

Análisis de la implementación de la atención prehospitalaria y hospitalaria en los casos de accidentes y violencia en Brasil

Adalgisa Peixoto Ribeiro (<https://orcid.org/0000-0001-9415-8068>)¹

Graziella Lage Oliveira (<https://orcid.org/0000-0002-3387-3583>)¹

Andréa Maria Silveira (<https://orcid.org/0000-0002-1180-3875>)¹

Joviana Quintes Avanci (<https://orcid.org/0000-0001-7779-3991>)²

Resumen Se analizó la implementación de dos directrices de la Política Nacional de Reducción de la Morbimortalidad por Accidentes y Violencia (PNRMAV) relativas a la atención prehospitalaria (APH) y hospitalaria (AH). Los gestores de APH y AH de los municipios brasileños participaron en un estudio transversal (2020-2022), respondiendo a un cuestionario a través de la plataforma Redcap. Se realizaron análisis descriptivos y comparativos. La tasa de respuesta fue del 2,3% de los municipios (n=128), 9 de los cuales eran capitales. Las capitales mostraron mejores resultados en todos los ítems evaluados. En APH móvil, el 82,8% de los municipios y el 100% de las capitales utilizan transporte propio para los pacientes. En las capitales, los servicios reciben y derivan más casos intersectorialmente (p-valor<0,05). En AH, las capitales utilizan más los protocolos (p=0,008) y el 40% de los gestores consideran que las camas son adecuadas a sus necesidades. La implementación de la directriz de Sistematización de la atención prehospitalaria fue buena en 59,4% de los municipios y 77,8% de las capitales, mientras que la de Asistencia interdisciplinaria a las víctimas fue regular en 45,1% de los municipios y buena en 75% de las capitales. A pesar de los avances en la implementación de la PNRMAV, es necesario fortalecer las redes de atención a urgencias/emergencias y optimizar los recursos disponibles.

Palabras clave Accidentes, Violencia, Política de salud

¹ Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Prof. Alfredo Balena 190, Santa Efigênia, 30130-100 Belo Horizonte MG Brasil. adalpeixoto@yahoo.com.br

² Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introducción

Los accidentes y las violencias constituyen importantes causas de morbilidad y mortalidad en Brasil y en el mundo, con una magnitud e impacto significativos en la salud de la población a corto y largo plazos.

El número absoluto de muertes por causas externas (accidentes y violencias) en las Américas alcanzó 650.000 en 2019, con una mayor incidencia entre los hombres, siendo la violencia interpersonal la principal causa, destacando también los accidentes en carreteras, las automutilaciones, las caídas y los ahogamientos¹. En Brasil, se autorizaron 1.468.434 ingresos hospitalarios en el Sistema Único de Salud (SUS) en 2023, clasificados en el grupo de lesiones y traumatismos resultantes de causas externas, lo que representó el 11,1% de todos los ingresos hospitalarios por todas las causas en el país. De ese total, se subraya que 76% se debieron a accidentes (transporte, caídas y otros), 3,9% a violencias (agresiones, lesiones autoinfligidas e intervenciones legales) y 4,3% a secuelas de causas externas². En cuanto a la mortalidad, en el mismo año de 2023 se produjeron 152.985 muertes por causas externas, de las cuales el 47% fueron por accidentes, el 39,7% por violencias y el 0,4% por secuelas de causas externas³.

Este escenario plantea retos únicos para el SUS, ya que requiere un gran número de tratamientos ambulatorios, transporte prehospitalario, hospitalizaciones, procedimientos quirúrgicos, cuidados intensivos y rehabilitación, con un elevado coste económico para el sistema. Además del costo medible, existe el costo intangible de las secuelas físicas y emocionales, que afectan principalmente jóvenes, del sexo masculino, económicamente activos, de piel negra o mestizo⁴.

Por su magnitud e impacto, en 2001 estos problemas de salud fueron incorporadas a la agenda del Ministerio de Salud por la Política Nacional de Reducción de la Morbimortalidad por Accidentes y Violencia (PNRMAV)⁵, con directrices que van desde la prevención y promoción de la salud, hasta el fortalecimiento de la atención primaria, prehospitalaria y hospitalaria, y la rehabilitación, con enfoque en la atención intersectorial a las víctimas. La incorporación de la PNRMAV al sector salud fue decisiva para la planificación de la atención a la salud de la población brasileña en los diferentes niveles de atención del SUS, ya que requiere recursos financieros, humanos y tecnológicos especializados para su atención⁶.

Los casos más graves requieren atención a nivel prehospitalario (APH) y hospitalario (AH). La APH incluye los siguientes componentes: 1) Promoción, Prevención y Vigilancia de la Salud; 2) Atención Básica de Salud; 3) Servicio de Atención Móvil de Urgencias (SAMU) y sus Centros de Regulación Médica de Urgencias; 4) Sala de Estabilización; 5) Unidades Pronta Atención (UPA 24h) y el conjunto de servicios de urgencias 24 horas⁷. Todo ello es crucial para tratar a tiempo las lesiones y evitar secuelas y desenlaces mortales. La APH se divide en APH móvil, cuyo objetivo es llegar pronto a la víctima tras producirse una urgencia o emergencia, y APH fija, que se lleva a cabo en unidades menos complejas, como las unidades básicas de salud y las unidades de salud familiar, los equipos de agentes de salud comunitarios, los ambulatorios especializados, los servicios de diagnóstico y terapia, pero también en las urgencias hospitalarias⁸.

La AH presta asistencia de urgencia y de emergencia y está compuesta por puertas de urgencias hospitalarias, salas de hospitalización de apoyo, camas de cuidados intensivos, servicios de diagnóstico por imagen y laboratorio y líneas de atención prioritaria⁹. Los servicios hospitalarios tienen la gran responsabilidad de detectar, atender, registrar y derivar los casos de accidentes y violencia de forma segura y protectora¹⁰.

Incluso ante los avances transformadores, siguen existiendo retos para el cumplimiento de la organización de los servicios de APH y AH para atender los casos de accidentes y violencias, con escaso conocimiento sobre la implementación, calidad y eficacia de los procesos puestos en marcha.

En este sentido, la evaluación de servicios actúa como una importante herramienta de diagnóstico y conocimiento, ya que permite analizar intervenciones, procesos y resultados a partir de información legítima, con el objetivo de potenciar el desempeño de la gestión y favorecer el proceso de cambio, la toma de decisiones y la búsqueda de la calidad¹¹. De este modo, el objetivo de este artículo es analizar la implementación de las directrices de la PNRMAV sobre la sistematización, ampliación y consolidación de la atención prehospitalaria, así como la atención hospitalaria de casos de accidentes y violencia en los municipios brasileños.

Método

Este trabajo analiza parte de los datos cuantitativos sobre servicios prehospitalarios y hospita-

larios producidos por el estudio nacional “*Pesquisa Avaliativa da Implementação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência*” (Investigación Evaluativa de la Implementación de la Política Nacional de Reducción de la Morbimortalidad por Accidentes y Violencia), realizado entre 2020 y 2022, que se basa en el marco de la investigación evaluativa¹²⁻¹⁵.

Entre julio y noviembre de 2021, se invitó a los gestores de salud municipales (o a sus representantes designados) de todos los municipios brasileños a rellenar un cuestionario exhaustivo sobre la evaluación de la implementación de las directrices de la PNRMAV⁵ a través de la plataforma *Redcap*. En este artículo se presentan los datos sobre la atención prehospitalaria y hospitalaria en casos de accidentes y violencias.

Para la APH, se analiza información sobre: la naturaleza de la gestión del servicio, la existencia y suficiencia de transporte de pacientes y recursos/insumos, la integración entre APH y Atención Primaria, las actuaciones ante casos de accidentes y violencias según la modalidad de APH (fija y móvil), y el tipo de actuación de los servicios de APH en casos de accidentes y violencias. En cuanto a la atención hospitalaria, se abordó la existencia de centros de referencia y camas de UCI destinadas para los casos, de la integración entre servicios, de la utilización de protocolos y rutinas de atención a las víctimas, del apoyo y seguimiento a víctimas y autores de la violencia, del flujo acordado para la coordinación entre servicios sanitarios en la atención a los casos y de las derivaciones a la red de servicios.

Los análisis descriptivos de los datos cuantitativos se realizaron mediante la distribución de frecuencias (brutas y relativas) según los municipios y capitales participantes, y los análisis comparativos mediante el chi-cuadrado de Pearson y la prueba exacta de Fisher, en su caso. Se utilizó un valor $p \leq 0,05$ para verificar la significación estadística.

Para evaluar dos de las directrices de la PNRMAV⁵, que se refieren a la atención prehospitalaria y hospitalaria, se construyeron indicadores evaluativos de la implementación a partir de las cuestiones consideradas más representativas de cada directriz y basados en estudios previos que han evaluado la implementación de esta política^{16,17}. Los grados de implementación de las directrices se clasificaron en: mala implementación, cuando los municipios obtuvieron una puntuación inferior al 40% en el indicador compuesto de la directriz; implementación regular para los que se situaban entre el 40% y el 70%; y

buena implementación para los que superaban el 70%, con pequeñas fluctuaciones.

Se construyó un indicador compuesto para cada directriz evaluada. Para la directriz “Sistematización, ampliación y consolidación de la atención prehospitalaria”, el indicador incluyó siete ítems: (1) el municipio tiene/realiza traslado y transporte de pacientes; (2) existencia de vehículo de transporte sanitario ambulancia del tipo B o C o D; (3) cumplimiento de las necesidades del nivel de atención en términos de infraestructura, equipos/materiales/insumos; (4) cumplimiento de las necesidades del municipio para los casos de accidentes y violencia; (5) existencia de acciones para la atención prehospitalaria de casos de accidentes y violencia; (6) atención/derivación de los casos de accidentes y violencia por la red de atención; y (7) efectividad/eficacia de la Central de Regulación para la atención de casos de accidentes y violencia. El indicador compuesto se construyó a partir de la suma de las puntuaciones de los siete ítems, donde sí=2 y no=1, siendo la puntuación total=14. Con base en el puntaje presentado, el desempeño de cada municipio en esta directriz fue categorizado como Bueno para puntuaciones ≥ 10 , Regular para puntuaciones ≥ 5 y ≤ 10 y Malo para puntuaciones < 5 .

La directriz “Atención interdisciplinaria e intersectorial a víctimas de accidentes y violencia” aporta una evaluación de la atención hospitalaria y su indicador compuesto fue creado a partir de la suma simple de 11 ítems: (1) atención/derivación de casos de accidentes y violencia por la red del nivel de atención; (2) existencia en el municipio de programas de la red del nivel de atención que atienden casos de accidentes y violencia; (3) existencia de atención especializada a la violencia por el nivel de atención para agresores, niños, adolescentes, ancianos y mujeres; (4) acciones de prevención y atención a accidentes y violencia en los servicios del nivel de atención; (5) frecuencia de adopción de la línea de atención por el nivel de atención como estrategia de acción, abarcando los campos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; (6) articulación intrasectorial de la atención a las víctimas de accidentes y violencias con los servicios de los demás niveles de atención; (7) frecuencia con que las internaciones hospitalarias municipales para víctimas de accidentes/violencias cuentan con infraestructura, equipamientos/materiales/insumos que atiendan a sus necesidades; (8) existencia en la red hospitalaria del municipio de centros/servicios de referencia especializados para personas en situación de

violencia y/o que hayan sufrido accidentes; (9) existencia de servicio(s) hospitalario(s) municipal(es) de urgencia y emergencia para la atención de casos de accidentes y violencias; (10) la existencia en la red municipal de atención hospitalaria de ambulatorios/servicios de referencia especializados para la atención de personas en situación de violencia sexual y de unidades que atiendan la interrupción del embarazo prevista por ley, y; (11) los recursos humanos disponibles en el municipio para la atención/hospitalización de casos de accidentes y violencia. Para construir el indicador compuesto de esta directriz, se sumaron las puntuaciones de los 11 ítems, donde sí=2 y no=1, con una puntuación total=22. El desempeño de los municipios en esta directriz se categorizó de la siguiente manera: Bueno para puntuaciones ≥ 15 , Regular para puntuaciones ≥ 7 y < 15 y Malo para puntuaciones < 7 .

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela Nacional de Salud Pública de Fiocruz, bajo el CAAE 27932820.7.0000.5240. Todos los participantes firmaron un Formulario de Consentimiento Informado.

Resultados

La investigación contactó gestores de salud municipales de los 5.570 municipios del país, de los que respondieron 128 (2,3%), 14 del Norte, 46 del Nordeste, 41 del Sudeste, 14 del Sur y 13 del Centro-Oeste. Del total de respondientes, el 18,75% (n=24) pertenecían a municipios de hasta 99.999 habitantes y el 81,25% (n=104) a municipios de más de 100.000 habitantes. Entre estos últimos, se encuentran nueve capitales (Aracaju, Belém, Brasília, Goiânia, Manaus, Porto Alegre, Porto Velho, Rio de Janeiro y Teresina).

Atención prehospitalaria

De los 128 municipios que respondieron, 78,1% (n=100) informaron que entre los servicios de APH para casos de accidentes y violencias prevalece la gestión municipal, 18% tienen servicios gestionados por el estado, 9,4% tienen servicios gestionados por un consorcio intermunicipal, 6,2% por la red privada en convenio con el SUS, 5,5% son de gestión federal y 4,7% tienen servicios de la red privada. De las nueve capitales que respondieron, el 88,9% tiene servicios de gestión municipal, el 44,0% servicios estatales y el 11,1% servicios gestionados por un consorcio intermunicipal (datos no mostrados en la tabla).

Entre las acciones desarrolladas para la atención prehospitalaria fija y móvil en casos de accidentes y violencia, se observa que, en APH fija, las capitales invirtieron más que el conjunto de los municipios en la creación de nuevos servicios, reorganización de los existentes, ampliación de camas y consolidación del flujo asistencial, pero sin diferencia significativa en relación al conjunto de los municipios (Tabla 1). En APH móvil, las capitales consiguieron implementar todas las acciones encuestadas más que el conjunto de los municipios, pero con una diferencia significativa sólo para la reorganización de los servicios existentes (p=0,030) y la ampliación de los recursos humanos (p=0,010) (Tabla 1).

El 82,8% de todos los municipios y el 100% de las capitales participantes declararon transportar a los pacientes utilizando sus propios mecanismos; el 46,9% de todos los municipios y el 55,6% de las capitales coordinan con otros servicios ajenos a la gestión municipal para transportar a los pacientes (datos no mostrados en la tabla).

Las ambulancias de tipo A, utilizadas para el transporte de pacientes sin riesgo vital, traslados simples y electivos, son las más frecuentes (71,1% del total de municipios y 88,9% de las capitales). La ambulancia de tipo B, utilizada para el soporte vital básico, es decir, el transporte de pacientes con riesgo de vida desconocido, está presente en más de la mitad de los municipios participantes en el estudio (66,4% del total y 77,8% en las capitales). En cuanto al soporte vital avanzado, el 15,6% de los municipios y el 33,3% de las capitales disponen de una ambulancia de tipo C; en el caso de las ambulancias de tipo D, estos porcentajes son del 26,6% y el 66,7%, respectivamente. Un porcentaje muy pequeño del total de municipios y capitales declaró disponer de ambulancias de tipo E, que son aviones (2,3% del total y 11,1% de las capitales) y embarcaciones de tipo F (2,3% del total y 33,3% de las capitales) (datos no mostrados en la tabla).

El 49,2% de los municipios y el 88,9% de las capitales de los estados informaron de que disponían de soporte ininterrumpido para los laboratorios de radiología, así como para los laboratorios de patología clínica (38,3% de los municipios y 55,6% de las capitales). La articulación con la red hospitalaria a través de la Central de Regulación fue una acción mencionada en el APH del 81,2% de la totalidad de los municipios y del 100% de las capitales (datos no mostrados en la tabla).

Es importante señalar que la integración entre los servicios de APH y Atención Primaria

Tabla 1. Distribución porcentual de municipios y capitales con acciones para la atención a casos de accidentes y violencia en los servicios de Atención Prehospitalaria (APH), según la modalidad. Brasil, 2021.

Modalidad	Acciones	Conjunto Municipios	Capitales	Valor-p
		(n=128)	(n=9)	
		n (%)	n (%)	
APH Fijo	Creación de nuevos servicios	34 (26,6)	4 (44,4)	0,247
	Reorganización de los servicios existentes	67 (52,3)	6 (66,7)	0,405
	Ampliación de camas	38 (29,7)	3 (33,3)	0,817
	Ampliación de recursos humanos	55 (43,0)	3 (33,3)	0,572
	Ampliación de insumos	66 (51,6)	4 (44,4)	0,680
	Consolidación del flujo asistencial	72 (56,2)	6 (66,7)	0,542
	Integración entre los servicios municipales	76 (59,4)	5 (55,6)	0,822
	Integración entre los servicios intermunicipales	61 (47,7)	3 (33,3)	0,405
APH móvil	Creación de nuevos servicios	33 (25,8)	5 (55,6)	0,054
	Reorganización de los servicios existentes	52 (40,6)	7 (77,8)	0,030
	Ampliación de camas	8 (6,2)	2 (22,2)	0,075
	Ampliación de recursos humanos	34 (26,6)	6 (66,7)	0,010
	Ampliación de insumos	47 (36,7)	6 (66,7)	0,075
	Consolidación del flujo asistencial	50 (39,1)	6 (66,7)	0,103
	Integración entre los servicios municipales	56 (43,8)	6 (66,7)	0,182
	Integración entre los servicios intermunicipales	48 (37,5)	4 (44,4)	0,678

Fuente: Autores.

Tabla 2. Distribución porcentual del desempeño de la Atención Prehospitalaria en los municipios participantes en relación a los servicios de la red que asisten a los casos de accidentes y violencias. Brasil, 2021.

Servicios	Recibe y deriva		Valor-p	
	Conjunto de municipios	Capitales		
	(n=128*)	(n=9)		
		n (%)	n (%)	
Unidad Básica de Salud/Centro de Salud/Unidad de Salud Familiar	107 (87,7)	8 (88,9)	0,917	
Sala de urgencias/UPA	66 (54,5)	9 (100,0)	0,007	
Servicio de rescate	70 (58,8)	6 (66,7)	0,644	
Ambulatorio especializado para personas en situación de violencia	31 (25,8)	4 (44,4)	0,226	
Otros ambulatorios especializados (salud mental, ITS/SIDA, etc.)	80 (67,8)	9 (100,0)	0,042	
Hospital general	77 (64,2)	8 (88,9)	0,131	
Urgencia hospitalaria	94 (77,7)	9 (100,0)	0,111	
Hospital especializado	26 (21,5)	7 (77,8)	<0,001	
Rehabilitación	57 (48,3)	8 (88,9)	0,019	
Consejo Tutelar	101 (84,2)	8 (88,9)	0,706	
Tribunal de la Infancia y la Juventud	57 (50,0)	6 (66,7)	0,336	
Centros de Defensa de los Derechos	38 (33,0)	6 (66,7)	0,042	
Centros de enseñanza (desde preescolar hasta superior)	53 (46,5)	6 (66,7)	0,243	
Comisaría de policía ordinaria	86 (72,9)	6 (66,7)	0,687	
Comisaría de Protección de Niños y Adolescentes	21 (18,1)	7 (77,8)	<0,001	
Comisaría de atención a la mujer	24 (20,5)	7 (77,8)	<0,001	
Comisaría de la tercera edad	15 (13,0)	6 (66,7)	<0,001	
Programas de asistencia social	92 (79,3)	7 (77,8)	0,913	
Grupos de apoyo (comunitarios, de autoayuda)	39 (33,6)	5 (55,6)	0,184	
ONG	28 (23,9)	6 (66,7)	0,005	
Iglesia	51 (43,6)	6 (66,7)	0,180	

*El total varió según la respuesta a los ítems del cuestionario, oscilando entre 114 y 122. Los porcentajes se calcularon con relación a esta variación de n.

Fuente: Autores.

se realiza la mayoría de las veces o casi siempre en el 57,8% de los municipios y el 62,5% de las capitales que participaron (datos no mostrados en la tabla).

De acuerdo con los datos presentados en la Tabla 2, los servicios situados en las capitales reciben y derivan proporcionalmente más, de modo intra e intersectorial, los casos de accidentes y violencias. Se observan diferencias estadísticamente significativas, con las capitales derivando más casos que el conjunto de los municipios a urgencias/UPA ($p=0,07$), a ambulatorios especializados ($p=0,042$), a hospitales especializados ($p<0,001$), a los servicios de rehabilitación ($p=0,019$), a centros de defensa de derechos ($p=0,042$), a comisarías de protección de niños, adolescentes, mujeres y ancianos ($p<0,001$) y a ONG ($p=0,005$).

Atención hospitalaria

La mayoría de los municipios participantes informó que sus servicios de AH están constituidos por hospitales públicos municipales/distritales (63,2%), seguidos por hospitales privados sin fines lucrativos que prestan servicios al SUS (37,6%). Sólo el 20,2% informó tener hospitales privados con fines de lucro, en contraste con lo observado en las capitales (75,0%). Todas las capitales declararon tener hospitales públicos estatales y municipales en su red, y 87,5% declararon tener hospitales privados sin fines lucrativos afiliados al SUS (datos no mostrados en el cuadro).

Los servicios de referencia para la atención a víctimas de accidentes y violencia están más presentes en las capitales participantes en comparación con el conjunto de los municipios, con una diferencia estadísticamente significativa para los servicios de referencia para la atención a víctimas de accidentes ($p=0,009$), las camas de UCI para la atención a lesiones causadas por accidentes y violencias ($p<0,001$), los servicios para la interrupción legal del embarazo ($p=0,005$) y el Centro de Información y Asistencia Toxicológica ($p=0,016$) (Tabla 3).

Todas las capitales de los estados participantes y menos de la mitad de los municipios informaron efectivamente utilizar protocolos y rutinas para atender a las víctimas de accidentes y violencias ($p=0,008$) (Tabla 3).

Para la mayoría de los que respondieron, los profesionales que trabajan en la hospitalización, en los servicios ambulatorios de los hospitales y en la UCI no tienen formación ni realizan cursos de educación permanente para la aten-

ción a los casos de accidentes y violencias. En las capitales, el escenario es similar, aunque con porcentajes ligeramente superiores de los que buscan esta formación para cualificar la atención. Sin embargo, sólo la formación de los profesionales de la UCI para tratar accidentes fue estadísticamente diferente ($p=0,002$) (Tabla 3).

Otro aspecto evaluado fue la percepción de los gestores sobre la frecuencia con que las camas hospitalarias existentes satisfacen las necesidades de los casos de accidente y violencias. Para el total de municipios, aproximadamente el 40% de ellos considera que las camas de urgencias y emergencias, las camas hospitalarias en general, las camas de adultos y las camas pediátricas satisfacen las necesidades la mayoría de las veces o casi siempre (datos no mostrados en la tabla). Los municipios que declararon no disponer de camas UCI o UCI pediátricas alcanzaron el 79,1% del total, el 72,2% no disponía de camas UCI adultos y el 52,2% no disponía de camas psiquiátricas. Por otro lado, la mayoría de las capitales participantes (más del 70%) consideró que la mayoría de las veces o casi siempre las camas disponibles cubren las necesidades de los casos de accidentes y violencias (datos no mostrados en la tabla).

La integración entre servicios por parte de la gestión de los hospitales municipales se realiza la mayoría de las veces o casi siempre en el 60,7% de los municipios participantes y en el 83,3% de las capitales. La integración entre servicios intermunicipales, por su parte, se realiza la mayoría de las veces en alrededor de la mitad de las localidades participantes en la encuesta (datos no mostrados en la tabla).

En cuanto al soporte y seguimiento que prestan los servicios hospitalarios, el 48,6% de los municipios encuestados informaron de que en la mayoría de los casos o casi siempre este soporte y seguimiento se proporciona a las víctimas de accidentes y violencia, y el 41,1% a los familiares de las víctimas y a los equipos que les prestan asistencia (30,2%). Los autores de actos violentos son los que menos soporte y seguimiento reciben, tanto para el conjunto de municipios participantes (34%) como para las capitales de estado (50%) (Figura 1).

Síntesis de la evaluación

El resultado del cálculo del indicador compuesto de la directriz "Sistematización, ampliación y consolidación de la atención prehospitalaria" mostró que la mayoría de los municipios y capitales participantes informan de una buena

Tabla 3. Distribución porcentual de la existencia de centros/servicios de referencia, protocolos y rutinas, y formación de profesionales para la asistencia de los casos de accidentes y violencia en la Atención Hospitalaria en los municipios y capitales participantes. Brasil, 2021.

Aspectos evaluados	Conjunto de municipios (n=128*)	Capitales (n=9**)	Valor-p
	n (%)	n (%)	
Centros/servicios de referencia			
Para personas en situaciones violentas	26 (21,8)	4 (50,0)	0,070
Para personas que han sufrido accidentes	26 (21,8)	5 (62,5)	0,009
Camas de UCI para casos de accidentes y violencia	15 (12,8)	5 (62,5)	<0,001
Centros que realizan aborto legal	12 (10,9)	3 (50,0)	0,005
Centros de Información y Asistencia Toxicológica/CIATox	24 (21,2)	4 (66,7)	0,016
Servicios de urgencia y emergencia	99 (85,3)	6 (85,7)	0,978
Central de Regulación de camas	60 (54,1)	4 (66,7)	0,545
Protocolos y rutinas			
Para atención a los casos de accidentes y violencias	47 (44,3)	6 (100,0)	0,008
Formación de profesionales			
De la hospitalización/servicios ambulatorios hospitalarios para asistir a los casos de violencias	34 (26,6)	4 (44,4)	0,247
De la hospitalización/servicios ambulatorios hospitalarios para asistir a los casos de accidentes	41 (32,0)	5 (55,6)	0,149
De la UCI a la atención a la violencia	9 (7,0)	2 (22,2)	0,105
De la UCI a la atención de accidentes	13 (10,2)	4 (44,4)	0,002

*El total varió en función de la respuesta a los ítems del cuestionario, oscilando entre 106 y 128. Los porcentajes se calcularon con relación a esta variación de n. **El total varió en función de la respuesta a los puntos del cuestionario, oscilando entre 6 y 9. Los porcentajes se calcularon en función de esta variación en n.

Fuente: Autores.

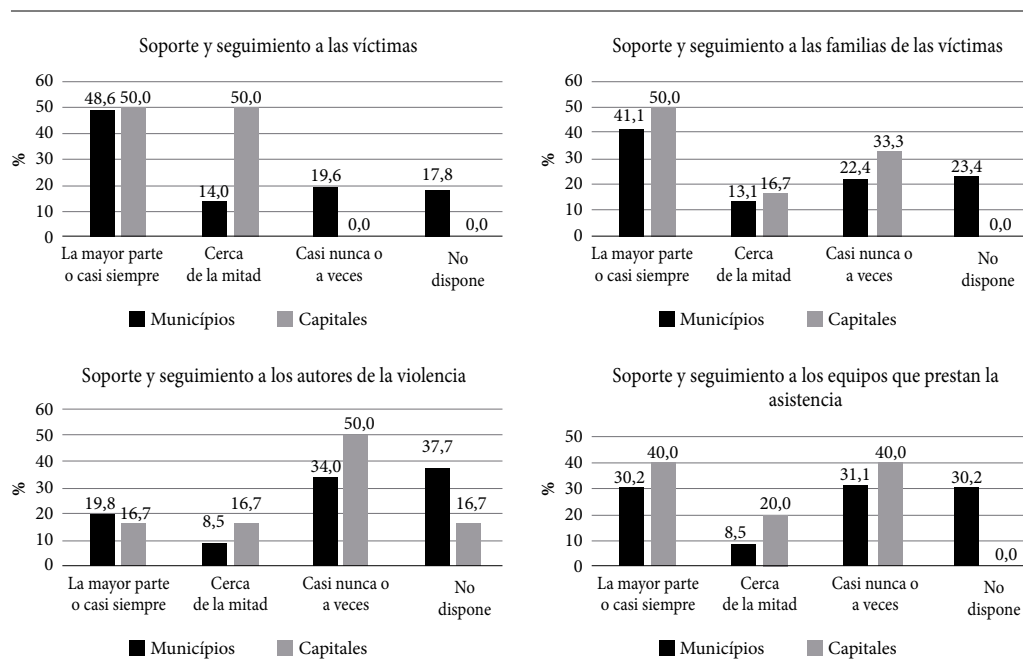


Figura 1. Distribución porcentual de la frecuencia con que el soporte y el seguimiento prestados cubren las necesidades de los casos de accidentes y violencias en la totalidad de los municipios y en las capitales participantes. Brasil, 2021.

Fuente: Autores.

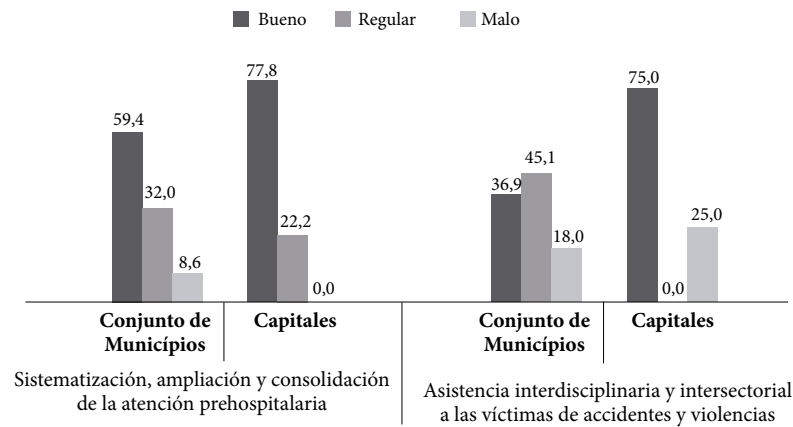


Figura 2. Indicador compuesto de las Directrices evaluadas, según el conjunto de municipios y capitales participantes en la evaluación.

Fuente: Autores.

implementación, destacando las capitales. Por su parte, la directriz “Atención interdisciplinaria e intersectorial a víctimas de accidentes y violencias” mostró una implementación regular en todos los municipios y buena en tres cuartas partes de las capitales (Figura 2).

Discusión

Los resultados muestran que la implementación de las dos directrices de la PNRMAV que abarcan la atención prehospitalaria y hospitalaria puede considerarse buena en tres cuartas partes de las capitales participantes. No obstante, para el conjunto de los municipios, el desempeño fue diferente, mejor en la implementación de la directriz sobre “Sistematización, ampliación y consolidación de la atención prehospitalaria”, en la que cerca del 60% de los participantes tuvo una evaluación buena, y peor en la directriz sobre “Atención interdisciplinaria e intersectorial a víctimas de accidentes y violencias”, en la que el 45% tuvo una evaluación regular. Estos resultados pueden reflejar la dificultad de los municipios para implantar y ampliar la estructura de los servicios y el enlace entre los distintos servicios que componen la red de atención a las víctimas.

En un estudio previo realizado en cinco capitales brasileñas sobre la implementación de las directrices de la PNRMAV¹⁶, la articulación interdisciplinaria e intersectorial ya fue señalada como un desafío a ser enfrentado por los servicios de salud en los niveles de APH y AH. Las

autoras concluyeron entonces que era necesario invertir en la articulación entre los servicios prehospitalarios, especialmente entre unidades móviles y fijas, y la atención primaria, que estaba invisibilizada en la atención a las víctimas.

En el presente estudio se observó que los servicios de atención y protección no siempre realizan acciones de atención coordinadas, con flujos de referencia y contrarreferencia establecidos e implementados, lo que quedó evidente en los datos de las acciones realizadas para la atención de casos y en los que muestran la coordinación para la recepción y derivación de las víctimas. Para la atención prehospitalaria y hospitalaria, este aspecto se vuelve aún más complejo debido a la gravedad de las lesiones que llegan y a las características de los municipios en cuanto a capacidad instalada para la atención.

Otro resultado importante se refiere al predominio de la gestión pública municipal en los servicios de APH y AH para casos de accidentes y violencia. Sobre este punto, es interesante observar lo que Viana e Iozzi¹⁸ discuten sobre la regionalización en el sistema de salud, señalando una fuerte concentración de servicios, recursos y tecnologías en los municipios polo y ubicados en el litoral del país, recalando el inmenso desafío para la integralidad en la atención en el SUS. Esta heterogeneidad en la distribución de los recursos resalta la importancia de invertir recursos públicos para ofrecer servicios oportunos y eficaces a los pacientes lesionados por accidentes y violencias.

En cuanto a la cobertura de APH, especialmente la móvil, predominaban las ambulancias

de tipo A y B, que ofrecen soporte vital básico. La insuficiencia de soporte avanzado es preocupante, dado que la mayoría de los municipios participantes en el estudio son grandes (más de 100.000 habitantes). En un estudio sobre la evolución de la cobertura de APH móvil, se constató que, independientemente de la complejidad del soporte ofrecido, el 32,7% de los municipios brasileños no estaban cubiertos por este servicio en 2019, siendo la región norte del país la que presentaba el mayor porcentaje de municipios sin cobertura¹⁹. En cuanto al soporte ofrecido por aeronaves y embarcaciones, es importante señalar que estos vehículos se distribuyen de acuerdo con la diversidad territorial y la demanda²⁰, y aunque se reconoce el alto costo de adquisición y mantenimiento de estos equipos, el pequeño porcentaje de municipios que informaron tener aeronaves en este estudio apunta a una brecha crítica en áreas de difícil acceso. Cabe subrayar que las capitales son centros que reciben demandas de las regiones metropolitanas, lo que apunta a la posible insuficiencia de transporte para las lesiones más graves.

Aunque se evaluaron con una implementación regular en la directriz sobre asistencia interdisciplinaria e intersectorial a las víctimas, la mayoría de los municipios informó que recibían y derivaban pacientes a servicios de la red de salud y también a otros sectores, como lo de la defensa de los derechos y la asistencia social. Esto parece ser un avance con relación a evaluaciones anteriores, en las cuales el porcentaje de servicios que recibían y derivaban pacientes a estas áreas era de alrededor del 50%^{21,22}, inferior al encontrado en estudio actual.

En los servicios hospitalarios preocupa la falta de camas especializadas, como las de UCI y psiquiatría. La falta de camas especializadas limita la capacidad de respuesta ante casos graves, lo que se ve agravado por la evaluación de que los recursos disponibles a menudo no cubren las necesidades. En este sentido, cabe llamar la atención sobre el hecho de que la cobertura de la red hospitalaria brasileña para la atención a la infinidad de condiciones de salud que requieren cuidados de alta complejidad se considera media para el 90,3% de la población y baja para el 9,70%, con un acceso diferente según la región²³. Con relación a las camas psiquiátricas, se recalca que la Política de Atención a la Salud Mental de Brasil tiene como principio la deshospitalización y preconiza la construcción y el fortalecimiento de una Red de Atención Psicosocial (RAPS)²⁴, lo que ha llevado a una reducción progresiva de las camas psiquiátricas. En los ca-

sos en que está indicada la atención continuada en ambiente hospitalario, se recomiendan estancias cortas en camas psiquiátricas de hospitales generales. Sin embargo, la implantación de estas camas tropieza con la estigmatización, la falta de una estructura adecuada y de capacitación de los gestores y del personal clínico asistencial²⁵.

Otro desafío se refiere a las diferencias regionales y entre los municipios de cada región. La pequeña proporción de camas de UCI en los municipios puede estar relacionada con el hecho de que no todos ellos disponen de unidades hospitalarias y que el parque hospitalario brasileño está formado, en su mayoría, por unidades de hasta 50 camas, poco eficientes en términos de organización y garantía de la integralidad de la atención sanitaria²⁶. Como analizan Santos y Rodrigues²⁷, la mayoría de los municipios brasileños se consideran pequeños (más de dos tercios tienen menos de 20.000 habitantes y casi el 90% tienen menos de 50.000 habitantes). Este contingente poblacional es insuficiente para justificar la existencia de un hospital general con capacidad para atender urgencias y realizar intervenciones quirúrgicas, o incluso de un ambulatorio de especialidades. Los municipios en esta situación sólo pueden ofrecer servicios de atención primaria y necesitan derivar a sus usuarios a centros más grandes (a menudo lejanos), lo que dificulta y encarece la atención a las víctimas²⁸. Esto apunta a la necesidad de organizar la atención de urgencia y emergencia según la lógica de las redes regionales, que concentran los recursos materiales y profesionales para la atención de emergencia en centros que pueden proporcionar asistencia cualificada a los pacientes de los municipios que les sean remitidos. Estas redes contarían con camas de cuidados intensivos en proporción adecuada a la dimensión regional, protocolos de triaje, referencia y contrarreferencia, construcción de complejos reguladores, servicios de apoyo diagnóstico (patología clínica e imagen) y profesionales cualificados^{29,30}.

Es importante destacar que la violencia, y los cuidados que de ella se derivan, ganan visibilidad en los servicios de urgencia, exigiendo que sean más ágiles y coordinados en la atención que ofrecen¹⁰. Herramientas de cogestión y gestión participativa, la creación de equipos de referencia, el apoyo matricial, dispositivos como la clínica ampliada y compartida y la educación permanente son herramientas de gestión asistencial incluidas en la Política Nacional de Atención Hospitalaria (PNHOSP). Estas herramientas permiten reorientar la práctica de la

atención hospitalaria mediante el fortalecimiento de procesos dirigidos a la humanización, la integralidad de la atención y del cuidado, con una visión más amplia del concepto de salud³¹.

En cuanto a los protocolos, los municipios parecen tener más dificultades para utilizarlos eficazmente para atender a las víctimas de accidentes y violencias. Teniendo en cuenta que se trata de una tecnología ligera, el bajo porcentaje de municipios que afirmaron que los implantan (44,3%) indica dificultades técnicas para organizar los servicios, lo que puede implicar una pérdida de optimización en el uso de un recurso escaso.

En la evaluación realizada anteriormente en cinco capitales, la mayoría de los servicios hospitalarios informó disponer de rutinas y protocolos para la atención a las víctimas de accidentes y violencias, pero aunque estos instrumentos estaban a disposición de los equipos, pocos profesionales los utilizaban realmente³². Esto indica que esta dificultad persiste incluso 15 años después de los resultados de la primera evaluación. Los protocolos ayudan a gestionar la saturación de los servicios de urgencias, a reducir el tiempo de estancia de los pacientes, el tiempo de toma de decisiones médicas y las pruebas diagnósticas. También ayudan a evitar retrasos en la analgesia y la terapia antibiótica, con el consiguiente aumento de la seguridad, la reducción de costes y la mortalidad³³⁻³⁵.

Al igual que en el caso de los protocolos, en esta evaluación volvió a detectarse escasa o nula asistencia a los autores de actos violentos (el 37,5% de los municipios no proporciona ninguna). En la anterior evaluación de la atención a las personas mayores, sólo el 13,7% de los servicios prehospitalarios realizaban un seguimiento de los autores de violencia²¹.

En cuanto a la capacitación del personal hospitalario para atender a las víctimas, hubo porcentajes más bajos de municipios que declararon haber ofrecido formación, y esto fue más frecuente en relación con la atención a accidentes. Esta parece haber sido una acción que quedó relegada con el paso del tiempo, ya que, en la evaluación anterior, un porcentaje del 82% de los servicios encuestados informó realizar alguna actividad en ese sentido²².

Como limitaciones de este estudio se mencionan: 1) la respuesta de apenas 2,3% de los municipios brasileños invitados a participar del estudio y 2) las dificultades inherentes a un estudio transversal, lo que imposibilita establecer una relación causal entre los eventos investigados. Con relación al número de muni-

cipios y capitales que participaron del estudio, la baja tasa de respuesta puede revelar un contexto de importantes desafíos para la atención de accidentes y violencia en el país y también reflejar el contexto sanitario del período. La recolección de datos ocurrió en un momento de rotura de vínculos y adaptación de los servicios para atender las demandas de una emergencia de salud pública, la pandemia de la COVID-19. En ese momento, hubo intensas dificultades para contactar con los municipios, que incluían contactos obsoletos, la falta de voluntad de los representantes para responder a la encuesta debido a temores y tensiones políticas, y la falta de tiempo de los encuestados, que era escaso debido a las exigencias de la atención de los casos de COVID-19. Todo ello contribuyó a un bajo índice de respuesta y dificultó la elaboración de un escenario más representativa del país, a pesar de que en el estudio participaron municipios de las cinco macrorregiones.

Consideraciones finales

Los resultados alcanzados dan indicios de los avances y retrocesos que deben abordarse para mejorar la atención a las víctimas de accidentes y violencia en el país. El mejor escenario de implementación de todos los ítems evaluados observado para las capitales, en comparación con el conjunto de los municipios, tanto para APH como para AH indica que es importante fortalecer los arreglos regionales que puedan proveer recursos materiales, profesionales y articular procesos para una mejor atención a las víctimas en regiones con un gran número de municipios más pequeños o que no consiguen cumplir los requisitos para la implantación de una estructura propia, especialmente en lo que se refiere a la atención prehospitalaria móvil e incluso a la atención a nivel hospitalario.

Además de los arreglos regionales, los puntos más críticos y con menor nivel de implementación observados se refieren a las referencias y contrarreferencias y a la coordinación intra e intersectorial para garantizar la capacidad resolutive y la integralidad de la atención a las personas afectadas por tan relevantes causas de morbilidad y mortalidad.

Se sugiere como medidas importantes que deben adoptarse, teniendo en cuenta los resultados observados, la optimización de la regionalización de los servicios, con flujos de referencia y contrarreferencia bien establecidos, la concertación de flujos con la red ampliada de protección

de grupos minoritários, el aumento del número de servicios que practican abortos legales en los municipios que tienen capacidad hospitalaria para ello, un mayor énfasis en la formación de

profesionales de UCI para la asistencia a las víctimas de violencias y accidentes, y el soporte y seguimiento de los equipos que prestan esta atención.

Colaboradores

AP Ribeiro, GL Oliveira y JQ Avanci contribuyeron a la concepción, diseño, análisis, interpretación de datos y aprobación de la versión final. AM Silveira contribuyó a la redacción del artículo y a la aprobación de la versión final. Todas las autoras realizaron la revisión crítica y aprobación de la versión a publicar.

Referencias

1. Pan American Health Organization (PAHO). *Leading causes of death and disease burden in the Americas: Noncommunicable diseases and external causes*. Washington, D.C.: PAHO; 2024.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). DATASUS. *Morbidade Hospitalar do SUS* [Internet]. [acessado 2024 set 2]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/morbidade-hospitalar-do-sus-sih-sus>.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). DATASUS. *Estatísticas Vitais* [Internet]. [acessado 2024 set 2]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/mortalidade-desde-1996-pela-cid-10>.
4. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). *Atlas da violência 2023*. Brasília: Ipea, FBSP; 2023.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001. Institui a Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências (PNRMAV). *Diário Oficial da União* 2001; 18 maio.
6. Minayo MCS, Souza ER, Assis SG. É preciso retomar com força a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV). *Cien Saude Colet* 2023; 2(6):1598.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2011; 8 jul.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS nº 2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. *Diário Oficial da União*; 2002.
9. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2011; 29 jun.
10. Deslandes SF. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?". *Cien Saude Colet* 1999; 4(1):81-94.

11. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
12. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pienault R. A avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos. In: Hartz Z, organizador. *Avaliação em Saúde: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997.
13. Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. *Avaliação de Programas: concepções e práticas*. São Paulo: Editora Gente; 2004.
14. Scriven M. Metaevaluation. In: Mathison S, organizer. *Encyclopedia of evaluation*. Thousand Oaks: Sage; 2005.
15. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):705-711.
16. Minayo MCS, Deslandes SF. *Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
17. Souza ER, Correia BSC. Construção de indicadores avaliativos de políticas de atenção à saúde da pessoa idosa vítima de acidentes e violência. *Cien Saude Colet* 2010; 15(6):2753-2762.
18. Viana ALA, Iozzi FL. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. *Cad Saude Publica* 2019; 35:e00022519.
19. Malvestio MAA, Sousa RMC. Desigualdade na atenção pré-hospitalar no Brasil: análise da eficiência e suficiência da cobertura do SAMU 192. *Cien Saude Colet* 2022; 27(7):2921-2934.
20. O'Dwyer G, Konder MT, Reciputti LP, Macedo C, Lopes MGM. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. *Cad Saude Publica* 2017; 33(7):e00043716.
21. Deslandes SF, Souza ER. Atendimento pré-hospitalar ao idoso vítima de violência em cinco capitais brasileiras. *Cien Saude Colet* 2010; 15(6):2775-2786.
22. Deslandes SF, Souza ER, Minayo MCS, Costa CRBSF, Krempel M, Cavalcanti ML, Lima MLC, Moysés SJ, Leal ML, Carmo CN. Diagnostic characterization of services providing care to victims of accidents and violence in five Brazilian state capitals. *Cien Saude Colet* 2006; 11(2):385-396.
23. Chaves AC, Andrade EIG, Santos AF. Configuração das Redes de Atenção à Saúde no SUS: análise a partir de componentes da atenção básica e hospitalar. *Cien Saude Colet* 2024; 29(6):e18392022.
24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. *Diário Oficial da União* 2011; 26 dez.
25. Echebarrena RC, Silva PRF. Leitões de saúde mental em hospitais gerais: o caso do Rio de Janeiro. *Saude Debate* 2020; 44(n. esp. 3):223-234.
26. Carpanez LR, Malik AM. O efeito da municipalização no sistema hospitalar brasileiro: os hospitais de pequeno porte. *Cien Saude Colet* 2021; 26(4):1289-1298.
27. Santos DL, Rodrigues PHA. Política, atenção primária e acesso a serviços de Média e Alta Complexidade em pequenos municípios. *Saude Debate* 2014; 38(103):744-755.
28. Rodrigues PHA, Santos IS. *Gestão Municipal*. Rio de Janeiro: FGV Management; 2011;
29. Torres SFS, Belisário SA, Melo EM. A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso. *Saude Soc* 2015; 24(1):361-373.
30. Souza FEA, Nune, EFPA, Carvalho BG, Mendonça FF, Lazarini FM. Atuação dos hospitais de pequeno porte de pequenos municípios nas redes de atenção à saúde. *Saude Soc* 2019; 28(3):143-156.
31. Moreira TNC. *A atuação da Atenção Hospitalar como ponto da Rede de Enfrentamento à Violência contra Criança* [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2022.
32. Minayo MCS, Deslandes SF. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. *Cien Saude Colet* 2009; 14(5):1641-1649.
33. Parenti N, Reggianil ML, Iannone P, Percudani D, Dowding D. A systematic review on the validity and reliability of an emergency department triage scale, the Manchester Triage System. *Int J Nurs Stud* 2014; 51(7):1062-1069.
34. Jesus APS, Okuno MFP, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Batista REA. Manchester Triage System: assessment in an emergency hospital service. *Rev Bras Enferm* 2021; 74(3):e20201361
35. Soster CB, Anschau F, Rodrigues NH, Silva LGA, Klafke A. Protocolos de triagem avançada no serviço de emergência: revisão sistemática e metanálise. *Rev LatinoAm Enferm* 2022; 30:e3511.

Artículo presentado en 15/09/2024

Aprobado en 03/10/2024

Versión final presentada en 05/10/2024

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