

Comunidades tradicionales quilombolas: reflexiones sobre las políticas de cuidados a los mayores

Nogueira Barros, Jones

Universidad de la Amazonia, Brasil

✉ jonesbarros1@hotmail.com

ORCID ID: [0000-0001-7246-8938](https://orcid.org/0000-0001-7246-8938)

Pineda Nebot, Carmen

GEGOP. Universidad Federal de Viçosa, Brasil

✉ carmenpinedanebot@hotmail.com

ORCID ID: [0000-0001-6101-8560](https://orcid.org/0000-0001-6101-8560)

Documento recibido:

24 agosto 2022

Aprobado para publicación:

24 octubre 2022

Resumen

La población brasileña está envejeciendo. Tal realidad carece de investigaciones que contemplen la temática, especialmente para los PCT, como en el caso de los quilombolas. El Estado de Pará es el cuarto en población quilombola. El artículo tiene como objetivo analizar las políticas de cuidados para esa población, en especial, las personas mayores. Se trata de una investigación cualitativa descriptiva y documental. El examen de los documentos de dominio público: Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra, permitió la descripción de la política de cuidados con las personas mayores en el nivel macro (Brasil) y micro (Estado o municipio). Concluyendo que la PNSIPN es una política del SUS – Sistema Único de Salud, sistematizada de forma Tripartita, pero que a partir de 2019 se debilitó por las limitaciones en el presupuesto. La PNSIPN, trata la política de forma genérica. Siendo necesarias estrategias que atiendan de forma específica a la población mayor, y promuevan una longevidad que haga posible envejecer con salud.

Palabras clave

Longevidad; comunidades quilombolas; salud; cuidados

Abstract

The Brazilian population is aging. This reality lacks research that addresses the issue, especially for the PCTs, such as the quilombolas. The State of Pará is the fourth in quilombola population. The article aims to analyze the care policies for this population, especially the elderly. It is a descriptive and documentary qualitative research. The examination of documents in the public domain: National Policy for the Comprehensive Health of the Black Population, allowed the description of the care policy for the elderly at the macro (Brazil) and micro (State or municipality) levels. It concludes that PNSIPN is a policy of the SUS - Unified Health System, systematized in a Tripartite way, but that from 2019 onwards it was weakened with contingency in the budget. The PNSIPN treats the policy in a generic way. Strategies are needed that specifically meet the elderly population and promote longevity that makes it possible to age with health.

Keywords

Longevity; quilombola communities; health; care

Resumo

A população brasileira está envelhecendo. Tal realidade carece de pesquisas que contemplem a temática, especialmente, para os PCTs, a exemplo dos quilombolas. O Estado do Pará é o quarto em população quilombolas. O artigo tem como objetivo analisar as políticas de cuidados para essa população, em especial, as pessoas idosas. Trata de uma pesquisa qualitativa descritiva e documental. O exame dos documentos de domínio público: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra permitiu a descrição da política de cuidados com as pessoas idosas no nível macro (Brasil) e micro (Estado ou município). Conclui que PNSIPN é uma política do SUS – Sistema Único de Saúde, sistematizada de forma Tripartite, mas que a partir de 2019 foi enfraquecida com contingenciamento no orçamento. A PNSIPN trata a política de forma genérica. Faz-se necessário estratégias que atendam de forma específica a população idosa, e promova uma longevidade que possibilite envelhecer com saúde.

Palavras-chave

Longevidade; comunidades quilombolas; Saúde; cuidado

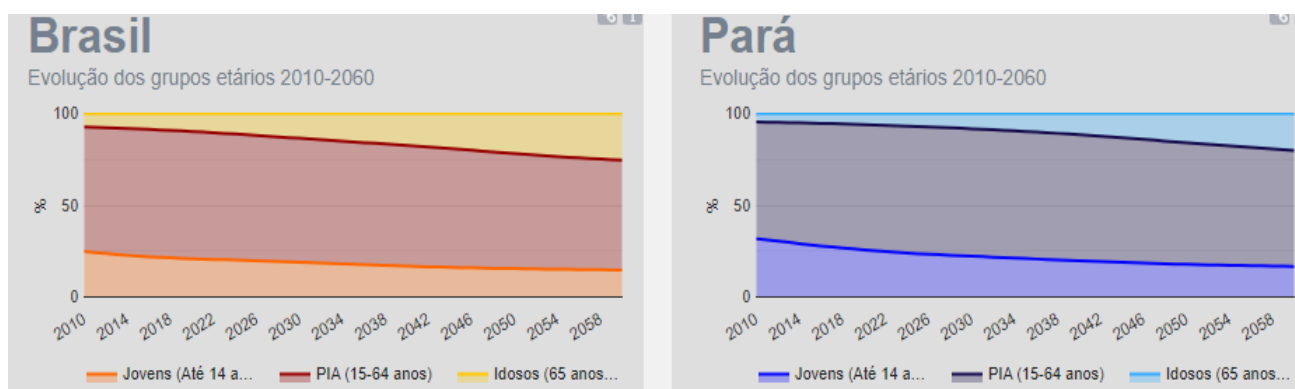
Introducción

Es innegable la existencia en Brasil de legislación que asegura la protección de las personas mayores. Como marco legal de notable importancia la Constitución Federal (CF) de 1988 en su artículo 203, trata sobre la asignación y la obligación de garantizar los servicios de Asistencia Social, que deben ser prestados con los objetivos de protección a la familia, a la maternidad, a la infancia, a la adolescencia e a la vejez. La CF en su artículo 230, también, hace referencia al cometido de la familia, de la sociedad y del Estado en el deber de amparar a las personas mayores, asegurando su participación en la comunidad, defendiendo su dignidad y bienestar y garantizándoles el derecho a la vida.

Además de la CF la garantía de la protección de las personas mayores tiene como instrumentos de relevancia la Ley n. 8.842, de 4 de enero de 1994, que trata sobre la Política Nacional del Mayor y la Ley n. 10.741 de 2003, conocida como "Estatuto del Mayor". Estos instrumentos legales mencionan la obligatoriedad de la familia, de la comunidad, de la sociedad y del poder público en la efectividad de los derechos, la dignidad, al respeto y la convivencia familiar y comunitaria de las personas mayores.

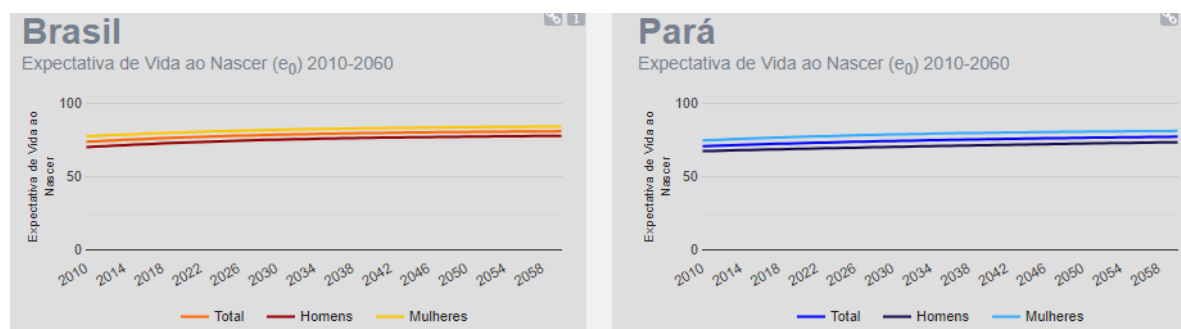
Ciertamente los instrumentos legales tratan de la garantía de derechos que no siempre son garantizados, pero sí, desatendidos, especialmente por parte del poder público. Hay que destacar que los datos sobre la población mayor muestran una realidad para la cual ni la sociedad ni el poder público aún no la consideraron una prioridad, a pesar del creciente aumento del número de personas mayores, como nos muestra la figura 1.

Figura 1 - Proyección de la población de Brasil y de Pará de los años 2010 a 2060.



Fuente: IBGE (2022)

Los datos muestran que la población de jóvenes hasta los 14 años, en Brasil, en 2010 era del 24,69% y en Pará del 31,13%, tendiendo a disminuir hasta 2060 pasando al 14,72% en Brasil y al 16,67% en Pará, mientras que la población con una edad por encima de los 65 años era en Brasil del 7,32% en 2010 y en 2060 será del 25,49%. En Pará la población con una edad por encima de los 65 años en 2010 era del 4,71% y pasará en 2060 a ser del 20,11%. Importa resaltar que no es solo el aumento de la cantidad de población de esa franja de edad la que sufre cambios en la proyección, sino también la expectativa de vida de la población de personas mayores, como muestra la figura 2.

Figura 2 - Expectativa de vida al nacer de la población 2010-2060

Fuente: IBGE (2022)

Los datos evidencian que la expectativa de vida al nacer de la población brasileña sufrió cambios, tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres. En 2010, la expectativa de vida en el país, para los hombres era de 70 años y para las mujeres de 77 años, mientras que la proyección indica que en el año 2060 será de 77 y 84 años respectivamente. En lo que se refiere a la expectativa de vida en Pará, en 2010 los hombres vivían 67 años y las mujeres 74 años, para 2060 la proyección para los hombres es de 73 años y de 81 para las mujeres.

Las informaciones sobre la proyección de la población y la expectativa de vida de los brasileños y especialmente de la población de Pará, requieren acciones en la toma de decisiones por parte de la sociedad y del poder público que prioricen políticas públicas que promuevan la garantía de los derechos y la calidad de vida de la población, singularmente de las personas mayores, con posibilidad de un proceso de longevidad con un envejecimiento saludable, de forma igualitaria a todos los pueblos (blancos, indios y negros) y en diferentes espacios (urbanos o rurales).

Entre la población que reivindica atención están los Pueblos y Comunidades Tradicionales (PCT), en especial, los pueblos quilombolas. Según la Fundación Cultural Palmares, en Brasil existen 3.447 comunidades quilombolas distribuidas por todas las regiones. Los datos de la Coordinación Nacional de Articulación de las Comunidades Negras Rurales Quilombolas (CONAQ, 2020) y del IBGE (2020) señalan que 1.133.106 viven en esos quilombos en Brasil, siendo Pará con 129,8 mil el cuarto estado de Brasil con un mayor número de población quilombola.

En ese contexto el artículo tiene como objetivo analizar como son las políticas de cuidados con esa población, en especial, las de las personas mayores, para garantizarles mejor calidad de vida. Se trata de una investigación cualitativa descriptiva y documental. El examen de los documentos de dominio público: Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra, permitirá la descripción y análisis de los servicios de cuidados con las personas mayores en el nivel macro (Brasil) y micro (Estado o municipio).

2. Longevidad y envejecimiento: reflexiones conceptuales

Una de las tendencias sociales de relevancia a nivel mundial es el envejecimiento de la población, a la par que uno de los grandes logros de la humanidad. Constituye un reflejo de los avances logrados en la esfera del desarrollo social y económico, así como en la esfera de la salud, en especial de nuestro éxito en la lucha contra las enfermedades mortales de la infancia, la mortalidad derivada de la maternidad y, más recientemente, la mortalidad a edades más avanzadas. Una vida más larga es un recurso increíblemente valioso. Proporciona la oportunidad de repensar no solo lo que es la vejez, sino también cómo podríamos vivir el conjunto de nuestra vida.

Pero este proceso de envejecimiento obliga también a las instituciones públicas a enfrentarse a los nuevos retos que van surgiendo, como la inserción social de las personas mayores o la pérdida de su autonomía personal, tratando de generar un envejecimiento pleno y autónomo (Foster y Walker, 2015; Navarro et al., 2016).

Una de las primeras cosas que se deben aclarar es la distinción entre longevidad y envejecimiento. Una sociedad en la que la longevidad no crece, pero disminuye la natalidad, se dirige hacia un envejecimiento de más alcance que una en la que, además, la longevidad aumenta. Se debe a la mejora de las condiciones de salud y de vida de los individuos a lo largo de su ciclo vital.

Hoy en día, la mayoría de las personas pueden esperar vivir hasta los 60 años o más y ese número y la proporción que supone dentro de la población general no deja de aumentar. No obstante, hay una gran inequidad en la longevidad en función del país en que se habite y de los grupos sociales y económicos a los que se pertenezca. Siendo la disparidad aún más acusada en las economías emergentes.

Cada cultura intenta encontrar su propio significado de envejecimiento, asumiendo como ciertas, concepciones basadas desde el imaginario social, lo que ha promovido interpretaciones erróneas y con esto un temor a envejecer (Alvarado y Salazar, 2014:54). Habiendo modos de envejecer diferenciados para cada cultura, sociedad e, incluso, grupos sociales” (Yuni y Urbano, 2008: 156). Como resultado de estas interpretaciones surgen los mitos y estereotipos negativos frente a lo que significa este proceso normal que hace parte del ciclo vital (Alvarado y Salazar, 2014). De ahí que a la etapa del proceso vital humano relacionado con el envejecimiento se le hayan dado varias denominaciones, como vejez, ancianidad, tercera edad, longevidad, discapacidad; los cuales tienen diversas explicaciones y connotaciones, algunas percibidas como negativas (Alvarado y Salazar, 2014:59).

Existen muchas definiciones de envejecimiento, pero es difícil muchas veces precisar el concepto general del mismo; autores como Lehr (1980), Laforest (1991), Gómez y Curcio (2002) coinciden en tratarlo como un proceso dinámico, multifactorial e inherente a todos los seres humanos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como el “Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales” (OMS, 2009).

También puede definirse como la suma de todos los cambios que se producen en el ser humano con el paso del tiempo y que conducen a un deterioro funcional y a la muerte; es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Los cambios son bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales (Alvarado y Salazar, 2014:59). Comprende aquellos cambios que se producen en cualquier célula o sistema orgánico en función del tiempo, independientemente de cualquier influencia externa o patológica como la enfermedad (Bazo, 1998). El hombre se ha preocupado por entender y comprender el fenómeno del envejecimiento desde una perspectiva global, intentando dar una explicación amplia del proceso, para ello se parte de todos aquellos cambios de orden biológico, psicológico y social por los que atraviesa cualquier persona después de los 25-30 años de edad y que de forma activa se perpetúan hasta el final de la vida (Alvarado y Salazar, 2014:59). Estos cambios son inherentes a todo ser humano, pero a su vez son el resultado de contextos multidimensionales como la situación económica, estilos de vida, satisfacciones personales y entornos sociales que influyen de forma directa en el proceso de envejecer (Cardona y Agudelo, 2006).

Se puede afirmar entonces que la vejez es un subconjunto de fenómenos y procesos que forman parte de un concepto más global: el envejecimiento. Nacemos envejeciendo, vivimos envejeciendo, y así morimos. La vejez es la etapa de la vida en que los síntomas del envejecimiento se hacen más evidentes. Por tanto, el proceso de

envejecimiento no debe ser visto solo desde el punto de vista cronológico, sino que deben tenerse en cuenta los factores personales y ambientales que influyen en él (Benicio, Latorre y Ramos, 2003). Según Vaillant y Mukamal (2001) el envejecimiento debe ser visto desde tres dimensiones: disminución, cambio y desarrollo.

La vejez es un proceso de cambio, pero también es una etapa de desarrollo y madurez. Los cambios que se generan con el envejecimiento plantean retos para la superación de obstáculos; la persona identifica problemas clave y busca estrategias para resolverlos, hace arreglos con su propia vida y en torno a su familia, evalúa las consecuencias de dichos arreglos y reorganiza las estrategias, pero no se enfrenta solo: su proceso involucra también a su familia, comprometiendo la dinámica, los roles y la economía familiar, entre otros, que determinan también los procesos de reproducción social (Alvarado y Moreno, 2007).

Un factor importante que se relaciona con el envejecimiento es el apoyo social, e incluye el interno y el externo (Alvarado y Salazar, 2014:60). El medio ambiente, la familia y la comunidad son aspectos importantes en el envejecimiento. Ebersole y Hess (1994) comprobaron que el cuidado de enfermería a través de la interacción social fue clave para ayudar a las personas mayores a ser miembros activos en su comunidad. Especialmente importante es la actitud del individuo. Si el individuo percibe el envejecimiento como una existencia aislada, se aislará y comenzará a fallar; pero si lo percibe como una parte integral de la estructura social, prosperará. El apoyo social y la percepción tienen una influencia muy poderosa sobre la adaptación a las limitaciones físicas y cognitivas.

Alvarado y Salazar (2014) nos indican que en las últimas décadas se han propuesto varios modelos de envejecimiento que intentan dar una mirada más positiva al término de envejecimiento. Entre estos tenemos:

- Envejecimiento exitoso, propuesto por Rowe (1987), el cual hace referencia a la habilidad para mantenerse en bajo riesgo de enfermar, con un alto nivel de actividad física y mental y decididamente comprometido con la vida por medio del mantenimiento de relaciones interpersonales y de la participación en actividades significativas.
- Envejecimiento saludable, propuesto por la OMS (1998), definido como la etapa que comienza mucho antes de los 60 años. Esta solo puede obtenerse desarrollando desde edades tempranas hábitos y estilos de vida saludables, así como realizando prevención temprana de algunas enfermedades y discapacidades.
- Envejecimiento activo de la OMS (2002), enunciado como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen (Reyes, 2011; González-Cuzy, 2021). El término "activo" hace referencia a una participación continua en aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, no solo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra, si se quiere hacer del envejecimiento una experiencia positiva con una vida más larga (Castillo, 2009; Limón-Mendizábal, 2018).

El primer hito en la toma de conciencia del fenómeno del envejecimiento y en el debate e impulso de las políticas sociales hacia las personas mayores se produjo en 1982 en la primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento celebrada en Viena. Transcurridos 20 años desde aquella Asamblea Mundial, Naciones Unidas convocó la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, que se celebró en Madrid en el mes de abril de 2002, dando lugar a la aprobación del segundo Plan de Acción Internacional sobre el envejecimiento. Uno de los objetivos de ese plan consistía en garantizar que en todas partes la población pueda envejecer con seguridad y dignidad y que

las personas de edad puedan continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos con plenos derechos.

De forma paralela a la Asamblea Mundial, se celebró el Foro Mundial de Organizaciones no Gubernamentales. En el documento final de dicho Foro se señala que la Declaración Universal y los Pactos Internacionales de Derechos Humanos no incluyen prohibición específica alguna a la discriminación por edad. Sin embargo, esta es una situación que padecen las personas mayores de todo el mundo en múltiples circunstancias: graves dificultades económicas, limitaciones en el acceso a los servicios de salud, ausencia de servicios sociales, graves carencias en vivienda y en condiciones de vida, exclusión de la cultura y educación, trato inadecuado, escasa participación en la vida social y política.

3. Longevidad y envejecimiento en Brasil

Como vimos en la introducción la Constitución Federal de 1988 abrió el camino para proporcionar las garantías de derechos a las personas mayores en Brasil. Más tarde en 1994, se constituyó la Política Nacional de la Persona Mayor (PNI), que continuaba las directrices lanzadas por la Constitución Federal de 1988 a los que se incorporaron los avances y recomendaciones que se habían ido planteando en los debates internacionales sobre la cuestión de envejecimiento. La PNI buscaba situar a la persona mayor no solo como un sujeto de derechos sino que además señalaba la importancia de su autonomía, integración y participación efectiva como instrumento de ciudadanía (Martins y Ribeiro, 2021). Posteriormente el Estatuto del Mayor, en sus 118 artículos, trata sobre las diversas áreas de los derechos fundamentales, con el fin de reforzar las directrices de los anteriores documentos.

A partir de estas normas son aprobadas otras con el fin de colaborar en el fortalecimiento de las políticas para la población mayor brasileña. Un ejemplo de ello es la Política Nacional de Promoción de la Salud que define “valores fundacionales” – como la solidaridad y la felicidad como “autopercepción de satisfacción” – y los principios de participación social y empoderamiento de los sujetos y los colectivos (Brasil, 2014). En este campo de la salud el SISAP-IDOSO (Sistema de Indicadores de Salud y Acompañamiento de las Políticas del Mayor) de la/Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz), nos muestra la relación entre longevidad y salud-dolencia a partir de los datos de un Panel de Indicadores Municipales, de Indicadores por Políticas Públicas y de una Matriz Conceptual por Dimensiones de Salud, los cuales evidencian la situación de la salud de los mayores en Brasil. Disponible de forma dinámica, el SISAP-IDOSO incluye estudios de las demandas de políticas públicas, formula indicadores con base en las demandas, proporciona acompañamiento y evaluación y subsidia planificación y acciones de salud, servicios, programas y control social. Entre los determinantes de salud relacionados con la autopercepción de satisfacción indican como relevantes: la franja salarial, el grado de escolaridad, el analfabetismo o estar en situación de pobreza, entre otros.

Aunque en Brasil tanto la Constitución de 1988 como la Política Nacional del Mayor (1994) o el Estatuto del Mayor (2003) consideran que el apoyo a los mayores es responsabilidad de la familia, del Estado y de la sociedad, es la familia la que ha tenido hasta hace poco toda la responsabilidad sobre el cuidado de sus mayores. Siendo realizados, generalmente, los cuidados a los mayores por un miembro de la familia, en su gran mayoría una mujer que reside en el mismo domicilio o próximo al domicilio del mayor (Küchemann, 2012).

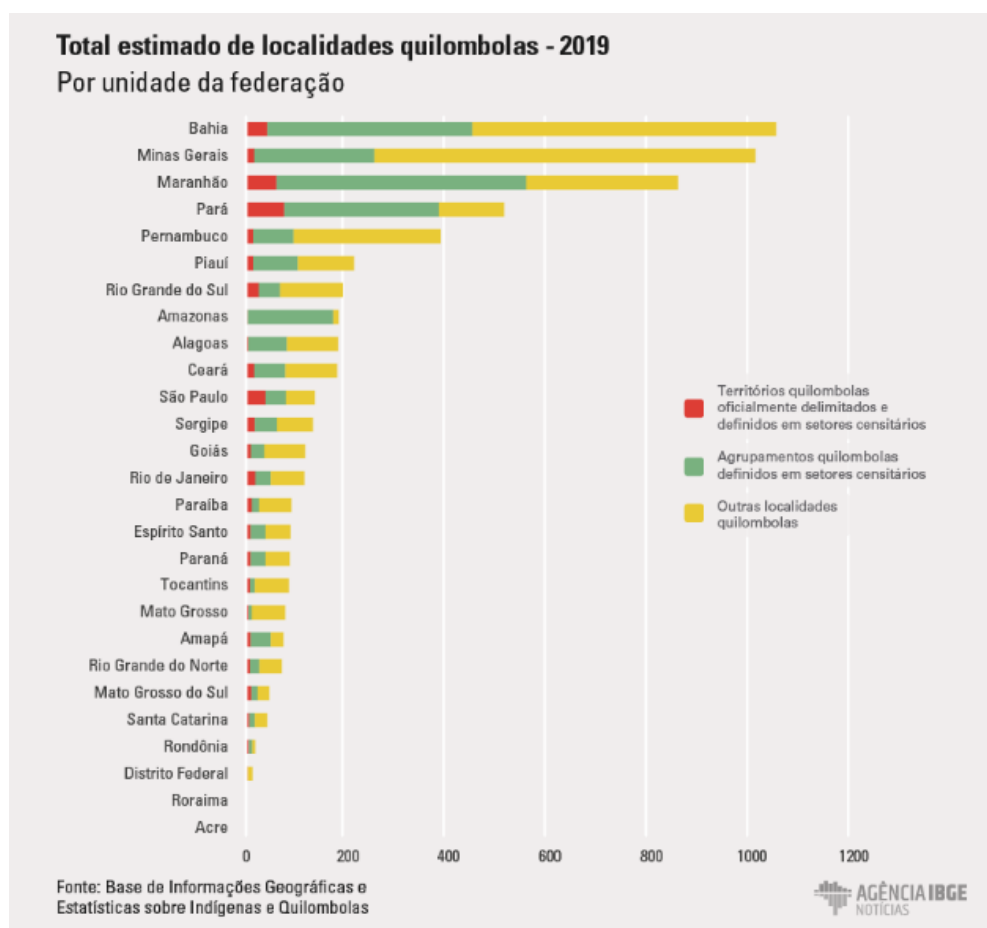
Por eso cuando nos referimos aquí a las políticas de cuidado para los mayores estamos hablando de una acción pública que ofrezca apoyo a las familias en el proceso de envejecimiento humano y recuperación de enfermedades. Ese cuidado potencia acciones significativas para la salud de los mayores, ya que normalmente es la

familia la que suele asumir las numerosas necesidades para el bienestar del mayor, como físicas (ayudar a vestirse, a levantarse, en la alimentación y otros cuidados básicos), psíquicas (afecto, autoestima) o sociales (pertenencia a un grupo) (Sartini y Correia, 2012). Las familias en situación de vulnerabilidad y pobreza encuentran mayores dificultades para el ejercicio del cuidado, pues no pueden ausentarse del trabajo y no poseen los recursos necesarios para contratar profesionales para realizar estos cuidados. Recientemente han emergido con más fuerza en el debate público el tema de las políticas de cuidado. Políticas de cuidado que se refieren, como señalábamos antes, al “conjunto de medidas públicas necesarias para la mejora de la vida de la población en un estado del bienestar” (Martin apud Guimarães et al, 2012: 81).

4. Políticas de cuidados a las personas mayores quilombolas en Brasil y en Pará

En Brasil, según la Fundación Cultural Palmares, existen 3.447 comunidades quilombolas distribuidas por todas las regiones. Los quilombolas son los remanentes de un grupo étnico-racial formado por descendientes de esclavos fugitivos durante el período de la esclavitud en Brasil, entre otros grupos que vivían en los llamados quilombos.

Figura 3 - Estimación de localidades quilombolas en Brasil en 2019.



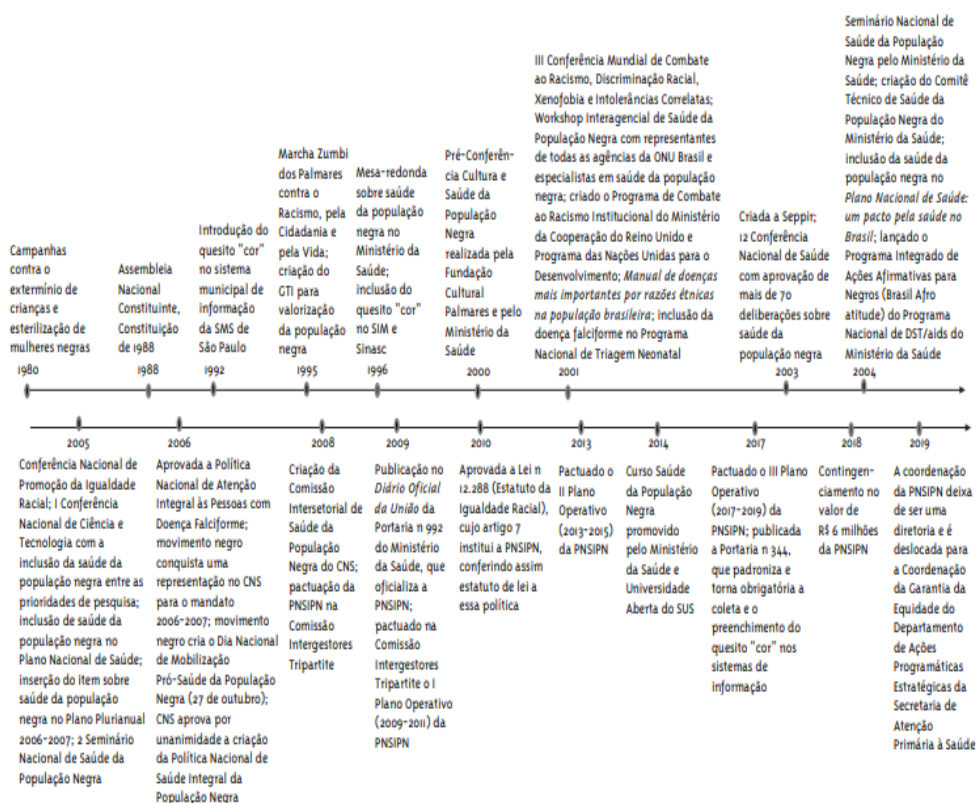
Fuente: IBGE (2019)

Los quilombolos poseen una identidad propia, que forma la base de sus organizaciones sociales y culturales construidas históricamente. Por eso, esas comunidades se diferencian de la sociedad. La figura 3 presenta la estimación de localidades quilombolas en Brasil.

La estimación muestra que, de 1,13 millones de residentes en localidades quilombolas en Brasil, 698,1 mil están en la región Nordeste, destacando los estados de Bahia (268,6 mil) y de Maranhão (170,9 mil), que juntos concentran casi la mitad de la población brasileña en quilombos. El segundo estado es Minas Gerais (130,8 mil), seguido de Pará (129,8 mil). Las regiones Sudeste y Norte tienen, respectivamente, una estimación de 172 mil y 154,9 mil personas. La región Sur tiene 73 mil y la Centro-Oeste, 35 mil.

Los datos muestran la existencia de una gran población quilombola en el territorio brasileño. Pueblos que tienen su historia construida sobre la base de la desigualdad, por la falta de políticas públicas que les impone el lugar de las clases sociales más pobres y de condiciones más precarias. Lamentablemente, a pesar de la abolición oficial de la esclavitud de los pueblos africanos y sus descendientes, no se puede negar que persiste aún hoy, en nuestra sociedad incluso antes el denominado racismo silencioso y no declarado, pero que en la actualidad se pone de manifiesto por comportamientos y prácticas cada vez más recurrentes de racismo.

Figura 4 - Línea del tiempo sobre salud de la población negra



Fuente: Batista et al (2020)

Sobre la cuestión de la política pública de salud dirigida a la población quilombola, es con la creación de la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra – PNSIPN, la cual define los principios, la marca, los objetivos, las directrices, las estrategias y las responsabilidades de gestión, dirigidos a la mejora de las condiciones de salud de ese segmento de la población, cuando se establecieron las estrategias de implementación. Su formulación corrió a cargo de la Secretaria de Gestión Estratégica y Participativa (SGEP), con la asesoría del Comité Técnico de Salud de la Población Negra (CTSPN), cabiendo a esa secretaria la responsabilidad de la

articulación para su aprobación en el Consejo Nacional de Salud (CNS) y la concertación en la Comisión Inter-gestores Tripartita (CIT). Es también atribución de la SGEP, en el proceso de implementación de esta Política, el control, la evaluación y el apoyo técnico a los estados y municipios. La figura 4 presenta la línea del tiempo de los movimientos y la construcción de las políticas de salud de la población negra.

La línea del tiempo establece que la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra – PNSIPN, fue resultado de un largo proceso histórico de luchas y movimientos negros que hicieron posibles instrumentos de participación de la sociedad en defensa de la salud de la población negra. Se observa que a pesar de que el CNS- Consejo Nacional de Salud aprobó en 2006 esta política, no fue hasta 2009 que el Ministerio de Salud por medio de la Ordenanza nº 992 oficializa la PNSIPN y pacta en la Comisión Tripartita el I Plan operativo del PNSIPN para el período de 2009 a 2011.

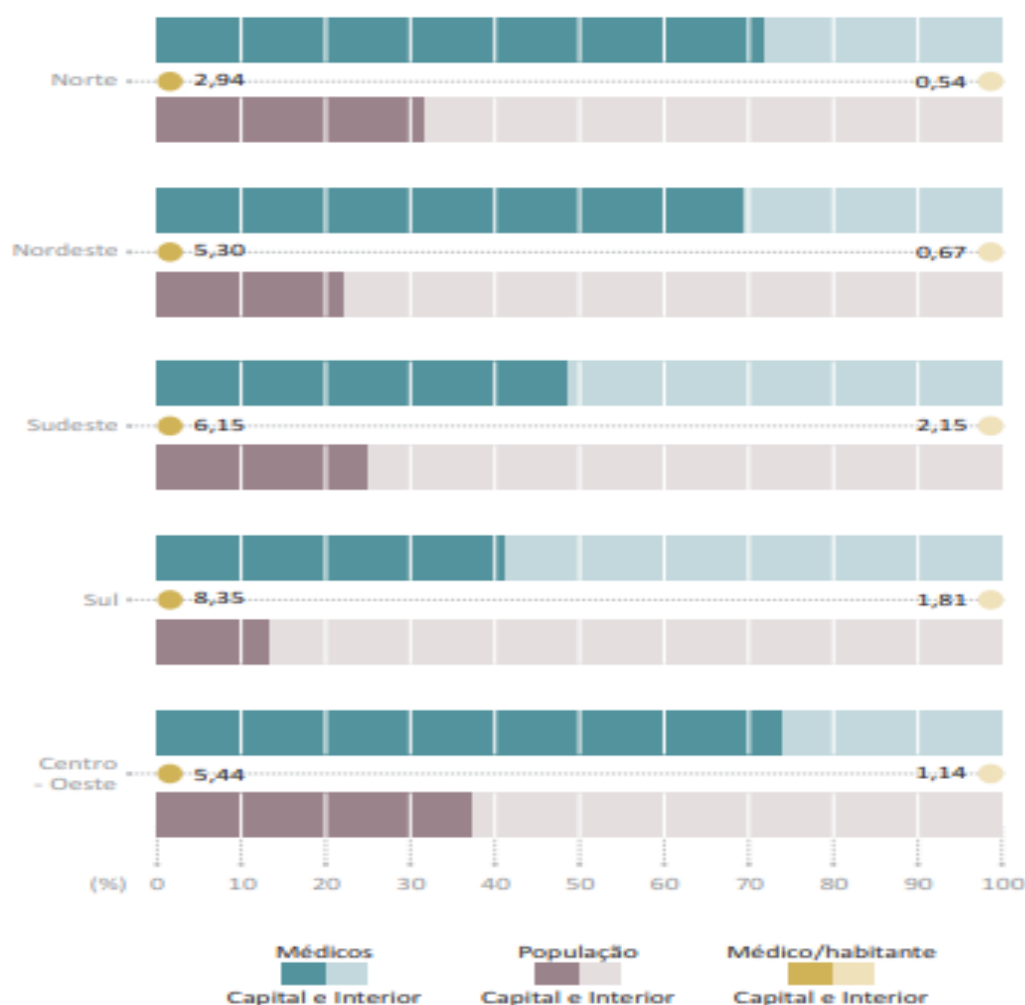
En 2010, fue aprobado el Estatuto de la Igualdad Racial por la Ley n. 12.288, la cual instituyó la PNSIPN, dándole carácter de Ley a la política. En 2013, fue pactado el II Plan operativo de la PNSIPN, 2013 a 2015 y en 2017 el III Plan operativo para el período de 2017 a 2019. En 2019 la coordinación de la PNSIPN deja de ser una dirección y pasa a integrar la Secretaría de atención primaria, inclusive con fuertes reducciones en el presupuesto de la PNSIPN, produciéndose un empeoramiento de la prestación de los servicios públicos. Se destaca que la PNSIPN es una política del SUS – Sistema Único de Salud y por medio de los Planes operativos sistematiza la política de forma Tripartita, definiendo las atribuciones de la Unión, los Estados y los Municipios en la implementación.

El examen documental de la PNSIPN permite comprender los objetivos específicos de la política, referentes a la población quilombola, destacándose:

Garantizar y ampliar el acceso de la población negra del campo y del bosque, en particular las poblaciones quilombolas, a las medidas y servicios de salud; Identificar las necesidades de salud de la población negra del campo y del bosque y de las áreas urbanas y utilizarlas como criterio de planificación y definición de prioridades; definir y pactar, junto a las tres esferas de gobierno, indicadores y metas para la promoción de la equidad étnico-racial en la salud; controlar y evaluar los indicadores y las metas pactados para la promoción de la salud de la población negra buscando reducir las iniquidades macroregionales, regionales, estatales y municipales; (Brasil, 2010).

Específicamente, la PNSIPN pretende garantizar y ampliar el acceso de la población negra del campo y del bosque, en particular la población quilombola, a las medidas y servicios de salud. Sin embargo, para alcanzar esos objetivos, el apoyo por parte de la Unión, los Estados y los Municipios en la mejora de los equipamientos públicos y la contratación de profesionales de la salud, como médicos, es fundamental. No obstante, con respecto a la atención médica, datos de la Demografía Médica de Brasil (2020), evidencian que es uno de los obstáculos para la prestación de los servicios. La figura 5 presenta la distribución de médicos según capitales, municipios del interior y grandes regiones.

Figura 5 - Distribución de médicos según capitales, municipios del interior y grandes regiones de Brasil.



Fuente: Demografia Médica de Brasil (2020)

La investigación Demografía Médica de Brasil 2020, elaborada en colaboración entre la Universidad de São Paulo (USP) y el Consejo Federal de Medicina (CFM), trata entre otras informaciones de la distribución de médicos en el territorio brasileño.

Los datos muestran la enorme desigualdad entre la disponibilidad de médicos en las capitales y en las ciudades del interior. Las diferencias se producen también entre las propias capitales y entre los municipios del interior de los diversos estados. En el conjunto de las capitales, hay 5,65 médicos por cada mil habitantes, mientras que los habitantes del conjunto de las ciudades del interior cuentan con 1,49 médicos por cada mil habitantes.

Las capitales de la región Norte tienen una media de 2,94 médicos por cada mil habitantes, lo que representa una concentración de los profesionales, mientras que, en el interior, lugar donde se encuentran las comunidades quilombolas, hay 0,54 médicos por cada mil habitantes, lo que supone insuficiencia de profesionales para la atención de la población y recrudece las desigualdades en la implementación de la PNSIPN, en el país. Tal realidad difiere de la Política Nacional del Mayor - PNI, la cual en su artículo 10 menciona que son competencias de los órganos y entidades públicas del área de salud, garantizar al mayor la asistencia en salud, en los diversos

niveles de atención del Sistema Único de Salud y entre otras, elaborar normas de servicios geriátricos hospitalarios, desarrollar formas de cooperación entre las Secretarías de Salud de los Estados, del Distrito Federal y de los Municipios y entre los Centros de Referencia en Geriatría y Gerontología para la formación de equipos interprofesionales e incluir la Geriatría como especialidad clínica, a efecto de concursos públicos federales, estatales, del Distrito Federal y municipales (PNI,1994).

Según CFM/Cremesp (2020) el gobierno brasileño, sin ninguna fundamentación científica y utilizando comparaciones primarias con tasas de médico/habitante de otros países, insiste en el número de 2,5 médicos/1.000 habitantes para Brasil. Meta considerada insuficiente para orientar una política pública de apertura de más plazas de Medicina y de posterior fijación de médicos en los lugares y servicios con carencia de profesionales, como es el caso de la Región Norte y sus municipios.

Es imprescindible tener en cuenta que las tasas de médico/habitante de los países desarrollados, con menor población, territorio más reducido y sistemas de salud homogéneos no pueden ser comparados con un país como Brasil. Un país con inmensas desigualdades regionales y con un sistema de salud público y privado.

Aun estando de acuerdo con el CFM/Cremesp (2020) la tasa actual de 2,5 médicos por cada 1.000 habitantes en Brasil no atiende las necesidades de la población, especialmente de los más pobres y de las regiones también empobrecidas, si no son consideradas las diferencias inter e intraregionales.

En Brasil, la atención del servicio de salud ofertado por el sector privado presenta 7,60 puestos de trabajo médico ocupados por cada 1.000 habitantes, tasa superior a la de médico-habitante de todos los países del mundo y tres veces mayor que la tasa pretendida por el gobierno, pero este servicio privado no atiende a los pobres sino a los que tienen mayor poder adquisitivo.

Es importa resaltar que, a pesar de la política del país concerniente a la tasa médico/población, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Pan-Americana de la Salud (OPAS) no definen o recomiendan el número deseable de médicos, enfermeros y dentistas por habitante. Para esas entidades la definición de índices, como número de camas o médicos por habitante depende de factores regionales, los cuales presentan aspectos socio-económicos, culturales y epidemiológicos, que difieren entre regiones y entre países.

En el Estado de Pará, según las informaciones de la Coordinadora de Atención a la Salud de los Pueblos Tradicionales, del SESPA – Secretaria de Estado de Salud de Pará, la efectividad de la política converge, en cuanto ente federado, con las atribuciones definidas por la PNSIPN: asesorar y controlar a los municipios en la ejecución de la política. El Ministerio de Salud no transfiere recursos directamente para el incentivo de esas políticas a nivel local, solamente recursos específicos destinados, a través de ordenanzas, para el incentivo de políticas de equidad para esas poblaciones.

A nivel de Estado se desarrolla el Programa Salud Para Todo Pará, implementado por la SESPA, que, a partir del diálogo con la Coordinación Estadual de Salud Indígena y Poblaciones Tradicionales, también del SESPA, realiza medidas de salud específicas dentro de los Territorios Quilombolas. El Programa Salud Para Todo Pará ofrece servicios de atención básica aliados a otros, de media y alta complejidad. Esas medidas dentro de los Territorios Quilombolas son discutidas previamente con los líderes quilombolas locales, así como con los gestores municipales en el sentido de sumar fuerzas y llevar los servicios de salud al interior de los Territorios. El Programa actúa con medidas para contribuir, fortalecer y satisfacer las necesidades de los municipios del interior del Estado, los cuales en su mayoría no disponen de equipamientos públicos y profesionales de salud que puedan atender a las poblaciones, minimizando los problemas enfrentados por los quilombolas.

5. Consideraciones finales

El artículo tiene como objetivo analizar la política de cuidados de salud de las personas mayores, específicamente, de los pueblos y comunidades tradicionales quilombolas. Se centró en el examen documental de la PNSIPN - Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra. Se constata que la PNSIPN es una política del SUS – Sistema Único de Salud y que, por medio de los Planes Operativos, I, II, III, sistematizó la política de forma Tripartita, definiendo las atribuciones de la Unión, Estados y Municipios en la implementación, pero que a partir de 2019 se ha visto debilitada por la agenda del gobierno que asumió el país, con reducciones en el presupuesto.

La creación de la PNSIPN estableció los objetivos para garantizar y ampliar el acceso de la población negra del campo y del bosque, en particular las poblaciones quilombolas, a las medidas y servicios de salud. Sin embargo, para alcanzar los objetivos fijados es fundamental el apoyo de la Unión, los Estados y Municipios para la mejora de los equipamientos públicos y la contratación de profesionales de la salud, como médicos. No obstante, en lo que respecta a la atención médica, los datos de la Demografía Médica de Brasil (2020), evidencian las disparidades existentes en el país que concentra a los profesionales en las capitales, mientras que en el interior, lugar donde se encuentran las comunidades quilombolas, específicamente en la Región Norte, solo cuentan con 0,54 médicos por cada mil habitantes, lo que supone insuficientes profesionales para atender a la población y reproduce las desigualdades en la implementación de la PNSIPN, y en la atención sanitaria a la población sobre todo a aquella parte de la población que necesita más cuidado, la de los mayores.

En lo referente a la política pública de atención sanitaria de las comunidades quilombolas en el Estado de Pará, la PNSIPN se hace efectiva por el gobierno del Estado vía Programa “Salud Para Todo Pará” que ofrece servicios de atención básica unidos a otros, de media y alta complejidad. Concluyendo que la PNSIPN, no define entre sus objetivos específicos la atención a las personas mayores, tratando la política de forma genérica, con mención a la comunidad quilombola. Siendo necesario establecer estrategias y planes que atiendan de forma específica a esa parte de la población, para la garantía de un derecho fundamental que promueva una longevidad que haga envejecer con calidad de vida y salud. 

Referencias

- Alvarado, A. y Salazar, A. 2014. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*. 25(2):57-62.
- Alvarado, A. y Moreno, M. 2007. Adaptación en el envejecimiento. *Adaptación y cuidado en el ser humano. Una visión de enfermería*. Bogotá: Manual Moderno, Universidad de la Sabana.
- Batista, L. E. et al. 2020. Indicadores de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. *Saúde e Sociedade*, v. 29.
- Bazo M. 1998. Vejez dependiente, políticas y calidad de vida. *Rev Papers* 56: 143-61.
- Benicio, Rosa T.; Latorre, M. y Ramos L. M. 2003. Determinant factors of functional status among the elderly. *Rev Saude Publica* 37: 40-8.
- Brasil. 2009. Ministério da Saúde. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 14 maio 2009

- Brasil. 2011. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 dez.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). 2014. Política Nacional de Promoção da Saúde - PNaPS: revisão da Portaria MS/ GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: MS.
- Brasil. <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>
- Brasil. <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2021-10/populacao-residente-em-area-indigena-e-quilombola-supera-22-milhoes>
- Cardona D. y Agudelo H. 2006. La Flor de la vida. Pensemos en el adulto. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Salud Pública.
- Castillo D. 2009. Envejecimiento exitoso. Rev Med Clin Condes 20: 167-74.
- Ebersole, P. y Hess, P. 1994. Toward healthy aging: Human needs and nursing response. 4.ª ed. St. Louis: Mosby-Year Book.
- Gómez J. y Curcio C. 2002. Valoración integral del anciano sano. Manizales: Artes Gráficas Tizan.
- González-Cuzi, T. 2021. Acompañando el envejecimiento activo y saludable [Webinar]. Universidad Maza Digital.
- Guimarães, Nadya Araújo; Hirata, Helena Sumiko e Sugita, Kurumi. 2012. Cuidado e cuidadoras: o trabalho do care no Brasil, França e Japão. In: Hirata, Helena; Guimarães, Nadya Araujo. Cuidado e cuidadoras: As várias faces do trabalho do care. São Paulo: Atlas.
- Küchemann, B. A. 2012. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. Sociedade e Estado. Brasília: v. 27, n. 1 jan-abr. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=So102-69922012000100010&script=sci_arttext>. Acesso el: 25 junio de 2022.
- Laforest J. 1991. Introducción a la Gerontología. Barcelona: Herder.
- Lehr U. 1980. Psicología de la senectud. Barcelona: Herder.
- Limón-Mendizábal, M.R. 2018. Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. Aula Abierta, 47: 45-54.
- Martins, S y Ribeiro, A. Q. 2018. Das Políticas às ações: Direitos da Pessoa Idosa no Brasil. Revista Científica de Direitos Humanos. Brasília, DF, v.1, novembro.
- Organización Mundial de la Salud. 2009. Organismos internacionales y envejecimiento. [Internet] [acceso 15 de junio de 2022]. Disponible en: http://trabajo.xunta.es/export/sites/default/Biblioteca/Documentos/Publicacions/congreso_envelhecimento/congreso_envejecimiento_activo.pdf
- Reyes. RCJ. 2011. El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. Rev Cubana Invest Bioméd 30: 354-9.

Rowe J. 1987. Human aging: Usual and successful. *Science* 273: 143-9.

Sartini, C. M. y Correia, A. de M. 2012. Programa Maior Cuidado: qualificando e humanizando o cuidado, *Revista Pensar BH* 31.

Scheffer, M. et al. 2020. Demografia médica no Brasil 2020. São Paulo: FMUSP, CFM.

Vaillant G. y Mukamal K. 2001. Successful Aging. *Am J Psychiatry* 158: 839-47.

Yuni, J. y Urbano, C. 2008. Envejecimiento y género: perspectivas teóricas y aproximaciones al envejecimiento femenino. *Revista Argentina de Sociología*, 6: 151-169. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2696101>.

Sobre los autores/ About the authors

Jones Nogueira Barros. Profesor del Programa de posgraduación en Administración en la Universidad del Amazonas (PPAD). Doctor en Administración por la Universidad del Amazonas. Ejerce la función de Gestor de Unidad Gestora de la Secretaría de Estado de Educación de Pará. Es miembro del grupo de Investigación en Gestión Social y Desarrollo Local (GESDEL), donde discute la temática de desarrollo de políticas públicas enfocadas en la acción pública y la gestión social. Carmen Pineda Nebot. Licenciada en Derecho por la Universidad Complutense de Madrid y Licenciada en Ciencia Política y de la Administración por la Universidad Autónoma de Madrid. Coordinadora de Investigación de GEGOP. Miembro de varios Grupos de Investigación Brasileños, entre otros de GESDEL. Autora de más de cien capítulos de libros y artículos sobre participación ciudadana, gestión social y presupuesto participativo.

URL estable documento/stable URL

<http://www.gigapp.org>

El Grupo de Investigación en Gobierno, Administración y Políticas Públicas (GIGAPP) es una iniciativa impulsada por académicos, investigadores y profesores Iberoamericanos, cuyo principal propósito es contribuir al debate y la generación de nuevos conceptos, enfoques y marcos de análisis en las áreas de gobierno, gestión y políticas públicas, fomentando la creación de espacio de intercambio y colaboración permanente, y facilitando la construcción de redes y proyectos conjuntos sobre la base de actividades de docencia, investigación, asistencia técnica y extensión.

Las áreas de trabajo que constituyen los ejes principales del GIGAPP son:

1. Gobierno, instituciones y comportamiento político
2. Administración Pública
3. Políticas Públicas

Información de Contacto

Asociación GIGAPP.

ewp@gigapp.org