



## Las asociaciones de jubilados piden que se mantenga la inversión en programas de envejecimiento activo

- Entre la población de entre 55 y 75 años, el 60% de los hombres y el 45% de las mujeres considera bueno su estado de salud.
- España necesitaría incrementar sus recursos sanitarios, asistenciales y el personal especializado para mejorar la atención de la salud de las personas mayores.
- La inversión en estos programas supondría al Estado un importante ahorro en medicinas y atención sanitaria.

Madrid, 29 de junio de 2012-. Las organizaciones de mayores integradas en la Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España, UDP, piden a las administraciones que mantenga la inversión en programas de envejecimiento activo, ya que está demostrado que incide de forma positiva en el buen estado de salud de los mayores de 65 años.

“Invertir en estos tipos de programas retrasa el deterioro físico y cognitivo, lo que sin duda supone un gran ahorro para el sistema sanitario. Envejecer no es sinónimo de enfermedad. Si una persona ha tenido a lo largo de su vida unos buenos hábitos y ha vivido en unas buenas condiciones, llegará a los 65 años en un estado de salud óptimo. Por eso es imprescindible invertir en prevención, aunque sólo cerca del 3% del gasto sanitario actual en los países de la UE



se dedica a esto”, señala Luis Martín Pindado, presidente de UDP. Pindado añade que “el derecho a la salud no desaparece cuando uno cumple años, porque las probabilidades de estar enfermo aumentan. Fumar o beber suponen un riesgo más elevado”.

Entre la población de entre 55 y 75 años, el 60% de los hombres considera bueno su estado de salud y el 45% de las mujeres. Sólo el 15% de la población mayor española declara su estado de salud como malo o muy malo (Imsero EPM, 2010).

En España la esperanza de vida libre de incapacidad (EVLI) a los 65 años es para los hombres de 10,3 y para las mujeres de 10; es decir en general para las personas mayores de 65 años el buen estado de salud se incrementará 10 años más.

Además desde las organizaciones de mayores se han hecho otras aportaciones a partir del informe realizado durante el mes de junio, en el que se ha trabajado ‘Por una cultura de la salud’, dentro de la campaña de sensibilización Doce Causas para 2012, que está llevando a cabo el Imsero en colaboración con UDP durante la celebración del Año Europeo de Envejecimiento Activo.

Los jubilados llaman la atención sobre la falta de geriatras o de médicos con formación geriátrica, y reclaman en este sentido que se aumente la formación en esta especialidad médica durante los años de carrera, o que se incentive a los médicos de familia que son los que se enfrentan a diario con mayor número de pacientes mayores. En el conjunto de España la Medicina Familiar y Comunitaria es una especialidad deficitaria. Por ejemplo desde el año 2005 al 2010, 545 plazas MIR del sistema público que fueron convocadas para Medicina Familiar y Comunitaria, quedaron desiertas. Esto coinci-



de claramente con las especialidades más elegidas por los MIR, en el año 2006 en el Top 3 estaban Dermatología, Cardiología y Cirugía Plástica Estética y Reparadora; lejos quedan Geriatria (puesto 35) y Medicina Familiar y Comunitaria (puesto 40).

El envejecimiento de la población afecta también al personal de la medicina, las Comunidades de Madrid (55%), Aragón (50%); Castilla y León (46%) o Asturias (45%), son las comunidades que cuentan con el mayor número de médicos mayores de 50 años. Por el contrario Extremadura, Baleares y Castilla La Mancha, tienen a los profesionales más jóvenes, sólo el 20%, el 25% y 26% respectivamente de sus médicos tienen más de 50 años.

Además desde las asociaciones de UDP quieren acabar también con un mito: no es cierto que el gasto sanitario sea directamente proporcional con el porcentaje de mayores de 65 años de un país. Por ejemplo la nación más envejecida del mundo, Japón, está entre las de gasto más bajo (ocupa el lugar 21 de 30) frente a Estados Unidos, que es la que más gasta y una de las menos envejecidas (ocupa puesto 23).

“Muchos son los factores que alimentan ese gasto, y desde luego llegar a viejo no es el gasto definitivo”, concluye Pindado.

### **Propuestas de las organizaciones de mayores:**

- Invertir en promocionar los hábitos saludables desde la infancia, como fuente de calidad de vida en la vejez.
- Facilitar los exámenes genéticos en aquellos pacientes con antecedentes familiares y por tanto con alto riesgo de sufrir algún tipo



de enfermedad.

- Formar a aquellas personas encargadas del cuidado de las personas mayores (sean familiares, o cuidadores), sobre la necesidad de que tengan hábitos saludables (alimentación, ejercicios, salud mental, etcétera).
- Favorecer aquellas actividades que retrasen el deterioro cognitivo: talleres de memoria, ajedrez, etc.
- Facilitar la incorporación de nuevas tecnologías como instrumento para acceder a herramientas de ejercicio mental.
- Garantizar el acceso de todas las personas mayores a un centro de atención primaria, y que este reúna las condiciones adecuadas para atenderlos (suelos antideslizantes, número de ascensores suficientes, o rampas de acceso...).
- Poner carteles en estos centros con instrucciones claras, precisas y con una tipografía lo suficiente grande para que puedan verlos correctamente.
- En cuanto al Centro de Información, crear puntos de atención específico para estos pacientes, ya que tanto por número de pacientes como por número de visitas necesitan una atención personalizada.
- En los hospitales facilitar que enfermos crónicos en caso de ser atendidos por el cónyuge también mayor, cuente con las instalaciones adecuadas, y evitar que el cuidador caiga enfermo.
- En estos casos, y cuando el cónyuge que cuida del enfermo tenga que cambiar de localidad, facilitarle un alojamiento próximo al centro hospitalario (conciertos con residencias de estudiantes, de mayores,... con mayores voluntarios que ofrezcan sus domicilios particulares y que a cambio reciban una ayuda).



- Incrementar la formación geriátrica en Médicos de familia.
- Favorecer la incorporación de estudiantes de áreas rurales a la Medicina, con créditos, becas de libros, de alojamiento, transporte etc, y las prácticas de estos como médicos de familia en el ámbito rural. De esta forma se impediría que el joven rompiera el vínculo con su lugar de origen después de pasar por la Facultad.
- En los ámbitos donde hay mucha población envejecida (Galicia, Castilla y León, etcétera), y poca densidad de población poner en marcha unidades especiales de atención geriátrica que cuente con médico, enfermera y asistente social.
- Este mismo sistema podría aplicarse para la aplicación de cuidados paliativos en aquellos pacientes con una enfermedad incurable y que desee morir en casa.

Más información sobre la campaña Doce Causas para 2012:  
Jose Alberto Alvarez, 619 04 00 72 [prensa@mayoresudp.org](mailto:prensa@mayoresudp.org)  
Maite Pozo Querol, 91 703 39 57, [mipozo@imserso.es](mailto:mipozo@imserso.es)