



- 94 <sup>1</sup>Marcia Regina Martins Alvarenga  
<sup>2</sup>Maria Amélia Campos de Oliveira  
<sup>3</sup>Maria Angélica Mendes  
<sup>4</sup>Maria Pilar Torres Egea  
<sup>4</sup>Esperanza Ballesteros Pérez

<sup>1</sup>Enfermera. Profesora del Curso de Enfermería de la Universidad Estatal de Mato Grosso do Sul. Doctoranda del Programa de Posgraduación en Enfermería de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo.

<sup>2</sup>Enfermera. Libre-docente. Orientadora. Profesora Asociada del Departamento de Enfermería en Salud Pública de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo.

<sup>3</sup>Enfermera. Profesora del Departamento de Enfermería de la Universidad Federal de Alfenas-MG. Doctoranda del Programa de Posgraduación en Enfermería en la Salud del Adulto, Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo.

<sup>4</sup>Enfermera. Licenciada en Antropología Social y Cultural. Profesora de Enfermería Gerontológica. Profesora Titular, Escuela Universitaria, Universidad de Barcelona.

**Correspondencia:**

Marcia Regina Martins Alvarenga  
E-mail: marciaregina@uems.br

Políticas públicas brasileñas  
para las personas mayores

78

*Brazilian public policies for elderly patients*

**RESUMEN**

Diferentes estudios recientes demuestran que el envejecimiento de la población brasileña es irreversible. Evaluar las necesidades de salud de este segmento poblacional para gestionar los recursos disponibles es imprescindible para los profesionales de la salud. Ese artículo tiene como objetivo presentar el Sistema Único de Salud en Brasil y las políticas públicas para las personas mayores. El país brasileño no dispone de una red de servicios articulados y dedicados a la asistencia de las necesidades específicas de las personas mayores, a pesar de que la legislación brasileña está avanzando en cuanto a la promoción y la protección de la salud de estas personas.

**PALABRAS CLAVE**

Sistemas de salud, políticas públicas de salud, personas mayores.

**SUMMARY**

Recent different studies show that Brazilian population aging is irreversible. Evaluation of the elderly health care needs by health professionals is essential to the management of the available resources. The aim of this article is to describe the Brazilian Unified Health Care System and the public policies for elderly. In spite of the lack of an integrated health care network to provide health care to meet the needs of the elderly population, Brazilian legislation is improving, foreseeing the health promotion and protection of older people.

**KEY WORDS**

Health systems, health public policy, elderly.

**INTRODUCCIÓN**

Diferentes estudios recientes demuestran que el envejecimiento de la población brasileña es irreversible. Es imprescindible que los profesionales de la salud evalúen las necesidades de salud de este segmento poblacional para gestionar los recursos disponibles a fin de programar la atención a los ancianos en los aspectos de promoción, prevención y recuperación de la salud, y creen condiciones para promover su autonomía, participación y integración en la sociedad. Ese artículo tiene como objetivo presentar

el Sistema Único de Salud de Brasil y las políticas públicas para las personas mayores.

**El perfil demográfico de la población anciana brasileña**

La República Federativa de Brasil, Estado democrático de derecho, está formada por la unión indisoluble de sus 26 Estados, 5.563 ciudades y del Distrito Federal (Brasilia), con autonomía política, fiscal y administrativa (1).



79 La población residente en Brasil en 2007 era de 183.987.291 habitantes, siendo el 47,3% hombres y el 52,7% mujeres, de los cuales el 84,3% viven en áreas urbanas. La población blanca representa el 52% y la negra y mestiza el 45%. También, en ese año, un 28% de la población total era menor de 14 años y un 9,9% tenía 60 años o más (2). El recuento de la población corrobora que disminuyó la proporción de hombres con respecto a mujeres, y que el país tiene más de 11.000 personas con 100 años o más (3).

Para fines demográficos, en Brasil se considera ancianas a las personas con 60 años o más de edad, según el marco definido por la Organización Mundial de Salud para los países en vía de desarrollo (4).

Diferentes estudios demuestran que el envejecimiento de la población brasileña es irreversible, a causa de la caída de la tasa de fecundidad, desde las décadas de 1970 y 1980, y por la disminución progresiva de las tasas de mortalidad registradas en las últimas décadas. La proyección para 2025 es que las personas mayores sean aproximadamente 30 millones o un 15% de la población total (5).

Según el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), la tasa de mortalidad infantil en 1940 era de 163,4, siendo en la actualidad de 29,7 muertos por 1.000 nacidos vivos en el año 2000. En 1940, la tasa de fecundidad era de 6,2 hijos por mujer; en 1990, de 2,9 y en 2000 de 2 (6). Los datos indican que el 44% de las mujeres en edad reproductiva tiene menos de dos hijos. Sólo existe una fecundidad mayor (más de cuatro hijos por mujer) en el "grupo de bajo nivel económico", que corresponde al 6,2% del total.

El aumento de la esperanza de vida en el país se ha dado en todas las franjas de edad, especialmente en las mujeres. Entre 1991 y 2000, la diferencia en la esperanza de vida entre ambos géneros aumentó de 7,2 años a 7,8 años. El predominio de mujeres crece con la edad, situándose alrededor del 54% para el grupo poblacional de 60-69 años y del 59% para los de 80 y más años (6).

Las tres principales causas de muerte, en 2004, son las mismas observadas desde el inicio de la década de 1990: las enfermedades del sistema circulatorio (41,9%), las neoplasias (17,9%) y las enfermedades del sistema respiratorio (14,9%) (7).

Las transformaciones demográficas forman parte del proceso de cambio social y económico que ha experimentado el mundo a lo largo de las últimas cuatro décadas, acompañado de la transición epidemiológica, que se comporta como un concepto dinámico a lo largo del tiempo, en los patrones de muerte, enfermedades y discapacidades que caracterizan una población específica (8, 9). Se trata de un fenómeno de amplias consecuencias que exige cambios cualitativos de las formas de organización de la sociedad.

Las personas mayores consumen más servicios de salud, los ingresos hospitalarios de este sector de la población son más frecuentes y el tiempo de ocupación de camas es mayor que el de los otros grupos etarios. De forma gene-

ral, las enfermedades de las personas mayores son crónicas y múltiples, poseen un cuadro de evolución crítico, por lo tanto requieren cuidados prestados por equipos multidisciplinares permanentes con intervenciones continuas (10).

Conocer el proceso de envejecimiento de la población es indispensable para los profesionales de la salud, dado que necesitan evaluar las necesidades de salud de este grupo poblacional para poder gestionar y optimizar los recursos disponibles.

### El Sistema Único de Salud en Brasil y las políticas públicas brasileñas para las personas mayores

En el campo de las políticas sociales, la Constitución Federal brasileña de 1988 afirma que es deber del Estado asegurar a todos los ciudadanos el derecho a la educación y a la salud. En cuanto a la salud, el artículo 196 determina que el Estado debe actuar "mediante políticas sociales y económicas que velen por la reducción del riesgo de enfermedades y de otras situaciones y aseguren el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para la promoción, protección y recuperación de la salud". Para asegurar estos derechos, la Carta Constitucional determinó la implantación del Sistema Único de Salud en el país (11).

El proceso de implantación del Sistema Único de Salud, en la década de 1990, estableció en el territorio brasileño una red pública regionalizada y jerarquizada de servicios de salud, estructurada de acuerdo con los principios constitucionales de universalidad, integración de la atención, descentralización, participación social e igualdad en el derecho de acceso de todos los ciudadanos a las acciones y servicios, en todos los niveles de complejidad. La red privada participa de forma complementaria a los servicios propios del Sistema Único de Salud, con preferencia para las entidades filantrópicas o sin fines lucrativos (12).

La legislación determina que el Sistema Único de Salud contempla la participación de las tres esferas del Gobierno, estructurado en una red articulada, regionalizada, jerarquizada y descentralizada con dirección única de cada esfera del gobierno, ejercida respectivamente por el Ministerio de la Salud, las Secretarías Estatales y las Secretarías Municipales de Salud (13).

En lo que se refiere a las políticas públicas brasileñas para las personas mayores, en enero de 1994, la Ley del Ministerio de la Salud número 8.842/94 ha instituido la Política Nacional de las Personas Mayores (*Política Nacional do Idoso*) que tiene por objetivo "asegurar los derechos sociales de las personas mayores, creando condiciones para promover su autonomía, integración y participación efectiva en la sociedad". Estos derechos básicos deben ser concretados en políticas sociales en las áreas de la salud, asistencia social, educación, trabajo, provisión social, vivienda y urbanismo, justicia, cultura, deporte y ocio (14).

En 1999, el Ministerio de la Salud desarrolló la Política Nacional de Salud de la Persona Mayor (*Política Na-*

96 *cional de Saúde do Idoso*) a través de la Ley del Ministerio de la Salud número 1.395/99 que determina que el sector de la salud debe proveer el acceso de las personas mayores a los servicios y a las acciones dirigidas a la promoción, protección y recuperación a la salud (15).

La Política Nacional de Salud de la Persona Mayor presenta dos ejes principales: 1) medidas preventivas, con especial énfasis en la promoción de la salud, y 2) asistencia multidisciplinar específica. Su foco central es la promoción del envejecimiento saludable y el mantenimiento de la máxima capacidad funcional del individuo que envejece, durante el mayor tiempo posible y, por lo tanto, valorar la autonomía y la preservación de la independencia física y mental de la persona mayor. De esa política se deriva el concepto de capacidad funcional, es decir, la capacidad de mantener las habilidades físicas y mentales necesarias para una vida independiente y autónoma (15).

Desde el punto de vista de la salud pública, la capacidad funcional surge como un nuevo concepto de salud, más adecuado para instrumentalizar y desarrollar la atención a la salud de la persona mayor. Acciones preventivas, asistenciales y de rehabilitación deben tener como meta la mejora de la capacidad funcional o, como mínimo, su mantenimiento y siempre que sea posible, la recuperación de esta capacidad, una vez perdida por la persona mayor (10, 15). Por tanto, consideramos que es un enfoque que trasciende al simple diagnóstico y tratamiento de enfermedades específicas.

La promoción del envejecimiento saludable comprende tanto el desarrollo de acciones dirigidas a las personas mayores en el proceso de envejecimiento, como a otras franjas de edad. Lo importante es la mejora constante de sus habilidades funcionales y la adopción precoz de hábitos saludables de vida y la eliminación de comportamientos nocivos para la salud. Incluyen, también, orientaciones sobre los riesgos ambientales favorecedores de diversos problemas sociales y sanitarios (10).

Hay que tener en cuenta la importancia de las acciones relacionadas con la prevención de enfermedades (las vacunas contra tétanos, neumonía pneumocócica e influenza) y también la detección precoz de problemas de salud potenciales o ya instaurados, cuya evolución puede poner en riesgo la capacidad funcional de la persona mayor (hipertensión arterial, diabetes *mellitus*, osteoporosis, pérdidas cognitivas, depresión, riesgos de caídas, deficiencias nutricionales, entre otras).

La Ley apunta a que la atención a las necesidades de salud de la persona mayor sea desarrollada en los medios ambulatorios, hospitalarios y domiciliarios. En el ambulatorio, la consulta integral de la persona mayor debe ser la base de esa asistencia, de tal manera que se establezca un patrón específico y de carácter multidisciplinar. Dicha consulta debe estar fundamentada en la recogida de datos y en el registro de informaciones dirigidas a orientar el diagnóstico, a partir de la identificación de problemas, con la utilización de escalas de valoración de riesgo nutricio-

nal, depresión, pérdidas cognitivas y de la capacidad funcional, además de la identificación de problemas relacionados con los sistemas funcionales orgánicos. También deben ser evaluadas las condiciones sociales y el ambiente en que se encuentran (15).

En el medio hospitalario, el estado funcional del anciano debe constituir el parámetro más fiel para establecer los criterios específicos de la asistencia, es decir, las personas clasificadas como totalmente dependientes son el grupo más susceptible a ingresos de larga duración, readmisiones sucesivas y peor pronóstico. Enmarcándolas, así, en el concepto de vulnerabilidad. La asistencia que se presta a esos pacientes también debe ser interdisciplinar.

El hospital geriátrico de día se describe en la Política Nacional de Salud de la Persona Mayor como una forma intermedia de asistencia entre la atención hospitalaria y la asistencia domiciliaria. Tiene por objetivo viabilizar la asistencia técnica adecuada para los pacientes con necesidades terapéuticas del tipo: hidratación, medicación intravenosa, quimioterapia y rehabilitación (15).

La asistencia domiciliaria engloba la visita al domicilio y cuidados en su hogar que van desde la provisión de equipamientos hasta las acciones terapéuticas más complejas.

En el campo de la rehabilitación, las acciones de recuperación de la capacidad funcional comprometida precisan de rehabilitación precoz, prevención de las complicaciones y secuelas, y la recuperación de las pérdidas funcionales, para evitar las limitaciones de la capacidad funcional como, por ejemplo, dificultad de la movilidad, déficit sensoriales. Estas acciones se deben prestar en todos los niveles de la atención de la salud, especialmente en los centros de Atención Primaria (15).

La capacitación de los recursos humanos especializados comprende la formación básica y continuada, y debe contemplar otros sectores de la administración para coordinarlos con el área de salud. Así, debe haber integración entre los servicios de salud y las instituciones de formación profesional y superior con la finalidad de proponer prioridades, métodos y estrategias. Los recursos humanos deben estar capacitados para trabajar en la prevención de pérdidas, el mantenimiento y la recuperación de la capacidad funcional, así como en el control de factores que interfieren en el estado de salud de esa población.

Se busca el apoyo de los cuidadores informales de modo que se desarrolle una coordinación entre los profesionales de la salud (cuidado formal) y las personas próximas a los ancianos, que son los responsables directos de los cuidados (informales) en las actividades de la vida diaria y en la ejecución de las prescripciones emitidas por los profesionales sanitarios. Los cuidadores informales deben recibir de los profesionales sanitarios las explicaciones y orientaciones necesarias para el cumplimiento del tratamiento prescrito, así como orientación sobre las enfermedades que afectan a quienes estén cuidando. Los cuidadores también deben recibir asistencia de salud debido a la dura tarea que representa el cuidar a una persona mayor que es totalmente



81 dependiente de ese cuidador. De esta forma, la función de prevenir pérdidas y enfermedades debe incluir siempre al cuidador principal.

La ley promulga el apoyo de estudios e investigaciones. Es competencia del Ministerio de Salud y del Ministerio de Ciencia y Tecnología apoyar financieramente la capacitación de investigadores e incentivar el desarrollo de líneas de investigación que contemplen estudios sobre el perfil de la persona mayor en las diferentes regiones de Brasil, sobre la valoración de la capacidad funcional, patrones de cuidado, hospitalización y alternativas de asistencia a la salud (15).

En 2006, el Ministerio de Salud promulga una nueva ley para tratar la salud de personas mayores, ampliando las estrategias de actuaciones, pero mantienen los mismos conceptos de capacidad funcional, autonomía e independencia. Incorpora los conceptos de fragilidad y vulnerabilidad social (16).

La Ley del Ministerio número 702/2002 formaliza el concepto de las Redes Estatales de Atención a la Salud de la Persona Mayor con el objetivo de ofrecer y viabilizar modalidades extrahospitalarias de asistencia al anciano, y para que se puedan cumplir las normas establecidas en la Política Nacional de Salud de la Persona Mayor. Por lo tanto, se formaliza el concepto de Centro de Referencia en Salud de la Persona Mayor, que está constituido por hospitales generales y centros de referencia (12).

Basándose en los datos epidemiológicos y en los registros del Sistema Único de la Salud, la Ley 702 ha establecido Centros de Referencia en Asistencia a la Salud de la Persona Mayor en todo Brasil, 12 situados en la región norte del país, 15 en el nordeste, 5 en la región centro-oeste, incluyendo el Distrito Federal, 11 centros en la región sur y 31 en la región sudeste, la más poblada (12).

Estos Centros de Referencia en Salud de la Persona Mayor son, en su mayoría, hospitales generales que disponen de las condiciones, técnicas, equipamientos y recursos humanos adecuados para prestar asistencia sanitaria a personas mayores de forma integral e integrada, disponiendo además de camas hospitalarias, ambulatorio especializado, hospital de día geriátrico y asistencia domiciliaria.

Se formularon otras modalidades de atención al anciano, por la Secretaría del Estado de la Asistencia Social, Ministerio de Previdencia Social y Asistencia Social. La Ley número 73 de 10/05/2001 de la Secretaría del Estado de la Asistencia Social propone alternativas de organización de los servicios de atención al anciano, teniendo como recursos a la familia natural, familias de acogida, residencias temporales, centros de día, centros de convivencia, casas-hogares, además de una atención institucional integral y de asistencia domiciliaria (17). Tales acciones pueden ser combinadas de manera que se adapten a la realidad de cada ciudad, y desarrolladas con el apoyo de organizaciones gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y ministerios sectoriales, contando con la participación de los ancianos, de la familia y de la so-

97 ciedad en forma de foros y consejos. El objetivo principal es promover, apoyar y desarrollar las acciones establecidas en la política nacional del anciano, priorizando a los de rentas bajas, garantizando así sus derechos y promoviendo la rehabilitación y el mantenimiento del nivel de autonomía.

## CONSIDERACIONES FINALES

Brasil no dispone de una red de servicios articulados y dedicados a la asistencia de las necesidades específicas de las personas mayores, a pesar de que la legislación brasileña está avanzando en cuanto a la promoción y la protección de la salud de estas personas.

La Ley número 702/2002, del Ministerio de Salud, buscó viabilizar nuevas modalidades asistenciales. Pero, como consecuencia del reducido número de profesionales capacitados para el cuidado de la salud de las personas mayores y del escaso número de servicios destinados a los problemas de este grupo poblacional, se han tenido que establecer como Centros de Referencia para la Salud de la Persona Mayor aquellos servicios ya existentes, es decir, los hospitales universitarios o centros de investigación en gerontología y geriatría.

La Ley número 73 de 10/05/2001, del Ministerio de Asistencia Social, que propone nuevas formas de organización de los servicios de atención al anciano, no interfiere con la Ley número 702. Al contrario, la constitución de una red de asistencia integral al anciano requiere mayor integración entre los dos ministerios.

Se destaca que los ancianos con graves problemas de salud, sin posibilidad de recuperación o de rehabilitación prolongada, disponen sólo de servicios hospitalarios de larga estancia, conforme se define en la Ley número 2.413 de 23/03/1998.

Es importante resaltar el Programa Salud de la Familia, creado por el Ministerio de la Salud en 1993. Forma parte de una estrategia basada en la promoción de la salud, con la finalidad de reorganizar los servicios de salud a partir de la Atención Primaria. Sus directrices centrales buscan garantizar la integración de la asistencia por medio del compromiso responsable de todos los trabajadores sanitarios, reunidos en un equipo multiprofesional. El conocimiento de los usuarios de su zona de atención es la base para plantear la atención en los aspectos de promoción de la salud, preventivos y de la recuperación de la salud. Una de las responsabilidades de esta estrategia es la atención a la salud del anciano, pues la prestación de cuidados en Atención Primaria está fundamentada en la familia y en la vinculación con los equipos multiprofesionales de las Unidades Básicas de Salud.

La actuación del profesional de salud en Atención Primaria (conocida como Atención Básica en Brasil) requiere un conocimiento detallado de la realidad de las familias del área del entorno del servicio, incluyendo sus aspectos físicos y mentales, demográficos y sociales. Compete a los equipos identificar los problemas de salud predominantes



98 en tal área y construir junto con las familias un diagnóstico psicosocial que detecte situaciones de vulnerabilidad familiar para adecuar la planificación, la organización y el desarrollo de acciones individuales y colectivas, evaluando continuamente sus resultados.

El Programa Salud de la Familia tiene el mérito de hacer visibles las necesidades de personas con pérdidas funcionales y con un grado de dependencia que, de otra for-

ma, no tendrían acceso a los servicios de salud. Tenemos 82 que decir que se ha avanzado poco en la provisión de cuidados domiciliarios de salud para las personas dependientes. Y que el *boom* del *home care* en Brasil en la década de 1990 tuvo como finalidad la reducción de los costes del internamiento, como beneficio especialmente para las empresas privadas y concertadas, y no con el objetivo de una mejor atención a las necesidades de esas personas mayores.

## BIBLIOGRAFÍA

1. O país. Um país de Todos [on line]. Disponible en: [www.brasil.gov.br/pais](http://www.brasil.gov.br/pais).
2. Trabalho e rendimento [on line]. Disponible en: [http://ftp.ibge.gov.br/trabalhoerendimento/PesquisaNacionalporAmostradeDomicilios\\_anual/2006/sintese\\_indicadores/2004/Dados\\_gerais](http://ftp.ibge.gov.br/trabalhoerendimento/PesquisaNacionalporAmostradeDomicilios_anual/2006/sintese_indicadores/2004/Dados_gerais).
3. Alves M. Censo 2007: somos 183.987.291 brasileiros [on line]. Disponible en: <http://oglobo.globo.com/pais/mat/2007/12/21/327716442.asp>.
4. Lei n.10.741 (2003). Estatuto do Idoso, de 1/10/2003. Brasília: Presidência da República. Casa Civil.
5. Freitas EV. Demografia e epidemiologia do envelhecimento. In: Py L, Pacheco JL, Sá JLM, Goldman SN (Org.). Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais. 2ed Holambra: SP 2006; 15-38.
6. BRASIL. Ministério de Saúde. Diagnóstico sobre o Processo de Envelhecimento Populacional e a Situação do Idoso 2002.
7. Dados de morbidade e mortalidade. IDB-2006 [on line]. Disponible en: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm#mort>.
8. Frenk J. Transiciones: vidas, instituciones, ideas. Salud Pública de México 1997; 39 (2): 144-50.
9. Frenk J *et al.* La Transición Epidemiológica en América Latina. Bol of Sanit Panam 1991; 111 (6): 485-96.
10. Gordillo A, Nascimento JS, Silvestre J, Ramos LR, Freire MPA, Espindola N, Maia R, Veras, R, Karsch U. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Bahia Análise & Dados. Salvador 2001; 10 (4): 138-53.
11. Borges MCM. O idoso e as políticas públicas e sociais no Brasil. In: Von Simson ORM, Néri AL, Cachioni M. (orgs.) As múltiplas faces da velhice no Brasil. Campinas: Alínea 2003; 80-104.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília/DF 2002.
13. Lei n.8.142 (1990). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde [on line]. Disponible en: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>.
14. Lei n.8.842 (1994). Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei 8.842 de 4 de janeiro de 1994 [on line]. Disponible en: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm).
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1395/GM, publicada em 10 de dezembro de 1999 [on line]. Disponible en: [www.saude.gov.br/legislacao](http://www.saude.gov.br/legislacao).
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.528/GM, publicada em 19 de outubro de 2006 [on line]. Disponible en: [www.saude.gov.br/legislacao](http://www.saude.gov.br/legislacao).
17. Portaria n.73 (2001). SEAS/MPAS. Normas de funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil [on line]. Disponible en: [www.conselhos.sp.gov.br/ceidososp/leis.html](http://www.conselhos.sp.gov.br/ceidososp/leis.html).