crónico Demencia se inició en febrero de 2017. Al igual que en el Crónico Pluripatológico, se gestiona la atención al paciente Ingresado, Interconsultas No Presenciales y atención en Consultas de Hospital de Día. Se trabaja junto a los servicios de Neurología y Psiquiatría. Desde su comienzo, en febrero de 2017, la actividad de consultas se ha mantenido.

Durante 2022, de los 2213 ingresos, 164 (7,4%) son pacientes que pertenecen al Programa de Paciente Crónico Demencia como "Cubo Rojo". Hasta noviembre de 2022 se han atendido un total de 235 consultas (125 en 2021), lo que supone un aumento del 88% con respecto a 2021. Podemos dividirlas en:

- 88 Primeras Consultas (84 en 2021). Supone un aumento del 4,8%.
- 4 Consultas Sucesivas (2 en 2021). El incremento es del 100%.
- 143 No Presenciales (39 en 2021). El aumento alcanza el 266,7%.

La modalidad de actividad a través de Interconsultas No Presenciales se gestiona junto con el servicio de Neurología y, durante 2022, se han atendido un total de 956 INPs. De este total, el servicio de Geriátrica ha respondido 741 INPs (444 en 2021), lo que supone un aumento del 67%.

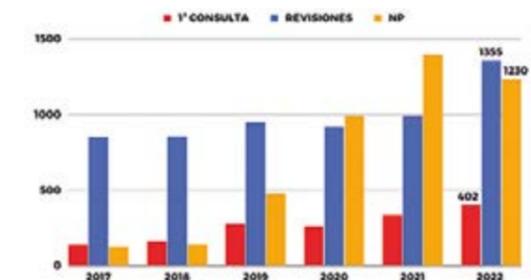
3. Atención al Paciente Ambulatorio

3.1 Consultas Externas

Desde febrero de 2018 la ubicación y gestión de las Consultas Externas se realiza en el Pabellón E del Hospital Universitario de Navarra, hecho que facilita la cohesión y da mayor coherencia a las múltiples actividades del Servicio de Geriátrica. A partir de mayo de 2019, las consultas de Geriátrica se unifican quedando programadas 3 agendas: Geriátrica General, Geriátrica Demencias y Geriátrica Caídas. Desde enero 2022, se han retomado el número y horario de consultas previo al Covid-19.

Actualmente se pasan las siguientes consultas:

- Geriátrica GENERAL: actividad que se realiza todos los días. En total: 7 Primeras Consultas (con opción de 3 semanales extra) y 27 Revisiones semanales.
- Geriátrica DEMENCIAS: se pasa consulta los miércoles. En total: 4 Revisiones Semanales.
- Geriátrica CAÍDAS: se pasa consulta los jueves. En total: 1 Primera Consulta y 4 Revisiones semanales. A lo largo del año 2022 se han registrado:
 - 402 Primeras Consultas frente a 333 en 2021. Ha aumentado un 20,7%. Del total, 349 han sido vistas en Geriátrica, 22 en Geriátrica Demencias y 34 en Geriátrica Caídas
 - 1355 Consultas Sucesivas: 1175 presenciales, 160 telefónicas y 20 videoconsultas. Se ha producido un aumento del 37% (989 en 2021). De estas Consultas, 1190 fueron vistas en Geriátrica, 64 en Geriátrica Demencias y 101 en Geriátrica Caídas.
 - 1230 No Presenciales frente a 1393 en 2021. Ha habido un descenso del 11,7%. Este descenso es debido a que se están realizando más revisiones telefónicas.



Fuente: Elaboración propia.

En diciembre de 2022, el número de personas en lista de espera para una 1ª Consulta en Geriátrica es de 77, con una demora media de días naturales de 67 días.

3.2 Actividad Interconsulta No Presencial

En el año 2015, se inició una interrelación del Servicio de Geriátrica con Atención Primaria, basada en la comunicación mediante consultas electrónicas. El crecimiento está siendo exponencial, lo que refleja que es un sistema

satisfactorio para Atención Primaria, que de forma creciente las está utilizando.

Podemos diferenciar 3 tipos de Interconsultas No Presenciales: INPs Crónico Pluripatológico, INPs Crónico Demencias (ya valoradas anteriormente) e INPs Geriátrica. Éstas últimas se iniciaron en febrero de 2015 y entre 2021 y 2022 han experimentado un incremento del 13%, ya que han pasado de 334 a 376 INPs, respectivamente.

INVESTIGACIÓN

En los últimos años, los miembros del Servicio han dado un importante impulso a los proyectos de investigación, con el afán de poder integrar esta actividad entre quienes están como residentes y, de forma transversal, en todo el Servicio. El inicio fue lento por la escasez de recursos económicos y humanos, pero gracias a la consecución de proyectos competitivos, inicialmente del Gobierno de Navarra y, posteriormente, a nivel nacional, se han conseguido establecer diferentes líneas de investigación.

Entre estas líneas, destacan, fundamentalmente, las referidas a aspectos como la fragilidad, discapacidad, dependencia y síndromes geriátricos. El siguiente paso fue la colaboración con proyectos europeos como Aptitude y Optimage, que han supuesto un cambio cualitativo y cuantitativo importantes con la incorporación de fisioterapia y farmacia de forma colaborativa en el equipo.

A MODO DE CONCLUSIÓN

El Servicio de Geriátrica del Hospital Universitario de Navarra es uno de los más antiguos de España. Pese a las vicisitudes descritas en el presente artículo, queda patente una clara trayectoria de crecimiento a nivel asistencial y de investigación y una clara orientación a la multiprofesionalidad y colaboración con los diferentes niveles asistenciales. Queda un amplio camino por recorrer y numerosos retos que abordar, pero gracias al tesón y trabajo de todos aquellos que nos precedieron, el futuro de este servicio está garantizado y ayudará a mejorar la calidad de vida de nuestros mayores.

LA TRANSICIÓN CLÍNICA Y EL PARADIGMA DEL CUIDADO REFLEXIONES ACERCA DE LA CRISIS DE LA COVID-19. ¿LECCIONES APRENDIDAS?

Javier Alonso Renedo, Alicia Beguiristáin Barrientos, Sagrario Anaut Bravo, Teresa Marcellán Benavente, José Joaquín Roldán Larreta, Olga Sala López.
Junta Directiva de la Sociedad Navarra de Geriátrica y Gerontología.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es, ante todo y sobre todo, una historia del éxito de las políticas de salud pública, así como del desarrollo social y económico; uno de los grandes triunfos y también uno de los grandes desafíos, en palabras de Gro Harlem Brundtland, ex-directora general de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1999) (1). El envejecimiento de la población es un fenómeno relativamente nuevo en la historia de la humanidad y, en la actualidad, común a todos los países del mundo, aunque a ritmo de intensidad diferente.

Navarra no es una excepción. Según los últimos datos del Padrón (INE, 2022), cuenta con un 20,5% de población mayor de 64 años y un índice de sobre-envejecimiento (mayores de 80 años) del 6,35%, siendo más elevados en las zonas rurales (2). Para el conjunto de España se estima que se alcanzará un 29% de mayores de 65 años en 2050, siendo uno de cada tres de esta población octogenario. No se esperan cambios para entonces sobre el predominio de las mujeres entre la población mayor.

Estos datos no deben ocultar que se trata de un fenómeno positivo, aunque no exento de retos (demográfico, sanitario, económico, jurídico, social, ético, intercultural, de cuidados, etc.),

que son globales, nacionales y locales, pero que hay que resolver desde una perspectiva transversal, interdisciplinar y transcultural. Supone una responsabilidad individual y colectiva abordar los desafíos y oportunidades que ello genera.

El envejecimiento poblacional tiene implicaciones para el crecimiento económico, la sostenibilidad presupuestaria (incremento en la presión sobre los sistemas de protección social) y la cohesión social a través de la solidaridad y justicia intergeneracionales. También se sabe de su impacto en el aumento de la demanda de servicios sociales, sanitarios y de cuidados de larga duración, en la mayor necesidad de formación del personal sanitario en geriatría y gerontología y de actuaciones que eviten distintas formas de discriminación, como el edadismo, que niegan a los mayores derechos y oportunidades colocándolas en situaciones de riesgo de soledad y aislamiento social. Ejemplo de todo ello ha quedado patente durante la emergencia sanitaria, social y humanitaria de la COVID-19, que ha hecho sentir nuestra intrínseca vulnerabilidad de una manera intensa y colectiva.

Numerosos estudios a nivel nacional e internacional han alertado sobre las repercusiones económicas, fiscales, sociales y políticas que tendrá el incremento de la población mayor

y el descenso de la población económicamente activa en las próximas décadas. De ahí que se haya convertido en una preocupación prioritaria en todas las sociedades y tenga una presencia creciente en el debate político y social. Buen ejemplo de ello es el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento (OMS, 2002), el Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional (2012, Unión Europea), el Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud (2015, OMS), la Declaración de Pamplona (Sociedad Navarra de Geriatria y Gerontología, 2016), el Libro verde sobre el Envejecimiento (Comisión Europea, 2021) o la Estrategia de Envejecimiento Activo y Saludable de Navarra 2017-2022 (Gobierno de Navarra, 2017), enmarcada dentro de las recomendaciones que en esta materia ha realizado la OMS (3). Su finalidad es promover que el envejecimiento personal y colectivo se produzca con la máxima capacidad funcional, de manera que las personas permanezcan activas, autónomas e independientes durante el mayor tiempo posible. Asimismo, plantean dar respuesta a los diversos retos de forma transversal, con perspectiva de igualdad de género y de equidad social en la formulación de los objetivos y líneas estratégicas de actuación para dar “vida a los años” y promover el respeto y autonomía de la persona mayor, así como su participación plena y efectiva en la sociedad “para una vida autorrealizada, con y para otros, en instituciones justas” en palabras del gran filósofo y antropólogo francés Paul Ricoeur.

Desde las primeras décadas del siglo XX, se ha ido constatando, además de una transición demográfica, otra epidemiológica a medida que los patrones de enfermedad de la población han ido cambiando desde un predominio de enfermedades exógenas, transmisibles y agudas como las carenciales e infecciosas (neumonía, cólera, sarampión, viruela, tuberculosis, gripe, disentería) hacia otras endógenas, no transmisibles, crónicas y edad-dependientes (degenerativas, tumores, cardiovasculares, respiratorias, salud mental, diabetes...), accidentes y adicciones. En el siglo XXI, como consecuencia de las anteriores y complementándolas, se ha producido una tercera transición: la denominada transición clínica (4), con una tipología de paciente caracterizado por tener edad avanzada, alta comorbilidad y deterioro funcional.

Es cierto que la medicina científica ha permitido el control y erradicación de enfermedades infecciosas muy letales, de todas las enfermedades agudas y de todos aquellos procesos en que la biología, la anatomía y la fisiología tienen un papel importante. Sin embargo, este enfoque biologicista y, con frecuencia, hospitalocéntrico (automatizado, protocolizado, tecnificado e intensamente medicalizador) es insuficiente en la enfermedad crónica, la enfermedad mental, el declinar funcional y discapacidad y el proceso de morir. Según Barbara Starfield y Sergio Minué, profesionales de prestigio del ámbito de la Atención Primaria, una medicina orientada hacia enfermedades, sea a través de guías de práctica clínica o sea mediante gestión de enfermedades crónicas, es altamente inequitativa e ineficiente y no puede abordar con suficiencia ni excelencia las intervenciones necesarias cuando los pacientes tienen diferentes problemas de salud. Un sistema sanitario público de provisión universal basado en una atención primaria fuerte ha demostrado ser más coste-efectivo, al reducir costes y evitar hospitalizaciones innecesarias, y generador de equidad. Se cuenta con suficientes y contundentes evidencias que apuntan a un tipo de gestión e intervención que fortalezca la Atención Primaria, para que abandone así su “crisis perpetua” y se convierta, por fin, en el verdadero eje vertebrador del sistema nacional de salud (5,6).

LA TRANSICIÓN CLÍNICA Y EL PARADIGMA DEL CUIDADO

A partir de lo expuesto conviene aclarar dos paradigmas actuales para comprender la organización de los sistemas de salud y de servicios sociales para una población envejecida: la transición clínica y el paradigma del cuidado en todo el “continuum funcional” del ser humano. En primer lugar, la llamada transición clínica (7). Leocadio Rodríguez-Mañás, geriatra, investigador y ex-presidente de la Sociedad Española de Medicina Geriátrica, la más prestigiosa sociedad científica de la geriatría española, viene señalando desde hace tiempo que los profesionales y los sistemas sanitarios deben cambiar su modo de pensar y de actuar ante el paciente contemporáneo del siglo XXI, que precisa de unos cuidados sanitarios y sociales diferentes y específicos respecto al paciente clásico del siglo pasado. Se ha hecho evidente que

el modo tradicional de abordaje clínico es inadecuado para afrontar los problemas de este nuevo paciente, parcialmente explicado por una mayor carga de morbilidad (hasta ocho diagnósticos médicos de media en sujetos de 80 años y más) y, sobre todo, por el modo de expresión fenotípica característica de la enfermedad en el mayor, que no es sino el declinar funcional y la discapacidad.

Es por ello preciso diagnosticar precozmente la situación que les precede (un síndrome biológico y médico conocido como fragilidad) para intervenir “a tiempo” y revertirla, si fuera posible, como la medicina basada en pruebas demuestra con contundencia. Como señala la OMS en su Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud (8), esta transición clínica debiera estimular la participación de diversos agentes, como gestores, planificadores y responsables sanitarios, alrededor de una organización sanitaria que crea en los cuidados holísticos enfermeros y garantice el acceso a servicios que presten atención integral, longitudinal, coordinada y focalizada en la persona; oriente los sistemas de atención en torno a la capacidad funcional como eje de la atención sanitaria; y se comprometa a ampliar la capacitación para todas las profesiones vinculadas a la salud no solo en materia de atención geriátrica y formación bioética (toma de decisiones, trabajo en equipo, ética de la virtud y del cuidado, liderazgo ético...etc.), sino también para superar el estereotipo discriminatorio por motivos de edad, todavía presente en nuestra sociedad, en las autoridades sanitarias y en los entornos de asistencia sanitaria.

En segundo lugar, el paradigma del cuidado y los Fines de la Medicina del prestigioso Instituto de Bioética Hastings Center (9) de Nueva York, que deben ser algo más que la curación de la enfermedad, su prevención y la promoción de la salud: han de situar al mismo nivel el curar y el cuidar, aliviar el dolor y el sufrimiento evitable, el cuidado de las personas enfermas incurables y la búsqueda de una muerte tranquila. Cuando el continuum funcional de la persona alcanza ya un grado irreversible y grave de limitación física y/o cognitiva, hemos de acompañarle humanamente con hospitalidad, presencia y compasión, potenciando sus capacidades y fortalezas, cuidándole como a él o a ella le gustaría ser cuidado, reconociéndole como un ser valioso

en sí mismo y, por tanto, respetando su libre, auténtica e inalienable autonomía decisoria o forma de estar y de ser en el mundo y de afrontar sus desafíos, incluida la petición de ayuda médica para morir dentro de la Ley Orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia.

Como señala Victoria Camps en su ensayo Tiempo de Cuidados (10), este cambio de paradigma exige reconocernos como seres interdependientes, relacionales, empáticos con los semejantes y atentos a los requerimientos del planeta. Donde seamos capaces de equilibrar razón y sentimiento, justicia y cuidado, derecho y unas relaciones interpersonales más cercanas, cálidas, respetuosas y responsables. El cuidado y la justicia, valores socialmente importantes, engendran obligaciones compartidas en todas las personas, sin distinción de sexo, y en las instituciones y administraciones competentes. Ambos son valores complementarios para humanizar la atención sanitaria en estos tiempos convulsos. Valores que han sido lesionados durante la crisis de la COVID-19.

Afortunadamente la enseñanza de cuidados paliativos y bioética, si bien a duras penas, se ha ido incorporando a las facultades de Medicina y Enfermería en toda España. En Navarra, de la mano y del corazón del profesor Carlos Centeno, catedrático de Medicina Paliativa de la Universidad de Navarra, se viene formando a los estudiantes en ciencias de la salud en estas disciplinas, que les recuerda la esencia, el porqué, de esta profesión: la atención y el cuidado ante el ser humano vulnerable que sufre y muere. Como señala Diego Gracia, médico y experto mundial en bioética, el profesional “es siempre un consagrado a una causa de una gran trascendencia social y humana”, alguien dotado de unas capacidades técnicas y éticas suficientes como para comprometerse con las personas de una comunidad y aportarles un bien. Nada más pero tampoco nada menos.

Por tanto, es necesario promover, además de la nueva organización de los sistemas de salud y sociales en torno a esta tercera transición clínica, otro nuevo marco mental, el paradigma del cuidado. Nos va la vida en ello como sociedad: aprendemos a cuidar (nos) o perecemos como especie, “cargando, encargándose y haciéndose cargo”, en palabras del filósofo y teólogo vasco Ignacio Ellacuría,

de lo vulnerable y de lo frágil, características constitutivas del ser humano, pero también del planeta y cosmos que habitamos, porque nos sabemos interdependientes y necesitados de interacción y de cuidados. Porque cuando amamos cuidados y cuando cuidamos amamos. Es el cuidado, para el filósofo y teólogo brasileño Leonardo Boff, la categoría central de este nuevo paradigma de civilización que trata de emerger en todo el mundo; cuidado que asume una doble función de prevención de daños futuros y regeneración de daños pasados.

En el ámbito del cuidado y la necesidad de ayuda, los cambios acontecidos durante los últimos años parecen evidenciar una tendencia ascendente en el porcentaje de población en situación de dependencia. La llamada "crisis del cuidado" se ha reconocido como uno de los grandes desafíos a los que se enfrentan, en particular, las sociedades occidentales: el modelo del cuidado, que reposaba sobre la vinculación de la mujer al ámbito de lo doméstico, lleva años resquebrajándose. La catedrática de Sociología e investigadora en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas, María Ángeles Durán, ha destacado en *La riqueza invisible del cuidado* que el cuidado de los mayores ha hecho surgir una nueva clase social emergente, pero con muy pocos derechos porque casi carece de conciencia de clase y de capacidad de reivindicación: el cuidador. Una vez puesto un nombre al colectivo encargado de proporcionar cuidados a las personas (principalmente mujeres: esposas, madres, hijas y nietas), es tiempo de que este tenga la consciencia de serlo y entienda cuál es su relación con el sistema productivo y con otros grupos sociales para poder comenzar a realizar demandas que mejoren sus condiciones materiales. Si se mantiene el ritmo de incorporación de la mujer al mercado de trabajo y el escenario de envejecimiento demográfico, es posible que ni siquiera el mercado informal pueda absorber la demanda potencial de cuidados. Quizá entonces, el mercado, el Estado, o ambos si es que son distintos, deberán asumir la tarea de cuidados que hasta ahora han dejado en manos de los hogares, es decir, de los millones de mujeres que conforman el cuidador. La respuesta a este contexto ya estaba recogida desde el 2006 en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia: co-responsabilidad. Corresponsabilidad del conjunto de la sociedad, el

mercado, las administraciones públicas y las familias/unidades de convivencia en un equilibrio lo más equitativo posible, que supere la sobrecarga solo en las últimas, donde se encuentra el cuidador.

España está, dentro de los países de la Unión Europea, en los últimos puestos en expectativa de vida libre de discapacidad. Es decir, vivimos muchos años (éxito), pero los últimos son con mala salud, enfermedades crónicas y degenerativas y dependencia (el fracaso del éxito) y, como señala la OMS, con cotas crecientes de aislamiento social (unido o no a exclusión social) y soledad no deseada, ambos riesgos para el deterioro de la salud y una forma de maltrato y de abandono, como así se ha evidenciado durante los dos largos años de la crisis por la COVID-19.

Por lo expuesto, deviene que los responsables sanitarios, políticos y profesionales de la salud, en los diferentes niveles asistenciales y de cuidado socio-sanitario, se consagren "en cuerpo y alma" al cultivo de virtudes y valores que les permita huir de la mediocridad y de la indiferencia, grandes pandemias "morales" de la sociedad actual. Como decía Julián Marías, «la ética no trata de lo bueno, sino de lo mejor, decisivo en la ordenación de la conducta y en la realización de esa operación que es vivir». Resulta esencial la recuperación de este compromiso con la excelencia, con el trabajo bien hecho. Es el dominio propio de una ética de la virtud (11), que debe contribuir a la satisfacción y la autorrealización profesional y una apuesta por la que merece la pena seguir avanzando. Sin embargo, la realidad actual presenta un entorno clínico irreflexivo, protocolizado y centrado en un "solucionismo" tecno-científico, en un preocupante reduccionismo "tecnocrático", muy frecuente en médicos, políticos y gestores. De esta forma se llega a pensar que todo problema ético es un problema técnico mal planteado; o bien es el resultado de la ignorancia o de una mala interpretación de los hechos. Sobran ejemplos de ello en la vida cotidiana y durante la crisis de la COVID-19, con nefastas consecuencias.

Como señalaba Adela Cortina (12), "la necesidad de una cierta aristocracia (del griego aristoi, "los mejores") ha ido subiendo a la palestra en los diferentes campos de la vida social, al percatarse de que es imposible realizar con bien diferentes actividades si los

que en ellos se integran y de ellas se responsabilizan no aspiran a alcanzar la cota más elevada posible, no aspiran a ser excelentes". Es decir, para que la asistencia sanitaria y social constituya un progreso para la humanidad se exige que esta empresa no solo sea aceptable, no solo una dorada mediocridad, sino también ser excelente. Universalizar la aristocracia, sigue Cortina, en cada una de las profesiones es la principal fuente de la riqueza de las naciones y de los pueblos, y una exigencia de responsabilidad social para promover la cualificación y calidad ética de los recursos humanos que en ellas desempeñan su trascendente misión.

CRISIS DE LA COVID-19. IMPACTO Y REFLEXIONES BASADAS EN HECHOS Y EN VALORES

Recogiendo las reflexiones de la profesora Goikoetxea y de su grupo de trabajo dentro del Comité de Ética de Intervención Social de Bizkaia (13), si algo ha mostrado la crisis de la COVID-19 con toda su crudeza, ha sido el menoscabo grave de este valor esencial del cuidado, que ha afectado de forma desproporcionada a las personas mayores y más vulnerables, con enfermedades crónicas, fragilidad social y/o de salud, algunas en situación de pobreza, contagiadas o no, con necesidades de atención variables y en cualesquiera de los ámbitos de residencia. Ellas reclaman ser tratadas bien, con igual consideración y respeto en la satisfacción de sus necesidades y en su consideración como sujetos de derechos; es decir, cuidar no es solo prestar servicios y realizar intervenciones basadas en la mejor evidencia científica, sino establecer relaciones de buen trato fundamentadas en el reconocimiento y la estima, satisfacer nuestras necesidades "de ser", de autorrealización personal que hace que nuestra biografía tenga sentido y se considere satisfactoriamente lograda y en instituciones justas, como enseñaba Ricoeur (14).

También ha evidenciado la fragilidad de los sistemas de salud y servicios sociales (15), en sus dos niveles asistenciales, para apoyar a las personas mayores y para considerar sus necesidades únicas, singulares. Una vez más, esta población no ha recibido la atención sanitaria y social adecuada a sus necesidades, ni durante la fase aguda de la crisis ni en los momentos posteriores a la misma. Esta crisis sanitaria puede, debe, ofrecer oportunidades

de mejora en los sistemas de vigilancia de la salud, en la coordinación socio-sanitaria, en el modelo de atención de las residencias y en la preparación para hacer frente a futuras emergencias de salud pública, asegurando la equidad en la atención a la ciudadanía para mantener una vida razonablemente en buena salud. Cabe destacar, no obstante, la responsabilidad, solidaridad y compromiso de colectivos profesionales y del sector servicios, aunque a un coste elevadísimo en salud física, psíquica y emocional.

Las organizaciones sanitarias llevan mucho tiempo "desnutridas y desnortadas", y con unos profesionales que, bajos de moral, manifiestan un distrés moral y ético, además de sentirse des-cuidados por ellas. A este respecto Ortega y Gasset decía que un ser humano desmoralizado es simplemente alguien que "no está en posesión de sí mismo, que está fuera de su radical autenticidad y por ello no vive su vida, y por ello no crea, no fecunda, no hincha su destino" (16). Así de real es la situación y así son las consecuencias en términos de calidad percibida por la ciudadanía del Sistema Nacional de Salud.

Las primeras décadas de este siglo han hecho evidente un problema de liderazgo ético y de capacidad en políticos, gestores, sanitarios, científicos y medios de comunicación (17). Por ejemplo, ha sido obvio en la gestión de la crisis, la falta de una información y comunicación clara, concisa, sensata y prudente por parte de la OMS y responsables políticos, sanitarios y mass media, lo que generó confusión, sufrimiento, pánico e inseguridad, cuando podían haber sido evitables. Hay cifras que, si se dan amplificadas por los medios de comunicación, no aportan ningún servicio y, en cambio, han sido perniciosas en términos de confianza y credibilidad de la información periodística. La transparencia es, sin duda, esencial, pero también lo es cómo y cuándo se comunican los datos. La comunicación es un factor que con frecuencia se deja de lado en la gestión de las crisis y, sin embargo, es uno de los aspectos más esenciales para activar y mantener activada la responsabilidad individual y social. Debido a este déficit en el liderazgo ético de la OMS, su pérdida de prestigio ha sido palpable en la sociedad. Ha demostrado lentitud en tomar decisiones durante la crisis, una deficiente gestión de la información y una dependencia

excesiva de los poderes políticos, del sector privado y de fundaciones filantrópicas (como la Fundación Bill & Melinda Gates o la GAVI -la Alianza para la Vacunación-).

La respuesta que se impuso por el Gobierno español al inicio de la crisis fue el confinamiento y aislamiento social de manera homogénea a toda la sociedad, sin tener en cuenta las diferentes necesidades de atención y vulnerabilidades de la población mayor. Protocolizar para todos igual fue discriminatorio e injusto porque olvidó la equidad y, con ella, los apoyos necesarios para que las personas en variadas situaciones y con déficits funcionales diversos pudieran acceder al bien común de la asistencia sanitaria para curar, para aliviar u obtener los cuidados necesarios para un buen morir (13).

Las medidas epidemiológicas “de brocha gorda” impuestas para frenar los contagios en nombre de la preservación de la salud de las personas más vulnerables prevalecieron sobre razones de la más estricta humanidad; la mera supervivencia de las personas mayores como objetivo fundamental de salud pública ocasionó más soledad, más miedo, más incompreensión, más falta del cariño de sus seres queridos y más abandono, situación terrible vivida por quienes fallecieron en absoluta soledad en casa, en el hospital o en la residencia, y sus familias que no pudieron despedirse ni asumir su duelo. En nombre del miedo, se aceptaron medidas que en otros tiempos hubieran sido injustificables como el confinamiento, el paseo por franjas de edad, los toques de queda o la imposibilidad de visitar a familiares en hospitales o residencias. Fueron medidas que no fomentaron la autonomía y la responsabilidad, sino la heteronomía, al ceder a un organismo poderoso la capacidad de decisión para decir a la ciudadanía cómo debía actuar, bajo amenazas represivas si no se obedecía (17).

Un apartado especial son las consecuencias negativas sobre las personas afectadas de demencia y sus cuidadoras durante el confinamiento. Si bien los medios de comunicación se encargaron de alertar de la grave situación en residencias de personas mayores y hospitales, las personas con demencia que vivían en sus domicilios y sus cuidadoras sufrieron, en silencio, las consecuencias del confinamiento domiciliario. Como se refleja en el estudio del

Grupo de Demencias de la SNGG, en colaboración con el Hospital Universitario de Navarra y la Asociación de Familiares de Personas con Alzheimer y otras Demencias de Navarra (AFAN), sobre las necesidades de los cuidadores familiares de personas con demencia durante la crisis de la COVID-19 en España y publicado en el Journal of Alzheimer’s Disease (18), ellos reportaron el efecto negativo de las restricciones en sus familiares y la sensación de no contar con el apoyo de las instituciones públicas; no solo tuvieron que aumentar el tiempo de atención debido al cierre de centros de día y otros lugares recreativos, sino que también lucharon contra el miedo a no contagiarse para salvaguardar la salud de sus familiares. Además, las propias personas con demencia experimentaron deterioro funcional y/o cognitivo, mostrando mayores niveles de irritabilidad. Al mismo tiempo, sus cuidadoras desarrollaron trastornos del estado de ánimo, el sueño y/o de la alimentación, echando de menos ayuda profesional, especialmente de equipos médicos especializados.

Por tanto, el confinamiento no ha sido inofensivo, sino que potenció riesgos como la pérdida de identidad, de amistades y de sentido, de recursos económicos y de deterioro de las relaciones intergeneracionales (13), además del deterioro funcional por una menor actividad física de moderada-alta intensidad y un menor tiempo de caminar lo que pudo contribuir a acelerar el riesgo de fragilidad y el desarrollo de discapacidad, como los profesionales sanitarios han podido constatar “a pie de cama”. En la etapa de los cuidados, de la interdependencia, según Goikoetxea (13) y Camps (10), se han de poner en marcha mecanismos y modelos de atención que aseguren el mayor bienestar posible de la población partiendo del respeto pleno a la dignidad intrínseca del ser humano y a los derechos de las personas, a sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva (13).

¿Cómo hacer despegar este modelo de atención? Poniendo el cuidado en el centro de la vida y de las políticas públicas; re-significando el valor social de la vejez, la salud, la buena vida y la muerte desde una vertiente más amorosa, respetuosa e interdependiente; no infantilizando a la población; y, finalmente, recuperando y dando a conocer los fines de la medicina y sus límites ante el enorme poder transformador de la tecnociencia (19).

El principal desafío, por tanto, después de la necesidad de cuidado o cuidados, es combatir esa pérdida de contacto con el mundo y con los demás de las personas mayores en situación de vulnerabilidad (14). De hecho, a nivel de centros residenciales, la restricción de visitas fue inflexible desde marzo de 2020 hasta febrero de 2021, y en algunas residencias continuó todavía después de la administración de la pauta completa de vacunación. Estos centros han de prepararse para futuras emergencias infecciosas y disponer de medios de prevención de propagación (vigilancia, pruebas, capacidad de aislamiento, rastreo y equipos de protección individual), estar dotados de suficientes recursos humanos con formación específica y con unas condiciones laborales decentes (20). Como decía Cortina en el artículo citado (12), somos lo que la educación hace de nosotros y la fuente principal de la riqueza de los pueblos es la calidad técnica, humana y ética de sus recursos humanos.

Es momento de análisis de lo sucedido y de aprendizaje a partir de los errores y aciertos cometidos. Es momento de reconocer la interdependencia de cuantos formamos parte de la sociedad, desde quienes producen bienes y servicios hasta quienes han estado en primera línea de la atención de las personas enfermas. Ha quedado puesto de manifiesto que nadie sobra como tampoco sobra ninguna actividad productiva. Vaya desde estas reflexiones de la SNGG nuestro más sincero agradecimiento y homenaje a todos ellos pero, sobre todo, a las personas mayores que han sido, durante todo este tiempo de crisis, un ejemplo de «lucha sin cuartel» contra los riesgos de pérdida de su identidad, de protagonismo, de vitalidad y de dinamismo. Aprendamos de los errores y no volvamos a quedar impasibles ante su vulnerabilidad, respondamos responsablemente a su interpelación, escuchemos su voz y su relato, tratémosles con devoción, consideración y respeto. Es de justicia humana porque nada de lo humano, nada, absolutamente nada, nos puede ser ajeno.

RETOS Y OPORTUNIDADES

Por todo lo expuesto se deduce que el envejecimiento y el impacto de la crisis de la COVID-19 han evidenciado muchas limitaciones en los diferentes sistemas de protec-

ción social, pero también oportunidades de mejora y llamadas a la acción que apuntamos a modo de conclusiones:

1. Poner el cuidado en el centro de la vida y de las diferentes políticas públicas. Porque es en el reconocimiento de la dignidad ontológica que toda persona tiene por el mero hecho de ser y existir, donde se fundamenta el principio ético que obliga al buen trato a las personas mayores.
2. Desarrollar un modelo de cuidados en el que las personas mayores se conviertan en el eje central de la organización del centro o servicio y de las actuaciones profesionales, potenciando su autonomía decisoria sin por ello abandonar la praxis profesional basada en la mejor evidencia científica.
3. Adecuar la organización de los sistemas sanitarios y sociosanitarios a la realidad demográfica y social para alcanzar la excelencia en los cuidados, sobre todo de larga duración. El liderazgo enfermero en actividades de gestión, educación, administración, investigación, emprendimiento y política es fundamental.
4. Extender una ética de la virtud en el ejercicio de la medicina, la enfermería y los cuidados sociosanitarios para humanizar la atención y considerar el bien integral del paciente o usuario según sus criterios de bien.
5. Fomentar la formación de todos los profesionales sanitarios desde una perspectiva amplia que tenga en cuenta variables no solo científicas o biológicas, sino también sociales, culturales, económicas, políticas, comunicacionales y éticas. Para ello, la enseñanza de Humanidades, y dentro de estas, una bioética de calidad, es una tarea irrenunciable que debería ser llevada a cabo por docentes con un buen conocimiento del mundo sanitario, formación humanista y entrenamiento en deliberación moral.
6. Educar en la autonomía, la responsabilidad y la prudencia en las decisiones de los individuos. Porque el concepto de salud y enfermedad no son meros hechos biológicos, determinados unilateralmen-

te por los profesionales sanitarios, sino también acontecimientos biográficos donde los valores de la persona afectada son fundamentales para determinar lo que le conviene.

7. Superar el reduccionismo “tecnocrático” imperante de los profesionales sanitarios y gestores que reduce la ética al mundo de los hechos, es decir, que cree que el mero conocimiento de los hechos capacita para inferir objetivamente las mejores recomendaciones, convirtiendo los problemas éticos en problemas técnicos que tiene que ser resueltos por expertos.
8. Aprender a deliberar mejor sobre hechos, valores y deberes como signo de madurez psicológica, social y profesional evitando los tres enemigos de la ética: el simplismo, el absolutismo y el relativismo porque conducen al dogmatismo, al fanatismo y al desprecio de la ética, respectivamente, como se ha constatado durante la crisis.

9. Procurar la co-responsabilidad en la tarea de cuidado y auto-cuidado a través de una participación activa y responsable de la sociedad y sus agentes.
10. Evitar que nunca más muera una persona sola y que un familiar no pueda acompañar en ese tránsito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37:74-105
2. Instituto Nacional de Estadística. Indicadores de Estructura de la Población. [Consultado el 18 de noviembre en: www.ine.es]
3. Gobierno de Navarra. Estrategia de Envejecimiento Activo y Saludable de Navarra 2017-2022. [Consultado el 18 de noviembre en: www.navarra.es]
4. Rodríguez-Mañas Leocadio, Fried LP. Frailty in the clinical scenario. *Lancet*. 2015; 385: e7-9. doi:10.1016/S0140-6736(14)61595-6
5. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994. 22; 344(8930):1129-33.
6. Minué S, Fernández-Aguilar C. Visión crítica y argumentación sobre los programas de atención de la cronicidad en Atención Primaria y Comunitaria. *Atención Primaria*. 2018;50(2):114-129
7. Rodríguez-Mañas Leocadio, Rodríguez-Artalejo F, Sinclair AJ. The Third Transition: The Clinical Evolution Oriented to the Contemporary Older Patient. *J Am Med Dir Assoc*. 2017;18 (1):8-9. doi:10.1016/j.jamda.2016.10.005.
8. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2015. [Consultado el 18 de noviembre en: <http://envejecimiento.csic.es>]
9. The goals of medicine: Setting new priorities. New York: The Hasting Center Report; 1996 [Los fines de la medicina. El establecimiento de unas nuevas prioridades. Cuadernos de Bioética. Barcelona: Fundación Víctor Grífols i Lucas; 2004]
10. Camps V. Tiempo de cuidados. Otra forma de estar en el mundo. Barcelona. Arpa Editores. 2021.
11. Cruz J. Bioética y teorías de la virtud. En: Ferrer JJ, Lecaros JA, Molins R. Bioética: el pluralismo de la fundamentación. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2016, p.175-204.
12. Cortina A. Universalizar la aristocracia: por una ética de las profesiones. *Claves de razón práctica* 1997; 75: 46-52.
13. Goikoetxea Iturregui M (coordinadora del grupo de trabajo Ética y Covid-19). ¿La salud de quién estamos defendiendo? Desigualdades sociales y sanitarias en tiempos de pandemia. <http://www.asociacionbioetica.com/blog/la-salud-de-quien-estamos-defendiendo-desigualdades-sociales-y-sanitarias-en-tiempo-de-pandemia>
14. Goikoetxea Iturregui M. La soledad y el valor del cuidado. XXXIX Cursos de Verano de la UPV/EHU. Universidad de Deusto. CEIS de Bizkaia. Disponible en internet.
15. Fernández-Ballesteros R, Sánchez-Izquierdo Alonso M. Impacto del COVID-19 en personas mayores en España: Algunos resultados y reflexiones. *Clínica y Salud*. 2020;31(3):165-169.
16. Ortega y Gasset J. “Por qué he escrito El hombre a la defensiva”.
17. Salvador Macip. Lecciones de una pandemia. Editorial Anagrama. Barcelona. 2021
18. Carcavilla N, Pozo AS, González B, Moral-Cuesta D, Roldán JJ, Erice V, Remírez AG. Needs of Dementia Family Caregivers in Spain During the COVID-19 Pandemic. *J Alzheimer Dis*. 2021; 80(2):533-537. doi: 10.3233/JAD-201430. PMID: 33554916
19. Riera Armengol L, Torrell Vallespin G. Vulnerabilidad, cuidados y atención primaria. *Cronicidad en tiempos de pandemia. Bioética & Debat*. 2020;26(88):3-9.
20. Zunzunegui MV. COVID-19 en centros residenciales de personas mayores: la equidad será necesaria para evitar nuevas catástrofes. *Gac Sanit*. 2022;36(1): 3-5. doi:10.1016/j.gaceta. 2021.06.009

PRESENTE Y FUTURO DE LA GERIATRÍA. REFLEXIONES DESDE LA PRESIDENCIA DE LA SNGG

José Manuel Ribera Casado.
Catedrático Emérito de Geriatria de la UCM

UN PUNTO DE PARTIDA

Debo empezar por agradecer a la SNGG su amable invitación a presentar unas breves reflexiones en este número monográfico dedicado a la historia de la geriatría. A lo que han sido las vicisitudes históricas –los encuentros y desencuentros– entre Navarra y las especialidades geronto-geriátricas a lo largo del último medio siglo.

Agradecer la invitación y, también, felicitar por la iniciativa. Conocer y cuidar la propia historia es esencial para poder desempeñar bien el trabajo dentro del marco donde uno se mueve. Es la única vía válida para dotarle de una continuidad necesaria en orden a que los avances tengan lugar de una manera uniforme y continuada en vez de hacerse a trompicones con saltos, interrupciones y, eventualmente, retrocesos. Cuando esta historia de una institución se recoge y ordena desde dentro, con conocimiento de lo que se habla por parte de sus autores, tenemos, además, la ventaja de evitar que cualquier ignorante, en un momento de euforia, decida tomar el bolígrafo y desarrollar un relato sesgado y erróneo, pero difícil luego de rebatir.

Yo que llevo cuarenta años metido en este mundo, con visitas a Navarra relativamente frecuentes por los motivos más variados y que me precio de mantener una buena amistad con muchas de las personas que aquí se citan, amigos que han presidido la

Sociedad y/o que han sido protagonistas de sus avances, debo decir que he aprendido mucho con la lectura de este ejemplar de la revista. Sobre todo, en lo que se refiere a su parte más antigua, antes del nacimiento de la sociedad científica.

Son testimonios y datos de un gran valor histórico, que muestran las enormes dificultades con las que aquí, como en otros muchos lugares del país, se ha tenido que enfrentar la especialidad para vencer resistencias y seguir adelante. Siempre ha sido así. Las cosas no caen del cielo y llegar al presente ha supuesto, en Navarra y en todas partes, un esfuerzo de superación mantenido en el tiempo por quienes fueron eso que se llama “precursores”. Me hubiera gustado disponer de esa información para haber podido mejorar el libro con la historia de los 75 años de la SEGG que acaba de ver la luz.

En la parte más reciente, en el capítulo testimonial firmado por los sucesivos presidentes de la SNGG ya me encuentro mucho más integrado. Recuerdo perfectamente los pasos previos y las luchas del fundador y primer presidente, el Dr. Juan Luis Guijarro y su reducido grupo de colaboradores, para crear la Sociedad. También el día del nacimiento. Recuerdo, igualmente, el apoyo, alegre y entusiasta ofertado desde la SEGG, sobre todo a través de quien entonces la presidía, el Dr. Francisco Guillén, casi, casi, un navarro de adopción. También otros muchos momentos como la ce-

lebración del Congreso Nacional del año 2006, un éxito organizativo y de participación ya bajo la presidencia del Dr. Rafael Sánchez-Ostiz. Igualmente, los innumerables encuentros en congresos, juntas directivas de la SEGG, cursos y hasta presencia en tesis doctorales. Encuentros para sumar, en definitiva, con muchos de quienes habéis sido y sois la esencia de esta Sociedad Navarra.

Para concluir y no pasarme del espacio asignado, además de reiterar agradecimiento y felicitaciones, tan sólo querría incidir en un consejo, probablemente innecesario, pero siempre útil. No aflojéis. La constancia aplicada al trabajo es la clave del éxito en este tipo de proyectos y eso es lo que os deseo, trabajo, satisfacción y éxito en todos aquellos proyectos en los que os embarquéis. ¡Larga vida a estos “Cuadernos gerontológicos” navarros!

DESDE LA EXPERIENCIA

Dr. Juan Luis Guijarro (1991-1999)

Dentro de poco la Geriatria cumplirá un siglo. Su nacimiento estuvo determinado por una característica principal del enfermar en la vejez, la cronicidad. Ese es el fundamento de nuestra especialidad. Ahora se cumplen los 75 años de la Sociedad Española de Geriatria, joven entidad científica, pero con suficiente madurez y actividad para hallarse bien reconocida en el panorama médico y social del país.

El siglo XX ha conocido un hecho demográfico singular: el crecimiento de la población de más de 65 años. Un solo dato justificará este fenómeno. La esperanza de vida del conjunto de personas en España pasó de 35 años, cifra casi inamovible en cuatro siglos, a los 75 años. Esto se debió al incremento de los recursos médico-sociales, con una progresiva mejora de vida en la sociedad tras el conflicto civil de 1936.

El avance médico, la disponibilidad de esta atención gracias a la gratuidad de la misma y el cambio en la estructura de la asistencia en el ámbito residencial son los factores primordiales. Los cuidados sanitarios a la vejez se han orientado, principalmente, a las medidas preventivas y al campo de la rehabilitación, siendo la rama curativa menos específica al ser compartida con las otras especialidades.

La presencia en las cuatro últimas décadas de las Unidades de Geriatria en un gran número de hospitales y la consecuencia formativa que esto origina, garantiza un aumento de especialistas en Geriatria. La lenta aparición de algunas Cátedras de Geriatria en las Facultades de Medicina está favoreciendo un mayor conocimiento de la atención a las personas de edad y ha consolidado un elemento capital en la atención sanitaria, la formación en el campo geriátrico. La red de establecimientos residenciales se ha ido ampliando, pasando del asilo de ancianos a las residencias mixtas, y de éstas a la asistidas. De ser benéficas, fundacionales y públicas/privadas se convirtieron, al ser diana de grupos inversionistas, en instituciones privadas con ánimo de lucro.

El futuro no deja de ser sombrío con las amenazas que se ciernen sobre las sociedades opulentas y el ámbito planetario. Teniendo en cuenta que una quinta parte de la población tiene más de 65 años, que de éstos una buena proporción similar necesitan cuidados, consecuencia de la pérdida de autonomía, se necesita una seria adecuación de recursos sociosanitarios públicos, privados y familiares para hacer frente a tan ingente tarea. Además, ha de tratar de conseguirse, con correctas medidas preventivas, que la autonomía de esta población se mantenga en un buen nivel el mayor tiempo posible. Para terminar, como utópico objetivo sanitario, habría que conseguir que, entre la enfermedad y el final de la vida, no medie el largo puente de la invalidez.

RETOS DE LA ATENCIÓN DE LARGA DURACIÓN GERONTOLÓGICA EN NAVARRA

Rafael Sánchez-Ostiz Gutiérrez (1999-2007)

El envejecimiento de la población, característica esencial del final del siglo XX y del inicio de este siglo, hace que la atención de las personas de edad avanzada en situación de dependencia, el aumento de las enfermedades crónicas e invalidantes, el soporte de las familias cuidadoras o los dilemas éticos del final de la vida se constituyan como retos a abordar por los diferentes profesionales implicados. A todo ello se suma una más que evidente geriatrización del sistema sanitario (ingresos hospitalarios, salud mental, consumo farmacéutico, etc.), una infrafinanciación

crónica y el desarrollo de un sistema asistencial adecuado a esta realidad que ponga realmente a las personas mayores y sus familias en el centro.

Este reto es especialmente significativo en los cuidados de larga duración. Especialmente, las residencias geriátricas están atendiendo a una población de pacientes cada vez más complejos y con una mayor exigencia tanto de calidad como a una mayor intervención y control público.

El mantenimiento de esta red de recursos residenciales especializados y el objetivo de que Navarra recupere el liderazgo nacional que tuvo en otras épocas en la innovación y calidad asistencial de sus centros y servicios asistenciales, impone la necesidad de afrontar, de forma decidida y coordinada con todos los agentes implicados, una serie de retos para los próximos años:

- **Reto de la financiación:** es evidente que estamos ante una atención muy costosa para los propios usuarios del sistema de protección social, con una infrafinanciación crónica. No hay que olvidar que el actual sistema es de copago para ese usuario, sus familias y para la sociedad en su conjunto, a través de las Administraciones Públicas, por lo que resulta esencial poder desarrollar instrumentos que alivien esa carga. Sirvan de ejemplo las desgravaciones fiscales que favorezcan el ahorro y una apuesta muy decidida de fomento de una cultura de prevención mediante la formación y el fomento de hábitos saludables para todos los segmentos de la población, así como una evaluación real del coste-efectividad de la asistencia.
- **Reto de la gestión de las personas:** se prevé la necesidad de incorporar en España a 300.000 trabajadores en la atención de las personas en situación de dependencia. En la actualidad, todas las entidades públicas y privadas dedicadas a los cuidados de larga duración se están viendo con grandes dificultades de reclutamiento y fidelización en este sector, especialmente en lo referente a profesionales sanitarios. Resulta oportuno entonces articular medidas urgentes que palién esta situación como la revisión de

los precios públicos de los servicios, ajustándolos a los costes reales para que permitan mejorar las condiciones laborales de los trabajadores. En este sentido parece esencial que Sociedades Científicas como la SNGG se hayan involucrado en la formación permanente y profesionalización de la atención socio sanitaria de las personas mayores.

- **Reto de la calidad:** las expectativas de calidad se incrementan continuamente y la pregunta que nos tenemos que realizar es si el sistema es sostenible. Las corrientes nórdicas de modelos de Atención centradas en la persona lo que en España y en Navarra se conoce como AICP centran la atención en el personal de atención directa, disminuyendo la presencia de profesionales muy especializados, y focalizando la atención en los derechos de las personas atendidas. A pesar de la división existente, la firma del llamado “Acuerdo Belarra” (2023) o la ley Navarra de Servicios Sociales (2006) marcan el camino. Sin duda, este aumento de las expectativas está suponiendo un incremento de los niveles de calidad asistencial de muchas instituciones y el desarrollo de unos servicios domiciliarios, teleasistencia y centros de día acordes con las necesidades de las personas y de sus familias.
- **Reto de la coordinación socio-sanitaria:** es sorprendente que la intervención de las diferentes Administraciones con competencias en salud haya sido nula en la prestación de los servicios de larga duración. No hay que olvidar que la mayoría de las situaciones de dependencia son producidas por situaciones de enfermedad. Esta realidad ha sido patente tanto en la época COVID como en la post COVID, evidenciando que el paradigma de una sanidad universal, pública, gratuita y de calidad no se cumple en los cuidados de larga duración de las personas mayores, especialmente si nos referimos a los centros residenciales.

Desde la perspectiva de los profesionales de la Geriatria y Gerontología, pondríamos el énfasis en cómo la sociedad considera o no a la persona mayor como persona con los mismos derechos, aunque se encuentre más enferma, con una situación de depen-

dencia, con memores recursos o ingresada en un centro residencial. Resulta indispensable reflexionar sobre qué factores clínicos, funcionales, mentales y sociales conforman la calidad de vida de las personas de edad avanzada y de sus familias, tanto si nos referimos a las personas mayores sanas o si nos referimos a la persona enferma, tanto si está en un centro sanitario como en un centro residencial. Además, y lo que es más importante, reflexionar sobre cómo estos déficits afectan a los valores inherentes de la persona mayor: autonomía en la toma de decisiones, respeto a su intimidad, o hasta qué punto, desde diferentes ámbitos, estamos asegurando su pleno desarrollo como personas hasta el final de la vida, independientemente de su estado físico y/o mental.

Ojalá que este escenario sirva para disminuir las situaciones de discriminación por edad que se siguen produciendo en la actualidad y consigamos hacer, entre todos, una sociedad más solidaria con las personas más necesitadas. Este tiene que ser nuestro afán.

RETOS DE LA GERIATRÍA EN LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

Dra. Inés Francés Román (2007-2011)

El envejecimiento de la población es una realidad incuestionable. Las previsiones demográficas para 2035 en Navarra incrementan el peso relativo de la población mayor de 65 años del 19,8% actual al 23,4%, estimando en unas 179 mil las personas por encima de esa edad. Las personas mayores de 84 años también aumentarán su peso relativo del 3,5% al 3,8%, incrementándose en unas 5 mil. Así mismo, se prevé un escenario de incremento de la esperanza de vida, hasta los 83,5 años para los hombres y hasta los 87,1 para las mujeres. En este escenario, la necesidad de una especialidad médica dedicada al estudio del proceso de envejecimiento y a la atención específica de las enfermedades de la vejez, también debería ser incuestionable, así como su papel en el conjunto del sistema sanitario.

Resumiría en tres los retos de la geriatría para los próximos años y, por extensión, del sistema sanitario navarro. El primero está relacionado con el proceso de envejecimiento en sí mismo. Este proceso condiciona la forma de presentación de muchas enfermedades, con

afectación de áreas como la funcional, que no es tan frecuente en edades jóvenes. Este es un hecho que debe ser tenido en cuenta en cualquier intervención sanitaria con personas mayores y, por lo tanto, afecta de forma transversal al conjunto de profesionales del sistema sanitario. La geriatría debería tener una clara responsabilidad y liderazgo en la transmisión de este conocimiento al resto de especialidades médicas y de profesionales sanitarios, tanto en los estudios de pregrado como en los de posgrado como ya se está realizando. También debería estar presente en los procesos de formación continua de profesionales, con el objeto de mejorar el conjunto de la asistencia que se presta a la población mayor. Por tanto, la formación en geriatría debería impregnar el sistema sanitario navarro.

Otro de los retos de la especialidad y del sistema sanitario en general, es la promoción de un envejecimiento activo y saludable, teniendo como objetivo incrementar la esperanza de vida libre de discapacidad. La dependencia es un efecto no deseado y temido de las enfermedades que acompañan al envejecimiento. La detección temprana de la fragilidad en la población mayor y las intervenciones dirigidas a su tratamiento son cruciales para acompañar un envejecimiento con calidad. La geriatría dispone del conjunto de conocimientos para ello que, compartidos con los especialistas en salud pública y atención primaria, podrían definir las políticas públicas que permitiesen alcanzar el objetivo.

En el ámbito asistencial, la geriatría se ha ocupado principalmente de la atención del paciente anciano complejo, lo que en la jerga de la especialidad conocemos como “paciente geriátrico”. El último gran reto sería asegurar el acceso igualitario de toda la población mayor de Navarra a la asistencia geriátrica especializada cuando fuera preciso y en todos los niveles asistenciales, tanto en el nivel hospitalario como en el ambulatorio, así como la atención a aquellas personas mayores residentes de centros sociosanitarios que requiriesen esta intervención. Esta atención debería incluir necesariamente la atención domiciliaria. En estos momentos, en los que la atención centrada en la persona se está configurando como un principio básico de las intervenciones sociales y sanitarias, no podemos obviar que las respuestas a algunas situaciones pasan por acercar los servicios

a las personas (a los domicilios), también los servicios sanitarios especializados. La geriatría, desde sus inicios, ha contemplado éste como un nivel asistencial más dentro de su esquema de atención a las personas mayores, y su desarrollo en nuestra comunidad facilitaría el acceso de pacientes mayores más complejos y en situación de dependencia a una atención especializada, como soporte y apoyo a la realizada por los equipos de atención primaria.

DESAFÍOS DE LA INVESTIGACIÓN EN GERIATRÍA EN NAVARRA

Dr. Nicolás Martínez Velilla (2011-2016)

La geriatría es una rama de la medicina que se centra en el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades en personas mayores. En Navarra, como en muchos otros lugares, la investigación en geriatría presenta numerosos desafíos. Algunos han sido obstáculos tradicionales que han dificultado la implementación de las evidencias científicas y, en otros casos, han sido el estímulo que ha permitido crecer y seguir trabajando.

Uno de los principales desafíos en la investigación en geriatría en Navarra es la necesidad de una mayor financiación. A menudo, la investigación en geriatría no recibe el mismo nivel de financiación que otras áreas de la medicina, lo que puede limitar la cantidad y calidad de estudios realizados. Es especialmente importante integrar a las personas mayores en todo el proceso de investigación, ya que han sido tradicionalmente excluidas dada su complejidad y multimorbilidad, lo que conlleva a que, habitualmente, traslademos a los ancianos evidencias demostradas exclusivamente en personas jóvenes. Además, la investigación en geriatría es, a menudo, más costosa que en otras áreas de la medicina, debido a la necesidad de involucrar a un número mayor de participantes y llevar a cabo seguimientos a medio plazo limitados por circunstancias funcionales o cognitivas.

Es importante también que los investigadores en geriatría en Navarra estemos al tanto de las necesidades cambiantes de la población mayor y nos enfoquemos en abordar los desafíos de salud más relevantes, asociando estrategias específicas para involucrar a los participantes mayores en los estudios de in-

vestigación. Para ello es necesaria una mayor colaboración entre los distintos actores implicados en su atención. Esto incluye a médicos de atención primaria, geriatras, enfermeras y cuidadores, así como a las organizaciones de pacientes y sus familias. De esta forma, seremos capaces de garantizar que los estudios de investigación en geriatría sean relevantes y mejorar la calidad de los estudios y la implementación de los hallazgos de investigación en pacientes y entornos reales. Necesitamos establecer alianzas y asociaciones con los actores clave y formar redes de investigación que faciliten dicha colaboración.

Fruto de esta colaboración surgirá la obtención de datos específicos y actualizados sobre la salud y el bienestar de las personas mayores en Navarra, y no depender de la extrapolación de otros entornos no representativos. Además, estas evidencias promoverán un conocimiento que facilitará la eficiencia de nuestros modelos de salud, incluyendo la formación específica de quienes deban estar capacitados para cuidar y tratar las personas mayores.

En resumen, la investigación en geriatría en Navarra se enfrenta a varios desafíos que van desde la necesidad de una mayor financiación y colaboración, hasta la falta de datos específicos que permitan implementar evidencias eficientes en los modelos de salud. Abordar estos desafíos requerirá una inversión financiera y un compromiso renovado de los actores involucrados en la atención de las personas mayores. En la medida que se puedan ir superando estos desafíos, podemos mejorar la atención y el bienestar de la población mayor en Navarra.

LA GERIATRÍA EN NAVARRA. RETOS

Patxi Úriz Otano (2016-2021)

Aunque en las últimas décadas la geriatría en España ha experimentado avances en la mejora de la atención y cuidado de nuestros mayores, la geriatría en Navarra no es ajena a los retos relacionados con las necesidades y características de la población mayor. La presión asistencial, la falta de recursos o la rigidez de unos sistemas sanitario y social que no son capaces de adaptarse a unas necesidades cambiantes, son problemas frecuentes en nuestro entorno.

Aproximadamente un 20% de nuestra población es mayor de 65 años y un 6,5% mayor de 80 años, siendo más acusados tales porcentajes en el medio rural. Una realidad creciente que convive con un modelo sanitario centrado en la enfermedad y en el medio hospitalario, y con objetivos cortoplacistas que muchas veces no dan una respuesta eficaz a las necesidades específicas de esta población. La presencia de múltiples condiciones médicas crónicas y la polifarmacia, aumenta la iatrogenia y la complejidad en la atención médica de estas personas. La falta de personal formado en Geriatría a nivel hospitalario o en la Comunidad (medio rural) puede redundar en un peor cuidado y mayor consumo de recursos.

Igualmente, problemas como la fragilidad y la sarcopenia frecuentes en el mayor, prevenibles (programas de envejecimiento activo comunitario) y potencialmente reversibles, son infravalorados. El deterioro funcional asociado a varios problemas médicos como la fractura de cadera, ictus, inmovilidad hospitalaria siguen considerándose como un problema solo social, de cuidados, y no de salud. Sobre estas cuestiones ya se cuenta con varias publicaciones que inciden en los beneficios del tratamiento rehabilitador a nivel funcional y de supervivencia, al margen de otros factores como la edad y la comorbilidad de base.

La presencia de deterioro cognitivo y los trastornos de la esfera mental son frecuentes en nuestro medio, produciendo gran sobrecarga en la persona cuidadora y un mayor consumo de recursos.

El aislamiento social o la soledad no deseada pueden incidir en la salud tanto física como mental. Lo mismo sucede con el estigma del envejecimiento, considerado como algo negativo, que lleva muchas veces al "ageismo/edadismo", con una reducción de derechos y falta de cuidados por criterios de edad.

Este año celebramos el 75 aniversario de la creación de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG), que fue fundada el 17 de mayo de 1948. Un grupo de profesionales decidieron poner los pilares para mejorar la atención y los derechos de las personas mayores, incidiendo en la atención centrada en la persona y sus necesidades. Asimismo, concedieron importancia a una valoración geriátrica

integral multidisciplinar como eje de la práctica asistencial y promovieron recursos y unidades geriátricas hospitalarias y extra-hospitalarias para asegurar una continuidad asistencial.

Aunque la geriatría en Navarra ha crecido en los últimos años tanto en profesionales como en recursos (Servicio de Geriatría del Hospital, cuidados intermedios, atención al crónico, hospitalización domiciliaria, residencias, etc.), permitiendo una mejoría en el cuidado de las personas mayores, debemos seguir trabajando en aspectos como: formación de profesionales en Geriatría, desarrollo de modelos de atención centrados en la persona y multidisciplinarios, y mejora en la coordinación entre los distintos recursos sanitarios y sociales de nuestra Comunidad. Así mismo, se ha de trabajar en la promoción y el cuidado de la salud a largo plazo en la población mayor en la prevención de situaciones de dependencia.

Afrontemos el envejecimiento como una oportunidad y un bien para la ciudadanía. Para que eso sea realidad, debemos entre todos, propiciar cambios sociales y sanitarios a largo plazo que conduzcan a una protección de los derechos de la persona mayor y a una mejora en su salud, su calidad de vida y su capacidad de decisión y autonomía. Todo lo dicho se resumen en:

"Vivir más años y vivirlos bien, de forma satisfactoria y activa".

RETOS DE LOS CENTROS RESIDENCIALES DE PERSONAS MAYORES

Teresa Marcellán Benavente (actual presidenta)

El paso del tiempo nos conduce a observar la realidad cambiante, a la necesidad de mejorar, a visibilizar nuevos problemas e incluso sentir diferente el mismo problema, a "empoderar" a la persona, a la necesidad de profesionalizar los cuidados, a investigar, a creer en nuevas tendencias y nuevos modelos de atención, a reflexionar, a dar paso a la ética como guía de atención basada en un buen hacer junto al conocimiento del cómo aportado por la ciencia.

La pandemia por Covid 19 ha visibilizado la precariedad de recursos humanos, organizativos y estructurales de las residencias. Ha puesto en evidencia sus altas cifras de contagio y de mortalidad, eso sí, aminorado ante el conocimiento del mecanismo de transmisión del virus, la implantación de medidas de aislamiento y las vacunas. A pesar de tales resultados, las residencias siguen siendo demandadas en respuesta a las necesidades de una población con sobre-envejecimiento y a la dependencia funcional secundaria a diversas patologías.

La detección de áreas de mejora permite avanzar. El modelo clásico e institucional de las residencias junto a la arquitectura de sus edificios semejante a la hospitalaria, está en crisis. La atención centrada en el servicio con horarios impuestos, protocolos organizativos y escasa participación centra más la atención en la enfermedad que en la persona. La implantación del modelo de Atención Centrada en la Persona, junto al desarrollo de espacios más hogareños y reducidos, así

como el reconocimiento y motivación de sus diferentes profesionales, constituyen ahora los ejes de mejora.

Cuando una persona haya agotado los recursos sociales y de apoyo en su comunidad o bien los haya desestimado, resulta clave que en la decisión de ir a vivir a una residencia no tenga que superar temores impuestos desde la propia sociedad. Es más, independientemente de su estado de salud, es fundamental que ella sepa que será tratada como el ser único que es, con conocimiento de su historia de vida y fomento de sus fortalezas y capacidades.

En el año 2023, el principal reto de los centros residenciales bien puede ser el de alcanzar el reconocimiento a su labor por parte de la sociedad. Parece un buen momento para valorarlos como centros en los que vivir y recibir cuidados de calidad, conservando la dignidad de la persona en su más amplio sentido.

LIDERAZGO ÉTICO Y EDUCACIÓN EN BIOÉTICA EN LAS ORGANIZACIONES

ETHICAL LEADERSHIP AND BIOETHICS EDUCATION IN ORGANIZATIONS

Francisco Javier Alonso Renedo

Geriatra. Hospital de Eibar, Eibar (Guipúzcoa)⁵

Leire González Ercilla

Enfermera. Residencia Joxe Miel Barandiaran, Aita Menni, Durango (Vizcaya)

RESUMEN

El artículo destaca la importancia de la educación en bioética en las organizaciones y en la ciudadanía con el objetivo fundamental de desarrollar un pensamiento crítico y contribuir a la formación de líderes éticos. Es prioritaria la emergencia de un nuevo paradigma de liderazgo basado en virtudes y en la práctica del cuidado, fundamental para la salud de una organización y de los miembros que en ella realizan su trascendente misión. Un buen líder debería manejar el mundo de los valores con la misma precisión y habilidad profesional con el que maneja el mundo de los hechos y, de ahí, la importancia de la educación en bioética como medio para la formación de un liderazgo maduro, autónomo y responsable. Se señalan las virtudes de un líder ético y se enfatiza la necesidad de implantar y desarrollar la enseñanza en bioética en los diversos planes de estudios y niveles educativos.

Palabras clave: liderazgo ético, organizaciones, virtudes, educación en bioética, método deliberativo.

ABSTRACT

This article aims to highlight the importance of bioethics education in organizations and citizens with the essential objective of developing critical thinking and contributing to the training of ethical leaders. The emergence of a new paradigm of leadership based on virtues and on the practice of care is a priority, basic for the health of an organization and of the members who carry out their significant mission in it. A good leader should handle values with the same accuracy and professional skill with which he handles facts, hence the importance of bioethics education as a means of training a mature, autonomous, and responsible leadership. The virtues that should make up the moral structure of a leader are pointed out and an urgent need to introduce bioethics teaching in the various curricula and educational levels is emphasized, especially in the field of health professions.

KEYWORDS: ethical leadership, organizations, virtues, bioethics education, deliberative method

⁵ Artículo dedicado a mi maestra de la bioética y de la medicina geriátrica, la Dra. Itziar Iráizoz Apezteguía, eminente geriatra del Hospital de Navarra e inigualable exponente de liderazgo ético. ¡Gracias Itziar!

INTRODUCCIÓN

Como señala Francesc Torralba en su libro *Liderazgo ético* (1), se necesitan liderazgos, pero no cualquier tipo de liderazgo. Hay muchos *modus operandi* de dirigir las organizaciones, pero no todos ellos son igualmente admisibles. Escasean liderazgos éticos, referentes, ejemplares, íntegros; es evidente que no todo referente es un líder, pero también lo es que no todo líder es un referente. La educación en bioética debe empezar a tomarse en consideración en las políticas públicas y en los planes de estudio de todos los niveles educativos para contribuir en la formación de líderes éticos (2, 3).

Los liderazgos existentes son, con frecuencia, cínicos y maquiavélicos y han sido secuestrados en nombre de la utilidad, del más radical positivismo, regido por “el régimen de los hechos”, en palabras de Auguste Comte, su fundador, como única forma de aprehender la realidad que nos rodea. Nos deberíamos preguntar, entonces, si un buen liderazgo es obligatoriamente un liderazgo ético. La respuesta es obvia: un buen liderazgo puede ser competitivo, eficiente y rentable para sus seguidores, pero no por ello tiene que ser necesariamente ético, especialmente cuando para alcanzar sus objetivos se lesionan valores fundamentales (honestidad, confianza, respeto, integridad, justicia, etc.), se explota laboralmente, se prevarica, se esconde información o se practica el agravio comparativo, entre otros, con consecuencias perjudiciales, tanto de orden físico, como psicológico y emocional e, incluso, pérdida del sentido de la misión del seguidor dentro de la organización.

Esto ha ocasionado en la sociedad una profunda crisis de credibilidad y confianza en las instituciones y activado su indignación. Ninguna sociedad puede funcionar si sus miembros no mantienen una actitud ética. Un buen líder debería manejar el mundo de los valores con la misma capacidad y habilidad profesional con la que maneja el mundo de los hechos. Este es el objetivo irrenunciable de educación en bioética: educar en la autonomía, la responsabilidad y prudencia en las decisiones de los individuos, enseñando a deliberar bien sobre hechos, valores y deberes, con una preferencia docente por la metodología deliberativa, como la desa-

rollada por Diego Gracia (4), referencia fundamental, al menos, en el complejo mundo de las profesiones sanitarias.

Es la lógica del beneficio y de la utilidad, denuncia Nuccio Ordine (5), la que está minando de raíz las disciplinas humanísticas y científicas, y también las instituciones, erosionando de manera progresiva la enseñanza, la imaginación, la creatividad, el arte y el pensamiento crítico, originando “una sociedad enferma, amnésica, extraviada que perderá el sentido de sí misma y de la vida”. La denominada sociedad del cansancio (6), término acuñado por el filósofo coreano Byung-Chul Han, o la modernidad líquida (7), del sociólogo polaco Zygmunt Bauman, impactan plenamente en las organizaciones y en la propia sociedad en las que la incertidumbre por la vertiginosa rapidez de los cambios y el ritmo acelerado de trabajo han debilitado la calidad de los vínculos humanos, sumiéndolas en una profunda desmoralización y mediocridad.

Frente a este modelo tecno-capitalista, ha de brotar un nuevo paradigma de liderazgo centrado en las personas, en el cuidado de “los seguidores”, atento a las necesidades y a las posibilidades de los miembros de la organización (1). Alertaba Ortega y Gasset que “mientras el tigre no puede dejar de ser tigre, no puede destigrarse, la humanidad vive en riesgo permanente de deshumanizarse” (8). Por su parte, Adela Cortina, en su obra *Ética mínima* (9), explicaba que, si caemos en mínimos éticos de humanidad, serían los mínimos de justicia irrenunciables, entonces nos deshumanizamos. Finalmente, con tanto medio y posibilidades técnicas, el centro se ha desplazado, en el ámbito concreto de las organizaciones sanitarias, desde el cuidar al curar, desde la persona a la técnica, desde la integridad biopsicosocial a lo puramente biológico y desde la modestia del ser humano a la potencia e incluso a la prepotencia (10), a la vanidad, a la soberbia, a la arrogancia, todas ellas hijas del narcisismo.

¿Acaso es posible entonces liderar una organización política, económica, cultural o social, un aula universitaria, una comunidad espiritual o religiosa, un servicio hospitalario, un centro de salud, etc., al margen de los valores éticos y del respeto a las personas y al entorno social, cultural y ecológico? (1). La respuesta es evidente: sí lo es. Abundan

los ejemplos de organizaciones que, a pesar de sus cuestionables liderazgos, han persistido en el tiempo. Ahora bien, un liderazgo ético parece totalmente imprescindible para la salud de una organización y de los miembros que en ella realizan su trascendente misión. En suma, no es posible un liderazgo que no sea ético, como se explicará enseguida.

La ciudadanía está exigiendo con urgencia liderazgos estrechamente vinculados a la ética en los diferentes ámbitos: políticos, académicos, educativos, sociales, económicos, religiosos, científicos, sanitarios, etc. Es patente la demanda de la sociedad a favor de un liderazgo ético, de organizaciones éticas, dignas de confianza (1), porque es fácil darse cuenta de que existe un hastío, un cansancio, una fatiga. La frustración, la desilusión o el desastre, se palpan con frecuencia entre los miembros de las diversas organizaciones e instituciones de la vida pública y privada.

Sin embargo, cuando el liderazgo ético se despliega en las organizaciones, los colaboradores se encuentran mejor, más reconocidos y motivados a implicarse en conductas éticas, con efectos beneficiosos en múltiples niveles, no solo en el clima emocional, sino también en el rendimiento y en la eficiencia de los resultados (1). Buen ejemplo de ello son la Fundación Étnor (11) que trabaja en la formación en ética empresarial de los empresarios actuales y futuros, con el fin de promover el reconocimiento, difusión y respeto de los valores éticos implícitos en la actividad económica y en la calidad de las organizaciones públicas y privadas, y la Fundación Ciencias de la Salud (12) que dirige el profesor Gracia.

Es tiempo, por tanto, de liderar las organizaciones desde una perspectiva ética, pero ¿qué es el liderazgo ético?, ¿qué relación hay entre ética y liderazgo?, ¿qué virtudes son imprescindibles en la estructura moral de un líder? Finalmente, reflexionaremos sobre la urgente necesidad de la educación en bioética en los diversos planes de estudios y niveles educativos como instrumento en la formación de un liderazgo maduro, autónomo y responsable.

ÉTICA Y LIDERAZGO ÉTICO. RELACIÓN ENTRE LIDERAZGO Y ÉTICA

En “Por qué he escrito *El hombre a la defensiva*”, Ortega y Gasset afirmaba que la moral no es un ornamento superfluo y prescindible, sino el au-

téntico modo de ser de la persona que se crea a sí misma, que desarrolla su vocación (como un quehacer continuo y dinámico, siempre inacabado y perfectible) y que, por tanto, cree en sí mismo y en sus posibilidades. A esto lo denominaba el filósofo madrileño estar “alto de moral”. Entonces, sigue Ortega, se advierte que la moral “no es una performance suplementaria y lujosa que el hombre añade a su ser para obtener un premio, sino que es el ser mismo del hombre cuando está en su propio quicio y vital eficacia”. Añade: “Un hombre desmoralizado es simplemente un hombre que no está en posesión de sí mismo, que está fuera de su radical autenticidad y por ello no vive su vida, y por ello no crea, ni fecunda, no hincha su destino”. Para uno de sus discípulos, Julián Marías, la ética “no trata de lo bueno, sino de lo mejor, decisivo para la ordenación de la conducta y en la realización de esa operación que es vivir” (13). Esa elección que hacemos en nuestros comportamientos éticos no es buscando “lo bueno”, sino buscando «lo mejor», es decir, lo bueno aquí y ahora, en nuestra circunstancia.

Para Adela Cortina, la ética sirve para forjarse un buen carácter, para generar buenos hábitos, hábitos que conduzcan a la justicia y a la felicidad, los dos polos de la ética, al ayudar a estimar los mejores valores y optar por ellos (14). La ética es, para la filósofa valenciana, «un constante descubrimiento de las sendas que hay que hallar en dirección a la autorrealización del ser humano» y que le permite a este llevar adelante los planes de vida que tenga razones para valorar.

Es decir, para poder liderar grupos se necesita la formación del carácter, del ethos, como decía Aristóteles (15), a través de la adquisición de virtudes cuyo fin es que el ser humano haga lo que debe hacer para ser excelente; en palabras de Diego Gracia, “un camino, un talante, un modo de ser y de vivir en perpetua e incesante búsqueda” y que mueve al líder a asumir responsabilidades en situaciones de gran incertidumbre y volatilidad, de forma generosa, con una plena disposición a darlo todo por la misión. Estas virtudes son fecundas no solo para cada persona sino también para la organización y la sociedad en la que vive.

Siguiendo a Francesc Torralba, existe cierto consenso en la literatura sobre la definición de liderazgo ético (1): sería aquel que “se fundamenta en el respeto a las personas, en los

recursos humanos y que, justamente por ello, se desarrolla a través de relaciones de calidad humana y de la promoción de los miembros que configuran una organización". Sería un error imperdonable pensar que es una utopía, algo que no puede hacerse efectivo en este sistema de libre mercado. Este es el ideal al que debemos aspirar como sociedad: una plenitud de la vida humana, un espacio donde podamos desarrollar al máximo las posibilidades de nuestra naturaleza, eso que Aristóteles llamó eudaimonía y que se logra mediante virtudes.

El liderazgo ético es un liderazgo que practica el cuidado de las personas y de la organización que lidera, así como del entorno social, cultural y ecológico en el que se encuentra. Es decir, el líder no solo piensa en el crecimiento material de la organización que dirige (el logro de la misión de una forma socialmente responsable) sino también en el crecimiento del espíritu humano, en su bienestar integral físico, psíquico, social y espiritual. Esta es la prioridad del liderazgo ético: que las personas que colaboran en el fin de una organización piensen por sí mismas, examinen sus tareas, se sometan a crítica y no se limiten solamente a cumplir mecánicamente determinados protocolos de actuación (1).

El liderazgo ético sería una forma de ejercer el liderazgo que cuida a las personas y las reconoce valiosas, fines en sí mismas (no solamente medios para alcanzar un fin); es reconocimiento del otro/a, de sus valores, necesidades, posibilidades, intereses, etc. Es bien conocido que la ética solo es ética si lleva asociada el examen, la transformación y la introducción de buenas prácticas en el seno de la organización. Sin conciencia crítica no hay ética (1). "Una vida sin examen no merece ser vivida", nos enseñaba Sócrates en el siglo V a.C.

En definitiva, el liderazgo ético debe ser un liderazgo fundamentado en virtudes, transformador del espíritu humano; un liderazgo consciente, de servicio y basado en valores; valores que se encarnan aquí y ahora y se institucionalizan. Una entrega generosa que lo da todo sin esperar nada a cambio, una donación sin pesar, una entrega sin cálculo. Para ello, la educación en bioética puede contribuir a la formación de líderes autónomos, íntegros, coherentes y responsables.

La ética hoy es más necesaria que nunca. El liderazgo será ético o no será.

VIRTUDES DECISIVAS PROPIAS DEL LIDERAZGO ÉTICO

La virtud es un rasgo del carácter de una persona que se manifiesta en su obrar cotidiano y que le lleva a desempeñar con excelencia su función. Las teorías éticas de la virtud son, en el ámbito de la filosofía moral, el modelo más antiguo que se inició en la Antigua Grecia con Sócrates, Platón y Aristóteles, y que desarrollaron el concepto de virtud, entendiéndolo como excelencia del carácter. Estas cualidades, hábitos o virtudes se adquieren con la práctica, con la experiencia, por medio del esfuerzo y la voluntad; su éxito depende de nuestro carácter, de las condiciones objetivas de la vida social y de la educación por imitación de modelos de comportamiento virtuoso. Se señalan de manera breve, siguiendo a Francesc Torralba, las virtudes que hacen excelente al líder, reconociendo de antemano que raramente confluyen todas en la misma persona o en la misma organización o institución gobernante (1):

1. El entusiasmo. Es condición sine qua non para un buen liderazgo. Si el líder no está entusiasmado con la misión que tiene encomendada no va a entusiasmar a nadie. Palabra de origen griego que significa 'emoción desde las entrañas', 'posesión de los dioses', 'agitación interior'. Es una pasión interior que traspasa todos los estratos de la persona, un tipo de energía que empuja a establecer vínculos, a salir de nosotros mismos para crear puentes de empatía y de complicidad. El ejercicio del liderazgo requiere entusiasmo, pero no cualquier tipo de entusiasmo, sino del entusiasmo maduro que consiste en reproducir la propia actividad como si fuera la primera vez que se hace, al empezarla de nuevo con el mismo vigor, esperanza e ilusión. Es obvio que este impulso inicial no es suficiente para realizar la misión: se necesita, además, rigor, trabajo, persistencia, don de la oportunidad y sentido crítico.
2. La humildad. Sin humildad no hay liderazgo. Un líder tiene que reconocer sus límites y que necesita de los demás para desarrollar la misión. Si se endiosa, será un mal líder, no será un liderazgo ético. El líder humilde es capaz de reconocer públicamente

sus errores y desaciertos, asume la responsabilidad que le corresponda y ello, lejos de debilitarlo, le da autoridad en el conjunto de la organización. Se somete a la crítica fraterna, se deja asesorar, pero, sobre todo, el buen líder ejercita la autorreflexión. Ser humilde, según el psicólogo Ramón Bayés, es seguir trabajando por algo maravilloso que sabes que nunca podrás conseguir.

3. La escucha activa. No hay liderazgo ético sin voluntad de escucha, sin capacidad de ser receptivo a los demás (seguidores y críticos), sin coacciones ni censuras, dándoles protagonismo, valor y tiempo, para comprender sus inquietudes, deseos, posibilidades, necesidades, etc. Estar dispuesto también a escuchar lo que no le gustará escuchar, de escuchar a aquellos que se oponen a su gestión y entender sus razones; todo ello puede mejorarle como ser humano y como líder. Esto le permite comprender la posición real de la organización, la distancia que hay entre la realidad y el ideal u objetivo que se plantea alcanzar.
4. La audacia. Si no hay audacia no hay liderazgo. La audacia es una virtud que predispone al líder a afrontar desafíos, a empezar nuevas empresas, a innovar, a salir fuera, a no limitarse a repetir y a no salirse del guion, confiado en sus posibilidades. Otras virtudes asociadas a la audacia son la esperanza (solo puede transformar el mundo quien tiene esperanza, porque en la matriz de la esperanza está el germen de la rebelión y de la disconformidad) y la resiliencia o capacidad de levantarse y de aprender de las circunstancias difíciles no previstas, construyendo una vida con sentido.
5. La práctica de la justicia distributiva. Un líder ético tiene que ser justo. Si discrimina, si no trata de un modo equitativo no será un buen líder. El líder solo puede ser justo si da a cada uno lo que le corresponde y explícita desde el principio los criterios de reconocimiento, de promoción, de asignación de roles y de funciones. Solo si esos criterios son públicos y objetivos se podrá hacer justicia. Es decir, si da a cada uno lo que le corresponde a partir de unos parámetros definidos a priori y cuando se ha evaluado su trabajo, dedicación y efi-

cacia a posteriori. El trato homogéneo no es, por tanto, el trato justo. Dar a todos lo mismo cuando lo que aportan a la organización es muy distinto es simplemente una injusticia.

6. La empatía y la amabilidad. El liderazgo ético exige necesariamente su cultivo lo que genera cohesión y la vinculación de todos los miembros dentro de la organización. Es empático quien es capaz de comprender la vida emocional de otra persona, a través de una escucha activa, sin invalidar, juzgar o rechazar sus emociones. Es amable quien se hace querer por su forma de obrar, hablar, callar, gesticular y dar relevancia a los demás. Al buen líder se le supone cortesía, amabilidad y buen trato. Un líder ético tiene que ser cuidadoso con las formas.
7. La prudencia en la toma de decisiones. El líder prudente actúa, pero no irracionalmente, sino después de haber ponderado los pros y los contras, de haber anticipado las consecuencias de sus actos, los daños y beneficios con racionalidad, flexibilidad y sabiduría práctica. Las circunstancias y consecuencias son importantes en la vida moral y no pueden ser dejadas de lado en la búsqueda de una decisión correcta y prudente, la acción que conviene aquí y ahora.
8. La fortaleza y la templanza. La fortaleza moral es la capacidad de enfrentarse a adversidades no previstas y convertirlas en oportunidades para crecer, para aprender. Por otro lado, el buen líder no pierde la calma ante la contrariedad en un mundo volátil y calma a los demás; una paz interior que se refleja en su modus operandi, una especie de autocontrol e inteligencia emocional.
9. La transparencia. Un buen líder comunica a sus colaboradores los criterios con los que gobierna la organización, muestra cómo se toman decisiones, qué procesos se empezarán y justifica sus razones (por qué). Para promover la transparencia, más allá de leyes y normativas, se necesita un cambio de mentalidad, una nueva forma de hacer, una transformación de las actitudes, tanto de la ciudadanía como del representante político, de los agentes

económicos y sociales. Ello aumenta la confianza, principal recurso moral de una sociedad, en la organización y en la figura del líder.

10. La ejemplaridad y la integridad. Un referente moral es alguien que despunta socialmente por su calidad humana, coherencia, competencia e integridad. Lo que le convierte en referente es la suma de dos competencias. Por una parte, una capacidad técnica superior a los demás, desarrollando con excelencia su misión y, además, lo hace de una forma ejemplar, auténtica, impecable, congruente y que aúna personas para hacerla efectiva, siendo imitada esta forma de ser y de obrar. La integridad es el compromiso activo con la verdad. El buen líder revela lo que son las cosas o, al menos, tal como las percibe a partir de la información de que dispone. Lo que se espera es una palabra veraz, mostrando a los demás su ciencia, sus sentimientos y sus pensamientos.

11. La gratitud: es un deber de justicia y también una forma de estimular a los seguidores a involucrarse de nuevo con el liderazgo que tome el mando en el futuro. Por la forma de saludar y despedirse se pone de manifiesto la calidad del liderazgo que ejerce el líder. Es un acto de respeto hacia el otro. Reconocer esta dedicación y sacrificio de las personas que se han dejado el alma en la misión es primordial para garantizar la buena marcha de las personas. Pero también saber despedirse cuando sea el momento adecuado, el momento oportuno para arriar velas y marchar.

LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN EN BIOÉTICA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

En un interesante artículo en Bioética Complutense (2), se argumentaba que cualquier plan educativo en bioética se beneficiaría enormemente de tomar en cuenta una serie de recomendaciones, independientemente de la metodología bioética adoptada. Ello mejorará la calidad ética de las decisiones en el ejercicio del liderazgo de las organizaciones, contribuyendo a desarrollar un pensamiento crítico. Además, la Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG) (16) instaba en un reciente documento a adoptar las medidas necesarias para la inclusión o potencia-

ción de programas dirigidos al adiestramiento pre y posgrado de la formación geriátrica en Bioética. Estas serían, brevemente, las recomendaciones según el citado artículo (2):

1. Priorizar la perspectiva práctica. Sin desmerecer la importancia de una base teórica sólida, la prioridad del enfoque práctico es un punto ampliamente compartido por expertos en bioética y por los propios profesionales sanitarios, a través del análisis de casos o metodologías como el role playing. Una metodología deliberativa permite ordenar las ideas, valores y problemas en juego y establecer cursos de acción óptimos que contribuyan a salvaguardar los valores en conflicto, a través de un verdadero diálogo y esfuerzo deliberativo. El objetivo es tomar decisiones prudentes, razonables y responsables.

2. Evitar la disolución de la bioética en su dimensión jurídico-legal. La bioética, y de forma general la ética, es una disciplina práctica que cuestiona y problematiza y por ello no puede dar respuestas claras y taxativas (a diferencia del Derecho), sino orientaciones para que las personas que tienen conflictos de valor tomen sus propias decisiones. Ética y Derecho pueden y deben coexistir y articularse de la manera más armónica posible. Pero es un error conceptual reducir la bioética a la mera y rígida aplicación de normativas o leyes, que ignora el factor humano y la dimensión narrativa que siempre presenta el ámbito sanitario.

3. Reivindicar la formación específica en bioética. La bioética no es una ciencia, pero ello no quiere decir que no constituya un saber que funciona bajo criterios de racionalidad, razonabilidad y de argumentación que no son arbitrarios. Se ha constituido en un gran espacio de debate racional, civil, plural y crítico de problemas morales surgidos en torno a la vida o en torno al cuerpo. La bioética no dará respuestas definitivas a los grandes conflictos existentes, pero eso no quiere decir que los debates que se han originado en las últimas décadas adolezcan de valor. La metodología deliberativa, rigurosa, seria y contrastada propuesta por Diego Gracia puede servir de base a la educación en bioética, ayudando a las perso-

nas a entrar en contacto con el complejo mundo de los valores y de las decisiones inciertas, el mundo propio de la bioética.

4. Institucionalizar la educación en bioética. Ello quiere decir que la educación en bioética debe empezar a tomarse en consideración en las políticas públicas y en los planes de estudio de todos los niveles educativos para que sea verdaderamente efectiva, educando a los estudiantes en ciencias de la salud y a los profesionales sanitarios en una bioética integral asentada en los hechos, sensible a los conflictos de valores, fundamentada en sus normas y actualizada en su bibliografía. Ese es el objetivo irrenunciable de la bioética: educar en la autonomía, la responsabilidad y la prudencia en las decisiones de los individuos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Torralba F. (2017). Liderazgo ético: la emergencia de un nuevo paradigma. Madrid: Ed. Ppc.

2. Alonso M., Feito L., Goikoetxea, M., Busquets, E. (2002). Cuatro recomendaciones para la educación en bioética. Bioética Complutense 44, pp.26-32.

3. Feito Grande L, Gracia Guillén D, Sánchez M. (2011). Bioética: el estado de la cuestión. Madrid: Triacastela.

4. Gracia D. (2008). Fundamentos de bioética. Madrid: Triacastela.

5. Ordine N. (2013). La utilidad de lo inútil. Manifiesto. Barcelona: Acantilado.

6. Byung-Chul Han. (2012). La sociedad del cansancio. Barcelona: Herder.

7. Bauman Z. (2003). Modernidad líquida. México DF: Fondo de Cultura Económica.

8. Ortega y Gasset J. (1969). El Hombre y la Gente. O.C. VII. Madrid: Revista de Occidente, p.89.

9. Cortina A. (1986). Ética mínima. Madrid: Tecnos.

CONCLUSIONES

La educación en bioética tiene la finalidad de desarrollar un pensamiento crítico y contribuir decisivamente a la emergencia de un nuevo paradigma dentro de las organizaciones: un liderazgo ético basado en virtudes y en la práctica del cuidado, transformador del espíritu humano, consciente, de servicio y basado en valores. El compromiso del líder con la organización y con las personas que lidera exige el desarrollo de virtudes, actitudes o valores que la bioética expresa de forma inmejorable. Un buen líder debería manejar el mundo de los valores con la misma precisión y habilidad con la que maneja el mundo de los hechos. Aprender a analizarlos a través de la metodología deliberativa le ayudará, ante conflictos de valores, a tomar decisiones más prudentes y responsables.

10. Román B. (2019). ¿Por qué hablar de los valores de los médicos? En: Valores del médico. Fundación Educación Médica. Viguera Editores.

11. Fundación ÉTNOR. <https://www.etnor.org>

12. Fundación Ciencias de la Salud. <https://www.fcs.es>

13. Marías J. (1995). Tratado de lo mejor. La moral y las formas de la vida. Madrid: Alianza Editorial.

14. Cortina A. (2013). Para qué sirve realmente la ética. Barcelona: Paidós.

15. Aristóteles (1985). Ética nicomáquea. Madrid: Gredos.

16. Decálogo de Conclusiones. En: Fundamentos de la atención sanitaria a la persona mayor. Actualización 2020. Madrid: Sociedad Española de Medicina Geriátrica, p. 303.

CONVOCATORIA: PREMIOS TOMÁS BELZUNEGUI, 2023

PREMIO TOMÁS BELZUNEGUI 2023



Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030

UNA IMAGEN DE LAS PERSONAS MAYORES SIN ESTEREOTIPOS NI PREJUICIOS
ADINEKO PERTSONEN IRUDIA ESTEREOTIPO ETA AURREIRITZIRIK GABE

Modalidades / Modalitateak

- Periodística / Kazetaritzakoa
- Relato corto, convocatoria abierta / Kontakizun laburra, deialdi irekia
- Relato corto, Senior / Kontakizun laburra, Seniorra
- Modalidad ESO / DBH modalitatea
- Modalidad Intergeneracional / Belaunaldien Arteko modalitatea
- Modalidad Universidad / Unibertsitate modalitatea

Más información / Informazio gehiago:

Sociedad Navarra de Geriátría y Gerontología
premiotb@sngg.es - www.sngg.es - Tfno: 687425091



Iruñeko Udala



Bilaketa,



RECOMENDACIONES LITERARIAS

KATJA OSKAMP

Marzahn, mon amour. Hoja de lata Editorial, 2021



Una novela autobiográfica atractiva, amable, realista, ágil, sorprendente y muy recomendable para los que nos dedicamos a reflexionar acerca de la “edad”.

La autora, una escritora inmersa en esa invisibilidad que afecta a tantas mujeres cuando sobrepasan los cuarenta, decide dar el salto y reconvertirse en pedicura.

Desde su nueva profesión y a través de diferentes historias, con nombre propio, describe la vida cotidiana de los envejecidos habitantes de una de las zonas residenciales de viviendas prefabricadas más grandes de la antigua Alemania del Este.

A partir de un estudio de cosmética de planta baja, que facilita el acceso con muletas, andadores y sillas de ruedas, Katja Oskamp construye un espacio perfecto de escucha, profesionalidad y ternura centrado en los pies de las personas que solicitan su servicio, que es como asume su nueva profesión.

El prólogo de Belén Gopegui, contextualiza histórica y socialmente Marzahn, mon amour. Historias de una pedicura, traducida por Santiago Martín.

