



## Geriatría protagonista del pensum en medicina

### Geriatrics as a central component of the medical curriculum

Robinson Cuadros-Cuadros<sup>1,2\*</sup> 

<sup>1</sup>Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

<sup>2</sup>Asociación Internacional de Gerontología y Geriatria, Bogotá, Colombia

Aceptado: 07 octubre 2025

Publicado: 14 febrero 2026

\***Correspondencia:** Robinson Cuadros-Cuadros. robinsoncuadros@gmail.com

#### Resumen

La formación médica enfrenta nuevos retos ante la transformación de la pirámide poblacional de acuerdo a los informes del DANE y de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud y el advenimiento de nuevas tecnologías que hacen parte de la práctica de la medicina; las adaptaciones epigenéticas, medioambientales, nutricionales y los avances en intervenciones clínicas y quirúrgicas hacen de la longevidad un desafío lleno de nuevas oportunidades de conocimiento en la academia y en la sociedad.


En comparación con otros programas de medicina en Norteamérica, Asia y Europa, en América Latina muy pocos pensum académicos cuentan con rotaciones o cátedras específicas y obligatorias en geriatría; esto deja un gran vacío en la formación médica que repercute en la atención diferencial y centrada en la persona que permita una atención humanizada, que responda asertivamente y de manera particular tanto en la persona mayor sana, saludable y aquella que tiene comorbilidades, una condición aguda, un perfil de fragilidad o que está en un proceso de final de vida.

El conocimiento de la geriatría en pregrado requiere analizar en qué momento de la formación médica debe incluirse. También es necesario considerar el lugar adecuado para impartirse y cuál será la mejor manera de hacerlo. La inclusión no puede ser optativa. Debe contar con estándares y lenguajes comunes entre facultades de medicina. A su vez, las facultades deben comprender las particularidades del envejecimiento en su entorno y región. Deben tener en cuenta los contextos diferenciales en poblaciones especiales. Entonces, se plantean los mejores escenarios para incluir de manera transversal y puntual la geriatría en la formación médica. Esto

Med 2025; 47(3): 416-424

<https://doi.org/10.56050/RM-47-3-13>

[www.revistamedicina.net](http://www.revistamedicina.net)

© 2025 Los autores. Este artículo se distribuye bajo los términos de la licencia **Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)**.  
Publicado con  **index** en nombre de Academia Nacional de Medicina de Colombia.

se basa en experiencias exitosas realizadas en otros continentes. El objetivo es equilibrar la paradoja del crecimiento acelerado de la población mayor con la formación médica. Esta formación no es solo en conocimientos, sino también en actitudes y habilidades del médico en formación. Esto es necesario para atender de la manera más competente a esta población.

**Palabras clave:** Geriatría. Medicina. Educación. Facultades de medicina. Educación médica.

## Abstract

Medical education faces new challenges in light of the transformation of the population pyramid, as reported by DANE and the National Demographic and Health Survey, and the advent of new technologies that are becoming part of medical practice. Epigenetic, environmental, and nutritional adaptations, along with advances in clinical and surgical interventions, make longevity a challenge full of new opportunities for knowledge within academia and society.

Compared to other medical programs in North America, Asia, and Europe, very few curricula in Latin America include specific and mandatory rotations or courses in geriatrics. This creates a significant gap in medical training, which impacts the ability to provide differential and person-centred care that is humanized, assertive, and tailored to the needs of both healthy older adults and those with comorbidities, acute conditions, frailty, or who are in end-of-life processes.

Integrating geriatrics into undergraduate medical education requires analyzing when during medical training it should be introduced, the appropriate setting for its delivery, and the best way to implement it—bearing in mind that it cannot be optional. It must adhere to common standards and language across medical schools, which in turn must understand the specific characteristics of aging within their local environment and region, considering the differing contexts of special populations. Thus, the best scenarios can be proposed to incorporate geriatrics both transversally and specifically into medical education, based on successful experiences from other continents, and to break the paradox of the rapidly growing elderly population alongside medical training that still lacks not only in knowledge but also in attitudes and skills to care for this population competently.

**Keywords:** Geriatrics. Medicine. Education. Medical schools. Medical education.

---

## Antecedentes

“Nadie ama lo que no conoce”. Esta frase, atribuida a San Agustín de Hipona, nos hace reflexionar sobre los conocimientos básicos y necesarios en geriatría que requiere un médico en formación para poder ejercer su profesión ante la rápida transformación demográfica que experimenta hoy nuestro país y que se mantendrá como tendencia en las próximas décadas.

De acuerdo a los datos de la Encuesta de Demografía y Salud 2025 publicadas por el Ministerio de

Salud, junto con las proyecciones del DANE, la población de 60 años y más pasó del 9% en el 2015 al 15% en tan solo 10 años. Las poblaciones de 80, 90 y 100 años se configuran como los grupos poblacionales de mayor crecimiento en el país. Sin embargo, cuando las facultades de medicina hacen la renovación quinquenal del registro calificado de sus programas ante el Ministerio de Educación y la mejora continua de su currículo para buscar una acreditación de alta calidad que se realizaría cada 2 años, se pasa por alto en la mayoría de las facultades el incluir geriatría dentro de la formación de sus futuros egresados.

ASCOFAME, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, en su informe del 2024, indica que existen 18 facultades públicas (oficiales), 45 privadas y además 4 programas en desarrollo, las cuales gradúan en total 6.500 médicos por año, lo cual se proyecta que para el 2030 Colombia tendrá más de 171.000 médicos para una densidad de 31 médicos por cada 10.000 habitantes. De las 63 facultades, 39 ofrecen programas de especialización médico-quirúrgicas y de estas 4 ofrecen el programa de especialización en Geriatría: La Universidad de Caldas, la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá, la Universidad Javeriana sede Bogotá, la Universidad del Valle y la Universidad de Ciencias de la Salud FUCS en Bogotá.

De manera transversal y específica se aborda la pediatría en todos los p<sup>é</sup>nsum académicos, dada la gran población que hacía parte de la base de la pirámide poblacional en nuestro país. Sin embargo, las tasas de natalidad cambiantes abruptamente obligan a incorporar esta nueva mirada de una vejez que comienza de acuerdo a la ley colombiana a los 60 años, pero que no sabemos cuándo termina, configurándose ahora como la etapa más larga del curso de vida. Existen clases orientadas a la salud de las personas mayores en el área de salud pública o comunitaria. Sin embargo, no existe información o registro detallado de cuántas facultades incorporan dentro del pregrado de medicina contenidos o rotaciones por geriatría como tal.

Estudios y encuestas sobre actitudes hacia el envejecimiento y la geriatría realizadas a estudiantes de medicina en diferentes latitudes muestran una imagen estereotipada y negativa de la vejez, lo cual aumenta la discriminación por edad (edadismo) para acceder a servicios de salud o atención médica humanizada, diferencial y centrada en la persona mayor. Estas actitudes pueden ser "heredadas" de sus profesores o docentes o secundarias a la inercia social que ve a las personas mayores desde una óptica frágil, derrotista y donde no hay mucho que hacer.

Los estudiantes de medicina no contemplan la posibilidad de especializarse en geriatría si no tienen un

buen referente que los inspire o una rotación establecida que les permita cuestionarse sobre qué es normal y qué no, dentro del proceso de envejecimiento; si su inmersión en la geriatría es superficial, su vida profesional tendrá un gran vacío que los confrontará con un grupo poblacional que de manera creciente llegará a sus consultas.

Aunque la mayoría de la población mayor de 70 años envejece con muy buenas condiciones de salud física y mental, la longevidad creciente de la población reta a los sistemas de salud. Este desafío se centra en la comprensión de la cronicidad, la multimorbilidad y la llamada morbilidad extendida. También incluye la prevalencia de enfermedades oncológicas en esta población, el abordaje y prevención de la polifarmacia, la fragilidad, las demencias y los trastornos afectivos, entre otros. Por esto, la educación médica en geriatría, independientemente de la especialidad que se quiera escoger a futuro, constituye una oportunidad. Dicha oportunidad es para desarrollar actitudes y habilidades basadas en conocimientos precisos para abordar incluso el propio proceso de envejecimiento del estudiante de medicina.

Las transformaciones epidemiológicas y sociodemográficas a un ritmo acelerado en nuestra región imponen la necesidad de evolucionar y actualizar los p<sup>é</sup>nsum académicos; ampliar la mirada a una longevidad acompañada de salud con un enfoque biopsicosocial y espiritual requiere de un ajuste claro en la agenda de formación para superar esa brecha que nos separa de los países desarrollados en la formación de geriatría.

Fomentar semilleros de investigación en pregrado orientados a los llamados síndromes geriátricos permitirá generar interés en los estudiantes. Esto incluye la investigación en la comprensión integral de los tipos de vejez más allá de lo patológico. El interés se manifestará en desarrollar proyectos de vida ajustados a la nueva realidad de la sociedad colombiana. Esto debe ser de acuerdo a las particularidades encontradas en todo el territorio nacional, desde el contexto biológico al sociológico.

La excusa de varias facultades era la escasez de geriatras para incorporarlos en su cuerpo docente, o no contar con unidades de atención geriátrica específicas para que sus estudiantes rotaran por estos servicios; situación que ha cambiado en los últimos 10 años, donde ya se cuenta con un número importante de especialistas en el país (más de 150 geriatras); pero que requieren mayor estímulo e incentivos para permear ciudades intermedias donde se requieren estos servicios y donde a su vez, se puedan crear nuevos programas de especialidad en la materia.

### **Retos en el presente**

La Política Colombiana de Envejecimiento y Vejez sugiere la necesidad de promover la formación de geriatras en el país. Esto debe ir acompañado de una serie de incentivos, en especial para su desarrollo en regiones apartadas. Además, la Resolución 3280 del 2018 exige, dentro de las Rutas de promoción y mantenimiento de la salud, que en el momento del curso de vida de vejez, cada 3 años se le haga un tamizaje completo a todas las personas de 60 años y más. Dicho tamizaje debe ser realizado por parte de un médico general o familiar capacitado en geriatría y gerontología. Esto, de una u otra manera, impulsa la actualización del personal de salud por parte de las entidades de salud para su formación. Valga la pena aclarar también que en dicha resolución no se incluyó a los especialistas en geriatría. Al parecer, la excusa fue que no hay suficientes geriatras para cubrir todo el país. En lugar de esto, se debería haberles dado un rol protagonista en la formación y acompañamiento de los equipos de atención primaria.

Las necesidades sociosanitarias son diferentes a medida que envejecemos. Los cambios dinámicos de la población hacen que los conceptos sobre la vejez sean reevaluados. Conceptos como la sexualidad, el consumo de sustancias psicoactivas, la inmunosenescencia, la actividad física de alto impacto, la extensión de la vida laboral, las enfermedades de transmisión sexual, las demencias, el uso de nuevas tecnologías y la soledad no deseada, entre otros, transforman constantemente la vejez.

Esto convierte la vejez en un libro abierto en constante transformación. Esta transformación ocurre a medida que los seres humanos nos adaptamos a los cambios medioambientales, sociales y culturales de cada época.

Actualmente, la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatría, fundada en 1973, agrupa no solo a especialistas en geriatría o profesionales en gerontología, sino que invita a diferentes profesionales y especialistas interesados en la materia a agruparse y, desde la academia, generar conocimiento y permear las políticas públicas.

Desde el 2023, luego del Congreso del Comité Latinoamericano y del Caribe de la Asociación Internacional de Gerontología y Geriatría celebrado en Medellín, se crea la RIES-LAC: Red Interuniversitaria de Envejecimiento Saludable de Latinoamérica y el Caribe, la cual cuenta con más de 220 representantes universitarios de toda la región, promoviendo la investigación y los grupos de trabajo entre las universidades para promover la educación geriátrica y gerontológica al interior de todos sus programas académicos.

La Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor (ALMA) ha integrado a profesores de geriatría de la región para promover la actualización de los especialistas en áreas de interés general, lo cual eleva el nivel de los académicos en su desempeño profesional.

### **El futuro de la geriatría**

No solo se trata de abrir una rotación por geriatría. Además, se debe permear este enfoque multidimensional durante la formación. Esto debe aplicarse en otras áreas de la medicina, como en psiquiatría, neurología y la salud de la mujer luego de la menopausia. También se aplica en el enfoque pre y postquirúrgico del paciente mayor y en la ortogeriatría. Asimismo, debe integrarse en la medicina interna con sus respectivas especialidades. Esto abarca el ámbito ambulatorio y clínico, las unidades de rehabilitación, la atención domiciliar y las residencias o centros de larga estancia.

Incluir la geriatría en diferentes momentos del currículo de pregrado, además de contar con una pasantía que no sea opcional dentro o fuera de la universidad o del país, permite adquirir de manera repetida conocimientos y habilidades que mejorarán su desempeño en la práctica clínica, teniendo en cuenta que muchos conceptos de la valoración integral y multidimensional son aplicables a diferentes especialidades, lo cual también permite optimizar tiempos de formación.

La llamada “geriatrización de la medicina”, propuesta por grandes líderes de la educación médica en el mundo, es un llamado a ver de manera completa a la persona, incluyendo su entorno social, su espacio vital, sus capacidades y habilidades que puedan empoderarla frente a la gestión de su salud; de tal manera que su médico tratante se convierta en un “cómplice de bienestar”, un guía y compañero de camino frente a cada contexto particular.

Tener médicos generales con competencias en geriatría permitirá la toma de decisiones acertadas de manera oportuna y así evitar remisiones innecesarias a otras especialidades. Es imposible, ante el exponencial crecimiento de personas mayores en Colombia, contar con el número suficiente de especialistas en geriatría para su atención; pero sí se debe promover que este valioso recurso humano esté distribuido estratégicamente a lo largo y ancho del país para liderar procesos de atención, acompañamiento y formación a los equipos primarios de salud en el ámbito ambulatorio y asistencial.

Vivir más, pero vivir mejor, es un imperativo de la actual sociedad que busca encontrar más centros de salud que instituciones donde se atiende la enfermedad; el enfoque preventivo, detección temprana y promoción de la funcionalidad y la autonomía son ejes de la longevidad saludable; es por esto que deben dejarse atrás los modelos y protocolos obsoletos de atención como las sujeciones físicas y farmacológicas, el uso de catéteres y sondas innecesarias, los múltiples despertares a medianoche para toma de signos vitales o las estancias hospitalarias

prolongadas donde se restringe la visita del familiar o la compañía de la mascota.

Un centro médico o un hospital diseñado por sus pacientes tendría tal vez otra mirada, más allá de los arquetipos convencionales, donde se integre la telemedicina, la domótica y robótica en viviendas independientes con monitoreo satelital, asistentes de voz e inteligencia artificial y aplicaciones móviles que mantengan la cercanía con su médico tratante o su centro de salud; en la atención a personas mayores urge ampliar los horizontes de la presencialidad para evitar un traslado innecesario a urgencias y dar manejo en casa en aquellos casos particulares que pueden recibir apoyo remoto de un especialista o un médico entrenado en tiempo real cuando sea necesario.

La formación médica entonces debe ser cada vez más novedosa y adaptarse no solo a las tendencias demográficas, sino a la par de las nuevas tecnologías: simuladores, laboratorios de práctica con grupos interdisciplinarios nacionales y extranjeros que permitan subir el nivel de competencias y ampliar la mirada de los futuros médicos, tanto generales como especialistas.

Esta adaptación se realiza con asistentes robóticos y domótica que detecta y predice estados de ánimo en población mayor que vive sola. Se emplean monitoreo del entorno, sensores de movimiento, acelerómetros y giroscopios, y sensores inerciales. También se utilizan plataformas de presión plantar con tapetes, ropa, calzado y medias inteligentes. El análisis biomecánico se realiza con exoesqueletos y bastones inteligentes. Existen airbags para prevenir caídas y anillos que monitorean la actividad física con sensores cardiometabólicos. Se están desarrollando medicamentos personalizados subcutáneos de liberación precisa. Un sinnúmero de nuevas tecnologías estarán a disposición de las personas. Estas tecnologías desafiarán al médico. El médico no solo tendrá que conocer muy bien su funcionamiento y cómo adaptarlas a la historia clínica. También deberá saber cómo “recetar” aplicaciones y *gadgets wearables* para el monitoreo de la salud.

El ChatGPT y otras herramientas de inteligencia artificial serán un complemento al criterio médico humanista y centrado en la persona. Para esto, la formación debe brindar herramientas y actitudes que fortalezcan la seguridad y la confianza en el talento humano antes que delegar por completo su decisión a un algoritmo, pues, como bien nos lo decían los profesores que nos educaron, “el buen médico sabe que una máquina o un fonendoscopio no son la única manera de escuchar el corazón”.

Es por esto que la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatría busca generar espacios académicos y encuentros interdisciplinarios y multigeneracionales en torno a las situaciones sociosanitarias que puedan impactar en la salud y el bienestar de las personas mayores, acompañando al Ministerio de Salud y Protección Social y a otras entidades públicas y privadas en la generación y actualización de guías, protocolos y documentos que fortalezcan tanto la educación y generación de conocimiento en torno al envejecimiento y la vejez. Un ejemplo es la territorialización de las políticas de acuerdo a las particularidades de cada región para garantizar los derechos de las personas mayores contemplados en la Convención Interamericana que adoptó Colombia a través de la Ley 2055 del 2020.

Estructurar una historia clínica adaptada no solo a las necesidades de las personas mayores, sino también a cada una de sus capacidades, realizando una adecuada gestión del riesgo, enlistando aquellas situaciones o lista de problemas que pueden impactar en la calidad de vida de la persona y su familia; nos permite desarrollar una consulta más empática y humanizada más allá de la enfermedad índice.

Si bien los principios biológicos, fisiológicos y bioquímicos de la medicina se conservan y sirven de base para las ciencias básicas en semiología y patología, el aumento de la expectativa de vida nos obliga a considerar qué ocurre con estos principios en las personas que superan la barrera de los 90 y 100 años. Estas edades apenas se contemplaban en el plan de estudios. Su consideración proporcionará

las herramientas para comprender y tener competencias dinámicas en la práctica clínica. Esto incluye la comprensión de los cambios propios y anormales del proceso de envejecimiento. También aborda la prevalencia de enfermedades, el manejo de la comorbilidad o multimorbilidad y la polifarmacia. Finalmente, considera las decisiones de intervención de acuerdo a la capacidad intrínseca de cada persona.

Con esta mirada, se dará paso a construir y reconstruir planes y modelos de atención que se adapten a las expectativas para mantener una vida en comunidad de manera independiente y autónoma de acuerdo a los recursos disponibles del centro médico, el hospital o su entorno.

En este grupo poblacional en particular, se debe comprender y extender las rotaciones y prácticas al ámbito domiciliario, asistencial e institucional, en hospicios (cuidado paliativo), unidades de cuidado crónico, centros de rehabilitación físico y neurológico, centros residenciales o de larga estancia, hogares geriátricos, viviendas asistidas, villas gerontológicas, coliving y viviendas colaborativas (*cohousing*), entre otras. Esto permitirá al estudiante trabajar de la mano con los equipos de musicoterapia, trabajo social, psicología y neuropsicología, terapia física, ocupacional y fonoaudiología, gerontología y demás profesionales que trabajan no solo por, sino con las personas mayores.

No a todos los estudiantes les gusta o se sienten atraídos por las urgencias, la atención de las maternas o por la pediatría. Por lo tanto, es entendible que haya estudiantes que no se sientan cómodos atendiendo personas mayores. Sin embargo, en esta transformación demográfica acelerada, de una u otra manera se verán enfrentados no solo a comprender la vejez de sus pacientes, sino también la de sus padres, abuelos, familiares y, claramente, su propio proceso de envejecimiento; por lo tanto, tener herramientas que les permitan tener una comunicación asertiva y respetuosa será el comienzo de una buena relación médico-persona mayor.

Esta población presenta una alta prevalencia de enfermedades oncológicas, trastornos neurocognitivos y una carga de enfermedad crónica no transmisible. A diferencia de otras poblaciones, esta es más heterogénea y diversa. La edad cronológica por sí sola no es fiable para tomar decisiones. Las intervenciones o gestiones que se basan en la evaluación y valoración geriátrica integral (en las que se incluye a la persona que asiste o cuida) han demostrado resultados de impacto en la calidad de vida de las personas mayores, puesto que se utilizan estrategias personalizadas y tratamientos racionales. Estos tratamientos permiten organizar y conciliar la terapia farmacológica, así como planificar anticipadamente el cuidado y los procesos y acciones de rehabilitación integral.

El abordaje del paciente mayor frágil, complejo, con gran carga alostática y deterioro de reserva funcional y su capacidad intrínseca, además con deterioro cognitivo, alto riesgo de caer, una red social débil con gran carga de la enfermedad donde impactan los determinantes sociales de su salud, el cual ya ha pasado por un sinnúmero de especialistas, es el prototipo del llamado paciente geriátrico que requiere un profundo conocimiento y una mirada amplia para su abordaje. Sin embargo, no comprendemos o no tenemos herramientas suficientes para abordar el otro tipo de persona mayor. Por ejemplo, aquella sana o saludable que está iniciando un emprendimiento, retomando sus estudios universitarios, que se inscribió por primera vez a un gimnasio o está preparándose para correr su primera maratón, aquella que se volvió a enamorar y quiere que su médico la oriente para disfrutar de su sexualidad sin importar la edad. Es decir, un abordaje médico desde la gericultura que le permita tener al médico de atención primaria las herramientas, habilidades, actitudes y conocimientos suficientes para guiar pautas de cuidado nutricional, físico, emocional y espiritual específicas, apropiadas y ajustadas a las personas mayores que buscan en su médico un cómplice de bienestar.

Esto reta a las facultades de medicina a establecer ateneos intergeneracionales, entre estudiantes y

personas mayores, que debatan en un contexto educativo la manera de mejorar servicios y modelos de atención, que le permita al médico adquirir habilidades comunicativas, confianza y comprensión de los diversos procesos de envejecimiento.

Se han realizado también con estudiantes de medicina juegos de simulación (GeriatricX), donde en un "juego de roles" los estudiantes ven su propio envejecimiento con diversas condiciones físicas y mentales para experimentar cómo vive una persona mayor esta situación con el fin de mejorar la empatía y su actitud ante patologías particulares; incluso hay programas predictivos con inteligencia artificial que permiten al estudiante evaluar sus estrategias diagnósticas y terapéuticas basadas en las preferencias del paciente, los costos y la idoneidad del tratamiento.

Simuladores para abordar pacientes mayores en delirium, depresión, intentos de suicidio, alteraciones comportamentales en el contexto de una demencia, abordaje de una caída, cuidado bucal o incluso decisiones al final de la vida ya se están implementando dentro de las aulas virtuales y aulas invertidas de las facultades de medicina. En estas aulas, las clases magistrales se ven fuera y durante la clase presencial se efectúan las actividades prácticas y se resuelven dudas de acuerdo a la comprensión y habilidad de cada estudiante. Esto ha permitido migrar a un aprendizaje basado en servicio, donde de manera experiencial los futuros médicos abordan no solo la problemática multicomponente de un caso en particular, sino el contexto del mismo en su espacio de vida y su comunidad.

En modelos de aprendizaje por capacidades y habilidades, se han realizado en diferentes programas de medicina proyectos artísticos, donde a través de la música, la pintura o la escultura, los estudiantes plasman sus emociones al terminar la rotación por geriatría para comprender y reflexionar sobre aquellas situaciones o casos que les impactaron y las enseñanzas derivadas de ellas.

También se estimula a la comunidad educativa a que participe en los programas radiales universitarios,

cuenten sus experiencias, inviten a los programas a sus pacientes y familiares, y en un diálogo comunitario generen conocimiento y desafíos para el abordaje integral de una población en continuo crecimiento; esto permite que los principios de la geriatría sean transversales a otras áreas del plan de estudios, además de contar con su rotación específica para integrar conocimientos, habilidades y actitudes del médico humanista.

## Conclusiones

El envejecimiento poblacional y la longevidad no son moda; es una tendencia que llegó para instaurarse en la sociedad. Aunque la mayoría de esta población está llegando en mejores condiciones mentales y físicas a la vejez, se requiere comprender tanto las características de población longeva y sana como aquella que llega con gran carga de enfermedad por la cronicidad de sus comorbilidades que van afectando la capacidad intrínseca y van configurando el perfil de fragilidad. Esto exigirá la transformación y apropiación de modelos de atención intrahospitalarios y extrahospitalarios que se adapten a las necesidades y capacidades de la persona mayor.

La vejez es el momento más diverso y heterogéneo del curso de vida. Por ello, es fundamental que los programas de pregrado en medicina cuenten con rotaciones específicas en el área de la geriatría. Además, se deben implementar de manera vertical y transversal los conceptos y principios de la geriatría en todo el currículo de formación médica. Esto implica actualizar los contenidos frente a los nuevos desafíos que impactan todas las áreas de la salud: física, mental, emocional, social y espiritual.

Incluir en los sitios de práctica, de acuerdo a los recursos disponibles, las visitas domiciliarias e institucionales en centros de larga estancia y experiencias comunitarias, con herramientas educativas que permitan interactuar al estudiante con la inteligencia artificial, los simuladores y su interacción con la domótica y la robótica, que les permita desarrollar competencias en la gestión de planes y proyectos

desde la realidad vivida en diferentes contextos de acompañamiento.

La valoración geriátrica integral, con su enfoque multidimensional, puede desarrollarse en diferentes entornos, lo cual ha permitido demostrar su efectividad para disminuir hospitalizaciones, descompensaciones de patologías preexistentes, el deterioro funcional, el sobreuso de recursos sanitarios y la saturación del sistema en general.

Ante el abrupto y continuo crecimiento de la población de 60 años y más que experimenta nuestro país, mientras que se aumenta el número de especialistas en geriatría, pues no contaremos con los especialistas necesarios para atender esta población, se adopta el llamado de la Organización Mundial de la Salud a "geriatrizar la medicina". Es decir, comprender y aplicar el enfoque diferencial en áreas quirúrgicas y clínicas en el ámbito ambulatorio y asistencial, donde el médico recién egresado cuente con las herramientas necesarias para abordar de manera particular esta población.

Los principios de la puericultura van generando las bases de la gericultura en la búsqueda de estrategias que fortalezcan los hábitos en el estilo de vida y las conductas de prevención y autocuidado que permitirán empoderar a las personas en la autogestión de su salud. Esto es, bajo la guía y dirección de su médico tratante, quien será un cómplice de ese bienestar.

Es por ello que el médico general que adquiere competencias básicas en geriatría tendrá la capacidad de tomar decisiones orientadas al bienestar tanto de la persona como de su familia y su comunidad, influyendo desde la transformación de imaginarios y estereotipos negativos relacionados con la edad hasta la transformación de las políticas públicas que permitan un envejecimiento activo, digno y saludable.

## Financiamiento

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiamiento de los sectores públicos, comercial o sin fines de lucro.

## Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de interés.

## Uso de IA

El autor declara que no se utilizaron herramientas de inteligencia artificial en ninguna fase de la elaboración del manuscrito.

## Referencias

1. Gutiérrez-Murillo RS, et al. La enseñanza de la Geriatria y la Gerontología en Centroamérica y aspectos sociodemográficos relacionados. *Rev Esp Educ Med*. 2024;4:620641. Disponible en: <https://doi.org/10.6018/edumed.620641>
2. Lourenço RA, Wachholz PA. Succession, development, and sustainability: advances in Geriatrics, Gerontology and Aging journal. *Geriatr Gerontol Aging*. 2023;17:1–2. Disponible en: <https://doi.org/10.53886/gga.e0230020>
3. Pearson GME, Ben-Shlomo Y, Henderson EJ. A narrative overview of undergraduate geriatric medicine education worldwide. *Eur Geriatr Med*. 2024 Oct;15(5):1533–1540. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s41999-024-01055-1>
4. Rofman R, Apella I. Cuando tengamos sesenta y cuatro: Oportunidades y desafíos para la política pública en un contexto de envejecimiento poblacional en América Latina y el Caribe. Washington (DC): Banco Mundial; 2021. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/server/api/core/bitstreams/66668042-1af4-507a-ae3c-5353b678ceb6/content>
5. Fitzgerald KG, Stoeckel KJ. Evolving global gerontology career paths: an uncharted adventure. *Gerontol Geriatr Educ*. 2020;41(4):396–7. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/02701960.2020.1773456>
6. Magnuson A, Loh KP, Stauffer F, et al. Geriatric assessment for the practicing clinician: the why, what, and how. *CA Cancer J Clin*. 2024 Nov-Dec;74(6):496–518. Disponible en: <https://doi.org/10.3322/caac.21864>
7. Wong EKC, et al. Cost-effectiveness of the geriatrician-led comprehensive geriatric assessment in different healthcare settings: an economic evaluation. *J Am Geriatr Soc*. 2025;0:1–11. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jgs.19448>
8. Santamaria-Garcia H, Sainz-Ballesteros A, Hernandez H, et al. Factors associated with healthy aging in Latin American populations. *Nat Med*. 2023;29(9):2248–2258. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41591-023-02495-1>
9. Huenchuan S. Cambio demográfico y brechas de protección social en el Caribe hispanohablante, Centroamérica y México. CEPAL; 2023. Report No.: LC/MEX/TS.2023/15. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11362/49004>
10. López JH, Reyes-Ortiz CA. Geriatric education in undergraduate and graduate levels in Latin America. *Gerontol Geriatr Educ*. 2015;36(1):3–13. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/02701960.2014.911662>
11. Parodi JF. Investigación de la implementación en geriatría: una oportunidad para construir un envejecimiento saludable. *Horiz Med*. 2023;23(4):e2580. Disponible en: <https://doi.org/10.24265/horizmed.2023.v23n4.00>
12. Masud T, Ogliari G, Lunt E, et al. A scoping review of the changing landscape of geriatric medicine in undergraduate medical education: curricula, topics and teaching methods. *Eur Geriatr Med*. 2022;13(3):513–528. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s41999-021-00595-0>
13. Teodorczuk A, Abdool PS, Yap CX, Fisher JM. New horizons in undergraduate geriatric medicine education. *Age Ageing*. 2024;53(5):afae050. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ageing/afae050>
14. Karasik RJ, Andreoletti C, Baker H, et al. The path forward: refining gerontology and geriatrics education. *Gerontol Geriatr Educ*. 2023;44(2):151–153. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/02701960.2023.2192395>
15. Huenchuan S. Envejecimiento, personas mayores y agenda 2030 para el desarrollo sostenible. Perspectiva regional y de derechos humanos. CEPAL; 2018. Report No.: LC/PUB.2018/24-P. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11362/44369>
16. Moro JCB, Betancourt LAA, Pérez SMP. Metodología para la formación gerontogeriatrica en estudiantes de la carrera de medicina en la atención primaria de salud. *Didact Educ*. 2023;14(2):111–139. Disponible en: <https://revistas.ult.edu.cu/index.php/didascalia/issue/view/77>
17. Stoeckel KJ, Eysers I, Fitzgerald KG. Gerontological education: a pathway towards advancing the rights of older people. *Gerontol Geriatr Educ*. 2023;13(1):1–2. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/02701960.2023.2231361>
18. Cano C, Gutiérrez LM, Marín PP, et al. Propuesta de contenidos mínimos para los programas docentes de pregrado en medicina geriátrica en América Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17:429–437. Disponible en: <https://perfilesycapacidades.javeriana.edu.co/en/publications/propuesta-de-contenidos-m%C3%ADnimos-para-los-programas-docentes-de-pr>
19. Cortes WA, Tovar CA. Human talent in geriatrics in Colombia and its relevance for the management of COVID-19. *Lancet Healthy Longev*. 2021;2(3):123–4. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(21\)00005-2](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(21)00005-2)
20. Palmer RM. Not enough geriatricians or not where they are needed? *J Am Geriatr Soc*. 2023;71(9):2701–3. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jgs.18535>