



PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN
GRUPOS VULNERABLES
2013-2018

PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD

Versión electrónica, en proceso su
publicación impresa

ÍNDICE GENERAL

DIRECTORIO	5
MENSAJE DE LA C. SECRETARÍA DE SALUD	7
MENSAJE DEL C. SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	9
INTRODUCCIÓN	11
I. MARCO CONCEPTUAL	13
II. MARCO JURÍDICO	21
III. DIAGNÓSTICO.....	27
III.1 Antecedentes	29
III.2 Situación Actual y Problemática	29
III.3 Avances 2006-2012	37
III.4 Retos 2013-2018	37
IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES	39
IV.1 Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018	41
IV.2 Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018.....	43
V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA.....	45
V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción	47
V.2 Estrategias Transversales.....	49
VI. INDICADORES Y METAS.....	51
VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD	57
VIII. TRANSPARENCIA	67
BIBLIOGRAFÍA	71
ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS.....	73
GLOSARIO DE TÉRMINOS	75
ANEXOS	77

DIRECTORIO

SECRETARÍA DE SALUD

María de las Mercedes Martha Juan López
SECRETARIA DE SALUD

Eduardo González Pier
SUBSECRETARIO DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

Pablo Antonio Kuri Morales
SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Marcela Guillermina Velasco González
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

Fernando Gutiérrez Domínguez
COORDINADOR GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS

Guillermo Miguel Ruiz-Palacios y Santos
TITULAR DE LA COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Manuel Mondragón y Kalb
COMISIONADO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

Ernesto Héctor Monroy Yurrieta
TITULAR DE LA UNIDAD COORDINADORA DE VINCULACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

Nelly Aguilera Aburto
TITULAR DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS ECONÓMICO

Mikel Andoni Arriola Peñaloza
COMISIONADO FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

José Meljem Moctezuma
COMISIONADO NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

Manuel Hugo Ruíz de Chávez Guerrero
PRESIDENTE DEL CONSEJO DE LA COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA

Gabriel O'Shea Cuevas
COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Leobardo Ruíz Pérez
SECRETARIO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Martha C. Hajar Medina
SECRETARIA TÉCNICA DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

José Antonio González Anaya
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Sebastián Lerdo de Tejada Covarrubias
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y
SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

Laura Ibernia Vargas Carrillo
TITULAR DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Emilio Ricardo Lozoya Austin
PETRÓLEOS MEXICANOS

Salvador Cienfuegos Zepeda
SECRETARIO DE LA DEFENSA NACIONAL

Vidal Francisco Soberón Sanz
SECRETARIO DE MARINA

MENSAJE DE LA C. SECRETARIA DE SALUD

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y el Programa Sectorial de Salud, establecen de manera prioritaria que las instituciones del Sistema Nacional de Salud y la sociedad en su conjunto debemos “Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud”, con el propósito de alcanzar la Meta Nacional de un México Incluyente.

Ello es posible, mediante la consolidación de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, la prestación de servicios plurales y articulados basados en la atención primaria y el fomento de la participación de la sociedad.

Las premisas descritas nos permitirán cerrar las brechas existentes entre los diferentes grupos sociales y regionales del país, para asegurar la consolidación y el uso efectivo de los recursos destinados a la salud.

En la actualidad los retos epidemiológicos y demográficos son de una magnitud mayor a aquellos a los que se hizo frente en lustros pasados, de ahí que el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud sea cada vez más complejo.

Por ello, reconocemos la imperiosa necesidad de que las instituciones de salud adecúen sus esquemas operativos con el fin de responder al desafío de construir un Sistema Nacional de Salud más eficiente y de calidad para hacer frente a las crecientes necesidades de la población.

Las instituciones públicas de Salud trabajan hoy en día para que mujeres y hombres dispongan de mejores opciones, acceso a servicios de salud con perspectiva de género, interculturalidad y respeto a los derechos humanos.

En México y en el mundo, enfrentamos desafíos como son el sobrepeso, la obesidad, la diabetes y otras enfermedades no transmisibles, entre las que destacan las cardiovasculares, diferentes tipos de cáncer y las que afectan la salud mental. Esta situación es resultado por una parte del cambio demográfico de la población mexicana, así como de la adopción de estilos de vida no saludables como son los asociados al sedentarismo, la alimentación incorrecta, el tabaquismo y el consumo de alcohol.

Ello nos impone la necesidad de una respuesta integral y articulada para reducir los factores de riesgo a través de la promoción de estilos de vida saludables que implican el cambio conductual de la población.

Para llevar a México a su máximo potencial, tal como está previsto en el actual Plan Nacional de Desarrollo, una de las prioridades en la agenda de la salud pública es instrumentar políticas públicas dirigidas a proteger la salud de las niñas, niños, adolescentes, mujeres y mujeres embarazadas. Para ello, en los Programas de Acción Específico se incluyeron acciones efectivas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, entre ellas, lactancia materna, vacunación, planificación familiar, educación sexual y reproductiva con énfasis en adolescentes, que contribuyen a un mejor desarrollo de las personas, familias y la comunidad, así como a obtener mejores niveles de calidad de vida de las nuevas generaciones de nuestro país.

Por otro lado, seguimos comprometidos en consolidar e incrementar la vigilancia epidemiológica, la prevención y el control de las enfermedades transmisibles como VIH, Sida, tuberculosis, influenza y dengue; expandir esquemas efectivos para la prevención de accidentes y atender oportunamente a la población ante emergencias epidemiológicas, brotes y desastres.

Ante este escenario complejo, se requiere de la participación decidida y coordinada de todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, de los diferentes órdenes de gobierno, de la iniciativa privada y de la sociedad civil. Los Programas de Acción Específico de Prevención y Promoción de la Salud, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y del Programa Sectorial de Salud, son la herramienta de coordinación, evaluación y seguimiento de las estrategias, líneas de acción e indicadores que nos permitirán medir nuestro desempeño.

Agradezco a las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a las instancias académicas y de la sociedad civil que participaron en la elaboración de estos documentos, mediante el cual se impulsan de manera transversal y sectorial, las estrategias y líneas de acción para la vigilancia epidemiológica, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; necesarias para lograr las metas y objetivos a los que nos hemos comprometido.

El paso hacia un Sistema Universal de Salud requiere de la acción de todos los actores involucrados, para que desde la salud podamos contribuir con nuestro aporte al logro de un México más sano e incluyente.

Dra. María de las Mercedes Martha Juan López

MENSAJE DEL C. SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

México atraviesa una marcada transición poblacional y epidemiológica, la cual ha impactado de forma importante el perfil de la salud de la población. Muestra de ello es la epidemia de las enfermedades no transmisibles, las cuales han ascendido a los primeros sitios de morbilidad y mortalidad. Por otra parte, las enfermedades transmisibles siguen presentes acentuando la inequidad social.

Lo anterior constituye un importante reto para todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, por lo que se requiere sumar esfuerzos para que la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades graviten en la reducción de la carga de enfermedad y contribuya a mejorar la calidad de vida de los mexicanos.

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades constituyen el eje fundamental de la salud pública, por ello, son componentes esenciales del modelo de atención a la salud en México. Un elemento sustantivo de la promoción de la salud es su carácter anticipatorio, el cual busca atender, no a la enfermedad directamente, sino a los determinantes sociales de la salud. Se trata de crear y fortalecer determinantes positivos y delimitar o eliminar los negativos.

Los Programas de Acción Específico retoman los principios enunciados, por lo que están enfocados a impulsar acciones que proporcionen a la población los medios necesarios para lograr una mejor salud, con ese fin contienen acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, así como para dotarlos de las herramientas que les permitan modificar sus condiciones sociales y ambientales.

El presente Programa contiene estrategias que buscan fortalecer y hacer eficientes las prácticas que han mostrado efectividad. Adicionalmente se incorporan intervenciones innovadoras para contribuir a preservar y mantener la salud de la población, con especial énfasis en los grupos en situación de desigualdad, buscando de manera proactiva el fortalecimiento del tejido social.

La operación de este Programa apunta hacia la formulación de acciones con la participación intersectorial, exhortando a las entidades federativas a generar vínculos de trabajo con las diferentes dependencias e instituciones y promoviendo la transversalidad de la salud en todas las políticas.

En este documento se consideraron las estrategias y acciones que lograron un impacto significativo en diferentes grupos de la población en los últimos años, por ello es importante aplicar un enfoque de prevención combinada (intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales) en un marco de derechos humanos, perspectiva de género e interculturalidad.

El Programa que aquí se presenta, contiene las estrategias, líneas de acción, indicadores y metas que permitirán su instrumentación, seguimiento y evaluación para todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud y las entidades federativas; asimismo, en él se promueve el acompañamiento y la participación del personal de salud y de la sociedad civil, que son indispensables para el logro de los objetivos planteados.

Dr. Pablo Antonio Kuri Morales

INTRODUCCIÓN

Durante el año 2000, la Asamblea General de las Naciones Unidas, adoptó los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) como una estrategia para, entre otras cosas, disminuir la mortalidad en menores de cinco años. Para que los países logren este objetivo, deberán incluir la prevención de las lesiones accidentales que ocurren en esta etapa de la vida. Dos años más tarde, esta misma Asamblea organizó una sesión especial sobre la infancia, a partir de la cual se produjo el documento “Un mundo apropiado para los niños”. En él, se incluyó un objetivo relacionado a la prevención de lesiones accidentales y llamó a los Estados miembros a reducir la carga de la enfermedad que imponen estas lesiones en la infancia mediante el desarrollo y la implementación de programas preventivos.¹

Las lesiones accidentales son consideradas como un problema de salud pública a nivel mundial. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 5,8 millones de personas mueren cada año por estas causas, representando cerca de 10% del total de muertes que se registran en el mundo. Son las principales causas de defunción en los grupos de edad más jóvenes y, en consecuencia, tienen un alto impacto en términos de Años de Vida Potencial Perdidos (AVPP).

En México, las lesiones accidentales son también un importante problema de salud pública. Anualmente un alto número de personas sufre lesiones accidentales y fallece o sufre discapacidad permanente. Esto representa una fuerte carga para la salud del país, pues un número elevado de años de vida saludable se pierden como resultado de este problema de salud. Las lesiones accidentales afectan de forma diferenciada a niños, adolescentes y adultos mayores y el género, así como el estatus socioeconómico, agrava aún más la vulnerabilidad de estos grupos.

El Programa de Acción Específico (PAE): Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables 2013-2018, es un Programa de reciente creación y constituye la respuesta de la Secretaría de Salud (SSA), a través del Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (STCONAPRA), al compromiso del Gobierno Federal por contribuir a disminuir las muertes y daños a la salud causados por los accidentes.

Está cimentado con un enfoque de salud pública, identifica los retos actuales en esta área y refleja un claro apego a las recomendaciones de la OMS en la materia. El componente de accidentes en niños y adolescentes retoma las recomendaciones realizadas por la OMS en el Informe Mundial para la Prevención de Lesiones en Niños.¹ Por su parte, el componente de prevención de caídas en adultos mayores, tomará en consideración las recomendaciones emitidas en el Informe Mundial sobre Prevención de Caídas en Adultos Mayores de la OMS.²

A través de sus cuatro objetivos, este PAE promueve el fortalecimiento institucional para la recolección de datos a nivel municipal, estatal y nacional, fomenta la participación multisectorial en medidas de prevención además de incorporar la capacitación para el desarrollo de capacidades y habilidades de profesionales y de la población. Los objetivos, estrategias y líneas de acción del presente Programa se alinean a las metas del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018 y al Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018 y sus acciones sumarán esfuerzos al trabajo del Grupo de Atención Integral a la Salud de la Adolescencia (GAIA).



I. MARCO CONCEPTUAL

I. MARCO CONCEPTUAL

México ha iniciado el siglo XXI con grandes avances y retos en el campo de la salud pública, dentro de los cuales se encuentra el problema de las lesiones accidentales. El Programa se sustenta en diversos conceptos básicos, se definen operacionalmente dos grupos etáreos de interés: la infancia y los adultos mayores y se presenta la forma en cómo se desarrollará el programa de acción en términos de sus límites y alcances.

Lesión accidental y su clasificación

Para fines de este Programa, una lesión de causa externa se define como “cualquier daño o impedimento corporal específico e identificable, resultado de una exposición aguda a energía térmica, mecánica, eléctrica o química o de la ausencia de elementos esenciales como el calor y el oxígeno”.³

De acuerdo a la intencionalidad con la que se presentan, las lesiones de causa externa pueden clasificarse en intencionales o no intencionales. Las primeras son aquellas en las que hay una acción humana realizada de forma premeditada y destinada a causar un daño, ya sea auto-infligido (suicidio) o provocados a otras personas (agresión o violencia). En las lesiones no intencionales no hay una intencionalidad, implícita o explícita, de causar un daño por lo que tradicionalmente han sido denominadas “lesiones accidentales”. Las principales causas de lesiones accidentales se presentan en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Clasificación de las lesiones accidentales de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)⁴

Causa externa	Código CIE-10
Caídas	W00-W19
Ahogamiento y sumersión	W65-W74
Obstrucción de la respiración	W75-W84
Envenenamiento por sustancias	X40-X49
Quemaduras	
Exposición al fuego humo y llamas	X00-X09
Contacto con calor y sustancias calientes	X10-X19
Corriente eléctrica, radiación y temperatura y presión del aire ambientales externos	W85-W99
Efectos adversos de tratamientos médicos	Y40-X89
Transporte	V01-V99X
Exposición a fuerzas mecánicas	W20-W52, W64
Contacto animal / plantas	
Animales y plantas venenosos	X20-X29
Mordedura de animal o lesión con plantas	W53-W63
Otros accidentes	
Exposición a fuerzas de la naturaleza	X30-X39
Exceso de esfuerzo viajes y privación	X50-X57
Exposición accidental a otros factores y a los no especificados	X58-X59

Aunque las lesiones asociadas al transporte son también lesiones accidentales, no serán consideradas en este Programa en virtud de que existe un PAE sobre Seguridad Vial que atiende de manera específica esta problemática.

Análisis de las lesiones accidentales

En términos del modelo epidemiológico, hay cuatro elementos clave que permiten explicar las lesiones accidentales: el *huésped*, en este contexto, la persona; el *agente* que causa la lesión, esto es la transferencia de energía; el *vector* de esta transferencia de energía, el fuego, el agente químico, entre otras; y el *ambiente*, el hogar y el contexto social y económico en el que interactúan estos elementos.⁵ La interacción entre estos elementos contribuye a la ocurrencia de estas lesiones. Por ejemplo, el huésped puede ser una menor de edad, el vector sería el fuego que le produce quemaduras en su anatomía corporal y el agente que causa las lesiones resultantes sería el intercambio de energía térmica que se deriva de la interacción entre el fuego y la menor de edad. En este caso, el ambiente sería el hogar cuyo incorrecto diseño permite que la infante pueda estar en contacto con el fuego de la estufa sin una barrera de por medio.

A partir de este modelo explicativo, Haddon incluyó un componente temporal que permite identificar los factores asociados al *huésped*, *agente* y *ambiente*, tanto físico como socio-económico, que predisponen la ocurrencia de estas lesiones accidentales (fase pre-evento), que propician los daños a la salud y su severidad cuando estos ocurren (fase del evento) y que determinan la supervivencia y los resultados finales de dichas lesiones (fase post-evento).⁶ Al combinar estas tres fases con el modelo epidemiológico, creó una matriz que lleva su nombre y que ha sido clave para el estudio de las lesiones de causa externa (Cuadro 2).

Cuadro 2. Matriz de Haddon para el análisis de las lesiones accidentales

	Huésped (Persona)	Agente	Ambiente	
			Físico	Socio-económico
Antes	¿La persona está pre-dispuesta o sobre-expuesta al riesgo?	¿El agente es peligroso?	¿Es peligroso el ambiente? ¿Es posible reducir los riesgos?	¿El ambiente fomenta o desincentiva la adopción de conductas riesgosas o la exposición a riesgos?
Evento	¿Hasta qué punto la persona puede tolerar la fuerza o la transferencia de energía?	¿Existe un antídoto o medida para limitar el daño?	¿El ambiente contribuye de alguna manera a las lesiones durante el evento?	¿El ambiente contribuye a las lesiones durante el evento?
Después	¿Qué tan severo es el trauma o el daño producido?	¿La exposición al agente produce secuelas?	¿El ambiente contribuye al trauma después del evento?	¿El ambiente contribuye a la recuperación?

Fuente: Tomado del programa TEACH-VIP (Training, education advancing collaboration in health on Violence and Injury Prevention) de la OMS, 2007.⁷

Vulnerabilidad

La Comisión de Atención a Grupos Vulnerables de la Cámara de Diputados define la vulnerabilidad como la “persona o grupo que por sus características de desventaja por edad, sexo, estado civil; nivel educativo, origen étnico, situación o condición física y/o mental; requieren de un esfuerzo adicional para incorporarse al desarrollo y a la convivencia”⁸

Así, el concepto de vulnerabilidad puede ser caracterizado a través de tres coordenadas: el riesgo de estar expuesto a una situación de crisis (exposición); el riesgo de no tener los recursos necesarios para enfrentar esta situación (capacidad); y, finalmente, el riesgo de ser sujeto de serias consecuencias.⁹ Durante la infancia, por ejemplo, la población infantil está expuesta a diferentes tipos de riesgos. Esta exposición no es necesariamente voluntaria pues depende de las características del contexto en el que viven y se desenvuelven.

Las y los niños, por ejemplo, viven en un mundo construido por y para personas adultas, de ahí que tradicionalmente se desarrollan en un entorno sobre el que tienen poco poder o control y en el que su seguridad depende en gran medida de sus cuidadores.¹ También la forma de ver la vida y de medir los riesgos difiere entre los adultos y los menores de edad. Algunos estudios han mostrado que durante la infancia se carece de conocimientos, habilidades y niveles de concentración necesarios para manejar un ambiente inseguro. Su habilidad física puede no ser similar a su habilidad cognitiva.¹ Por ejemplo, cuando los niños en su proceso de explorar su mundo se caen frecuentemente pues su habilidad para escalar no va a la par de su habilidad para balancearse o razonar.¹

Así, durante el proceso de crecimiento y desarrollo las y los niños carecen muchas veces de los recursos necesarios, en términos de conocimientos y habilidades, para poder enfrentar estos riesgos de forma segura. De ahí que hay distintos tipos de lesiones asociados a las distintas etapas de desarrollo. Así, cuando comienzan a sentarse y gatear, tienden a introducir objetos en su boca, que bien puede derivar en un ahogamiento. Cuando recién inician a caminar, las caídas son un problema importante. De uno a tres años, los envenenamientos son comunes por la curiosidad propia y por su tendencia a ingerir lo que se encuentren. Las quemaduras con líquidos calientes se presentan mayormente entre los 12 y 18 meses.¹

Finalmente, sus características físico-biológicas hacen que los niños y las niñas sean más vulnerables a las lesiones accidentales. Por ejemplo, durante la infancia la piel se quema de forma más rápida y profunda, y a menores temperaturas comparada con la piel más gruesa de las personas adultas. Un caso similar son los adultos mayores que en ocasiones su fragilidad corporal los expone a un mayor riesgo de caídas, esto se debe a que sus

características psicomotoras son diferentes que las de jóvenes. En este grupo se presenta una disminución en la percepción visual y auditiva, así como la modificación del sistema de equilibrio, pérdida de la fuerza corporal, disminución de la velocidad ambulatoria y de los reflejos.¹⁰ De igual manera por sus características físico-biológicas presentan consecuencias mayores que las observadas en población adulta joven.

Infancia

Se utiliza el concepto de infancia de las Naciones Unidas, tal como fuera publicada en la Convención sobre los Derechos de la Infancia. Este grupo poblacional incluye a todos los “menores de 18 años”;¹¹ por lo que este Programa de Acción se enfocará a las lesiones que afectan con mayor frecuencia y magnitud a este grupo poblacional.

Adulto mayor

Para la OMS, el envejecimiento es el “proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida, esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales”.¹²

En función de los criterios esgrimidos en el debate del que se desprendió la resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas 37/51, en 1982, la edad de 60 años ha sido utilizada como parámetro común para definir la transición de adulto a adulto mayor. En México, la edad de un adulto mayor se define formalmente con la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores de 2002, que dispone en su artículo 3, fracción I, que son adultos mayores aquellos que cuenten con 60 o más años de edad y que se encuentren domiciliados en territorio nacional. La Norma Oficial Mexicana “NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad” en su párrafo 4.2 se pronuncia en el mismo sentido, diferenciándole del adulto al considerar a éste último que su edad se comprenderá entre los 18 y los 59 años con 11 meses.

Esta definición es congruente con lo que la Organización de las Naciones Unidas establece que en países en vías de desarrollo la edad para definir a una persona como adulta mayor es de 60 años, mientras que en un país desarrollado es de 65 años.

Otras vulnerabilidades: las socioeconómicas y el género

Los factores socioeconómicos también afectan el riesgo de sufrir lesiones accidentales sustancialmente. Por ejemplo, los hogares de escasos recursos pueden tener un menor acceso a un adecuado cuidado y supervisión de sus niñas y niños que en el mejor de los casos tienden a ser cuidados por sus hermanos(as) mayores. Equipos de seguridad como alarmas contra incendio, tampoco suelen ser muy accesibles en países de ingresos bajos y medianos, y particularmente en hogares de escasos recursos.

Las personas adultas mayores y los niños que viven en situación de pobreza, están comúnmente expuestos a ambientes inseguros: banquetas inseguras, falta de espacios e instalaciones seguras para el esparcimiento, entre otros. Al interior de su hogar frecuentemente cuentan con estufas tradicionales (de leña), ventanas sin protección, suelo sin piso firme, escaleras sin pasamanos, etc. La marginalidad en la que viven incrementa los tiempos de traslado para recibir atención médica. Todo esto vulnera aún más a estos grupos poblacionales de por sí vulnerables.

Por otra parte, se ha documentado ampliamente que las lesiones accidentales afectan de forma diferenciada a niños y a niñas, por ejemplo. Los niños tienden a tener lesiones accidentales más frecuentemente y éstas tienden a ser más severas comparados con las niñas. Entre las teorías que explican estas diferencias, se habla de que los niños tienden a adoptar conductas más riesgosas, que tienen niveles de actividad mayores o que se comportan más impulsivamente que las niñas. Otras teorías señalan que los niños son socializados de forma diferente que las niñas que tienden a ser más restringidas en su inquietud por explorar el mundo, por alejarse más de la protección de los adultos y por jugar solas.¹ En cualquier caso, el género juega un rol importante en términos de exponer de forma diferenciada a niños y a niñas.

Tal como lo mencionan Juárez-Ramírez y colaboradoras (2014), podemos concluir que *“la vulnerabilidad no es un estado único o permanente que caracterice a ciertos grupos en particular, sino que es resultado de un conjunto de determinantes sociales que interactúan de forma específica, dando lugar a una condición dinámica y contextual. Los bajos ingresos, el desempleo, la discriminación de género y los bajos niveles de escolaridad son todos ejemplos de estos determinantes que, actuando en forma conjunta, ponen a una persona (o grupo poblacional) en situación de desprotección”*.¹³

Del problema a la solución

Las lesiones accidentales pueden ser prevenidas o controladas. Son un problema de salud pública cuyas múltiples causas son a su vez multifactoriales. Esto supone la necesidad de implementar un abordaje integral que permita contrarrestar los distintos factores que están asociados al riesgo de presentar lesiones accidentales.

Existen algunos factores que han sido identificados como clave para el éxito de estos abordajes integrales. Contar con mejor información sobre la vigilancia epidemiológica de las lesiones accidentales, realización de investigación prioritaria en el tema, legislación y regulación para lograr ambientes seguros, un liderazgo comprometido por poner en la agenda el tema de la seguridad y la acción multidisciplinaria e intersectorial, entre otros, son elementos clave que deben ser integrados como parte de una estrategia que busque ser efectiva.^{1, 2} De ahí que el Programa incorpora todos estos componentes buscando maximizar sus potenciales resultados positivos en favor de la salud de la población.



II. MARCO JURÍDICO

II. MARCO JURÍDICO

El Programa de Acción Específico para la Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables 2013–2018, se encuentra configurado acorde con lo dispuesto en la normatividad vigente. A partir de los ordenamientos aplicables es como se definen las funciones que asumirá el STCONAPRA en la ejecución de su programación, tanto de manera individual como en las relaciones de coordinación que habrá de generar con las otras entidades de la Administración Pública Federal y local que por conexidad resulten involucradas para la consecución de las metas que se proyectan.

En la alineación que corresponde a este Programa se parte por fuerza de la norma máxima en el país: la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de cuyo artículo 4 se desprende la Ley General de Salud; ambos ordenamientos delimitan, por fuerza, la dirección, programación y forma de ejecución de las acciones que se realizan desde la Secretaría de Salud. En este sentido, además, hay que considerar todas aquellas leyes que plantean coyunturas para coordinar acciones en las que se incluyan la prevención de los accidentes en grupos vulnerables de la población.

Por ello se enuncian a continuación, aunque de forma no limitativa, las leyes, códigos, reglamentos, decretos y normas oficiales mexicanas que permiten el despliegue de acciones en la prevención de accidentes:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, DOF 05-02.1917 con última reforma el 07-07-2014

Leyes

- Ley General de Salud, DOF 07-02-1984 con última reforma el 04-06-2014.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, DOF 29-12-1976 con última reforma el 02-04-2013.
- Ley de Planeación, DOF 05-01-1983 con última reforma el 09-04-2012.
- Ley sobre la Celebración de Tratados, DOF 02-01-1992.

- Ley de Asistencia Social, DOF 02-09-2004 con última reforma el 23-04-2013.
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, DOF 25-06-2002 con última reforma el 25-04-2013.
- Ley General de Desarrollo Social, DOF 20-01-2004 con última reforma el 07-11-2013.
- Ley General de Educación, DOF 13-07-1993 con última reforma el 20-05-2014.
- Ley General de Población DOF 07-01-1974 con última reforma el 19-05-2014.
- Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, DOF 29-05-2000 con última reforma el 02-04-2014.
- Ley Federal de Radio y Televisión, DOF 19-01-1960 abrogada el 13-08-2014.
- Ley Federal de Telecomunicaciones y Radiodifusión, DOF 14-07-2014 sin reforma.
- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, DOF 30-05-2011, sin reforma.
- Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil, DOF 20-10-2011, sin reforma.
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, DOF 11-06-2007 con última reforma el 20-03-2014.
- Ley General de Cultura Física y Deporte, DOF 07-06-2013 con última reforma el 09-05-2014.
- Presupuesto para el Ejercicio Fiscal para el año 2014.

Reglamentos

- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, DOF 19-01-2004 con última reforma el 09-05-2014.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN GRUPOS VULNERABLES

- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, DOF 06-01-1987 con última reforma el 02-04-2014.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, DOF 05-04-2004 con última reforma el 08-06-2011.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, DOF 04-05-2000 con última reforma el 14-02-2014.
- Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, DOF 30-11-2012, sin reforma.
- Reglamento de la Ley General de Desarrollo Social, DOF 18-01-2006 con última reforma el 28-08-2008.
- Reglamento de la Ley General de Población, DOF 14-04-2000 con última reforma el 29-11-2006.
- Reglamento de la Ley de Radio y Televisión en Materia de Concesiones, Permiso y Contenido de las Transmisiones de Radio y Televisión, DOF 10-10-2002, abrogado el 13-08-2014.

Decretos

- Decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes, con objeto de proponer las acciones en materia de prevención y control de accidentes a que se refiere el Artículo 163 de la Ley General de Salud. DOF 20-03-1987.
- Decreto por el que se aprueba el Programa Sectorial de Salud 2013-2018. DOF 12-12-2013.

Normas Oficiales Mexicanas

- NOM 199-SSA1-2000, Salud Ambiental. Niveles de plomo en sangre y acciones como criterios para proteger la salud de la población expuesta no ocupacionalmente. DOF 18-10-2002.
- NOM-189-SSA1/SCFI-2002, Productos y servicios. Etiquetado y envasado de productos de aseo de uso doméstico.
- NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. DOF 13-09-2012.
- NOM-142-SSA1-1995, Bienes y servicios. Bebidas alcohólicas. Especificaciones sanitarias. Etiquetado sanitario y comercial, DOF 22-07-1998. y PROY-NOM-142-SSA1/SCFI-2013, Bebidas alcohólicas. Especificaciones sanitarias. Etiquetado sanitario y comercial. DOF 08-03-2013.
- NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad, DOF 14-09-2012.
- NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud. DOF 12-09-2013.
- NOM-072-SSA1-2012, Etiquetado de medicamentos y de remedios herbolarios. DOF 21-11-2012.
- NOM-002-SSA1-1993, Salud ambiental. Bienes y servicios. Envases metálicos para alimentos y bebidas. Especificaciones de la costura. Requisitos sanitarios. DOF 14-11-1994.
- NOM-003-SSA1-2006, Salud ambiental. Requisitos sanitarios que debe satisfacer el etiquetado de pinturas, tintas, barnices, lacas y esmaltes. DOF 04-08-2008.
- NOM-004-SSA1-2013, Salud ambiental. Limitaciones y especificaciones sanitarias para el uso de los compuestos de plomo. DOF 02-05-2014.
- NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica. DOF 19-02-2013.
- NOM-032-SSA3-2010, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad DOF 25-02-2011.
- NOM-033-SSA2-2011, Para la vigilancia, prevención y control de la intoxicación por picadura de alacrán. DOF 08-11-2011.
- NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud. DOF 30-11-2012.
- NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios, DOF 16-08-2010.

Tratados Internacionales

- Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados, firmado por México el 23-05-1969, ratificado por el Senado de la República el 29-12-1972; en vigor desde el 27-01-1980.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, firmado por México el 30-03-2007, ratificado por el Senado de la República el 27-09-2007; en vigor desde el 03-05-2008.
- Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, firmado por México el 08-06-1999, ratificado por el Senado de la República el 26-04-2000; en vigor desde el 14-09-2001.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobación por el Senado de la República el 18-12-1980; en vigor desde el 23-06-1981.
- Convención sobre los Derechos del Niño, firmado por México el 26-01-1990, ratificado por el Senado de la República el 19-06-1990; en vigor desde el 14-09-2001.



III. DIAGNÓSTICO

III. DIAGNÓSTICO

III.1 Antecedentes

A partir del reconocimiento de las lesiones como un grave problema de salud pública por ocasionar altas cifras de morbilidad y mortalidad, el 20 de marzo de 1987 se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el Decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (CONAPRA), con objeto de proponer y desarrollar las acciones en materia de prevención y control de accidentes a que se refiere el Artículo 163 de la Ley General de Salud.

Con base en dicho ordenamiento, se inicia la instalación y funcionamiento de los Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes, con estructura y operación homogénea al del CONAPRA.

En 2001, como resultado de las modificaciones hechas al Reglamento Interior de la Secretaría de Salud se instituye el Centro Nacional para la Prevención de Accidentes (CENAPRA), que eventualmente, en 2010, cambia de denominación para quedar como Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (STCONAPRA), unidad administrativa dependiente de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.

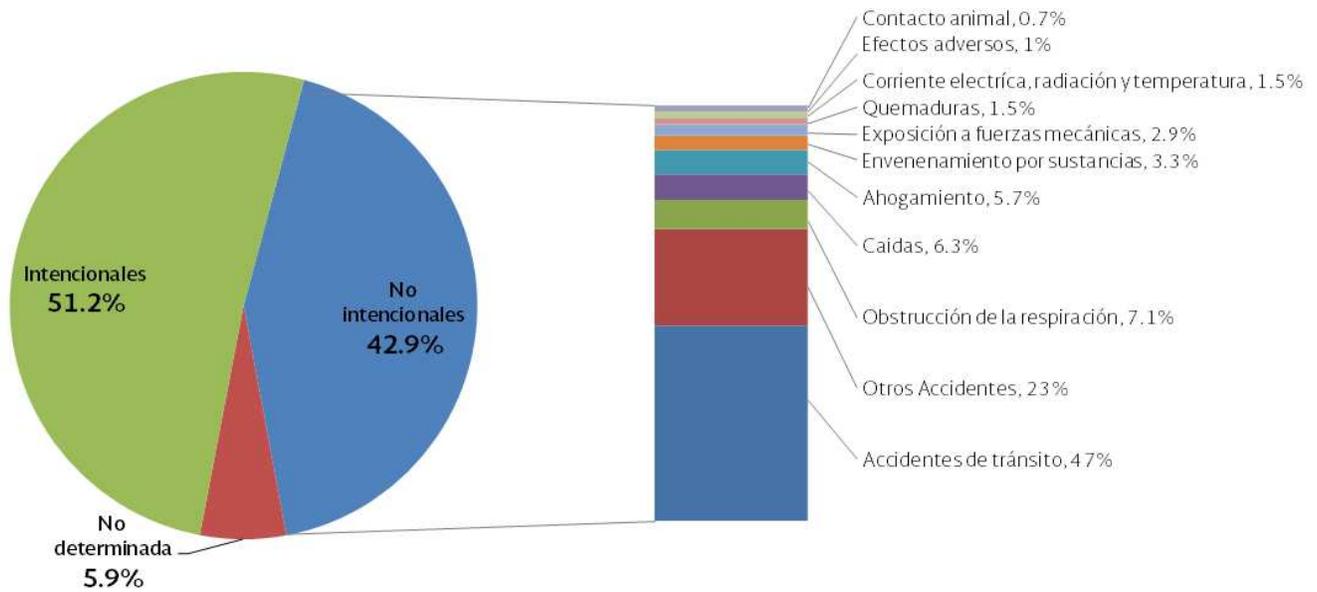
Un alto número de personas sufre lesiones accidentales en el país ocasionando discapacidad o fallecimiento por esta causa año con año. Existen diversos grupos especialmente vulnerables a experimentar este tipo de eventos y sufrir mayores consecuencias. Compete al sector salud, a través del STCONAPRA, liderar la respuesta social a este importante problema de salud pública.

Existe evidencia de que un abordaje integral que incluya la acción multisectorial, con un liderazgo comprometido, son elementos imprescindibles para que una estrategia de este tipo sea efectiva. De ahí que el PAE Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables 2013-2018, representa un primer paso para responder a esta necesidad de salud en el país.

III.2 Situación Actual y Problemática

Entre 2006 y 2012, se registraron un total de 458,042 defunciones a consecuencia de lesiones de causa externa. De las 73,736 defunciones que se registraron tan solo en 2012, el 42.9% se debieron a lesiones no intencionales (Figura 1). Es importante señalar que el 23% de las muertes fueron agrupados como “otros accidentes”, la mayoría de ellos (91%) se deben a otros factores o a los no especificados lo que no permite identificar la causa específica de la muerte.

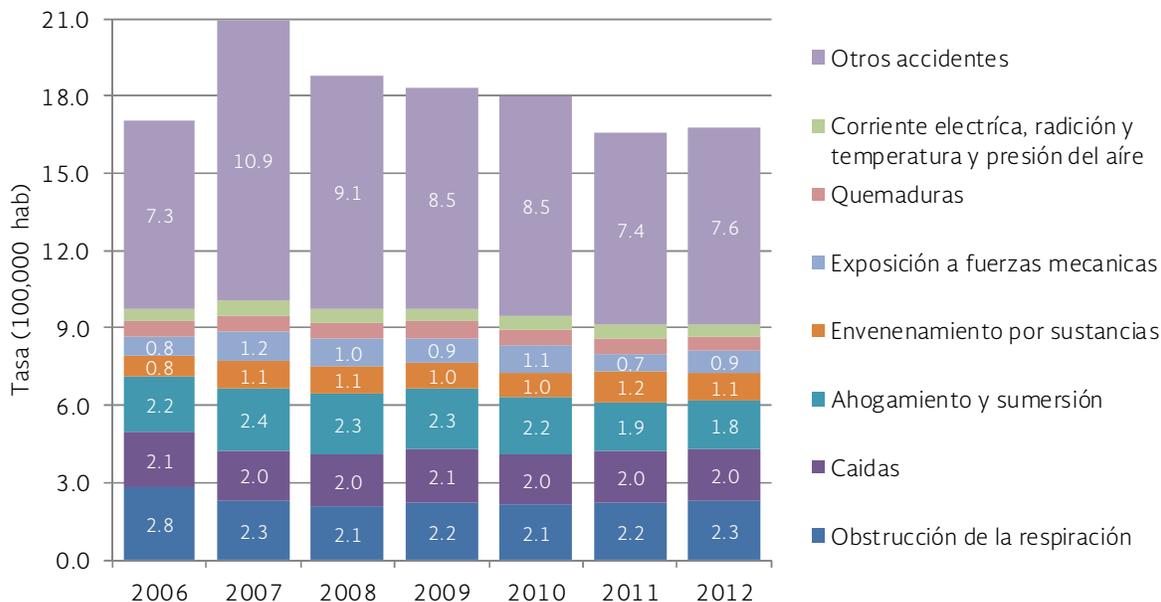
Figura 1. Distribución de las defunciones por lesiones no intencionales. México, 2012



Fuente: Base de datos de defunciones, INEGI, 2012.

La tasa de mortalidad por lesiones no intencionales, excluyendo las muertes producidas por eventos en el transporte, han variado de 16.7 a 21 entre 2006 y 2012 (Figura 2). Las causas con las tasas de mortalidad más altas son: obstrucción de la respiración, caídas, ahogamiento y sumersión y envenenamientos. Es evidente que entre 2006 y 2012 la tendencia en las tasas de mortalidad por lesiones no ha cambiado significativamente, aunque al analizar las tasas por causas específicas la exposición a fuerzas mecánicas y a envenenamiento por sustancias nocivas han aumentado considerablemente (incremento de 22.8% y 35.4%, respectivamente).

Figura 2. Tasa de mortalidad por lesiones no intencionales. México, 2006-2012



Fuente: Base de datos de defunciones, INEGI, 2012. Proyecciones de la población versión censo 2010, CONAPO, 2012.

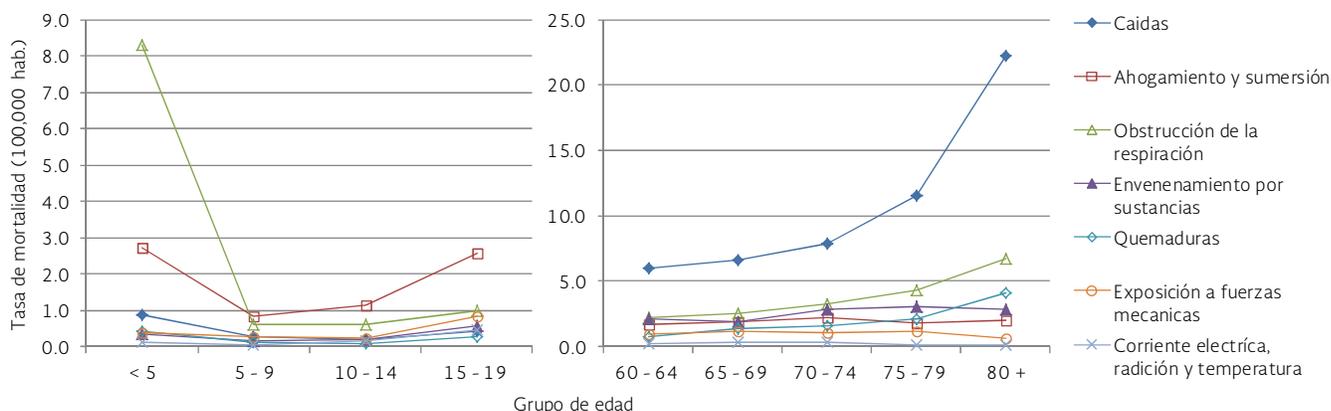
Nota: Se excluyó la tasa de mortalidad a causa del transporte. En la categoría Otros accidentes se incluyeron las lesiones por contacto animal.

Las tasas son por 100 mil habitantes.

Las lesiones no intencionales se presentan con mayor frecuencia durante la infancia y adolescencia (0 a 19 años) y en adultos mayores de 60 años y más. En niños menores de cinco años la obstrucción de las vías respiratorias, el ahogamiento y sumersión, las caídas son las causas más frecuentes. En los adolescentes las defunciones son más frecuentes por ahogamiento y sumersión, mientras que en adultos mayores se presentan con mayor frecuencia las muertes por caídas. Como se puede observar en la Figura 3, el riesgo de muerte por una caída en los adultos mayores aumenta con la edad. En este grupo poblacional, también son más frecuentes las muertes por obstrucción de las vías respiratorias, por quemaduras y por envenenamientos con sustancias.

Para contar con un panorama más amplio sobre la ocurrencia de las lesiones se debe analizar el lugar en el que ocurren. En la Figura 4 se puede observar que el principal lugar de ocurrencia es la vivienda u hogar, seguido por la vía pública y luego por “granja, rancho o parcela”. De hecho, en niños más pequeños y en los adultos mayores el lugar identificado con mayor frecuencia es la vivienda u hogar. Es importante señalar que en aproximadamente 50% de los casos no se identificó el lugar de la lesión o bien se ignoraba. La ausencia de este dato no permite identificar los factores de riesgo asociados a cada una de las lesiones, lo que implica un área que se puede mejorar.

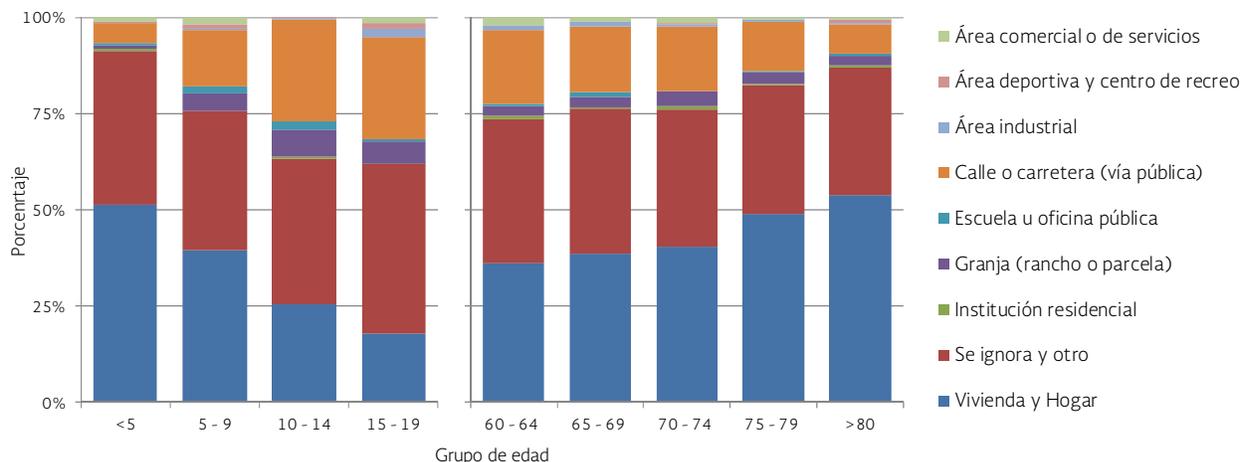
Figura 3. Tasa de mortalidad por grupo de edad. México, 2012



Fuente: Base de defunciones, INEGI, 2012. Proyecciones de la población versión censo 2010, CONAPO, 2012.

Nota: Se excluyeron las tasas de mortalidad a causa del transporte y otras causas. Tasas por 100 mil habitantes.

Figura 4. Porcentaje de defunciones en función de la edad y por el lugar de ocurrencia de la lesión. México, 2012



Fuente: Base de datos de defunciones, INEGI, 2012. Proyecciones de la población versión censo 2010, CONAPO, 2012.

Nota: Se excluyeron las tasas de mortalidad a causa del transporte y otras causas. Tasas por 100 mil habitantes.

En cuanto a lesiones no fatales, prácticamente tres millones de niños y adolescentes menores de 20 años sufrieron una lesión accidental durante el año previo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012).¹⁴ De la misma manera poco menos de un millón de

personas adultas mayores reportaron haber sufrido un daño a su salud derivado de algún tipo de lesión accidental. Según muestra el Cuadro 3, la mayor prevalencia se observa entre los 10 y 14 años, seguido del grupo de 60 y más años.

Cuadro 3. Prevalencia (%) de lesiones accidentales no fatales por grupo de edad. ENSANUT, 2012

Grupo de edad	Prevalencia	Intervalo de confianza 95%
< 1 año	1.373	0.808 - 2.323
1-4 años	4.445	3.906 - 5.055
5-9 años	4.816	4.279 - 5.416
10-14 años	8.785	8.015 - 9.622
15-19 años	7.717	6.966 - 8.541
20-59 años	5.437	5.052 - 5.85
60 y más años	7.939	6.942 - 9.066
Población Total	6.018	5.739 - 6.311

Fuente: Base de datos de la ENSANUT, 2012.

Como se observa en el Cuadro 4, cada grupo etario se ve afectado por distintas causas. Aunque las caídas son la mayor causa de lesiones accidentales en todos los grupos de edad, parecen afectar en mayor proporción a los menores de 1 año y a los adultos mayores. El porcentaje más alto observado en quemaduras corresponde a los menores de cinco años. El ahogamiento y la obstrucción de vías aéreas son más comunes entre las niñas y niños de 1 a 4 años de edad.

Las lesiones accidentales son una importante causa de discapacidad en el país. Según evidencia de la ENSANUT 2012, de los 10 millones de personas que vivían con discapacidad en dicho año, 12.3% refirieron que su discapacidad era producto de lesiones accidentales. De igual forma, alrededor de 18% de las personas que se lesionan en un accidente año con año, sufren consecuencias permanentes en su estado de salud.

Gran parte de las personas lesionadas demandan atención médica formal (46%). De igual forma, según datos de la ENSANUT 2012 se registraron 320,496 egresos hospitalarios en el país por esta causa (7.2% del total de hospitalizaciones autoreportadas).

Cuadro 4. Porcentaje que representan los principales tipos de lesiones accidentales del total de causas externas por grupo de edad, ENSANUT 2012

Grupo de edad	Cáidas	Exposición a fuerzas mecánicas	Quemaduras	Contacto animal	Ahogamiento - obstrucción de vías aéreas	Envenenamiento	Exposición a corriente eléctrica o radiación	Otras lesiones accidentales
< 1 año	94.69	0.00	5.31	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
1-4 años	70.08	12.88	9.51	0.09	3.09	0.57	0.96	2.83
5-9 años	71.98	20.37	2.12	1.06	0.72	0.14	0.14	3.47
10-14 años	75.15	16.57	1.91	0.45	0.84	0.63	0.00	4.46
15-19 años	59.25	26.89	3.45	1.21	0.24	1.01	0.54	7.42
20-59 años	64.41	23.12	1.56	0.86	1.27	0.16	0.65	7.98
60 y más	90.84	5.68	0.15	0.21	0.00	0.00	0.00	3.12
Total	70.50	18.98	2.25	0.71	0.96	0.34	0.41	5.85

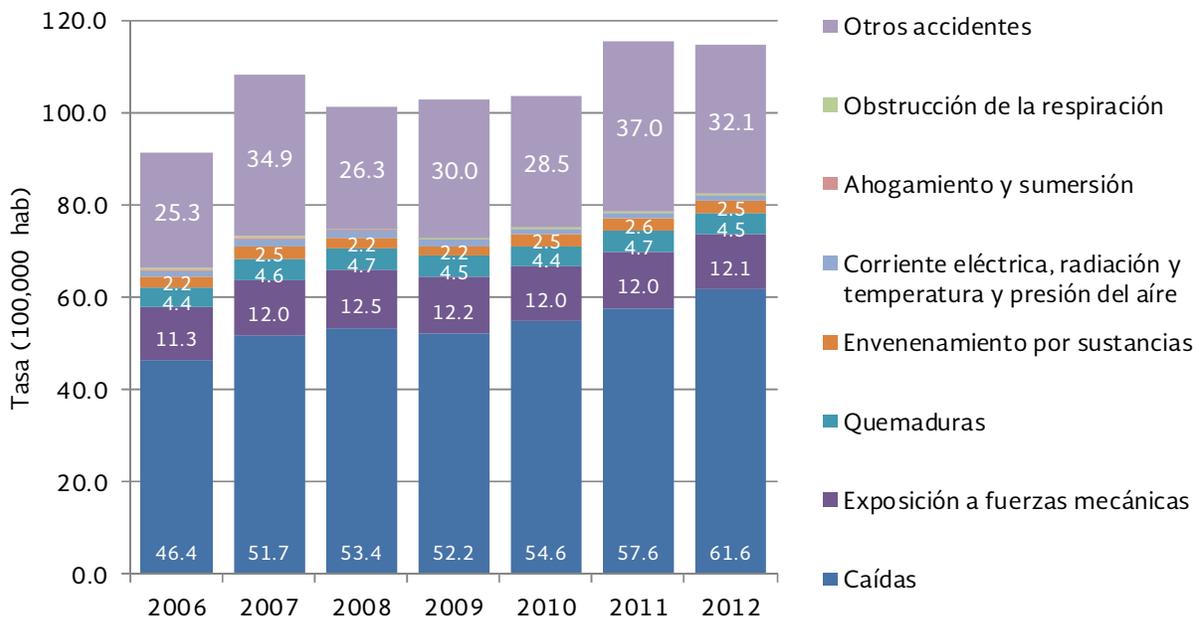
Fuente: Base de datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

Nota: Para fines de este análisis no se tomó en cuenta las lesiones asociadas al transporte.

Según información del Subsistema de Egresos Hospitalarios de la Secretaría de Salud, un total de 1,285,177 egresos hospitalarios fueron registrados de 2006 a 2012 por lesiones. Tan solo en 2012, se registraron 204,301, el 52% se deben a lesiones no intencionales. La lesiones que se presentaron con más frecuencia fueron las caídas con 72,137 (41.2%) egresos hospitalarios, 33,795 (19.3%) por lesiones asociadas al transporte y 31,657 (18.1%) por otros accidentes.

La tasa de egresos hospitalarios muestra una tendencia positiva entre 2006 y 2012, pasando de 91.4 a 114.5 egresos por 100 mil habitantes (Figura 5). Las causas más frecuentes de atención hospitalaria son las caídas, la exposición a fuerzas mecánicas, las quemaduras y los envenenamientos.

Figura 5. Tasas de egresos hospitalarios por lesiones no intencionales. México, 2006-2012



Fuente: Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios, Secretaría de Salud, 2012. INEGI, 2012. Proyecciones de la población versión censo 2010, CONAPO, 2012.

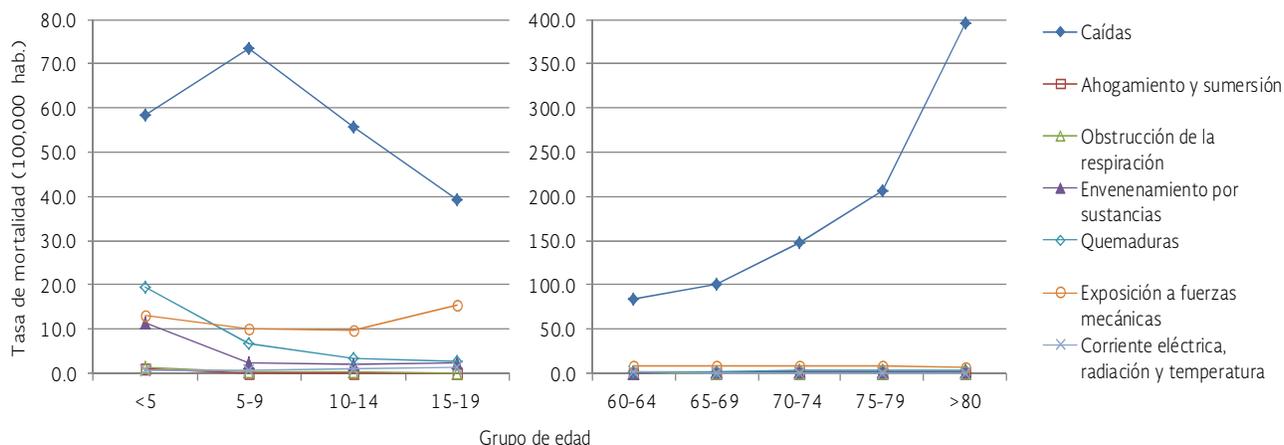
Nota: Se excluyó la tasa de mortalidad por causa del transporte. En la categoría Otros accidentes se incluyeron las lesiones por contacto animal.

Las tasas son por 100 mil habitantes.

El análisis más detallado muestra que las caídas son la causa de atención médica en hospitales más frecuente en niños, adolescentes y adultos mayores (Figura 6). En niños menores de 10 años la obstrucción de la respiración, la exposición a fuerzas mecánicas y el envenenamiento por sustancias es más frecuente. En cambio en adolescentes la exposición a fuerzas mecánicas es la segunda causa de muerte después de las caídas. En relación con el lugar de ocurrencia de las lesiones, el panorama sobre los egresos hospitalarios es muy similar al de las defunciones, aunque en niños y adolescentes de 5 a 19 años la escuela, las

áreas deportivas, las comerciales y las instituciones residenciales son identificadas como los lugares en los que se presentan con más frecuencia las lesiones. De hecho, se puede observar que conforme aumenta la edad también aumenta el porcentaje de lesiones en la calle y en áreas deportivas. En adultos mayores las lesiones se registran con mayor frecuencia en la vivienda u hogar (50.2%), calle (6.8%) e instituciones residenciales (4.3%). Al igual que en las defunciones, es un área de oportunidad la mejora en el registro del lugar de ocurrencia de las lesiones.

Figura 6. Tasa de egresos hospitalarios por grupo de edad. México, 2012



Fuente: Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios, Salud, 2012. INEGI, 2012. Proyecciones de la población versión censo 2010, CONAPO, 2012.

Nota: Se excluyeron las tasas de mortalidad a causa del transporte y otras causas. Las tasas son por 100 mil habitantes.

Así las lesiones accidentales representan un problema de salud pública importante para el país en términos de la carga de la enfermedad. Según datos del reciente estudio de la carga de la enfermedad, más de un millón de años de vida saludable (o Disability Adjusted Life Years - DALY en

inglés) se perdieron durante 2010 por esta causa (Cuadro 5). De estos, un importante número corresponden a grupos vulnerables.

Cuadro 5. Total de DALY perdidos por lesiones accidentales durante 2010 en México

Tipo de lesión Accidental	Total de DALY perdidos
Caídas	285,093
Ahogamiento	219,854
Quemaduras	67,568
Envenenamientos	41,152
Exposición a fuerzas mecánicas	98,058
Contacto animal	24,807
Otras lesiones accidentales	310,626
Total	1,047,158

Fuente: Global Burden of Disease Study 2010. Mexico Global Burden of Disease Study 2010 (GBD 2010) Results 1990-2010. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2013.

Nota: No se incluye efectos adversos a tratamiento médico.

III.3 Avances 2006-2012

En el ámbito internacional ha habido una serie de avances que han buscado posicionar la salud de la infancia como una prioridad en salud pública. El tema de la prevención de lesiones accidentales en este grupo ha sido también abordado. La *Convención Sobre los Derechos de la Infancia* enfatizó las responsabilidades de la sociedad para proteger a los y las niñas y estableció su derecho al más alto nivel de salud posible incluyendo su derecho a vivir en ambientes seguros, libres de lesiones y violencia.

Distintas resoluciones de la Asamblea Mundial de Salud de Naciones Unidas han promovido también la prevención de lesiones en la infancia, desde aquéllas producto de la violencia (*Resolution WHA 56.24 on violence and health*), hasta las que ocurren en la vialidad (*Resolution WHA 57.10 on road safety and health*).

En México se han presentado avances en materia de prevención de lesiones accidentales. En cuanto al conocimiento epidemiológico del problema, la Secretaría de Salud ha dado importantes pasos en términos de registro de la mortalidad. El Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones (SEED), ha sido reconocido por la OMS por su cobertura y calidad. En términos de egresos hospitalarios, en el último decenio, se ha logrado incrementar la cobertura de hospitales de la Secretaría de Salud que reportan al Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) siguiendo las recomendaciones de la CIE-10, esto es, codificando la causa externa de las lesiones. Por su parte, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), cuenta con un buen sistema de registro hospitalario, y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), cuenta con bases de datos de egresos hospitalarios, sin embargo en el futuro deberá avanzar hacia el registro de la causa externa de las lesiones, ya que se trata de información de suma importancia para la toma de decisiones. Finalmente el país cuenta con información de encuestas poblacionales de salud representativas del ámbito nacional y estatal como la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000, la ENSANUT 2006 y la ENSANUT 2012, que son de gran utilidad para el conocimiento del problema.

III.4 Retos 2013-2018

Implementar un Programa de Acción Específico implica enormes retos en cada una de sus fases, desde su propio diseño hasta la evaluación de las intervenciones y los resultados obtenidos. El Programa busca dar respuesta a determinadas problemáticas que son abordadas a través de cada uno de los objetivos, estrategias y líneas de acción que lo conforman; sin embargo, su implementación conlleva algunos retos para el logro de los resultados esperados.

Sin duda, uno de los principales retos es el establecimiento de una coordinación al interior de la Secretaría de Salud entre las áreas que trabajan con estos grupos vulnerables. De igual forma, la coordinación multisectorial efectiva, aunque presenta retos, permite avanzar tanto en la recolección y análisis de información como en la ejecución de acciones específicas que tengan un impacto positivo en la prevención de las lesiones accidentales. Otro aspecto no menos importante es la participación de la sociedad en general para hacer efectivas las medidas de prevención propuestas. En este sentido, es indispensable priorizar las intervenciones, de acuerdo a su relevancia y viabilidad y, a partir de ello identificar y establecer acuerdos y compromisos con los principales actores con los que se trabajará.



IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES

IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES

IV.1 Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

La alineación entre cada uno de los documentos antes citados se especifica en los siguientes cuadros.

En el marco del PROSESA 2013-2018, el Titular del Ejecutivo señala que la salud es una condición indispensable para el bienestar de las personas y uno de los componentes fundamentales del capital humano para desarrollar todo su potencial a lo largo de la vida. Por ello la salud es crucial para lograr las metas nacionales definidas en el PND 2013-2018.

Este Programa, converge con una de las Metas Nacionales establecidas en el PND 2013-2018: México Incluyente.

Congruente con los objetivos de las metas nacionales antes señaladas, se alinea a los objetivos y estrategias tanto del PND como del PROSESA 2013-2018.

Cuadro 6. Alineación con el PND 2013-2018

Meta Nacional	Objetivo de la Meta Nacional	Estrategias del Objetivo de la Meta Nacional	Objetivo del PAE
<p>2.México Incluyente</p>	<p>2.2. Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente.</p>	<p>2.2.1. Generar esquemas de desarrollo comunitario a través de procesos de participación social.</p>	<p>2. Proponer un modelo integral para la prevención de las principales lesiones accidentales en distintos grupos vulnerables, basado en evidencia científica.</p>
		<p>2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad.</p>	
		<p>2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.</p>	<p>3. Coordinar el trabajo inter e intrasectorial para la implementación de las distintas intervenciones que busquen prevenir las lesiones accidentales.</p>
		<p>2.3.4. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.</p>	<p>4. Fortalecer la capacidad de los profesionales que trabajan en la prevención de lesiones accidentales.</p>
	<p>2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud.</p>	<p>2.3.1. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.</p>	<p>1. Analizar la epidemiología de las lesiones accidentales, enfocada a grupos vulnerables, para determinar sus características y evolución en el tiempo.</p>

IV.2 Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018

El PROSESA 2013-2018 fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el 12 de diciembre de 2013 y plantea alcanzar seis objetivos:

1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.
3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.
4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.
6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

Cuadro 7. Alineación con el PROSESA 2013-2018

Objetivos del PROSESA	Estrategias del PROSESA	Líneas de acción del PROSESA	Objetivo del PAE
<p>3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.</p>	<p>3.5. Contribuir a disminuir las muertes por lesiones de causa externa.</p>	<p>3.5.1. Mejorar la calidad y oportunidad de información a través del fortalecimiento del Observatorio Nacional de Lesiones.</p>	<p>1. Analizar la epidemiología de las lesiones accidentales, enfocada a grupos vulnerables, para determinar sus características y evolución en el tiempo.</p>
		<p>3.5.4. Fortalecer los mecanismos de colaboración multisectorial para la prevención de lesiones de causa externa intencionales y no intencionales.</p>	<p>2. Proponer un modelo integral para la prevención de las principales lesiones accidentales en distintos grupos vulnerables, basado en evidencia científica.</p>
		<p>3.5.7. Promover la participación comunitaria, educativa, municipal y multisectorial para la prevención de accidentes en el hogar.</p>	
<p>5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.</p>	<p>5.1. Fortalecer la formación y gestión de recursos humanos en salud.</p>	<p>5.1.2. Impulsar la formación de los recursos humanos alineada con las necesidades demográficas, epidemiológicas, de desarrollo económico y culturales.</p>	<p>4. Fortalecer la capacidad de los profesionales que trabajan en la prevención de lesiones accidentales.</p>
		<p>5.1.3. Impulsar la actualización y capacitación continua de los recursos humanos con base en las necesidades nacionales de salud.</p>	
		<p>5.1.7. Impulsar la capacitación en salud pública, salud ocupacional, gestión y calidad de servicios del personal de salud.</p>	
		<p>5.1.8. Consolidar los mecanismos interinstitucionales de colaboración para la formación de recursos humanos.</p>	
<p>6. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.</p>	<p>6.2. Fortalecer la regulación en materia de salubridad general.</p>	<p>6.2.1. Actualizar el marco legal para establecer una planeación interinstitucional única</p>	<p>3. Coordinar el trabajo inter e intrasectorial para la implementación de las distintas intervenciones que busquen prevenir las lesiones accidentales.</p>
	<p>6.4. Integrar un sistema universal de información en salud.</p>	<p>6.4.7. Fortalecer los mecanismos específicos para integrar, usar y explotar la información para la toma de decisiones</p>	



V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción

En concordancia con el PND y el PROSESA, el Programa de Acción Específico de Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables 2013-2018 pretende contribuir a disminuir las muertes accidentales, con énfasis en grupos vulnerables.

Este Programa toma en cuenta las distintas recomendaciones de la OMS en la materia,^{1, 2, 15-17} y hace uso de todos los recursos disponibles para el establecimiento de cuatro objetivos, seis estrategias y 13 líneas de acción:

Objetivos:

1. Analizar la epidemiología de las lesiones accidentales, enfocada a grupos vulnerables, para determinar sus características y evolución en el tiempo.
2. Proponer un modelo integral para la prevención de las principales lesiones accidentales en distintos grupos vulnerables, basado en evidencia científica.
3. Coordinar el trabajo inter e intrasectorial para la implementación de las distintas intervenciones que busquen prevenir las lesiones accidentales.
4. Fortalecer la capacidad de los profesionales que trabajan en la prevención de lesiones accidentales.

Objetivo 1. Analizar la epidemiología de las lesiones accidentales, enfocada a grupos vulnerables, para determinar sus características y evolución en el tiempo.

El análisis epidemiológico de las lesiones accidentales ha sido poco atendido en nuestro país, a pesar de ser un problema de salud pública prioritario. Es necesario contar con información actual y pertinente que permita entender la magnitud y alcances del problema para poder reconocer los distintos desafíos que presenta la prevención de las lesiones accidentales. Un aspecto importante es el análisis

de los distintos grupos vulnerables de interés (niñas y niños, personas adultas mayores, jóvenes, entre otros) y, al interior de estos grupos, identificar la afectación diferenciada entre quienes además viven en contextos/situación de pobreza y desde una perspectiva de género. Esto es, identificar los distintos determinantes sociales asociados a este problema de salud pública.

Este análisis permitirá orientar el diseño de un modelo integral para la prevención de accidentes en grupos vulnerables, y subsecuentemente medir el progreso en el logro de los objetivos propuestos.

Estrategia 1.1. Fortalecer la recolección, almacenamiento, análisis, difusión y aplicación de datos.

Líneas de acción:

- 1.1.1. Identificar las fuentes de información existentes que permitan documentar la epidemiología de las lesiones accidentales.
- 1.1.2. Fortalecer el funcionamiento del observatorio nacional y los observatorios estatales de lesiones para recabar información relevante y oportuna de lesiones accidentales.
- 1.1.3. Generar documentos técnicos a partir de la información recabada por el sector salud y los observatorios de lesiones.

Estrategia 1.2. Impulsar investigación multidisciplinaria e intersectorial que permita generar evidencia científica para informar la toma de decisiones.

Líneas de acción:

- 1.2.1. Definir y difundir una agenda de investigación prioritaria de acuerdo a las necesidades de información identificadas por el STCONAPRA.
- 1.2.2. Promover la inversión de recursos financieros para conducir la investigación prioritaria identificada.

Objetivo 2. Proponer un modelo integral para la prevención de las principales lesiones accidentales en distintos grupos vulnerables, basado en evidencia científica.

Existe evidencia de otros contextos sobre estrategias que han resultado efectivas para la prevención de lesiones accidentales. Diversos organismos, como la OMS, han producido informes y manuales integrando una serie de intervenciones, programas y buenas prácticas que pueden ser adecuados al contexto mexicano.^{1, 2, 15-17}

Tomando como referencia el diagnóstico epidemiológico de las lesiones accidentales en México y aprovechando toda la evidencia disponible, el STCONAPRA desarrollará un modelo integral para la prevención de lesiones accidentales. Este modelo pondrá especial énfasis en atender las necesidades particulares de los distintos grupos vulnerables de interés. Para ello, se requiere de la participación de distintos organismos e instituciones nacionales e internacionales para retroalimentar este esfuerzo colectivo. De igual forma se fomentará la participación ciudadana y de la sociedad civil organizada para que el modelo integral sea socialmente aceptable y logre tener un mejor impacto en la población mexicana.

Estrategia 2.1. Convocar a organismos e instituciones nacionales e internacionales para definir y desarrollar intervenciones relacionadas con la prevención de lesiones accidentales.

Líneas de acción:

- 2.1.1. Conformar un grupo multidisciplinario e interinstitucional para diseñar un modelo integral basado en evidencia para prevenir lesiones accidentales.
- 2.1.2. Promover el intercambio de información, proyectos y buenas prácticas a través de reuniones nacionales, regionales y locales.

Objetivo 3. Coordinar el trabajo inter e intrasectorial para la implementación de las distintas intervenciones que busquen prevenir las lesiones accidentales.

La prevención de lesiones accidentales requiere de la conjunción de acciones, esfuerzos y recursos de los distintos actores implicados en la respuesta a esta problemática, particularmente de las autoridades en sus distintos órdenes de gobierno. Esto permitirá su potenciación y facilitará el cumplimiento de la meta de reducir los daños, que ocasionan a la salud poblacional, este tipo de eventos.

Para ello se deben fortalecer los mecanismos de colaboración con los Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes (COEPRA) y demás sectores y actores involucrados directa e indirectamente en la prevención de lesiones accidentales para coordinar la implementación del modelo integral y su evaluación.

Estrategia 3.1. Fortalecer los mecanismos de colaboración con los COEPRA para la implementación del modelo integral de prevención de lesiones accidentales.

Líneas de acción:

- 3.1.1. Gestionar y transferir recursos financieros a los estados para la implementación del modelo integral de prevención de lesiones accidentales.
- 3.1.2. Evaluar el proceso y resultados de la implementación del modelo integral para informar la toma de decisiones futuras.

Estrategia 3.2. Fortalecer los mecanismos de colaboración multisectorial para la prevención de lesiones accidentales.

Líneas de acción:

- 3.2.1. Identificar aspectos legislativos, regulatorios y normativos que pudieran ser mejorados o actualizados.
- 3.2.2. Promover la instrumentación integral de medidas de prevención de lesiones accidentales a través del orden jurídico.

Objetivo 4. Fortalecer la capacidad de los profesionales que trabajan en la prevención de lesiones accidentales.

En México existen pocos programas de entrenamiento formales para profesionales que trabajan en la prevención de lesiones accidentales. Se requiere de un programa que tenga una visión multidisciplinaria para abordar el tema de la prevención y control de las lesiones accidentales. El STCONAPRA ha trabajado en el tema de capacitación y entrenamiento de profesionales de la salud, principalmente enfocado al tema de la seguridad vial. Este Programa busca extender la cobertura de los temas que se imparten para incluir otras causas importantes de lesiones accidentales.

Estrategia 4.1. Fortalecer la formación de recursos humanos en salud para la prevención de lesiones accidentales en grupos vulnerables.

Líneas de acción:

- 4.1.1. Diseñar un programa de capacitación dirigido para los operadores del modelo integral en colaboración con organismos e instituciones líderes.
- 4.1.2. Implementar el programa de capacitación diseñado con el objetivo último de contribuir a la prevención de las lesiones accidentales.

Líneas de acción:

- Recabar y analizar información sobre lesiones accidentales con el mayor nivel de desagregación considerando una perspectiva de género.
- Apoyar la realización de campañas preventivas de prevención de lesiones accidentales con perspectiva de género.
- Fortalecer la prevención de las lesiones accidentales con perspectiva de género.

V.2 Estrategias Transversales

Perspectiva de Género

La categoría de análisis denominada género es útil para observar, analizar y comprender las desigualdades socio-culturales entre mujeres y hombres que forman parte de una realidad, de cara a promover acciones en favor de la equidad entre hombres y mujeres.

Un diagnóstico de las necesidades particulares y diferenciadas de mujeres y hombres en salud es el concepto básico para una planificación equitativa y eficaz, el tipo de acciones a emprender en función de los problemas detectados.

Se comunicarán, informarán y difundirán los contenidos que de este diagnóstico se desprendan con perspectiva de género, tanto dentro de la gestión interna como para la ciudadanía, ya que por medio del lenguaje hablado, escrito y visual, es posible contribuir a alcanzar la equidad de género, mediante el uso de un lenguaje inclusivo.



VI. INDICADORES Y METAS

VI. INDICADORES Y METAS

Elemento	Características				
Indicador 1	Porcentaje de Observatorios Estatales de Lesiones que incluyen variables relacionadas con accidentes en grupos vulnerables.				
Objetivo del PAE	Analizar la epidemiología de las lesiones accidentales, enfocada a grupos vulnerables, para determinar sus características y evolución en el tiempo.				
Descripción general	Se considerarán en el numerador los Observatorios Estatales que incorporen en sus bases de datos las variables mínimas relacionadas con accidentes en grupos vulnerables establecidas por el STCONAPRA y que reporten de manera semestral los datos para su incorporación al Observatorio Nacional.				
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de Observatorios Estatales de Lesiones que incluyen variables relacionadas con accidentes en grupos vulnerables / Denominador: Total de Observatorios Estatales de Lesiones instalados por 100.				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	COEPPA / STCONAPRA				
Referencias adicionales	STCONAPRA				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	0%	5%	10%	20%	40%
Línea base 2013			Meta Sexenal		
0%			40%		

Elemento	Características				
Indicador 2	Porcentaje de instituciones participantes en el diseño, implementación y evaluación del Modelo Integral de Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables.				
Objetivo del PAE	Proponer un modelo integral para la prevención de las principales lesiones accidentales en distintos grupos vulnerables, basado en evidencia científica.				
Descripción general	Se convocará a instituciones del sector público y privado, así como a organismos no gubernamentales e instituciones internacionales para conformar un grupo de trabajo para el diseño y eventual operación del Modelo Integral de Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables. Dicho grupo de trabajo sesionará periódicamente tomando acuerdos para el desarrollo y la conclusión del citado documento en el periodo establecido por el STCONAPRA.				
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de instituciones participantes en el diseño del Modelo Integral de Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables / Denominador: Total de instituciones convocadas para el diseño del Modelo Integral de Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables por 100.				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	STCONAPRA				
Referencias adicionales	STCONAPRA				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	0%	50%	60%	70%	80%
Línea base 2013			Meta Sexenal		
0%			80%		

Elemento	Características					
Indicador 3	Porcentaje de Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes que incorporan actividades dirigidas a la prevención de accidentes en grupos vulnerables.					
Objetivo del PAE	Coordinar el trabajo inter e intrasectorial para la implementación de las distintas intervenciones que busquen prevenir las lesiones accidentales.					
Descripción general	Se considerarán en el numerador a los Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes que incorporen a sus programas de trabajo acciones dirigidas a la prevención de accidentes en grupos vulnerables. La realización de dichas acciones se harán válidas a través de las actas de acuerdos de los COEPRA y los informes de actividades que entregan periódicamente al STCONAPRA.					
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes que incorporan actividades dirigidas a la prevención de accidentes en grupos vulnerables / Denominador: Total de Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes en activo por 100.					
Periodicidad	Anual.					
Fuente	COEPRA / STCONAPRA					
Referencias adicionales	STCONAPRA					
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018	
	0%	5%	10%	20%	40%	
Línea base 2013			Meta Sexenal			
0%			40%			

Elemento	Características				
Indicador 4	Porcentaje de profesionales participantes en los cursos de capacitación sobre prevención de accidentes en grupos vulnerables.				
Objetivo del PAE	Fortalecer la capacidad de los profesionales que trabajan en la prevención de lesiones accidentales.				
Descripción general	Se convocará a las distintas instituciones del sector salud para participar en los cursos de capacitación impartidos por el STCONAPRA sobre prevención de accidentes en grupos vulnerables. Se avalará la asistencia de los participantes a través de listados y constancias entregadas.				
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de profesionales participantes en los cursos de capacitación sobre prevención de accidentes en grupos vulnerables / Denominador: Total de profesionales programados por 100.				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	STCONAPRA				
Referencias adicionales	STCONAPRA				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	0%	40%	50%	60%	80%
Línea base 2013			Meta Sexenal		
0%			80%		



VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD

VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD

Las muertes por lesiones accidentales son el resultado de la concurrencia de múltiples factores, por lo que su atención requiere de una política pública con un abordaje multisectorial, con estrategias e intervenciones integrales.

La participación de múltiples actores del propio sector salud, así como de otros sectores vinculados al tema de lesiones intencionales, aunado a las experiencias de la comunidad internacional y, especialmente, la participación de la población, organizada en grupos o asociaciones es indispensable en la implementación de cada una de las líneas de acción que establece el PAE, por lo que la coordinación con éstas permitirá incidir de manera efectiva en la reducción de las lesiones intencionales.

Matriz de Corresponsabilidad Externa

Objetivo 1		Analizar la epidemiología de las lesiones accidentales, enfocada a grupos vulnerables, para determinar sus características y evolución en el tiempo.												
Indicador 1		Porcentaje de Observatorios Estatales de Lesiones que incluyen variables relacionadas con accidentes en grupos vulnerables.								Meta 1		40%		
Línea de acción		DGIS	DGE	CeNSIA	INGER	IMSS	ISSSTE	SNDIF	COEPRA	SESA	INAPAM	INEGI	SEDESOL	Observaciones
No.	Descripción													
1.1.1.	Identificar las fuentes de información existentes que permitan documentar la epidemiología de las lesiones accidentales.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Es necesario el trabajo coordinado entre las instituciones involucradas a fin de concentrar en una sola fuente de información los datos relacionados con accidentes en grupos vulnerables
1.1.2.	Fortalecer el funcionamiento del observatorio nacional y los observatorios estatales de lesiones para recabar información relevante y oportuna de lesiones accidentales.								✓	✓				Los observatorios de lesiones deben consolidarse como la fuente primaria de información sobre lesiones accidentales

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN GRUPOS VULNERABLES

Línea de acción		DGIS	DGE	CeNSIA	INGER	IMSS	ISSSTE	DIF	COEPRA	SESA	INAPAM	INEGI	SEDESOL	Observaciones
No.	Descripción													
1.1.3.	Generar documentos técnicos a partir de la información recabada por el sector salud y los observatorios de lesiones.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

Objetivo 2		Proponer un modelo integral para la prevención de las principales lesiones accidentales en distintos grupos vulnerables, basado en evidencia científica.									
Indicador 2		Porcentaje de instituciones participantes en el diseño, implementación y evaluación del Modelo Integral de Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables.						Meta 2		80%	
Línea de acción		SSA	IMSS	ISSSTE	DIF	SESA	SEDESOL	OPS	ONG	Observaciones	
No.	Descripción										
2.1.1.	Conformar un grupo multidisciplinario e interinstitucional para diseñar un modelo integral basado en evidencia para prevenir lesiones accidentales.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	La corresponsabilidad de las instituciones radica en el intercambio de información y en la toma de decisiones para lograr prevenir y disminuir las lesiones accidentales.	
2.1.2.	Promover el intercambio de información, proyectos y buenas prácticas a través de reuniones nacionales, regionales y locales.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN GRUPOS VULNERABLES

Objetivo 3		Coordinar el trabajo inter e intrasectorial para la implementación de las distintas intervenciones que busquen prevenir las lesiones accidentales									
Indicador 3		Porcentaje de Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes que incorporan actividades dirigidas a la prevención de accidentes en grupos vulnerables.						Meta 3	40%		
Línea de acción		SSA	IMSS	ISSSTE	DIF	SESA	COEPRA	Gobierno Local	Instituciones Locales	Observaciones	
No.	Descripción										
3.1.1.	Gestionar y transferir recursos financieros a los estados para la implementación del modelo integral de prevención de lesiones accidentales.	✓				✓	✓			La corresponsabilidad de las instituciones en la primera línea de acción radica en el intercambio de información y en la toma de decisiones, mientras que para la segunda línea de acción radica en la mejora en la recolección y calidad de los datos e información	
3.1.2.	Evaluar el proceso y resultados de la implementación del modelo integral para informar la toma de decisiones futuras.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		

Objetivo 4		Fortalecer la capacidad de los profesionales que trabajan en la prevención de lesiones accidentales.							
Indicador 4		Porcentaje de profesionales participantes en los cursos de capacitación sobre prevención de accidentes en grupos vulnerables.				Meta 4		80%	
Línea de acción		SSA	CONASA	CCINSHAE	DGCES	SESA	COEPRA	OPS	Observaciones
No.	Descripción								
4.1.1.	Diseñar un programa de capacitación dirigido para los operadores del modelo integral en colaboración con organismos e instituciones líderes.	✓		✓	✓	✓	✓	✓	Las instituciones participantes apoyaran al STCONAPRA al diseño del programa de capacitación y a su implementación conforme a sus ámbitos de competencia.
4.1.2.	Implementar el programa de capacitación diseñado con el objetivo último de contribuir a la prevención de las lesiones accidentales.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	



VIII. TRANSPARENCIA

VIII. TRANSPARENCIA

El monitoreo y evaluación de los Programas contribuye a la gobernabilidad mediante el fortalecimiento de rendición de cuentas y de transparencia en la gestión. Asimismo, impulsa el desarrollo de la cultura del desempeño en la administración pública capaz de sustentar una mejor formulación de políticas y una más eficiente toma de decisiones presupuestarias. En las últimas décadas nuestro país ha tenido una transición progresiva de la sociedad civil que han participado e intervenido para que esto suceda como agentes de cambio; no obstante aún quedan retos por resolver.

Para dar cumplimiento al acceso a la sociedad civil sobre el logro de metas, existen diversas fuentes de información de libre acceso disponibles en la página de la Secretaría de Salud: www.salud.gob.mx, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud: www.spps.gob.mx, del STCONAPRA: www.conapra.salud.gob.mx y a través del enlace de contacto en el sitio web.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization, Unicef. World report on child injury prevention. 1st. ed. Geneva, Switzerland: WHO; 2008.
2. World Health Organization. WHO global report on falls prevention in older age. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007.
3. Merson MH, Black RE, Mills A. International public health: diseases, programs, systems, and policies. 2nd ed. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett; 2006.
4. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima revisión. 10a ed. Washington, DC: OPS; 1995.
5. Gordon JE. The epidemiology of accidents. *Am J Public Health Nations Health* 1949;39(4):504-15.
6. Haddon W, Jr. The changing approach to the epidemiology, prevention, and amelioration of trauma: the transition to approaches etiologically rather than descriptively based. *Am J Public Health Nations Health* 1968;58(8):1431-8.
7. Meddings DR, Knox LM, Maddaleno M, Concha-Eastman A, Hoffman JS. World Health Organization's TEACH-VIP: contributing to capacity building for youth violence prevention. *Am J Prev Med* 2005;29(5 Suppl 2):259-65.
8. Comisión de Atención a Grupos Vulnerables LIM. Grupos Vulnerables. [cited 2014 Julio 2014]; Available from: http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/Cesop/Eje_tematico_old_14062011/d_gvulnerables.htm
9. Delor F, Hubert M. Revisiting the concept of 'vulnerability'. *Soc Sci Med* 2000;50(11):1557-70.
10. Manrique-Espinoza B, Salinas-Rodriguez A, Moreno-Tamayo K, Tellez-Rojo MM. [Functional dependency and falls in elderly living in poverty in Mexico]. *Salud Publica Mex* 2011;53(1):26-33.
11. Convention on the Rights of the Child. In. New York, NY: United Nations 1989.
12. OMS. Planificación y organización de los servicios geriátricos. Informe de un comité de expertos. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 1974.
13. Juarez-Ramirez C, Marquez-Serrano M, Salgado de Snyder N, Pelcastre-Villafuerte BE, Ruelas-Gonzalez MG, Reyes-Morales H. [Health inequality among vulnerable groups in Mexico: older adults, indigenous people, and migrants]. *Rev Panam Salud Publica* 2014;35(4):284-90.
14. Gutiérrez J, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX); 2012.
15. World Health Organization. Preventing injuries and violence: a guide for ministries of health. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007.
16. World Health Organization. A WHO plan for burn prevention and care. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.
17. World Health Organization. Guidelines for conducting community surveys on injuries and violence. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2004.
18. World Health Organization., Krug EG. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
19. Soberon G. [AIDS: general characteristics of a public health problem]. *Salud Publica Mex* 1988;30(4):504-12.

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

AVPP	Años de Vida Potencial Perdidos
CCINSHAE	Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
CENSIA	Centro Nacional de Salud para la Infancia y la Adolescencia
CIE-10	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima revisión
COEPRA	Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes
CONASA	Consejo Nacional de Salud
DALY	Disability Adjusted Life Years
DGCES	Dirección General de Calidad y Educación en Salud
DGE	Dirección General de Epidemiología
DGIS	Dirección General de Información en Salud
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
DOF	Diario Oficial de la Federación
ENSA	Encuesta Nacional de Salud
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
GAIA	Grupo de Atención Integral a la Salud de la Adolescencia
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INAPAM	Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INGER	Instituto Nacional de Geriátrica
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
NOM	Norma Oficial Mexicana
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN GRUPOS VULNERABLES

OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAE	Programa de Acción Específico
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social
SEED	Sistema Estadístico Epidemiológico de las Defunciones
SESA	Servicios Estatales de Salud
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SSA	Secretaría de Salud
STCONAPRA	Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Adulto mayor. Se define una persona, como adulta mayor a partir de los 60 años de edad.¹²

Abordaje Multisectorial. La prevención y el control de las lesiones accidentales requieren de la participación de múltiples sectores, como el sector salud, educación, transporte, el poder legislativo, el poder judicial, etc. Si bien el sector salud tiene un rol importante en cuanto a recabar y analizar información, conducir investigación sobre factores de riesgo, implementar y evaluar intervenciones y programas, proveer atención médica, etc.; los distintos sectores involucrados también tienen un rol específico que es de gran relevancia para resolver este problema de salud pública. De esta forma, el abordaje multisectorial consiste en la colaboración permanente entre distintos sectores para armonizar sus esfuerzos en materia de prevención de lesiones accidentales teniendo objetivos comunes y coordinando sus actividades específicas. Esta colaboración entre sectores debe traspasar los límites organizacionales de tal forma que el sector público, el sector privado y los organismos de la sociedad civil puedan combinar su experiencia y conocimiento y potenciar sus esfuerzos.¹

Infancia o niñez. Incluye a todas las personas menores de 18 años de edad.¹¹

Lesión de causa externa. Ha sido definida como “cualquier daño o impedimento corporal específico e identificable, resultado de una exposición aguda a energía térmica, mecánica, eléctrica o química o de la ausencia de elementos esenciales como el calor y el oxígeno”.³

Lesiones accidentales. Son las lesiones de causa externa que se presentan cuando no hay una intencionalidad, implícita o explícita de causar un daño, de ahí que el término más adecuado para referirse a este tipo de daños a la salud es “lesiones no intencionales”.⁴

Problema de salud pública. Se dice que un problema es de salud pública cuando presenta una elevada frecuencia de morbi-mortalidad entre una población determinada, o bien cuando es altamente letal. La velocidad de expansión del problema y las repercusiones que tiene para la sociedad tanto desde el punto de vista del costo económico como de las consecuencias en salud, como la discapacidad, son elementos que también son considerados para caracterizar una condición como problema de salud pública.¹⁹

Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (STCONAPRA). Órgano colegiado creado por decreto, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 20 de marzo de 1987, integrado por el titular de la Secretaría de Salud, quien lo preside, y por representantes de las Secretarías de Programación y Presupuesto; Comunicaciones y Transportes; Educación Pública y de Trabajo y Previsión Social; la Procuraduría General de la República; el Instituto Mexicano del Seguro Social; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

Vulnerabilidad. Concepto caracterizado por tres coordenadas: el mayor riesgo de estar expuesto a una situación de crisis (exposición), el riesgo de no tener los recursos necesarios para enfrentar esta situación (capacidad) y el riesgo de ser sujeto de serias consecuencias.⁹

ANEXOS

Consideraciones para el cálculo de la meta del indicador 1.

1. Porcentaje de Observatorios Estatales de Lesiones que incluyen variables relacionadas con accidentes en grupos vulnerables.

El Acuerdo 26 de la Décimo Cuarta Reunión del Consejo Nacional de Salud en 2010, estableció poner en marcha el Observatorio Nacional de Lesiones y la creación de los Observatorios Estatales de Lesiones. El año siguiente se elaboró la metodología, las herramientas técnicas y se brindó la capacitación necesaria para la instalación y operación de los observatorios estatales de lesiones a través de la asesoría a los Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes y/o figuras similares. Estos observatorios recaban información principalmente sobre seguridad vial. Se buscará recabar información de utilidad también para otro tipo de lesiones. A partir de 2014 se ha buscado completar el número de observatorios instalados y, en los ya existentes, se está dando asesoría para la operación de los mismos generando bases de datos consolidadas y actualizadas. Esta información servirá para la generación de investigación, seguimiento y evaluación de las acciones, así como el diseño de intervenciones basadas en datos confiables y oportunos.

Para el alcance de las metas intermedias y de la meta sexenal, se requiere de la voluntad política de las instituciones locales, así como la existencia de recursos humanos y tecnológicos. El responsable del Observatorio requiere de personal y equipo suficiente para analizar la accidentalidad al interior de la entidad federativa. Estas condiciones se establecen en cada sesión de capacitación y asesoría.

Actualmente, se cuenta con dos observatorios que han producido bases de datos en el tema de la seguridad vial, es decir, 11.7% de los ya instalados. Para 2015 se espera que al menos dos produzcan una base de datos consolidada que incluya lesiones accidentales en grupos vulnerables y que, en los años subsecuentes, el porcentaje aumente a razón de dos al año. Así, en 2018 se espera que al menos ocho observatorios estatales instalados generen información con base en las características ya descritas.

Estas acciones se verán fortalecidas mediante la asesoría técnica y la entrega de herramientas tecnológicas a los observatorios estatales, las cuales permitirán recolectar y dar seguimiento a las lesiones por accidentes viales, con el objeto de generar datos y evidencia científica para la prevención de las mismas.



PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN
GRUPOS VULNERABLES

PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD 2013-2018

Primera edición, xxx 2014

D.R. Secretaría de Salud
Lieja 7, Col. Juárez
06696, México, D.F.