

## Los seis presidentes de SEMG analizan cómo ha evolucionado la atención a los mayores en las cuatro últimas décadas

- La promoción de la salud, la prevención en todas sus fases y el envejecimiento activo son esenciales para mejorar la calidad de vida. Aunque estos enfoques han ganado relevancia en la Atención Primaria en España, su aplicación enfrenta en la actualidad obstáculos como la sobrecarga asistencial y la falta de recursos y tiempo.
- Para avanzar en un modelo de salud realmente preventivo, es necesario destinar más recursos y reorganizar la práctica clínica para apoyar el autocuidado y la autonomía de los pacientes, según la actual presidenta de SEMG, Pilar Rodríguez Ledo.

**11 de noviembre de 2024** – El salón de actos del Hospital de Monforte de Lemos acogió en la tarde del viernes, 8 de noviembre, un interesante coloquio sobre enfermedad, sanidad y salud en mayores, en el que los seis presidentes de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) realizaron una interesante crónica desde el punto de vista de la Atención Primaria y su experiencia en cada una de las etapas. Moderados por Inmaculada Ramos, directora del Distrito Sanitario de Monforte de Lemos, los doctores Pilar Rodríguez Ledo, Antonio Fernández-Pro Ledesma, Benjamín Abarca Buján, José Manuel Solla Camino, Juan José Rodríguez Sendín e Ignacio Burgos Pérez debatieron sobre los cambios y evolución de los desafíos asistenciales y sanitarios en la atención a los mayores en el primer nivel asistencial, durante las últimas cuatro décadas.

La **actual presidenta de SEMG, la doctora Pilar Rodríguez Ledo**, asegura que la promoción de la salud, la prevención en todas sus etapas (primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria) y el concepto de envejecimiento activo son pilares fundamentales en la mejora de la calidad de vida de la población. En España, “estos enfoques han ido ganando presencia en la actividad diaria de los médicos de familia, quienes desempeñan un papel clave en la Atención Primaria. Sin embargo, su integración ha sido gradual y ha enfrentado múltiples desafíos, desde la sobrecarga asistencial hasta la falta de recursos y tiempo en consulta”.

En los años 80-90, la promoción y prevención eran limitadas y fragmentarias, centradas en vacunación y seguimiento de enfermedades crónicas, con poca atención al envejecimiento activo, ya que las consultas se enfocaban en atender demandas urgentes. Durante los años 90-2000, surgieron programas de promoción (control del tabaquismo o vacunación), que introdujeron algunos objetivos preventivos. Además, el cribado para detección temprana de enfermedades (como el cáncer de mama) comenzó a integrarse en la Atención Primaria, aunque la falta de recursos dificultaba su implementación generalizada. El concepto de envejecimiento activo empezó a ser reconocido, pero seguía en una fase temprana y poco reflejado en la práctica clínica, según la presidenta de SEMG. Entre 2000 y 2010, se impulsó la capacitación en promoción de la salud y envejecimiento activo con programas como la

Estrategia NAOS. También se inició la aplicación de la prevención terciaria y cuaternaria en el contexto del creciente uso de tratamientos en cronicidad, aunque con impacto limitado por la sobrecarga asistencial. Aparecieron las primeras guías sobre envejecimiento activo, promoviendo actividad física y redes sociales para personas mayores, aunque su implementación efectiva en consulta seguía siendo baja. La década de 2010 trajo un enfoque más estructurado en la cronicidad y envejecimiento activo, con programas como Vivifrail, que ayudaron a los médicos de familia a aplicar la prevención del deterioro funcional. La prevención cuaternaria comenzó a ganar relevancia, aunque no logró integrarse plenamente.

Finalmente, con la pandemia de COVID-19, la prevención y promoción de la salud se revalorizaron, destacando el papel crucial de los médicos de familia en vacunación, autocuidado y gestión de secuelas, según la doctora Pilar Rodríguez Ledo. “La pandemia también subrayó la vulnerabilidad de las personas mayores y reforzó la importancia del envejecimiento activo y la participación social en salud. Sin embargo, la falta de recursos y tiempo en consulta sigue siendo un gran obstáculo para que estas estrategias se integren plenamente en la actividad diaria del médico de familia”.

A modo de conclusión, la presidenta de SEMG subrayó que “aunque la promoción de la salud, la prevención en todas sus formas y el envejecimiento activo han ganado relevancia en la práctica clínica de los médicos de familia en España, su integración plena aún enfrenta importantes retos. A lo largo de las décadas, estos enfoques han pasado de ser elementos complementarios a ocupar un papel más estratégico en la Atención Primaria, impulsados por el envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas y, más recientemente, la pandemia de COVID-19. Sin embargo, la falta de recursos, el tiempo limitado en consulta y la presión asistencial dificultan que los médicos de familia puedan aplicar de manera sistemática estas estrategias en su práctica diaria. Para avanzar hacia un sistema de salud verdaderamente preventivo, es fundamental mejorar la dotación de recursos en Atención Primaria y estructurar la práctica clínica de manera que permita a los profesionales fomentar el autocuidado, la autonomía y la calidad de vida de la población de forma integral y continua”.

El doctor **Antonio Fernández-Pro Ledesma (presidente de SEMG entre los años 2015 y 2023)** destaca por su parte la importancia de la coordinación entre los niveles asistenciales del Sistema Nacional de Salud de nuestro país, “fundamental y prioritario para mantener la suficiencia, la sostenibilidad e incluso la supervivencia del mismo, como la conocemos en la actualidad, pero que a la vez es una de las asignaturas pendientes de nuestro Sistema. Bien es verdad que existen importantes diferencias en este apartado entre los diferentes territorios y los diferentes sistemas de nuestro Estado, pero todos tienen un denominador común, que es trabajar y hacer esfuerzos mucho mayores que los realizados hasta ahora para conseguirlo”.

Otro apartado importante, y que debe mejorar de forma manifiesta, es la coordinación entre el sistema sanitario y el sociosanitario. “La coordinación sociosanitaria es un elemento básico para garantizar una atención integral y de calidad para pacientes con enfermedades crónicas, dependencia o situaciones complejas”. En definitiva, Fernández-Pro cree que la coordinación

en el sistema sanitario español pasa por optimizar los procesos de comunicación y colaboración entre los diferentes niveles asistenciales (atención primaria, secundaria y terciaria), con el objetivo de mejorar la eficiencia, la calidad de la atención y la sostenibilidad del sistema.

**El doctor Benjamín Abarca Buján, que ostentó el cargo de presidente de 2007 a 2015, cree** que la Atención Primaria en España ha experimentado transformaciones muy significativas a lo largo de las últimas décadas. Partiendo de un modelo biológico centrado en los aspectos físicos y fisiológicos del paciente, evolucionó a un modelo biopsicosocial que “consideró al individuo en su totalidad y las múltiples dimensiones que influyen en su bienestar, con el objetivo de promover la salud y prevenir enfermedades, abordando no solo los síntomas físicos, sino también las emociones, pensamientos y el entorno social del paciente”.

Como hitos más relevantes en las últimas décadas, el doctor Abarca señala el RD 137/84 de estructuras básicas de salud que sentó las bases para una reforma de la Atención Primaria, fomentando el trabajo multidisciplinar y sentando las bases del nuevo modelo de AP; la Ley General de Sanidad de 1986, que buscó un sistema más accesible y equitativo, estableciendo las bases del Sistema Nacional de Salud, consolidando la Atención Primaria como el primer nivel de atención, con un enfoque en la prevención y promoción de la salud; la Estrategia de Atención a la Cronicidad del SNS, que marcó un cambio hacia la gestión proactiva de enfermedades crónicas; la descentralización sanitaria que transfirió las competencias sanitarias a las CCAA, buscando acercar la administración y gestión sanitaria a los ciudadanos y, finalmente, la incorporación de nuevas herramientas diagnósticas y terapéuticas, que “contribuyeron a aumentar la esperanza de vida de la población y a disminuir la morbimortalidad de muchas enfermedades”.

Como hitos negativos, el doctor Abarca señala el “deterioro de la AP por la masificación y los recortes, la desigualdad en el acceso a la atención de calidad, especialmente en áreas urbanas, el impacto negativo de la pandemia de COVID-19 en la capacidad de respuesta del sistema y, finalmente, la falta de planificación que provocó el importante desajuste entre las jubilaciones y las tasas de reposición que estamos sufriendo en la actualidad”.

El que fue **presidente de SEMG en el periodo de 2001 a 2007, José Manuel Solla Camino**, con cuatro décadas de ejercicio profesional en el medio rural, aportó una perspectiva que permitió hablar de pasado, presente y, de manera más especulativa, el futuro de la medicina ejercida en ese medio. Los cambios sociales, económicos, políticos culturales, de infraestructuras, así como la propia evolución del sistema sanitario, condicionan el repaso realizado durante el coloquio “para los que no han podido vivir una época que vista desde la perspectiva actual es difícil de asimilar”, sobre todo de las nuevas generaciones de médicos.

En este sentido, el doctor Solla quiso hacer imaginar, tanto a los presentes en el Salón de Actos del Hospital de Monforte y a los que siguieron el debate en *streaming*, un escenario pasado en el que “no existían ninguna de las tecnologías que acompañan cualquiera de nuestras consultas en la actualidad -telefonía móvil, informática, citas previas, telefónicas, acceso

remoto a información casi instantánea, tanto científica como del propio paciente, etc.”.

**El doctor Juan José Rodríguez Sendín, presidente de SEMG entre los 1995 y 2001,** destaca por su parte que la atención a los adultos mayores ha mejorado notablemente en las últimas décadas gracias a avances sanitarios, sociales, económicos y tecnológicos. Las mejoras en Atención Primaria, formación de profesionales y tecnologías diagnósticas han sido cruciales en ello. Sin embargo, “la falta de estabilidad laboral en el sector está afectando la continuidad y efectividad del cuidado, dificultando la coordinación de tratamientos y provocando un enfoque fragmentado en el tratamiento de pacientes crónicos”.

Por otro lado, las innovaciones tecnológicas, como las aplicaciones de comunicación y monitoreo, y el desarrollo de servicios para la salud mental y el envejecimiento saludable han mejorado la calidad de vida de algunos ancianos. Además, la cobertura universal de pensiones ha garantizado condiciones dignas para muchos. A pesar de ello, estos avances aún no alcanzan a todos los mayores.

Para responder realmente a las necesidades de los pacientes, “es crucial recuperar la humanización de la medicina de familia, centrada en la autonomía y el respeto de los deseos de cada persona. La falta de tiempo y continuidad en la relación médico-paciente actual, debido a las condiciones laborales actuales, limita la capacidad del médico para ayudar a los mayores a mantener su independencia y cumplir sus proyectos de vida”, según advierte Rodríguez Sendín.

**El primer presidente que tuvo la SEMG (entre 1988 y 1995), el doctor Ignacio Burgos Pérez,** asegura que las medidas de prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y mejora y rapidez en los tratamientos, junto con la mejora de la calidad de vida, han propiciado que la esperanza de vida, desde que empezamos a ejercer hasta ahora (40 años) se haya incrementado cinco años. El médico habitual de un paciente es muy eficaz en este sentido, respetando la autonomía del paciente y haciendo a que éste tienda a “una vida más sana que añadirá años a la vida y vida a los años”.

En concreto, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), la esperanza de vida a los 65 años ha crecido 5 años desde 1981 a 2022. En esta mejora de la calidad de vida han influido la dieta, el abandono de tabaco, la mayor práctica de ejercicio físico, el control del peso, el control de la diabetes, HTA, colesterol, osteoporosis o la prevención de caídas, vacunación y la puesta en marcha de cribados. Cuidar el sueño y el estado de ánimo, y vigilar el deterioro sensorial, son otros aspectos importantes este aumento de la esperanza de vida.

Estas medidas preventivas se complementan, necesariamente, con la mejora del tratamiento, como es el caso del cáncer, y el tiempo de respuesta, por ejemplo, ante el ictus (en un minuto mueren 1.9 millones de neuronas, 14 billones de conexiones, 1 hora de retraso equivale 3.6 años de envejecimiento cerebral). Los condicionantes sociales, familiares y políticos, haciendo que las personas mayores ni sean ni se sientan ancianos, es clave para poder conseguir añadir vida a los años en este colectivo, según Burgos.



## NOTA DE PRENSA

---

### **Papel clave de los médicos de familia**

El debate *'Enfermedad, sanidad y salud en mayores. Crónica desde la Atención Primaria'* concluyó que la Medicina de Familia ha sido fundamental en la atención a los mayores, adaptándose a nuevos retos y promoviendo el envejecimiento activo mediante la prevención y la promoción de la salud. A pesar de obstáculos como la sobrecarga asistencial y los recursos limitados, el rol de los médicos de familia sigue siendo clave para garantizar una atención integral y humana.

Desde la SEMG, reafirman su compromiso con el fortalecimiento de la Atención Primaria y el cuidado de nuestros mayores, defendiendo la importancia de una atención centrada en la persona, que promueva la autonomía y la calidad de vida en cada etapa del envejecimiento.

### **Para más información contactar con:**

**Sonia Morales (Comunicación SEMG)**

Teléfono de contacto: 626 301 370

Email: [gabinetecomunicacion@semg.es](mailto:gabinetecomunicacion@semg.es)