

**MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN
ARGENTINA (MSAL)**

**PROGRAMA NACIONAL DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUD
PARA LOS ADULTOS MAYORES**

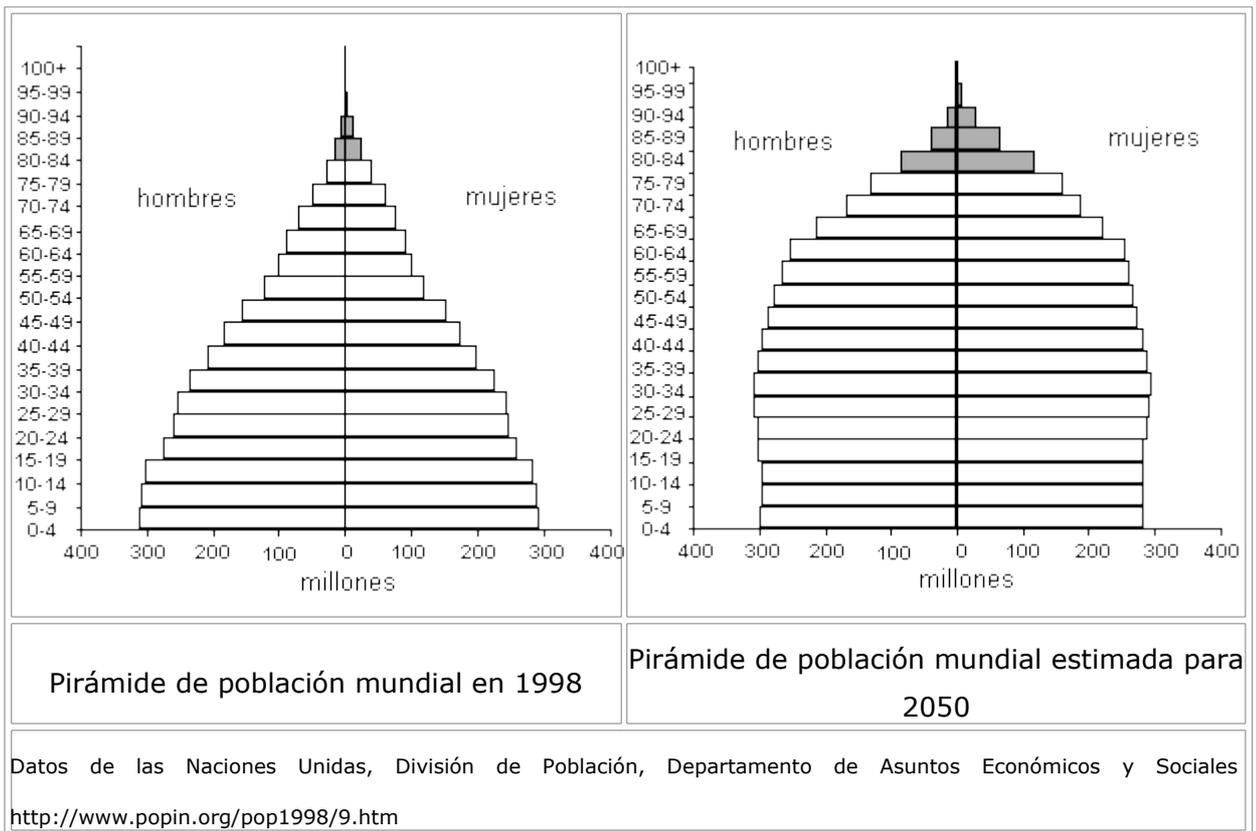
Marzo 2007

1. FUNDAMENTACIÓN

a. Contexto de la situación

Hay en el mundo cerca de 600 millones de personas mayores de 60 años. Para el 2025, se espera que este total se duplique y para el 2050 se proyecta que esta población alcanzará 2 billones de personas, es decir el 21% de la población total global (**Gráfico 1**). Entre los grupos de población de adultos mayores alrededor del mundo, el de más rápido crecimiento es el de los adultos mayores de 80 años.

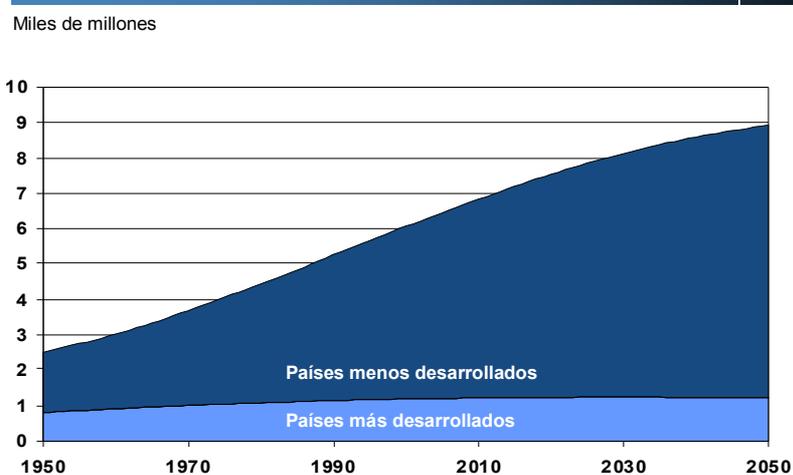
Gráfico 1



Hoy, más del 60% de los adultos mayores de 60 años viven en el mundo en vías de desarrollo (**Gráfico 2**). Para el 2020 esta proporción alcanzará el 75%, y para el 2025 el 85%.

Gráfico 2

Crecimiento en países más y menos desarrollados



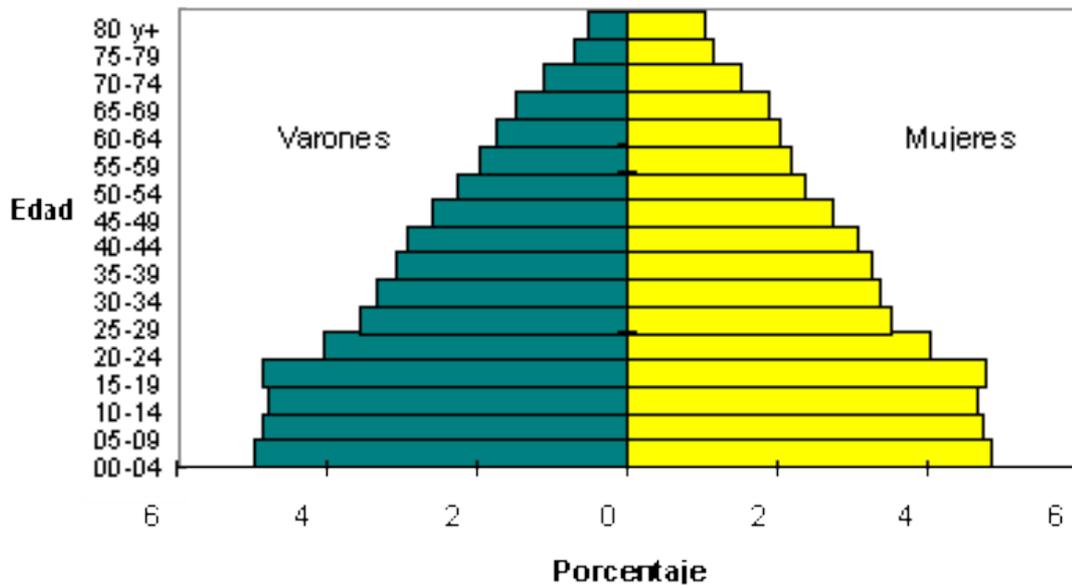
Fuente: Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2002 Revision* (escenario medio), 2003.

 © 2004 Population Reference Bureau

La Argentina es uno de los países más envejecidos de Latinoamérica, mostrando signos de su envejecimiento desde 1970. De acuerdo al Censo Nacional de 2001 realizado por el INDEC, la población de *Personas de 60 y más años* es de 4.871.957 millones; lo que representa el 13,4% de la población total de los cuales 2.054.151 son varones y 2.817.806 mujeres. **(Gráficos 3 y 4)**

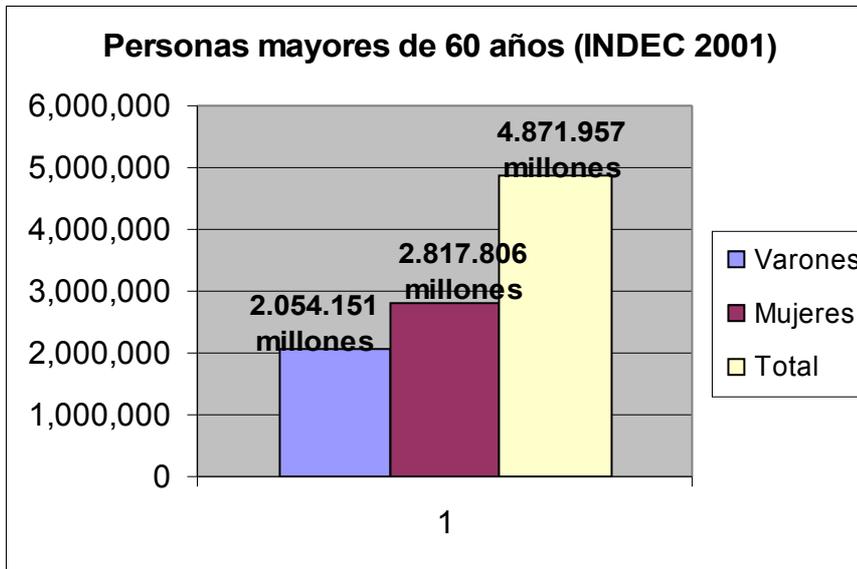
Gráfico 3

Pirámide de Población en Argentina, año 2000.



Fuente: CELADE, 2004

Grafico 4



La población de 65 años y más es de 3.587.620 millones, un 10 por ciento de la población total, y en la distribución nacional, las provincias con mayor porcentaje de mayores de 65 años son: Ciudad Autónoma de Buenos Aires (478.445), Buenos

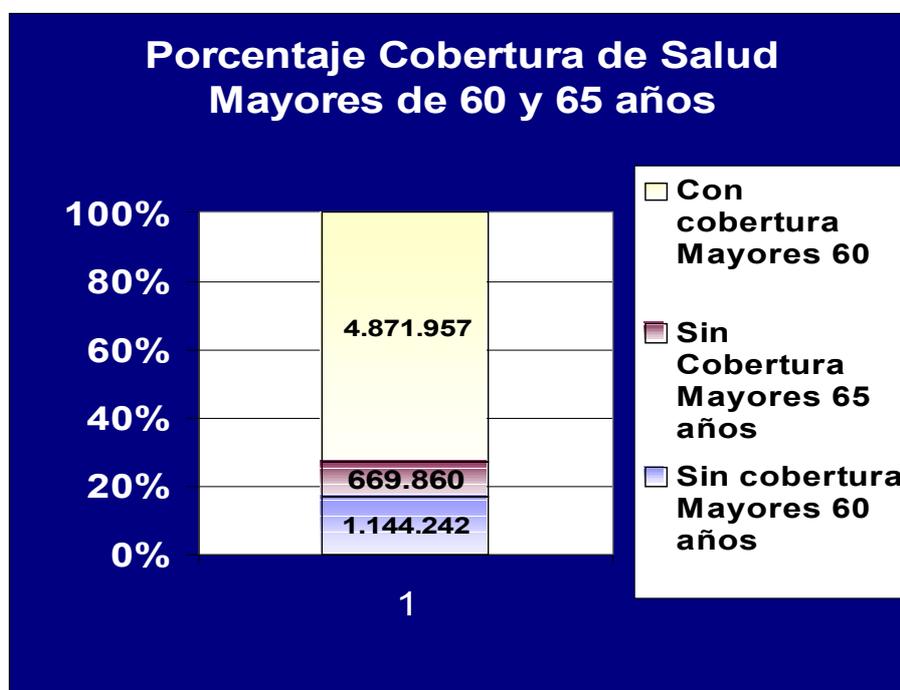
Aires (1.461.118), Córdoba (325.662), Santa Fe (347.204), Entre Ríos (109.987), Mendoza (148.404) y Tucumán (99.766). (Ver tabla ANEXO 1)

Diversos factores determinan el cambio en la estructura demográfica, por un lado el descenso de las tasas de fecundidad y de mortalidad, y por otro lado, el aumento de la esperanza de vida al nacer, que en la Argentina para el quinquenio 2000-2005 es de 78,1 años para las mujeres y de 70,6 años para los varones. La esperanza de vida para las personas que hoy tienen 60 años (en referencia al número de años que le restarían por vivir a una persona al cumplir los 60 años) es de 22, 5 años para las mujeres y de 17,8 años para los varones.

El proceso de rápido envejecimiento de la población plantea nuevos desafíos para el sistema de salud. La provisión de servicios de promoción, prevención, atención y rehabilitación, y las demandas de tales servicios, se estima se intensificarán con el continuo aumento del número y proporción de adultos mayores en la población.

Según datos del INDEC, el 23,48% del grupo de los mayores de 60 años, (1.144.242 millones de personas) y un 18,67% del grupo de mayores de 65 años (669.860 mil personas) no tiene cobertura de Obra Social ni Plan de Salud privado o mutual (**Grafico 5**).

Gráfico 5



El perfil de enfermedades crónicas en la población de 65 años y más, tales como las afecciones cardiovasculares y la hipertensión, la diabetes, los traumatismos, enfermedades respiratorias (neumonía, influenza), patologías neurológicas y el cáncer, en gran medida puede prevenirse o retardarse a través de estrategias que incluyan la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

(Gráfico 6)

Gráfico 6: Perfiles de enfermedades crónicas en la población de 65 y más años, Argentina, 1997.

Enfermedades	Números absolutos	Porcentaje de la población
Hipertensión y afecciones cardíacas derivadas	577.642	20,87
Enfermedades cardíacas y problemas circulatorios	441.909	15,97
Enfermedades osteoarticulares	345.490	12,48
Diabetes	183.735	6,64
Respiratorias	191.463	6,92
Parkinson y otras neurológicas	125.907	4,55
Tumores	82.051	2,96
Enfermedades renales	61.752	2,23
Otras	216.150	7,81
Total	1.615.043	58,36

Fuente: Encuesta de Desarrollo Social, 2000.

b. Descripción del problema

Muchos individuos alcanzan ahora vidas más largas, y el riesgo de padecer al menos una enfermedad crónica, como hipertensión o diabetes, aumenta con la edad. Esta dificultad no se encuentra determinada por la edad cronológica “*per se*”, sino que es un reflejo de la acumulación de factores de riesgo en el curso de la vida, lo que refuerza la importancia de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades en todas las edades.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en diversos informes señala que el manejo de la creciente carga que implican las enfermedades crónicas en América Latina requiere de oportunidades para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en la comunidad y en los servicios de atención en salud. Las enfermedades crónicas y las discapacidades asociadas que afectan los últimos años de vida de una persona, junto con sus costos económicos y humanos, pueden prevenirse.

En nuestro país, de acuerdo al Informe de Resultados de la Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) realizada por el MSAL en el año 2006, la hipertensión arterial a nivel global causa un 13% del total de las muertes, constituye, pues, el principal factor de riesgo de mortalidad en nuestro país y uno de los principales motivos de consulta al sistema de salud y de prescripción de tratamiento farmacológico.

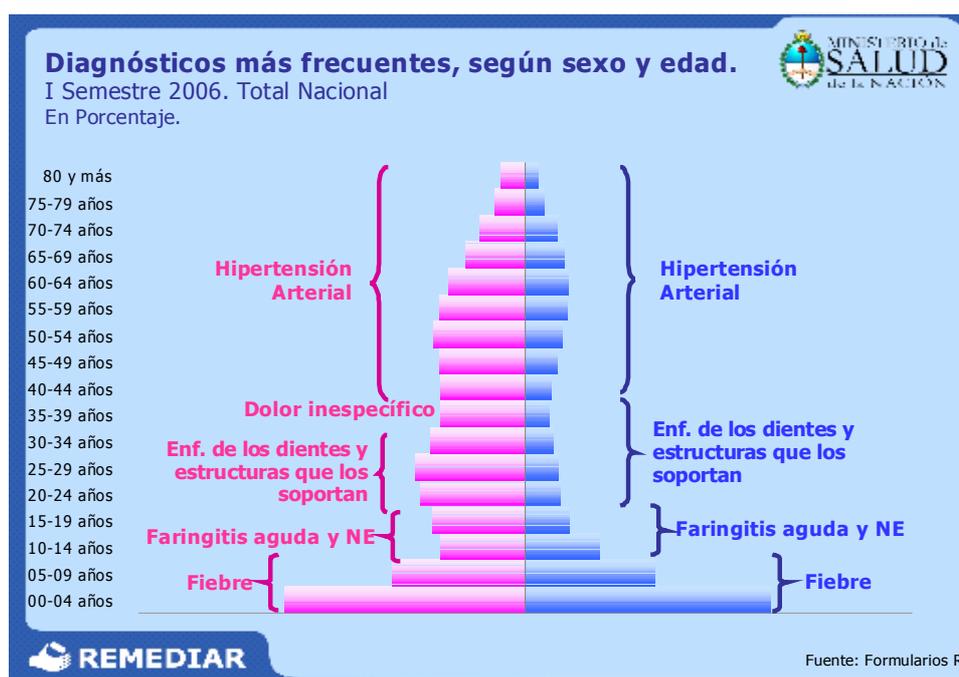
Cabe considerar que en las conclusiones de la ENFR se hace referencia a la reciente investigación denominada MONICA, realizada en 38 países, donde el descenso de la presión arterial a nivel poblacional no se relacionó con un mayor consumo de fármacos antihipertensivos y si probablemente a cambios del entorno y hábitos.

La hipertensión, puede diagnosticarse precozmente, controlarse y tratarse. Se debe llegar al individuo antes de que la enfermedad le afecte, eso implica prevenir, lograr interacciones en etapas tempranas de la vida, llevando estilos de vida acordes con el enfoque de envejecimiento activo y saludable, definido por la OMS como el “proceso de optimización de oportunidades para salud, participación y seguridad

para poder realzar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. También en esta encuesta se observó un mayor uso de medicamentos a mayor edad (51,2% de tratamiento sin medicamentos en 18 a 24 años vs. 8,2% en mayores de 65 años) y en algunas provincias como Capital Federal (8% de tratamiento sin medicamentos).

De acuerdo a los datos proporcionados por el Programa Remediar los adultos mayores han incrementado, entre 2003 y 2005 la participación en recetas Remediar en un 30% y entre los diagnósticos más frecuentes se encuentra la hipertensión arterial (**Gráfico 7**).

Gráfico 7



Otros estudios sobre la salud en la tercera edad observan que persiste en nuestra cultura una tendencia a la excesiva “medicalización” de las personas mayores. Generalmente, en la consulta clínica y especializada, a los AM se les indican medicamentos en exceso, acto que conlleva el riesgo de la dependencia, la polifarmacia y la automedicación (Vassallo, Sellanes, 2000).

Para el año 2020 se estima que el tabaquismo será la mayor causa de muerte prematura y de discapacidades, sobrepasando aun al SIDA.

También enfermedades como el Alzheimer y el Parkinson, se han convertido en importantes desafíos de las ciencias médicas y sociales. Lamentablemente es frecuente en el imaginario social -incluidos los profesionales de la salud- asimilar la etapa de la vejez con las enfermedades mentales dando lugar a un excesivo diagnóstico de demencias en los adultos mayores aun sin haberse cumplido con las etapas diagnósticas correspondientes.

En general, los síntomas en la gente mayor, incluyendo las percepciones del dolor, son frecuentemente menos dramáticos y menos específicos que en un joven y, por tanto, de más difícil diagnóstico. Algunos médicos tienden a despreciar síntomas al atribuirlos sencillamente a la edad avanzada.

Con el fin de evitar el sobre-diagnóstico o el diagnóstico errado, y teniendo en cuenta que los signos y síntomas se expresan de manera diferente en los adultos mayores que en los jóvenes; se requiere que los profesionales de la salud, estén preparados para el correcto diagnóstico y tratamiento de las afecciones más comunes en los adultos mayores. En este sentido, sería indispensable la capacitación sistemática de los recursos humanos en los niveles de atención primaria de la salud, orientada al proceso de envejecimiento.

c. Justificación y propósito del proyecto

En Argentina no se han desarrollado hasta el momento programaciones integrales que contemplen la promoción de la salud, el envejecimiento activo y saludable, la atención primaria de la salud adaptada al adulto mayor, los servicios de cuidados domiciliarios de baja y alta complejidad y de soporte para las personas mayores en situación de dependencia.

Se hace cada vez más evidente que las políticas de promoción de la salud – orientadas al total de la población mayor, con o sin cobertura- constituyen acciones costo/efectivas, que pueden reducir los factores de riesgo asociados con las

enfermedades crónicas, además de reducir la demanda de servicios en el futuro.

También existe suficiente evidencia científica acerca del impacto que la detección temprana, la intervención apropiada, y el seguimiento planeado tienen en la salud integral y calidad de vida de las personas mayores.

Las enfermedades no transmisibles, prevenibles en gran medida, como las cardiovasculares y los cánceres, son una causa importante de discapacidad en países desarrollados y en desarrollo. Estos últimos, además sufren enfermedades infecciosas y malnutrición, por lo cual la carga es doble.

Un abordaje de la salud que incluya la promoción de los estilos de vida saludables y el debido reconocimiento del impacto de las condiciones ambientales, socioeconómicas y otras, pueden romper el ciclo que lleva a las enfermedades crónicas a la discapacidad, y, correlativamente al aumento de los costos potenciales esperables en los sistemas de salud y de los particulares, especialmente en cuidados crónicos y de institucionalización.

La atención de los mayores requiere, desde el campo de la salud, realizar acciones múltiples e integradas, y preparar recursos humanos y servicios, que ayuden a las personas a conservar el máximo tiempo posible la mayor autonomía.

Ante estas situaciones, se hace imprescindible recurrir a diversas medidas de política sanitaria. En este sentido, el Ministerio de Salud por medio del presente proyecto busca articular acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención primaria de la salud dirigidas a las personas adultas mayores, de cara a establecer un modelo de salud integral que mejore su calidad de vida.

Es esencial invertir en salud integral comunitaria, incluida la atención primaria adaptada a los adultos mayores, reconocer que ésta posee beneficios a largo plazo con la asignación apropiada de presupuesto y apoyo en entrenamiento para los profesionales y los cuidadores formales e informales.

Se requiere la adecuación de los Centros de Salud, eliminando barreras

arquitectónicas y administrativas, así como la inclusión de protocolos para mayores en los servicios de Atención Primaria de la Salud.

El desafío también pasa por sensibilizar a la sociedad toda para comprender el envejecimiento como parte del ciclo de vida y no como una etapa diferente de otras.

Todos los esfuerzos deben volcarse para lograr retrasar la dependencia y la discapacidad hasta los últimos momentos de la vida. Esto implica promover, prevenir, asistir y rehabilitar; las clásicas funciones de la salud pública que tienen su especificidad cuando se habla de los adultos mayores.

Además, este proyecto pretende incorporar la visión de los propios adultos en la organización de los servicios.

Existe una clara percepción de insatisfacción de muchas personas mayores con relación a la calidad de los servicios de atención médica que se les ofrece, con o sin obra social. En verdad se trata de la confluencia de barreras administrativas, arquitectónicas y actitudinales las que conllevan a una inevitable disminución de la calidad en salud.

Por esta razón será preciso trabajar en consulta con los nuevos movimientos y organizaciones de mayores, conocedores de las diversas problemáticas que afectan a las personas mayores. Existen centros de jubilados, confederaciones de jubilados y redes de adultos mayores que participan en las asambleas nacionales e internacionales sobre el envejecimiento. Existe además el Consejo Federal de Adultos Mayores, que representa a diferentes instituciones de AM del país. Este Consejo en sus reuniones plenarias vela por los derechos de los adultos mayores, particularmente con relación a beneficios sociales, y peticona ante las autoridades ministeriales nacionales y provinciales.

La política actual es fomentar la atención primaria de la salud para todas las edades. Por medio del Programa de Médicos Comunitarios se lleva a cabo la capacitación de 5 mil médicos.

Por medio del Programa Federal de Salud (PROFE) se desarrolla la cobertura de salud de los mayores de 70 años beneficiarios de pensiones no contributivas y sin cobertura social.

Por otra parte el programa Remediar tiene entre sus objetivos fortalecer la estrategia de Atención Primaria de la Salud y el de garantizar el acceso de los medicamentos esenciales a la población de mayor vulnerabilidad.

Aun así es necesario que el Plan Federal de Salud incorpore con especial énfasis la atención de los mayores desde un enfoque transversal.

Cabe mencionar a la Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, cuyo informe de resultados ha proporcionado datos sustanciales para el plan de acción que se propone este programa.

Por otra parte el MSAL fomenta y desarrolla desde el año 2000 una importante política pública de Promoción de Salud y entornos saludables por medio de la Red Argentina de Municipios y Comunidades Saludables.

En esta estrategia se promueve la participación ciudadana y el trabajo intersectorial para el abordaje de distintas problemáticas locales, entre ellas la situación de los adultos mayores. Desde estos espacios participativos comunitarios se han generado nuevas oportunidades para el conocimiento, la comprensión y la toma de decisiones con relación a los desafíos que entraña la situación de los adultos mayores.

2. MARCO TEÓRICO

Durante la Asamblea Mundial de Envejecimiento realizada en Madrid, en el año 2002, se redactó el Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento en el cual se realiza un llamamiento a la acción, y se esbozan pasos para cambiar actitudes, políticas y prácticas relacionadas con el envejecimiento en todos los niveles y en diferentes sectores, de forma que las personas mayores permanezcan saludables, activas y productivas.

Por otra parte, el Plan de las Naciones Unidas hizo un llamado a los gobiernos a desarrollar y reforzar los servicios de APS para que cubran las necesidades de los adultos mayores.

En conjunto con la Asamblea de las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó -en el año 2002- su Marco de Políticas sobre el Envejecimiento Activo que define al envejecimiento activo como el proceso de optimizar las oportunidades para la salud, la participación y la seguridad, de manera que se realce la calidad de vida a medida que se envejece.

El enfoque de envejecimiento activo se construye sobre la perspectiva del ciclo vital, que reconoce la importante influencia que tienen sobre el envejecimiento de los individuos las experiencias tempranas en la vida, el género y la cultura. Por ello, toma en consideración los determinantes de salud que incluyen los procesos conductuales, ambientales, sociales, económicos, biológicos y psicológicos que operan a través de todos los estadios del curso de la vida y determinan la salud y el bienestar en edad avanzada.

Las diferentes preguntas o problemas que plantea el envejecimiento -entendido como un fenómeno humano, tal como la niñez o la edad adulta, en la sociedad contemporánea- pueden y deben ser resueltas por las diferentes disciplinas o profesiones implicadas en la gerontología (medicina, psicología, pedagogía, trabajo social, derecho, etc.). (Moragas,1991)

No se puede ignorar que existen aún acciones, hechos o políticas desfavorables a esta concepción. La principal quizás sea la tendencia a sostener el modelo médico-biologicista que resalta la dimensión físico-patológica de la vejez, justificando la estigmatización y marginalidad continua de esta población. Esta situación enmascara la “empresa del envejecimiento” –una industria de productos y servicios enfocados en las enfermedades de la población mayor- en lugar de generar esfuerzos que mejoren las condiciones de bienestar y de calidad de vida durante este proceso.

Sin embargo, la salud de la población se ve determinada por factores generales

como la organización social y política; factores demográficos (edad promedio, distribución por grupo de edad), genéticos, ecológicos (ambiente de trabajo, contaminación ambiental), económicos (nivel general de prosperidad) y sociales (diferencias entre ingresos, cohesión social, relaciones familiares y sociales, estilos de vida, consumo); consideraciones culturales (valores sociales dominantes, niveles de educación e información), etc.

Estas influencias son válidas para todos los grupos de edad de las sociedades de nuestro siglo y de modo más contundente, para las personas adultas mayores, que son quienes han vivido más tiempo expuestas a ellas. De manera que abordar los factores ambientales y de comportamiento reduce las enfermedades debidas a varias causas, con externalidades positivas para toda la sociedad en términos de salud.

Por último, desde una visión de envejecimiento activo y saludable (Laforest, 1991) se recomienda que el abordaje de la salud en general debe ser interdisciplinario y fluidamente relacionado con la familia, la sociedad y las instancias de decisión política. Por ello se indica especialmente el enfoque de la promoción de la salud en la tercera edad, que en esa etapa se encuentra diluido o incluso ausente y la atención en sus tres niveles, adaptada a especificidades de abordaje y a las necesidades de los adultos mayores. Desde esta perspectiva, es necesario retomar esta dirección en las políticas sanitarias y sociales, así como en la intimidad de cada acto asistencial. (OMS, 2002)

3. Población objetivo

Directos: Más de 5 millones de personas mayores de 60 años que habitan en el país.

Indirectos: La comunidad en general, ya que toda medida tendiente a mejorar la accesibilidad de los servicios de promoción, prevención y atención también permitirá a las personas de todas las edades mantener la calidad de la salud y la independencia en la medida que se envejece.

4. FINALIDAD DEL PROGRAMA

- Favorecer el desarrollo de la promoción de la salud y la atención primaria de la salud para adultos mayores en el sistema de salud.
- Promover el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por la Constitución Argentina y por los tratados internacionales vigentes, respecto a la salud de las personas mayores, los ancianos y las personas mayores con discapacidad.
- Promover el desarrollo de servicios integrados para la vejez frágil y dependiente.
- Influir en los prestadores de salud acerca de los programas y estrategias de promoción y prevención destinados a los adultos mayores.
- Incorporar en la formación de recursos humanos la perspectiva del envejecimiento activo y saludable y la atención de la salud adaptada a las necesidades de los adultos mayores.
- Promover el concepto de envejecimiento activo y saludable en la sociedad en general.
- Favorecer el desarrollo de proyectos de investigaciones destinadas a incrementar el conocimiento en el campo gerontológico y a dar respuesta a las necesidades detectadas.

5. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Fortalecer la accesibilidad al sistema de salud y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores con el enfoque de Envejecimiento Activo.

Objetivo Específico 1: Impulsar acciones para el mejoramiento de la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención integral de los adultos mayores.

Actividad 1.1: Promover acciones de manera transversal para que en los programas impulsados por el MSAL se incluya la perspectiva de la salud integral del adulto mayor.

Actividad 1.2: Articular acciones intersectoriales encaminadas a la obtención de un sistema integrado de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención sociosanitaria de los adultos mayores que incluyan al sector privado, organizaciones intermedias, organizaciones comunitarias y otros organismos gubernamentales.

Actividad 1.3: Impulsar y apoyar en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) modelos de atención que incluyan la modificación de las prácticas de atención para que se respeten las necesidades y los derechos de las personas mayores, brindando instrumentos técnicos para la implementación de este proceso.

Actividad 1.4: Promover la publicación y/o divulgación de módulos de conocimiento sobre la promoción de la salud (hábitos saludables), la prevención de enfermedades y guías clínicas para la atención clínica de los adultos mayores.

Actividad 1.5: Coordinar acciones junto a la Superintendencia de Servicios de Salud para promover en las Obras Sociales Sindicales y entidades de medicina Prepaga programas de promoción, prevención y detección precoz de enfermedades en todas las personas activas, que se encuentren en situación próxima de retiro o jubilación.

Actividad 1.6: Promover y apoyar jornadas de sensibilización en las problemáticas y soluciones relacionadas con la salud integral de los adultos mayores.

Objetivo Específico 2: Promover el acceso a los programas de prevención y los servicios de atención y rehabilitación para adultos mayores.

Actividad 2.1: Facilitar la incorporación de los lineamientos de este programa en los nomencladores de APS y otros servicios de salud específicos para adultos mayores.

Actividad 2.2: Promover en el sistema prestacional la prevención, detección y tratamiento de enfermedades prevalentes como la hipertensión arterial, la diabetes,

la hipercolesterolemia; diagnóstico precoz de los tumores mas frecuentes, trastornos de la salud mental, salud visual, salud auditiva, salud odontológica, salud nutricional, inmunizaciones y la provisión y uso racional de medicamentos en las personas adultas mayores.

Actividad 2.3: Promover en el sistema prestacional la detección y control del sedentarismo, alimentación inadecuada, tabaquismo, abuso de alcohol, la soledad, salud sexual, depresiones, discriminación, abusos, accidentes, caídas y accesibilidad física, entre otros factores de riesgo de la población adulta mayor.

Actividad 2.4: Promover en el ámbito de los sistemas de salud provinciales la implantación de protocolos y valoraciones gerontológicas para la atención primaria del adulto mayor que incluya la salud mental.

Actividad 2.5: Promover la implementación de sistemas de cuidados de salud domiciliarios y estimular servicios alternativos a la institucionalización para los adultos mayores frágiles, dependientes y/ o semidependientes.

Actividad 2.6: Promover el desarrollo de sistemas de cuidados de atención prolongados para adultos mayores bajo normas de calidad.

Objetivo Específico 3: Promover la capacitación de recursos humanos en salud en temas de envejecimiento, gerontología y geriatría.

Actividad 3.1: Asesorar a referentes de las áreas de salud para adultos mayores de los gobiernos provinciales y municipales.

Actividad 3.2: Articular con organismos de formación capacitaciones específicas en temas de salud de adultos mayores y envejecimiento activo.

Actividad 3.3 : Impulsar acuerdos con las universidades nacionales y otras instituciones académicas privadas y públicas, con ofertas de carreras terciarias, de grado y/o de postgrado para la inclusión de contenidos teóricos y prácticos acerca de las implicancias sociosanitarias del envejecimiento y la salud de los adultos

mayores.

Objetivo Específico 4: Impulsar acciones de información y comunicación con el fin de instalar el tema en la agenda pública y concientizar a la población en general.

Actividad 4.1: Promover la sistematización de información sociodemográfica y epidemiológica sobre los adultos mayores en nuestro país a fines de generar una base de datos sobre la situación de la población de adultos mayores de nuestro país.

Actividad 4.2: Promover la conformación de un mapa de recursos, proyectos y políticas públicas convergentes sobre las diferentes situaciones sociosanitarias de los adultos mayores.

Actividad 4.3: Promover la difusión de información sobre los derechos de la población adulta mayor y las condiciones de accesibilidad al sistema de salud.

Actividad 4.4: Promover campañas de comunicación social tendientes a revertir los prejuicios instalados en la sociedad con relación a la vejez.

Actividad 4.5 Auspiciar y promocionar iniciativas intersectoriales que empoderen a los adultos mayores y a sus organizaciones.

Actividad 4.6: Promover la inclusión de un Link del Programa de Envejecimiento Activo en la Página Web de MSAL, a fin de facilitar la transparencia de la información pública, publicar recomendaciones y alentar la participación en salud de los propios adultos mayores.

Objetivo Específico 5: Promover estudios, investigaciones y acciones para el avance de las estrategias de Promoción de la salud, de Prevención de enfermedades y de Atención Integral de los Adultos Mayores.

Actividad 5.1: Promover la elaboración de indicadores sobre los factores de riesgo,

las enfermedades prevalentes, la mortalidad, la discapacidad con el fin de conocer ampliamente el perfil epidemiológico de la población adulta mayor.

Actividad 5.2: Promover el desarrollo de estudios e investigaciones sobre el impacto del envejecimiento en la salud pública.

Actividad 5.3: Promover proyectos de investigación que den respuesta a las necesidades detectadas, en articulación con organismos gubernamentales y no gubernamentales, nacionales, provinciales, municipales, e internacionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Naciones Unidas, 2002 (UN). Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. Nueva York. Naciones Unidas.

Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007. Ministerio de Salud de la Nación. Consejo Federal de Salud (2004)... Presidencia de la Nación. Buenos Aires, Argentina.

Programa Médico Obligatorio (P.M.O.) (2001). Ministerio de Salud de la Nación. Superintendencia de Servicios de Salud, Buenos Aires, Argentina.

Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento Santiago de Chile, (2003). Diálogo Regional. Atención Primaria Adaptada a las Personas Adultas Mayores. Estrategia regional de Implementación para América Latina y el Caribe.

Hacia una APS adaptada a los Adultos Mayores (2004). Irene Hoskins, Alexandre Kalache Y Susan Mende. Documento OPS/OMS

Normas de la OMS para un programa de medicina preventiva y para la organización de la Atención Primaria de Salud (APS) Adaptada a los Adultos Mayores. Peláez Martha (2003). OPS.

Informe sobre Tercera edad en la Argentina (2000). Cap. 3 “La salud en la tercera edad”, Carlos Vassallo, Matilde Sellanes. Secretaría de Tercera Edad y Acción Social. Buenos Aires, Argentina.

Revue de littérature sur la promotion de la santé des personnes âgées (1999). Bien vivre avec son âge. Santé publique. Collection Promotion de la Santé (1). Documento disponible en www.msss.gouv.qc.ca. Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Québec, Canada.

Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. (2001). Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Canada.

Agenda Salud N° 15-16 (1999) Publicación Trimestral del Programa Mujeres y Salud de Isis Internacional, Santiago, Chile.

Organización Mundial de la Salud (2002) "Envejecimiento activo: un marco político". Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud, Envejecimiento y Ciclo Vital.

Organización Mundial de la Salud (2004) Consejo Ejecutivo eb115/29. 115ª reunión. Punto 4.15, Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento: informe sobre su ejecución, Informe de la Secretaría.

Envejecimiento, comunicación y Política (2004). Ministerio de Comunicaciones y Centro de Psicología Gerontológica (CEPSIGER), Bogotá, Colombia.

Gascón, S. y Redondo, N. (2005). "Programación de servicios integrados de cuidados de larga duración para personas de edad con pérdida de autonomía en Argentina, Chile y Uruguay". Informe final de la Cooperación Técnica Internacional entre Organización Panamericana de la Salud, Gobierno de Québec, Canadá y los Ministerios de Salud de Argentina, Chile y Uruguay.

Gascón, S., Redondo, N. y colaboradores, 2003. CEPAL, documento preliminar acerca de la participación social y comunitaria y la situación de las personas mayores en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile.

Gascón, Silvia y Tamargo, María (2004). Participación Ciudadana en Salud en el Mercosur, Fundación Isalud.

Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR). http://www.msal.gov.ar/htm/Site/enfr/resultados_completos.asp

Anexo 1

Población de 65 años y más, por sexo, según provincia. Total del país. Año 2001

Provincia	Población total	Población 65 años y más		
		Total	Varones	Mujeres
Total	36.260.130	3.587.620	1.456.892	2.130.728
Ciudad de Buenos Aires	2.776.138	478.445	170.385	308.060
Buenos Aires	13.827.203	1.461.118	591.578	869.540
Gran Buenos Aires	8.684.437	853.634	342.222	511.412
Resto Buenos Aires	5.142.766	607.484	249.356	358.128
Catamarca	334.568	24.128	10.334	13.794
Chaco	984.446	60.416	26.837	33.579
Chubut	413.237	27.268	12.173	15.095
Córdoba	3.066.801	325.662	131.782	193.880
Corrientes	930.991	64.002	27.373	36.629
Entre Ríos	1.158.147	109.987	43.806	66.181
Formosa	486.559	27.099	13.036	14.063
Jujuy	611.888	36.317	16.549	19.768
La Pampa	299.294	29.647	12.932	16.715
La Rioja	289.983	18.867	8.400	10.467
Mendoza	1.579.651	148.404	62.996	85.408
Misiones	965.522	52.288	24.740	27.548
Neuquén	474.155	24.871	11.003	13.868
Río Negro	552.822	39.593	17.778	21.815
Salta	1.079.051	65.024	29.673	35.351
San Juan	620.023	49.135	21.181	27.954
San Luis	367.933	28.432	12.385	16.047
Santa Cruz	196.958	10.143	4.871	5.272
Santa Fe	3.000.701	347.204	137.895	209.309
Santiago del Estero	804.457	56.841	25.174	31.667
Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur	101.079	2.963	1.367	1.596
Tucumán	1.338.523	99.766	42.644	57.122