

En persona

Entrevista a José Manuel Ribera Casado

Diego Gracia

Biografía



José Manuel Ribera Casado es uno de los padres de la Geriátría en nuestro país. Cuando comenzó a trabajar en ella esa especialidad médica apenas existía como tal, y hoy se encuentra perfectamente establecida. Es el resultado de una larga vida de trabajo constante. De la Cardiología, su primera especialidad, José Manuel Ribera pasó a poner en marcha, en febrero de 1984, la primera Unidad de geriatría en un hospital terciario en España, que en 1987 pasó a ser servicio autónomo. Ese mismo año recibió la acreditación para formar residentes. El servicio cubre desde entonces todos los niveles asistenciales geriátricos, desarrolla una intensa labor asistencial, docente e investigadora,

convirtiéndose muy pronto en referente para el resto de las unidades y servicios de geriatría que han ido creándose en el país.

Esta labor asistencial ha ido unida a otra docente de no menor importancia. Profesor titular de Patología general desde 1979, accedió a la cátedra de Geriátría de la Universidad Complutense de Madrid en 1999, siendo el primer catedrático de la especialidad en España, puesto en el que permaneció hasta el año 2010, en que pasó a la condición de Profesor emérito.

Durante estos años ha desempeñado, además, otros varios puestos de responsabilidad. Entre ellos la presidencia de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (1995-2001), la presidencia de la sección clínica de la Región Europea de la Sociedad Internacional de Gerontología y Geriátría (IAGG-ER) (1996-2002), y la presidencia de la Comisión Nacional de la Especialidad de Geriátría (CNEG) (1993-95 y 2007-13). También ha formado parte durante 12 años de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Cardiología (SEC), en la que puso en marcha y presidió la sección de Cardiología Geriátrica. Ha sido el creador y director del programa de doctorado en Geriátría de la Universidad Complutense desde 1990 hasta 2011.

José Manuel Ribera ha sido y es, además de buen docente y médico clínico, un reconocido escritor en temas de su especialidad. Ha publicado más de cincuenta libros como autor o editor, así como varios cientos de artículos en revistas nacionales o extranjeras. En enero de 2012 tomó posesión del sillón número 15 en la Real Academia

Nacional de Medicina de España, adscrito por primera vez a la denominación de Gerontología y Geriatria.

Diego Gracia: *Una de las características de nuestra época es, sin duda, el incremento espectacular de la esperanza media de vida al nacimiento desde hace aproximadamente un siglo. Pero en nuestra sociedad no parece tenerse a los ancianos en mucha estima, habida cuenta de que ya no son trabajadores activos o productores, y conforman la que, de modo un tanto despectivo, se denomina “clase pasiva”.*

J.M. Ribera: Generalizar es muy arriesgado, pero probablemente esa afirmación es cierta. En los últimos años está en alza el concepto de “edadismo” que incluye estereotipos, prejuicios y, sobre todo, discriminación por edad. Esta discriminación se manifiesta de mil maneras que van desde la negación del principio de autonomía, hasta las exclusiones por edad en los protocolos médicos. Yo estoy de acuerdo con que la expresión “clases pasivas” aplicada a los jubilados es muy poco adecuada y, además, constituye objetivamente una invitación a la resignación y a la inactividad.

DG: *Me pregunto si en medicina no ha sucedido algo similar. Una pregunta que cabe hacerse es por qué ha tardado tanto en nacer la Geriatria como especialidad, y por qué sigue sin estar suficientemente establecida en el sistema sanitario.*

JMR: En realidad, de geriatría se viene hablando y escribiendo desde los inicios del siglo XX con una acepción del término muy similar a la actual. Ignacio Nascher, un médico estadounidense de origen austriaco, fue quien acuñó la palabra en 1909 dándole un sentido equivalente al que la palabra pediatría tenía en la medicina infantil. Las razones por las que cuesta introducirse son muchas y ven desde negar la evidencia de que el manejo médico de la persona mayor requiere tomar en consideración aspectos específicos diferentes a los del adulto más joven, hasta cuestiones meramente gremialistas y de luchas por mantener determinadas cotas de poder.

DG: *¿Son grandes en este sentido las diferencias entre el caso español y el de otros países de nuestro entorno?*

JMR: Si nos ceñimos al contexto europeo no son demasiadas las diferencias, quizás con la excepción positiva del Reino Unido que fue donde se sistematizaron los principales principios doctrinales y donde primero se incorporó oficialmente la especialidad a nivel asistencial al crearse el “*National Health Service*” en 1948.

DG: *¿Cuándo nace la Geriatria como especialidad y dónde?*

JMR: A efectos prácticos, la geriatría como especialidad clínica, nace en el Reino Unido tal y como acabo de señalar hacia los años 40 del siglo XX, aunque sociedades nacionales de geriatría existen algunas desde los años 30. La española fue creada en 1948. La internacional (*International Association of Gerontology*) en 1950.

DG: *¿Y cuándo nace la Geriatria en España? Yo acabé mi carrera a finales de los años sesenta, y por supuesto durante toda ella nadie me enseñó Geriatria. Tú te has referido*

en alguna de tus publicaciones a Marañón como un adelantado en la atención al anciano entre nosotros, con sus estudios sobre el climaterio, etc. Pero Marañón no ejerció nunca como geriatra. Uno de los pocos que prestaba atención en Madrid a la Geriatria era, si no recuerdo mal, el doctor Carlos Blanco Soler en el Hospital de la Cruz Roja.

JMR: Efectivamente, durante los años 40, Marañón organiza una serie de cursos en Madrid, más centrados en el cómo y el por qué envejecemos (biogerontología) que no en temas geriátricos propiamente dichos. En paralelo en Valencia hacia el final de la década el catedrático de medicina Manuel Beltrán Báguena organiza unos cursos oficiales de doctorado sobre temas geriátricos y, además, toma la iniciativa de crear en España una sociedad científica de la especialidad. Para ello, convoca a una serie de personalidades médicas del momento y en 1948 sellan la creación de la sociedad española, inicialmente llamada de gerontología. Los primeros hospitales donde se introdujo la geriatría asistencial fueron, en los años 50 el hospital de La Esperanza en Barcelona y poco después, ya frizando los 60, el Hospital Central de la Cruz Roja en Madrid, el único que se ha mantenido con continuidad desde entonces. Hasta 1984, cuando empezamos nosotros en el Clínico San Carlos no existe geriatría en España en ningún hospital terciario. La docencia en el pregrado también la iniciamos nosotros durante los años 80 de una manera un tanto informal y sólo en 1991 aparece la palabra “geriatría” en el BOE hablando de las líneas generales del currículo médico de pregrado. A partir de los noventa, aunque con muchas dificultades y de manera desigual el crecimiento es exponencial, tanto en el campo asistencial como en el docente de pregrado y postgrado de medicina. El MIR incorpora la geriatría desde su decreto fundacional en 1978, que coincide con el reconocimiento oficial de la geriatría como especialidad médica. Los primeros años las plazas convocadas tenían mucho de simbólicas en cuanto a su número se refiere y estaban centradas en el ámbito de influencia de Cruz Roja.

DG: *Pero todo eso es prehistoria, si se compara con lo que tú has hecho como catedrático y jefe de servicio de geriatría en la Facultad de Medicina y el Hospital Clínico de la Universidad Complutense. Tú has sido un pionero. ¿Cuál es el balance de tu actividad como geriatra? ¿Cómo ves la especialidad a día de hoy?*

JMR: Muchas gracias por tu valoración. A día de hoy yo diría que, a pesar de que continúa habiendo un margen muy amplio para seguir creciendo, la especialidad está muy asentada y ya nadie la discute. Hasta no hace mucho cualquier conversación sobre el tema –y yo lo he vivido múltiples veces- había que iniciarla explicando qué era eso de la geriatría, incluso cuando hablabas con autoridades académicas o gubernativas que se suponía debieran estar informadas. Está asentada a nivel asistencial hospitalario, donde, por ejemplo, todos los hospitales cabeza de área de la Comunidad de Madrid disponen ya de algún tipo de estructura geriátrica. Lo mismo ocurre en otras CCAA como Cataluña o Castilla La Mancha y la tendencia es a crecer, incluso en aquellos sitios donde ha sido mayor la reticencia. Dentro del campo asistencial está en discusión el papel que la especialidad puede jugar en el marco de la Atención Primaria, o incluso en el residencial, pero también ahí se siguen produciendo avances. A nivel de docencia también se crece de manera lenta pero mantenida. En el postgrado en estos momentos el número de plazas MIR convocadas cada año se aproxima al centenar, más del doble que hace apenas 20 años. Sigue siendo difícil introducir la enseñanza de la geriatría en

el pregrado de medicina, sobre todo en lo que toca a profesorado numerario, pero, lo cierto es que la mayor parte de las facultades de medicina en España mantienen ya algún tipo de contenidos geriátricos en sus programas curriculares. Otra cosa es el grado de adecuación de los mismos y, en muchos casos, la ausencia de profesorado específico para desarrollarlos. Pero el avance es continuo y, a mi juicio, imparable.

DG: *Tu producción escrita es impresionante. No hay duda de que tu obra marca un antes y un después en la historia de la especialidad. ¿Cuáles son tus aportaciones fundamentales?*

JMR: Gracias de nuevo. Yo creo que, tal vez, mis dos principales aportaciones lo han sido en los campos organizativo y docente. Creo haber contribuido tanto con el ejemplo directo de lo que íbamos haciendo en el servicio del Clínico, como a través de los cargos directivos que he tenido en la SEGG y en la Comisión Nacional de la Especialidad a dar a conocer lo que éramos y lo que podíamos aportar al conjunto de la medicina. También de forma directa, presionando a las autoridades administrativas sanitarias, e indirecta a través de los magníficos profesionales egresados del servicio, al desarrollo asistencial de la especialidad. Una vez iniciado el proceso su continuidad es mucho más fácil debido al efecto multiplicador que se va produciendo. A nivel docente y a partir de la nada la pelea también ha dado sus frutos. Fuimos pioneros en la enseñanza de la geriatría en el pregrado y también lo fuimos en el desarrollo de los programas específicos del doctorado concebidos con criterios modernos. De hecho, nuestro servicio ha generado hasta ahora unas cien tesis doctorales directas y bastantes más a través de lo que podríamos calificar como generaciones hijas o nietas.

DG: *Un tema que cada vez preocupa más es el de la discriminación del anciano. La denominación clásica, “viejo”, es ya discriminatoria. Viejo viene del latín vetus, el término opuesto a novus. Tanto uno como otro se utilizaban en latín sólo como adjetivos calificativos de cosas, no de personas. Para estas últimas se usaban los términos iuvenis-senex. No deja de ser significativo que este último término, mucho más respetuoso, se haya convertido con el tiempo en un arcaísmo.*

JMR: Completamente de acuerdo. El lenguaje nunca es inocente y encontrar una palabra adecuada y aceptada para definir al colectivo siempre ha resultado difícil. Además de viejo han ido cayendo por el camino por la vía del desprecio o por la del insulto otras denominaciones como senil, geronte, anciano a tercera edad. Ahora parece que lo que prima es “mayor” o, en Latinoamérica “adulto mayor”. Se trata de un comparativo y ya veremos lo que dura. Como apuntábamos al principio los ejemplos de discriminación por edad son infinitos y están muy arraigados a la práctica médica habitual. Con respecto al tema nominativo no hay sino que abrir cualquier diccionario de sinónimos por la palabra “viejo”. Lo que uno encuentra son delicias como “carcamal”, “inútil”, “vejestorio” y cosas parecidas.

DG: *La pandemia que estamos padeciendo ha hecho aún más patente la discriminación del anciano por parte no solo de la sociedad sino también de la medicina, al negárseles ciertos tipos de asistencia. El hecho ha sido tanto más discriminatorio cuanto que esta pandemia se ha cebado especialmente en las personas mayores.*

JMR: Efectivamente, los datos son tremendos, no vamos a repetirlos. Hablan por sí solos y constituyen una evidencia más de edadismo y de la escasa consideración que la sociedad en su conjunto concede a la población de más edad.

DG: *El que la mortalidad haya sido muy superior en las residencias de ancianos que fuera de ellas plantea cuando menos la cuestión de si no ha llegado el momento de organizar esas residencias de otra manera, introduciendo en ellas cambios importantes. En uno de los últimos números de los Anales de la Real Academia Nacional de Medicina tú te has ocupado de este tema.*

JMR: Pues sí. Una consecuencia positiva de lo ocurrido con la COVID-19 es que se han activado grupos de trabajo con propuestas concretas al respecto, tanto desde el sector público como por parte de diferentes fundaciones privadas centradas en la atención a las personas mayores. En estos momentos están sobre la mesa diferentes protocolos a estudio y cabe pensar que el futuro en este terreno va a ser más esperanzador.

DG: *Cada vez estamos más próximos a que la esperanza media de vida al nacimiento se acerque a los noventa años. Como el periodo de formación dura cada vez más y la entrada en el mercado de trabajo se retrasa hasta cerca de los treinta años, y como la salida de él ronda en muchos casos los sesenta, resulta que la vida humana puede dividirse en tres etapas aproximadas de treinta años, la primera dedicada a la formación, la segunda a la vida activa, y la tercera en la que se pasa a formar parte de la llamada “clase pasiva”.*

JMR: Es un buen análisis. Habría que añadir que a esta tercera etapa de la vida se accede cada vez en mejores condiciones físicas y mentales, lo que supone un gran reto a la hora de encontrar una actividad adecuada para las personas que se encuentran en ella. Adecuada tanto desde la perspectiva laboral –establecer, con los controles que sean necesarios una especie de jubilación a la carta es una opción-, como de conseguir que esas personas se sientan integradas en la sociedad y partícipes activos de sus cometidos.

DG: *El problema es que las dos primeras fases tienen objetivos claros muy específicos, en tanto que la tercera parece no tenerlos. Nadie sabe muy bien qué pueden y deben hacer las personas en esa fase, que va camino de durar nada menos que un tercio de la vida de las personas. Parece como si su único objetivo fuera ir a Benidorm a tomar el sol y el aire.*

JMR: Como digo, considero que para muchas personas de esta fase mantener una actividad laboral, si así lo desean y se encuentran en las condiciones adecuadas, creo que constituye una opción válida. Otra sería facilitar actividades relacionadas con el voluntariado y, en todo caso, el ramillete –muy amplio- de posibilidades debe pasar por evitar cualquier forma de marginación social en base a la edad.

DG: *Creo que es necesario promover lo que alguna vez he llamado la “cultura de la vejez”. Personalmente pienso que los viejos, precisamente porque ya no tienen que dedicar todo su tiempo y energía a buscar la eficiencia en sus respectivos ámbitos de trabajo, pueden cultivar en sus vidas esos otros valores que durante las dos etapas*

anteriores no pudieron cultivar, y que son fundamentales en la vida humana. Se trata de los valores que no pueden medirse en unidades monetarias, ni por tanto comprarse ni venderse, pero que son fundamentales en la vida humana.

JMR: Totalmente de acuerdo.

DG: *El cultivo de esos valores pienso que es lo propio y específico de lo que cabe denominar la “cultura de la vejez”. Precisamente porque no se pueden comprar ni vender, sitúan al ser humano en un plano distinto al del mero comercio. Siempre lo ha visto así la sociedad, pero nunca se ha sabido bien cómo educarlos. Todo el mundo estima que la amistad, por ejemplo, no puede deberse a intereses económicos, de modo que cuando sucede así, decimos que no se trata de verdadera amistad. Y popularmente se dice que el cariño verdadero ni se compra ni se vende. Hay valores que no pueden mercantilizarse, y que además son los más importantes en la vida. Promoverlos debería ser la tarea de la etapa menos mercantil de la vida, la tercera y última.*

JMR: Nada que añadir.

DG: *Sigo con el mismo tema. La enseñanza actual prima de tal modo la transmisión de los valores instrumentales, que deja de lado la de esos otros valores que se llaman intrínsecos, los que no pueden cuantificarse en unidades monetarias. ¿Cómo transmitirlos a las generaciones jóvenes? ¿Y quién debe hacerlo? Empieza a proliferar la literatura que dice que, como los padres están dedicados por entero a sus trabajos y al cuidado de su economía, son los abuelos quienes pueden transmitir esos valores a los nietos, y la sospecha es que si no lo hacen ellos, no lo hará nadie.*

JMR: A mí, plantear como dilema el tema padres/abuelos en este terreno me parece esencialmente falso o, al menos, muy artificial. Cada cual tiene su papel, extraordinariamente variado y variable, en función de los condicionantes personales y generales de cada caso. Yo, el papel de los padres y de los abuelos a la hora de transmitir valores, lo veo como un sistema de aportaciones complementarias desde perspectivas distintas. Tampoco estoy de acuerdo con la idea de que los padres actuales estén más agobiados laboralmente que los de las generaciones anteriores. Más bien creo que es al contrario: las jornadas laborales tienden a ser más cortas y eso tan de moda ahora que llaman “conciliación” permite una mayor flexibilización a la hora de cuadrar los tiempos.

DG: *Últimamente he leído algún trabajo sobre el hecho curioso de que este mismo fenómeno parece que se da también en el mundo animal, de tal modo que los abuelos son los transmisores de pautas muy importantes de comportamiento a los nietos. De hecho, parece que entre nietos y abuelos se establece un vínculo emocional muy fuerte, y distinto del que los hijos establecen con sus padres, que permite, precisamente, la transmisión de pautas que son fundamentales para su maduración psíquica y humana.*

JMR: Desconozco el hecho, pero es muy probable que sea así. ¡Los animales nos enseñan muchas cosas!

DG: *Si es verdad todo esto, parece que deberían cambiar muchas cosas. En primer lugar, la educación general. Y, en segundo lugar, la educación de los mayores. Se les debería educar para que pudieran llevar a cabo de modo adecuado su rol de transmisores de los valores intrínsecos a las generaciones más jóvenes.*

JMR: Me parece que la relación abuelos-nietos debe ser -y lo es cada vez más- un intercambio bilateral en muchos sentidos que van desde los afectos hasta el aprendizaje, incluyendo en este apartado el tema de los valores. El intercambio funciona en las dos direcciones. Por ejemplo, mis nietos son una ayuda inestimable y grata para mí (¡y para ellos!) a la hora de manejar determinada tecnología (móviles, ordenadores, etc.) y de intentar que yo las aprenda. Una relación que debe ser potenciada y que efectivamente mejorará si se crea un ambiente proclive para ello. Aquí los educadores en general, los medios de comunicación y el propio ejemplo que los mayores seamos capaces de transmitir pienso que juegan un papel decisivo.

DG: *Y debería cambiar también la educación de los profesionales de la salud en todas sus formas. Los profesionales de la salud tienen que verse a sí mismos como educadores, y no solo como curadores. No hemos sido capaces de dar aún con el enfoque adecuado de la formación médica.*

JMR: Totalmente de acuerdo con la necesidad de que el profesional sanitario tome conciencia de que debe ser -de hecho, lo es para bien o para mal-, un educador. Yo añadiría en este campo la necesidad de que el profesional de la salud tome conciencia de que en sus decisiones discrimina por edad y tiene habitualmente un sesgo a la hora de aplicar protocolos diagnósticos y terapéuticos en prácticamente cualquier especialidad. Es un problema de formación -de mala formación- y también de hábito. Lo peor es que con frecuencia se trata de un fenómeno ignorado y hasta negado por el propio profesional.

DG: *Esto debería repercutir también en la formación de los geriatras. No se trata solo de curar enfermedades sino también de promover una vida saludable. Y no parece posible conseguir esto último sin prestar la debida atención a eso que cabe llamar la "cultura de la vejez".*

JMR: Cierto, pero diría que ello va en la misma esencia de la especialidad y que está incorporado a nuestros programas formativos. Desde el inicio la geriatría ha pugnado por potenciar la función (calidad de vida) sobre la cantidad (extensión de vida). Además, ha sido una especialidad pionera a la hora de plantearse el trabajo multi- y pluridisciplinar en plano de igualdad con profesionales de la atención del mayor procedentes de otras áreas sanitarias o sociales. La frase dar "vida a los años" procede de un conocido geriatra británico y data de 1950. También el mensaje de que la prevención no tiene límites de edad.

DG: *La Geriatría linda, al menos por una de sus vertientes, con la Gerontología. Un problema que se plantea siempre es el de hasta qué edad podrá prolongarse la vida humana. Tú has publicado un estudio que lleva este significativo título: "¿Vivimos mucho?" ¿Podemos esperar que la vida humana se prolongue mucho más de lo que ya lo ha hecho?*

JMR: De hecho, la geriatría siempre se ha considerado a sí misma como una parte de la gerontología, al igual que lo son la biogerontología o aquella parte de las ciencias sociales y del comportamiento relacionadas con la persona mayor. En Francia hasta hace poco la geriatría se denominaba oficialmente “gerontología clínica”. Dicho lo cual es cierto que buena parte de los proyectos de investigación dentro de cualquier rama de la biogerontología van orientados a estudiar los mecanismos básicos que a cualquier nivel (genético, biología molecular, etc.) puedan estar involucrados en el hecho de envejecer y en conseguir habilidades de todo tipo que permitan enfrentarse a ellos con éxito. Es posible que en un futuro puedan lograrse avances en este sentido. De hecho, aunque muy modestos, algo se está consiguiendo en modelos animales. En cualquier caso, a día de hoy la mejor manera de vivir más es luchar contra el llamado envejecimiento secundario, sobre todo combatiendo los principales factores de riesgo. Actividad física, alimentación, hábitos tóxicos y medio ambiente son los puntos clave en este terreno. Es previsible que la esperanza de vida media siga creciendo y aproximándose a lo que se conoce como esperanza de vida máxima (alrededor de los 120 años a día de hoy). En todo caso ¡no creo que sea muy prudente hacer planes de pensiones para cobrarlos a los 140 años!