

Atención en salud para quienes (con)viven en las sombras

Aline Gonçalves Pereira (<https://orcid.org/0000-0001-8231-8538>)¹
Thais Barbosa de Oliveira (<https://orcid.org/0000-0002-8461-4186>)¹
Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas (<https://orcid.org/0000-0002-6887-4471>)¹
José Eudes Barroso Vieira (<https://orcid.org/0009-0000-5832-6538>)¹

Resumen *El estudio tuvo como objetivo analizar la implementación de los equipos de Consultorio en la Calle (eCR, sigla en portugués), cofinanciados por el Ministerio de Salud, en territorio nacional, durante el período de 2018 a 2023, con un enfoque en la perspectiva de equidad y en la amplitud de los cuidados en salud prestados a la población en situación de calle en Brasil. Se trata de un estudio exploratorio, de enfoque cuantitativo, con técnicas de distribución espacial, basado en datos secundarios de los equipos de Consultorio en la Calle implementados. El análisis de los datos sobre la implementación de los eCR mostró una evolución significativa hacia la democratización del acceso a los servicios de salud. Durante el período de 2018 a julio de 2023, se registró un incremento del 21,73% en el número de equipos cofinanciados por el Ministerio de Salud.*

Palabras clave *Atención Primaria en Salud, Población en situación de calle, Acceso a los servicios de salud, Vulnerabilidad en salud*

¹ Ministério da Saúde.
Esplanada dos Ministérios -
Bloco G - Edifício
Sede. 70058-900
Brasília DF Brasil.
alinegoncalvespereira7@
gmail.com

Introducción

En Brasil, el Consultório en la Calle (CnR, en portugués) fue concebido con la propuesta de alcanzar a las personas en situación de calle, en condiciones de vulnerabilidad social y alejadas de los servicios de salud, para cumplir con los marcos legislativos que disponen sobre la protección del derecho a la salud en el país, establecido por la Constitución Federal de 1988 y reglamentado por las leyes orgánicas de salud, como las n.º **8.080/1990** y n.º **8.142/1990, que fortalecieron el Sistema Único de Salud (SUS)**¹.

Este movimiento también fue influenciado por las discusiones en torno a la Política Nacional para la Población en Situación de Calle (PNPSR, en portugués), instituida por el Decreto n.º **7.053/2009, con el objetivo de asegurar el acceso a los servicios y programas relacionados con las políticas sociales, incluyendo el sector salud. Según Dias y Amarante**², el fomento a la adhesión de propuestas como la del CnR se dio a través del fortalecimiento de movimientos populares, así como la elección de gobiernos de centroizquierda en Brasil.

Desde una perspectiva histórica, en 2011, Brasil presentó evoluciones importantes hacia la democratización del acceso a los servicios de salud, en el seguimiento de la reforma psiquiátrica, para la valorización de la promoción de la salud mental y la asistencia a la salud de las personas en situación de calle. Entre las principales iniciativas, se encuentra la publicación de la Orden GM/MS n.º **3.088/2011, que instituyó la Red de Atención Psicosocial (RAPS), y la Orden GM/MS n.º 2.488/2011, que trajo la revisión de la Política Nacional de Atención Básica (PNAB), incluyendo los equipos de Consultorio** en la Calle (eCR) y también los equipos de atención primaria a la salud (APS) para el cuidado de poblaciones en situación de vulnerabilidad específica. En consecuencia, se instituyeron las Ordenes GM/MS n.º **122/2012 y n.º 123/2012, que establecieron las directrices de organización y funcionamiento de los eCR.**

En 2012, los eCR podían estar compuestos por profesionales de las siguientes categorías: enfermería de nivel medio y superior, psicología, trabajo social, terapia ocupacional, medicina, agente social y salud bucal de nivel medio. En 2014, se publicaron las Ordenes GM/MS n.º **1.238/2014 y n.º 1.029/2014.** La primera estableció un valor fijo de financiación para los eCR y la segunda agregó profesionales de salud bucal de nivel superior, de educación física en salud y for-

mados en arte y educación en estos equipos. Las modalidades de adhesión recomendadas fueron: modalidad I, con cuatro profesionales, dos de nivel medio y dos de nivel superior; modalidad II, con seis profesionales, tres de nivel medio y tres de nivel superior; y modalidad III, con el arreglo de la modalidad II, adicionando un profesional médico. Como materiales orientadores de los servicios, se publicaron el “Manual de cuidado de la población de calle” y las “Directrices, metodologías y dispositivos para la población de calle”, en 2012 y 2014, respectivamente³.

A partir de 2016, Brasil experimentó algunos retrocesos en lo que respecta a la promoción de políticas de bienestar social, como lo demuestra la publicación de la Enmienda Constitucional 95/2016, que limitó los gastos primarios gubernamentales sin considerar las tasas de crecimiento económico y demográfico⁴. A esto se suma el hecho de que la revisión de la PNAB en 2017 flexibilizó el concepto de cobertura universal de APS, sin un claro compromiso para la expansión de los servicios⁵⁻⁷.

En 2019, la APS experimentó cambios en su estructura de financiamiento con el lanzamiento del Programa Previne Brasil, instituido por la Orden GM/MS n.º 2.979/2019, que reemplazó los pisos de atención básica (PAB) fijo y variable por los nuevos componentes del programa, como la capitación ponderada, lo que requirió mayores esfuerzos de los gestores municipales en la administración de los arreglos de los equipos en los territorios⁸.

En este contexto, el Ministerio de Salud publicó la Orden GM/MS n.º 1.255/2021, que estableció las normativas para el funcionamiento de los eCR y adoptó criterios para calcular el número máximo de estas equipos que podían ser adoptadas por los municipios y el Distrito Federal, considerando los registros del Sistema de Información en Salud para la Atención Básica (Sisab) y del Cadastro Único para Programas Sociales (CadÚnico). Los territorios con una población total estimada en más de 100 mil habitantes pasaron a tener el derecho de contar con al menos un eCR cofinanciado por el Ministerio de Salud. En cuanto a los cambios en las modalidades permitidas, la presencia de un agente comunitario de salud (ACS) pasó a formar parte de las opciones para la composición de estos equipos.

El escenario histórico y los cambios en el *modus operandi*, composición y financiamiento de los eCR han influido en la adopción por parte de los municipios. Por lo tanto, es fundamental realizar estudios que verifiquen los avances y el per-

fil de los territorios que han adoptado los eCR. En este sentido, el estudio tuvo como objetivo describir la evolución de la implementación de los eCR cofinanciados por el Ministerio de Salud en el período de 2018 a 2023.

Métodos

Se trata de un estudio exploratorio, de enfoque cuantitativo, con técnicas de distribución espacial y datos secundarios de los eCR implementados en el territorio nacional. Los datos fueron obtenidos en el sitio web del Sisab, específicamente en el informe público “Financiamiento de la APS”, abarcando el período de 2018 a 2023. La elección de este intervalo temporal se debe a la ausencia de datos en los años anteriores. La información está organizada por meses y fue recolectada en febrero de 2024.

Las variables estudiadas incluyen el número de eCR con financiamiento federal, acreditadas y homologadas, así como sus respectivas modalidades I, II y III. El análisis de la distribución espacial se basó en la técnica de datos de área para identificar posibles concentraciones geográficas de los eCR en determinadas regiones del país.

Para abordar las diversas situaciones que apuntan a la exclusión y vulnerabilidad social en Brasil, se empleó el índice de vulnerabilidad social (IVS). Este índice abarca tres dimensiones analíticas: IVS infraestructura urbana, IVS capital humano e IVS renta y trabajo. El objetivo de utilizar el IVS es capturar una perspectiva más amplia, abarcando múltiples dimensiones que reflejan la complejidad y diversidad de las condiciones sociales desfavorables, proporcionando una visión más holística de las cuestiones sociales en el país.

Resultados

En el período de 2018 a 2023, se observó que los eCR cofinanciados por el Ministerio de Salud presentaron un aumento del 45,34% (n=73). Sin embargo, se destaca una ligera disminución en el cofinanciamiento de estos equipos entre los años 2019 y 2020 (-6,45; n=10) (Gráfico 1).

Entre los 264 equipos incluidos en el financiamiento federal en 2024, el 35,89% (n=84) fueron registrados en la modalidad I, el 12,82% (n=30) en la modalidad II y el 51,28% (n=120) en la modalidad III. Al observar esta distribución por gran región y unidad federativa (UF), se ve-

rifica que todas las UF tienen eCR, con predominancia de la modalidad de equipo III (51,28%, n=120) y de la gran región Sudeste (53,41%, n=125), destacándose el estado de São Paulo, con casi la mitad del total de equipos de esta región (48%, n=60). La gran región Centro-Oeste concentra la menor cantidad de eCR (7,26%, n=17), en comparación con las demás regiones del país. Por otro lado, estados de la gran región Norte, como Acre y Rondônia, presentan la menor cantidad de equipos en relación con las demás UF (Tabla 1).

El país cuenta con 169 municipios con eCR (Figura 1a), con una distribución heterogénea entre los territorios, con mayor concentración en el este de los estados de las grandes regiones Sudeste y Sur (Figura 1b).

Aunque todos los equipos de eCR cofinanciados están ubicados en áreas urbanas, presentan diferentes clasificaciones de IVS. Los valores de IVS entre 0,000 y 0,200 se clasifican como muy bajos; los valores entre 0,201 y 0,300 se consideran bajos; entre 0,301 y 0,400 se consideran medios, mientras que los valores entre 0,401 y 0,500 se consideran altos. Los valores entre 0,501 y 1,000 indican municipios en situación de vulnerabilidad social muy alta. De los 169 municipios que albergan las eCR, la mayoría muestra un IVS considerado muy bajo (13,01%, n=22) y bajo (42,60%, n=72), lo que indica baja vulnerabilidad social. Luego, hay clasificaciones de IVS medio (34,91%, n=59), alto (6,50%, n=11) y muy alto (2,95%, n=05). La mediana general del IVS de estos municipios es 0,288, con un rango intercuartil de 0,116, mínimo de 0,130 y máximo de 0,727. No se identificaron valores atípicos de IVS entre los grupos de clasificación, con excepción de los municipios con clasificación “muy alto”, en los que un municipio presentó un IVS de 0,727 (Gráfico 2).

Discusión

Los estudios muestran que las personas que viven en situación de calle presentan tasas de morbilidad y mortalidad más altas en comparación con la población general, representando un grave problema de salud pública. Dentro de la población en situación de calle, las mujeres tienen una tasa de mortalidad (11,9) superior a la de los hombres (7,9)⁹. En este contexto, es imprescindible articular políticas públicas y otras políticas sectoriales para garantizar el acceso amplio de la población en situación de calle a los servicios sociales y de salud¹⁰.

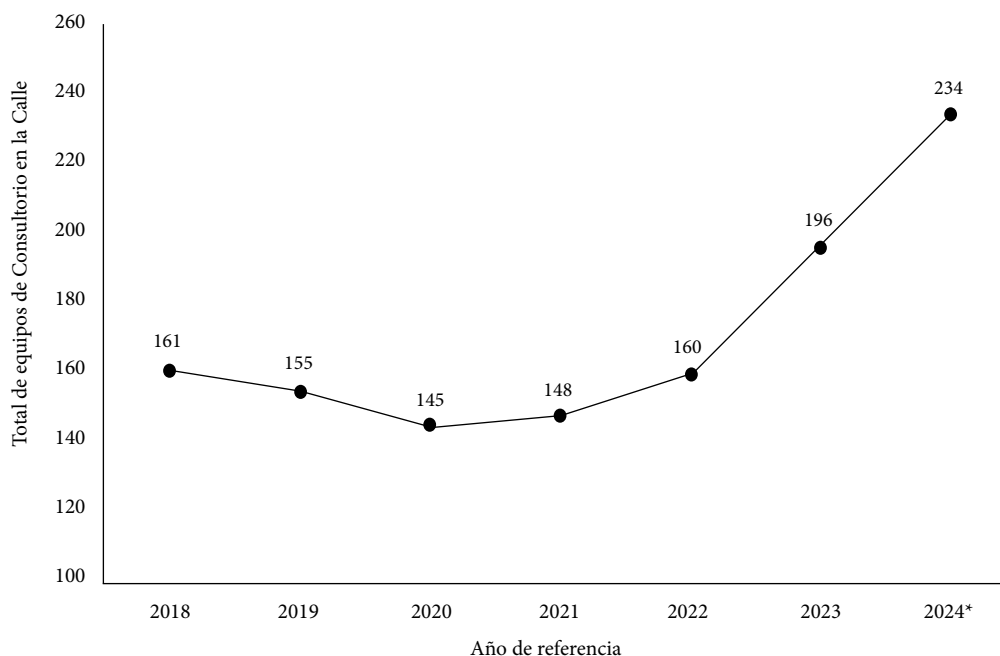


Gráfico 1. Distribución del total de equipos de Consultório en la Calle (eCR) cofinanciados por el Ministerio de Salud, Brasil, 2018-2024.

*En el año 2024, las referencias del total de equipos son datos registrados en el mes de febrero de 2024. Para los otros años, se utilizaron las referencias de información del mes de julio, como un recorte temporal representativo del escenario de 12 meses.

Fuente: e-Gestor AB, 2024. Autores.

El problema del acceso a una vivienda adecuada en Brasil es experimentado en otros países del mundo y está aumentando gradualmente cada año, como es el caso de Estados Unidos, Inglaterra y Australia. Las circunstancias que llevan a una persona a vivir en la calle pueden estar relacionadas con diversos factores, como la falta de empleo, vivienda asequible y apoyo a la renta, problemas de salud física y mental, el uso de sustancias y la violencia doméstica y familiar, entre otros factores¹¹.

Frente a estas cuestiones, la falta de vivienda está directamente relacionada con problemas de salud, como peores resultados en salud física y mental, además de la muerte prematura. Para la población anciana en situación de calle, estos problemas se agravan por el acceso insuficiente y el tratamiento inadecuado en el sistema de salud. Este panorama contribuye al aumento de admisiones en urgencias y las tasas de hospitalizaciones¹².

Vulnerabilidad social

El índice de vulnerabilidad social ofrece una perspectiva amplia de las desigualdades presentes en las metrópolis brasileñas, ya que incorpora la evaluación de indicadores relacionados con la infraestructura urbana (saneamiento, recolección de basura e renta per cápita), el capital humano (mortalidad infantil, escolaridad y analfabetismo, entre otros), los ingresos y el trabajo (desempleo, ocupación informal y dependencia química, por ejemplo)¹³.

Más allá de los resultados presentados en relación con la baja vulnerabilidad social, se suman la baja dispersión territorial de los equipos en los respectivos territorios y la ausencia y fragmentación de estimaciones sobre la población en situación de calle a niveles desagregados por municipio, dificultando la realización de diagnósticos situacionales más robustos. Este panorama destaca la necesidad urgente de una coordinación

Tabla 1. Distribución de equipos de Consultorio en la Calle cofinanciados por el Ministerio de Salud por gran región y unidad federativa, Brasil, 2024 (n=234).

Gran región/ Unidad Federativa	Equipos de Consultorio en la Calle (modalidad I)	Equipos de Consultorio en la Calle (modalidad II)	Equipos de Consultorio en la Calle (modalidad III)	Total
Norte	13	03	04	20
Acre	01	0	0	01
Amazonas	01	0	01	02
Amapá	02	01	01	04
Pará	05	02	01	08
Rondônia	0	0	01	01
Roraima	02	0	0	02
Tocantins	02	0	0	02
Nordeste	14	04	31	49
Alagoas	01	0	05	06
Bahia	01	0	08	09
Ceará	02	0	05	07
Maranhão	01	01	04	06
Paraíba	04	01	02	07
Pernambuco	02	01	04	07
Piauí	0	01	01	02
Rio Grande do Norte	03	0	0	03
Sergipe	0	0	02	02
Sudeste	40	17	68	125
Espírito Santo	02	03	0	05
Minas Gerais	13	02	11	26
Rio de Janeiro	08	04	22	34
São Paulo	17	08	35	60
Sul	12	04	07	23
Paraná	04	01	02	07
Rio Grande do Sul	05	03	04	12
Santa Catarina	03	0	01	04
Centro-Oeste	05	02	10	17
Distrito Federal	03	0	03	06
Goiás	01	0	03	04
Mato Grosso do Sul	0	02	02	04
Mato Grosso	01	0	02	03
Brasil	84	30	120	234

Fuente: e-Gestor AB, 2024. Autores.

efectiva de la gestión tripartita para promover la visibilidad de esta población y atender sus necesidades de salud.

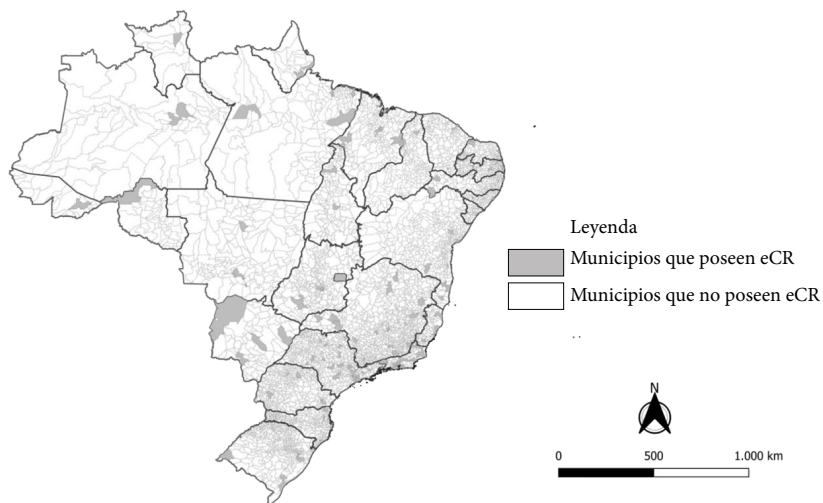
Implementación de los equipos de Consultorio en la Calle (eCR) en Brasil

Los eCR se establecieron con el objetivo de ampliar el acceso y la calidad de la atención integral para personas que han sido ignoradas por las principales políticas públicas del Estado. Además

de proporcionar cuidados de salud, estos equipos también facilitan el acceso a derechos sociales básicos, reconociendo la dignidad de estas personas. La creación del CadÚnico es una herramienta que, además de facilitar el acceso a los servicios de salud, promueve el reconocimiento de la ciudadanía en un entorno donde estos derechos son frecuentemente negados.

En 2023, el Ministerio de Salud concentró esfuerzos en la expansión de los equipos que actúan en la atención primaria a la salud, espe-

a) Identificación de municipios con adhesión a los equipos de Consultorio en la Calle (eCR) (n=169)



b) Total de equipos de Consultorio en la Calle (eCR) por municipio (n=234)

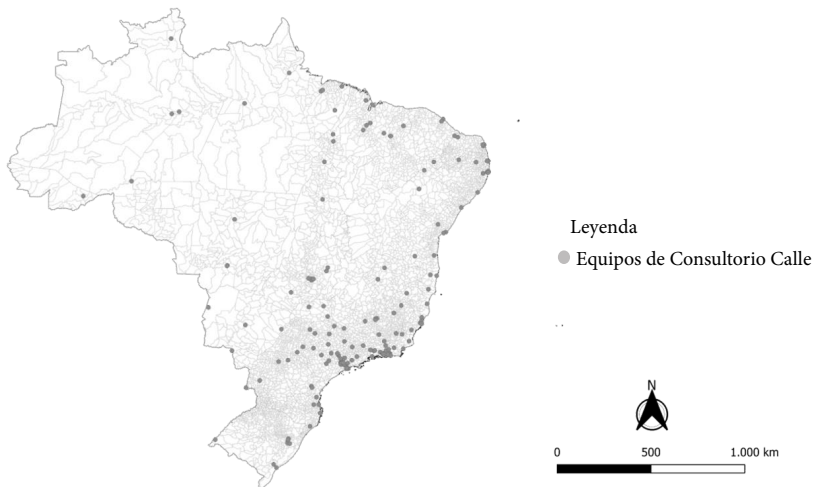


Figura 1. Identificación de municipios con adhesión y total de equipos de Consultorio en la Calle (eCR) cofinanciados por el Ministerio de Salud, Brasil, 2024.

Fuente: e-Gestor AB, 2024. Autores.

cialmente aquellos con solicitudes pendientes de acreditación y homologación junto a la Secretaría de Atención Primaria a la Salud (Saps), incluyendo los eCR. Las variaciones en el número de equipos a lo largo de este período indican un aumento en la acreditación de nuevos equipos, junto con la desacreditación de equipos antiguos debido al incumplimiento de las reglas relacionadas con los criterios de transferencia financiera

establecidos por la Orden de Consolidación GM/MS n.º 2/2017.

Ante este panorama, se percibe que el Ministerio de Salud ha estado esforzándose para reconocer y enfrentar la crisis generada por la pandemia de COVID-19, que exacerbó las vulnerabilidades preexistentes. La respuesta a esta crisis incluye la implementación de iniciativas específicas dirigidas a garantizar el acceso a los

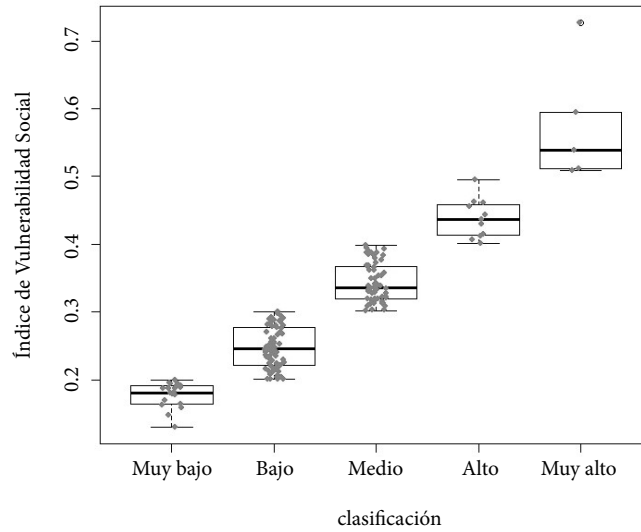


Gráfico 2. Medidas resumen del IVS de municipios que tienen eCR cofinanciadas por el Ministerio de Salud, por boxplot, Brasil, julio de 2023 (n=169).

Fuente: Ipea, 2010; e-Gestor AB, 2023. Autores.

servicios públicos de salud del Sistema Único de Salud para esta población, con la ampliación gradual de los eCR en todo el territorio nacional.

Conclusión

La expansión de los equipos de Consultorio en la Calle en Brasil es esencial para mejorar el acceso a los servicios de salud para poblaciones en

vulnerabilidad social, especialmente aquellas en situación de calle o en áreas de difícil acceso. El Ministerio de Salud tiene como objetivo alcanzar 660 equipos hasta 2027, lo que representa un aumento del 312,5% en comparación con julio de 2022. Esta estrategia es fundamental para garantizar que más personas en condiciones de vulnerabilidad tengan acceso a la atención primaria de salud, promoviendo así una mayor equidad en el Sistema Único de Salud¹⁴.

Colaboradores

AG Pereira trabajó en la concepción y redacción del artículo. TB Oliveira trabajó en la metodología y la investigación del artículo. ALFR Caldas trabajó en la edición y revisión del artículo. JEB Vieira trabajó en la revisión del artículo.

Referencias

1. Ohlweiler LP. Perspectivas sociojurídicas do poder de polícia sanitário e emergência de saúde pública: vulnerabilidades e o enfoque dos direitos humanos. *Rev Inf Legis* 2021; 58(230):195-218.
2. Dias JVS, Amarante PDC. Educação popular e saúde mental: aproximando saberes e ampliando o cuidado. *Saude Debate* 2022; 46(132):188-199.
3. Machado MP, Rabello ET. Competências para o trabalho nos Consultórios na Rua. *Physis* 2019; 28(4):e280413.
4. Mariano CM. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. *Rev Investig Constitucionais* 2019; 4(1):259-281.
5. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saude Debate* 2018; 42(116):11-24.
6. Silva TO, Vianna PJS, Almeida MVG, Santos SD, Nery JS. População em situação de rua no Brasil: estudo descritivo sobre o perfil sociodemográfico e da morbidade por tuberculose, 2014-2019. *Epidemiol Serv Saude* 2021; 30(1):e2020566.
7. Menezes ELC, Verdi MIM, Scherer MDA, Finkler M. Modos de produção do cuidado e a universalidade do acesso—análise de orientações federais para o trabalho das equipes da APS no Brasil. *Cien Saude Colet* 2020; 25(5):1751-1764.
8. Seta MH, Ocké-reis CO, Ramos ALP. Programa Preventivo Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? *Cien Saude Colet* 2021; 26(Supl. 2):3781-3786.
9. Aldridge RW, Alistair H, Hwang SW, Nordentoft M, Luchenski SA, Hartwell G, Tweed EJ, Lewer D, Kati-kireddi SV, Hayward AC. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2018; 391(10117):241-250.
10. Santos ES. População em Situação de Rua no Bairro da Mooca Durante a pandemia de Covid-19 no ano de 2020: trabalho, renda e modos de vida. *Plural* 2022; 29(2):63-86.
11. Mcwilliams L, Middleton S, Shawe J, Thorton A, Larkin M, Taylor J, Currie J. Scoping review: Scope of practice of nurse-led services and access to care for people experiencing homelessness. *J Adv Nurs* 2022; 78(11):3587-3606.
12. Mantell R, Hwang YI, Radford K, Perkovic S, Cullen P, Withall A. Accelerated aging in people experiencing homelessness: A rapid review of frailty prevalence and determinants. *Front Public Health* 2023; 16(11):1086215.
13. Costa MA, Marguti BO, editores. *Atlas da Vulnerabilidade Social nos Municípios Brasileiros*. Brasília: Ipea; 2015.
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Ministério do Planejamento e Orçamento. *Plano Plurianual 2024-2027*. Brasília: MS; 2023.

Artículo presentado en 10/03/2024

Aprobado en 17/04/2024

Versión final presentada en 19/04/2024

Editores jefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva