



2012 AÑO EUROPEO DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y LA SOLIDARIDAD INTERGENERACIONAL. UNA MIRADA MULTIDIMENSIONAL A UN FENÓMENO GLOBAL

DIEGO A. BERNARDINI MD, PHD

Introducción

El mundo está envejeciendo. El proceso de envejeciendo es global, no solo envejecen las personas, las sociedades en su conjunto también lo hacen. En 2006 casi 500 millones de personas tenían 65 o más años de edad, para el año 2050 serán más de mil millones lo que equivaldría a que 1 de cada 8 habitantes del mundo será un adulto mayor³⁰. En Europa la transición demográfica es una realidad incuestionable. En el Tercer Reporte Demográfico publicado por la Unión Europea (UE) en 2011 el porcentaje de la población en la región de mayores a 65 años se incrementó desde 13.7% en 1990 a 17.4% en 2010. Las predicciones hacia 2060 estiman que este porcentaje llegaría al 30%, con un incremento de los mayores de 80 años muy significativo.

A pesar que esto pueda tener distintas interpretaciones, positivas y negativas, el envejecimiento de la población debe ser visto como un triunfo de la humanidad en

múltiples dimensiones: sanitaria, social y económica son algunas de ellas. Personas ancianas ha habido a lo largo de toda la historia, pero hoy en día la cantidad de personas que viven hasta edades avanzadas son tan numerosas como nunca antes, y no solo eso, la mayoría lo hacen con una calidad de vida muy aceptable.

El mundo vive este proceso de transición demográfica caracterizado por el envejecimiento, originado fundamentalmente por la caída en las tasas de fertilidad más que por aumento de la expectativa de vida, que creció producto del avance y el desarrollo en materia de salud y saneamiento. Las bajas tasas de fertilidad se traducen en una fracción de la población económicamente activa menor, mientras que la cantidad de adultos mayores, por efecto del aumento de la expectativa de vida, continúa en aumento. En Europa el principal motivo de envejecimiento es la caída sustancial de la tasa de mortalidad entre los adultos mayores a partir de la década del

70, fenómeno que se dio en prácticamente todos los países de la UE³¹. La consecuencia de este fenómeno, redundara en un aumento del efecto de las bajas tasas de fertilidad.

El proceso de envejecimiento por lo tanto, condiciona y afecta a toda la sociedad. Debemos asumirlo y considerarlo como un desafío de alta incumbencia social y determinantes consecuencias económicas que nos afectara en la forma de pensar, planificar e implementar las políticas públicas de los próximos 50 años cuanto menos. Esto sin duda, trae aparejado importantes desafíos no solo para las personas sino para los tomadores de decisión y otros agentes políticos involucrados³². En efecto este triunfo del desarrollo de las sociedades se ha convertido al mismo tiempo en un desafío para las mismas. Por tanto, considerar la aproximación al fenómeno del envejecimiento desde la perspectiva de la protección social se torna perentorio, especialmente en momentos en que pobreza y la exclusión son conceptos multidimensionales y persistentes que afectan de manera transversal todo el tejido social.

Un reflejo de la preocupación y la necesidad que implica considerar y posicionar en las agendas políticas el fenómeno del envejecimiento se ha visto recientemente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha dedicado el Día Mundial de la Salud celebrado el 7 de Abril de 2012 al envejecimiento bajo el lema “La salud añade vida a los años”. La Unión Europea declaro 2012 “Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergene-

racional” con la idea de concienciar sobre la contribución que las personas mayores pueden representar para el desarrollo de las sociedades.

El objetivo de este artículo es aportar una visión integral sobre la relevancia del proceso de envejecimiento que fundamenta la adopción de 2012 como Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional, a partir de una serie de observaciones sobre algunas dimensiones, quizás las más significativas, que este proceso involucra.

Porque un Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional?

El paradigma de justicia social que guía gran parte de la política social del siglo XXI, busca de la mano de la equidad, hacer de la salud un derecho humano entre otras cosas. Es en este punto donde la responsabilidad del Estado de garantizar seguridad a los ciudadanos se vuelve fundamental. Una seguridad que garantice educación, salud o un sistema de pensiones; pero también que permita el desarrollo de un sistema social cuya cohesión brinde un mínimo de acceso a oportunidades para las generaciones venideras.

Europa se encuentra en un proceso de transición demográfica pleno, expresado por un marcado incremento de la población de mayores de 65 años y, especialmente de aquellas personas mayores de 80. Esto presenta un sin número de desafíos, y una de las mejores estrategias de hacer frente a un desafío de estas proporciones es elevar el grado de concientización y

compromiso de la sociedad, de manera que el impacto social y económico que acarrearán estos cambios de la dinámica de la poblacional puedan ser mitigados de una manera adecuada.

Existen dos marcos políticos de acción que resultan determinantes a la hora de analizar el porqué de un Año Europeo dedicado al envejecimiento.

El primero es la estrategia de crecimiento “Europa 2020”³³ en el que esta región se halla inmersa. Este marco político tiene como objetivos el crecimiento basado en la innovación, de una forma sustentable e inclusiva. Esto no podrá ser alcanzado si no se logra involucrar a los adultos mayores. El Segundo documento de referencia es “Envejecimiento Activo: un marco político de acción”³⁴ elaborado por la OMS y presentado en la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de Madrid 2002. Este documento se fundamenta en tres pilares, hoy recogidos por la estrategia Europa 2020: Salud, Participación y Seguridad para las personas mayores. Con la declaración del año 2012 como Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional, la Unión Europea no hace más que colocar en la agenda de discusión y decisión la importancia del envejecimiento, para lo cual resulta fundamental la identificación de experiencias exitosas y el estímulo a que distintos sectores de la sociedad – pública, privado y civil – promuevan la participación, la vida saludable e independiente de los mayores, el empleo y la solidaridad intergeneracional³⁵.

Pensando el significado de el “Envejecimiento activo y la solidaridad intergeneracional”.

El envejecimiento activo se formaliza con la aparición del documento al que hicimos referencia previa 5 y que fuera elaborado por OMS. El verdadero significado de este documento es haber sido pensado como un marco político para la planificación, implementación y concreción de políticas, en el cual se identifican determinantes económicos, conductuales, medioambientales, sociales y de salud, que al mismo tiempo están condicionados por otros dos determinantes transversales: género y cultura. Estos determinantes se entrelazan y le dan forma al Marco del Envejecimiento Activo y sus tres pilares, que son las aéreas donde las políticas públicas deberían orientarse como forma de incluir en el tejido social a las personas mayores: participación ciudadana, garantizar su seguridad y brindar condiciones de salud. A pesar que el nombre del envejecimiento activo se ha usufructuado muchas veces, el verdadero sentido de este marco lógico está vigente y es más adecuado que nunca a los tiempos que estamos viviendo.

La solidaridad intergeneracional habla de uno de los valores humanos por excelencia. Solidaridad significa colaboración. En este caso la colaboración entre las distintas generaciones se torna imperiosa de cara al futuro donde por primera vez en la historia de la humanidad los mayores de 60 años son más que los jóvenes. Que el grupo de personas retiradas del mercado productivo o laboral formal, sean mayoría

encierra una serie de tensiones y desafíos para el sistema de protección social. Estas tensiones solo podrán ser resueltas con el compromiso de toda la sociedad, de allí que sin un sentido solidario los esfuerzos puedan volverse vanos. Por lo tanto el momento de oportunidad es único.

Retrospectivamente 2012 coincide con los 10 años de celebrada la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en Abril de 2002³⁶ en Madrid. En lo más próximo significa una continuidad con la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas para la Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles³⁷, celebrada en Septiembre de 2011 en New York, EEUU. Si consideramos que esta fue la segunda vez que las Naciones Unidas colocan en su agenda un tema vinculado a salud, la primera fue la Cumbre Mundial del HIV/SIDA en 2001³⁸, y que el fenómeno del envejecimiento está fuertemente asociado a la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, no quedan dudas que este es “el” momento para colocar en la agenda de discusión y decisión política un fenómeno tan prioritario como el envejecimiento. A tal punto es evidente la necesidad de lograr compromisos políticos de alcance global el próximo mes de Septiembre de 2013 será la tercera oportunidad que durante la Asamblea Anual de las Naciones Unidas se disponga de un encuentro dedicado a la salud. En ese momento se llevara a cabo la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre la Discapacidad y el Desarrollo: la contribución del sector salud. Se calcula que aproximadamente el 15% de la población mundial sufre de alguna discapacidad, lo

que equivaldría a cerca de 1000 millones de personas cuya prevalencia va en aumento a consecuencia del envejecimiento de la población y el aumento de la carga de las ECNT. Este será el marco en que los Estados Miembros tendrán la oportunidad de hacer aportaciones sobre la perspectiva del sector salud.

Porque importa el fenómeno del envejecimiento?

El proceso de envejecimiento de la población a nivel global importa porque es una de las principales tendencias y cambios que se están dando en nuestra sociedad. Una sociedad donde el efecto de la globalización produjo que los límites de espacio y tiempo se borrarán, y así muchos de los principios que eran utilizados para definir agendas, cumplir objetivos y solventar necesidades. Hoy tiempo y espacio son uno y las políticas públicas deben adecuarse a ello; así el envejecimiento, el cambio climático, las migraciones, el proceso de urbanización y la transición epidemiológica conforman las tendencias que marcarán las políticas sociales del futuro.

Para los sistemas de protección social, el envejecimiento significa una cantidad creciente de adultos mayores a los cuales proveerles seguridad y asistencia social, al tiempo que se deberán resolver los interrogantes de un mercado laboral sujeto a tensiones e incertidumbres. Para los sistemas de salud la reformulación de sus estrategias de cuidado y atención, la formación y el perfil de su fuerza de trabajo, la racionalización y utilización de las nuevas tecnologías, la creciente medicalización de la

sociedad y el alfabetismo médico de la comunidad, así como la financiación y utilización de los recursos financieros serán puntos claves a resolver. Así es como el proceso de envejecimiento se vuelve importante y determinante para los gobiernos, la industria y actividad comercial, y para las personas en general.

La actividad comercial se enfrentará con un nuevo mercado de consumidores, que impondrán una nueva demanda para la cual habrá que generar nuevos servicios y productos. Las personas se encontrarán con cambios en las formas de trabajo, en la dinámica y estructura familiar³⁹, en la expectativa de vida y forma de vivir y en un futuro al cambio en el acceso y el valor de las pensiones. Mientras que para los gobiernos las tensiones vendrán en forma de desafío sobre el reordenamiento del gasto público, estrategias de afrontamiento de la gestión presupuestaria o la posible caída del PBI⁴⁰ producto de la transición demográfica; pero sin duda impondrá y generará un reordenamiento de políticas y agenda.

Algunas observaciones en la búsqueda de soluciones

El Estado de bienestar en Europa tiene un origen y un fuerte vínculo con el empleo. Esta asociación nació de una estructura social basada en una estructura familiar con la figura del padre como sostén económico único y se ha visto modificada de manera paulatina pero permanente con el correr del tiempo. En la actualidad la estructura familiar ha cambiado. La familia extendida que tanto ca-

racterizó a una época europea, representa un modelo en extinción. Como contracara, las facetas que modelan y modelarán las familias del siglo XXI incluyen, entre otras, el aumento en divorcios, viviendas unipersonales, parejas sin hijos y formalización de parejas del mismo sexo, además de la integración de la mujer al mercado laboral como un hecho consolidado. Por si fuera poco, más recientemente la crisis financiera mundial que comenzó en 2008 y aun hoy afecta de manera notoria a varios países de la Unión Europea, incrementa la percepción de un escenario complejo e incierto. Por esto no es de extrañar que las estructuras que hacen a la protección social, la asistencia social (sistemas de salud), el aseguramiento social (sistema de pensiones) y la regulación del mercado laboral, estén atravesando momentos de tensión en cuanto a su sostenibilidad para las generaciones futuras de millones de europeos. En este sentido, un principio de la planificación subraya la importancia de diferenciar entre un problema y una necesidad, donde esta —en contraste con aquel— expresa una diferencia con el estado óptimo, es decir lo que queremos solucionar. Dado que una necesidad de salud provoca una necesidad de servicios vale preguntarse: ¿qué necesidades tendrá una sociedad modelada por transiciones y un nuevo perfil demográfico?

Una serie de transiciones están afectando y moldeando nuestra sociedad. Hoy los problemas de salud están vinculados principalmente a condiciones crónicas en detrimento de enfermedades infectocontagiosas como ocurría a principios del siglo pasado, la migración del campo a las ciu-

dades se expresa en el continuo aumento del grado de urbanización, migración que no solo se da dentro de los países sino entre ellos en forma de migración internacional; las consecuencias del cambio climático son cada vez más evidentes, y finalmente la que nos ocupa: la transición demográfica con el progresivo envejecimiento de la población.

La transición epidemiológica se caracteriza por un notable incremento en la carga de enfermedad producto de las ECNT, este cambio no se acompaña como era de esperar de la transformación de los servicios y sistemas de salud, los cuales quedaron anclados a las características de otro tipo de demanda, basada en un modelo centrado en el hospital como institución y altamente especializado; sistemas que fueron creados bajo un paradigma biológico, centrado en la figura médica, pensando en la enfermedad y no en la salud de la población. Desde la Declaración de Alma Ata⁴¹ en Septiembre de 1978 se logro consenso sobre la urgente necesidad de que todos los gobiernos, todos los trabajadores de la salud y aquellos relacionados al desarrollo, así como la comunidad mundial de involucrarse en la promoción y la protección de la salud. Esta Declaración fue la primera que subrayo la importancia de los cuidados de atención primaria de la salud, los que fueron aceptados por los Países Miembros de la OMS como instrumento para alcanzar el objetivo de "Salud para Todos". El significado fue el comienzo de la búsqueda de un sistema de salud que garantice cobertura universal basada en atención primaria. Cobertura universal en salud expresa

equidad y formaliza a una buena parte de la justicia social en el sentido de que todos los ciudadanos tengan acceso a atención y cuidados de salud.

Los servicios y sistemas de salud son un complejo conjunto de estructuras, procesos y procedimientos cuyo fin es brindar cuidados y atención sanitaria de calidad con el objetivo de mejorar la salud de la población. Según la OMS⁴² un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos, y dentro de este concepto se incluyen a los recursos humanos, la financiación que el sistema requiere para su funcionamiento, los sistemas de información, transporte y comunicaciones que permiten el funcionamiento de muchos de sus procesos y procedimientos, los suministros, así como los distintos niveles de gobierno hacen a su gestión. Todo esto con el fin último de poder brindar servicios y cuidados de calidad de acuerdo a la demanda de la población sin representar su acceso en una limitación económica. Los sistemas de salud basada en la atención primaria, que brindan cobertura universal de salud han mostrado ser costo-efectivos en sus resultados. España como la mayor parte de los países de la UE tiene este tipo de sistema de salud. Por fuera de la UE países como México⁴³, Tailandia⁴⁴, Brasil⁴⁵ y Japón⁴⁶ están implementando sistemas de salud que brinden cobertura universal con resultados muy satisfactorios. Al mismo tiempo EEUU uno de los países con mayor gasto per capita en salud aun se debate en su reforma sanitaria que posibilite brindar cobertura a cerca de 40 millones de sus ciudadanos⁴⁷.

Hoy en día la transición epidemiológica y las ECNT hace de ello un verdadero desafío para los sistemas de salud. Las ECNT principales incluyen las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la enfermedad crónica respiratoria, los trastornos de salud mental, la enfermedad renal crónica, el HIV/SIDA, algunos problemas digestivos y las afecciones osteo-articulares entre otras; en conjunto son causantes de cerca de 35 millones de muertes, un 60% del total de las muertes en el mundo, y un 80% en los países de ingreso medio y bajo⁴⁸. El número y la presencia de condiciones crónicas aumenta con la edad. Hablar de ECNT significa entender que tienen causa múltiple y compleja, que su aparición suele ser gradual en las personas y en ello influye de manera muy significativa el curso de vida. En general no suelen comprometer la vida de las personas pero son causa de muerte prematura, y por sobre todo a causa de su larga duración y persistencia afectan notablemente la calidad de vida de las personas mayores⁴⁹. Una persona añosa afectada por condiciones crónicas tiene por lo tanto un mayor riesgo de incapacidad y mortalidad, pero además, una necesidad de cuidados que se prolongue con el tiempo y que sea de una menor intensidad. La estrecha relación que existe entre las enfermedades crónicas y la dependencia por lo tanto se torna un factor determinante a la hora de planificar e implementar políticas sociales y sanitarias.

El desafío que impondrá una sociedad envejecida y afectada de alta carga de ECNT será la de jerarquizar las funciones de la promoción, la prevención y la reha-

bilitación de la salud, donde la persona pueda contar con un diagnóstico integral que incluya aspectos clínicos, funcionales y sociales. Así la coordinación de los distintos niveles de atención médica se vuelve otro punto clave y relevante, especialmente porque deberá interactuar con los cuidados comunitarios y el de propio paciente. Esta será una forma manera de garantizar los principios básicos del envejecimiento activo.

En el marco de la provisión de servicios resulta perentorio el replanteo sobre la necesidad de recursos humanos en salud apropiados. Hoy la situación de los recursos de salud se encuentra en pleno debate. Una de las ventajas de vivir en una era global es la posibilidad de comparar en tiempo real escenarios similares en distintos países. Un ejemplo de esta posibilidad la ofrece el debate abierto sobre la reforma del sistema sanitario en Norteamérica⁵⁰ y los recientes cambios en el sistema de salud en España. ¿Quién cubrirá las necesidades de casi 40 millones de nuevos usuarios en un país como USA? Dado el grado de envejecimiento y aumento de las enfermedades crónicas ¿qué tipo de profesional se requerirá para cubrir esas nuevas demandas de una población envejecida y dependiente? ¿Más médicos geriatras? ¿Más médicos de familia o más enfermeras? ¿Quiénes serán los más aptos para lidiar con el creciente número de discapacidades para la actividades básicas y funcionales de la vida diaria?... ¿Cómo habrán de acomodarse los sistemas de salud para convivir con estas tensiones?

Se necesitarán especialistas, pero además harán falta más médicos para atender los problemas de salud más frecuentes, los que más sufre la gente, lo prevalente en la comunidad —es decir, profesionales que conforman el primer contacto de la demanda, los médicos de familia o atención primaria. También se requerirán cuadros técnicos que estén inmersos en las comunidades y articulen con el nivel de resolución de mayor complejidad. Pero también será preciso educar a la población, construyendo un sentido de responsabilidad que le dé sentido a la explosión de información médica, la “medicalización de la sociedad” y el “alfabetismo médico de los pacientes”.

En el mundo actual existe un déficit de profesionales sanitarios, médicos y enfermeras principalmente. En general, faltan o están mal distribuidos. En un contexto demográfico de población envejecida, disponer de más médicos geriatras tiene sus ventajas pero también supone desventajas a medio plazo. Formar médicos es costoso en tiempo y recursos. Dificultades adicionales como la presencia de actitudes negativas hacia los ancianos son extensibles a otros profesionales de la salud⁵¹. Con el aumento de la proporción de personas mayores la necesidad de un profesional/técnico que pueda prevenir/asistir, con el objetivo de prolongar la permanencia en sus propios domicilios, disminuyendo la posibilidad de hospitalización y/o institucionalización se vuelve prioritaria. Hoy esta es una necesidad insatisfecha.

Una primera propuesta tendría que ver con que este primer nivel de atención tenga una preparación adecuada para

abordar los problemas de salud prevalentes de los mayores. La evidencia sostiene que equipos de salud basados en la comunidad y con habilidades para el trabajo con mayores retardan la hospitalización y/o institucionalización, reducen la mortalidad y mejoran la calidad del cuidado, especialmente en el grupo de mayor riesgo o vulnerabilidad; lo que todavía está en discusión es el grado de intensidad de estos cuidados y/o visitas domiciliarias⁵². Es necesario corregir la proporción de profesionales de enfermería en relación con la población y abordar la re-jerarquización de sus funciones en la comunidad. Pero el verdadero desafío no afecta tanto a las tradicionales «profesiones» de la salud como a satisfacer la necesidad de capacitar a nuevos profesionales para atender a una nueva demanda. Esta reformulación de quienes integran de manera formal el equipo de salud ayudara a una aproximación transversal que integre a la persona/paciente a su entorno y donde la salud y sus necesidades se vuelven el centro del sistema de atención de salud.

Los tiempos actuales obligan a permear la salud a otras dimensiones del conocimiento y disciplinas. Politólogos, administradores, antropólogos, economistas y otros expertos, son hoy y serán cada vez más determinantes en toda política que piense una salud inclusiva y equitativa.

A modo de conclusión

En esta era caracterizada por el fenómeno de la globalización debemos prepararnos para los nuevos desafíos por venir, donde la salud ha dejado de ser un tema

netamente sanitario para convertirse en un área de aproximación con múltiples dimensiones.

En esta nueva concepción de salud vinculada a desarrollo, a equidad y a salud como un derecho humano, la justicia social es una cuestión clave, ya que afecta el modo en que la gente vive y se enferma, donde la justicia social está influenciada por factores sociales, políticos y económicos; constituyen los llamados “determinantes sociales de la salud” y son la base en la que se asienta un curso de vida que asegure igualdad de oportunidades para todas las personas. Estas políticas sociales y económicas tienen efectos determinantes en las posibilidades de que un niño crezca y desarrolle todo su potencial, tenga una vida prospera, o que esta se malogre⁵³. Por esto es importante señalar que cada vez hay una mayor convergencia entre países pobres y ricos, entre aquellos desarrollados y los que están en vía de serlo sobre los problemas de salud que hay que resolver.

El envejecimiento será de manera significativa uno de los desafíos que más afecte nuestra vida en sociedad. Para hacer frente a este reto los mecanismos que conforman el sistema de protección social deberán adecuarse de manera urgente y efectiva. El sistema de salud, los programas de pensiones y la regulación del mercado laboral entre los principales componentes de la protección social. Sistemas de salud que aseguren cobertura universal y, que brinden principios básicos como accesibilidad y calidad, sin que el factor económico se constituya en una ba-

rrera. Serán necesarios nuevos sistemas de gestión de la salud y la enfermedad crónica. Nuevas formas de planificar los entornos y ambientes de cara a la transformación demográfica. En resumen, un “nuevo pensamiento global” y una nueva “fuerza de trabajo global”, responsabilidad que involucra a la ciudadanía y gobernantes. En los últimos años ha habido consenso por reconocer y aceptar que la salud es un bien público y un derecho indispensable para el desarrollo de las Naciones y que los factores más importantes para conseguirla y preservarla son de tipo económico, político, ambiental y social, más que sanitario y que, por ende, precisa ser abordada de manera multisectorial y con una visión global que va más allá de las fronteras de los países.

Esta visión persigue la igualdad de oportunidades, una traducción de la solidaridad intergeneracional que es por sí misma fundamento de la justicia social; de esta manera la salud y calidad de vida de los adultos mayores cobra una dimensión válida y legítima.

Hoy vivimos un nuevo paradigma donde la visión y la comprensión de que la salud es política y está socialmente determinada, que la construcción del sistema de salud debe adecuarse a la determinación social y el impacto de ello en el curso de vida de las personas. Esta nueva dimensión hace de la salud pública un asunto de estado y seguridad, un campo para las relaciones exteriores de una Nación, un área que la macroeconomía debe considerar con sensibilidad y por sobre todo, una cuestión de derechos humanos, suficientes

argumentos para entender el verdadero sentido de 2012 como Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional.

NOTAS

- ³⁰ Why population ageing matters. A global perspective. NIH 2007.
http://www.nia.nih.gov/sites/default/files/WPA_M.pdf
- ³¹ Preston SG., Himes C., Eggers M., Demographic conditions responsible for population ageing. *Demography* 1989, 26:691-704.
- ³² The price of maturity. Lee R., Mason A., Finance & Development, June 2011.
- ³³ EUROPE 2020 - A strategy for smart, sustainable and inclusive growth, 2010. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:EN:PDF>
- ³⁴ Active ageing: a policy framework, World Health Organization 2002
http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NM_H_NPH_02.8.pdf
- ³⁵ How to promote active ageing in Europe. EU support to local and regional actors. 2011. europa.eu/ey2012/BlobServlet?docId=7005&langId=en
- ³⁶ Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Naciones Unidas, Madrid 2002.
<http://www.un.org/spanish/envejecimiento/documents.htm>
- ³⁷ Reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre las enfermedades no transmisibles
http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/es/
- ³⁸ Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, Naciones Unidas, 2001
<http://www.un.org/spanish/ag/sida/aress262.pdf>
- ³⁹ Bernardini DA., La familia, base y eslabón primario de la salud pública del futuro. *Revista Panamericana de Salud Publica* 31.6 (2012): 529-530.
- ⁴⁰ Talkin' 'bout my generation: The economic impact of aging US baby boomers. Mc Kinsey Global Institute, 2008
http://www.mckinsey.com/insights/economic_studies/talkin_bout_my_generation
- ⁴¹ Declaración de Alma – Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978 - http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- ⁴² ¿Qué es un sistema de salud? Organización Mundial de la Salud, 2005.
<http://www.who.int/features/qa/28/es/>
- ⁴³ Mexico: celebrating universal health coverage. *Lancet*, Volume 380, Issue 9842, 622, 2012.
- ⁴⁴ Thailand: health care for all, at a price. *Bulletin of the World Health Organization* 2010 Vol 88(2), 81-160.
- ⁴⁵ Health care in Brazil. An injection of reality. *The Economist* Jul 30th, 2011.
<http://www.economist.com/node/21524879>
- ⁴⁶ Reich M., Ikegami N., Shibuya K., Takemi K., 50 years of pursuing a healthy society in Japan. *Lancet* 2011 Vol 378, 9796:1051 - 1053, 17.
- ⁴⁷ Bernardini-Zambrini DA., Cobertura universal, equidad y solidaridad. Tres casos para observar. *Aten Primaria*. 2012 Nov;44(11):687-8.
- ⁴⁸ 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of Non communicable diseases : prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes. World Health Organization, Geneva 2008.
- ⁴⁹ Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi, 2010. <http://cronicidad.blog.euskadi.net/descargas/plan/EstrategiaCronicidad.pdf>

- ⁵⁰ Dentzer S. Reinventing primary care: A task that is far “Too important to fail”. *Health Affairs*. 2010;29:757.
- ⁵¹ Bernardini-Zambrini DA, Moraru M, Hana M, Kalache A, Macías Núñez JF. Attitudes toward the elderly among students of health care related studies at the university of Salamanca, Spain. *J Con Edu Health Prof*. 2008;28:86–90.
- ⁵² Bernardini-Zambrini DA., Quien cuidara a nuestros mayores? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012 Mar;47(2):81-2
- ⁵³ Subsanan desigualdades en una generación – Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe final. Organización Mundial de la Salud, Ginebra 2008.
http://www.who.int/social_determinants/the-commission/finalreport/es/

