Programa de Acción Específico

Seguridad Vial
2013-2018

Programa Sectorial de Salud

Versión electrónica, en proceso su publicación impresa

Índice General

Directorio 5
Mensaje de la C. Secretaria de Salud 7
Mensaje del C. Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud 9
Introducción 11
I. Marco Conceptual 13
II. Marco Jurídico 17
III. Diagnóstico 21
III.1 Antecedentes 23
III.2 Situación Actual y Problemática 23
III.3 Avances 2006-2012 38
III.4 Retos 2013-2018 40
IV. Alineación con las Metas Nacionales 41
IV.1 Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 43
IV.2 Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 44
V. Organización del Programa 47
V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción 49
V.2 Estrategias Transversales 53
VI. Indicadores y Metas 55
VII. Matriz de Corresponsabilidad 65
VIII. Transparencia 75
Bibliografía 79
Abreviaturas y Acrónimos 81
Glosario de Términos 83

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. Hijar 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

Las muertes y discapacidades por lesiones por accidentes viales son un creciente problema de salud pública en México. Las consecuencias físicas y emocionales, así como el impacto por los costos sanitarios, sociales y económicos son devastadores para los individuos, las familias, las comunidades y para el país en su conjunto.

El Programa de Acción Específico (PAE) Seguridad Vial 2013-2018 contiene cinco objetivos, seis estrategias y 16 líneas de acción, a través de las cuales el sector salud busca incidir en la disminución de muertes, discapacidad y lesiones por esta causa.

La vigilancia y monitoreo de la seguridad vial es imprescindible para contar con los datos que permitan el diseño de intervenciones y toma de decisiones; sin embargo, persiste la centralización de la información por los organismos que la generan, la deficiente clasificación y registro de datos, el uso de la información de carácter cuantitativo como registro administrativo, sin explotar los aspectos cualitativos que puede generar; entre otros, por lo que el primer objetivo del PAE Seguridad Vial 2013-2018 establece las líneas de acción que favorecen la creación y fortalecimiento operativo de observatorios estatales de lesiones, el mejoramiento y estandarización del registro de los principales indicadores de seguridad vial, así como la difusión de información útil y oportuna, tanto a tomadores de decisión como a la población en general.

La existencia de un marco jurídico estandarizado y su correcta aplicación es una condición indispensable para abatir la inseguridad vial. En el Informe sobre la Situación Mundial de la Seguridad Vial 2013: Resumen de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se muestra que solo 28 países, que cubren 7% de la población mundial, tienen leyes integrales de seguridad vial en los cinco principales factores de riesgo: alcohol y conducción, exceso de velocidad, no usar cascos de motocicleta, no usar cinturones de seguridad ni sistemas de retención infantil.[1]

En México, la legislación vigente es limitada y carece de procedimientos estandarizados a nivel federal, estatal y municipal, que garanticen su vigilancia y correcta aplicación. A través del objetivo 2 del Programa se busca modificar esta situación y lograr armonizar las leyes y reglamentos de tránsito y movilidad de los municipios y estados, acorde a las recomendaciones y buenas prácticas internacionales.

Las lesiones por tránsito son, en su mayoría, el resultado evitable de comportamientos de riesgo como: conducir bajo la influencia del alcohol, no usar cinturón de seguridad ni los dispositivos de retención infantil, conducir a velocidades inadecuadas, no usar cascos para motocicletas, entre otros. Se ha comprobado que es posible reducir la exposición a dichos factores por medio de intervenciones preventivas, por lo que el objetivo 3 busca contribuir a la adopción de conductas seguras de los usuarios de las vialidades mediante acciones de promoción de la seguridad vial, campañas informativas sobre las principales medidas de prevención de accidentes de tránsito, así como a través de la capacitación y sensibilización de la población.

No obstante la magnitud e impacto que generan las lesiones como consecuencia de la inseguridad vial, aún no ha permeado entre los tomadores de decisiones y autoridades de los tres niveles de gobierno la necesidad de implementar programas integrales y multisectoriales para su prevención, en concordancia con la sociedad civil. Es por ello que a través de las líneas de acción que comprende el objetivo 4 se busca impulsar mecanismos de colaboración para la prevención de este tipo de lesiones, poniendo especial énfasis en el impulso de los controles de alcohol en aliento de conductores.

En México, la situación de los servicios de atención prehospitalaria de urgencias médicas ha sido deficiente y fragmentada, recayendo esta responsabilidad principalmente en personal voluntario y organizaciones no gubernamentales, propiciando dobles manejos en la cobertura de los servicios de urgencias y alto dispendio de recursos, por lo que el Programa establece en el objetivo 5 acciones para su mejora mediante la implementación de Centros Reguladores de Urgencias Médicas y la capacitación, tanto del personal que labora a bordo de una ambulancia como de la población en general.

Finalmente, el Programa incluye indicadores que permitirán dar seguimiento y evaluar el avance de las intervenciones, tendientes a disminuir las lesiones ocasionadas por accidentes de tránsito y por ende su tasa de mortalidad.

I. Marco Conceptual

I. Marco Conceptual

El Programa contempla un enfoque sistémico que busca identificar las fallas en cada uno de sus componentes e incidir en aquellos que contribuyen a la ocurrencia de colisiones y atropellamientos mortales o causantes de lesiones graves, así como mitigar la gravedad y las consecuencias con medidas preventivas, de atenuación y atención prehospitalaria.[1]

Todo sistema de transporte es altamente complejo, involucra vehículos, vialidades y usuarios, junto con sus respectivos ambientes físicos, socioeconómicos y culturales. Para lograr la seguridad vial, el enfoque sistémico entiende al sistema de carreteras y transportes como un todo, donde sus elementos actúan de forma ordenada, de manera que se puedan identificar las posibilidades de intervención. Un supuesto esencial de la seguridad vial es reconocer que el cuerpo humano es altamente vulnerable a las lesiones y que los seres humanos son proclives al error o la imprudencia.[1]

Las estrategias y líneas que comprende el Programa buscan incidir de manera integral en los tres elementos que conforman el sistema vial: conductor, vehículo y entorno, en cada una de las fases: antes, durante y después de un posible accidente.

En este sentido, desde un marco epidemiológico se toma como modelo la Matriz de Haddon, la cual aplica la tríada epidemiológica (huésped, agente, medio ambiente) sobre las lesiones por accidentes viales.[2]

Desde esta perspectiva, el huésped es el ser humano y su comportamiento en la operación del vehículo; la energía física es el agente que se traduce en la energía involucrada en un vehículo; el medio ambiente es el espacio donde el agente y el ser humano están interactuando, tales como los factores culturales, económicos y físicos, como las leyes o reglamentos vigentes, las características de las vías y las condiciones del tiempo en el caso de las lesiones por accidentes viales.

Haddon, extendió la tríada epidemiológica para considerar estos factores en unión con la secuencia del accidente. Dicho marco conceptual orienta para comprender mejor los factores que deben ser retomados en las intervenciones más eficaces, por ejemplo: el momento denominado pre evento (antes del choque), que es el período cuando se podrían ejecutar acciones de prevención primaria (carreteras divididas, cumplimiento de límites de velocidad); durante el evento se necesitan acciones de prevención secundaria como el despliegue de bolsas de aire en los vehículos, el cinturón de seguridad, el uso de casco por motociclistas y ciclistas; y en el momento denominado post evento se enfatizan las acciones eficaces de prevención terciaria, como servicios médicos de urgencia y rehabilitación de traumatismo.[2]

II. Marco Jurídico

II. Marco Jurídico

El Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (STCONAPRA), dependiente de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud (SSA), tiene su sustento en un marco normativo que es común a las diversas dependencias de la Secretaría y en algunos casos, de las demás que integran la Administración Pública Federal y que a continuación se enuncian de forma no limitativa:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917. Última reforma publicada DOF 08-10-2013.

Leyes

- Ley sobre la Celebración de Tratados, DOF 02-01-1992.
- Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica. Nueva Ley publicada en el DOF el 16 de abril de 2008.
- Ley de Planeación, DOF 05-01-1983 con última reforma el 09-04-2012.
- Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. Nueva Ley publicada en el DOF el 30 de marzo de 2006. Última reforma publicada DOF 09-04-2012.
- Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. Nueva Ley publicada en el DOF el 11 de junio de 2002. Última reforma publicada DOF 08-06-2012.
- Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. Nueva Ley publicada en el DOF el 13 de marzo de 2002. Última reforma publicada DOF 15-06-2012.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Nueva Ley publicada en el DOF el 29 de diciembre de 1976. Última reforma publicada DOF 02-04-2013.
- Ley General de Salud. Nueva Ley publicada en el DOF el 7 de febrero de 1984. Última reforma publicada DOF 24-04-2013.
- Ley General de Desarrollo Social, DOF 20-01-2004 con última reforma publicada DOF el 07-11-2013.

Reglamentos

- Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. Nuevo Reglamento publicado en el DOF el 11-06-2003.
- 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 Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Nuevo Reglamento publicado en el DOF el 14-05-1986. Última reforma publicada DOF 04-12-2009.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Nuevo Reglamento publicado en el DOF, 19-01-2004. Última reforma publicada DOF 02-02-2010.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud. Nuevo Reglamento publicado en el DOF, 05-04-2004. Última reforma publicada en el DOF 08-06-2011.
- Reglamento de Tránsito en Carreteras y Puentes de Jurisdicción Federal DOF 22-11-2012.
- Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria. Nuevo Reglamento publicado en el DOF el 28-06-2006. Última reforma publicada DOF 05-11-2012.

Documentos Normativos-Administrativos

- NMX-D-198-3-1985, Especificaciones de bicicletas.
- Decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes. DOF 20-03-1987.
- Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-014-SCT-2-1993, Características y especificaciones técnicas.
- Norma Oficial Mexicana NOM-119-SCFI-2000, Industria automotriz-vehículos automotores-cinturones de seguridad-especificaciones de seguridad y métodos de prueba.
- Norma Oficial Mexicana NOM-237-SSA1-2004, Regulación de los servicios de salud. atención prehospitalaria de las urgencias médicas. DOF 15-06-2006.
- Norma Oficial Mexicana NOM-034-SCT2-2011, Señalamiento horizontal y vertical de carreteras y vialidades urbanas. DOF: 16-11-2011.
- Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-034-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias.
- NOM-008-SCT2-2013, Amortiguadores de impacto en carreteras y vialidades urbanas.

Otras disposiciones

- Estrategia Nacional de Seguridad Vial 2011-2020. Emitida en mayo de 2011.
- Manual de Organización General de la Secretaría de Salud. DOF 17-08-2012.
- Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. DOF 20-05-2013.
- Programa Sectorial de Salud 2013-2018. DOF 12-12-2013.

De los estados

- Leyes Estatales de Tránsito, Movilidad y Transporte de los estados de: Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Coahuila, Colima, Distrito Federal, Durango, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.
- Ley para la Prevención y Combate al Abuso del Alcohol y de Regulación para su Venta y Consumo para el Estado de Nuevo León.
- Ley para la Regulación de la Venta y Consumo de Alcohol en el Estado de Coahuila de Zaragoza.
- Ley para la Prevención y Combate al Abuso de Bebidas Alcohólicas y de Regulación para su Venta y Consumo en el Estado de Morelos.
- Ley de Prevención de las Adicciones y el Consumo Abusivo de Bebidas Alcohólicas y Tabaco del Estado de Yucatán.
- Reglamentos de las Leyes Estatales de los estados de Campeche, Chihuahua, Coahuila, Distrito Federal, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Michoacán, Morelos, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.
- Reglamentos Municipales de Tránsito, Vialidad, Movilidad y Transporte diversos.
- Reglamentos Municipales para la prevención y combate al abuso del alcohol diversos.

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 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.[3]

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

En este marco y con el fin de priorizar las acciones en materia de prevención, atenuación y atención de lesiones por accidentes viales, se crea el PAE de Seguridad Vial 2006-2012, primer programa de alcance nacional en la materia, en el que se establecen intervenciones integrales y multisectoriales para abatir este tipo de lesiones.

En alineación a dicho Programa de Seguridad Vial, por acuerdo del Consejo Nacional de Salud, las entidades federativas elaboraron sus propios programas estatales e iniciaron su implementación.

A partir de 2008, se implementaron intervenciones bajo el modelo denominado Iniciativa Mexicana de Seguridad Vial (IMSEVI), diseñado por el STCONAPRA en colaboración con OPS/OMS.[4]

En 2010, México es elegido junto con otros nueve países para participar en el Proyecto RS10 (Road Safety 10, por sus siglas en inglés), bajo la coordinación de la OMS, la participación de un consorcio internacional y el apoyo presupuestario de Blommberg Philantrhopies. El proyecto, con una duración de cinco años, focalizó sus intervenciones sobre los factores de riesgo de conducción y alcohol y uso de sistemas de retención, en las ciudades de León, Guanajuato y Guadalajara, Jalisco.

En el marco del lanzamiento del Decenio de Acción por la Seguridad Vial 2011-2020, organizado por la Secretaría de Salud y la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, se gestionó la aprobación de la Estrategia Nacional de Seguridad Vial 2011-2020, con el apoyo de la Conferencia Nacional de Gobernadores (CONAGO) y del Senado de la República.[5]

En el ámbito internacional, México ha copatrocinado las diversas resoluciones emitidas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en materia de seguridad vial y ha impulsado la integración del *Programa Mesoamericano de Seguridad Vial* (PMSV).

III.2 Situación Actual y Problemática

Las lesiones intencionales y no intencionales son un problema de salud pública en muchos países del mundo. Ocupan las primeras causas de mortalidad y morbilidad, principalmente en economías emergentes, además de que afectan, en la mayoría de los casos, a la población en edad productiva.

Cada año, aproximadamente 5.8 millones de personas fallecen como resultado de lesiones[6] esto significa que, cada día, alrededor de 15 mil personas pierden la vida por esta causa, mismas que, en su mayoría, se pudieron evitar.

Este creciente problema tiene consecuencias sociales y económicas que generan graves pérdidas a las víctimas, a sus familias y a la población en su conjunto, debido al costo de los tratamientos y de la disminución o pérdida de productividad por muerte o discapacidad.

Con base en datos publicados por el INEGI, en México en 2012, fallecieron más de 73 mil personas a consecuencia de lesiones, ya sean intencionales (suicidios y homicidios) o no intencionales (accidentes).[7]

Cada año, en promedio, más de 37 mil mexicanos pierden la vida a causa de algún tipo de accidente, siendo las lesiones por accidentes viales las más frecuentes (43.8%)[7] y más de seis millones de niños, jóvenes y adultos sufren lesiones accidentales de todo tipo.[8]

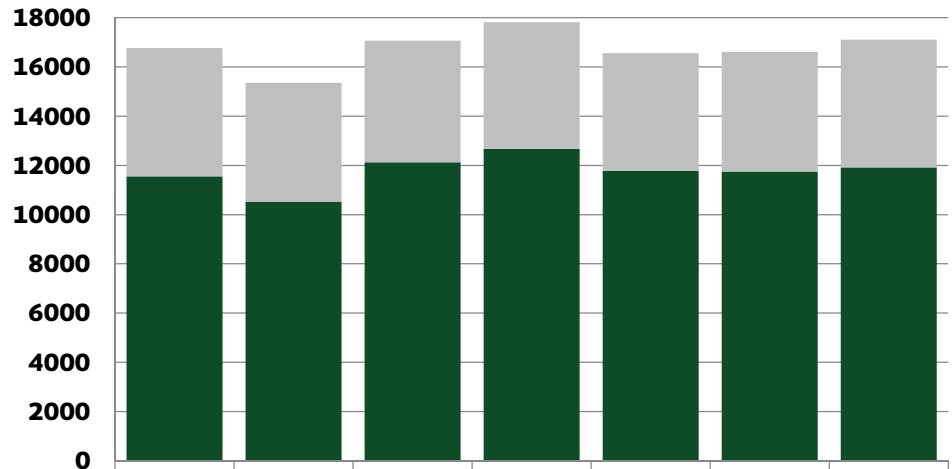
Considerando los grupos de edad, en los niños (0 a 9 años) 6.19% de las lesiones accidentales corresponden a lesiones ocasionadas por accidentes viales, en adolescentes (10 a 19 años) 13.71% y en adultos (más de 20 años) 22.27%. Estos porcentajes representan 60 mil 389 lesiones por accidentes viales en niños, 257 mil 967 en adolescentes y 906 mil 166 en adultos.[9]

Como se ha mencionado, la discapacidad es una consecuencia común de las lesiones ocasionadas por accidentes viales. Según datos de esta misma encuesta, hay un millón 462 mil 900 personas mayores de seis años de edad con discapacidad a causa de accidentes en general, siendo la población más afectada la de más de 20 años.[8]

Defunciones por lesiones ocasionadas por accidentes viales

En México, en 2012, se registraron 17 mil 102 muertes a consecuencia de lesiones ocasionadas por accidentes viales; esta cifra es 2.93% mayor que en 2011, con una tendencia a la alza, en comparación con 2007, cuando se registraron 15 mil 349 muertes (Gráfica 1).[7]

Grafica 1. Defunciones por accidentes viales. México, 2007-2012



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total	16769	15349	17062	17820	16559	16615	17102
Atropellados	5220	4819	4934	5147	4786	4868	5177
Ocupantes de vehículo	11549	10530	12128	12673	11773	11747	11925

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

En la Gráfica 1, se observa que los muertos por atropellamiento han aumentado de manera importante desde 2010, con un crecimiento acumulado de 8.1%. En lo que respecta a los ocupantes de vehículos aumentó 1.9% en el mismo periodo.

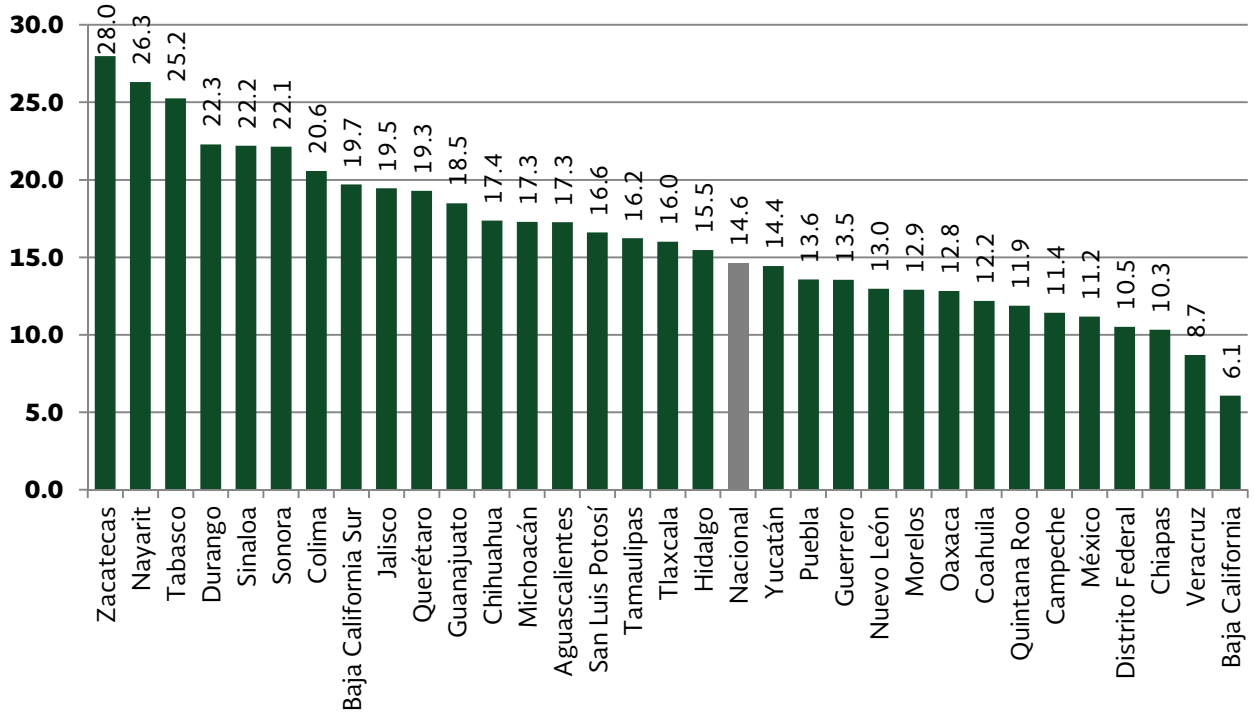
En 2012, la tasa de mortalidad por lesiones ocasionadas por accidentes viales a nivel nacional fue de 14.6 muertos por cada 100 mil habitantes, ésta es 4.2% mayor que la registrada en 2007 y 1.3% mayor que en 2011. Hay 14 entidades federativas por debajo de la media nacional, 18 la sobrepasan siendo Zacatecas el estado con la tasa más alta (28.0) y Baja California con la menor (6.1) (Gráfica 2).

En el contexto internacional, la tasa en la Región de las Américas se ubica en 16.1, particularmente en Mesoamérica en 14.5[1], por lo que México se ubica por debajo del contexto regional pero apenas por encima de Mesoamérica.[1]

[1]Mesoamérica: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá.

De acuerdo con estos reportes, esta tasa coloca a México en quinto lugar entre los ocho países que conforman la región mesoamericana. El Salvador tiene la tasa más elevada (21.9) y Guatemala (6.7) la más baja. La tasa de mortalidad en las calles y carreteras de México es casi tres veces mayor que en España (5.4) y dos veces mayor que en Guatemala.

Gráfica 2. Tasa de mortalidad por lesiones ocasionadas por accidentes viales en las entidades federativas. México, 2012



Fuente: *Base de defunciones, INEGI, 2012. Proyecciones de la población versión censo 2010, CONAPO, 2012. Tasas por 100 mil habitantes.*

Las lesiones ocasionadas por accidentes viales son un riesgo para todos los mexicanos, pero particularmente para los niños, adolescentes y adultos jóvenes.[7] En 2012 fueron la primera causa de muerte en niños entre 5 y 9 años con 352 casos y una tasa de 3.1. Esta tasa es mayor que las muertes por leucemia (2.6), malformaciones congénitas del corazón (0.9) e infecciones respiratorias agudas bajas (0.8).

En los adolescentes (10 a 19 años de edad) son la segunda causa de muerte, con 2 mil 662 fallecimientos en 2012 y una tasa de 9.0. Esta tasa es menor que los homicidios (11.9), pero es mayor que los suicidios (4.6) y leucemia (2.7).

La tasa de mortalidad en adultos mayores de 70 años es la más alta (34.9) en cuanto a lesiones ocasionadas por accidentes viales, pero, en comparación con otras enfermedades, como las isquémicas del corazón (1009.6) y la diabetes (829.1) la tasa es relativamente baja. Lo mismo sucede en adultos entre 60 y 69 años de edad, en los que la tasa se calcula en 21.4, pero no forma parte de las primeras diez causas de muerte. (Tabla 1)

Como se mencionó anteriormente, las lesiones por accidentes viales toman relevancia entre los adultos jóvenes, ya que son la segunda causa de muerte en el grupo de edad comprendido entre los 20 y 29 años, con una tasa de 20.6, solo por debajo de los homicidios (38.6), pero por encima de enfermedades como VIH y el sida (4.7) y padecimientos renales (4.2).

Tabla 1. Principales causas de muerte por grupo de edad. México, 2012

	Menores de 5 años	5 a 9 años	0 a 9 años	10 a 19 años	20 a 29 años	30 a 44 años	45 a 59 años	60 a 69 años	Mayores de 70 años
1	Asfixia y trauma al nacimiento 7,631 68.6	Accidentes de vehículo de motor (tránsito) 352 3.1	Asfixia y trauma al nacimiento 7,631 34.1	Agresiones (homicidios) 2,662 11.9	Agresiones (homicidios) 7,662 38.6	Agresiones (homicidios) 8,841 35.2	Diabetes mellitus 18,250 111.4	Diabetes mellitus 22,116 370.7	Enfermedades isquémicas del corazón 49,748 1,009.6
2	Malformaciones congénitas del corazón 3,367 30.3	Leucemia 290 2.6	Malformaciones congénitas del corazón 3,466 156.2	Accidentes de vehículo de motor (tránsito) 2,023 9.0	Accidentes de vehículo de motor (tránsito) 4,081 20.6	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado 4,353 17.3	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado 9,620 58.7	Enfermedades isquémicas del corazón 11,851 198.6	Diabetes mellitus 40,851 829.1
3	Infecciones respiratorias agudas bajas 1,893 17.0	Malformaciones congénitas del corazón 99 0.9	Infecciones respiratorias agudas bajas 1,987 22.3	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) 1,034 4.6	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) 1,540 7.8	Accidentes de vehículo de motor (tránsito) 4,279 17.0	Enfermedades isquémicas del corazón 9,122 55.7	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado 6,551 109.8	Enfermedad cerebrovascular 21,577 437.9
4	Bajo peso al nacimiento y prematurez 1,266 11.4	Infecciones respiratorias agudas bajas 94 0.8	Bajo peso al nacimiento y prematurez 1,266 11.2	Leucemia 602 2.7	VIH/SIDA 937 4.7	Diabetes mellitus 3,321 13.2	Enfermedad cerebrovascular 3,811 23.3	Enfermedad cerebrovascular 4,681 78.5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica 18,600 377.5
5	Enfermedades infecciosas intestinales 853 7.7	Ahogamiento y sumersión accidentales 93 0.8	Enfermedades infecciosas intestinales 908 8.0	Ahogamiento y sumersión accidentales 414 1.8	Nefritis y nefrosis 830 4.2	Enfermedades isquémicas del corazón 2,693 10.7	Agresiones (homicidios) 3,394 20.7	Enfermedades hipertensivas 2,770 46.4	Enfermedades hipertensivas 13,325 270.4
6	Accidentes de vehículo de motor (tránsito) 520 4.7	Agresiones (homicidios) 76 0.7	Accidentes de vehículo de motor (tránsito) 872 7.8	Nefritis y nefrosis 399 1.8	Enfermedades isquémicas del corazón 545 2.7	VIH/SIDA 2,460 9.8	Accidentes de vehículo de motor (tránsito) 2,847 17.4	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica 2,482 41.6	Infecciones respiratorias agudas bajas 9,910 201.1

	Menores de 5 años	5 a 9 años	0 a 9 años	10 a 19 años	20 a 29 años	30 a 44 años	45 a 59 años	60 a 69 años	Mayores de 70 años
7	Desnutrición calórico proteica 495 4.4	Enfermedades infecciosas intestinales 55 0.5	Desnutrición calórico proteica 545 5.3	Infecciones respiratorias agudas bajas 213 0.9	Leucemia 469 2.4	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) 1,565 6.2	Nefritis y nefrosis 2,284 13.9	Nefritis y nefrosis 2,356 39.5	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado 7,909 160.5
8	Ahogamiento y sumersión accidentales 304 2.7	Desnutrición calórico proteica 50 0.4	Leucemia 536 5.7	Enfermedad cerebrovascular 161 0.7	Ahogamiento y sumersión accidentales 416 2.1	Enfermedad cerebrovascular 1,148 4.6	Tumor maligno de la mama 2,189 13.4	Infecciones respiratorias agudas bajas 1,676 28.1	Nefritis y nefrosis 7,193 146.0
9	Leucemia 246 2.2	Nefritis y nefrosis 50 0.4	Ahogamiento y sumersión accidentales 397 4.4	Epilepsia 159 0.7	Diabetes mellitus 407 2.1	Nefritis y nefrosis 1,124 4.5	Enfermedades hipertensivas 2,091 12.8	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón 1,590 26.7	Desnutrición calórico proteica 5,825 118.2
10	Anencefalia y malformaciones similares 241 2.2	Anemia 44 0.4	Agresiones (homicidios) 268 3.2	Malformaciones congénitas del corazón 156 0.7	Infecciones respiratorias agudas bajas 399 2.0	Infecciones respiratorias agudas bajas 1,032 4.1	Infecciones respiratorias agudas bajas 1,836 11.2	Tumor maligno del hígado 1,387 23.2	Tumor maligno de la próstata 4,659 94.6

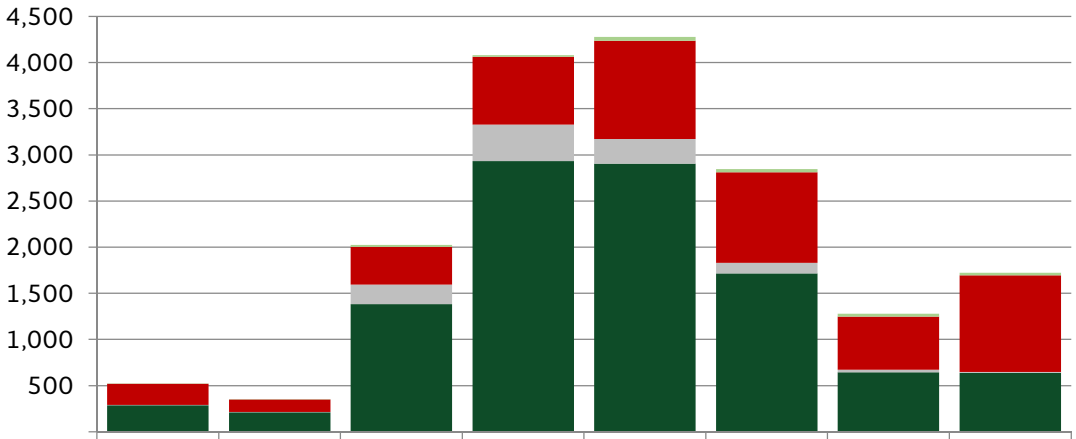
***Fuente**: Base de defunciones, INEGI, 2012. Proyecciones de la población versión censo 2010, CONAPO, 2012. Tasas por 100 mil habitantes.*

En este grupo de edad se concentran 24% (4 mil 81) de las muertes registradas por lesiones ocasionadas por accidentes viales; de estas, la mayoría ocurrieron como ocupantes de vehículo (excluyendo motocicletas), contabilizando 2 mil 932 casos (71.8%); como peatones 734 casos (17.9%); motociclistas 396 casos (9.7%) y como ciclistas solo 19 casos (0.4%). En este grupo cobran importancia los usuarios vulnerables, es decir, los peatones, ciclistas y motociclistas, concentrando 28% de la totalidad de las muertes.

En el grupo de 30 a 44 años de edad se registraron 4 mil 279 fallecimientos, siendo 67.8% ocupantes de vehículos, 24.8% peatones atropellados, 6.2% motociclistas y 1% ciclistas. En estos dos últimos grupos de edad (20 a 44 años) se concentran 48.9% de todas las defunciones.

A partir de los 45 años, el porcentaje de personas atropelladas aumenta. Del grupo de edad de 45 a 59 años 34.4% fueron atropellados; del grupo de 60 a 69 años el porcentaje se incrementa a 45.1% y de mayores de 70 años aumenta a 60.7%. Nuevamente resalta un problema eminentemente peatonal, sobre todo a partir de los 60 años de edad. (Gráfica 3)

Gráfica 3. Defunciones por tipo de usuario y grupo de edad. México, 2012



	Menores de 5 años	5 a 9 años	10 a 19 años	20 a 29 años	30 a 44 años	45 a 59 años	60 a 69 años	Mayores de 70 años
Ciclista	1	1	19	19	43	35	30	26
Atropellamiento	230	136	409	734	1,064	981	577	1,046
Motociclista	3	5	212	396	267	116	27	11
Ocupante vehículo	286	210	1,383	2,932	2,905	1,715	645	638

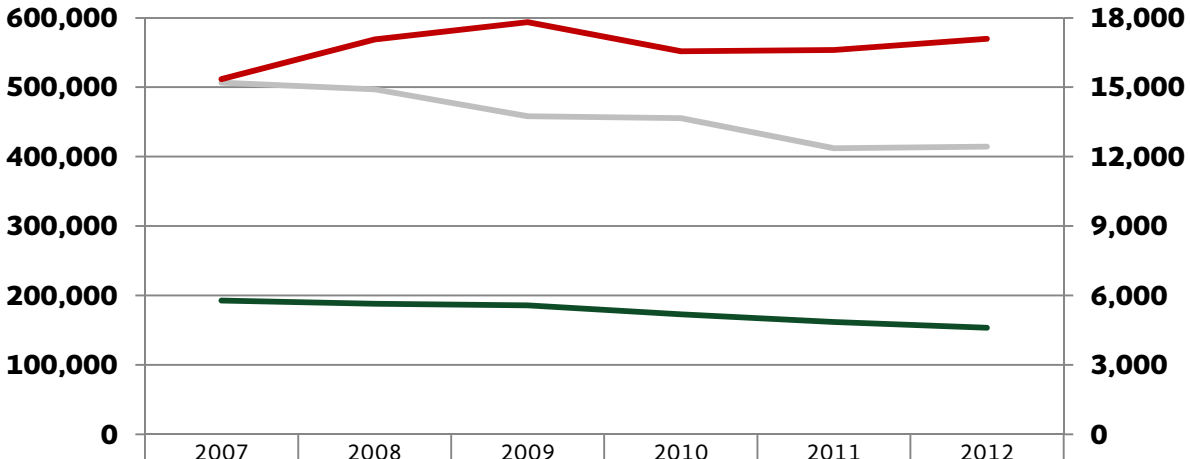
***Fuente**: Base de defunciones, INEGI, 2012.*

Lesiones ocasionadas por accidentes viales

Considerando tanto las lesiones por accidentes viales que ocurrieron en zonas urbanas y suburbanas, así como las ocurridas en carreteras federales, se observa una disminución de 18.2%, de 2007 a 2012, año en el que se registraron 414 mil 627 lesiones por esta causa.[10]

En 2012, las lesiones por accidentes viales aumentaron 0.6% en las zonas urbanas y suburbanas, disminuyendo 2.7% en carreteras federales. En general, la tendencia de las lesiones ocasionadas por accidentes viales desde 2007 es a la baja.[10] (Gráfica 4)

Gráfica 4. Accidentes, muertos y heridos por lesiones ocasionadas por accidentes viales. México, 2007-2012



	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Accidentes	506,830	496,814	458,063	455,628	412,087	414,627
Heridos	192,790	187,942	185,549	172,650	161,780	153,685
Muertos	15,349	17,062	17,820	16,559	16,615	17,102

***Fuente**: Accidentes viales en zonas urbanas y suburbanas, INEGI, 2012.*
Comisión Nacional de Seguridad, Policía Federal, División de Seguridad Regional, 2012.

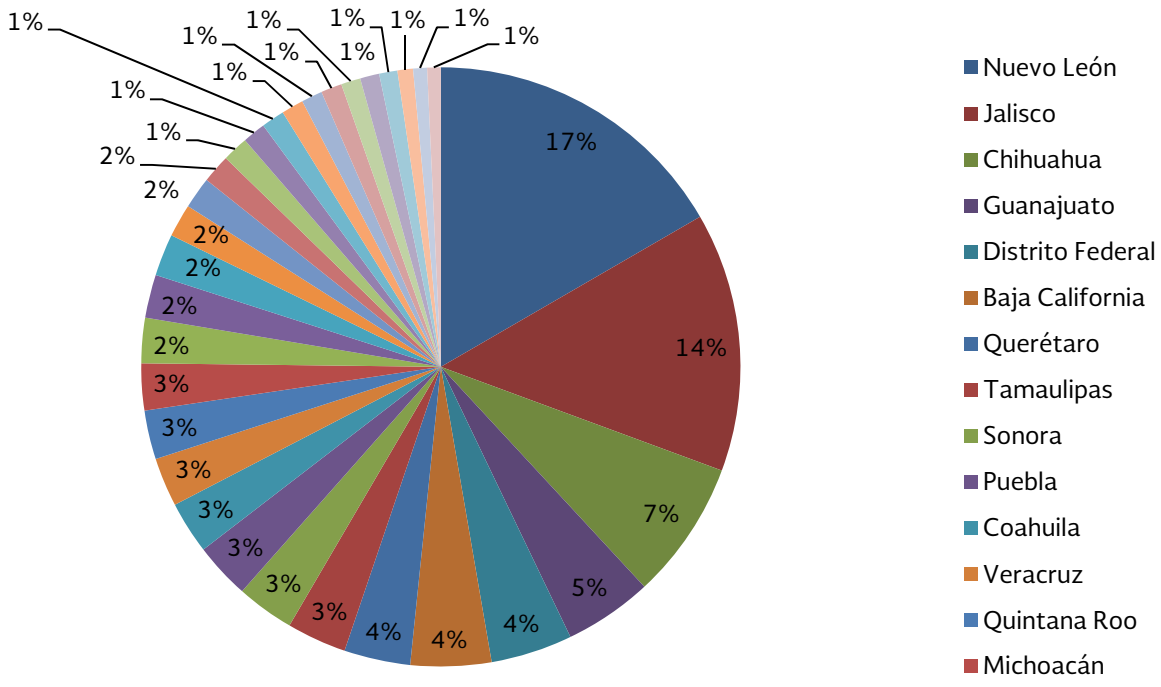
En 2012, la mayoría de las lesiones por accidentes viales (53.2%) se concentraron en seis entidades federativas: Nuevo León (17%), Jalisco (14%), Chihuahua (8%), Guanajuato (5%), Baja California (4%) y Distrito Federal (4%). (Gráfica 5)

Con estos datos se calculó una tasa de 11.8 lesiones ocasionadas por accidentes viales por cada mil vehículos registrados en 2012.

Considerando los datos anteriores, la tasa de letalidad se calculó en 41.2 muertos por cada mil lesiones ocasionadas por accidentes viales.

Las lesiones por accidentes viales (se excluye motocicletas) han disminuido 18.9% desde 2007, pero aumentaron 0.1% en 2011. Asimismo, se registraron 15 mil 668 peatones atropellados, 25.2% menos que en 2007 y 1.3% menos que en 2011.

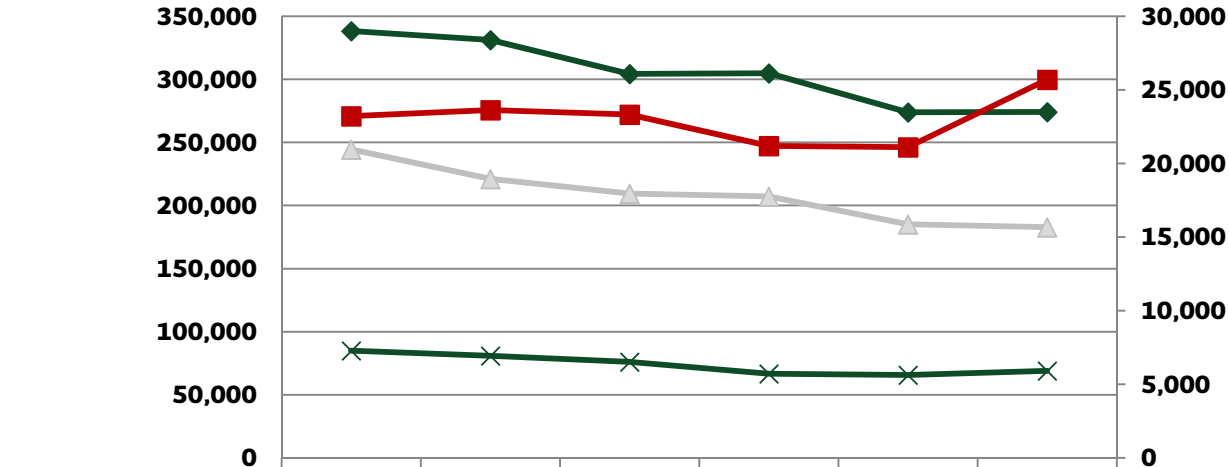
Gráfica 5. Distribución de las lesiones ocasionadas por accidentes viales. México, 2012



***Fuente**: Accidentes viales en zonas urbanas y suburbanas, INEGI, 2012. Comisión Nacional de Seguridad, Policía Federal, División de Seguridad Regional, 2012.*

En cuanto a ciclistas, fueron atropellados 18.7% menos que en 2007 y 5.1% más con respecto a 2011. La tendencia de las lesiones por accidentes viales en estos usuarios es a la baja, sin embargo, esto no sucede en los usuarios de motocicleta en quienes el número de lesiones por accidentes viales aumentó 10.6% desde 2007 y 21.7% en comparación con 2011. (Gráfica 6)

Gráfica 6. Accidentes viales por tipo de usuario. México, 2007-2012



	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Vehículo de motor	338,481	331,363	304,309	304,764	274,022	274,310
Motocicleta	23,219	23,641	23,325	21,189	21,105	25,688
Atropellamiento	20,953	18,954	17,967	17,752	15,872	15,668
Ciclista	7,280	6,930	6,528	5,727	5,627	5,916

***Fuente**: Accidentes viales en zonas urbanas y suburbanas, INEGI, 2012.*

Esta información muestra la necesidad de implementar de manera urgente acciones de prevención dirigidas hacia los usuarios de motocicleta.

También es posible analizar las lesiones por accidentes viales considerando el tipo de vehículo involucrado; como es de esperarse, al ser mayor el número de automóviles en circulación son también los más accidentados. En 2012, 60.7% de los vehículos involucrados en accidentes fueron automóviles, en comparación con 2007 esta cifra disminuyó 17.8% y con relación a 2011 bajó 4.2%. (Tabla 2)

De 2007 a 2012, se observa un descenso en los accidentes viales que involucran a camionetas de pasajeros, microbuses, camionetas de carga, camiones de carga, tractores con y sin remolque y los categorizados como otros.

En contraste, las cifras se han incrementado al estar involucrados camiones urbanos de pasajeros, omnibuses, trolebuses, bicicletas y motocicletas, incrementándose en estos últimos en 21.7%.

Tabla 2. Vehículos accidentados en zonas urbanas y suburbanas. México, 2007-2012

Vehículos	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2012/ 2011 %	2012/ 2007 %
Automóvil	551,718	552,559	507,498	516,058	473,374	453,427	-4.2	-17.8
Camioneta de pasajeros	98,000	89,915	86,321	77,122	65,898	74,721	13.4	-23.8
Microbús	14,429	12,500	14,734	14,143	9,832	14,308	45.5	-0.8
Camión urbano de pasajeros	18,036	20,478	20,693	22,845	20,532	20,225	-1.5	12.1
Ómnibus	6,830	6,068	5,384	5,829	6,083	6,839	12.4	0.1
Tren eléctrico o trolebús	95	87	167	190	141	113	-19.9	18.9
Camioneta de carga	112,033	98,166	98,119	97,039	81,479	88,585	8.7	-20.9
Camión de carga	21,423	20,910	18,917	17,156	16,619	18,039	8.5	-15.8
Tractor con o sin remolque	11,003	9,921	8,851	9,189	7,993	9,276	16.1	-15.7
Ferrocarril	27	238	332	344	363	364	0.3	1,248.1
Motocicleta	33,421	34,854	36,245	35,089	35,497	40,684	14.6	21.7
Bicicleta	7,290	6,941	8,363	7,583	7,453	7,577	1.7	3.9
Otro	19,523	19,008	14,443	14,358	12,642	11,817	-6.5	-39.5
Total	893,828	871,645	820,067	816,945	737,906	745,975	1.1	-16.5

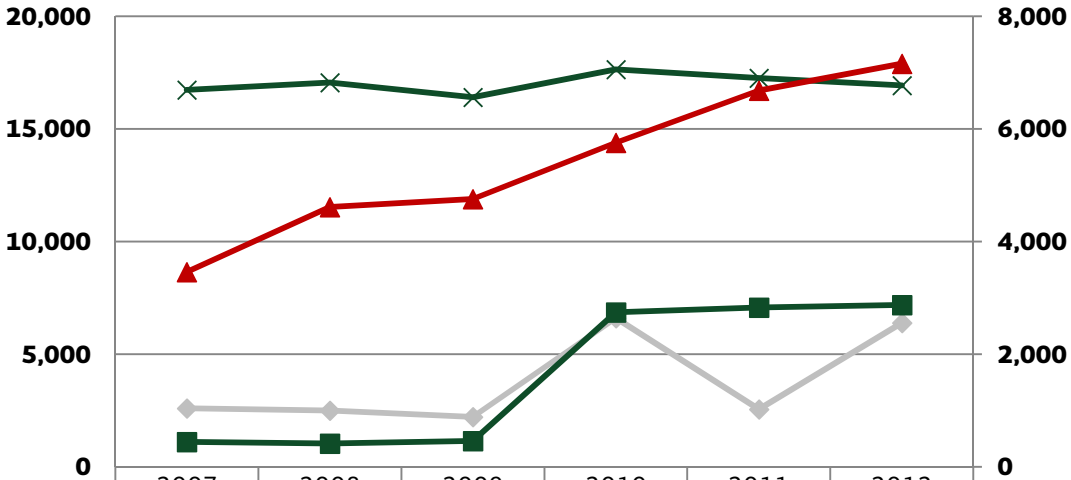
***Fuente**: Accidentes viales en zonas urbanas y suburbanas, INEGI, 2012.*

Heridos por lesiones ocasionadas por accidentes viales

En general, la tendencia desde 2007 es a la baja, con 20.3% menos heridos en 2012 (153 mil 685). Esta reducción ocurrió tanto en zonas urbanas y suburbanas (19%) como en las carreteras federales (26.3%).[10]

A pesar de ello, las lesiones por accidentes viales constituyen una importante causa de egresos hospitalarios. De la totalidad de estos, 50.7% corresponde a ocupantes de vehículos, 21.4% a motociclistas, 19.1% a peatones y 8.6% a ciclistas.[11] (Gráfica 7)

Gráfica 7. Egresos hospitalarios por lesiones ocasionadas por accidentes viales. México, 2007-2012



	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Peatón	2,600	2,503	2,216	6,604	2,549	6,388
Ocupante de vehículo	16,736	17,056	16,403	17,643	17,254	16,934
Ciclista	440	412	460	2,742	2,830	2,872
Motociclista	3,459	4,612	4,754	5,754	6,682	7,159

***Fuente**: Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios, Salud, 2012.*

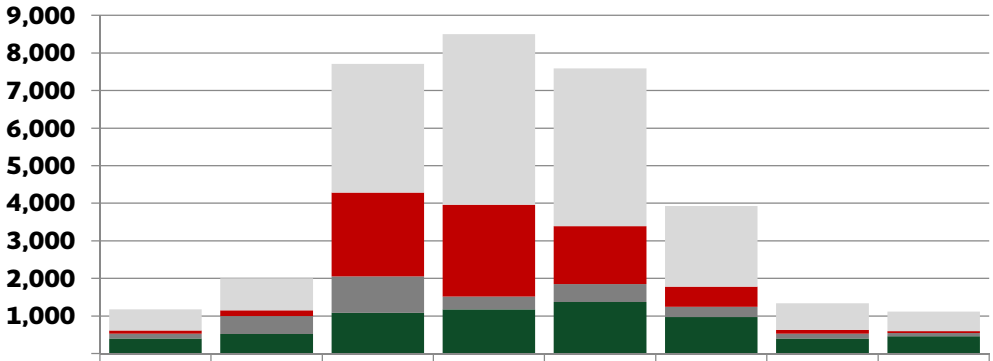
El mayor número de egresos hospitalarios ocurren entre los adultos jóvenes (20 a 29 años) siendo los ocupantes dentro de un vehículo los más afectados con 53.4% del total de egresos, asimismo, se concentra el mayor número de egresos por lesiones en motocicleta (2 mil 442). Es decir, son los adultos jóvenes quienes presentan el mayor número de egresos ya sea por lesiones al conducir o como ocupantes de vehículos motorizados.

Después de los adultos jóvenes, los adolescentes (10 a 19 años) son quienes resultan con mayor frecuencia hospitalizados a consecuencia de lesiones como conductores, ocupantes de vehículos y en motocicletas. De igual forma, las lesiones en bicicleta se concentran en este grupo poblacional con 33.9% del total.

Entre los adultos de 30 a 44 años la mayor proporción de egresos corresponde a las lesiones como ocupantes de vehículos (55.5%) y como usuarios de motocicleta (20.4%).

Con base en la gráfica 8, se identifica un problema peatonal en los extremos de la vida, es decir, entre los niños menores de 5 años y los adultos mayores de 70 años.

Gráfica 8. Egresos hospitalarios por lesiones ocasionadas por accidentes viales según grupo de edad. México, 2012



	Menores de 5 años	5 a 9 años	10 a 19 años	20 a 29 años	30 a 44 años	45 a 59 años	60 a 69 años	Mayores de 70 años
Ocupantes de vehículos	557	851	3,424	4,543	4,194	2,142	706	517
Motociclistas	91	159	2,227	2,442	1,540	539	102	59
Ciclistas	124	477	975	336	475	276	128	81
Peatones	402	519	1,082	1,180	1,375	969	399	462

***Fuente**: Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios, Salud, 2012.*

Factores de riesgo

Una colisión en las vías de tránsito es el resultado de una combinación de factores relacionados con los componentes del sistema vial, que incluye las calles y caminos, el entorno vial, los vehículos y los usuarios de la vía pública, así como la manera en que interactúan.

Algunos factores contribuyen a la ocurrencia de las colisiones y, por lo tanto, son parte de su causalidad. Otros factores agravan los efectos de la colisión, de manera que influyen en la gravedad de las lesiones resultantes. La identificación de los factores de riesgo que contribuyen a las colisiones en la vía pública es importante para reconocer las intervenciones que pueden reducir los riesgos asociados con estos factores.

El menoscabo de facultades debido al consumo de alcohol es un factor importante que influye tanto en el riesgo de colisiones como en la gravedad de las lesiones resultantes. En muchos países desarrollados, cerca del 20% de los conductores que sufrieron traumatismos mortales presentaban un alto nivel de alcoholemia.[12]

Con base en los datos publicados en la ENSANUT 2012 entre los adolescentes, el 28.8% de hombres y 21.2% de mujeres, refirió consumir bebidas alcohólicas; 1% abusa de las bebidas alcohólicas diariamente, 2.3% lo hace de manera semanal, 5.8% mensual y 7.2% ocasionalmente.[8]

Entre los adultos se ha incrementado el consumo de alcohol, pasando de 39.7% en el año 2000 a 53.9% en 2012; siendo mayor el consumo en hombres (67.8%) que en mujeres (41.3%); en cuanto al abuso de bebidas alcohólicas, 1% lo consume diario, 6.7% semanal, 13% mensual y 21.1% ocasional.[8]

De acuerdo al Informe 2012 del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), basado en la aplicación de encuestas en servicios de urgencias hospitalarias mostró que 3% de los pacientes se encontraban bajo los efectos de alguna droga, de estos 73.7% había ingerido alcohol.[13]

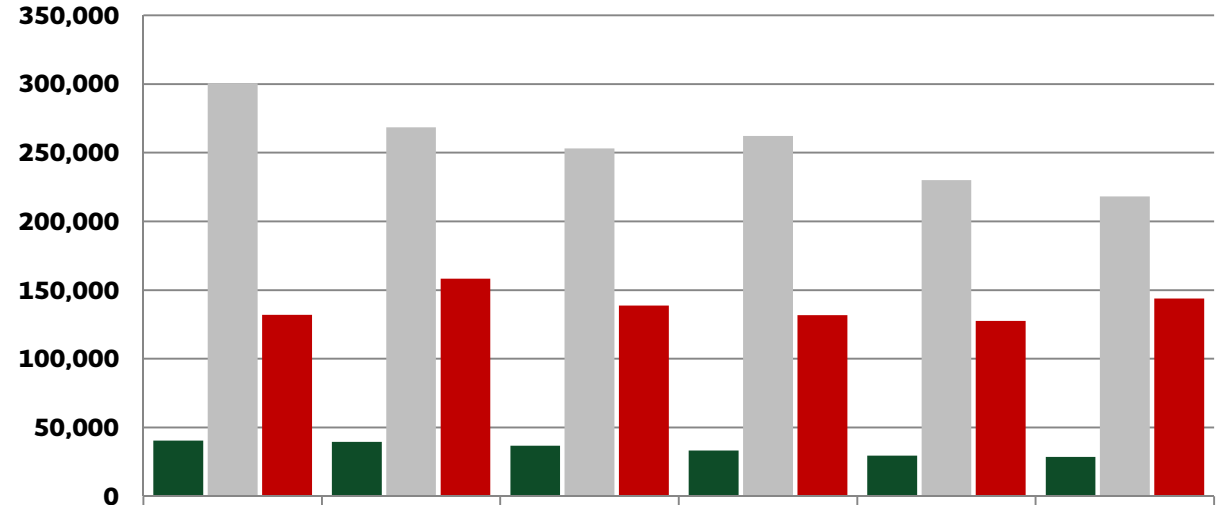
Considerando la causa externa como motivo de consulta a urgencias, se encontró que 69.7% fueron por accidentes (14.6% lesiones ocasionadas por accidentes viales) y en 89.7% de ellos se identificaron datos clínicos de haber consumido alcohol.

En los Servicios Médicos Forenses, se encontró que 10.9% de las muertes por accidentes viales corresponde a ocupantes de un vehículo de motor y 13.5% a atropellamientos. En 90.2% de todos los casos se detectó la presencia del alcohol, por lo que se puede concluir que el alcohol es uno de los principales factores de riesgo asociados a la ocurrencia de lesiones, particularmente por accidentes viales.

Con base en los datos oficiales de accidentalidad, es posible determinar el número de lesiones por accidentes viales relacionados con la presencia de alcohol en las zonas urbanas y suburbanas del país, sin embargo, el subregistro sigue siendo muy alto en algunos municipios.

En 2012, 7.3% de las lesiones ocasionadas por accidentes viales estuvieron relacionados con la presencia de alcohol, cifra que ha disminuido en 29.6% en comparación con 2007.[10] (Gráfica 9)

Gráfica 9. Lesiones ocasionadas por accidentes viales y aliento alcohólico en las zonas urbanas y suburbanas. México, 2007-2012



	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Si	40,493	39,615	36,729	33,160	29,469	28,497
No	300,562	268,591	253,053	262,259	230,147	218,054
Se ignora	131,990	158,229	138,685	131,848	127,569	143,860

***Fuente**: Accidentes de tránsito en zonas urbanas y suburbanas. INEGI, 2012.*

El 45.5% de los conductores lesionados corresponde a personas entre 18 y 30 años de edad, la mayoría de ellos del sexo masculino.

De acuerdo a los reportes de 2012 de la Policía Federal, solo 1.6% de las lesiones ocasionadas por accidentes viales en las carreteras federales fueron causadas por conducir en estado de ebriedad, sin embargo 54.5% fueron por exceso de velocidad.[14]

Por otra parte, no usar cinturones de seguridad es un importante factor de riesgo para los ocupantes de un vehículo. Los cinturones de seguridad utilizados correctamente reducen el riesgo de muerte en una colisión en alrededor de 60% de los casos.[15] A pesar de ello en los países de ingresos bajos sólo 6% de los conductores utiliza cinturón de seguridad; 43% en países de ingresos medios y 80% en países de ingresos altos.[1]

En México, de acuerdo a los datos registrados a través de la Metodología para la Medición de Cuatro Principales Factores de Riesgo en Seguridad Vial[16], en diferentes municipios del país durante 2012, el promedio de uso de cinturón de seguridad entre conductores fue de 58.6% y 56.5% en ocupantes del asiento delantero; asimismo solo 7.6% de los niños viajan seguros en sillas porta infante.

Con base en datos oficiales de lesiones ocasionadas por accidentes viales que se reportan en las zonas urbanas y suburbanas del país se registró que solo 23.8% de los conductores accidentados utilizaba el cinturón de seguridad, sin embargo, se desconoce en el 51.3% de los casos.[10]

Usuarios vulnerables

En los últimos años, se ha incrementado rápidamente el uso de vehículos motorizados de dos ruedas y se ha fomentado el uso de transporte no motorizado como una alternativa de movilidad sustentable y saludable, sobre todo en países con alto nivel de sobrepeso y obesidad.

Como consecuencia, ha aumentado el número de lesiones en peatones, ciclistas y motociclistas, a quienes en su conjunto se les denomina usuarios vulnerables ya que no cuentan con estructuras rígidas de protección como los vehículos de cuatro ruedas y es el propio cuerpo del usuario el que recibe el impacto.

En muchos países este crecimiento en el número de usuarios vulnerables no se ha acompañado de una planificación urbana adecuada: infraestructura segura, promoción de factores de riesgo y adecuación de marcos normativos.

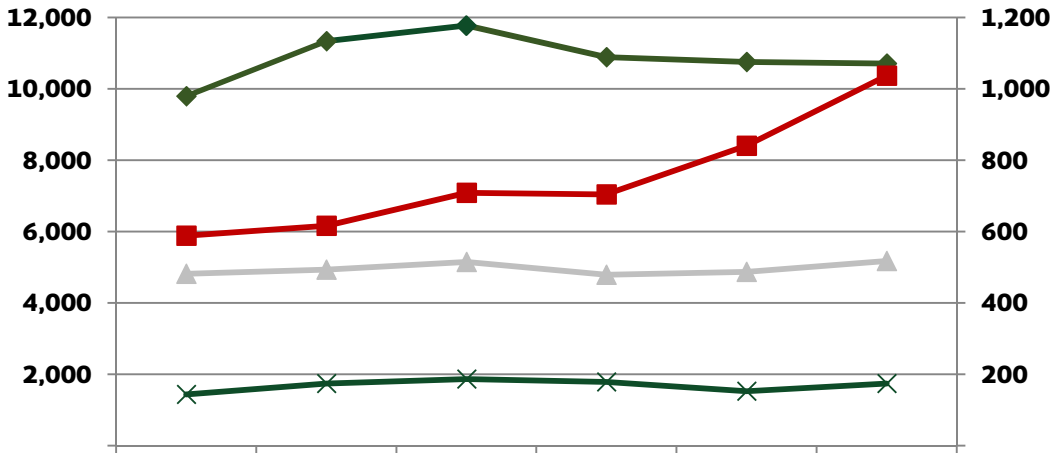
México, no es ajeno a este problema, ya que los usuarios de bicicleta y motocicleta aumentan año con año. Según cifras del INEGI, el número de motocicletas circulando aumentó 80.8% desde 2007.[17]

Con base en el tipo de usuario, de la totalidad de lesiones ocasionadas por accidentes viales en 2012, el 49.2% (16 mil 419) corresponde a usuarios vulnerables (peatones, ciclistas y motociclistas), 152.6% más que en 2007, cuando 28% de los egresos hospitalarios correspondieron a este tipo de usuarios (19 mil 934). (Gráfica 7)

Al desagregar por tipo de usuario vulnerable, el número de lesiones ocasionadas por accidentes viales en los que se vieron involucrados ciclistas y motociclistas aumentó 5.1% y 21.7%, respectivamente, en comparación con 2011.

En relación con la mortalidad en usuarios vulnerables los datos son aún más preocupantes, ya que 37.3% de todas las muertes corresponde a estos usuarios: 81% fueron peatones, 16.2% motociclistas y 2.7% ciclistas. (Gráfica 10)

Gráfica 10. Defunciones por lesiones ocasionadas por accidentes viales por tipo de usuario. México, 2007-2012



	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Vehículo de motor	9,799	11,338	11,778	10,891	10,754	10,714
Atropellamiento	4,819	4,934	5,147	4,786	4,868	5,177
Motocicleta	588	616	709	704	841	1,037
Ciclista	143	174	186	178	152	174

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

En 2007, el porcentaje de muertes entre usuarios vulnerables fue de 36.1%, incrementándose un 3.3% para 2012. En apariencia el cambio no es tan importante, sin embargo, al desagregar por tipo de usuario los datos son contundentes. El porcentaje de muertes, de 2007 a 2012 aumentó en los tres casos: 76.3% en motociclistas, 21.6% en ciclistas y 7.4% en peatones.

Con relación a los egresos hospitalarios por lesiones ocasionadas por accidentes viales, 49.2% corresponde a usuarios vulnerables; de este porcentaje, 43.6% fueron motociclistas, 38.9% peatones y 17.4% ciclistas (Gráfica 8).

Dichos egresos se incrementaron de 2007 a 2012 en 152%. Particularmente aumentaron 145% en peatones, 552% en ciclistas y 106% en motociclistas.

Por grupo de edad, la mayor afectación en grupos vulnerables ocurrió entre la población de 10 a 44 años, concentrando 70.8% de los egresos.

Estos datos orientan hacia la realización de intervenciones integrales hacia los usuarios vulnerables, con énfasis en los motociclistas.

III.3 Avances 2006-2012

En 2007, se diseñó el primer Programa de Seguridad Vial de alcance nacional, con el cual se han logrado contener las lesiones y muertes por accidentes viales en relación a las tendencias que se venían presentando, considerando el incremento del parque vehicular y la limitada y fragmentada realización de acciones preventivas en la materia a nivel federal, estatal y municipal.

Con base en el diagnóstico de la situación de la seguridad vial en el país y tomando en consideración la evidencia nacional e internacional sobre las intervenciones y buenas prácticas en la materia, la Secretaría de Salud diseñó la IMESEVI, como modelo de operación para el desarrollo de intervenciones en estados y municipios.

El modelo IMESEVI tiene un enfoque integral y un abordaje multisectorial. Bajo estos criterios su prioridad es realizar acciones transversales en diferentes niveles de autoridad, focalizando el desarrollo de intervenciones cuya efectividad cuente con evidencia científica, en grupos y prácticas de riesgo, garantizando la efectividad y el costo beneficio de sus acciones.[4]

Desde esta perspectiva, se ha logrado incidir en más de 130 municipios prioritarios de las 32 entidades federativas a través de los COEPRA, sobre cada uno de los componentes que conforma la IMESEVI, como son: información y datos, capacitación, comunicación, legislación, vigilancia y control policial, atención a víctimas y evaluación y monitoreo.

En este sentido, un importante logro es la transferencia presupuestal que realiza la Secretaría de Salud, a través del Acuerdo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (AFASPE), para reforzar las acciones que se realizan a través de IMESEVI como parte del Programa de Seguridad Vial.

En 2011, la Secretaría de Salud coordinó la realización de la Semana de la Seguridad Vial, en un hecho sin precedentes se reunieron más de 700 personas de 22 países entre técnicos, especialistas, operadores, directores de tránsito, académicos y sociedad civil, para conocer y analizar diversas experiencias que han resultado efectivas para prevenir las lesiones ocasionadas por accidentes viales.

En el contexto de la Semana de la Seguridad Vial, México se incorporó al Plan Mundial para el Decenio de Acción por la Seguridad Vial 2011-2020, promovido por la OMS.[18] Además como resultado de las diversas actividades realizadas se generaron diversos compromisos de alcance nacional y regional que forman parte del contexto y de la política pública en materia de prevención de lesiones ocasionadas por accidentes viales, entre las que destacan:

- Firma de la Estrategia Nacional de Seguridad Vial 2011-2020, entre la Secretaría de Salud y la Secretaría de Comunicaciones y Transportes.
- Declaratoria para la Seguridad Vial, aprobada por unanimidad por la CONAGO.
- Declaración del Senado de la República 2011-2020 Decenio para la Seguridad Vial.
- Declaración del X Encuentro Iberoamericano de Responsables de Tránsito y Seguridad Vial.
- Declaración de México para la Seguridad Vial: la ruta para salvar vidas en Iberoamérica y el Caribe.

Uno de los procesos en donde debemos reconocer un gran avance es en la homologación de conceptos y la estandarización de un lenguaje común, permitiendo que, actualmente, se reconozca a la inseguridad vial como un problema de salud pública y haya un consenso sobre los principales factores de riesgo, la importancia de la información, la evidencia y las buenas prácticas para el diseño e implementación de intervenciones en la materia.

Un aspecto fundamental en este proceso es la capacitación, bajo un modelo sistematizado de formadores, multiplicadores y replicadores, que comprende desde tomadores de decisiones y personal operativo hasta la población en general. Actualmente se cuenta con una sólida base que permitirá consolidar el Sistema Nacional de Capacitación en Seguridad Vial, como un modelo de capacitación integral que desarrolla la participación de los actores locales respetando sus particularidades.

La capacitación de promotores en seguridad vial garantiza la transmisión efectiva del conocimiento, ofreciendo además de la información técnica requerida, las habilidades pedagógicas y las herramientas necesarias para llevar a cabo la educación y concientización de la población.

Al contar con un sistema de educación masivo a lo largo de todo el país, se promueven hábitos y entornos saludables entre los usuarios que día con día demandan una movilidad más segura.

Por otra parte, es particularmente significativo el avance en el tema de información y datos, en donde el STCONAPRA se ha posicionado como la instancia responsable de coordinar, recabar y difundir información sobre los principales indicadores de seguridad vial tanto a nivel nacional como entre organismos internacionales tales como el Grupo de la Base de Datos Internacional sobre Tránsito Vial y Accidentes (IRTAD por sus siglas en inglés), la Organización Mundial de la Salud y el Observatorio Iberoamericano de Seguridad Vial (OISEVI).

En 2010, se establecieron las bases para el desarrollo de los observatorios estatales de lesiones, actualmente se cuenta con 13 instalados, además del Observatorio Nacional.

Actualmente es posible referir a la seguridad vial como un tema mediático, en donde la noticia ya no es simplemente la nota roja sino que ha dado espacio a la generación de la opinión pública, lo anterior es importante dado que es el resultado de un trabajo permanente a nivel federal, estatal y municipal, para posicionar el tema de la seguridad vial.

En este sentido, se ha capacitado a periodistas y autoridades de movilidad, policía y tránsito con la finalidad de sensibilizarlos sobre la importancia de realizar campañas de comunicación e información de manera paralela a la intensificación de la aplicación de la ley respecto a los factores de riesgo.

La vinculación multisectorial ha sido un factor clave en cada uno de los procesos que se han iniciado para el mejoramiento de la seguridad vial. Las sinergias establecidas con diversos actores han permitido una mayor comprensión tanto de la problemática como del alcance, competencia e involucramiento de cada uno en la realización de acciones integrales.

Ejemplo de lo anterior, es la colaboración con la OPS/OMS para fortalecerlas actividades de seguridad vial en las ciudades de León, Guanajuato y Guadalajara, Jalisco, particularmente en los temas relacionados con los factores de riesgo de conducción bajo los efectos del alcohol y no uso de sistemas de retención, en el marco del Proyecto RS10 (Road Safety 10), con recursos de Bloomberg Philanthropies e IMESEVI.

Otro logro relevante derivado de la colaboración multisectorial, es la puesta en marcha de la Estrategia Nacional de Alcoholimetría, a través de la cual se busca disuadir a los conductores de manejar en estado de ebriedad mediante la aplicación de controles de alcohol en aliento. Actualmente, se tiene registro de 58 municipios de 21 entidades federativas, que realizan controles de alcohol en aliento bajo el modelo IMESEVI, mediante acuerdos entre la Secretaría de Salud, Tránsito y Vialidad y sus equivalentes en estados y municipios.

En el ámbito internacional, México ha fijado su posición en concordancia con las recomendaciones y medidas definidas por la Organización de las Naciones Unidas en el marco del Decenio de Acción por la Seguridad Vial 2011-2020.

La Secretaría de Salud ha asumido el liderazgo para impulsar el desarrollo del Programa Mesoamericano de Seguridad Vial, gestionando la firma de aprobación de los ministros de salud y de transportes de Mesoamérica para la designación de puntos focales de ambos ministerios de los 10 países que conforman la subregión y la adhesión del PMSV al OISEVI.

En el marco del PMSV, se coordinó la elaboración del programa regional de prevención de lesiones ocasionadas por accidentes viales Sur-Sureste, Juntos Salvando Vidas en las Vialidades, con la participación de los responsables del programa de seguridad vial en los estados de Campeche, Chiapas, Guerrero, Morelos, Puebla, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán.

Desde una perspectiva holística, es necesario reconocer que se está trabajando en la generación de procesos, no de actividades aisladas. Esto es importante señalarlo pues, desde el diseño del Programa de Seguridad Vial y de la IMESEVI, se determinó dar pasos firmes en temas relevantes, en donde el resultado y los cambios que se generen sean permanentes y no victorias efímeras.

Hoy la seguridad vial forma parte de la agenda del gobierno federal y de los gobiernos locales así como de diversos actores interesados en su mejoramiento.

III.4 Retos 2013-2018

En el marco del Decenio de Acción por la Seguridad Vial, México se comprometió, a través de la Estrategia Nacional de Seguridad Vial 2011-2020, y las Declaraciones de la Conferencia Nacional de Gobernadores y del Senado de la República, a reducir las muertes ocasionadas por accidentes viales en un 50%.

A tres años de haber iniciado este compromiso es, sin duda, el establecimiento de mecanismos legales, presupuestales y operativos para la instrumentación de la Estrategia Nacional de Seguridad Vial, el principal reto para abatir las lesiones, discapacidades y muertes ocasionadas por accidentes viales.

En términos generales, el mayor desafío es generar una política nacional en la materia, fortaleciendo la capacidad de gestión de la seguridad vial.

La información que generan diariamente las áreas de tránsito, aseguradoras y salud, son de gran ayuda para el desempeño de sus funciones específicas, sin embargo su campo de acción es limitado por lo que otro reto importante es la instalación y operación de los 32 observatorios estatales de lesiones, así como la estandarización de los procesos para mejorar la calidad y oportunidad de los datos que se recaban.

Otro gran desafío es la estandarización del marco legal a nivel nacional en temas tan importantes como: la aplicación de controles de alcoholimetría, la expedición de licencias, bajo criterios más estrictos que los actuales; seguros de daños a terceros, entre otros.

Sin embargo, ante las complicaciones jurídicas y políticas que implica el contar con una Ley General de Movilidad que regule a estados y municipios, se continuará impulsando modelos de marco legislativo como Jalisco donde se aprobó una Ley Integral de Movilidad y Transporte.

Existen acuerdos internacionales que México no ha suscrito en relación a la producción y comercialización de vehículos con mayores estándares de seguridad que se manejan en otros países, por lo que es importante realizar mayor gestión y sensibilización entre las instancias correspondientes que nos permitan avanzar en este rubro.

El fortalecimiento de una cultura de la prevención orientada a generar y reforzar conductas saludables y seguras es fundamental para lograr incidir en la conducta de los usuarios de las vialidades, por lo que se tiene el reto de impulsar las políticas, programas y estrategias para fomentar la sensibilización y la educación vial entre la población.

Con relación a la atención prehospitalaria sabemos que la primera hora para brindar atención a una persona accidentada es vital, ya sea para salvar la vida o evitar que quede con algún tipo de discapacidad, por ello la Secretaría de Salud tiene como meta mejorar los tiempos de atención de urgencias en zonas urbanas y suburbanas mediante la instalación de Centros Reguladores de Urgencias Médicas en las entidades federativas, la regionalización de los servicios y la aplicación de la normatividad vigente sobre el equipamiento con el que deben contar las ambulancias así como la capacitación y certificación del personal que va a bordo.

Finalmente, para el cumplimiento de la meta establecida en el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018 de contener y, eventualmente, disminuir las muertes por accidentes viales, se deben tomar en cuenta diferentes factores que pueden incidir en su consecución, entre ellos, el origen multifactorial de los accidentes y la participación de diversos actores en cada evento. Por ello, el reto para reducir la tasa de mortalidad es lograr el desarrollo de intervenciones integrales y de fondo entre los actores estratégicos involucrados, principalmente con el cumpliendo puntual de los acuerdos que se establezcan a través del STCONAPRA.

IV. Alineación con las Metas Nacionales

IV. Alineación con las Metas Nacionales

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

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 Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018. El Programa converge con la Meta Nacional, México Incluyente.

Congruente con el objetivo de la Meta Nacional antes señalada, este Programa también se alinea a los objetivos y estrategias del PROSESA 2013-2018.

La coherencia entre cada uno de los documentos antes citados se especifica de manera más clara en los siguientes cuadros.

Cuadro 1. Alineación con el PND 2013-2018

Meta Nacional	Objetivo de la Meta Nacional	Estrategias del Objetivo de la Meta Nacional	Objetivo del PAE
2. México Incluyente	2.3. Asegurar el Acceso a los Servicios de Salud.	2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.	1. Generar datos y evidencia científica para la prevención de lesiones ocasionadas por accidentes viales.
			2. Proponer un marco jurídico en seguridad vial que incluya los principales factores de riesgo presentes en los accidentes viales.
			3. Contribuir a la adopción de conductas seguras de usuarios de vialidades para reducir daños a la salud por accidentes viales.
			4. Impulsar la colaboración multisectorial a nivel nacional para la prevención de lesiones por accidentes viales.
		2.3.3. Mejorar la atención de la salud a la población en situaciones de vulnerabilidad.	5. Normar la atención prehospitalaria de urgencias médicas por lesiones.

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 2. Alineación con el PROSESA 2013-2018

Objetivos del PROSESA	Estrategias del PROSESA	Líneas de acción del PROSESA	Objetivo del PAE
1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.	1.1. Promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario.	1.1.5. Reforzar las acciones de promoción de la salud mediante la acción comunitaria y la participación social.	3. Contribuir a la adopción de conductas seguras de usuarios de vialidades para reducir daños a la salud por accidentes viales.
3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.	3.5. Contribuir a disminuir las muertes por lesiones de causa externa.	3.5.1. Mejorar la calidad y oportunidad de información a través del fortalecimiento del Observatorio Nacional de Lesiones.	1. Generar datos y evidencia científica para la prevención de lesiones ocasionadas por accidentes viales.
		3.5.2. Contribuir a mejorar el marco jurídico para la prevención de accidentes de tráfico con base en evidencia científica.	2. Proponer un marco jurídico en seguridad vial que incluya los principales factores de riesgo presentes en los accidentes viales.
		3.5.4. Fortalecer los mecanismos de colaboración multisectorial para la prevención de lesiones de causa externa intencionales y no intencionales.	4. Impulsar la colaboración multisectorial a nivel nacional para la prevención de lesiones por accidentes viales.
		3.5.5. Fortalecer los mecanismos de cooperación internacional para el mejoramiento de la seguridad vial.	
		3.5.6. Establecer los mecanismos de comunicación permanente en los servicios de urgencias.	5. Normar la atención prehospitalaria de urgencias médicas por lesiones.

V. Organización del Programa

V. Organización del Programa

V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción

El Programa en concordancia con el PND 2013-2018 y con el PROSESA 2013-2018 establece cinco objetivos, seis estrategias y 16 líneas de acción asociados a la meta nacional México Incluyente.

Objetivos:

1. Generar datos y evidencia científica para la prevención de lesiones ocasionadas por accidentes viales.
2. Proponer un marco jurídico en seguridad vial que incluya los principales factores de riesgo presentes en los accidentes viales.
3. Contribuir a la adopción de conductas seguras de usuarios de vialidades para reducir daños a la salud por accidentes viales.
4. Impulsar la colaboración multisectorial a nivel nacional para la prevención de lesiones ocasionadas por accidentes viales.
5. Normar la atención prehospitalaria de urgencias médicas por lesiones.

Objetivo 1. Generar datos y evidencia científica para la prevención de lesiones ocasionadas por accidentes viales.

El diagnóstico y la gestión de la seguridad vial basados en datos de los principales problemas relacionados con las lesiones, permiten adoptar las medidas adecuadas y asignar los recursos necesarios. Sin estos datos e información no es posible lograr reducciones importantes y sostenibles de la exposición al riesgo de lesiones ocasionadas por accidentes viales y de su gravedad.

Las recomendaciones internacionales orientan hacia la estandarización y armonización de la recolección de los datos, con base en la siniestralidad de las lesiones ocasionadas por accidentes viales, y en el vínculo con la información que producen las instituciones que las registran, lo cual permite identificar con mayor precisión la magnitud y los principales factores de riesgo.

En México, se recolecta diariamente información básica sobre lesiones ocasionadas por accidentes viales, a través de: las corporaciones de policía locales redactan informes sobre su ocurrencia; las compañías de seguros documentan los accidentes viales de sus clientes; y el sector salud elabora historias clínicas y registros de egresos hospitalarios de las personas atendidas, entre otros productores de información.

Esta documentación es de gran ayuda para las organizaciones en el desempeño de sus funciones específicas, ya sean de investigación, aplicación de la ley o la prestación de servicios de salud, sin embargo, su campo de acción es limitado ya que no sirve para identificar riesgos, seleccionar intervenciones o evaluar resultados a nivel de datos desagregados.

Por lo anterior, el Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes proporciona las herramientas metodológicas, técnicas y financieras a los Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes para el desarrollo y operación de los Observatorios Estatales de Lesiones, mediante la aplicación de una metodología homogénea, además de proveer el recurso tecnológico para mejorar y sistematizar la recolección, análisis y difusión de los datos sobre seguridad vial a nivel nacional.

Con ello, se podrá disponer de datos más confiables, oportunos y completos que permitan mejorar la gestión de la seguridad vial con resultados sólidos y sostenibles en el tiempo y que sea de utilidad a todas las instituciones involucradas en la prevención de lesiones ocasionadas por accidentes viales y sus consecuencias.

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

Líneas de acción:

1.1.1. Gestionar con los Servicios Estatales de Salud a través de los COEPRA la instalación de los Observatorios Estatales de Lesiones (OEL).

1.1.2. Apoyar a los COEPRA en la recolección, almacenamiento, análisis, aplicación y difusión de los datos generados por los OEL.

1.1.3. Capacitar a los responsables de los OEL y directivos, en el uso de información para la toma de decisiones.

1.1.4. Integrar el Observatorio Nacional de Lesiones con base en la información generada por los OEL.

1.1.5. Generar documentos técnicos a partir de la información recabada por el Observatorio Nacional y los OEL.

Objetivo 2. Proponer un marco jurídico en seguridad vial que incluya los principales factores de riesgo presentes en los accidentes viales.

El tema de la seguridad vial no es nuevo en la agenda política nacional; sin embargo sí es de reciente auge en la legislación existente, por ello es necesario reforzar cuanto se ha prescrito.

Para valorar la amplitud del abordaje que se hace en seguridad vial dentro de una legislación, se han considerado como inicio los seis factores preventivos en la seguridad vial que ha emitido la OMS: uso del cinturón de seguridad; uso de sistemas de retención infantil adecuado para cada grupo etario; uso correcto de casco para motociclistas y ciclistas; conducción de vehículos sin distractores; conducción de vehículos libre de concentraciones de alcohol en la sangre; y conducción de vehículos a una velocidad adecuada.

En el marco de sus atribuciones, el STCONAPRA realiza trabajos de refuerzo de la seguridad vial, implementando metodología fundada en evidencia en congruencia con las intervenciones en la materia que han sido promovidas desde 2004 en el mundo, cuando la Asamblea General de las Naciones Unidas dedicó el Día Mundial de la Salud a la Seguridad Vial, tras la publicación del Informe Mundial sobre la Situación en la Prevención de las Lesiones causadas por Accidentes de Tránsito.

Dado el carácter de la organización política nacional, la normatividad se debe observar desde dos perspectivas: una federal y otra local, incluyendo en esta última el ámbito estatal y municipal.

Por tratarse de un tema relacionado con el tránsito por las vías públicas, recae en la competencia de tránsito y transporte la regulación que existe en cuanto a seguridad vial. No obstante, al ser las lesiones ocasionadas por accidentes viales y sus consecuencias una cuestión de salud pública de gran magnitud, se justifica la injerencia de la Secretaría de Salud.

Las entidades federativas, por mandato constitucional, tienen competencia para emitir su propia regulación con relación al tránsito y corresponde a los municipios la facultad de regularlos. De ahí que las competencias se distribuyan para la Federación sobre los caminos y puentes de jurisdicción federal y para los estados ciertos caminos carreteros y vías de comunicación urbana, suburbana y rural.

Actualmente, los seis factores de riesgo y su prevención se abordan solamente en ocho entidades; nueve no abordan en lo absoluto la seguridad vial; y los 14 restantes solo contemplan algunos factores.

Sobre esta perspectiva el Programa propone lograr la unificación y la ampliación de los criterios y contenidos que fortalezcan a la autoridad competente en función de prevenir las lesiones ocasionadas por accidentes viales.

Estrategia 2.1. Promover la adecuación de un marco legal integral y homogéneo en materia de seguridad vial a nivel federal, estatal y municipal.

Líneas de acción:

2.1.1. Analizar el marco jurídico en materia de seguridad vial de nivel federal, estatal y municipal.

2.1.2. Proponer marcos legales en materia de seguridad vial que incorporen los principales factores de riesgo vinculados con accidentes viales.

2.1.3. Apoyar la gestión para la incorporación de las adecuaciones en los órdenes legislativos a nivel federal, estatal y municipal.

Objetivo 3. Contribuir a la adopción de conductas seguras de usuarios de vialidades para reducir daños a la salud por accidentes viales.

Es necesario reconocer que en nuestro país existe una notable ausencia de cultura vial, siendo por lo tanto indispensable fortalecer las acciones de promoción de la salud, a fin de generar una cultura de prevención, particularmente entre niños, adolescentes y jóvenes quienes, además, son los más afectados. Son ellos quienes habrán de conducir las transformaciones que el país necesita, modificando sus espacios cotidianos en entornos más saludables, donde el consumo de alcohol, por ejemplo, o un uso inmoderado de la velocidad, sean rechazados.

La OMS promueve, por ejemplo, la integración de la educación vial dentro de los programas académicos de la instrucción primaria para consolidar actitudes positivas en una etapa del niño especialmente receptiva y a la vez vulnerable.

Así también, existe evidencia de que las campañas dirigidas a los usuarios de las vías pueden contribuir en la reducción de las lesiones ocasionadas por accidentes viales, promoviendo conductas más seguras y mejorando el conocimiento de las normas.

De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el establecimiento de campañas de seguridad elaboradas bajo un enfoque multisectorial y enmarcado en una política nacional de seguridad vial son elementos que apoyan el logro de las metas de reducción de siniestros viales y fortalecen la acción del Estado, el sector privado y la sociedad civil.

En este sentido el STCONAPRA imparte cursos de capacitación a Formadores en Seguridad Vial en las entidades federativas a fin de fortalecer los conocimientos, capacidades y habilidades en la materia con el fin de que puedan replicar la información a nivel local.

Asimismo, se imparten pláticas de sensibilización en seguridad vial capacitando a promotores que puedan llevar la información a la población en general sensibilizándola sobre la importancia de prevenir los accidentes viales.

Es importante hacer hincapié en que, de acuerdo con la OMS, las campañas de información y educación realizadas de manera aislada no reducen de manera tangible y sostenible el número de víctimas mortales y graves de tránsito. Las campañas de comunicación e información son realmente eficaces cuando paralelamente existen leyes en la materia y estas leyes se aplican.

Estrategia 3.1. Promover la cultura de prevención de accidentes viales.

Líneas de acción:

3.1.1. Desarrollar las competencias técnicas de los formadores en seguridad vial a través de cursos de capacitación.

3.1.2. Capacitar a promotores de seguridad vial a fin de lograr involucrar a la sociedad en la prevención de accidentes viales.

Objetivo 4. Impulsar la colaboración multisectorial a nivel nacional para la prevención de lesiones por accidentes viales.

La duplicidad de acciones, esfuerzos y recursos es una situación común entre los diversos actores involucrados en el mejoramiento de la seguridad vial debido, principalmente, a la falta de comunicación que impide avanzar como un colectivo social, compartiendo experiencias y conocimientos.

La reducción de lesiones por accidentes viales requiere de la participación de múltiples actores, involucrando a la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales, instituciones de gobierno e incluso incorporando el apoyo científico, técnico y de experiencias exitosas de la comunidad internacional.

Un elemento clave para lograr este trabajo coordinado a lo largo del país, es la instalación y fortalecimiento de los Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes en las entidades federativas, a fin de consolidar las acciones en materia de seguridad vial.

Un ejemplo claro de la importancia de la colaboración multisectorial y uso de la evidencia y tecnología, es la implementación de controles policiales para disuadir a la población de conducir bajo los efectos del alcohol.

De acuerdo con la OMS, la implementación de operativos de control y la realización de pruebas de alcohol en aliento mediante equipos de alcoholimetría, son intervenciones eficaces para disuadir conductas de riesgo relacionadas con el alcohol y la conducción. La evidencia científica muestra que los choques se reducen 20%.

En su Informe Mundial sobre Prevención de los Traumatismos Causados por el Tránsito, la OMS señala que se pueden obtener mejores resultados si además se difunden por los medios de comunicación campañas que contribuyan a que los ciudadanos sean más conscientes del riesgo de ser interceptados y se logre considerar menos aceptable conducir después de haber consumido alcohol y más aceptable la aplicación de la norma.

En México, la Secretaría de Salud, a través del STCONAPRA, implementó desde 2009 la Estrategia Nacional de Alcoholimetría, como componente de las intervenciones integrales que conforman la Iniciativa Mexicana de Seguridad Vial, para la prevención de lesiones y promoción de la seguridad vial.

La Estrategia Nacional de Alcoholimetría, ahora denominada Acción Estratégica de Alcoholimetría, tiene como objetivo contribuir a la disminución de la ocurrencia y gravedad de lesiones por accidentes viales, que pudieran derivar en discapacidad y muerte de los usuarios de las vías, como consecuencia de la conducción bajo los efectos del alcohol.

Estrategia 4.1. Apoyar la instalación y operación de los COEPRA para impulsar acciones integrales de prevención de accidentes viales.

Líneas de acción:

4.1.1. Apoyar a los servicios estatales de salud en la convocatoria de organismos e instituciones para integrar los COEPRA.
4.1.2. Contribuir con los COEPRA en la definición e implantación de intervenciones integrales para la prevención de los accidentes viales.

Estrategia 4.2. Impulsar la implementación de control de alcohol en aliento de conductores.

Líneas de acción:

4.2.1. Promover la implementación de los protocolos de aplicación de control de alcohol en aliento de conductores en zonas prioritarias.

Objetivo 5. Normar la atención prehospitalaria de urgencias médicas por lesiones.

En México, dadas las disparidades e inequidades que caracterizan a las diferentes entidades federativas y municipios, es necesario regular la atención de los servicios de urgencias, ampliar la cobertura y mejorar los tiempos de atención a través de un Centro Regulador de Urgencias Médicas (CRUM) en cada entidad federativa.

Muchas vidas podrían salvarse de no ser por la falta de oportunidad en el servicio, derivada del retraso para llegar al sitio de ocurrencia o de no contar con el equipamiento necesario para atender los daños a la salud en el lugar del accidente. Por esta razón, es fundamental establecer un esquema de regionalización por nivel de servicio.

La falta de recursos destinados a la atención medica prehospitalaria ha generado un amplio rezago, no solo en el número de ambulancias, sino también en que muchas de las existentes no reúnen los estándares que se requieren, por lo que se hace prioritario verificar y certificar, en su caso, todas las ambulancias conforme a la NOM-237-SSA1-2004, Regulación de los Servicios de Salud. Atención Prehospitalaria de las Urgencias Médicas.

Otro factor que incide negativamente en la reducción de los daños a la salud causados por los accidentes viales, es la carencia de recursos humanos capacitados. Actualmente, un gran porcentaje de los Técnicos de Urgencias Médicas (TUM) realizan su trabajo sin ningún tipo de certificación o capacitación, potencializando el riesgo de muerte o lesiones incurables de las víctimas de accidentes.

Las capacidades y habilidades con que debe contar el personal que presta servicios a bordo de una ambulancia es una condición indispensable para brindar atención médica de calidad técnica y humana. Por ello, es primordial contar con los instrumentos técnicos necesarios, protocolos y manuales para el manejo terapéutico, así como fortalecer la capacitación continua, para actualizar al personal de urgencias con las prácticas más eficaces actualmente disponibles.

De igual forma, como parte de la ausencia de cultura vial, las personas ajenas al ámbito de la atención prehospitalaria, quienes en ocasiones son los primeros en acudir al lugar de los hechos (policías por ejemplo), no cuentan con la capacitación necesaria para asistir a las víctimas como primeros respondientes, por lo que también es necesario cubrir esta necesidad de capacitación de manera sistemática y permanente

Estrategia 5.1. Impulsar la instalación de CRUM en las entidades federativas para sistematizar la atención prehospitalaria de urgencias médicas.

Líneas de acción:

5.1.1. Apoyar la instalación de los CRUM en las entidades federativas.

5.1.2. Vigilar que los CRUM cumplan con lo establecido en la normatividad vigente.

5.1.3. Promover la implementación del modelo de atención prehospitalaria para la homologación de la atención de urgencias médicas.

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, pues en él puede vislumbrarse el tipo de acciones a emprender en función de los problemas detectados.

Desde esta perspectiva y considerando a la masculinidad hegemónica como una construcción social, con roles y estereotipos tradicionales que llevan a los hombres a tomar riesgos innecesarios, teniendo como resultado que una de las primeras causas de muerte en hombres jóvenes sean los accidentes viales o que tres de cada cuatro muertes de jóvenes por esta causa, sean hombres; es relevante incluir en el Programa la perspectiva de género como eje transversal.

Para ello se recabarán y analizarán los datos con el mayor nivel de desagregación identificando las prioridades y necesidades para mujeres y hombres; se apoyaran las campañas preventivas de lesiones ocasionadas por accidentes viales dirigidas con perspectiva de género; y se fortalecerá la prevención de las lesiones ocasionadas por accidentes viales focalizando las acciones con una perspectiva de género.

VI. Indicadores y Metas

VI. Indicadores y Metas

Elemento	Características				
Indicador 1	Observatorios Estatales de Lesiones instalados.				
Objetivo del PAE	Generar datos y evidencia científica para la prevención de lesiones ocasionadas por accidentes viales.				
Descripción general	Se consideraran como Observatorios Estatales de Lesiones Instalados sólo aquellos que cuenten con acta de creación. Los porcentajes de las metas se ajustan de acuerdo al número de entidades contempladas en la instalación del Observatorio. Con el trabajo realizado, se espera un avance mayor al final del periodo.				
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de Observatorios Estatales de Lesiones con actas de creación / Denominador: Total de entidades federativas por 100.				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	Servicios Estatales de Salud (SESA) / COEPRA				
Referencias adicionales	STCONAPRA				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	50% (16 Observatorios Estatales de Lesiones instalados).	59.4% (19 Observatorios Estatales de Lesiones instalados).	71.9% (23 Observatorios Estatales de Lesiones instalados).	81.3% (26 Observatorios Estatales de Lesiones instalados).	93.8% (30 Observatorios Estatales de Lesiones instalados).
Línea base 2013			**Meta Sexenal**		
40.6% (13 Observatorios Estatales de Lesiones instalados).			93.8% (30 Observatorios Estatales de Lesiones instalados).		

Elemento	Características				
Indicador 2	Observatorios Estatales de Lesiones operando.				
Objetivo del PAE	Generar datos y evidencia científica para la prevención de lesiones ocasionadas por accidentes viales.				
Descripción general	Se consideraran como Observatorios Estatales de Lesiones operando a aquellos que proporcionen semestralmente información con los criterios mínimos establecidos por el STCONAPRA al Observatorio Nacional de Lesiones. Los porcentajes de las metas se ajustan de acuerdo al número de entidades contempladas en la operación del Observatorio.				
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de Observatorios Estatales de Lesiones que proporcionan semestralmente información al Observatorio Nacional / Denominador: Número de Observatorios Estatales instalados por 100.				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	SESA / COEPRA				
Referencias adicionales	STCONAPRA				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	25% (4 Observatorios Estatales operando).	42.1% (8 Observatorios Estatales operando).	52.2% (12 Observatorios Estatales operando).	61.5% (16 Observatorios Estatales operando).	66.7% (20 Observatorios Estatales operando).
Línea base 2013			**Meta Sexenal**		
15.4% (2 Observatorios Estatales de Lesiones operando).			66.7% (Corresponde a 20 Observatorios Estatales de Lesiones operando).		

Elemento	Características				
Indicador 3	Municipios prioritarios con propuesta de adecuación integral del marco legal en materia de seguridad vial.				
Objetivo del PAE	Proponer un marco jurídico en seguridad vial que incluya los principales factores de riesgo presentes en los accidentes viales.				
Descripción general	El indicador contempla la revisión y análisis por parte del STCONAPRA, a las legislaciones en materia de seguridad vial de los municipios considerados como prioritarios, con el fin de proponer su adecuación incluyendo los seis factores preventivos en seguridad vial emitidos por la OMS: uso de cinturón de seguridad; uso de sistemas de retención infantil; uso correcto de caso para motociclistas y ciclistas; conducción de vehículos sin distractores; conducción de vehículos libre de concentraciones de alcohol en sangre; y conducción de vehículos a una velocidad adecuada. Los municipios prioritarios fueron definidos por la Secretaría de Gobernación con base en estadísticas de INEGI que los catalogan con los mayores índices de mortalidad atribuible a siniestros de tránsito.				
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de municipios prioritarios con propuesta de adecuación integral del marco legal en materia de seguridad vial / Denominador: Total de municipios prioritarios por 100.				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	STCONAPRA / Sistemas legislativos estatales y municipales.				
Referencias adicionales	STCONAPRA				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	14.1% (25 municipios prioritarios).	15.3% (27 municipios prioritarios).	16.4% (29 municipios prioritarios).	17.5% (31 municipios prioritarios).	18.6% (33 municipios prioritarios).
Línea base 2013			**Meta Sexenal**		
13.6% (24 municipios prioritarios con propuesta de adecuación integral del marco legal en materia de seguridad vial).			18.6% (33 municipios prioritarios con propuesta de adecuación integral del marco legal en materia de seguridad vial).		

Elemento	Características				
Indicador 4	Población sensibilizada por los promotores de seguridad vial.				
Objetivo del PAE	Contribuir a la adopción de conductas seguras de los usuarios de las vialidades para reducir los daños a la salud por accidentes viales.				
Descripción general	La población sensibilizada se refiere al porcentaje de personas del grupo de edad de 10 a 49 años que recibe pláticas sobre seguridad vial en las entidades federativas. El compromiso anual es sensibilizar a nivel nacional y por entidad federativa al número de personas que conformen un 1.26% del total del grupo de edad de referencia, por lo tanto la meta sexenal será el acumulado de las personas sensibilizadas anualmente. La población total de ese grupo de edad se obtiene de las proyecciones de población de CONAPO 2010-2050.				
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Total de población del grupo de edad de 10 a 49 años que ha recibido pláticas de sensibilización sobre seguridad vial en las entidades federativas / Denominador: Total de población del grupo de edad de 10 a 49 años.				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	STCONAPRA / SESA / COEPRA.				
Referencias adicionales	STCONAPRA				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	1.3%	1.3%	1.3%	1.3%	1.3%
Línea base 2013			**Meta Sexenal**		
1.3%			7.6%		

Elemento	Características				
Indicador 5	Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes conformados.				
Objetivo del PAE	Impulsar la colaboración multisectorial a nivel nacional para la prevención de lesiones ocasionadas por accidentes viales.				
Descripción general	Se considerarán como Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes conformados a aquellos que tengan publicado en la Gaceta Gubernamental el instrumento jurídico de creación. Los porcentajes de las metas se ajustan de acuerdo al número de entidades contempladas en la instalación de los COEPRA.				
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes conformados / Denominador: Número de entidades federativas por 100.				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	SESA / STCONAPRA				
Referencias adicionales	STCONAPRA				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	59.4% (19 COEPRA conformados).	71.9% (23 COEPRA conformados).	81.3% (26 COEPRA conformados).	90.6% (29 COEPRA conformados).	100% (32 COEPRA conformados).
Línea base 2013			**Meta Sexenal**		
53.1% (17 COEPRA conformados).			100% (32 COEPRA conformados).		

Elemento	Características				
Indicador 6	Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes activos.				
Objetivo del PAE	Impulsar la colaboración multisectorial a nivel nacional para la prevención de lesiones ocasionadas por accidentes viales.				
Descripción general	Se considerarán como Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes activos a aquellos que realicen las actividades de prevención correspondientes, avaladas por las minutas de acuerdos de las reuniones realizadas. Los porcentajes de las metas se ajustan de acuerdo al número de entidades contempladas en la instalación de los COEPRA, contemplando un mayor avance en los años intermedios.				
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de Consejos Estatales para la prevención de Accidentes activos / Denominador: Número de entidades federativas por 100.				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	SESA / STCONAPRA				
Referencias adicionales	STCONAPRA				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	53.1% (17 COEPRA activos).	62.5% (20 COEPRA activos).	78.1% (25 COEPRA activos).	93.8% (30 COEPRA activos).	100% (32 COEPRA activos).
Línea base 2013			**Meta Sexenal**		
46.9% (15 Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes activos).			100% (32 Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes activos).		

Elemento	Características				
Indicador 7	Municipios prioritarios que aplican controles de alcoholimetría.				
Objetivo del PAE	Impulsar la colaboración multisectorial a nivel nacional para la prevención de lesiones ocasionadas por accidentes viales.				
Descripción general	La Acción Estratégica de Alcoholimetría se implementó en 2009 en los municipios considerados como prioritarios por el STCONAPRA con base en estadísticas de INEGI que los catalogan con los mayores índices de mortalidad atribuible a siniestros de tránsito. Actualmente se considera la clasificación de municipios prioritarios de la Secretaría de Gobernación.				
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de municipios prioritarios que aplican controles de alcoholimetría / Denominador: Total de municipios prioritarios por 100.				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	STCONAPRA / SEGOB / COEPRA				
Referencias adicionales	STCONAPRA				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	37.3% (66 municipios prioritarios).	41.8% (74 municipios prioritarios).	46.3% (82 municipios prioritarios).	50.8% (90 municipios prioritarios).	55.4% (98 municipios prioritarios).
Línea base 2013			**Meta Sexenal**		
32.8% (58 municipios prioritarios con operativo de alcoholimetría).			55.4% (98 municipios prioritarios con operativo de alcoholimetría).		

Elemento	Características				
Indicador 8	Entidades federativas que cuentan con Centro Regulador de Urgencias Médica en operación.				
Objetivo del PAE	Normar la atención prehospitalaria de urgencias médicas por lesiones.				
Descripción general	Se considerará como Centro Regulador de Urgencias Médicas en operación a aquel que cuente con acta de instalación y regule las actividades relacionadas con las urgencias médicas de su área de competencia, a fin de hacer eficientes los recursos humanos y materiales para ofrecer la mejor opción posible a pacientes en situación de urgencia médica. Los porcentajes de las metas se ajustan de acuerdo al número de entidades contempladas en la operación de los CRUM. La línea basal y el primer año de reporte no varían porque en 2014 se va a fortalecer el trabajo de gestión para la instalación de los centros.				
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de entidades federativas que cuentan con Centro Regulador de Urgencias Médica en operación / Denominador: Total de entidades federativas por 100.				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	STCONAPRA / SESA / COEPRA				
Referencias adicionales	STCONAPRA				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	37.5% (12 entidades federativas con CRUM en operación).	43.8% (14 entidades federativas con CRUM en operación).	50% (16 entidades federativas con CRUM en operación).	56.3% (18 entidades federativas con CRUM en operación).	62.5% (20 entidades federativas con CRUM en operación).
Línea base 2013			**Meta Sexenal**		
37.5% (12 entidades federativas con CRUM en operación).			62.5% (20 entidades federativas con CRUM en operación).		

VII. Matriz de Corresponsabilidad

VII. Matriz de Corresponsabilidad

La inseguridad vial constituye un viejo y grave problema, tradicionalmente mal percibido y mal atendido, cuyo impacto va más allá de sólo los daños reportados por el Sector Salud, también repercute en la calidad de vida urbana y sus costos inciden incluso, en la competitividad de las empresas, ciudades, regiones y principales corredores económicos, por lo que su prevención exige soluciones intersectoriales integrales.

Las muertes por lesiones por accidentes viales 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, que incidan en los tres elementos que conforman el sistema vial: Individuo (conductor, peatón, ciclista motociclista) vehículo y entorno, en cada una de las fases del proceso de su ocurrencia: antes, durante y después del accidente. Las actividades de la Secretaría de Salud se concentran en la prevención del evento en el ámbito poblacional.

Con base en lo anterior, es importante señalar que la disminución de la tasa de mortalidad no es una responsabilidad exclusiva del Sector Salud, sino requiere del trabajo integral e intersectorial en los tres niveles de gobierno. Si bien es cierto, existen mecanismos de coordinación y operación, como son el STCONAPRA, los COEPRA, la Estrategia Nacional de Seguridad Vial, entre otros, se requiere del compromiso, colaboración y uso eficiente de los recursos de cada una de las instancias involucradas en el mejoramiento de la seguridad vial en el país.

Matriz de Corresponsabilidad Externa

Objetivo 1	Generar datos y evidencia científica para la prevención de lesiones ocasionadas por accidentes viales.		
Indicador 1	Observatorios Estatales de Lesiones instalados.	**Meta 1**	93.8% (30 Observatorios Estatales de Lesiones instalados).
Indicador 2	Observatorios Estatales de Lesiones operando.	**Meta 2**	66.7% (Corresponde a 20 Observatorios Estatales de Lesiones operando).

Línea de acción		SSA	Policía Federal	CAPUFE	Cruz Roja	SESA	INEGI	Gobierno Local	Instituciones Locales	IMT	AMIS	SCT	Observaciones
No.	Descripción												
1.1.1.	Gestionar con los Servicios Estatales de Salud a través de los COEPRA la instalación de los Observatorios Estatales de Lesiones (OEL).	✓				✓							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
1.1.2.	Apoyar a los COEPRA en la recolección, almacenamiento, análisis, aplicación y difusión de los datos generados por los OEL.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
1.1.3.	Capacitar a los responsables de los OEL y directivos, en el uso de información para la toma de decisiones.	✓				✓							
1.1.4.	Integrar el Observatorio Nacional de Lesiones con base en la información generada por los OEL.	✓				✓							

Línea de acción		SSA	Policía Federal	CAPUFE	Cruz Roja	SESA	INEGI	Gobierno Local	Instituciones Locales	IMT	AMIS	SCT	Observaciones
No.	Descripción												
1.1.5.	Generar documentos técnicos a partir de la información recabada por el Observatorio Nacional y los OEL.	✓				✓							

Objetivo 2	Proponer un marco jurídico en seguridad vial que incluya los principales factores de riesgo presentes en los accidentes viales.		
Indicador 3	Municipios prioritarios con propuesta de adecuación integral del marco legal en materia de seguridad vial.	**Meta 3**	18.6% (33 municipios prioritarios con propuesta de adecuación integral del marco legal en materia de seguridad vial).

Línea de acción		SSA	OMS	Congreso de la Unión	Congresos Estatales	Presidentes Municipales	Poder Ejecutivo Estatal	SCT	Observaciones
No.	Descripción								
2.1.1.	Analizar el marco jurídico en materia de seguridad vial de nivel federal, estatal y municipal.	✓	✓	✓	✓	✓	✓		OMS: Soporte de evidencia científica. Congresos estatales: Detección de actores y promoción de reformas e iniciativas. Presidentes Municipales: Propuesta y gestión de adecuaciones en reglamentos. Poder Ejecutivo local: Asesoría y gestión de adecuaciones normativas.
2.1.2.	Proponer marcos legales en materia de seguridad vial que incorporen los principales factores de riesgo vinculados con accidentes viales.	✓		✓				✓	Congreso de la Unión: Contacto estratégico para el apoyo de iniciativas y cabildeo con actores clave. SCT: Modificación de reglamentos federales.
2.1.3.	Apoyar la gestión para la incorporación de las adecuaciones en los órdenes legislativos a nivel federal, estatal y municipal.	✓		✓				✓	

Objetivo 3	Contribuir a la adopción de conductas seguras de usuarios de vialidades para reducir daños a la salud por accidentes viales.		
Indicador 4	Población sensibilizada por los promotores de seguridad vial.	**Meta 4**	7.6%

Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	ISSSTE	ONG	SEP	Observaciones
No.	Descripción							
3.1.1.	Desarrollar las competencias técnicas de los formadores en seguridad vial a través de cursos de capacitación.	✓	✓					SESA: Colaboran en el desarrollo de intervenciones participativas y otras actividades de difusión.
3.1.2.	Capacitar a promotores de seguridad vial a fin de lograr involucrar a la sociedad en la prevención de accidentes viales.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	SESA: Trabajar en el involucramiento de la sociedad. IMSS, ISSSTE, SEP y ONG: Extender el involucramiento a grupos focales.

Objetivo 4	Impulsar la colaboración multisectorial a nivel nacional para la prevención de lesiones ocasionadas por accidentes viales.		
Indicador 5	Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes conformados.	**Meta 5**	100% (32 COEPRA conformados).
Indicador 6	Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes activos.	**Meta 6**	100% (32 Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes activos).
Indicador 7	Municipios prioritarios que aplican controles de alcoholimetría.	**Meta 7**	55.4% (98 municipios prioritarios con operativo de alcoholimetría).

Línea de acción		SSA	SESA	Policía Tránsito	Congresos	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	IMSS	Delegaciones estatales de Comunicaciones y Transportes	Observaciones
No.	Descripción									
4.1.1.	Apoyar a los servicios estatales de salud en la convocatoria de organismos e instituciones para integrar los COEPRA.	✓	✓			✓	✓	✓	✓	Todas las instituciones son las encargadas de operar los acuerdos de los COEPRA.
4.1.2.	Contribuir con los COEPRA en la definición e implantación de intervenciones integrales para la prevención de los accidentes viales.	✓	✓			✓	✓	✓	✓	
4.2.1.	Promover la implementación de los protocolos de aplicación de control de alcohol en aliento de conductores en zonas prioritarias.	✓	✓	✓	✓					Policía-tránsito: Encargada de implementar los puntos de control de alcoholimetría. SESA: Gestionan la implementación de dichos controles. Congresos: Promueven modificaciones a la ley relacionadas con el consumo de alcohol y conducción

Objetivo 5	Normar la atención prehospitalaria de urgencias médicas por lesiones.		
Indicador 8	Entidades federativas que cuentan con Centro Regulador de Urgencias Médica en operación.	**Meta 8**	62.5% (20 entidades federativas con CRUM en operación).

Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA,SEMAR	COFEPRIS	Observaciones
No.	Descripción								
5.1.1.	Apoyar la instalación de los CRUM en las entidades federativas.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Las urgencias médicas se atienden en los tres niveles de atención. La relación interinstitucional se debe a la referencia y contra referencia.
5.1.2.	Vigilar que los CRUM cumplan con lo establecido en la normatividad vigente.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
5.1.3.	Promover la implementación del modelo de atención pre hospitalaria para la homologación de la atención de urgencias médicas.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

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. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial 2013*. Disponible en línea en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_ safety_status/2013/report/es/ (consultado en diciembre de 2013), 2013.

2. 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 PublicHealthNationsHealth. 1968 Aug;58(8):1431-8.

3. Decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes. 20 de marzo de 1987. Diario Oficial de la Federación, Secretaría de Salud. Tomo CDII, Número 15.

4. CENAPRA. Iniciativa Mexicana de Seguridad Vial y Prevención de Lesiones en el Tránsito (IMESEVI). Construcción de Línea Base. Reporte final. 1a ed. México D.F.: Secretaría de Salud; 2009. 188 p.

5. Acuerdo por el que se da a conocer la Estrategia Nacional de Seguridad Vial 2011-2020. 6 de junio de 2011. Diario Oficial de la Federación de México. Secretaría de Comunicaciones y Transportes.

6. World Health Organization (WHO) Injuries and Violence: The Facts. Ginebra, Suiza, 2010.

7. Instituto Nacional de Estadística y Geografía/Secretaría de Salud (INEGI/SS). Base de datos de mortalidad 1979-2012 (principales causas de muerte con Lista GBD). México: DGIS, 2012. Disponible en línea en: http://dgis.salud.gob.mx/cubos/ (consultado en enero de 2014).

8. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2013.

9 Ávila-Burgos L, Ventura-Alfaro C, Barroso-Quiab A, Aracena-Genao B, Cahuana-Hurtado L, Serván-Mori E, Franco-Marina F, Cervantes-Trejo A, Rivera-Peña G. Las lesiones por causa externa en México. Lecciones aprendidas y desafíos para el Sistema Nacional de Salud. Ciudad de México (MX): Instituto Nacional de Salud Pública; 2010. (Perspectivas en Salud Pública, Sistema de Salud).

10. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Accidentes de tránsito terrestre en zonas urbanas y suburbanas 2012. Sitio del INEGI en Internet: www.inegi.org.mx (Consultado en diciembre 2013).

11. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios, 2000-2009 (Principales causas de muerte con Lista GBD monbi). México: DGIS, 2012. Disponible en: http://pda.salud.gob.mx/cubos/ (Consultado en enero de 2014).

12. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Beber y conducir: Manual de seguridad vial para decisores y profesionales. Washington, D.C.: OPS, 2010.

13. Dirección General de Epidemiología. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), Informe 2012. México. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Secretaría de Salud. Junio, 2013.

14. Reporte de Policía Federal.

15. Foundation for the Automobile and Society (FIA). Cinturones de seguridad y sistemas de retención infantil: un manual de seguridad vial para decisores. Londres: FIA, 2009.

16. Metodología para la medición de 4 factores de riesgo de STCONAPRA

17. Estadística de Vehículos de Motor Registrados en Circulación. [Internet]. INEGI. 1999-2012 [cited August 2013]. Available from: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/

metodologias/registros/economicas/sm_evmrc.pdf.

18. Acuerdo por el que se Declara la Década 2011-2020 como el Decenio De Acción ParaLa Seguridad Vial. 14 de abril de 2011. Senado de la República. Segundo Periodo Ordinario, Segundo Año de Ejercicio; LXI Legislatura; Gaceta: 249. Disponible en: http://www.senado.gob.mx/?ver=sp&mn=2&sm=2&id=29477

Abreviaturas y Acrónimos

AFASPE	Acuerdo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas
AMIS	Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros
CAPUFE	Caminos y Puentes Federales de Ingeniería y Servicios Conexos
CENAPRA	Centro Nacional para la Prevención de Accidentes
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
COEPRA	Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
CONAGO	Conferencia Nacional de Gobernadores
CONAPRA	Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes
CRUM	Centro Regulador de Urgencias Médicas
DGIS	Dirección General de Información en Salud
DOF	Diario Oficial de la Federación
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
IMESEVI	Iniciativa Mexicana de Seguridad Vial
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
IMT	Instituto Mexicano del Transporte
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
IRTAD	Grupo de la Base de Datos Internacional sobre Tránsito Vial y Accidentes
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
NOM	Norma Oficial Mexicana
OEL	Observatorios Estatales de Lesiones
OISEVI	Observatorio Iberoamericano de Seguridad Vial
OMS	Organización Mundial de la Salud

ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAE	Programa de Acción Específico
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PMSV	Programa Mesoamericano de Seguridad Vial
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
SCT	Secretaría de Comunicaciones y Transportes
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEMAR	Secretaría de Marina
SISVEA	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones
SSA	Secretaría de Salud
STCONAPRA	Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes
TUM	Técnicos de Urgencias Médicas

Glosario de Términos

Accidente. Hecho súbito que ocasiona daños a la salud y que se produce por la concurrencia de condiciones potencialmente prevenibles.

Atención Médica. El conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Atención Médica de Urgencias. Acciones de tipo médico estabilizadoras inmediatas que disminuyan el riesgo de muerte o de lesiones permanentes en casos de urgencias.

Atención Médica Prehospitalaria. Conjunto de intervenciones realizadas fuera de los hospitales, a fin de preservar la vida e integridad de las personas, en caso de sufrir un accidente, enfermedad súbita o enfermedad crónica agudizada.

Atención Prehospitalaria de Urgencias Médicas. La que se otorga al paciente cuya condición clínica se considera que pone en peligro la vida, un órgano o su función, con el fin de lograr la limitación del daño y su estabilización orgánico funcional, desde el primer contacto hasta la llegada y entrega a un establecimiento para la atención médica con servicio de urgencias.

Certificación. Proceso mediante el cual una agencia u organismo del sector público, social o privado, independiente del educativo que cuente con una formación profesional y ocupacional en la atención médica prehospitalaria; otorga el reconocimiento de competencia a un individuo que cumple con los requisitos especificados por el organismo certificador.

Establecimiento para la Atención Médica. Todo aquel establecimiento público, social o privado, fijo o móvil cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos, excepto consultorios.

Lesiones por accidentes viales. Comprende los accidentes de tráfico de vehículo motor y atropellamientos.

Paciente. Al beneficiario directo de la atención médica.

Personal a bordo. A las personas físicas que brinde el servicio en la ambulancia y cuenten con la Certificación de Aptitud por parte de la Secretaría de Salud.

Sala de Urgencia. Área del hospital especialmente diseñada para recibir y tratar inicialmente a los pacientes, ya sea con un traumatismo, problemas médicos agudos, hemorragias, intoxicaciones, fracturas, ataques cardiacos, insuficiencias respiratorias también se le denomina Servicio de Urgencias.

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.

Seguridad vial. Es la suma de condiciones por las que las vías están libres de daños o riesgos causados por la movilidad de los vehículos. La seguridad vial está basada en normas y sistemas por la que se disminuyen las posibilidades de averías y choques y sus consecuencias. Su finalidad es proteger a las personas y bienes, mediante la eliminación o control de los factores de riesgo que permitan reducir la cantidad y severidad de los siniestros de tránsito.

Sistema de seguridad activa. Son aquellos sistemas del vehículo que funcionan para evitar lesiones por accidentes viales. Los más comunes son el sistema antibloqueo de frenos (ABS), el programa de estabilidad electrónica (ESP), el control de tracción, cámaras y sensores de reversa, así como los sensores de presión de llantas. Los más nuevos incluyen visión nocturna, sensores de puntos ciegos, intercomunicación de vehículo-vehículo o vehículo-peatón, asistencia de frenado de emergencia, sensores de sueño. Los sistemas externos al vehículo incluyen señales de tránsito adaptativas a las circunstancias y los paneles informativos en tiempo real entre otros.

Sistemas de seguridad pasiva. Son los sistemas que funcionan cuando se produce una lesión de tránsito para proteger a los pasajeros, o a los peatones en caso de atropellamiento. Los más comunes son el cinturón de seguridad, las barras laterales de las puertas, las zonas de deformación progresiva de la carrocería y las bolsas de aire. Otros menos comunes son los pretensores pirotécnicos de cinturones de seguridad, las barras de protección ante volcaduras (convertibles), el aviso automático de accidente. Para los peatones son las defensas absorbentes, cofres con absorción de golpes, limpiaparabrisas ocultos. Los sistemas pasivos externos al vehículo son aquellos que permiten la máxima absorción del impacto permitiendo la disminución progresiva de las fuerzas. Pueden ser rampas de frenado o cualquier sistema de contención.

Servicio de Urgencias. Término empleado para designar las unidades hospitalarias donde los pacientes son evaluados con rapidez en caso de padecimientos súbitos, lesiones por accidentes viales, etc.

Urgencia. A todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, o la pérdida de un órgano o una función y que requiera atención inmediata.

Usuario. Toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.

Seguridad Vial

Programa Sectorial
de Salud 2013-2018

Primera edición, xxx 2014

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