

La integración de las políticas salud y asistencia social en la atención a los ancianos
A Integração das políticas de saúde e assistência social no atendimento ao idoso
Integration of health policies and social assistance on the care of the elderly

Recibido: 08/11/2016
Aprobado: 26/05/2017
Publicado: 03/06/2017

Andreia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni¹

Este artigo tem como objetivo apresentar a intersectorialidade presente nas políticas de saúde e assistência social na atenção ao idoso na cidade de Franca. O texto reflete sobre o envelhecimento e a garantia de direitos tendo em vista a Constituição Federal, o Estatuto do Idoso e os direitos advindos na saúde, assistência social, educação e outros. Traz como está estruturada as Políticas de Saúde e de Assistência Social para atendimento ao idoso, bem como o processo de intersectorialidade entre estas duas políticas no âmbito municipal. Usa como balizador os Planos Municipais de Saúde e de Assistência Social 2014-2017 do município de Franca/SP. Os dados demonstram que apesar de ser uma das diretrizes destas políticas, a intersectorialidade ainda está em processo de construção, com desafios a serem superados como a fragmentação das ações das políticas públicas e a ação dos trabalhadores, com vistas ao modelo biopsicossocial, exigindo capacitação profissional constante e gestão comprometida com esta proposta.

Descritores: Idoso; Saúde; Assistência social; Política social.

The objective of this article is to present the intersectoral relationship between health and social assistance policies in elderly health care in the city of Franca. The text discusses aging and the guarantee of rights according to the Federal Constitution, the Statute of the Elder and the rights that come from laws regarding health, social assistance, education and others. It shows how Health and Social Assistance policies are structured to offer attention to the elders, as well as the intersectoral relations between these two different policies in the scope of the municipality. This research was guided by the Municipal Health and Social Assistance Plans for the 2014-2017 period, from the city of Franca/SP. Data also shows that, although it is one of the directives of these policies, the intersectoral relationships are still being constructed, and there are challenges to be overcome, such as the fragmentation of the actions of public policies and the action of workers, which comes from a biopsychosocial model, and demands constant professional training and a management which is committed to this proposal.

Descriptors: Aged; Health; Social assistance; Public policy.

Este artículo tiene como objetivo presentar la intersectorialidad presente en las políticas de salud y asistencia social en la atención al anciano en la ciudad de Franca. El texto reflexiona sobre el envejecimiento y la garantía de derechos teniendo en cuenta la Constitución Federal, el Estatuto del Anciano y los derechos advenidos de la salud, asistencia social, educación y otros. Expone cómo están estructuradas las Políticas de Salud y de Asistencia Social para atendimento al anciano así como el proceso de intersectorialidad entre estas dos políticas en el ámbito municipal. Usa como indicador a los Planes Municipales de Salud y de Asistencia Social 2014-2017 del municipio de Franca/SP. Los datos demuestran que, a pesar de ser una de las directrices de estas políticas, la intersectorialidad aún está en proceso de construcción, con desafíos a ser superados como la fragmentación de las acciones de las políticas públicas y la acción de los trabajadores, con el fin de un modelo biopsicossocial, exigiendo capacitación profesional constante y gestión comprometida con esta propuesta.

Descritores: Anciano; Salud; Asistencia social; Política social.

¹ Asistente Social. Magister en Ciencias Médicas. Doctora en Servicio Social. Docente de la Carrera de Servicio Social de la Facultad de Ciencias Humanas e Sociais - UNESP - Campus de Franca, SP/Brasil. ORCID 0000-0002-0691-7528 E-mail: andreialiporoni@yahoo.com.br

INTRODUCCIÓN

Brasil viene presentando un nuevo padrón demográfico que se caracteriza por la reducción de la tasa de crecimiento poblacional y por transformaciones profundas en la composición de su estructura etaria, con un significativo aumento del contingente de ancianos, debido a la caída acelerada de las tasas de fecundidad y al mismo tiempo de la mortalidad – reflejo de la mejora de la calidad de vida en la población.

La comprensión del envejecimiento en sus diferentes aspectos es un desafío para la sociedad y para las Políticas Públicas, en especial las que integran la Seguridad Social brasilera: políticas de salud, asistencia social y seguridad social.

La Política de Asistencia Social tiene como usuarios, ancianos en situación de vulnerabilidad o riesgo social y muchos desprovistos de orientación de sus derechos sociales. Fortalecer el envejecimiento considerando las propuestas de la Política Nacional de Asistencia Social (PNAS) y de la Norma Operacional Básica/Sistema Único de Asistencia Social (NOB/SUAS) es un desafío constante para los profesionales que actúan en el área.

La Política de la Salud atiende universalmente a toda la población brasilera a través del Sistema Único de Salud (SUS) según define la Constitución Federal de 1988 y la Ley Orgánica de la Salud (LOS) 8080/1990, pero necesita destinar servicios a la población anciana, los cuales requieren inversiones considerables de medicamentos, espacio físico, trabajadores capacitados, equipos y tecnologías adecuados.

Es necesario destacar la Constitución Federal (CF) de 1988 que proyectó para el país una estructuración legal para la universalización de derechos, de la participación de la sociedad civil en la gestión de las políticas sociales y descentralización político-administrativa. Sin embargo, a partir de la década de 1990 el país se abre a una coyuntura neoliberal trayendo varias contradicciones, principalmente, en la gestión de la implementación de las políticas de seguridad social, es decir, por un lado un

proceso de construcción de un padrón legal de protección social y, por el otro lado, los cambios ocurridos en el plano mundial y la hegemonía del neoliberalismo, que impuso varios límites en la conducción de este modelo que se caracteriza como modelo a pesar de ser universal en la legislación, está focalizado en la extrema pobreza.

La tendencia del padrón neoliberal se fundamenta en la lógica dirigida por la estabilización monetaria, abertura comercial y privatización¹. Se manifiesta totalmente contraria al padrón democrático de política social. En este contexto, la gestión del sistema de protección social se caracteriza por la privatización de las políticas sociales, focalización y precarización. Y además, conduce la gestión del sistema de protección social a partir de la benevolencia, de la filantropía, de la caridad y del asistencialismo.

Se observa a partir de estas cuestiones, un retroceso en relación a la concepción del derecho social, con el estímulo al crecimiento y valorización de las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) sin fines lucrativos, del espíritu de la solidaridad y de la refilantropización de la asistencia social.

Así, este artículo tiene como objetivo presentar la intersectorialidad presente en las políticas de salud y de asistencia social en la atención al anciano en la ciudad de Franca. Para esto tal análisis se da por medio de los Planes Municipales de Salud y de Asistencia Social 2014-2017 de la ciudad de Franca.

MÉTODO

Este artículo es una reflexión acerca de las Políticas de Salud y Política de Asistencia Social en una ciudad del interior paulista.

Para esto, se realizó una revisión bibliográfica e investigación documental en lo que se refiere a las consultas ofrecidas a la persona de más de 60 años en la ciudad de Franca/SP/Brasil.

El referido trabajo fue desarrollado en el año 2016 sin envolver seres humanos, por lo tanto, analizando documentos de acceso abierto.

RESULTADOS

Para los efectos de este estudio se evaluaron las documentaciones referentes a la Política Municipal de Salud y a la Política Municipal de Asistencia Social de la ciudad de Franca, indicadas por 19 referencias que fundamentan la problematización y discusión del contexto del cual estas políticas están incorporadas en la referida ciudad en consonancia con las perspectivas estatales y federales.

DISCUSIÓN

Envejecimiento y garantía de derechos

El proceso de envejecimiento es bastante singular, dado que puede variar de persona a persona y tales variaciones están relacionadas a una serie de factores como estilo de vida, condiciones socioeconómicas y presencia de enfermedades crónicas. Se trata, por lo tanto, de un fenómeno biopsicosocial².

Por otro lado, en el proceso de envejecimiento, las capacidades de adaptación del individuo tienden a disminuir su autoestima y su bienestar, están estrechamente asociadas a su satisfacción en relación a su ambiente familiar y social. La permanencia del vínculo afectivo entre los miembros de la familia y el anciano permite que este se sienta valorizado y pueda vivir con dignidad y tranquilidad esta nueva fase de su vida³.

Como un proceso continuo, el envejecimiento trae retribuciones a los que conviven a su alrededor: sabiduría, sentimientos de comprensión, paciencia y tolerancia, conocimiento, la comprensión de las cosas y la madurez. Sin embargo, muchas personas ancianas enfrentan la intolerancia, discriminación y la falta de respeto a su condición. El anciano tiene una condición física y emocional más vulnerable que los demás miembros de la sociedad y, al dejar el mercado de trabajo, tanto por cuestiones de salud como por jubilación, deja de formar parte del sistema productivo y, muchas veces, pasa a ser desconsiderado por la sociedad o por sus familiares.

Envejecer con calidad depende de factores que envuelven desde la convivencia en familia hasta condiciones adecuadas de

sobrevivencia, entre ellas la salud, vivienda, educación, urbanización, habitación y otros, que están estrictamente relacionados a las políticas públicas y a la condición del anciano: sujeto de derechos.

La Constitución Federal (CF) de 1988⁴, en el artículo 230, coloca que compete a la familia, a la sociedad y al Estado el deber de amparar a las personas ancianas, asegurando su participación en la comunidad, defendiendo su dignidad y bienestar y garantizándoles el derecho a la vida⁴. Y, el Estatuto del Anciano – Ley 10.741/2003⁵ establece los derechos a las personas con 60 años o más. En el artículo 3º se determina que es obligación de la familia, de la comunidad, de la sociedad y del poder público asegurar al anciano, con absoluta prioridad, efectivación del derecho a la vida, a la salud, a la alimentación, a la educación, a la cultura, al deporte, al ocio, al trabajo, a la ciudadanía, a la libertad, a la dignidad, al respeto y a la convivencia familiar y comunitaria⁵.

En el art. 15, el Estatuto del Anciano asevera que es asegurada la atención integral a la salud del anciano, por intermedio del Sistema Único de Salud – SUS, garantizándole el acceso universal e igualitario, en conjunto articulado y continuo de las acciones y servicios para la prevención, promoción, protección y recuperación de la salud⁵.

La CF de 1988⁴ asegura a toda la población acceso a la salud como sistema público y universal, por medio del Sistema Único de Salud (SUS). Específicamente para el anciano está prevista la creación de unidades geriátricas de referencia; atendimento domiciliario e internaciones del mismo carácter, si fuere necesario.

El Estatuto del Anciano en el párrafo 2º del artículo 15 determina que cabe al Poder Público proporcionar a los ancianos, gratuitamente, medicamentos, especialmente los de uso continuado, así como prótesis, órtesis y otros recursos relativos al tratamiento, habilitación o rehabilitación de su salud⁵.

A pesar de los principios de la universalidad y de la integridad de la política de salud, la población usuaria del SUS

enfrenta innumerables problemas como una gran demora para obtener turnos de consultas y cirugías electivas; falta de medicamentos (inclusive los de uso continuo), necesidad de procesos jurídicos para exigir el suministro de medicamentos o atendimientos.

Aliada a esta cuestión existe una tendencia de los medios y del propio Estado a estimular a la población con condiciones de pago a seguros de salud privados. Se destaca que la legislación prohíbe la cobranza diferenciada de valores con la justificativa del avance de la edad y la consecuente necesidad de constantes atendimientos especializados. Se resalta que esta era una práctica común antes de la legislación en vigor.

El artículo 19 del Estatuto del anciano⁵ determina sobre la obligatoriedad de comunicación, por parte de los profesionales de salud, de los casos de sospecha o confirmación de maltrato contra el anciano, a los siguientes órganos públicos: autoridad policial, Ministerio Público, Consejo Municipal del Anciano, Consejo Estadual del Anciano y Consejo Nacional del Anciano.

Los ancianos que contribuyeron al Instituto Nacional de Seguridad (INSS) durante su vida laboral tienen derecho a jubilación. En caso de fallecimiento su cónyuge tiene derecho a la pensión⁴. Sin embargo, el valor del beneficio está más allá de sus gastos cotidianos en función de la cuestión de las relaciones de trabajo durante el periodo laboral y de los límites y techos de beneficios impuestos por la seguridad social, por medio de las reformas realizadas en los años de 1998 y 2003.

Dos cuestiones llaman la atención en estas reformas: una de ellas a través de la Enmienda Constitucional 20/1998 que determina la eliminación del límite de diez salarios mínimos para el pago de la jubilación por tiempo de servicio y de su regla de cálculo (el promedio aritmético de los últimos 36 meses de contribución) y la otra se refiere a la introducción del Factor de seguridad social que consiste en el promedio de los mayores salarios contribuidos del 80% del periodo contribuido del beneficiado acrecentado al factor reductor de acuerdo

con la edad del beneficiado teniendo en cuenta la expectativa de vida, la edad y el tiempo de contribución, perjudicándose así principalmente aquellos que comenzaron a trabajar muy jóvenes.

Se destaca que las reformas de la Seguridad Social tuvieron como principales argumentos: el creciente déficit de la Seguridad Social propagado por los medios e intereses económicos, la disminución en la tasa de crecimiento poblacional, el aumento de la expectativa de vida y finalmente la búsqueda del Estado por la estabilidad macroeconómica, con la creación del superávit primario.

Por otro lado es necesario acrecentar que con la reestructuración productiva ocurrida principalmente a partir de la década de 1990 el mundo del trabajo sufrió inflexiones profundas como la desregulación de las relaciones de trabajo, los procesos de tercerización, el trabajo informal que trajeron impactos en la vida del trabajador. Como saldo, muchos trabajadores pasaron a tener dificultades en la contribución del servicio de seguridad social y consecuentemente dificultad para usufructuar su jubilación.

Para aquellos que no consiguieron contribuir durante su vida laboral y no consiguen usufructuar su jubilación, existe el Beneficio de Prestación Continuada (BPC) que es un beneficio en el valor de un salario mínimo garantizado por la Constitución Federal de 1988⁴, en su artículo 203, inciso V – para personas con deficiencia y al anciano con más de 65 años, que comprueben no tener condiciones económicas de mantenerse y ni tener su subsistencia mantenida por su familia, pudiendo así requerir tal beneficio. Sin embargo, para esto enfrenta condiciones impuestas por la política de beneficio.

El BPC es administrado por la Política Nacional de Asistencia Social (PNAS) de 2004, basada en la Ley Orgánica de Asistencia Social (LOAS), Ley nº 8.742/1993⁶, por medio del Sistema Único de Asistencia Social (SUAS).

La Ley 8.742/1993 con alteraciones por la Ley 12.435/2011⁷ define la asistencia social, derecho del ciudadano y deber del

Estado manteniendo mínimos sociales para garantizar el atendimento a las necesidades básicas.

La gestión de esta política es realizada por el Sistema Único de Asistencia Social (SUAS) de forma descentralizada y participativa a través de los servicios socio-asistenciales teniendo como uno de los ejes estructurantes la matriz socio familiar.

El SUAS engloba la protección social, en sus niveles: básico - comprendido como forma de prevención y del nivel especial - subdividido en complejidad media (derechos violados, pero aún con vínculo familiar y comunitario) y en alta complejidad (protección integral, cuando todos los vínculos fueron disueltos).

El público-objetivo a ser atendido por la protección social básica es la población que vive en situación de vulnerabilidad social, proveniente de la pobreza, privación de ingresos, dificultades al acceso de servicios públicos y fragilización de vínculos afectivos. Esta protección se efectiviza por medio del Centro de Referencia de Asistencia Social (CRAS), sobre su área de cobertura⁸.

La protección social de la asistencia social consiste en el conjunto de acciones, cuidados, atenciones, beneficios y auxilios ofertados por el SUAS para reducción y prevención del impacto de los cambios sociales y naturales de la vida, a la dignidad humana y a la familia como núcleo básico de sustentación afectiva, biológica y relacional⁹.

Las políticas de salud y de asistencia social en el municipio de Franca y la integralidad de las políticas

El municipio de Franca cuenta con 318.640 mil habitantes según el último censo 2010¹⁰. Los datos del Plan Municipal de Salud de Franca 2014-2017, apuntan que el Índice de Desarrollo Humano Municipal (IDHM) es 0,780 (datos de 2010), o sea, el municipio está situado en el Índice de Desarrollo Humano Alto (IDHM entre 0,700 y 0,799), siendo que entre los años de 2000 y 2010, la dimensión que más creció en términos absolutos fue Educación (con crecimiento de 0,193), seguida por Longevidad y por Ingresos. En esta cuestión, entre los 5.565

municipios brasileiros, en 2010 la ciudad ocupa la 128^a posición y en relación a los otros 645 municipios de São Paulo, ocupa la 66^a posición¹¹.

La extrema pobreza (medida por la proporción de personas con ingreso domiciliar *per capita* inferior a R\$ 70,00 (setenta reales) de agosto de 2010) pasó de 0,95% en 2000 a 0,65% en 2010 y la desigualdad se mantuvo. El Índice de Gini, usado para medir el grado de concentración de ingreso (0 representa la situación de total igualdad y cuánto más próximo a 1 mayor es la desigualdad de ingreso) pasó de 0,51 en 2000 a 0,46 en 2010¹².

Otro dato significativo es que entre los años de 2000 y 2010, la tasa de envejecimiento de la ciudad evolucionó de 5,57% a 7,60% y en el año de 2010, conforme datos del IBGE, contaba con 20.705 ancianos entre el grupo etario de 60 a 69 años y 15.516 entre el grupo de 70 a 80 o más¹².

A partir de estas cuestiones apuntadas se presentan cómo están estructuradas las Políticas de Salud y de Asistencia Social para el atendimento al anciano en este municipio, así como la comprensión del proceso de intersectorialidad entre estas dos políticas.

La intersectorialidad se comprende como método para garantizar la eficacia y mayor grado de efectividad de las acciones y programas y, por lo tanto, requiere investigación, planeamiento y evaluación para las acciones en conjunto¹³. Un trabajo intersectorial apunta a la necesidad de construirse una red de servicios objetivada en la protección social, bajo una perspectiva de totalidad, pues la realidad es un todo indivisible¹⁴.

En Franca, el atendimento ofrecido para la población en la esfera de la Atención Primaria en Salud, está constituido por 14 Unidades Básicas de Salud (UBS) y 05 Equipos de Salud de la Familia (ESF).

En la atención ambulatoria especializada cuenta con un NGA – Núcleo de Gestión Asistencial (servicio de especialidades), Centro de Prevención en Enfermedades Sexualmente Transmisibles (EST) y/o SIDA, Ambulatorio EST/SIDA y Hepatitis, Red Especializada en Salud Mental

(Ambulatorio de Salud Mental Adulto e Infantil, CAPSad – Centro de Apoyo Psicosocial), Ambulatorios de Endocrinología, de Geriatria, de Hanseniasis, de Tuberculosis, de Renales Crónicos, ANAR – Ambulatorio de Niños de Alto Riesgo, AGAC – Ambulatorio de Gestantes de Consultorios en la Calle (CC) y los de Reducción de Daños (RD). El NGA-16 (Núcleo de Gestión Asistencial), como centro de atendimento especializado está compuesto por 23 especialidades médicas para diagnóstico, tratamiento e indicación de conductas, más allá de la realización de exámenes para el diagnóstico como endoscopia, colonoscopia y laringoscopia, pequeñas cirugías y acompañamiento de pacientes ostomizados; atendimento y tratamiento en cirugía bucomaxilar y endodoncia, curativos de complejidad media y Programa de Órtesis y Prótesis, Programa de Curativo Domiciliario, Servicio de Salud Auditiva, entre otros.

El municipio posee 01 Guardia para Adultos, 01 Guardia Infantil, 01 SAMU y una Unidad Básica de Salud (UBS) 24 horas.

Para el atendimento al anciano, la ciudad cuenta con el Ambulatorio de Geriatria, que atiende usuarios derivados de las Unidades Básicas de Salud – UBS's, que presentan fragilidad por causa de la disminución de funcionalidad debido al proceso de envejecimiento. Generalmente son portadores de algún síndrome geriátrico (demencias por Alzheimer y Vascular), incapacidad cognitiva (afasia/apraxia/agnosia/disfunción ejecutiva), cuadros depresivos, enfermedades crónicas degenerativas (neurodegenerativas, cardiodegenerativas y osteodegenerativas). También pueden ser atendidas personas con menos de 60 años, con diagnóstico precoz de enfermedades como demencia por Alzheimer.

Esta unidad de atendimento presenta un trabajo en equipo que realiza actividades de:

- Grupo de orientación de cuidadores de Alzheimer (para familiares y profesionales);
- Grupos educativos con orientaciones sobre diabetes e hipertensión arterial.

En la Atención Hospitalaria, la red municipal mantiene convenio con la Fundación Casa de Misericordia de Franca/Santa Casa, en la realización de cirugías electivas, maternidad, internaciones de clínica general y pediatría y en atendimientos de urgencias/emergencias. E inclusive también hay hospitales: del Cáncer, del Corazón y el Hospital Psiquiátrico Allan Kardec.

Otro atendimento ofrecido por el municipio es el de Atención Domiciliaria (AD) que ofrece atendimento a pacientes y a sus familias, con el fin del autocuidado, la celeridad de altas hospitalarias con cuidado continuado en el domicilio y, al mismo tiempo, la posibilidad de disminución de riesgos de infecciones hospitalarias por largo tiempo de permanencia de estos en el ambiente hospitalario, en especial los ancianos; soporte emocional para pacientes en estado grave o terminal y familiares y orientaciones al cuidador que puede ser pariente, vecino, o cualquier persona con vínculo emocional que se responsabilice por el cuidado junto a los profesionales de salud.

El Plan Municipal de Salud del municipio¹⁵ se inscribe en acciones dirigidas a la salud del anciano y objetivan el desarrollo de medidas educativas prestando especial atención al autocuidado y actitudes preventivas que tienen como fin la forma activa de promoción de la salud, manutención de la autonomía, independencia (funcionalidad), y calidad de vida al envejecer, así como acciones específicas de recuperación y rehabilitación. Las acciones son guiadas por las directrices contempladas por la Política Nacional de Salud de la Persona Anciana (PNSPI)¹⁶, es decir: atención integral a la salud de la persona anciana; estímulo a las acciones intersectoriales con el fin de la integralidad de las acciones; implantación de servicios de atención domiciliaria; recepción preferencial en las unidades de salud; promoción del envejecimiento saludable; fortalecimiento de la participación social; formación y educación permanente de los profesionales de la salud en el área de la salud de la persona anciana.

Otra política de extrema importancia para la población es la política de Asistencia Social. A partir de la aprobación de la Política Nacional de Asistencia Social (PNAS) que dirige los principios organizativos, las directrices estructurantes, el modelo de gestión y cofinanciamiento organizados en el SUAS y de la Norma Operacional Básica (NOB/SUAS), el municipio de Franca/SP organizó su estructura de atendimento, a través de 05 unidades de CRAS (Centro de Referencia de la Asistencia Social) y 02 unidades del CREAS (Centro de Referencia Especializado de Asistencia Social).

En 2009 fue aprobada la Tipificación de los servicios socio asistenciales estableciendo matriz padronizadora de los servicios de las protecciones sociales básica y especial, buscando organizarlas por nivel de complejidad y en 2011 con la alteración de la Ley 12.4357 las acciones en las áreas de asistencia social pasaron a ser organizadas bajo la forma de SUAS.

Así, y a partir del Plan Municipal de Asistencia Social de la ciudad de Franca¹⁷, en el proceso de reordenamiento de los servicios del área de asistencia social, por ser una ciudad de gran porte (municipios de 100.001 a 900.000 habitantes) cuenta con una red de servicios socio asistenciales con todos los servicios necesarios y establecidos de acuerdo con el nivel de complejidad de las protecciones: básica y especial.

En Franca, la protección básica es operacionalizada por medio de las 05 unidades del CRAS, de forma directa e indirectamente por las organizaciones de la sociedad civil de interés público. Para el atendimento a los ancianos, la red socio asistencial está estructurada de acuerdo con la PNAS (Política Nacional de Asistencia Social)¹⁸, en la protección social básica se trabaja con:

- Servicio de Convivencia y Fortalecimiento de Vínculos (SCFV) con enfoque en ancianos con vivencias de aislamiento por ausencia de acceso a servicios y oportunidades de convivencia familiar y comunitaria y cuyas necesidades, interés y disponibilidad indiquen la inclusión en el servicio. Actualmente existen cinco

entidades sociales acreditadas en la red socio asistencial del municipio ofreciendo 730 vacantes;

- Servicio de Protección Social Básica en el Domicilio para Personas con Deficiencia y Ancianos atendiendo personas con deficiencia y ancianos que viven situaciones de vulnerabilidad social por la fragilización de vínculos familiares y sociales y/o por la ausencia de acceso y posibilidades de inserción y habilitación social y comunitaria. En este servicio consta un programa que ofrece 50 vacantes administrado por una entidad del municipio debidamente acreditada.

Para los atendimientos de complejidad media, además del atendimento ofrecido en el CREAS la red socio asistencial está compuesta por:

- Servicio de Protección Especial para personas con deficiencia, ancianos y sus familias atendiendo personas con deficiencia, ancianos y sus cuidadores y familiares a través de una Institución de la red socio asistencial ofreciendo 70 vacantes;

- Servicio de Protección Especial para personas con deficiencia, ancianos y sus familias en la Modalidad Centro Día de ancianos y personas con deficiencia para ancianos con más de 60 años y personas con deficiencia que requieran cuidados permanentes o temporarios, siendo ofertados por dos instituciones de la ciudad totalizando 45 vacantes.

Además, para los atendimientos de alta complejidad, la red está compuesta por:

- Servicio de Recepción Institucional para Ancianos con la Modalidad de Refugio Institucional para ancianos independientes o con diversos grados de dependencia, con 258 vacantes, ofrecidos por medio de seis instituciones asistenciales.

A partir del análisis de los Planes Municipales de Salud y de Asistencia Social se observa que ninguno de los dos planes trae la cuestión de cómo la intersectorialidad está siendo o será trabajada por las dos políticas públicas. Esto evidencia que, a pesar de la aprobación de la posibilidad de gestión intersectorial en las Leyes Orgánicas de las dos políticas públicas, ésta aún se encuentra

en muchos momentos de modo embrionario y no solamente en el municipio de Franca.

Sobre esta cuestión, Monnerat y Souza¹⁹ afirmaron que la salud incorporó la directriz de la intersectorialidad en su Ley orgánica de 1990 para una acción articulada con otras áreas de la política social para producir mejores resultados de salud, destacando que investigaciones muestran que “la noción de integralidad presenta carácter bastante difuso, tanto para los gestores como para los profesionales de salud”. Las autoras además observan que esta directriz del SUS no asume connotación de prioridad en la gestión y que la misma se desarrolló al contrario de las directrices de la descentralización y del control social, tomadas como centrales en la trayectoria de la salud. Dos programas fueron organizados a partir de la estrategia de la intersectorialidad: Estrategia Salud de la Familia y Agentes Comunitarios.

En la asistencia social, a partir de la Política Nacional de Asistencia Social (PNAS), y de la creación del Sistema Único de Asistencia Social (SUAS), la PNAS presenta la intersectorialidad como requisito fundamental para la garantía de los derechos de ciudadanía y, para efecto de la operacionalización del SUAS, está previsto que las acciones en el campo de la asistencia social deben ocurrir articuladas con otras políticas públicas. Un ejemplo en este sentido es el Programa Beca Familia (PBF) que aporta en su diseño organizacional la intersectorialidad al traer condicionalidades a sus usuarios relacionados tanto a la salud como a la educación.

Sobre la cuestión de la intersectorialidad de estas dos políticas en el municipio de Franca, fue realizada una investigación por Martins¹⁴ en la que presenta el estado embrionario bajo muchos aspectos: la fragmentación de las políticas públicas; el igualamiento de las acciones sectorizadas por los profesionales y el programa Ciudad amiga del Anciano que también está en proceso embrionario.

A partir del análisis de los Planes Municipales de Salud y de la literatura en esta área, es importante tener en cuenta dos

cuestiones para discutir sin la pretensión de agotar el asunto: la fragmentación de las acciones de las políticas públicas y la acción de los trabajadores de la salud y de la asistencia social.

En la cuestión fragmentación, se observa que las políticas públicas trabajan en la perspectiva de la sectorización, o sea, si la demanda específica de determinada familia es para el procedimiento de la salud, será ejecutado por la salud, pero cualquier especificidad de aquel usuario o su familia para otras políticas podrá ser derivada, pero difícilmente será acompañado por las dos políticas públicas concomitantemente.

La Estrategia de Salud de la Familia (ESF) y Agentes Comunitarios de Salud (ACS's) – estrategias estructurantes de la atención básica en salud y puerta de entrada del SUS pueden ser ejemplos de pacto entre las políticas de salud y de asistencia social.

Según el propio Ministerio de la Salud, el equipo de salud de la familia tiene como una de sus atribuciones actuar de forma intersectorial, por medio de asociaciones establecidas con diferentes segmentos sociales e institucionales, de forma a intervenir en situaciones que trascienden la especificidad del sector salud, con efectos determinantes sobre las condiciones de vida y salud de los individuos, familias y comunidad¹⁹.

El ESF actuante desde la década de 1990 aún enfrenta dificultades, principalmente relacionadas a fijar médicos en el equipo multiprofesional de salud de la familia en todo Brasil. Esta cuestión no está relacionada solo al mercado de trabajo, sino también a “la persistencia del paradigma biológico aún hegemónico en el campo de la salud, lo que dificulta inclusive la percepción de la insuficiencia de las acciones de salud frente a las agravaciones presentes y su corolario que sería la búsqueda de asociaciones intersectoriales”¹⁹.

En este aspecto, los profesionales acaban siguiendo la tendencia descrita anteriormente, es decir, los trabajadores de las políticas de salud y social acaban también especializándose en sus áreas de actuación. Esto significa que muchas veces los

trabajadores de ambas políticas públicas pueden no conocer los atendimientos, las actividades, programas y proyectos desarrollados por las otras políticas, o todos los equipamientos públicos de las dos políticas – foco de este debate – así como la red socio asistencial existente, lo que exige capacitación frecuente no solamente en la especificidad de su trabajo, sino también sobre lo que envuelve el territorio de trabajo vivenciado.

Estudio¹⁴ revela que trabajar de forma intersectorial exige reconocimiento y disposición para enfrentar el hecho de que una política dependerá de la otra. Esto significa que la política de salud puede atender con los recursos materiales y humanos, pero necesita estar atenta porque el éxito en el trabajo/atendimiento depende también de las condiciones de salubridad de la residencia, de la provisión de materiales, medicamentos por los familiares o por la política; la permanencia de la persona entre sus familiares con cuidadores informados y capacitados en cuanto a los cuidados necesarios, o la derivación para Instituciones de Larga Permanencia (ILPI) cuando eso no es necesario con la evaluación de la fragilidad de vínculos familiares, situaciones de negligencia y otros.

Lo que lleva a entender que la intersectorialidad solo es posible si fuere pensada y planeada a partir de esfuerzos de gestores de las diversas áreas de las políticas sociales, que tengan intereses en igualar esta cuestión.

Con trayectorias y técnicas diferentes, el desafío de la gestión es crear formas y mecanismos innovadores que favorezcan la integración y transversalidad presente en la idea de sistemas y redes de protección social.

La articulación de la salud con otros sectores de política social no ha sido la perspectiva predominante adoptada por los gestores de los tres niveles de gobierno responsables por la ejecución de la política de salud¹⁹ y para esto una de las cuestiones a ser enfrentadas por parte de la salud envuelve, necesariamente, el cambio del paradigma biológico que persiste en el área para el modelo biopsicosocial.

CONCLUSIÓN

Es incontestable la relevancia de las dos políticas públicas para los ancianos. El anciano naturalmente va perdiendo el vigor de la fuerza física y, en muchos casos, la familia no puede o no tiene condiciones de mantener una convivencia continua en función de la vida turbulenta en la contemporaneidad.

Brasil actualmente posee suficientes medios legales para la protección de la persona anciana, pero más allá de medidas legales y proteccionistas, es fundamental un cambio de visión en la sociedad así como del Estado en la conducción de las políticas públicas en relación al anciano.

Muchas acciones necesarias para la promoción de la salud envuelven instancias que se encuentran fuera del sector salud, como por ejemplo, en la asistencia social que también trabaja cuestiones relacionadas al envejecimiento saludable. En este aspecto, la promoción de la salud implica un establecimiento de agendas públicas con la participación de diversos actores para alcanzarse más salud y una mejor calidad de vida.

REFERENCIAS

1. Souza Filho R. Gestão pública e democracia: a burocracia em questão. 2ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris; 2013.
2. Bajotto AP, Goldim JR. Avaliação da qualidade de vida e tomada de decisão em idosos participantes de grupos socioterápicos da cidade de Arroio do Meio, RS, Brasil. Rev Bras Geriatr Gerontol. [Internet]. 2011 [citado en 20 may 2015]; 14(4):753-61. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232011000400014>.
3. Oliveira EA, Silva GA. Idoso institucionalizado: relação familiar. [Monografía]. Passos, MG: Faculdade de Serviço Social, Fundação de Ensino Superior de Passos; 2005. 79 p.
4. Presidência da República (Brasil). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. [Internet]. D.O.U., Brasília, DF, 5 out 1988 [citado en 10 may 2016]. Disponible en: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.
5. Presidência da República (Brasil). Lei 10.741 de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. D.O.U., Brasília, DF, 3 out 2003 [citado en 22 may 2016]. Disponible en: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm.
6. Presidência da República (Brasil). Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da

Assistência Social e dá outras providências. D.O.U., Brasília, DF, 8 dez 1998 [citado en 22 may 2016]. Disponible en: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742.htm.

7. Presidência da República (Brasil). Lei 12.435 de 06 de julho de 2011. Altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. D.O.U., Brasília, DF, 7 jul 2011 [citado en 22 may 2016]. Disponible en: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12435.htm.

8. Gomes MM. Perfil das famílias cadastradas no Programa de Atenção Integral a Família – PAIF de São Sebastião do Paraíso/MG. [Monografia]. Passos, MG: Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado de Minas Gerais, Fundação de Ensino Superior de Passos, 2007. 65p.

9. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução CNAS nº 33 de 12 de dezembro de 2012. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social - NOB/SUAS. D.O.U., Brasília, DF, 3 jan 2013 [citado en 22 may 2016]. Disponible en: <http://www.mds.gov.br/cnas/legislacao/resolucoes/arquivos-2012/arquivos-2012/>.

10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População: censos demográficos. Censo 2010@: São Paulo: Franca. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [citado en 12 jul 2016]. Disponible en: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=351620>.

11. Prefeitura Municipal de Franca, Secretaria de Saúde. Plano Municipal de Saúde: 2014-2017. Accedido en: 22/05/16. Disponible en: <file:///C:/Users/Alvaro/Downloads/plano%20municipal%20de%20sade%20objetivos%20e%20metas%202014%202017%20franca%202.pdf>

12. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (São Paulo). Informações dos municípios paulistas: indicadores: Franca, São Paulo, 1990-2015 [Internet]. São Paulo: SEAD; [201-] [citado en 20 jul 2016]. Disponible en: <http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/>.

13. Pereira PA. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: Boschetti I, Behirng E, Santos SMM, Miotto RCT, organizadores. Política social no capitalismo: tendências

contemporâneas. 2ed. São Paulo: Cortez, CAPES; 2013. p. 87-108.

14. Martins ASR. A intersetorialidade das políticas de saúde e de assistência social no sistema de atenção domiciliar em Franca/SP. [Tesis]. Franca, SP: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista; 2015. 175p.

15. Prefeitura Municipal de Franca, Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde - 2014-2017: diretrizes, objetivos e metas plurianuais [Internet]. Franca, SP: Prefeitura Municipal de Franca; [201-] [citado en 20 jul 2016]. Disponible en: <file:///C:/Users/User/Downloads/plano%20municipal%20de%20sade%20objetivos%20e%20metas%202014%202017%20franca%202.pdf>.

16. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. D.O.U., Brasília, DF, 20 out 2006 [citado en 20 jul 2016]. Disponible en: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=142&data=20/10/2006>.

17. Prefeitura Municipal de Franca, Secretaria Municipal de Assistência Social. Plano Municipal de Assistência Social: 2014-2017. Franca, SP: Prefeitura Municipal de Franca; [201-] [citado en 20 jul 2016]. Disponible en: [file:///C:/Users/Alvaro/Downloads/SECRETARIA%20E%20ACAO%20SOCIAL%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Alvaro/Downloads/SECRETARIA%20E%20ACAO%20SOCIAL%20(1).pdf)

18. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (Br). Política Nacional de Assistência Social: PNAS/2004, Norma Operacional Básica: NOB/SUAS [Internet]. Brasília, DF, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2005 [citado en 20 jul 2016]. Disponible en: <http://pratein.com.br/home/images/stories/PDFs/PNAS-2004.pdf>.

19. Monnerat GL, Souza RG. Da seguridade social à intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. Rev Katálysis. 2011; 4(1):41-9.

CONTRIBUCIONES

Andreia Aparecida Reis de Carvalho Liporini realizó la colecta bibliográfica y la redacción del artículo.

Cómo citar este artículo (Vancouver)

Liporini, AARC, Poltronieri CF. La integración de las políticas salud y asistencia social en la atención a los ancianos. REFACS [Internet]. 2017 [citado en: *agregar día, mes y año de acceso*]; 5(Supl 2):318-324. Disponible en: *link de acceso*. DOI:

Cómo citar este artículo (ABNT)

LIPORINI, A. A. R. C. La integración de las políticas salud y asistencia social en la atención a los ancianos. REFACS, Uberaba, v. 5, p. 318-324, 2017. Supl. 2. Disponible en: *<link de acceso>*. Accedido en: *agregar día, mes y año de acceso*. DOI:

Cómo citar este artículo (APA)

Liporini, A. A. R. C. (2017). La integración de las políticas salud y asistencia social en la atención a los ancianos. REFACS, 5(Supl 2), 318-324. Recuperado en: *agregar día, mes y año de acceso*. *Agregar link de acceso*. DOI.