



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



48.º CONSEJO DIRECTIVO

60.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008

Punto 4.16 del orden del día provisional

CD48/20 (Esp.)
21 de agosto del 2008
ORIGINAL: ESPAÑOL

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA Y LOS TRAUMATISMOS Y PROMOCIÓN DE LA SEGURIDAD: UN LLAMADO A LA ACCIÓN EN LA REGIÓN

Antecedentes

1. La primera Reunión Ministerial de las Américas sobre Prevención de Violencia y Lesiones, convocada por el Secretario de Salud de México y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en Mérida, México, el 14 de marzo del 2008, adoptó la Declaración Ministerial sobre Prevención de Violencia y Lesiones en las Américas (anexo A), destacando la necesidad de esfuerzos adicionales para solucionar este grave problema de salud pública y de desarrollo.
2. La prevención de lesiones de causa externa (LCE),¹ sean de origen intencional, tales como los homicidios o violencia contra las mujeres, o no intencional como los atropellamientos de tránsito, las caídas o quemaduras accidentales, es la responsabilidad de los ministerios de salud, sin detrimento de su obligación primaria por la atención, cuidado y recuperación de los pacientes víctimas de LCE de naturaleza física, psicológica, sexual o por negligencia. El rol del sector salud es amplio y debe incluir aspectos de dirección, promoción, colaboración, evaluación y disuasión.
3. Las políticas y programas de prevención de LCE, bajo la perspectiva de la salud pública, están orientadas a proteger la vida y mejorar el bienestar de las personas de igual manera que a otros problemas que afectan la salud individual o colectiva.
4. Varios ministerios de salud de la Región cuentan con programas de prevención de la violencia y las lesiones y promoción de seguridad. Asimismo, han ratificado que las

¹ Para efecto de este documento “lesión de causa externa” es cualquier daño a la salud física, psicológica, o sexual contra una persona, un grupo de ellas, o la persona misma, independientemente de su severidad y origen intencional o no intencional.

LCE representan un problema de salud pública, no solo por la alta carga de lesionados y el costo que ello representa, sino también por el efecto negativo que tienen sobre el desarrollo y el bienestar de las personas y de la comunidad. Estos ministerios disponen de sistemas de información sobre el tema, y participan de comités de trabajo intersectorial para desarrollar acciones preventivas.

5. El objetivo actual es avanzar en la disminución de brechas que afectan el accionar cotidiano, tales como el conocimiento e información sobre qué hacer y cómo actuar. De hecho, hoy se tiene un mejor conocimiento de políticas efectivas, así como de intervenciones exitosas, y se dispone de una amplia documentación (anexo B) que permite tomar decisiones con mayor posibilidad de eficacia.

6. El presente documento y el proyecto de resolución anexa responden al mandato del 142.^a sesión del Comité Ejecutivo sobre el tema, y representan la primera ocasión en la cual se integran las LCE al problema de la violencia, independientemente si son intencionales o no, con lo cual se busca contribuir a perfeccionar el rol del sector salud para la prevención y tratamiento de las mismas.

Magnitud

7. La recopilación sistemática de datos sobre LCE no está suficientemente desarrollada en nuestra Región, por lo que a menudo se notifica un número parcial de defunciones y traumatismos graves. Conocer mejor la magnitud del problema es un reto que debe abordarse con urgencia. De los datos disponibles, entre los años 2000 y 2005 se registraron alrededor de 1.620² muertes diarias por causa de LCE en la Región de las Américas, aproximadamente 593.000 anualmente. De estas, 159.000 (26,8%) son homicidios, 67.800 por suicidio (11,4%) y 152.000 (25,6%) por accidentes de tránsito. La mayoría, 215.000 (36,2%) se clasifican como “Otras causas”, lo que pone de relieve la necesidad de fortalecer las bases de datos en cada país. Por cada muerte, se notifican entre 10 y 20 lesiones. A esto se suma el problema de las discapacidades permanentes o temporales, sean éstas de índole física o psicológica, con el consecuente impacto negativo para las familias y la sociedad.

8. Entre los hombres se estima que la tasa de homicidio esta entre 35 y 40 por 100.000 habitantes en la Región, una cifra excepcionalmente alta. Entre las mujeres, la tasa se estima alrededor de 8 por 100.000 habitantes. En muchos países, por cada mujer asesinada mueren entre 8 a 10 hombres, razón que aún tomando en cuenta las diferencias entre países, se ha mantenido estable en la Región.

9. La prevalencia de la violencia contra las mujeres ejercida por su pareja es alta. En México una encuesta sobre violencia contra las mujeres destacó que un 21,5% de las

² Fuente: OPS (2005) Indicadores básicos, Situación de salud en las Américas. Cifras redondeadas.

entrevistadas reconoció haber sido víctima de violencia psicológica, física y sexual en forma simultánea.

10. Datos de los años 2000-2004 destacan la cifra de 31 millones de años de vida potencial perdidos por causa de homicidios y suicidios, en gran parte por la mortalidad de los jóvenes. Las lesiones por causa externa son responsables de 6 millones de años de vida con discapacidad, comparado con 4 millones por enfermedades infecciosas, así como alrededor de 1 millón por enfermedades cardiovasculares y cáncer o neoplasias. La mortalidad por accidentes de tránsito en América Latina y el Caribe es una de las más altas del mundo y sigue aumentando con la proliferación de motociclistas.³

11. Por lo general, los jóvenes y adolescentes de nuestra Región entre las edades de 10 y 24 años están expuestos a factores de riesgo, tales como su exclusión de la fuerza laboral o del sistema escolar. A esto se suman las conductas de riesgo como el abuso de alcohol y consumo de drogas narcóticas.⁴ Un estudio global sobre salud en las escuelas nota que 1 niña o 2 niños de cada 4, entre las edades de 13 y 15 años, reportan haber sufrido ataques físicos, haber recibido una herida seria, o haber sido intimidados.⁵

12. En los hospitales donde se han establecido sistemas de información confiables sobre lesiones de causa externa, se ha determinado que un 60% o más de las consultas a emergencia se deben a caídas, quemaduras e intoxicaciones. Esto destaca la necesidad del trabajo intersectorial.^{6,7,8,9,10}

³ Fraade-Blanar L, Concha-Eastman A, Baker T. Injury in the Americas: the relative burden and challenge. *Rev Panam Salud Publica.* 2007;22(4):254-9. Calculada con base en: Pan American Health Organization. *Health conditions in the Americas.* 2007 ed. Washington, D.C.: PAHO; 2007 y Global Road Safety. *The coming plague of road traffic injuries: a presentable burden for rich and poor countries* [Internet site]. Global Road Safety. Available from <http://www.globalroadsafety.org/>. Accessed 1 April 2006.

⁴ Maddaleno M, Concha-Eastman A & Marques S. (2006) *Youth violence in Latin America: a Framework for action.* *African Safety Promotion* 4(2):120-136. Presented at the 8th World Conference on Violence Prevention and Safety Promotion, Durban, South Africa, April 2006.

⁵ Fuente: Base de datos del la Encuesta mundial de salud en escolares (2008). Informe en preparación. <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeescuelas/EMSE/EMSEesp.html>

⁶ Malta, Carvalho D, 1 Silva, Alves M, 1 Mascarenhas M, 1 Morais OL, 1 Gawryszewski V, 2 Costa V, 1. Ministry of Health of Brazil, Brazil. Secretary of Health of São Paulo, Brazil. *Surveillance in Sentinel Injuries Services in Brazil, 2006.* 2008; pp. 17. Presented at the 8th World Conference on Violence Prevention and Safety Promotion, Merida, Mexico, March 2008.

⁷ De Montoya J, 2 Rivas Loría P, 3 De Cosío G, 3 Salinas O, 3 Clavel Arcas C, 3 Serpas M, 1 et al. Ministerio de Salud y Asistencia Social, El Salvador. Organización Panamericana de la Salud. El Salvador. Organización Panamericana de la Salud, El Salvador. *Implementando un sistema de vigilancia de lesiones en El Salvador, 2006.* Presentado en la 9ª Conferencia Mundial sobre Prevención de Lesiones y Promoción de la Seguridad. Merida, México, Marzo 2008.

⁸ Chacon, Rafael; Concha-Eastman, Alberto; Espitia, Victoria Eugenia; Rocha-Castillo, Julio; Soriano-Gabarro, Montse; Suarez-Rangel, Gloria. *Hospital-based injury surveillance Systems in Nicaragua and*

Conceptos y criterios guías

13. La OMS y la OPS han adoptado el modelo ecológico explicativo de la múltiple causalidad de la violencia que se adapta a otro tipo de LCE, en el cual se interrelacionan los niveles individual, de relaciones interpersonales y comunitarias, así como factores de orden macrosocial. Esto último pone énfasis igualmente en la necesidad imperiosa de trabajar con un enfoque intersectorial en el desarrollo y ejecución de políticas preventivas siguiendo los presupuestos de la promoción de la salud y de los determinantes sociales.

14. El enfoque ecológico se complementa y enriquece con el Informe sobre Seguridad Humana (PNUD, 1994) y el documento de la Comisión de Seguridad Humana del Secretario General de las Naciones Unidas: *Seguridad Humana Ahora* (2003) que introducen este concepto como una dimensión holística.

15. La violencia interpersonal y la inseguridad, especialmente la callejera y cuando sus niveles son altos, generan rupturas en el tejido social y diezman oportunidades de relaciones entre los miembros de la sociedad. La salud y la seguridad personal y colectiva son derechos humanos que se vulneran cuando una o varias personas son violentadas, golpeadas o humilladas.

16. Se reconoce que el consumo y tráfico de drogas narcóticas son el principal factor desencadenante, como factor único, de eventos de violencia. También contribuye a la inseguridad vial. La confrontación de este problema es intersectorial. Lamentablemente las cifras sobre la magnitud de su contribución al problema de LCE no son exactas pero ello no es obstáculo para posponer decisiones sobre su control y prevención.

Lecciones aprendidas, avances y retos

17. Los casos presentados por los ministros o sus delegados en la reunión ministerial de Mérida son ejemplos de progresos realizados en el sector salud que han contribuido al avance en el compromiso por la prevención de LCE y la promoción de la seguridad. Estos incluyeron:

El Salvador, 2001-2002. 2004; p.132. Presented at the 7th World Conference Injury Prevention and Safety Promotion.

⁹ Concha-Eastman, Alberto; Espinosa, Rafael; Espitia, Victoria Eugenia; Gutiérrez, Maria Isabel; Muñoz, Edgar; Muñoz, Victor Hugo. *Pilot study of the international classification of external causes of injuries (ICECI), in Cali, Colombia.* 2004; p.223. Presented at the 7th World Conference Injury Prevention and Safety Promotion.

¹⁰ Noe, R.; Rocha, J.; Clavel-Arcas, C.; Aleman, C.; Gonzales, M.E.; Mock, C. *Occupational injuries identified by an emergency department based injury surveillance system in Nicaragua.* Injury Prevention, IP5165, Module 1, 30/6/04, Rev 7.51n/W (January 20, 2003).

- Argentina: Construyendo la legislación argentina sobre seguridad vial
- Brasil: Políticas públicas para la reducción de violencia en Brasil
- Colombia: PREVIVA: una experiencia exitosa de generación de una política pública para la promoción de la convivencia ciudadana
- Costa Rica: Prevención de violencia y lesiones: Cultura de paz en los centros infantiles
- El Salvador: Sistema de información de lesiones de causa externa (SILEX)
- Estados Unidos: Prevención de caídas: llevando la investigación a la acción
- Jamaica: La alianza por la prevención de la violencia y los sistemas de información hospitalarios
- México: Programa nacional contra la violencia familiar y de género

18. Los documentos *Guía para los Ministerios de Salud: Prevención de violencia y lesiones (OMS, 2008)*, el *Informe mundial sobre la violencia y la salud (OMS, 2002)*; *La violencia contra la mujer, el sector salud responde (OPS, 2003)*; el *Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito (OMS, Banco Mundial, 2004)*; *Preparados, listos, ya (OPS, 2008)* sobre la prevención de la violencia que afecta a jóvenes y adolescentes; *Prevención y cuidado de las quemaduras (OMS, 2008)*, entre otros, contienen propuestas específicas y con evidencia de su efectividad.

19. En casi todos los países de la Región existen leyes, acuerdos, convenios nacionales e internacionales e instituciones dirigidos a prevenir la violencia intrafamiliar y a proteger especialmente a las mujeres, niñas y niños cuando han sido víctimas de actos violentos. Es reconocida la preocupación constante de la sociedad para que estas leyes nacionales sean efectivamente implementadas por las autoridades, con el debido respeto a los derechos humanos. Sin embargo, dichas leyes o normas requieren de mecanismos que aseguren su cumplimiento. La mayoría de los Estados Miembros han ratificado la Convención de los Derechos del Niño.

20. Se han establecido sistemas de información sobre LCE en las secciones de emergencias en hospitales centinela en varios países de la Región, junto con el apoyo de la OPS y el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades/Ministerio de Salud de los Estados Unidos.

21. Hay observatorios de mortalidad en Colombia, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá, impulsados por la OPS junto con la Coalición Interamericana por la Prevención de la Violencia y el respaldo de la Agencia para el Desarrollo Internacional, de los Estados Unidos, y proyectos similares en curso en el Caribe y países Andinos. Estos observatorios intersectoriales, con membresía de la policía, los institutos de medicina forense, las alcaldías, el sector privado y los organismos no gubernamentales además del sector de la salud, incorporan a veces a las universidades en la coordinación.

22. En Colombia, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Perú, con la cooperación de la Agencia de Cooperación Alemana, se ha trabajado con los institutos de la juventud y las organizaciones no gubernamentales, fortaleciendo alianzas, identificando y evaluando la eficacia de programas de prevención de violencia juvenil.

23. Para la reducción de lesiones en las vías públicas se conocen intervenciones evaluadas, como el uso obligatorio del casco para motociclistas y de los cinturones de seguridad, así como la disposición de las bolsas de aire para ocupantes de vehículos, la reducción de velocidad y mejoría de la visibilidad de los automotores, las licencias graduales de conducir y las leyes que prohíben conducir bajo el efecto del alcohol.

24. En Brasil, la Ley 11.705 (19 de junio del 2008) establece un nivel de virtualmente cero de alcoholemia cuando se conducen vehículos e impone penalidades severas para aquellos conductores que infrinjan los nuevos parámetros. Esta ley es un buen ejemplo para toda la Región, dada la reconocida asociación entre el consumo de alcohol y las lesiones de tránsito, violencia intrafamiliar y otras. Los resultados observados por el Instituto de Medicina Legal del Estado de São Paulo durante los fines de semana del primer mes de su aplicación mostraron una reducción en los gastos de emergencias en hospitales del estado de cerca de 4,5 millones de reales (US\$ 3 millones de dólares) y del número de muertes por vehículos de 140 a 51 en la ciudad de São Paulo.¹¹ En los Estados Unidos desde 1980, cuando se fundó la ONG *Mothers Against Drunk Driving*, las muertes relacionadas al consumo de licor y manejar han caído en cerca de 44%, de más de 30.000 a menos de 17.000.¹²

25. A nivel del hogar se sabe que los detectores de humo ayudan a prevenir muertes y lesiones por incendios. Mallas y cercos alrededor de las piscinas públicas o privadas evitan el ahogo de niños. Sin embargo, el ahogo de adultos y jóvenes en ríos y playas continúa siendo un reto. El control de la venta de sustancias tóxicas comúnmente usadas para suicidarse, reduce los intentos y los mismos suicidios. Se ha demostrado que el control del consumo de alcohol reduce la violencia de pareja, colisiones por vehículos y

¹¹ Publicados en el portal de Internet: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2607200801.htm>. Para mayor información consultar a: <http://portal.saude.sp.gov.br/content/hileslotro.mmp>.

¹² Fuente: <http://www.madd.org/Drunk-Driving/Drunk-Driving/Statistics.aspx>

caídas. Estas y otras intervenciones son costo efectivas, pero requieren una aplicación en forma sostenida.

26. Con el apoyo de la Filantropía Bloomberg, se está trabajando en un estudio global que busca identificar la aplicación de las recomendaciones del *Informe mundial sobre prevención de traumatismos causados en el tránsito*, usando una metodología estandarizada, que permitirá marcar e identificar los esfuerzos actuales en seguridad vial y en los años por venir. Se prevé obtener información actualizada sobre datos de mortalidad y morbilidad que reducirá las brechas de información y legislación. Esta iniciativa representa un esfuerzo multisectoral que puede adaptarse a problemas similares sobre LCE.

27. A pesar de la mayor visibilidad sobre la prevención de la violencia y la seguridad vial, esto aún no se refleja en los fondos asignados, o en políticas o programas sostenidos. Se reconoce que las lesiones de origen violento y aquellas causadas por el tránsito, sean fatales o no, llaman grandemente la atención de la comunidad y los medios de comunicación, y son las que generan mayor carga a los servicios de salud. Sin embargo, no debe olvidarse la alta carga de quemaduras, caídas, intoxicaciones e intentos de suicidio.

Mandatos y documentos relacionados

28. Entre los documentos sobre el tema se destaca la *Guía para los Ministerios de salud: Prevención de violencia y lesiones (OMS, 2008)*, lanzada en Mérida en la reunión ministerial, ya diseminada en los países de las Américas, que contiene orientaciones prácticas.

29. Igualmente se dispone de resoluciones de la OMS, la OPS y las Naciones Unidas, de declaraciones (anexo C¹³) que destacan la prevención de lesiones y violencia como tema de salud pública, y urgen acción en su prevención. De éstas, las más recientes emanan de la Asamblea Mundial de la OMS (WHA60.22, 2007) sobre sistemas de atención de emergencia que enfatizan la necesidad de hacer esfuerzos adicionales para fortalecer los servicios de atención de trauma, y del Consejo Directivo de la OPS (CD44.R13, 2003) que reiteran la necesidad de un mayor compromiso por parte de los ministerios de salud en la puesta en marcha de iniciativas de prevención de LCE y promoción de la seguridad.

30. La Reunión Ministerial de Mérida y las recomendaciones incluidas en la Declaración Ministerial sobre Prevención de Violencia y Lesiones en las Américas representan una oportunidad y un reto para incrementar los esfuerzos que prevengan “la violencia y lesiones por medio de acciones de promoción de la salud, así como de la

¹³ Lista de resoluciones y declaraciones.

articulación intersectorial, con una perspectiva de construcción de ambientes seguros, saludables y sustentables”.

Solicitud al Consejo Directivo

31. Se solicita al Consejo Directivo que, una vez examinado el informe, considere las recomendaciones formuladas en el proyecto de resolución (ver anexo E).

Anexos

**Declaración Ministerial sobre Prevención de Violencia y Lesiones en las Américas
Mérida, Yucatán, México
14 de Marzo de 2008**

Nosotros, los Ministros y las Ministras de Salud de las Américas que participamos en la Reunión de Ministros sobre Prevención de Violencia y Lesiones en la Ciudad de Mérida, Yucatán, México, el día 14 de Marzo de 2008, adoptamos la siguiente “Declaración Ministerial sobre Prevención de Violencia y Lesiones en las Américas”.

Habiendo examinado la situación global de violencia y lesiones y sus implicaciones para la región de las Américas;

Conociendo que cada año cerca de 300,000 personas mueren por lesiones intencionales y no intencionales en las Américas, - siendo ésta la cuarta causa de muerte en la región - y que más de 1,200,000 personas son lesionadas y muchas de ellas quedan discapacitadas de por vida;

Conscientes de que la violencia ocurre en diferentes ambientes y que se debe a múltiples determinantes y factores de riesgo y que las mujeres, los niños, las niñas, los adolescentes y los adultos mayores son la población más vulnerable;

Reconociendo que hoy en día, en casi todos los países de las Américas, existen leyes, acuerdos, convenios nacionales e internacionales e instituciones que protegen especialmente a mujeres, a niñas y a niños, de ser víctimas de actos violentos, así como organizaciones orientadas a promover el desarrollo y fortalecer la participación en la sociedad de los jóvenes y de los adultos mayores;

Conscientes acerca de las consecuencias nocivas que resultan de la violencia y las lesiones en el corto, mediano y largo plazo tales como depresión, ansiedad, insomnio, adicción al tabaco, al alcohol y a otras drogas;

Reconociendo que las armas de fuego son un factor de riesgo importante para muchos tipos de violencia y de suicidios, y que el continente americano ostenta el 48% de los homicidios y el 47% de los suicidios a causa de la violencia con armas de fuego a nivel global;

Conscientes de los elevados costos económicos y sociales que genera la atención de las víctimas de violencia y lesiones, en especial, para los servicios de salud, llegando a representar alrededor del 2% del Producto Interno Bruto total de la región y con estimaciones que van desde 10 mil millones de dólares en Brasil hasta 250 mil millones de dólares en Estados Unidos;

Conscientes de que las lesiones contribuyen a perpetuar el ciclo de pobreza;

Reconociendo el devastador impacto que ocurre en las familias y en la sociedad cuando un miembro muere o resulta severamente lesionado a causa de un evento violento o accidente y que un alto porcentaje de las muertes y discapacidad ocasionadas son prevenibles;

Conscientes de que los determinantes y condicionantes de la violencia y las lesiones son multicausales y su abordaje directo corresponde a sectores como educación, transporte, justicia y policía, entre otros, y de que existen acciones concretas que pueden ser instrumentadas por el sector salud conjuntamente con los sectores anteriores y la sociedad civil;

Conocedores de que la mayoría de los países de las Américas no cuentan con políticas nacionales que aborden de manera integral los determinantes y efectos de la violencia y las lesiones;

Conscientes de que se requiere de una respuesta multisectorial bien articulada, y que el papel del sector salud es de vital importancia por ofrecer un enfoque basado en la prevención, la promoción de la salud, el uso de bases científicas y la colaboración interinstitucional, a las que se recurre de forma aislada dentro de los esfuerzos actuales;

Recordando las Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud WHA60.22 sobre Sistemas de Atención de Emergencia; WHA57.10 sobre Seguridad Vial y Salud; WHA56.24 sobre la instrumentación de las recomendaciones del Reporte Mundial de Violencia y Salud; WHA49.25 sobre Prevención de Violencia: Una Prioridad en Salud Pública; las Resoluciones del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud: CD37.R19 (1993), CD39.R14 (1996), CD44.R13 (2003) que han indicado y reiteran la necesidad de un mayor compromiso por parte de los Ministros de Salud en iniciativas de prevención de violencia; las Resoluciones A/RES/60/5 y A/RES/58/289 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, acerca del mejoramiento global de la seguridad vial; la resolución A/RES/60/68 haciendo un llamado a los Estados para desarrollar programas integrales de prevención de violencia armada e integrarlos a las estrategias nacionales de desarrollo; la resolución A/RES/56/24V (2001) adoptando el Programa de Acción sobre Armas Pequeñas que reconoce la dimensión sanitaria del reto que representa el tráfico ilícito de armas pequeñas; la Resolución de la Subcomisión sobre la Promoción y Protección de Derechos Humanos 2006/22 que exhorta a los Estados a tomar medidas efectivas para minimizar la violencia perpetuada por individuos armados; la celebración de la Primera Semana Global de Seguridad Vial del 2007 y del Día Mundial de la Salud 2004, dedicado a la Seguridad Vial; el lanzamiento del Informe Mundial sobre Prevención de los Traumatismos causados por el Tránsito y el Informe Mundial sobre Violencia y Salud, así como el estudio y el informe del Secretario de las Naciones Unidas sobre Violencia en Contra de Niños, Niñas y Adolescentes (2006); y el Reporte Interagencial de Violencia contra las Mujeres (2007), todos ellos siendo herramientas para la acción en contra de la violencia interpersonal y la prevención de lesiones;

Tomando en consideración la reciente publicación de la Organización Mundial de la Salud "*Prevención de Violencia y Lesiones: Una Guía para Ministros de Salud*", la cual describe en detalle el papel de los Ministerios de Salud en la recolección de datos, desarrollo de políticas, diseño, instrumentación y evaluación de programas de prevención y oferta de servicios para personas afectadas y sus familias;

Acordamos que son necesarios esfuerzos adicionales para solucionar este grave problema de salud pública y de desarrollo, por lo tanto nos comprometemos a:

- a) reconocer que la violencia y las lesiones de causa externa son un problema epidémico de salud pública en nuestros países;
- b) incrementar esfuerzos para prevenir la violencia y las lesiones, por medio de acciones de promoción de la salud y la articulación intersectorial, con una perspectiva de construcción de ambientes seguros, saludables y sustentables;
- c) promover acuerdos y alianzas estratégicas con los sectores público, privado y organizaciones sociales para desarrollar políticas públicas en promoción de la salud y

- prevención de violencia y lesiones, que contribuyan a disminuir los riesgos y daños en la población más vulnerable;
- d) fortalecer o crear, en aquellos países en donde aún no existan, unidades de prevención de violencia y lesiones dentro de los Ministerios de Salud, con presupuesto, recursos humanos y nivel de autoridad adecuados;
 - e) desarrollar, implementar y evaluar en cada país, planes nacionales de prevención de violencia y lesiones, así como de impulsar la adopción de este tipo de iniciativas, especialmente en los ámbitos estatal y municipal;
 - f) alentar a los Ministros de Educación para trabajar con escuelas y universidades, con el fin de incluir la prevención de la violencia y las lesiones como un componente integral en las políticas sociales, educativas y de salud, asimismo, realizar esfuerzos para ofrecer capacitación y educación continua en prevención de violencia y lesiones al personal de los ministerios de salud;
 - g) fortalecer, en el ámbito de su competencia, los mecanismos de recolección de información sobre factores de riesgo y de protección, así como datos de mortalidad, morbilidad y costos económicos ocasionados por la violencia y las lesiones, y hacer que esta información esté disponible para una toma de decisiones basada en evidencia científica;
 - h) fomentar la coordinación con los demás sectores involucrados, incluyendo la sociedad civil, con el fin de fortalecer los sistemas de prevención primaria dirigidos a las causas y factores de riesgo que determinan la violencia y las lesiones, tales como: el abuso del alcohol, disponibilidad de armas de fuego, presencia excesiva de violencia en los medios de comunicación, normas sociales alrededor de la violencia, inequidad de género, falta de uso de cinturones de seguridad y cascos, velocidad excesiva y conducir en estado de ebriedad;
 - i) alentar a los medios de comunicación con el fin de que asuman el compromiso para la difusión de las actividades nacionales en materia de prevención de lesiones y violencia, así como también desarrollar iniciativas encargadas de vigilar que los programas de comunicación no se excedan en la presentación de la violencia y se enfatizan los mensajes no violentos;
 - j) mejorar la atención integral de salud -con enfoque de promoción de la salud, derechos, género e interculturalidad- a víctimas de violencia y lesiones, mediante el fortalecimiento de los servicios de emergencia, el cuidado y la rehabilitación del trauma, así como proveer servicios legales y sociales;
 - k) fomentar la cooperación entre países de la región, con el fin de propiciar el intercambio de información y el apoyo técnico de aquellos países con iniciativas y proyectos que han tenido impacto en la reducción de la violencia y las lesiones;
 - l) solicitar a los organismos y agencias internacionales un alineamiento de esfuerzos, agendas y recursos en torno al problema de la violencia y las lesiones;

- m) reconocer y al mismo tiempo solicitar a la Organización Mundial de la Salud y a la Organización Panamericana de la Salud, apoyo técnico continuo y distribución de documentos para mejorar nuestro trabajo en la promoción de la salud y la prevención de violencia y lesiones.

14 de marzo de 2008
Mérida, Yucatán
México

**Documentos y publicaciones (lista parcial) sobre
prevención de violencia, seguridad vial, cuidado médico
y otras lesiones de causa externa**

- OPS (1995). *Plan de Acción Regional sobre Violencia y Salud. Memorias de la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud*. Washington DC.
- PAHO (2001) *Guidelines for the Epidemiological Surveillance on Violence and Injuries*.
- WHO/CDC (2001) *Injury Surveillance Guidelines*
- OMS (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*.
- WHO (2003) *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*
- OPS (2003). *La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud*.
- OPS (2003, 2da. edición). *La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina*.
- OPS (2003). *Situación de los servicios médico-legales y de salud para víctimas de violencia sexual en Centro América*.
- OMS/BM. *Informe mundial sobre la prevención de los traumatismos causados por el tránsito*.
- WHO (2005) *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*.
- WHO (2005) *Addressing violence against women and achieving the Millennium Development Goals*
- NNUU (2006). *World Report on Violence Against Children*.
- WHO/International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (2006) *Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*.
- WHO (2006) *Developing policies to prevent injuries and violence: guidelines for policy-makers and planners*.

- OPS (2007) *Alcohol, género, cultura y daños en las Américas. Reporte final del Estudio Multicéntrico OPS.*
- Informe Interagencial, coordinado por la CEPAL (2007) *Ni una mas. El derecho a vivir una vida libre de violencia en América latina y el Caribe.*
- WHO (2007) *Guidelines for Essential Trauma Care*
- OPS/OMS (2007) *Guías para la atención prehospitalaria de los traumatismos.*
- WHO (2007). *TEACH-VIP users' manual. (Training, Educating, Advancing Collaboration in Health on Violence and Injury Prevention)*
- WHO (2008) *Burn prevention and care.*
- OPS/GTZ (2008) *Preparados Listos Ya! Una síntesis de intervenciones efectivas para la prevención de violencia que afecta a adolescentes y jóvenes.*
- OPS/OMS (2008) *Cascos: Manual de Seguridad Vial para decisores y profesionales*
- OPS/OMS (2008) *Prevención de lesiones causadas por el tránsito. Manual de capacitación.*
- OPS/OMS (2008) *Prevención de lesiones y violencia: Guía para los Ministerios de Salud.*
- OPS/CISALVA/BM/IACPV (2008) *Sistematización de Experiencias sobre Sistemas de Vigilancia, Observatorios o Sistemas de Información de Violencia en America Latina Observatorios de Violencia: Mejores Prácticas*
- OPS/CISALVA/BM/IACPV(2008) *Guía Metodológica para la Replicación de Observatorios Municipales de Violencia.*

**Resoluciones seleccionadas de OPS, OMS, Naciones Unidas sobre
prevención de violencia y seguridad vial
(Lista parcial)**

- Resolución WHA49.25 (1996), “Prevención de violencia – una prioridad en salud pública”.
- Resolución de NNUU A/RES/54/4 (15 de octubre de 1999) Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.
- Resolución WHA56.24 (2003), “Implementación de las recomendaciones del Informe mundial sobre la violencia y la salud”.
- Resolución WHA57.10 (2004), sobre “Seguridad Vial y Salud” en la que se invita “a integrar la prevención de lesiones en las vías en los programas de salud pública”.
- Resolución de NNUU A/RES/61/271 (27 de junio de 2007) sobre el Día Internacional de la No Violencia el 2 de octubre de cada año.
- Resolución WHA60.22 (2007) sobre “Sistemas de Atención de Emergencia” en que se enfatiza en la necesidad de “hacer esfuerzos adicionales para fortalecer los servicios de atención de trauma”.
- Resoluciones 60/5 y 58/289 de la Asamblea General de la Naciones Unidas acerca del mejoramiento global de la seguridad vial.
- Resolución CD37/ (1993) declara que la violencia en todas sus manifestaciones es una prioridad de salud pública. Posteriormente realizó la "Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud", reconocida un hito en la internacionalización del tema en las Américas.
- Resolución CD39/14 (1996), reiteró que la violencia en todas sus manifestaciones es una prioridad de salud pública al tiempo que solicitó al Director a proveer cooperación técnica para fortalecer la capacidad de cooperación técnica.
- Declaración conjunta de la OPS, el Banco Mundial y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, sobre “Carreteras mas seguras en las Américas” (2004).
- Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 61/143 (30 de enero de 2007). Intensificación de los esfuerzos para eliminar todas las formas de violencia contra la mujer.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CD48/20 (Esp.)
Anexo D

**PLANTILLA ANALÍTICA PARA VINCULAR LOS PUNTOS DEL ORDEN DEL DÍA
CON LAS ÁREAS ORGÁNICAS CORRESPONDIENTES**

1. Punto del orden del día: 4.16

2. Título del punto del orden del día: Prevención de la violencia y los traumatismos y promoción de la seguridad: un llamado a la acción en la Región.

3. Unidad a cargo: SDE

4. Funcionario a cargo: Luiz A. Galvao, Alberto Concha-Eastman, Eugenia María S. Rodrigues

5. Lista de centros colaboradores e instituciones nacionales vinculadas a este punto del orden del día:

De las Américas:

- 5.1 Secretaría de Salud de México. El Secretario Dr. José A. Córdoba, respaldó ampliamente la Conferencia y fue Presidente Honorario del Comité Organizador y anfitrión de la Reunión de Ministros de Salud de las Américas.
- 5.2 Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP), Centro de Investigaciones en Servicios de Salud (CISS, CC). El Director del INSP, Dr. Mario H. Rodríguez, fue el Presidente del Comité Organizador. La Directora del CISP, Dra. Martha Hajar, fue la Coordinadora General de la 9ª. Conferencia Mundial. Petróleos de México (PEMEX) hizo una significativa contribución económica.
- 5.3. Southern California Injury Prevention Research Centre at the Univ. of California at Los Angeles School of Public Health (CC). Chair of the Scientific Committee.
- 5.4. Centro de Investigación en Salud y Violencia (CC - CISALVA), Universidad del Valle, Cali, Colombia. La Directora, Dra. María I. Gutierrez, fue miembro del Comité Científico.
- 5.5 National Center for Injury Prevention and Control (NCIPC) at the Centers for Disease Prevention and Control (CDC), Atlanta, GA, contribuyó técnica y financieramente.
- 5.6. Centre for Safety Promotion and Injury Prevention, Quebec, Canada. Contribuyó técnicamente.

6. Vínculo entre este punto del orden del día y la Agenda de Salud para las Américas:

Violencia y traumatismos están bajo OE 03: Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos y marcados bajo los siguientes literales e las Áreas de acción de la Agenda de Salud

- a) Fortalecer la Autoridad Sanitaria Nacional
- b) Abordar los determinantes de la salud
- c) Aumentar la protección social y el acceso a los servicios de salud de calidad
- e) Reducir los riesgos y la carga de enfermedad
- f) Fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud
- h) Fortalecer la seguridad sanitaria

7. Vínculo entre este punto del orden del día y el Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2008-2012:

- 7.1 OE 03, Jerarquía 4.

8. Prácticas óptimas en esta área y ejemplos de otros países de AMRO:

- Sistemas de información sobre lesiones de causa externa
 - con base en las emergencias hospitalarias: Nicaragua, Colombia, El Salvador, Honduras, Jamaica, Perú, Brasil, Bolivia, Argentina
- Observatorios de violencia
 - Nacionales o municipales en Colombia, Panamá, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Ecuador, Perú (en diseño), Guyana, Trinidad y Tobago, México.
 - Sobre violencia de género: México, Colombia, Perú, Ecuador
- Redes nacionales o municipales por la prevención de violencia juvenil o de género: Honduras, Perú, Nicaragua, Colombia, Panamá, Costa Rica, Guatemala, Belize, Jamaica.
- Coalición Inter Americana por la Prevención de la Violencia
- Planes integrales de prevención de violencia que involucran diversos componentes con un fin común
- Atención y prevención de violencia desde la infancia
- Incorporación de abuso y maltrato a niños/as en la estrategia AEIPI
- Vinculación de hombres a proyectos de prevención de violencia de género
- Participación de empresarios en procesos de capacitación y resocialización de jóvenes en pandillas que ejercen violencia
- Comisión (Red) Latino Americana y Caribeña por la Seguridad Vial

9. Repercusiones financieras del punto del orden del día:

9.1 Capacitación en prevención de violencia y lesiones, diseño, implementación y evaluación de intervenciones, desarrollo de sistemas de información, y atención de pacientes con traumatismos fue solicitada y es altamente requerida.

9.2 Estudios de costos e investigación sobre las causas, factores de riesgo y de protección, y determinantes sociales de las lesiones intencionales y no intencionales requieren inversión

9.3 Implementación de planes integrales



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



48.º CONSEJO DIRECTIVO **60.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL**

Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008

CD48/20 (Esp.)
Anexo E

Punto 4.16 (Esp.)
15 de agosto del 2008
ORIGINAL: ESPAÑOL

PROYECTO DE RESOLUCIÓN

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA Y LOS TRAUMATISMOS Y PROMOCIÓN DE LA SEGURIDAD: UN LLAMADO A LA ACCIÓN EN LA REGIÓN

EL 48º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe de la Directora, *Prevención de la violencia y los traumatismos y promoción de la seguridad: un llamado a la acción en la Región* (documento CD48/20) en el que se da cuenta de la Primera Reunión de Ministros de Salud de las Américas, convocada por el Ministro de Salud de México y la Organización Panamericana de la Salud (Mérida, Yucatán, México, 14 de marzo del 2008), dirigidas a afianzar el rol del sector salud y el trabajo intersectorial para la prevención de lesiones intencionales y no intencionales, definidas como lesiones de causa externa (LCE);

Recordando que el Consejo Directivo, en sus sesiones 37.^a de 1993, 39.^a de 1996 y 44.^a del 2003, ha definido y ratificado claramente la violencia como problema de salud pública, solicitando a la Directora a continuar sus esfuerzos y la cooperación con los Estados Miembros en la búsqueda de herramientas y soluciones para estos problemas;

Teniendo en cuenta que las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, las Naciones Unidas, la Coalición Interamericana por la Prevención de la Violencia, y el Foro Latinoamericano y del Caribe sobre Seguridad Vial, han adoptado resoluciones y publicado documentos donde los

temas relativos a la prevención de LCE y la promoción de la seguridad, son tratados de manera clara, con recomendaciones para la acción;

Destacando la oportuna Reunión de Ministros de Salud de las Américas, y la Declaración Ministerial sobre Prevención de Violencia y Lesiones en las Américas, firmada en esta reunión el 14 de marzo del 2008, cuyo contenido es relevante para la toma de decisiones, y

Reconociendo que si bien el Consejo Directivo de la OPS ha aprobado resoluciones sobre prevención de violencia, es necesario ampliar el marco de acción a todas las lesiones de causa externa, no solo por la alta carga de casos sino también por la disponibilidad de intervenciones que pueden tener efectos preventivos sobre factores de riesgo comunes a la ocurrencia de diversas formas de LCE,

RESUELVE:

1. Instar a los Estados Miembros:
 - a) a que definan acciones y planes para la prevención de lesiones de causa externa y la promoción de la seguridad y den mayor visibilidad a los programas y planes que estén en curso o se implementen en el futuro próximo con presupuesto y mandatos predefinidos por los ministerios de salud;
 - b) a que tengan en cuenta las recomendaciones contenidas en la Declaración Ministerial sobre Prevención de Violencia y Lesiones en las Américas (Mérida, marzo del 2008), como una oportunidad para avanzar en el compromiso de prevenir todo tipo de lesión de causa externa y promover la seguridad;
 - c) a que promuevan lo que corresponda a los ámbitos de gobierno, sociedad civil, sector privado, justicia y policía para que las leyes, normas y regulaciones existentes sobre violencia, seguridad vial, uso de pólvora, abuso de alcohol y cualquier otra tendiente a prevenir la ocurrencia de LCE o muertes, sean aplicadas y cumplidas en sus países;
 - d) a que fomenten y lideren procesos cuando corresponda, e impulsen alianzas con otros sectores para la prevención de la violencia y las lesiones y promoción de la seguridad dada la naturaleza multicausal de las LCE.
2. Solicitar a la Directora:

- a) que refuerce las acciones e iniciativas de la OPS entre las áreas o proyectos que tienen relación con la prevención de LCE, tales como seguridad humana, seguridad vial, salud urbana y *Rostros, voces y lugares*;
- b) que contribuya para que los países intensifiquen o perfeccionen sus iniciativas en áreas como los sistemas de información y observatorios sobre LCE, identificación de mejores prácticas preventivas y evaluación de las que estén en ejecución y estudios de costos, entre otras;
- c) que apoye las acciones tendientes a fortalecer los programas de prevención de LCE y promoción de la seguridad de los ministerios de salud, así como la capacitación de las personas focales de los mismos, cuando sea necesario;
- d) que lidere procesos de coordinación interagencial y mantenga la presencia de la OPS en las instancias de cooperación intersectorial, sean éstas de carácter internacional o nacional que se ocupan de la prevención de la LCE y la promoción de la seguridad;
- e) que promueva estudios sobre las causas y factores de riesgo de LCE y seguridad siguiendo en el marco de los determinantes sociales que tengan aplicación en la Región.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



48.º CONSEJO DIRECTIVO 60.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008

CD48/20 (Esp.)
Anexo F

Informe sobre las repercusiones financieras y administrativas para la Oficina de las resoluciones cuya aprobación se ha propuesto al Consejo Directivo

1. Resolución: Prevención de la violencia y los traumatismos y promoción de la seguridad: un llamado a la acción en la Región.	
2. Relación con el presupuesto por programas	Resultados previstos
Área de trabajo	
SDE, OE03	El Consejo Directivo revisará la declaración de los ministros y someterá a discusión una resolución sobre estos temas
3. Repercusiones financieras	
a) Costo total estimado de la aplicación de la resolución en todo su periodo de vigencia (redondeado a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades): US\$ 3.000.000 (tres bienios),	
b) Costo estimado para el bienio 2006-2007 (redondeando a la decena de millar de US\$ más próxima; incluye los gastos correspondientes a personal y actividades): US\$ 1.000.000 (incluidos los puestos). Se asume que la infraestructura existente es suficiente para la implementación.	
c) Del costo estimado que se indica en el apartado b, ¿que parte se podría subsumir en las actuales actividades programadas?: Toda la Región. Aplicado por todas las representaciones bajo la coordinación de la Sede.	

4. Repercusiones administrativas

a) Ámbitos de aplicación (indicar a qué niveles de la Organización se tomarían medidas y en qué subregiones, cuando corresponda):

Un asesor regional en violencia intrafamiliar.

b) Necesidades adicionales de personal (indicar las necesidades adicionales en el equivalente de puestos a tiempo completo, precisando el perfil de ese personal):

- Aprobación de la resolución
- Reunión regional
- Aplicación de las recomendaciones

c) Plazos (indicar plazos amplios para las actividades de aplicación y evaluación) :

De 3 a 5 años.