



# Prevención de lesiones y violencia



Prevención de lesiones y violencia

GUÍA PARA LOS MINISTERIOS DE SALUD



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud



**Organización Mundial  
de la Salud**

## AGRADECIMIENTOS

La Organización Mundial de la Salud agradece a los autores, revisores científicos externos, asesores y consultores, cuya dedicación y pericia hicieron posible este informe.

Las versiones preliminares del documento estuvieron a cargo de Alexander Butchart, Alison Phinney Harvey, Etienne Krug, David Meddings, Margie Peden y Laura Sminkey, con la contribución de Charles Mock y Saakje Mulder. El documento fue luego revisado y editado por Gabriella Rosen Kellerman y finalizado por Tony Kahane.

Las revisiones científicas externas estuvieron a cargo de Wahid Alkharusi, Jamela Alraiby, Mark Bellis, Cyntia Carvalho, Linda Dahlberg, Yussof Fadhlí, Wu Fan, Gopalakrishna Gururaj, Margaret Herbert, Jaffar Hussain, Olive Kobusingye, Deborah Malta, Pierre Maurice, Begona Merino, Ahmada Msa Mliva, Charles Mock, Ali Reza Moghisi, Claudia García Moreno, Hisashi Ogawa, Joanne Ozanne-Smith, Jonathan Passmore, Pierre Patry, Francesca Racioppi, Wim Rogmans, Marta Alves e Silva, Dinesh Sethi y Fimka Tozija.

Edición original en inglés (2007)  
Preventing injuries and violence: A guide for ministries of health  
ISBN 978 92 4 159525 4  
© World Health Organization

Biblioteca Sede OPS – Catalogación en la fuente  
Organización Panamericana de la Salud  
Prevención de lesiones y violencia. Guía para los ministerios de salud.  
Washington, D.C.: OPS © 2007.

ISBN 978 92 75 32864 4

I. Título II. Organización Panamericana de la Salud

1. Violencia
2. Heridas y lesiones
3. Prevención de colisiones
4. Programas nacionales de salud
5. Guías

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse al Área de Publicaciones, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra,

planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles. Favor dirija sus solicitudes a: [pubsrights@paho.org](mailto:pubsrights@paho.org)

© Organización Panamericana de la Salud, 2007

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

Traducido del inglés por el Área de Publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Usted puede obtener más información de las publicaciones de la OPS en: <http://publications.paho.org>

Imágenes de portada de izquierda a derecha ©M. Peden/WHO, ©P. Virot/WHO, ©M. Peden/WHO.



# Contenido

<b>Introducción</b>	<b>5</b>
Por qué se elaboró la guía	5
Cómo se elaboró la guía	5
A quién está dirigida la guía	5
<b>Sección 1 Antecedentes</b>	<b>6</b>
<b>Sección 2 Organización de los ministerios de salud</b>	<b>10</b>
2.1 Puntos focales	10
2.2 Asignación de las actividades en el ministerio de salud	11
2.3 Inclusión en las políticas y los planes nacionales de salud	11
2.4 Financiamiento	11
<b>Sección 3 Políticas y planificación</b>	<b>13</b>
3.1 Desarrollo de un plan de acción para el sector de la salud	13
3.2 Planes de acción multisectoriales	14
3.3 Promoción de legislación	14
<b>Sección 4 Recopilación de datos</b>	<b>15</b>
4.1 ¿Por qué recopilar datos?	15
4.2 Fuentes de datos	15
4.3 Función de los ministerios de salud en la recopilación de datos	16
4.4 Implementación de los sistemas de información sobre lesiones	16
4.5 Complementación de la información disponible con investigaciones	17
4.6 Compilación y diseminación de datos	17
<b>Sección 5 Servicios</b>	<b>19</b>
5.1 Atención prehospitalaria	19
5.2 Atención médica en establecimientos fijos	20
5.3 Servicios integrados y de rehabilitación para víctimas	20
<b>Sección 6 Prevención</b>	<b>22</b>
6.1 Papel del sector de la salud y de otros sectores	22
6.2 Método de los cuatro pasos propuesto por salud pública	22
6.3 Estrategias para la prevención	23
6.4 Indicadores y supervisión	27
6.5 Consultas entre diferentes sectores	27
<b>Sección 7 Desarrollo de capacidades</b>	<b>29</b>
7.1 Desarrollo de las capacidades de los recursos humanos	29
7.2 Mantenimiento de redes eficaces	29
<b>Sección 8 Promoción</b>	<b>31</b>
<b>Sección 9 Conclusiones</b>	<b>33</b>

# Prólogo

Las lesiones y la violencia son una amenaza para la salud en todo el mundo y representan 9% de la mortalidad mundial: más de cinco millones de muertes cada año. Ocho de las 15 principales causas de muerte de las personas de 15 a 29 años están relacionadas con violencia o lesiones. Estas son las lesiones causadas por el tránsito, los suicidios, los homicidios, los ahogamientos, las quemaduras, los traumatismos causados por la guerra, los envenenamientos y las caídas.

El espectro de las lesiones no mortales varía de un país a otro. No obstante, se calcula que por cada muerte se producen docenas de hospitalizaciones, cientos de visitas a los servicios de emergencias y miles de consultas médicas. Un alto porcentaje de las personas que sobreviven a estas lesiones sufre discapacidades transitorias, o permanentes.

En vista de los estragos que causa a la salud pública, en algunos países está aumentando la conciencia sobre las lesiones y la violencia, así como el conocimiento de las políticas y los programas de prevención. En estos países se están logrando importantes avances: los organismos gubernamentales y no gubernamentales están fortaleciendo los sistemas de recopilación de datos, mejorando los servicios para las víctimas y los supervivientes, e implementando medidas de prevención.

Sin embargo, la idea de que la violencia y las lesiones se pueden prevenir sistemáticamente es bastante nueva para gran parte del mundo. Aunque las principales causas de morbilidad son tan antiguas como la especie humana, hace poco tiempo que el sector de salud pública ha comenzado a considerar que la violencia y las lesiones son prevenibles.

A medida que el método propuesto por salud pública para la prevención de la violencia y las lesiones gana aceptación en el mundo, las personas que trabajan en ese campo buscan orientación para su trabajo. A pesar de que hay una amplia variedad de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que participan en la prevención

de la violencia y las lesiones, este documento se centra en el principal organismo gubernamental responsable de llevar adelante la respuesta de salud pública a la violencia y las lesiones: el ministerio de salud. Este documento fue elaborado para ayudar a los ministerios de salud a comprender su papel específico en la prevención de la violencia y las lesiones en los ámbitos nacional y local, y a establecer programas duraderos y eficaces.

La presente publicación servirá de guía a los ministerios de salud y sus puntos focales, dado que orienta sobre las etapas de organización, desarrollo y evaluación de las medidas de prevención de la violencia y las lesiones, y destaca la importancia de colaborar con otros sectores. En la misma se describen detalladamente las diversas tareas de organización, desarrollo de políticas, recopilación de datos, trabajos de promoción y desarrollo de capacidades. Tanto las unidades de prevención de la violencia y las lesiones ya establecidas como las que están aún por establecerse encontrarán en este documento inspiración para sus programas.

En todo el mundo, las morgues se llenan con víctimas de lesiones y violencia, y las camas de los hospitales y las salas de espera de los médicos están saturadas de supervivientes. La enorme cantidad de sufrimiento, tiempo y gasto que nuestras sociedades soportan como resultado de ello, podría evitarse. Aunque la prevención de la violencia y las lesiones no es algo fácil o sencillo de realizar, esta ancestral causa de sufrimiento humano puede prevenirse con colaboración sólida y esfuerzo sistemático.



Dr. Etienne Krug  
Director

Departamento de Prevención de Lesiones y Violencia de la OMS



# Introducción

## POR QUÉ SE ELABORÓ LA GUÍA

Las lesiones, ya sean causadas por el tránsito, ahogamiento, envenenamiento, caídas o quemaduras, y la violencia por agresión, autoinfligida o por actos de guerra, causan la muerte de más de cinco millones de personas al año en todo el mundo, y daños a otros millones más. En algunos países, la comunidad de salud pública sabe, desde hace tiempo, que las lesiones son un importante problema de salud pública. En otros, los inmensos costos médicos, sociales y económicos de la violencia y las lesiones apenas empiezan a reconocerse y, por consiguiente, a tomarse las medidas adecuadas para su prevención.

En los últimos años, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha aumentado significativamente sus actividades en el área de la prevención de la violencia y las lesiones y ha publicado dos importantes informes: el *Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito* y el *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. En las resoluciones específicas de la Asamblea Mundial de la Salud y de la Asamblea General de las Naciones Unidas se refrendan las recomendaciones del informe. Tanto en los informes como en las resoluciones se hace un llamado a los gobiernos para que tomen medidas nacionales enérgicas para prevenir las lesiones y la violencia, y para que coordinen estas medidas a través de los ministerios de salud. En respuesta a este llamado y, en algunos casos, en respuesta también a solicitudes formales de los directores regionales de la OMS y a resoluciones regionales, más de 100 gobiernos ya han asignado “puntos focales” en los ministerios de salud.

En 2006, la OMS convocó la primera reunión mundial de puntos focales de los ministerios de salud para la prevención de las lesiones y la violencia, en el marco de la VIII Conferencia Mundial sobre Prevención de los Traumatismos y Promoción de la Seguridad, en Durban, Sudáfrica. Los debates de esa reunión pusieron de manifiesto la necesidad imperiosa de contar con un documento que definiera claramente el papel de los ministerios de salud en la prevención y el control de las lesiones y la violencia. El documento ayudará a impulsar programas nacionales y locales para la prevención de las lesiones y la violencia.

## CÓMO SE ELABORÓ LA GUÍA

La guía fue preparada por personal de la OMS y expertos externos, entre abril y octubre de 2006. Su contenido deriva de resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y los Comités Regionales de la OMS, de pautas e informes mundiales de la OMS, de trabajos reseñados por revisores científicos externos, y de la experiencia de especialistas y de los puntos focales de los ministerios de salud. El documento fue objeto de un extenso examen por parte de los puntos focales y especialistas de todas las regiones de la OMS.

## A QUIÉN ESTÁ DIRIGIDA LA GUÍA

La presente guía está dirigida a los responsables de formular políticas y a personal de los ministerios de salud, desde los puntos focales para la prevención de la violencia y las lesiones, hasta el personal de las áreas relacionadas, entre ellas epidemiología, salud de los niños y los adolescentes, salud de la mujer, salud de las personas de edad avanzada, promoción de la salud, salud mental, servicios de salud, salud internacional, tecnología informática, gestión de catástrofes y salud ocupacional. Asimismo, debería ser útil a aquellos que asignan recursos a los ministerios de salud y a las demás personas que trabajan en la prevención de la violencia y las lesiones, y que desean apoyar las medidas de los ministerios de salud.

**En algunas partes del mundo, la comunidad de salud pública sabe, desde hace tiempo, que las lesiones son un importante problema de salud pública. En otros países, los inmensos costos médicos, sociales y económicos de la violencia y las lesiones apenas empiezan a reconocerse y, por consiguiente, a tomarse las medidas necesarias para prevenir las lesiones y afrontar sus consecuencias.**

## Sección 1

# Antecedentes

Las lesiones y la violencia representan una importante amenaza para la salud: son la causa de más de cinco millones de muertes cada año y representan 9% de la mortalidad en el mundo. Ocho de las 15 principales causas de muerte de las personas de 15 a 29 años de edad están relacionadas con violencia o lesiones. Estas son las lesiones causadas por el tránsito, las lesiones autoinfligidas, la violencia interpersonal, los ahogamientos, los incendios, las lesiones de guerra, los envenenamientos y las caídas (véase la tabla 1).

Se calcula que por cada muerte se producen docenas de hospitalizaciones, cientos de visitas a los servicios de emergencias y miles de consultas médicas. Muchos de los supervivientes de lesiones o violencia sufren discapacidades transitorias o permanentes, u otras consecuencias, como depresión y cambios de conducta relacionados con el tabaquismo, los trastornos alimenticios y el consumo de drogas y alcohol. Dadas las tendencias actuales, se espera que la carga de lesiones y violencia en el mundo aumente durante las décadas siguientes.

TABLA 1: PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE, AMBOS SEXOS, 2002

Orden	0-4 años	5-14 años	15-29 años	30-44 años
1	Afecciones perinatales 2.461.976	Infecciones de las vías respiratorias inferiores 278.291	VIH/SIDA 604.943	VIH/SIDA 1.326.345
2	Infecciones de las vías respiratorias inferiores 1.804.282	Lesiones causadas por el tránsito 132.695	Lesiones causadas por el tránsito 304.994	Tuberculosis 379.755
3	Enfermedades diarreicas 1.681.060	VIH/SIDA 126.424	Afecciones maternas 258.128	Lesiones causadas por el tránsito 287.730
4	Enfermedades de la infancia 1.033.321	Ahogamientos 86.953	Lesiones autoinfligidas 251.446	Afecciones maternas 233.640
5	Malaria 821.718	Enfermedades de la infancia 72.078	Tuberculosis 241.246	Cardiopatías isquémicas 232.746
6	Anomalías congénitas 425.431	Incendios 34.180	Violencia interpersonal 216.648	Lesiones autoinfligidas 230.997
7	VIH/SIDA 340.219	Tuberculosis 33.182	Infecciones de las vías respiratorias inferiores 143.320	Violencia interpersonal 166.661
8	Desnutrición proteico-calórica 147.865	Desnutrición proteico-energética 31.630	Ahogamientos 89.196	Enfermedades cerebrovasculares 124.858
9	Sífilis 67.068	Meningitis 31.165	Incendios 89.130	Infecciones de las vías respiratorias inferiores 117.663
10	Meningitis 64.495	Leucemia 21.146	Lesiones de guerra 69.707	Cirrosis 100.617
11	Ahogamientos 57.973	Anomalías congénitas 21.099	Cardiopatías isquémicas 54.125	Envenenamientos 81.678
12	Lesiones causadas por el tránsito 50.139	Caídas 20.580	Envenenamientos 51.494	Incendios 64.494
13	Tuberculosis 43.241	Envenenamientos 19.982	Caídas 37.874	Lesiones de guerra 59.359
14	Trastornos endocrinos 42.444	Violencia interpersonal 18.340	Leucemia 37.208	Envenenamientos 58.725
15	Incendios 39.669	Leishmaniasis 18.260	Cardiopatía reumática 36.985	Cáncer de hígado 55.519

Fuente: Injury: a leading cause of the global burden of disease. Geneva: World Health Organization; 2002. (En prensa).

La violencia, las lesiones, y sus consecuencias, están presentes en todos los países, pero no de igual manera. Los grupos de ingresos bajos y medios son los más afectados, por la falta de seguridad en las condiciones de vida, el trabajo y el desplazamiento, que hacen que el riesgo de lesiones y violencia sea mayor. Estos grupos suelen carecer de medidas de prevención o de acceso a tratamientos de alta calidad y servicios de rehabilitación. Además, a menudo las lesiones y la violencia afectan a jóvenes que son el sostén de sus hogares, por lo que la

muerte o la discapacidad de estos pueden tener un profundo impacto en sus familias.

Para el individuo, el tratamiento de las lesiones y la violencia implica atención médica inmediata, así como atención y rehabilitación psicológica, social y física a largo plazo. Para la comunidad, las lesiones y la violencia tienen repercusiones médicas, sociales y financieras más amplias, que requieren una respuesta coordinada. Para hacer frente a esta enorme carga sanitaria se necesitan vastos

45-59 años	≥ 60 años	Todas las edades
Cardiopatías isquémicas 1.052.259	Cardiopatías isquémicas 5.857.506	Cardiopatías isquémicas 7.207.725
Enfermedades cerebrovasculares 624.037	Enfermedades cerebrovasculares 4.703.481	Enfermedades cerebrovasculares 5.508.950
VIH/SIDA 481.459	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica 2.401.255	Infecciones de las vías respiratorias inferiores 3.943.386
Tuberculosis 384.212	Infecciones de las vías respiratorias inferiores 1.423.320	VIH/SIDA 2.919.373
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica 310.061	Cáncer de tráquea, bronquios, pulmones 931.173	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica 2.748.490
Cáncer de tráquea, bronquios, pulmones 263.206	Diabetes mellitus 754.582	Afecciones perinatales 2.462.124
Cirrosis 251.849	Cardiopatías hipertensivas 739.357	Enfermedades diarreicas 1.869.446
Lesiones causadas por el tránsito 222.249	Cáncer de estómago 606.072	Tuberculosis 1.566.003
Lesiones autoinfligidas 187.696	Tuberculosis 484.367	Cáncer de tráquea, bronquios, pulmones 1.243.199
Cáncer de estómago 185.403	Cáncer de colon y de recto 478.747	Lesiones causadas por el tránsito 1.191.796
Cáncer de hígado 179.770	Nefritis y nefrosis 440.669	Enfermedades de la infancia 1.120.831
Infecciones de las vías respiratorias inferiores 176.511	Alzheimer y otras demencias 384.147	Diabetes mellitus 987.816
Diabetes mellitus 176.443	Cirrosis 367.539	Malaria 911.574
Cáncer de mama 148.096	Cáncer de hígado 366.887	Cardiopatía hipertensiva 911.397
Cardiopatía hipertensiva 130.200	Cáncer de esófago 318.464	Lesiones autoinfligidas 873.361

recursos del sistema de salud. De igual manera, financiar los costos económicos —el ausentismo en el sector laboral y el académico, y los costos de los sistemas judicial y social— representa una exigencia importante para las economías nacionales.

Es posible realizar estudios sobre las lesiones y la violencia y documentarlos, así como también comprender sus causas y actuar sobre ellas. Está demostrado que ciertas medidas pueden prevenir las lesiones y la violencia. Entre estas medidas están:

- los cinturones de seguridad, cascos y límites obligatorios de alcoholemia para prevenir lesiones en el tránsito;
- los envases a prueba de niños para prevenir envenenamientos;
- las modificaciones de los elementos peligrosos en el hogar para prevenir caídas de las personas mayores;
- el cercado de las piscinas para reducir el riesgo de ahogamiento;
- el tratamiento de la depresión para prevenir el suicidio;
- los programas educativos en la escuela para prevenir la violencia por parte de la pareja;
- los programas de visitas domiciliarias para reducir el maltrato infantil.

La OMS emitió el *Informe mundial sobre la violencia y la salud* y el *Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito*, con el fin de atraer la atención de los líderes mundiales hacia dichos temas, y hacerles conocer sus recomendaciones para la acción. La Asamblea Mundial de la Salud aprobó los informes en sus resoluciones WHA 56.24 (Implementación de las recomendaciones del Informe mundial sobre la violencia y la salud) y WHA 57.10 (Seguridad vial y salud). Estos informes y resoluciones fueron emitidos después de resoluciones previas de la Asamblea Mundial de la Salud, en las que se hacía un llamado a los ministerios de salud para que tomaran las medidas apropiadas (véase el cuadro 1).

Por la complejidad de las causas, la prevención de la violencia y las lesiones requiere medidas por parte de una serie de sectores en el ámbito local, regional y nacional. Cada sector tiene un papel específico que desempeñar y una contribución que realizar.

Sin embargo, el sector de la salud —atención médica y salud pública— debe desempeñar el papel central, mediante la atención y el respaldo a las víctimas,<sup>1</sup> y la aplicación de modelos públicos de salud concretos para los problemas de violencia y lesiones (véase el cuadro 2). Muchos ministerios de salud aún no se han dado cuenta cabal de la importancia de su trabajo en estas áreas y, en consecuencia, sus esfuerzos por prevenir las lesiones no son suficientes. Todos los ministerios de salud, independientemente de la etapa de desarrollo de la infraestructura en que se encuentren, deben, en última instancia, abordar las siguientes áreas de trabajo para prevenir la violencia y las lesiones:

- formulación de políticas;
- recopilación de datos;
- servicios para las víctimas;
- prevención;
- desarrollo de capacidades;
- promoción.

En esta guía se describe con detalle cada una de estas áreas de trabajo.

#### CUADRO 1 RESOLUCIONES DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD ORIENTADAS A LA PREVENCIÓN DE LAS LESIONES

2004 – Seguridad vial y salud, WHA57.10

2003 – Implementación de las recomendaciones del *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, WHA56.24

1998 – Acción concertada del sector de la salud pública respecto de las minas antipersonal, WHA51.8

1997 – Prevención de la violencia, WHA50.19

1996 – Prevención de la violencia: prioridad de la salud pública, WHA49.25

1974 – Prevención de accidentes de tránsito en carreteras, WHA27.59

1966 – Prevención de accidentes de tránsito, WHA19.3

Los textos completos de estas resoluciones están disponibles en: [www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/resources/publications/en](http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en)

1 El uso del término “víctima” para describir a una persona que ha sufrido violencia o lesiones, y sus consecuencias (o cualquier resultado negativo para la salud), está sujeto a discusiones en curso. El debate se centra en si términos como “víctima” de por sí restan poder a las personas a quienes se refieren. El uso de la palabra “víctima” en este documento intenta reflejar el espectro completo de los efectos de la victimización, desde los efectos leves y a corto plazo, pasando por las discapacidades graves y crónicas, hasta la muerte. No se expresan ni deben suponerse implicaciones con respecto a temas como la resiliencia personal.



## CUADRO 2

### ¿POR QUÉ LOS MINISTERIOS DE SALUD DEBEN ASUMIR UN PAPEL FUNDAMENTAL EN LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA Y LAS LESIONES?

- **Obligación.** El mandato del sector de la salud incluye la prevención y la respuesta a todas las causas principales de morbilidad y mortalidad. La violencia y las lesiones representan 9% de la mortalidad general y 16% de la discapacidad general.
- **Interés económico.** El sector de la salud absorbe un porcentaje substancial de los costos directos generados por las lesiones y la violencia. En general, las lesiones y la violencia representan un alto porcentaje de los costos de atención médica, incluidas las visitas a los servicios de emergencias, las cirugías y la atención psicológica.
- **Singularidad del enfoque.** La salud pública ofrece un enfoque científico y preventivo único para el problema de la violencia y las lesiones, un enfoque ausente en la mayoría de los restantes sectores del área.
- **Singularidad de la posición.** Los ministerios de salud tienen una posición privilegiada para recabar datos, analizar factores de riesgo, proporcionar atención de emergencia y a largo plazo, coordinar medidas multisectoriales de prevención en una serie de sectores y realizar campañas a favor de cambios políticos y legislativos. En muchos países, si el ministerio de salud no dirige estas actividades en el campo de la prevención de la violencia y las lesiones, ningún otro organismo asumirá esa función.



## Sección 2

# Organización de los ministerios de salud

### 2.1 PUNTOS FOCALES

El primer paso para establecer una unidad de prevención de la violencia y las lesiones es la asignación de un punto focal en los ministerios de salud. La función del punto focal es coordinar las medidas de gestión y prevención dentro de los ministerios de salud, así como también entre estos y otras instituciones, tanto nacionales como internacionales, y asegurar que estas medidas queden establecidas. Sería ideal que los puntos focales contaran con la ayuda de una unidad integrada por otros miembros del personal, ya que las tareas que deben enfrentar requieren el apoyo de personas con competencias complementarias. Los puntos focales deben tener conocimientos sólidos sobre salud pública en general, y de las lesiones y la violencia en particular. Los puntos focales que necesiten capacitación especial adicional pueden recurrir a las instituciones de salud pública que ofrecen cursos sobre prevención de la violencia y las lesiones. La estrecha relación con sus colegas de los ministerios de salud, tanto de otros países de su región como fuera de esta, beneficiará a los puntos focales y a sus unidades.

#### COMPETENCIAS CENTRALES Y TÉRMINOS DE REFERENCIA PARA LOS PUNTOS FOCALES ENCARGADOS DE LA VIOLENCIA Y LAS LESIONES EN LOS MINISTERIOS DE SALUD

Las competencias centrales de los puntos focales en los ministerios de salud incluyen la capacidad de:

- producir resultados;
- adaptarse a entornos cambiantes;
- promover la integración y el trabajo en equipo;
- asegurar el uso eficaz de recursos;
- promover sociedades multisectoriales;
- conducir los programas de prevención de las lesiones, de manera de obtener resultados positivos;
- estimular la innovación;
- respetar las diferencias personales y culturales;
- ser un ejemplo que otros puedan imitar.

El papel que deben desempeñar los puntos focales en los ministerios de salud en los ámbitos nacional e internacional se describen a continuación.

##### En el ámbito nacional:

- identificar figuras clave en la prevención de las lesiones y la violencia, en el ámbito nacional y local, y facilitar su participación;
- promover la prevención de las lesiones y la violencia dentro del ministerio y con socios externos;
- asegurar que la prevención de las lesiones y la violencia sea una parte integral de los planes y las estrategias de salud pública nacionales y locales;
- supervisar la producción y difusión de documentos pertinentes, incluidos los informes nacionales;

- dirigir el desarrollo de un plan nacional de acción;
- coordinar los esfuerzos nacionales para recabar y difundir los datos y otra información pertinente;
- promover la implementación y la evaluación de programas probados de prevención;
- revisar la prestación de los servicios de salud y sugerir mejoras, a fin de ofrecer un apoyo óptimo a las víctimas.

##### En el ámbito internacional:

- promover la implementación de políticas y estrategias internacionales y regionales pertinentes, y ayudar en la supervisión de su evolución;
- actuar como puntos de contacto nacionales con los programas pertinentes de la OMS;
- coordinar la difusión de información internacional;
- coordinar la respuesta nacional a las encuestas internacionales;
- compartir las lecciones aprendidas en el diseño, la implementación, la supervisión y la evaluación de los programas y las actividades nacionales;
- fomentar la participación activa del país en la prevención de las lesiones y la violencia en el escenario mundial, por ejemplo, mediante la celebración de reuniones o el apoyo a resoluciones.



## 2.2 ASIGNACIÓN DE LAS ACTIVIDADES EN EL MINISTERIO DE SALUD

Las actividades relacionadas con las lesiones y la violencia pueden llevarse a cabo en diferentes lugares del ministerio de salud. Con frecuencia, las unidades son parte de un programa más amplio: el de enfermedades no contagiosas. En algunos ministerios son parte de la unidad de promoción de la salud, salud mental, o epidemiología. Sin embargo, independientemente de la unidad en la que estén, el ministerio debe, por sobre todas las cosas, reconocer la identidad y los requisitos específicos de los programas de prevención de las lesiones y la violencia.

Una vez que las actividades relacionadas con las lesiones y la violencia han sido asignadas a una unidad del ministerio, el programa de prevención de las lesiones y la violencia debe coordinar, con todas las demás unidades y departamentos pertinentes, los esfuerzos a realizar. Estas unidades y departamentos abarcan la promoción de la salud, la salud de niños y adolescentes, la salud de la mujer, la salud mental, la salud escolar, el envejecimiento, la salud ambiental, la vigilancia de enfermedades, la epidemiología, y los servicios clínicos.

Aún está en debate si es correcto combinar los esfuerzos relacionados con la prevención de las lesiones y la violencia en una misma unidad. El hacerlo presenta ventajas evidentes: si se combina la vigilancia de lesiones intencionales y no intencionales en un sistema único, la recopilación de datos provenientes del servicio de emergencia es más eficiente en función de los costos; el tratamiento de la violencia y las lesiones suele administrarse en los mismos centros, y los factores comunes de riesgo, como el consumo de alcohol, se afrontan con más eficacia.

Sin embargo, a veces se requieren respuestas específicas para las lesiones, o aún más específicas para la violencia. Como ejemplo, la prevención de lesiones causadas por el tránsito requiere la participación de sectores diferentes de los que participan en los problemas relacionados con el maltrato de menores. En muchos países, una misma persona es responsable de la prevención de la violencia y las lesiones, pero en otros, hay dos puntos focales. Los ministerios de salud deben decidir, según las condiciones de su país, si es necesario combinar las actividades de prevención de la violencia y las lesiones en una misma unidad. Aun cuando estuvieran separadas, debe haber fuertes vínculos entre las unidades responsables.

## 2.3 INCLUSIÓN EN LAS POLÍTICAS Y LOS PLANES NACIONALES DE SALUD

Puesto que constituyen importantes causas de morbilidad, la prevención de las lesiones y la violencia debe estar incluida en los planes nacionales de salud y desarrollo. Todos los documentos de políticas creados por los ministerios de salud deben incluir sistemáticamente estrategias y objetivos para la prevención de las lesiones y la violencia.

## 2.4 FINANCIAMIENTO

El presupuesto de la unidad de prevención de las lesiones y la violencia debe corresponder con el alcance y la prioridad de las actividades planificadas. Debe estar incluido en el presupuesto regular de los ministerios de salud, y para su asignación se debe tomar en cuenta la magnitud del problema y las posibilidades de prevención. En los países que reciben ayuda internacional para el desarrollo, las solicitudes de ayuda financiera pueden incluir ayuda para las actividades de prevención de las lesiones. En el pasado, algunos organismos de ayuda para el desarrollo de países como Australia, Bélgica, Canadá, Países Bajos, Suecia y Noruega, han apoyado una serie de actividades de esa índole. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer, la OMS, el Banco Mundial y otros bancos internacionales de desarrollo, así como el Instituto Sociedad Abierta y la Fundación para el Automóvil y la Sociedad, también apoyan las actividades de prevención de las lesiones y la violencia.

### CUADRO 3 ESTABLECIMIENTO DE UN PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA Y LAS LESIONES EN MALASIA

En agosto de 2003, el Viceministro de Salud de Malasia anunció la “Campana mundial para la prevención de la violencia: respuesta de Malasia”, en respuesta a la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la implementación de las recomendaciones del *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. El Ministerio de Salud expandió el Programa Nacional de Prevención de Lesiones para incluir la prevención de la violencia. El resultado fue la creación de una unidad para la prevención de la violencia y las lesiones en la División de Control de Enfermedades del Departamento de Salud Pública, que colabora estrechamente con otros sectores para reducir la incidencia de la violencia y las lesiones, y mejorar los servicios para las víctimas.

**CUADRO 4**  
ESTABLECIMIENTO DE UN PROGRAMA  
NACIONAL DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA  
Y LAS LESIONES EN LA EX REPÚBLICA  
YUGOSLAVA DE MACEDONIA

En junio de 2005, después de los debates sobre política que tuvieron lugar durante el lanzamiento nacional del *Informe mundial sobre la violencia y la salud* en 2003, la ex república yugoslava de Macedonia anunció la creación de una Comisión Nacional para la Prevención de la Violencia. La comisión estaría dirigida por el Ministerio de Salud y el Departamento para el Control y la Prevención de Lesiones y Violencia. La comisión, encargada de la prevención de la violencia y de la protección de la población contra sus efectos, cuenta con representantes de los ministerios de salud, de asuntos internos, de justicia, de educación y ciencia, y de trabajo y política social, y de la Televisión Nacional de Macedonia y de una serie de organizaciones no gubernamentales. Su trabajo se basa en una serie de proyectos nacionales y locales de prevención de la violencia.



## Sección 3

# Políticas y planificación

Los documentos de políticas, tales como estrategias y planes de acción nacionales, son importantes para asegurar la buena planificación, coordinación e implementación de las actividades. Con respecto a los planes, es necesario considerar lo siguiente:

- En cada plan nacional de salud pública debe incluirse una sección sobre prevención de las lesiones y la violencia.
- Todos los ministerios de salud deben desarrollar un plan nacional de acción sobre prevención de la violencia y las lesiones. Este documento definirá claramente las actividades que ha planificado el ministerio y sus resultados, y proporcionará más detalles que los que pueden incluirse en el plan general de salud pública.
- Siempre que sea posible, se recomienda elaborar un plan de acción adicional que oriente la colaboración entre sectores. La creación de dicho plan estará a cargo de representantes de los sectores participantes, por ejemplo, representantes de salud, transporte, justicia y educación, que deben establecer las actividades y los resultados correspondientes a cada uno, y así, facilitar la colaboración entre los diversos ministerios.

### 3.1 DESARROLLO DE UN PLAN DE ACCIÓN PARA EL SECTOR DE LA SALUD

Los ministerios de salud deben tomar la iniciativa en el desarrollo de un plan de acción para el sector de la salud. La experiencia ha demostrado que el proceso para desarrollar un documento de política nacional o local es tan importante como el documento mismo. El proceso debe involucrar a representantes del gobierno, organizaciones no gubernamentales, círculos académicos y todos los demás sectores pertinentes. Una buena manera de comenzar, es realizar una evaluación de las actividades en curso en materia de prevención, de las deficiencias de los esfuerzos realizados, de los datos disponibles y de las personas y grupos más importantes comprometidos con la prevención. Algunos países, entre ellos Bélgica, Costa Rica, Nepal, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, han elegido sintetizar estos resultados en un informe nacional. Un documento de tal índole puede sentar una base provechosa para definir políticas nacionales y, a la vez, servir para despertar conciencias.

La formulación de un plan nacional de acción requiere debates sobre definiciones, objetivos e indicadores. Debe abarcar todos los temas pertinentes, como recopilación de datos, servicio para las víctimas, prevención, desarrollo de capacidades y promoción. En algunos países, es necesario prestar especial atención en cuanto a garantizar que los esfuerzos aislados de prevención —como los relacionados con el maltrato de menores, la violencia contra la mujer, las lesiones causadas por el tránsito y los suicidios— se incorporen correctamente a las prioridades más generales concernientes a la prevención de las lesiones y la violencia. Todos los planes de acción deben tener en cuenta las diferentes necesidades de las mujeres, los hombres y los niños, en su condición de víctimas de violencia y lesiones. La publicación de la OMS *Developing policies to prevent injuries and violence: a guideline for policy-makers and planners* (Desarrollo de políticas para prevenir lesiones y violencia: pautas para los diseñadores y planificadores de políticas), proporciona información sobre la elaboración de políticas.

### 3.2 PLANES DE ACCIÓN MULTISECTORIALES

Los países también deberían elaborar un plan de acción para dirigir el trabajo de cooperación entre el sector de la salud y otros sectores —transporte, justicia, educación, trabajo, finanzas, orden público y bienestar social—, que tienen importantes papeles que desempeñar en la prevención de las lesiones y la violencia. Coordinar los esfuerzos de estos diferentes sectores no es una tarea sencilla, en especial en los países en los que los proyectos multisectoriales son escasos; sin embargo, es algo que los ministerios de salud pueden facilitar en gran medida, al apoyar el desarrollo de un plan de acción que formalice las funciones de los diversos organismos que trabajan en la prevención de la violencia y las lesiones.

La necesidad de cooperación multisectorial de esta índole es reconocida desde hace tiempo por otras áreas de salud pública. En la prevención de la malaria, por ejemplo, el ministerio de salud trabaja junto con el ministerio de obras públicas para drenar los pantanos. No hay manera de realizar esta tarea de forma excluyente, y los interrogantes sobre con quién colaborar y cómo hacerlo, dependerán de cada proyecto en particular. Los esfuerzos de colaboración, por ejemplo, pueden reforzarse mediante la diseminación de informes emitidos por la unidad de prevención de la violencia y las lesiones del ministerio de salud a los otros ministerios involucrados, y también mediante sesiones internas de capacitación dentro de otros ministerios, para ampliar los conocimientos y la concientización respecto de las áreas en las que se prestará la colaboración. Es tarea de los puntos focales y las unidades de prevención de la violencia y las lesiones hacer una lista de esas cuestiones de carácter normativo, que podrían beneficiarse de la manera más útil si recibieran más apoyo, y buscar sistemáticamente la colaboración de otros sectores en dichos asuntos.

### 3.3 PROMOCIÓN DE LEGISLACIÓN

Para prevenir eficazmente la violencia y las lesiones, hacen falta planes de acción y legislación al respecto.

Los ministerios de salud, por su pericia, los datos que poseen y el papel que desempeñan en el tratamiento de las víctimas, pueden apoyar la formulación de leyes y alentar su cumplimiento. Esta función se describe con mayor detalle en la Sección 8.

#### CUADRO 5

##### EL ÉXITO DEL MINISTERIO DE SALUD DEL BRASIL EN LA PROMOCIÓN DE MEJORES LEYES DE SEGURIDAD VIAL

Entre 1991 y 1997, el Ministerio de Salud del Brasil registró un drástico aumento de la mortalidad por colisiones de tránsito. En respuesta, en 1998 los legisladores introdujeron el nuevo código de tránsito brasileño para hacer más severas las sanciones impuestas a los infractores, y para transferir las tareas administrativas al gobierno local.

Entre 1998 y 2001, los índices de mortalidad como consecuencia de lesiones por colisiones de tránsito disminuyeron marcadamente. Los análisis posteriores calcularon que, durante ese período, el nuevo código había salvado unas 5.000 vidas en todo el país.

En el año 2001, se aprobó una “política nacional sobre la reducción de la morbilidad y la mortalidad a causa de las colisiones y la violencia”, que permitió que el Ministerio de Salud expandiera aún más las medidas de prevención de la violencia y las colisiones de tránsito sobre la base establecida por el nuevo código de tránsito nacional.

#### Recursos esenciales sobre política y planificación

*Developing national policies to prevent injuries and violence: a guideline for policy-makers and planners.* Geneva: WHO; 2005. <[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/policy/project/en/index.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/policy/project/en/index.html)>

Puede encontrar ejemplos de más de 200 planes de acción vigentes en: <[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/39919\\_oms\\_br\\_2.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/39919_oms_br_2.pdf)>



## Sección 4

# Recopilación de datos

### 4.1 ¿POR QUÉ RECOPIRAR DATOS?

Para desarrollar políticas y estrategias eficaces que permitan abordar el problema, es fundamental comprender el alcance de las lesiones y la violencia en el país. Una vez logrado este entendimiento, los responsables de formular políticas podrán tomar decisiones informadas acerca de las prioridades del país, a la luz de las demandas que compiten por los recursos. En muchos países, es fundamental evaluar la escala de las lesiones y la violencia para conseguir la voluntad política, el apoyo público y los fondos necesarios para lanzar los programas. Asimismo, se necesitan datos precisos para evaluar la progresión de los avances y la relación costo-efectividad de las estrategias de prevención de las lesiones y la violencia.

Dado que la recopilación de datos puede ser costosa, es importante que la información recabada se comparta activamente y se utilice para impulsar las medidas de prevención, en vez de mantenerla con carácter confidencial, o de reunirla con el único objeto de acumular estadísticas.

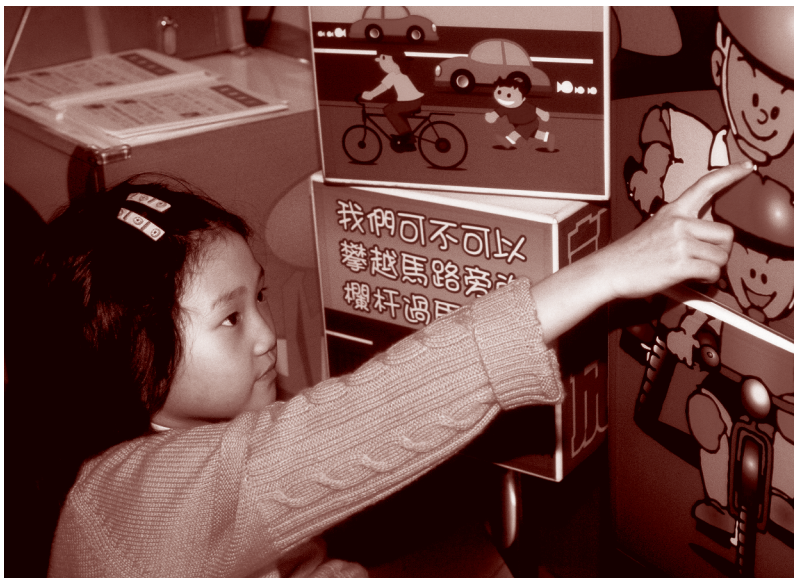
### 4.2 FUENTES DE DATOS

Hay una amplia gama de fuentes gubernamentales y no gubernamentales de donde se pueden obtener datos relacionados con las lesiones y la violencia (véase el cuadro 6). La mayoría de los países cuenta con ciertos datos, como por ejemplo un sistema de registro vital para la información relacionada con la mortalidad.

Es posible que estos datos no estén muy detallados y que con frecuencia subestimen el impacto de las lesiones y la violencia, pero aún así, constituyen un buen punto de partida, ya que destacan las principales causas de mortalidad en el ámbito nacional. A menudo es necesario realizar más investigaciones para determinar si los datos existentes describen con precisión la magnitud del problema.

Algunos países cuentan con información sobre los factores de riesgo para la violencia o las lesiones de ciertos individuos o grupos. Los departamentos de transporte, educación, bienestar, trabajo, justicia, y de policía, así como los organismos nacionales de estadísticas, son fuentes posibles de datos. Debido a que todo sistema de datos tiene sus deficiencias, es mejor recopilar y coordinar los datos de más de un sistema.

© P. Vitor/WHO



#### CUADRO 6

##### POSIBLES FUENTES DE DATOS SOBRE LESIONES FATALES Y GRAVES

Las principales fuentes posibles de datos sobre lesiones fatales y graves provienen de:

- informes de autopsias o de patología;
- partes policiales;
- registros de lesiones de los servicios de emergencia;
- registros de pacientes hospitalizados;
- registros de traumatismos;
- registros de ambulancias;
- encuestas domésticas o basadas en la comunidad;
- informes del departamento de transportes;
- registros de las compañías de seguros para automóviles;
- registros de seguridad ocupacional o de compensación industrial;
- centros de rehabilitación;
- planes nacionales de seguros.

#### 4.3 FUNCIÓN DE LOS MINISTERIOS DE SALUD EN LA RECOPIACIÓN DE DATOS

Los ministerios de salud desempeñan un papel fundamental en la recopilación de datos, por su singular acceso a las víctimas de lesiones y violencia. Sin los datos de los ministerios de salud, es probable que el cálculo de las estadísticas nacionales sobre lesiones y violencia estuviera muy por debajo de su valor real. Los ministerios de salud y sus organismos asociados deberán, idealmente, recabar la siguiente información de manera que permita la clasificación de datos por edad, sexo y causa de la lesión:

- muertes causadas por lesiones y violencia;
- lesiones no fatales;
- discapacidad resultante de toda forma de lesiones y violencia;
- además de las lesiones, consecuencias adversas para la salud derivadas de violencia y lesiones;
- distribución geográfica, entornos y circunstancias en que tuvieron lugar los incidentes;
- impacto económico de las lesiones y la violencia, incluidos los costos para el sistema de atención médica.

Los sistemas de registros vitales en los que constan todas las defunciones pueden ser un excelente punto de partida. Los ministerios y sus organismos asociados deberán promover el intercambio de datos entre los sectores y dar a conocer al público los resultados de sus hallazgos, con el fin de ayudar a impulsar las medidas de prevención.

Además de los datos sobre lesiones y violencia, los ministerios de salud también deberán recabar información sobre los servicios disponibles y la distribución de los mismos, y sobre el número de pacientes que atienden. En función de la información disponible sobre lesiones y violencia, los ministerios podrán utilizar estos datos para evaluar las necesidades y las carencias en términos de servicios. En algunos casos, los ministerios podrán recabar datos por sí mismos, y en otros, convocar a especialistas para que desarrollen esta actividad y den apoyo a sus investigaciones.

#### 4.4 IMPLEMENTACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN SOBRE LESIONES

Los países que carezcan de sistemas específicos de vigilancia pueden utilizar las fuentes de datos ya mencionadas para investigar el alcance y la naturaleza de las lesiones, y para vigilar sus tendencias en el transcurso del tiempo. Además,

con muy poco esfuerzo y quizá un pequeño costo adicional, algunas de estas fuentes de datos pueden sentar las bases para un sistema dinámico de vigilancia de lesiones. Las principales fuentes para este fin son los datos de los certificados de defunción, los registros de pacientes hospitalizados y los registros de los servicios de emergencias. Con el apoyo de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (EUA), la OMS ha elaborado el documento *Injury surveillance guidelines* (Guías para la vigilancia de lesiones), disponible en línea, que ofrece ayuda paso a paso sobre cómo desarrollar un sistema de vigilancia de ese tipo. La experiencia de muchos países ha mostrado que cuando se utilizan datos provenientes de hospitales, la manera mejor de proceder es realizar una prueba piloto del sistema en un hospital de relevancia, como primer paso, y después hacer cambios al formulario de recopilación de datos y expandir el sistema a otros hospitales. Muchos ministerios de salud de diferentes partes del mundo han aplicado estas pautas para establecer sistemas de información sobre lesiones. En Paraguay, por ejemplo, el sistema de información incluye centros de salud públicos y privados. Sudáfrica ha desarrollado un sistema de vigilancia de lesiones fatales (véase el cuadro 7), y Omán cuenta con un sistema de vigilancia de lesiones que incluye datos provenientes de los centros médicos, de compañías de seguros, y de la policía.

Las fuentes de datos actuales suelen subestimar la magnitud de las lesiones. La razón de esto es que muchas lesiones no se denuncian a la policía (en algunos países solamente entre 10% y 20% de las muertes de cualquier tipo se registran oficialmente), y otras muchas, incluso graves, no reciben atención médica formal. Por otra parte, los hospitales, tanto los servicios de internación como los de emergencias, no pueden tener información de las víctimas de maltrato infantil, violencia por parte de la pareja, violencia sexual, o sobre maltrato a personas de edad avanzada, si estas personas no buscan atención médica. Por lo tanto, se recomienda realizar **encuestas domésticas** cada cierto tiempo. La publicación de la OMS *Guidelines for conducting community surveys on injuries and violence* (Cómo realizar encuestas comunitarias sobre lesiones y violencias) puede ayudar a los ministerios de salud a realizar las encuestas domésticas. Como opción, se pueden incluir preguntas sobre lesiones en las encuestas nacionales sobre demografía y salud (véase el cuadro 8), a fin de complementar los datos obtenidos de los hospitales y de otras fuentes.



Las encuestas especializadas pueden ser adecuadas para lograr un entendimiento más profundo de ciertas formas de violencia: maltrato infantil, violencia por parte de la pareja, violencia sexual y maltrato de personas de edad avanzada. Muchos países, entre ellos Cambodia, Colombia, República Dominicana, Haití, Perú y Zambia, han incorporado un módulo sobre la violencia contra la mujer en sus encuestas nacionales de salud. Las publicaciones *Researching violence against women: a practical guide for researchers and activists* (La investigación sobre violencia contra las mujeres: una guía práctica para investigadores y activistas) y *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence* (Prevención del maltrato infantil: una guía para intervenir y generar evidencia), proporcionan orientación valiosa en este campo.

Para una mayor comprensión del problema, la recopilación de datos debe hacerse por edad y sexo, y también por subgrupos identificados como de mayor riesgo, como por ejemplo poblaciones aborígenes, personas de baja condición socioeconómica y personas con discapacidades. La lista de estos grupos puede variar de un país a otro. Para fines de promoción, los datos sobre los costos médicos y sociales de las lesiones son también de gran valor para los ministerios de salud. Muchos países de ingresos altos ya han realizado este tipo de análisis (véase el cuadro 9). Independientemente del método que se utilice para recopilar los datos, la *Clasificación internacional de las lesiones por causas externas* es una herramienta útil, tanto para desarrollar el cuestionario como para la posterior clasificación de los datos.

#### 4.5 COMPLEMENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE CON INVESTIGACIONES

La mayoría de los países no cuenta con información suficiente sobre los factores de riesgo, los factores determinantes de la conducta, los grados de concientización y percepción del riesgo, y la buena disposición para cambiar conductas. Los sistemas de vigilancia y encuestas no son suficientes para obtener la información que se requiere acerca de los factores de riesgo, ni pueden poner a prueba las buenas prácticas o intervenciones. En consecuencia, estos sistemas deben complementarse con investigaciones rigurosas. Si bien los ministerios de salud no suelen realizar dichos estudios, sí deben apoyar la investigación mediante la colaboración

con instituciones de investigación prestigiosas, ya sean universidades o facultades de salud pública que puedan realizar el trabajo.

#### 4.6 COMPILACIÓN Y DISEMINACIÓN DE DATOS

En algunos ministerios, la capacidad de recopilar datos está severamente limitada por la falta de recursos. No obstante, debe ser al menos posible recopilar y compilar información proveniente de otros ministerios y fuentes. A menudo existen los datos, pero no se analizan ni se utilizan. Esos datos, en especial los relacionados con las principales causas de mortalidad, visitas al servicio de emergencia y costos económicos, pueden ser compilados a bajo costo y transformados en material poderoso que demuestre la necesidad de tomar medidas preventivas.

#### CUADRO 7 SISTEMA DE VIGILANCIA DE LESIONES FATALES EN SUDÁFRICA

En Sudáfrica, el Ministerio de Salud solicitó al Consejo de Investigaciones Médicas que desarrollara el Sistema Nacional de Vigilancia de Mortalidad por Lesiones. Se reúne información sobre todas las defunciones por causas no naturales sujetas a autopsias en 35 centros forenses de siete provincias. Los datos provenientes de este sistema se vinculan con una base de datos nacional de toxicología. La información obtenida, analizada y presentada como un perfil anual de lesiones fatales en Sudáfrica, guía los esfuerzos de la política y la prevención.

Si desea obtener más información, puede consultar: [www.sahealthinfo.org/violence/nimss.htm](http://www.sahealthinfo.org/violence/nimss.htm)

#### CUADRO 8

##### EXTENSIÓN DE LOS MECANISMOS EXISTENTES DE RECOPIACIÓN DE DATOS EN MOZAMBIQUE

En 2003, el Ministerio de Salud de Mozambique pidió que se incluyera un módulo sobre lesiones en la Encuesta sobre Demografía y Salud. El Ministerio formuló trece preguntas sobre lesiones y violencia que fueron incluidas en la encuesta.

Fueron entrevistados un total de 12.315 domicilios en todo el país, tanto de zonas urbanas como rurales. Aproximadamente 3% de ellos notificaron que un miembro de la familia había tenido alguna lesión en los 30 días anteriores a la entrevista. La encuesta proporcionó información para determinar los índices de resultados fatales y no fatales, y de lesiones que se utilizaron para fines de promoción y de prevención. Estos datos también pueden compararse con los índices de las encuestas subsiguientes, con el objetivo de evaluar el impacto de las medidas vigentes.

#### CUADRO 9

##### EL MODELO HOLANDÉS DE CARGA DE LESIONES

El Ministerio de Salud de los Países Bajos dirigió el desarrollo del modelo de Carga de Lesiones, basado en el Sistema Holandés de Vigilancia de Lesiones, que registra las lesiones notificadas por los servicios de emergencias representativos. Este modelo mide el uso de la atención médica, el ausentismo y los costos médicos directos e indirectos, al igual que los cambios en la calidad de vida de todos los pacientes con lesiones tratados en el servicio de emergencia, desde el momento de la lesión hasta la recuperación o la muerte. La información se obtiene de registros de atención médica estándar y de encuestas ad-hoc de seguimiento de pacientes, y se organiza en grupos de pacientes. Estos grupos comparten características —edad, sexo y gravedad de la lesión—, con un valor predictivo para el uso de la atención médica, el ausentismo y la calidad de vida.

El Ministerio de Salud utiliza esta valiosa información para establecer las prioridades en materia de prevención de lesiones.

### Recursos esenciales en la recopilación de datos

Ellsberg M, Heise L. *Researching violence against women: a practical guide for researchers and advocates*. Geneva: WHO; 2005. <<http://www.who.int/gender/documents/en/>>

Holder Y et al., eds. *Injury surveillance guidelines*. Geneva: WHO; 2001. <[http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_NMH\\_VIP\\_01.02.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_VIP_01.02.pdf)>

*Conducting community-based injury and violence surveys*. Geneva: WHO; 2004. <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546484.pdf>>

WHO-ISPCAN. *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Geneva: WHO; 2006. <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf)>

ICECI Coordination and Maintenance Group. *International Classification of External Causes of Injuries (ICECI)*. Consumer Safety Institute, Amsterdam; and AIHW National Injury Surveillance Unit. Adelaide; 2004. <<http://www.iceci.org>>

## Sección 5

# Servicios

Los supervivientes de lesiones y violencia suelen necesitar considerable tratamiento y atención para evitar que mueran o queden discapacitados, y para favorecer su recuperación y rehabilitación.

En la mayoría de los países, los ministerios de salud son responsables de la planificación y la provisión de esos servicios. A fin de mejorar los resultados, se debe considerar el espectro total de la atención, desde la prehospitalaria y la que se brinda en establecimientos fijos (incluidos clínicas y hospitales, tanto con atención inicial de emergencia como con atención definitiva), hasta la rehabilitación, la reintegración a la sociedad y los servicios de recuperación. Esos servicios todavía no están universalmente disponibles, y los ministerios de salud deben concentrarse en mejorar el acceso a ellos.

### 5.1 ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

Mediante la atención prehospitalaria oportuna y eficiente de los traumatismos, es posible prevenir las consecuencias de las lesiones y la violencia graves, como la muerte, la discapacidad y la morbilidad a largo plazo. La atención prehospitalaria abarca los servicios prestados en el lugar en que se produjo la lesión y el traslado de las víctimas a un centro de atención médica. Incluye los servicios formales de ambulancias de emergencia —a los que solo la mitad de las personas del mundo tiene acceso—, y los servicios informales, en los que los transeúntes, parientes, conductores comerciales y otros son los que trasladan a las personas lesionadas o enfermas y, a veces, les proporcionan primeros auxilios.

Los ministerios de salud deben ayudar a los diversos sectores y a las comunidades locales a consolidar los sistemas de atención prehospitalaria, y asegurar que los mismos estén bien integrados con el resto de la infraestructura pública de salud y atención médica.

Todos los servicios médicos de emergencia, del sector público y privado, deben incluir lo siguiente:

- normas básicas sobre capacitación y certificación del personal;

- normas básicas sobre equipamiento y suministros;
- métodos para asegurar y promover estas normas básicas;
- número suficiente de estaciones de ambulancias y de unidades en servicio;
- administración adecuada, incluida la supervisión de las mejoras de calidad y la supervisión médica del personal no médico;
- coordinación de los distintos servicios de ambulancia que operan en una zona determinada;
- coordinación de servicios médicos de emergencia con otros sistemas de respuesta de emergencia, incluidos los servicios de bomberos y de policía;
- recolección de datos para fines de vigilancia de las lesiones.

En las zonas carentes de servicios médicos de emergencias formales, los ministerios de salud pueden expandir los sistemas informales existentes o comenzar un nuevo servicio formal, según sean las circunstancias. En muchos países, los programas piloto han mostrado el potencial de expandir los sistemas informales existentes. Por ejemplo, en Ghana se proporcionó capacitación en primeros auxilios a los conductores comerciales en zonas donde estos trasladan a las víctimas a hospitales, y en Cambodia se capacitó y se equipó a los trabajadores de la salud de los poblados y se los integró en redes de atención prehospitalaria. Los servicios médicos de emergencia formales suelen ser costosos, por lo que antes de crear nuevos sistemas debe analizarse detenidamente el costo y la sustentabilidad.

Es necesario que los servicios médicos de emergencia formales sean evaluados y supervisados con frecuencia. Además de las ambulancias, deben ser evaluadas y supervisadas todas las personas de la red (policías, bomberos e incluso el público general), capaces de ofrecer una respuesta inmediata. El documento *Guías para la atención prehospitalaria de los traumatismos* proporciona orientación en este campo a los ministerios de salud.

## 5.2 ATENCIÓN MÉDICA EN ESTABLECIMIENTOS FIJOS

Si se mejoran la organización y la planificación de la atención médica de traumatismos, podrán alcanzarse niveles mínimos razonables en la atención de las víctimas de lesiones o violencia, y reducir la cantidad de muertes generadas por causas que pueden prevenirse médicamente. Para mejorar la organización y la planificación, los ministerios de salud deberán concentrarse en lo siguiente:

- **Adoptar un conjunto básico de servicios para la atención esencial de traumatismos.** Es necesario definir un conjunto básico de los servicios para la atención esencial de traumatismos que deberán garantizarse a todas las víctimas tratadas en los establecimientos supervisados por el ministerio de salud. La OPS, en su publicación *Guías para la atención traumatológica básica* describe esos servicios esenciales y los recursos necesarios para que funcionen adecuadamente.
- **Proporcionar capacitación.** La capacitación en la atención esencial de traumatismos deberá incluirse como una competencia fundamental en el plan de estudio de las facultades de medicina, enfermería y otras disciplinas de la salud. Deberá impulsarse la educación continua en atención de traumatismos, y establecerla de manera obligatoria para todos los profesionales que normalmente proveen este tipo de atención.
- **Implementar programas destinados a mejorar la calidad.** Deberá implementarse este tipo de programas para garantizar que los recursos humanos y físicos mínimos indicados tengan la calidad suficiente y estén rápidamente a disposición de quienes los necesiten. Por el momento, son pocos los programas destinados a mejorar la calidad, y debería constituir un objetivo fundamental para los ministerios de salud.
- **Mejorar la coordinación entre los centros de atención médica.** Es imprescindible mejorar la coordinación entre los centros de atención médica, mediante la creación de protocolos para las transferencias entre los hospitales y la normalización de criterios para la derivación de las lesiones a niveles más elevados de atención.

## 5.3 SERVICIOS INTEGRADOS Y DE REHABILITACIÓN PARA VÍCTIMAS

Todas las víctimas de violencia, independientemente del tipo de lesiones, necesitarán una amplia variedad

de servicios integrados de rehabilitación, para minimizar sus discapacidades funcionales y acelerar su reintegración a la vida activa. Estos servicios abarcan áreas más allá de la atención médica, e incluyen terapia física y servicios de salud mental, legales y forenses. En muchos países, la atención médico-legal deficiente ha generado consecuencias perjudiciales —como nuevos traumatismos de la víctima—, y ha comprometido la evidencia forense. Los ministerios de salud deberán establecer normas mínimas para estos servicios y para la colaboración entre ellos.

Las personas con discapacidades físicas y mentales a menudo sufren discriminación, como resultado de la falta de acceso a los servicios. Los ministerios de salud deberán prestar especial atención en cuanto a garantizar la accesibilidad de estas personas a los servicios, y dirigir sus esfuerzos a combatir la estigmatización y la discriminación contra las personas con discapacidades.

Las necesidades específicas de las víctimas de determinadas formas de violencia —violencia sexual y de la pareja, maltrato de menores, autoagresión y abuso de personas de edad avanzada— también merecen especial atención en la respuesta del sector de la salud. Con frecuencia, las personas que han sufrido estas formas de violencia se resisten a hablar de ella y, al mismo tiempo, necesitan atención urgente de las consecuencias no físicas de la violencia a la que fueron sometidas. Deberán, entonces, desarrollarse procedimientos formales de derivación y protocolos que determinen la interacción con otros sectores y servicios, y tenerse en cuenta las necesidades especiales, tanto de hombres como de mujeres víctimas de la violencia. En ciertas situaciones, quizá sea mejor crear servicios médicos especializados para las víctimas de ciertas categorías de violencia. En otras circunstancias, la atención puede integrarse a los servicios y sistemas existentes.

Es necesario que los ministerios de salud tomen las siguientes medidas para fortalecer e integrar los servicios de rehabilitación:

- **llevar a cabo una evaluación** para determinar el estado actual de los servicios de rehabilitación e identificar las deficiencias;
- **desarrollar planes para corregir las deficiencias;** estos planes pueden incluir la capacitación, la creación de protocolos y la provisión del equipamiento necesario para la rehabilitación;

- **desarrollar procedimientos sistemáticos de derivación**, para mejorar la coordinación de los servicios de rehabilitación física, mental, legal y otros. Siempre que sea posible, los servicios deberán ofrecerse, de manera integral, en un único lugar. Los servicios para las mujeres que hayan sido víctimas de violencia pueden integrarse a los servicios de salud reproductora.
- **desarrollar normas nacionales para los servicios de rehabilitación** que se implementen en diversos niveles de atención, incluidas la atención médica y la atención médico-legal en los casos de violencia;
- **capacitar a profesionales de la salud para identificar a las víctimas de la violencia y ofrecerles atención integral**, incluidos profesionales de la salud del servicio de emergencia y de atención médica primaria y de salud reproductora, y establecimientos especializados, como centros de salud mental.

#### CUADRO 10

##### CENTROS DE CRISIS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN MALASIA

En 1993, personal del servicio de emergencia en Kuala Lumpur, Malasia, inauguró el primer One-Stop Crisis Centre (Centro para la Atención Integral de Crisis) del país, que ofrece una respuesta coordinada entre organismos a las víctimas de la violencia sexual.

Al año siguiente, el Women Crisis Centre (Centro de Crisis para Mujeres) inauguró un centro similar en otro lugar de Malasia. El Ministerio de Salud respaldó el desarrollo de ambos centros y en 1996 se formuló una directiva para establecer un centro de crisis para la atención integral en todos los hospitales estatales. Como resultado de esta directiva y de los esfuerzos de varias agencias, en 1994, los hospitales públicos de todo el país contaban con 94 centros en operación. Los centros proveen servicios médicos, psicológicos, sociales, forenses y legales, todos en un mismo lugar, seguro y privado. [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/services/traumacare/en/index.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/services/traumacare/en/index.html)

#### CUADRO 11

##### PAPEL DEL MINISTERIO DE SALUD DE VIETNAM EN LA MEJORA DE LA ATENCIÓN DE TRAUMATISMOS

La “política nacional sobre prevención de accidentes y lesiones, 2002-2010” de Vietnam asignó al Ministerio de Salud la función principal en el fortalecimiento de los servicios de atención de traumatismos. Con este propósito, el Ministerio tradujo al vietnamita las publicaciones de la OMS *Guidelines for essential trauma care* (Pautas para la atención esencial de traumatismos) y *Prehospital trauma care systems* (Sistemas prehospitalarios de atención de traumatismos). Las pautas traducidas fueron utilizadas para evaluar la capacidad de atención de traumatismos en el ámbito nacional y con base en esto, se establecieron prioridades claras para el programa. Una de las prioridades más importantes fue garantizar la provisión de equipamiento y suministros importantes, aunque de bajo costo, principalmente a través de una mejor organización y una mejor planificación. El Ministerio de Salud también ha venido impulsando el desarrollo de nuevos servicios prehospitalarios de atención, a través de su proyecto para mejorar la coordinación, a nivel de la comunidad, de las derivaciones al servicio de emergencia y traumatología. Este proyecto ha generado avances en la capacitación, la logística y las telecomunicaciones para sistemas piloto de atención médica de emergencia en varias provincias.

#### Recursos esenciales de los servicios para las víctimas

*Guías para la atención traumatológica básica*. Washington, DC: OPS: Organización Panamericana de la Salud; 2006. (Publicación Científica y Técnica No. 618)

*Guías para la atención prehospitalaria de los traumatismos*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2007. (Publicación Científica y Técnica No. 625)

El sitio web de la OMS sobre servicios para las víctimas contiene informes y documentos nacionales y otros recursos para mejorar la atención de traumatismos. [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/services/traumacare/en/index.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/services/traumacare/en/index.html)



## Sección 6

# Prevención

La prevención apunta a identificar las formas de evitar que las personas cometan actos violentos y de impedir que ocurran aquellos sucesos generadores de lesiones no intencionales; se logra mediante la eliminación o la reducción de las causas subyacentes y los factores de riesgo.

La prevención eficaz salva vidas, reduce discapacidades y otras consecuencias en la salud, y se está demostrando cada vez más su efectividad en relación con el costo.

Los objetivos de la prevención de la violencia y las lesiones son, por lo tanto, muy similares a los de otros programas de salud pública, como los de prevención del VIH/SIDA, la malaria y los trastornos relacionados con el tabaquismo.

### 6.1 PAPEL DEL SECTOR DE LA SALUD Y DE OTROS SECTORES

La prevención de la violencia y las lesiones, al igual que otras prioridades de salud pública, requieren, en general, la intervención de una serie de sectores que aborden los factores económicos, sociales, legales y ambientales subyacentes. El sector de la salud suele estar en posición de coordinar o, al menos, facilitar dichas intervenciones multisectoriales.

La prevención de los trastornos relacionados con el tabaquismo, por ejemplo, es responsabilidad de salud pública, pero llevar a cabo las intervenciones de prevención involucra a diferentes sectores, como agricultura, industria, comercio, hotelería, entretenimiento, publicidad y medios de comunicación. La prevención de la violencia y las lesiones involucra a aquellos sectores relacionados con la justicia criminal, la educación, el bienestar social, el transporte, la vivienda, el comercio y los medios de comunicación, así como a las asociaciones que representan a las víctimas, y a otros grupos de la sociedad. El papel del sector de la salud en relación con los demás sectores puede variar en función del problema específico al que esté dirigida la prevención. En el caso de envenenamientos, incendios, ahogamientos y caídas, el sector de la salud podrá tener un papel preponderante en la coordinación, la implementación y la supervisión de la respuesta. En el caso de las lesiones por violencia y por colisiones de tránsito, en cambio, el papel del sector de la salud podrá abarcar funciones de dirección (como en la prevención de suicidios) y de promoción y evaluación (como en el caso de las leyes sobre el contenido de alcohol en sangre), mientras que con frecuencia, las funciones de los ministerios de justicia criminal y de transporte se centran mayormente en la implementación.

### 6.2 MÉTODO DE LOS CUATRO PASOS PROPUESTO POR SALUD PÚBLICA

Independientemente de los sectores que participen en una estrategia de prevención, el método de los cuatro pasos propuesto por salud pública provee un modelo para diseñar, evaluar y supervisar las intervenciones (véase la figura 1).



FIGURA 1: EL MÉTODO DE LOS CUATRO PASOS



**Paso 1:** Reunir datos sobre la magnitud, las características, el grado y las consecuencias del problema en el ámbito local, nacional e internacional.

**Paso 2:** Identificar las causas del problema y los factores que aumentan o disminuyen la susceptibilidad individual ante este problema, y también analizar de qué manera podrían modificarse estos factores.

**Paso 3:** Diseñar, implementar, supervisar y evaluar intervenciones destinadas a prevenir el problema, a partir de la información reunida en los pasos 1 y 2.

**Paso 4:** Diseminar información sobre la eficacia de las intervenciones; implementar intervenciones eficaces en mayor escala y evaluar la relación costo-efectividad para extender la implementación de estas intervenciones.

Ya sea con el fin de prevenir la violencia o las lesiones, este método debe sustentarse en información confiable y de alta calidad. En consecuencia, los elementos necesarios para alcanzar el éxito en la prevención de la violencia y las lesiones son la investigación, la reunión rutinaria de datos y la supervisión y evaluación de los programas.



### 6.3 ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN

Las intervenciones seleccionadas para prevenir la violencia y las lesiones se detallan en la tabla 2, y se agrupan según los tipos de lesión y los problemas de violencia a los cuales van dirigidas. Se indican además, la eficacia de cada intervención, según la información que se tiene hasta el momento, y el papel que desempeña el sector de la salud en el diseño y la implementación de dicha intervención. Solo se incluyen los tipos más importantes de violencia y lesiones fatales y no fatales. Sin embargo, existen intervenciones evaluadas científicamente para muchos tipos de lesiones que no aparecen en la tabla, como las lesiones ocupacionales y las relacionadas con los deportes.

Si bien en la tabla se especifica el papel del sector de la salud para cada intervención, este papel podrá variar en función de las circunstancias locales particulares. En algunos países, por ejemplo, enseñar a las personas a nadar, con el objeto de evitar los ahogamientos, puede ser una tarea que corresponda más al sector de la educación que al de la salud. El material que se utilizó como fuente para elaborar esta tabla puede encontrarse en el *Informe mundial sobre la violencia y la salud* y en el *Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito*, y en otra literatura científica.

**TABLA 2: INTERVENCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA Y LAS LESIONES, SELECCIONADAS POR CAUSA, EFICACIA Y PAPEL DEL SECTOR DE LA SALUD**

	Intervención	Eficacia	Papel del sector de la salud
<b>LESIONES INTENCIONALES Y NO INTENCIONALES</b>			
	Reducción de la disponibilidad de alcohol durante los períodos de alto riesgo	Promisoria	Dirigir
	Reducción de las desigualdades económicas	Promisoria	Promover, colaborar, evaluar
	Fortalecimiento de los sistemas de seguridad social	Poco clara	Promover, colaborar, evaluar
	Programas de educación independientes destinados únicamente a cambiar la conducta de riesgo	Ineficaz	Disuadir
<b>LESIONES INTENCIONALES</b>			
Maltrato de menores	Mejorar la calidad y el acceso a la atención prenatal y postnatal	Promisoria	Dirigir
	Capacitación de los proveedores de atención médica para detectar el maltrato a menores	Poco clara	Dirigir
	Programas de visitas domiciliarias	Eficaz	Dirigir
	Programas de capacitación para los padres	Eficaz	Dirigir
	Prevención de embarazos no deseados	Promisoria	Dirigir
Violencia en los jóvenes	Programas de capacitación sobre técnicas para desenvolverse en la vida	Eficaz	Promover, colaborar, evaluar
	Enriquecimiento del preescolar para fortalecer los lazos con la escuela, aumentar los logros y elevar la autoestima	Eficaz	Promover, colaborar, evaluar
	Terapia familiar para niños y adolescentes en alto riesgo	Eficaz	Dirigir
	Programas para la creación de una sociedad entre el hogar y la escuela, con el fin de estimular la participación de los padres	Promisoria	Promover, colaborar, evaluar
	Incentivos educativos para estudiantes en riesgo de la escuela secundaria	Eficaz	Promover, colaborar, evaluar
	Mediación y orientación de los pares	Ineficaz	Disuadir
	Educación sobre los peligros del consumo de drogas	Ineficaz	Disuadir
Violencia sexual y de la pareja	Programas escolares para prevenir la violencia en las relaciones de noviazgo	Eficaz	Promover, colaborar, evaluar
	Capacitación de los proveedores de atención médica para detectar la violencia de la pareja y derivar casos	Poco clara	Dirigir
Abuso de personas de edad avanzada	Creación de redes sociales de personas de edad avanzada	Promisoria	Dirigir
	Capacitación de los adultos mayores para desarrollar tareas de acompañantes de personas en alto riesgo de victimización	Promisoria	Dirigir
	Desarrollo de políticas y programas orientados a mejorar el medio organizacional, social y físico de instituciones residenciales para adultos mayores	Promisoria	Dirigir
Violencia autoinfligida	Restricción del acceso a medios facilitadores de violencia autoinfligida, como pesticidas, medicamentos y alturas sin protección	Eficaz	Dirigir
	Prevención y tratamiento de la depresión, el alcoholismo y el abuso de sustancias	Eficaz	Dirigir
	Intervenciones escolares centradas en el manejo de la crisis, la elevación de la autoestima y la capacidad para enfrentar problemas	Promisoria	Promover, colaborar, evaluar
Todos los tipos de violencia	Reducción de la demanda y la disponibilidad de armas de fuego	Promisoria	Promover, colaborar, evaluar
	Campañas sostenidas en multimedia orientadas a modificar las normas culturales	Promisoria	Dirigir

	Intervención	Eficacia	Papel del sector de la salud
<b>LESIONES NO INTENCIONALES</b>			
Colisiones de tránsito	Aumento de la edad legal de motociclistas y conductores (de 16 a 18 años de edad)	Eficaz	Promover, colaborar, evaluar
	Introducción y aplicación de leyes sobre los límites de la concentración de alcohol en sangre	Eficaz	Promover, colaborar, evaluar
	Sistemas graduales de otorgamiento de licencias para conducir	Eficaz	Promover, colaborar, evaluar
	Medidas para calmar el tráfico	Eficaz	Promover, colaborar, evaluar
	Luces diurnas en motocicletas	Eficaz	Promover, colaborar, evaluar
	Introducción y aplicación de leyes sobre los cinturones de seguridad	Eficaz	Promover, colaborar, evaluar
	Restricciones sobre el niño pasajero	Eficaz	Promover, colaborar, evaluar
	Introducción y aplicación de leyes sobre el uso de casco en los motociclistas	Eficaz	Promover, colaborar, evaluar
	Medidas para la reducción de la velocidad	Eficaz	Promover, colaborar, evaluar
	Incendios	Electrificación de las viviendas	Promisoria
Prohibición de la fabricación y la venta de fuegos de artificio		Promisoria	Dirigir
Reducción del almacenamiento de sustancias inflamables en los domicilios particulares		Promisoria	Dirigir
Alarmas y detectores de humo		Promisoria	Promover, colaborar, evaluar
Mejoramiento de las normas de construcción		Promisoria	Promover, colaborar, evaluar
Modificación de productos (por ej.: estufas a kerosene, recipientes para cocinar y candeleros)		Promisoria	Promover, colaborar, evaluar
Envenenamiento	Recipientes a prueba de niños	Eficaz	Dirigir
	Centros de control de envenenamientos	Eficaz	Dirigir
	Perfeccionamiento de los métodos de almacenamiento, tanto en lo referente a la naturaleza de los recipientes como al lugar en que se colocan	Eficaz	Dirigir
	Utilización de etiquetas de advertencia	Promisoria	Dirigir
Ahogamiento	Utilización de dispositivos personales de flotación	Eficaz	Dirigir
	Introducción y aplicación de leyes sobre cercado de protección en las piscinas	Eficaz	Dirigir
	Enseñanza de la natación	Eficaz	Dirigir
	Cobertura de los cuerpos de agua, como los pozos	Eficaz	Dirigir
	Normas de seguridad para piscinas	Promisoria	Dirigir
	Señalización clara y simple	Promisoria	Dirigir
	Salvavidas entrenados y equipados en forma adecuada	Promisoria	Dirigir

continúa en la página siguiente

TABLA 2 continuación

	Intervención	Eficacia	Papel del sector de la salud
<b>LESIONES NO INTENCIONALES</b>			
Caídas	Dispositivos de seguridad en ventanas, como rejas en edificios de muchos pisos	Eficaz	Dirigir
	Puertas de seguridad en las escaleras	Eficaz	Dirigir
	Materiales de revestimiento a prueba de impactos en áreas de juegos	Eficaz	Dirigir
	Normas de seguridad para el equipamiento de las áreas de juegos	Promisoria	Dirigir
	Ejercicios para el fortalecimiento de los músculos y propiocepción de adultos mayores	Promisoria	Dirigir
	Verificación y, si es necesario, modificación de los riesgos potenciales en el hogar, allí donde haya personas en alto riesgo	Promisoria	Dirigir
	Programas educativos para alentar el uso de dispositivos de seguridad para prevenir caídas	Promisoria	Dirigir

#### PARA COMPRENDER MEJOR LA TABLA

##### Eficacia:

1. Eficaz: intervención evaluada con un diseño de investigación potente, que produjo evidencias de efecto preventivo.
2. Promisoria: intervención evaluada con un diseño de investigación potente, que produjo evidencias de efecto preventivo, aunque requiere otras pruebas.
3. Poco clara: intervención que no ha sido bien evaluada o de la que aún queda mucho por evaluar.
4. Ineficaz: intervención evaluada con un diseño de investigación potente, que ha mostrado de manera uniforme que no tiene efectos preventivos o, aún, que recrudecen el problema. Cabe destacar que el término “ineficaz” se utiliza solo en relación con el impacto que produce sobre la prevención de las lesiones.

##### Papel que desempeña el sector de la salud:

1. Dirigir: El sector de la salud es el principal responsable de llevar a cabo la intervención y supervisar su impacto sobre el problema.
2. Promover, colaborar, evaluar: La responsabilidad primaria respecto de la implementación recae sobre otro sector pero el sector de la salud tiene un papel importante en exigir la intervención, colaborar con otros sectores en su implementación y supervisar el impacto que esta produce.
3. Disuadir: Las continuas inversiones en intervenciones que ya han demostrado ser ineficaces o contraproducentes implican un desperdicio de recursos escasos y, allí donde la intervención de hecho recrudece el problema, constituyen un perjuicio para la salud pública. El papel que desempeña el ministerio de salud en relación con dichas intervenciones es, en consecuencia, disuadir sobre su desarrollo e implementación por parte de cualquier otro sector, y ofrecer otras alternativas cuando las haya. Si bien el sector de salud pública deberá disuadir respecto de la implementación de dichas intervenciones como medio para prevenir la violencia o las lesiones, bien puede ser posible que sí resulten eficaces para la prevención de otros problemas cívicos y de salud. Por lo tanto, el término “disuadir” no debe entenderse como una declaración sobre la eficacia absoluta de estos programas sino solo respecto de su eficacia en el contexto de la prevención de la violencia y las lesiones.

#### 6.4 INDICADORES Y SUPERVISIÓN

Las políticas y los planes nacionales deben incluir, desde el principio, esfuerzos para supervisar la eficacia de la prevención de la violencia y las lesiones; la eficacia debe medirse a corto, mediano y largo plazo. Antes de implementar una intervención, es muy importante establecer mediciones iniciales.

Al igual que ocurre con el VIH/SIDA, la malaria y los trastornos relacionados con el tabaquismo, la supervisión a nivel de la población normalmente se logra mediante indicadores que permitan rastrear los cambios producidos en la naturaleza y la magnitud del problema en cuestión, y en los factores de riesgo. En el caso del VIH, por ejemplo, pueden medirse las tasas de incidencia de infección y las tasas del uso del condón. Según las estadísticas vitales y los sistemas de información sobre salud de los que se disponga, en algunos lugares pueden supervisarse los indicadores utilizando información reunida sistemáticamente. En todos aquellos lugares en los que los sistemas de información estén menos desarrollados, y para los indicadores conductuales que no pueden medirse a través de esos sistemas, la supervisión se realiza mediante encuestas poblacionales periódicas, entre las que se incluyen métodos, como las encuestas de victimización por delitos o de conductas de riesgo de los jóvenes, y la prueba aleatoria de alcohol en peatones y conductores. Al desarrollar y supervisar indicadores a nivel de la población, se genera una retroalimentación constante sobre las tendencias en los problemas abordados y en los factores de riesgo y de protección. Esta retroalimentación permite medir el impacto de las políticas y los programas específicos para la prevención.

#### 6.5 CONSULTAS ENTRE DIFERENTES SECTORES

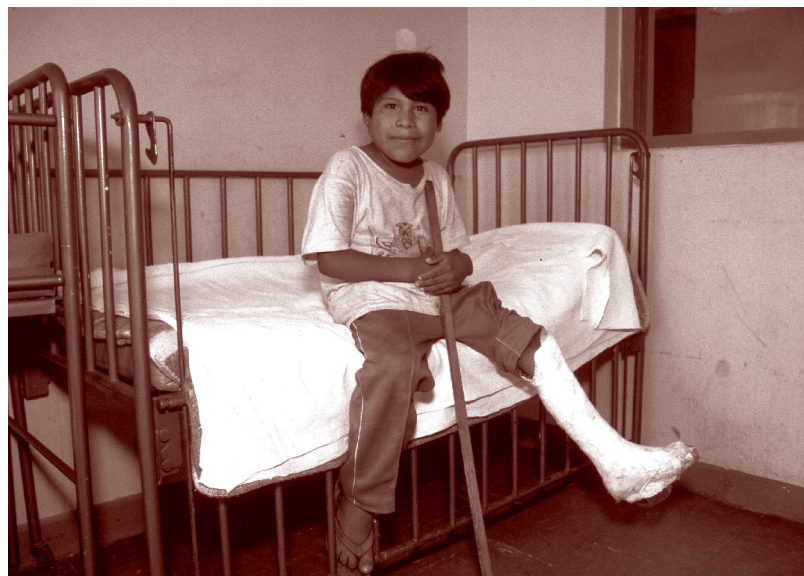
Las consultas entre grupos gubernamentales y no gubernamentales de diferentes sectores son fundamentales para garantizar que los esfuerzos, o las políticas, estén dirigidos a prevenir la violencia y las lesiones, y a su vez, ayuden a generar una mejor coordinación entre los sectores. No será fácil integrar a todos los organismos aparentemente pertinentes. Sin embargo, para no perjudicar los esfuerzos a realizar y evitar que el grupo rechace el programa propuesto, es necesario que la consulta se haga a algún grupo clave.

Es muy importante decidir a cuáles grupos se les harán las consultas, y esa decisión se verá afectada por el contexto en el cual se lleve a cabo la intervención. Es probable que al inicio de un programa de prevención, las personas provenientes de diferentes sectores tiendan a limitarse a las áreas que les competen. Desde su perspectiva, los psicólogos, por ejemplo, considerarán que su papel es orientar a las víctimas de la violencia; la policía quizá presione para obtener más recursos que le permitan aprehender y castigar a los delincuentes, y los profesionales médicos tal vez se preocupen por los temas relacionados con la atención de los traumatismos. Para lograr los propósitos dirigidos a la prevención de la violencia y las lesiones, será necesario utilizar estas perspectivas y técnicas inherentes a la competencia de cada uno, pero habrá que insertarlas en un concepto más amplio en el que se compartan prioridades y objetivos.

#### CUADRO 12 COLABORACIÓN INTERSECTORIAL EN SUDÁFRICA

En Sudáfrica, la Agrupación Social del Ministerio de Salud desarrolló una estrategia de colaboración entre los distintos sectores para prevenir las muertes generadas por causas no naturales, incluidos homicidios, suicidios y lesiones causadas por el tránsito. Esta estrategia incluyó el análisis de las medidas de prevención tomadas por los diferentes departamentos del gobierno, y la comparación de las mismas con las recomendaciones de la OMS para la prevención de homicidios, suicidios y colisiones de tránsito. Los departamentos gubernamentales que intervinieron en este proceso fueron los de salud, educación, servicios correccionales y desarrollo social y transporte, además del servicio de policía del país.





© P. Viroit/WHO

## Recursos esenciales de prevención y evaluación

### Prevención de lesiones y violencia

Krug EG et al., eds. *World report on violence and health*. Ginebra: OMS; 2002. <[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/index.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/index.html)>

*Prevención de la violencia: guía para aplicar las recomendaciones del Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra: OMS; 2004. <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592079.pdf>>

*Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Geneva: WHO; 2006. <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf)>

Peden MM et al., eds. *Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito*. Ginebra: OMS; 2004. <[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/road\\_traffic/world\\_report/en/index.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/en/index.html)>

*Addressing violence against women and achieving the Millennium Development Goals*. Geneva: WHO; 2004. <[http://www.who.int/gender/documents/women\\_MDGs\\_report/en/](http://www.who.int/gender/documents/women_MDGs_report/en/)>

*Helmets: a road safety manual for decision-makers and practitioners*. Geneva: WHO; 2006. <[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/road\\_traffic/helmet\\_manual.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/helmet_manual.pdf)>

*Road traffic injury prevention training manual*. Geneva: WHO; 2006 <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241546751\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241546751_eng.pdf)>

*Child and adolescent injury prevention: global call to action*. Geneva: WHO; 2005. <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593415\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593415_eng.pdf)>

### Evaluación

*Handbook for process evaluation in noncommunicable disease prevention*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1999. <<http://dosei.who.int/uhtbin/cgiirsi/60n0oia4Y2/116570044/9>>

Rootman I et al., eds. *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001. <[http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911\\_43](http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010911_43)>



## Sección 7

# Desarrollo de capacidades

La prevención de las lesiones y la violencia requiere personal capacitado y bien informado, así como estructuras de apoyo y redes eficientes. Los ministerios de salud desempeñan un papel trascendental en la tarea de reforzar cualquiera de estas áreas.

### 7.1 DESARROLLO DE LAS CAPACIDADES DE LOS RECURSOS HUMANOS

Para desarrollar las capacidades de los recursos humanos es esencial un adiestramiento adecuado. Esto se aplica a todos los individuos, desde los miembros del personal de salud, incluidos los puntos focales, hasta los encargados de formular políticas al más alto nivel. El objetivo es contar con profesionales provenientes de variadas extracciones, que trabajen en el área de la prevención de las lesiones y la violencia con una base común de conocimientos y capacitación. Hasta el momento, la capacitación para la prevención de la violencia y las lesiones no se ha tratado de forma sistemática. Los ministerios de salud pueden hacer frente a esta deficiencia haciendo hincapié en:

- **la capacitación para la prevención de las lesiones y la violencia.** Se debe dar capacitación regularmente, tanto en instituciones académicas (facultades de salud pública, enfermería y medicina) como durante las horas de servicio, al personal médico, los recolectores de datos y el personal pertinente de otros departamentos del gobierno. TEACH-VIP constituye una herramienta útil para estos fines: es un plan de estudios de capacitación, en módulos, sobre la prevención de las lesiones y la violencia. TEACH-VIP fue creado por la OMS, con el apoyo de una red de expertos de todo el mundo, y ha sido utilizado con éxito por agencias gubernamentales,

centros traumatológicos, organizaciones no gubernamentales y departamentos académicos;

- **el desarrollo de aptitudes técnicas y profesionales.** Las capacidades técnicas se relacionan con la investigación y la elaboración de sistemas de vigilancia, y las capacidades profesionales con la recaudación de fondos, las comunicaciones, el trabajo de promoción y el liderazgo. El ministerio de salud deberá identificar aquellos individuos clave, y respaldar su capacitación (incluidas las visitas de intercambio, la colaboración con otras instituciones y la utilización de mentores). La OMS está elaborando un programa mentor mundial para la prevención de las lesiones, en el que participarán personas de diferentes instituciones con el objeto de desarrollar sus capacidades.

### 7.2 MANTENIMIENTO DE REDES EFICACES

Las redes de colaboración —tanto entre un mismo país como entre distintos países— constituyen un elemento importante en la prevención de las lesiones y la violencia. Dentro de cada país, los esfuerzos de prevención se distribuyen entre una gama de sectores públicos y privados que, por ende, requieren una buena coordinación. Los ministerios de salud pueden colaborar, mediante el establecimiento de redes nacionales que unan los distintos sectores para alcanzar un intercambio de información, una planificación y medidas más eficientes. Entre distintos países, los intercambios técnicos pueden acelerar la asimilación de prácticas mejores en el área, y ayudar a formular agendas políticas. La OMS respalda activamente las redes regionales y mundiales de puntos focales de los ministerios de salud. Estas redes ofrecen un vínculo especial, puesto que conectan los puntos focales con todos los recursos técnicos y otras formas de ayuda que pueden ofrecer sus colegas en todos los demás países, y también la OMS.



© M. Peden/WHO

### CUADRO 13 DESARROLLO DE LA CAPACIDAD DE LOS RECURSOS HUMANOS EN CHINA

En noviembre de 2004, el Centro Nacional para el Control y la Prevención de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (NCNCD, por sus siglas en inglés), del Ministerio de Salud, llevó a cabo en China un taller nacional de capacitación para la prevención de las lesiones. Asistieron al taller 67 empleados de salud pública del área de prevención de las lesiones, procedentes de la mayoría de las provincias chinas. De ellos, solo la cuarta parte había recibido más de seis horas de entrenamiento en la materia. Se tradujeron al mandarín 24 lecciones del TEACH-VIP, se adaptaron al contexto local, y se complementaron en el taller con ejercicios y un debate.

El NCNCD desempeñó un papel central en la selección de los participantes, la organización de los capacitadores, la adaptación y traducción de los materiales para la capacitación, y la provisión de apoyo logístico y administrativo. Una evaluación realizada seis meses después mostró que más de 95% de los participantes estaban utilizando la información adquirida en el taller TEACH-VIP. Un año después, los participantes del taller estaban operando sistemas nacionales de vigilancia de lesiones en los hospitales de todas las provincias y, a partir de la inversión de capital del NCNCD y del Ministerio de Salud, se habían establecido 11 programas comunitarios de intervención para lesiones.

### CUADRO 14 CAPACITACIÓN Y REDES PARA PUNTOS FOCALES EN LA REGIÓN EUROPEA DE LA OMS

A solicitud de los puntos focales del ministerio de salud, la OMS organizó un taller de capacitación en Salzburgo, Austria, en junio de 2006, basado en el plan de estudios de TEACH-VIP, al que asistieron 39 puntos focales de 27 países europeos.

Los temas tratados incluyeron planificación y creación de políticas, desarrollo de capacidades, recopilación de datos, vigilancia, prevención de lesiones y violencia, y creación de sociedades. Según una evaluación realizada, los participantes del taller asignaron una elevada calificación al adiestramiento. Después de finalizado el taller, se celebró el segundo congreso anual de puntos focales sobre la prevención de la violencia y las lesiones en la Región Europea de la OMS. En esta reunión, los puntos focales acordaron establecer grupos de trabajo temáticos, para encarar problemas regionales en la prevención de la violencia y las lesiones.

### Recursos esenciales para el desarrollo de capacidades

TEACH-VIP user's manual. Geneva:  
WHO; 2005. <[http://whqlibdoc.who.int/  
publications/2005/9241593547\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593547_eng.pdf)>

## Sección 8

# Promoción

Promoción puede definirse como el acto de despertar la conciencia sobre un problema, con el objeto de influir en las políticas, los programas y los recursos que atañen a ese problema. Es un componente fundamental en los esfuerzos de prevención de las lesiones y la violencia. Dado que los ministerios de salud generan muchos de los datos disponibles sobre lesiones y violencia, y además supervisan el tratamiento de las víctimas, están en posición de reclamar más atención hacia estos problemas. Aquí entran en juego dos tipos de promoción.

### PROMOCIÓN DIRIGIDA AL PÚBLICO

Las campañas de promoción patrocinadas por el gobierno deben informar a las personas sobre los problemas principales relacionados con las lesiones y la violencia en el país, y sobre las formas en que estos problemas pueden prevenirse. También deben corregir la concepción equivocada que el público tiene respecto de las causas y la posibilidad de prevenir las lesiones y la violencia.

Esas campañas deberán coordinarse mediante la introducción de nuevas leyes y políticas, de manera que crezca la conciencia pública respecto de ellas. Las campañas informativas pueden acompañar los esfuerzos de prevención, destacando, por ejemplo, la inaceptabilidad de la violencia contra las mujeres y los niños, o bien la importancia de los detectores de humo. El lanzamiento de nuevas políticas, programas o publicaciones sobre lesiones y violencia, con frecuencia ofrece una excelente oportunidad para que los ministerios de salud pongan en práctica sus esfuerzos de promoción.

Las campañas también pueden construirse alrededor de sucesos destacados en el calendario mundial, como:

- La semana mundial de seguridad vial, de las Naciones Unidas
- El día internacional de eliminación de la violencia contra la mujer
- El día internacional de las personas con discapacidad
- El día mundial en recordación de las víctimas de accidentes de tránsito

Si a las campañas realizadas en torno a estos eventos se incorpora la presencia de figuras públicas prominentes y de los medios de comunicación, locales y nacionales, el efecto de las mismas aumentará notablemente. Y si se planifican y ejecutan bien, ayudarán a los ministerios de salud a construir coaliciones amplias para la acción. Sin embargo, es importante destacar que las campañas independientes de información o publicidad que no están vinculadas con otras intervenciones, en general, a plazo más largo no generarán reducciones significativas y sostenidas en la violencia y las lesiones.

## PROMOCIÓN DIRIGIDA A OTROS SECTORES

La aplicación de los principios de prevención de las lesiones y la violencia es un modo de abordaje con el que no están familiarizados muchos ministerios gubernamentales. Por consiguiente, los ministerios de salud deben promocionar y explicar a los demás sectores gubernamentales la necesidad de hacer frente al tema de las lesiones y la violencia, y las ventajas del método propuesto por salud pública. Esta tarea puede realizarse mediante seminarios, talleres y boletines oficiales, o bien invitando a los grupos involucrados a discutir el papel que desempeñan y sus responsabilidades en la prevención. Los ministerios de salud deberán transmitir a los responsables de tomar decisiones la información que reúnan sobre la naturaleza y el grado de las lesiones y la violencia en sus países, incluidos los datos epidemiológicos, los costos económicos directos e indirectos y las medidas de prevención, probadas y promisorias. En ocasiones, los ministerios de salud deberán también convocar a los ministerios gubernamentales y a las agencias y organizaciones no gubernamentales de las Naciones Unidas a colaborar en un determinado tema de salud. Movilizar a toda una variedad de organismos de esta forma a favor de una causa común es, en sí mismo, un ejercicio productivo.

Los ministerios de salud deberán utilizar al máximo todos los recursos disponibles tanto en

las campañas de promoción dirigidas al público como en las que están dirigidas a otros sectores. Esos recursos incluyen los datos locales, las resoluciones del Comité Regional de la OMS y de la Asamblea Mundial de la Salud sobre lesiones y violencia, y los informes mundiales de la OMS y sus recomendaciones.

Las organizaciones no gubernamentales constituyen otra fuente poderosa a la cual recurrir para llevar adelante la promoción. De hecho, en muchos países, los grupos de víctimas de la violencia o de lesiones causadas por el tránsito y sus familias se encuentran entre los grupos más fuertes en lo que a campañas de prevención se refiere. Estos grupos se han mantenido activos haciendo presión para obtener un mayor control sobre las armas de fuego, medidas más estrictas contra el abuso sexual y el abuso de menores, así como una mejor legislación para la seguridad vial. Los incidentes trágicos —como los suicidios, los disparos a mansalva en las escuelas o la muerte violenta de una persona famosa— generan una enorme preocupación en la comunidad. Si esta preocupación se canaliza con eficacia, puede producir un aumento rápido y substancial en el compromiso político respecto de la prevención primaria. Siempre que sea apropiado, los ministerios de salud deberán respaldar dichos esfuerzos no gubernamentales que se suman a la prevención de las lesiones y la violencia.

### CUADRO 15

#### LA FUNDACIÓN DE LA SUBSIDIARIA JAMAQUINA DE LA ALIANZA PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA

En 2004, el Ministro de Salud de Jamaica estableció la subsidiaria nacional de la Alianza Mundial para la Prevención de la Violencia, mediante la cual se reiteraba la importancia del enfoque de la salud pública y de la participación de una variedad de sectores en la prevención de la violencia. La Alianza tiene seis objetivos que guían su trabajo en todo el mundo:

- incrementar la colaboración y el intercambio de información sobre la prevención de la violencia;
- respaldar la implementación y la supervisión de planes de acción nacionales para prevenir la violencia;
- aumentar la capacidad para reunir datos sobre la violencia;
- promover la prevención primaria de la violencia;
- fortalecer los servicios de apoyo para las víctimas de la violencia;
- apoyar la integración de la prevención de la violencia a las políticas sociales y educativas.

Para llevar a cabo estos objetivos, la subsidiaria creó un comité directivo y un grupo de trabajo formado por representantes de una amplia gama de grupos de promoción.

Si desea más información sobre la Alianza de Prevención de la Violencia, consulte: <<http://www.who.int/violenceprevention/en/index.html>>.

## Sección 9

# Conclusiones

La violencia y las lesiones representan 9% de la mortalidad general y 16% de la discapacidad general, y constituyen, cada vez más, un problema importante de salud pública.

La tarea de prevención que desarrollan los ministerios de salud se ha expandido pero, con frecuencia, los ministerios se han mostrado poco claros respecto de cuáles son sus responsabilidades en la prevención de las lesiones y la violencia.

Esta guía describe tales responsabilidades. Intenta ser el punto de partida para aquellos ministerios que están en proceso de designar sus puntos focales, y un apoyo para que sigan desarrollándose los que ya cuentan con unidades de prevención de las lesiones y la violencia. Teóricamente, esas unidades deben abarcar la creación de políticas, la recopilación de datos, los servicios para las víctimas, la prevención, el desarrollo de capacidades y la promoción. En todas estas áreas, tanto la realización de evaluaciones como el diseño de planes de acción constituyen actividades iniciales importantes.

La prevención de la violencia y las lesiones no puede estar a cargo de un único departamento o institución que trabaje de manera aislada. Para que los esfuerzos de prevención logren su objetivo, es primordial una respuesta coordinada que involucre a una gran variedad de sectores. Según le corresponda, en función de la naturaleza del problema, el ministerio de salud actuará como líder, como facilitador o como participante en los esfuerzos de prevención.

Aunque en ocasiones esta tarea puede parecer abrumadora, muchos países en el mundo están demostrando que las metas propuestas en este documento pueden alcanzarse. De todos modos, hasta la unidad de prevención más organizada puede hacer aún más para prevenir la violencia y las lesiones.

La OMS espera que esta guía sea de utilidad a todos los ministerios de salud que están dedicando sus esfuerzos a la prevención.

El Cuadro 16 es solo una guía sencilla para los puntos focales recién asignados que están organizando una unidad para la violencia y las lesiones. Por supuesto, no existe una fórmula universal para desarrollar esta tarea. Cada país tiene afecciones y limitaciones diferentes. Los pasos enumerados en el cuadro son, por lo tanto, una guía general y será necesario adaptarlos a las condiciones específicas de cada país.



## CUADRO 16

### CÓMO COMENZAR: CREACIÓN DE UNA UNIDAD DE PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA Y LAS LESIONES

1. Recopilar y difundir datos locales y nacionales sobre violencia y lesiones, comenzando con los recursos esenciales para la reunión de datos enumerados en la Sección 4. Es posible que algunos de los datos estén al alcance del público, en la Internet o en bibliotecas. Otros deberán obtenerse en los departamentos de registros de hospitales, en agencias del gobierno, compañías de seguros, oficinas nacionales de estadísticas o en las morgues. Es posible que los representantes que trabajan en estas instituciones estén dispuestos a discutir propuestas para mejorar los datos sobre violencia y lesiones. Estos datos deberán utilizarse para establecer prioridades y para impulsar la promoción dentro del ministerio de salud y a otros departamentos del gobierno.

2. Identificar dentro del ministerio a quienes trabajen en áreas relacionadas con las lesiones y la violencia, como por ejemplo, salud de la mujer, salud infantil, servicios clínicos, promoción de la salud, abuso de sustancias, atención de emergencias y epidemiología. Reunirse con representantes de estos departamentos para discutir su trabajo en la prevención de la violencia y las lesiones, y buscar áreas para la colaboración futura.

3. Crear una lista de otras organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajen en el área de prevención de la violencia y las lesiones. Reunirse con representantes de estos grupos para discutir su trabajo y sus prioridades en la prevención de la violencia y las lesiones, y buscar áreas para la colaboración futura.

4. Realizar una evaluación basada en la información recabada. Construir una tabla con las principales causas de muerte, como la Tabla 1 de la Sección 1 de esta guía.

Considerar las respuestas a las preguntas básicas:

- ¿Cuáles son los problemas clave, a nivel local y nacional, que se relacionan con lesiones y violencia?
- ¿Qué se está haciendo para resolverlos?
- ¿Cuáles son los servicios que se encuentran a disposición de las personas afectadas por lesiones y violencia, y dónde están ubicados?

- ¿Cuáles son las prioridades factibles para las que se puedan tomar medidas en los próximos años?

5. Establecer contactos internacionales. Unirse a programas de intercambio entre países, como la red de puntos focales de los ministerios de salud y el programa de mentores de la OMS.

6. Organizar un congreso para todos los grupos e individuos comprometidos con la prevención de la violencia y las lesiones. Organizar la reunión en forma de consulta para que quienes participen se consideren socios en esta empresa. El objetivo del congreso deberá ser convenir un esquema de lo que necesita hacerse y asegurar la colaboración de los participantes. Quizá resulte útil involucrar a la oficina nacional o regional pertinente de la OMS.

7. Desarrollar un informe nacional sobre lesiones y violencia en el país, a partir de los resultados del congreso y de las evaluaciones. Este informe deberá:

- incluir los datos existentes sobre epidemiología, factores de riesgo y respuestas;
- enumerar las principales organizaciones participantes;
- identificar las brechas en los esfuerzos que se están realizando en ese momento;
- darse a conocer extensivamente;
- servir como herramienta importante para la promoción y la planificación.

8. Crear una red para formular un plan de acción nacional que tome el informe como base y cubra todas las áreas principales que se describen en esta guía. Si es posible, idear un plan adicional que describa el papel que desempeñan todos los demás sectores involucrados en la prevención de la violencia y las lesiones.

9. Comenzar a diseñar el programa. Elaborar métodos para evaluar el programa desde el comienzo. Buscar el respaldo político y financiero del departamento y de otros colaboradores, cuando sea necesario.

10. Reunir datos y medir el impacto de los programas en forma continua, y comunicar esta



---

**CUADRO 16**  
CONTINUACIÓN

información a los demás. Mantenerse informado sobre los esfuerzos orientados a prevenir la violencia y las lesiones a nivel nacional e internacional. Conservar un vínculo estrecho con todos aquellos que se interesen en la prevención de las lesiones y la violencia, quizá mediante un congreso anual.

11. Desarrollar capacidades, a medida que el programa crece, a través de la capacitación durante las horas de servicio y programas de mentores e intercambio.

12. Realizar evaluaciones anuales o bienales de las políticas y la planificación, de la recopilación de datos, del servicio ofrecido a las víctimas, de las actividades de prevención, del desarrollo de la capacidad y de la promoción. Reestructurar el programa en función de los resultados obtenidos de estas evaluaciones y de la modificación de las prioridades nacionales y locales en la prevención de lesiones y violencia.



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud



**Organización Mundial  
de la Salud**

ISBN 978 92 7 532864 4