

IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO
INTEGRAL PARA LA PREVENCIÓN
DE ACCIDENTES EN GRUPOS VULNERABLES
EN MÉXICO:
INFORME DE ACTIVIDADES 2017



Implementación del Modelo Integral para la Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables en México: Informe de Actividades 2016

2017, Primera edición

Impreso en México

D.R. © Secretaría de Salud

Lieja 7, Col. Juárez, 06600 México, Ciudad de México.

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio mecánico o electrónico sin autorización escrita de los autores.

Cita sugerida: Implementación del Modelo Integral para la Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables en México: Informe de Actividades 2016.

Secretaría de Salud/STCONAPRA. México, Ciudad de México. 2017.

Directorio

José Narro Robles
Secretario de Salud

José Meljem Moctezuma
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Pablo Antonio Kuri Morales
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Marcela Velasco González
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Antonio Chemor Ruiz
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud/Seguro Popular

Julio Sánchez y Tépoz
Comisionado Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios

Guillermo Miguel Ruiz Palacios y Santos
Comisionado Nacional de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Ernesto H. Monroy Yurrieta
Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social

Gustavo Nicolás Kubli Albertini
Titular de la Unidad de Análisis Económico

Enrique Balp Díaz
Director General de Comunicación Social

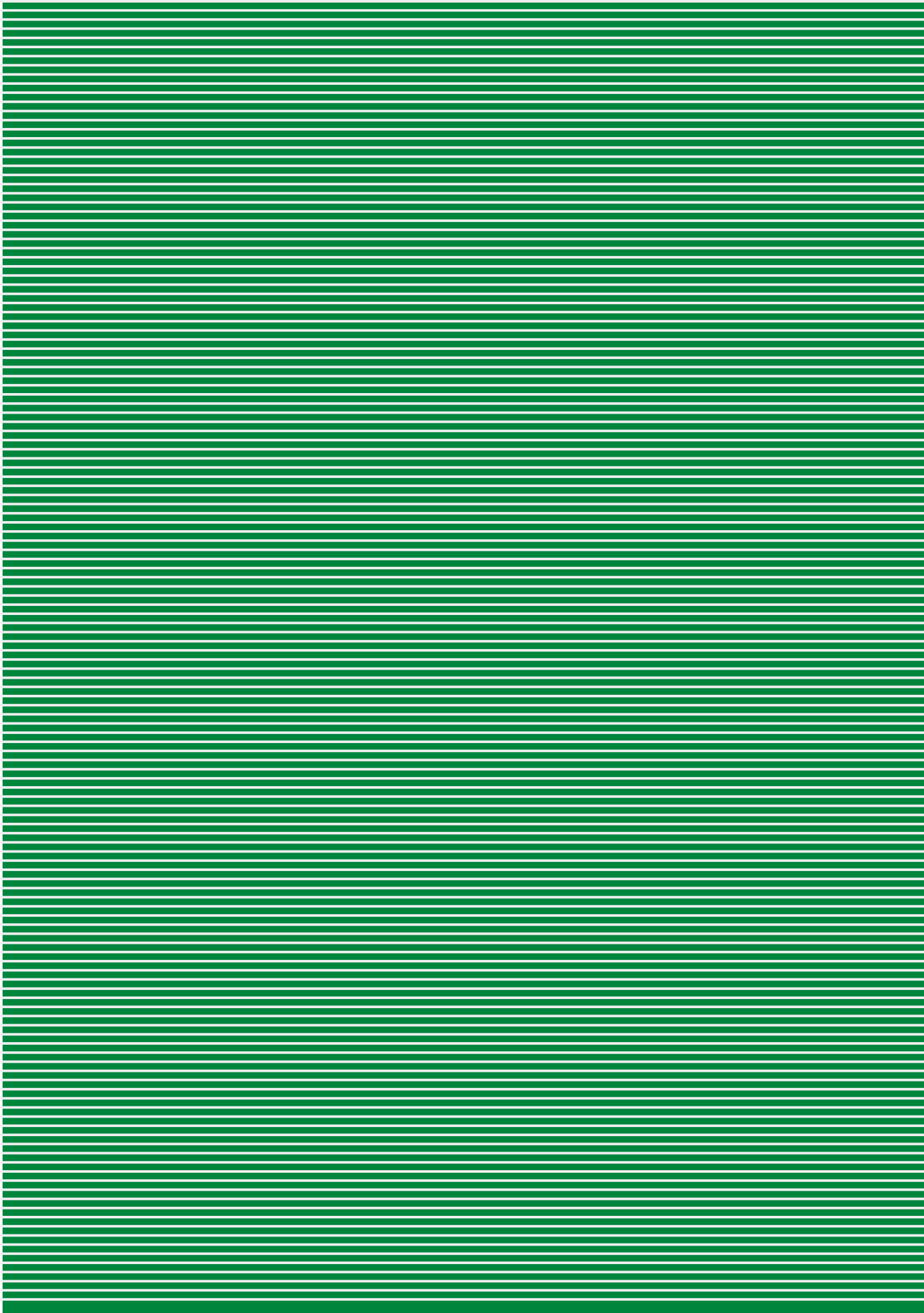
Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes

Arturo García Cruz
Secretario Técnico

Rafael Güemes García
Director para la Prevención de Accidentes

Ricardo Pérez Núñez
Director de Prevención de Lesiones

Laura Baas Briceño
Directora de Información y Evidencias



ÍNDICE

Agradecimientos	09
Presentación	11
Introducción	13
I EPIDEMIOLOGÍA DE LAS LESIONES ACCIDENTALES CON ENFOQUE EN GRUPOS VULNERABLES	17
1.1 Lesiones fatales	17
1.2 Lesiones no fatales	19
1.3 Años de vida saludable perdidos	19
1.4 Exposición al alcohol, como factor de riesgo	20
1.5 Recursos financieros disponibles	21
II. ACCIONES IMPULSADAS POR EL SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES	29
2.1 Recursos financieros disponibles	29
2.2 Integración de acciones y coordinación multisectorial	31
2.3 Información de Calidad	35
2.4 Revisión y mejora del Marco Normativo	36
2.7 Comunicación Social	51
2.8 Primera Respuesta	52
III. PREVENCIÓN DE AHOGAMIENTOS: EL MODELO VERACRUZ	55
3.1 Características epidemiológicas de las defunciones por ahogamientos.	55
3.2 Componentes del Modelo Veracruz (MV).	56
3.3 Perspectivas futuras	60
IV. ESFUERZOS DE CHIHUAHUA PARA LA PREVENCIÓN DE LESIONES ACCIDENTALES EN POBLACIÓN INFANTIL	61
4.1 Fortalecimiento de la participación intersectorial, dentro de la mesa del Consejo Estatal de Prevención de Accidentes	62
4.2 Desarrollo de una intervención educativa de prevención de accidentes en el hogar y su implementación en el sistema educativo en el nivel preescolar y primaria	62
4.3 Inclusión de la temática de prevención de accidentes en grupos vulnerables dentro del programa de capacitación de primeros respondientes	65

4.4 Integración de una ambulancia en las capacitaciones de prevención de accidentes en las escuelas con el fin de utilizarla como Museo Itinerante	65
4.5 Alianza con el Centro de Desarrollo Infantil con casas de cuidado diario	66
4.6 Profesionalización de los técnicos en urgencias médicas en prevención y atención de accidentes en grupos vulnerables	66
4.7 Implementación de una red digital de medios de comunicación para la difusión permanente de medidas preventivas de accidentes.	67
4.8 Línea Basal de identificación de factores de riesgo en el hogar	68
V. CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA	69
5.1 Prevención de accidentes en población infantil	69
5.2 Prevención de accidentes en adolescentes	70
VI. RED TOXICOLÓGICA MEXICANA	73
VII. LA PREVENCIÓN DE LAS QUEMADURAS EN MÉXICO: EL TRABAJO DE LA FUNDACIÓN MICHOU Y MAU I.A.P.	75
7.1 Traslados por emergencia	75
7.2 Atención de secuelas	76
7.3 Acciones de prevención de quemaduras	76
7.4 Capacitación médica	78
7.5 Creación de Unidades de Quemados	78
VIII. INFORME DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA CRUZ ROJA MEXICANA EN MATERIA DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN GRUPOS VULNERABLES	81
8.1 Antecedentes	81
8.2 ¿Dónde estamos?	83
8.3 ¿Hacia dónde vamos?	84
IX. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD	87
X. SEGUIMIENTO DE INDICADORES	89
ANEXOS	101
Conclusiones	93
Referencias	97
APÉNDICE INFORMATIVO	115

ACRÓNIMOS EMPLEADOS

AVAD:	Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad
CECOM:	Centro Estatal de Comunicación de la Secretaría de Protección Civil en Veracruz
CeNSIA:	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia de la Secretaría de Salud Federal
CIE-10:	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión
COEPRA:	Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes
CONAPRA:	Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes
CRUM:	Centro Regulador de Urgencias Médicas
C4:	Centro de Control, Comando, Computo y Comunicaciones
DGIS:	Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud Federal
ENSANut:	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
ENT:	Enfermedades No Transmisibles
GAIA:	Grupo de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia
GAPS:	Grupos de Adolescentes Promotores de la Salud
IHME:	Instituto para la Métrica en Salud y Evaluación, por sus siglas en inglés
IMSS:	Instituto Mexicano del Seguro Social
INAPAM:	Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
INEGI:	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
ISSSTE:	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
MIPrA:	Modelo Integral para la Prevención de Accidentes
MV:	Modelo Veracruz (para la prevención de ahogamientos)
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PAE:	Programa de Acción Específico
PAM:	Personas Adultas Mayores
PASA:	Programas de Atención a la Salud de la Adolescencia
PROSALVID:	Programa para la Protección de la Salud y la Vida de Cruz Roja Mexicana
RETOMEX:	Red Toxicológica Mexicana
SABE México:	Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento

SIEEI: Sistema de Información Estadística de los Envenenamientos e Intoxicaciones

SISVEA: Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones

SPC: Secretaría de Protección Civil

STCONAPRA: Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de los Accidentes

SUMA: Sistema de Urgencias Médicas Avanzadas de Puebla

UL: Underwriters Laboratories

SIAFFASPE: Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas

SUIVE: Notificación Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades

AGRADECIMIENTOS

La Secretaría de Salud reconoce y agradece las contribuciones realizadas a este documento de las siguientes personas e instituciones:

La elaboración de este documento estuvo a cargo del Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes, con el apoyo de Ricardo Pérez Núñez, Juan Daniel Vera López, Ma Eulalia Mendoza García, Victoria A. Muro Báez y Jesús Erick Martínez González.

El Informe de Actividades 2016 se vio enriquecido con la contribución de los siguientes profesionales: Dra. María Esther Lozano Dávila, Subdirectora del Programa Nacional de Atención al Envejecimiento del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (Sección I, subsección 1.5); Dr. Pedro Múzquiz Peña, Secretario Técnico del Consejo Estatal para la Prevención de Accidentes en Veracruz (Sección III); Dra. Tania Verónica Rodríguez Ang, Subdirectora de Prevención de Accidentes y Atención Prehospitalaria (Sección IV); Mtra. Blanca Yolanda Casas de la Torre, Subdirectora de Componentes Estratégicos de la Adolescencia y Dr. José de Jesús Méndez de Lira del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (Sección V); Dra. Olga Martínez Pantaleón Moderadora de la Red Toxicológica Mexicana y Dr. Juan E. Víquez Guerrero, Encargado del Centro de Información y Asistencia Toxicológica UMAE-Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS (Sección VI); Roberto López Díaz Director General y Rosalinda López Rivera Directora de Prevención de la Fundación Michou y Mau I.A.P. (Sección VII); Mtra. Pitichi Rivadeneyra López Hernández, Coordinadora Nacional de Prevención de Accidentes de la Cruz Roja Mexicana (Sección VIII); y Dra. Amalia Elisa Ayala Montoya, Asesora en Salud Familiar y Comunitaria de la Oficina de la Organización Panamericana de la Salud en México (Sección IX).

Finalmente se agradece a la Oficina de la Organización Panamericana de la Salud en México por el generoso apoyo financiero brindado para la impresión de este documento.

A todos ellos, se extiende un reconocimiento a su labor y un especial agradecimiento.

PRESENTACIÓN

Para alcanzar la Meta Nacional de un México Incluyente, el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 se planteó como objetivo: “Asegurar el acceso a los servicios de salud”. Para lograrlo, se establecieron distintas estrategias entre las que destacan dos: “Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud” y “Mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad”. Ambas estrategias buscan contribuir a mejorar la capacidad del Estado para garantizar el derecho a la protección de la salud, consagrado en el Artículo Cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, al reenfocar las instituciones de salud a la prevención y velar por el bienestar de las poblaciones vulnerables desde una perspectiva de equidad social.

Como resultado de ello, el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 definió seis objetivos; tres de ellos tienen que ver con “Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida”, “asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud” y “avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud”. Para contribuir al cumplimiento de estos tres objetivos, la Secretaría de Salud, a través del Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes, impulsa desde 2014 el Programa de Acción Específico: Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables 2013-2018 (1).

Este Programa de reciente creación busca contribuir a disminuir el inaceptablemente alto número de defunciones y daños a la salud que ocurren en población vulnerable por las principales cinco causas de lesiones accidentales, a través de la implementación del Modelo Integral para la Prevención de Accidentes (MIPrA) (2). El MIPrA se elaboró durante 2015 en un proceso colaborativo en el que participaron 106 profesionales de más de 50 adscripciones distintas y está cimentado en un enfoque de salud pública que toma como referencia la evidencia nacional e internacional de las acciones que han mostrado ser efectivas en materia de prevención y control de cinco de las lesiones accidentales más frecuentes que afectan a poblaciones vulnerables. El MIPrA fue presentado oficialmente en una Reunión Nacional inaugurada por el Dr. Pablo A. Kuri Morales, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, el 5 de noviembre de 2015 en la Ciudad de México.

El presente documento constituye un ejercicio de transparencia y rendición de cuentas en torno a los recursos canalizados y el trabajo realizado en México durante el año 2016 para la prevención de ahogamientos, asfixias, caídas, envenenamientos e intoxicaciones y quemaduras en grupos vulnerables, como son la población infantil, la adolescente y la adulta mayor.

El presente documento busca evidenciar el esfuerzo pujante por impulsar acciones concretas en el país, así como la necesidad de gestionar mayores recursos humanos, materiales y financieros a fin de implementar un mayor número de intervenciones efectivas y abarcar toda la República Mexicana con este programa. El Informe de Actividades 2016 constituye tan solo un paso más en la dirección correcta que deberá irse reforzando con la participación activa de todas las instituciones públicas relacionadas con la prevención de accidentes y de la sociedad en su conjunto.

Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes

INTRODUCCIÓN

El esfuerzo del Grupo de Trabajo para la Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables se vio cristalizado el 5 y 6 de noviembre de 2015 cuando el Dr. Pablo Kuri Morales, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud Federal, inaugurara la Reunión Nacional de Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables en la que se presentó a nivel nacional el Modelo Integral para la Prevención de Accidentes o MIPrA. A esta reunión asistieron poco más de 120 profesionales en la materia, de más de 40 distintas adscripciones, incluyendo diversos expertos nacionales e internacionales que compartieron sus experiencias en el tema.



Fotos: proporcionadas por Lic. Raúl Octavio Martínez Coronel.

Es importante mencionar, que el Programa de Acción Específico: Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables 2013-2018 incluye acciones que contribuyen a dar cumplimiento al Artículo 50 de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes que establece el derecho de las niñas, los niños y las y los adolescentes a “disfrutar del más alto nivel posible de salud, así como a recibir la prestación de servicios de atención médica gratuita y de calidad de conformidad con la legislación aplicable, con el fin de prevenir, proteger y restaurar su salud”. Ejemplo de ello, son las siguientes tres Líneas de Acción del Programa de Acción Específico:

- 2.1.1 “Conformar un grupo multidisciplinario e interinstitucional para diseñar un Modelo Integral basado en evidencia para prevenir lesiones accidentales”.
- 3.1.1 “Gestionar y transferir recursos financieros a los estados para la implementación del Modelo Integral de Prevención de Lesiones Accidentales”.
- 4.1.1 “Diseñar un programa de capacitación dirigido para los operadores del Modelo Integral en colaboración con organismos e instituciones líderes”.

Este esfuerzo nacional es además consistente con la nueva agenda de desarrollo sostenible que durante septiembre de 2015 aprobaron los Jefes de Estado, de Gobierno y Altos Representantes para los próximos 15 años, en una reunión celebrada en la Sede de las Naciones Unidas con motivo del septuagésimo aniversario de su organización. Esta agenda, además de dar continuidad a las tareas que quedaron pendientes como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, incluyó, dentro de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible y sus 169 metas específicas, temas que buscan integrar las tres dimensiones de desarrollo sostenible: la económica, la social y la ambiental (3).

El Programa de Acción Específico: Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables 2013-2018, a través del MIPrA, impulsa distintas acciones concretas que apoyan directa o indirectamente el cumplimiento de al menos 19 metas relativas a 9 distintos Objetivos de Desarrollo Sostenible (Cuadro 1).

Cuadro 1. Metas de la Agenda de Desarrollo Sostenible directa o indirectamente relacionadas con el trabajo que se realiza en Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables

Meta 3.2 Para 2030, *poner fin a las muertes evitables* de recién nacidos y de niños menores de 5 años.

Meta 3.5 Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y *el consumo nocivo de alcohol*.

Meta 3.8 *Lograr la cobertura sanitaria universal*, en particular la protección contra los riesgos financieros, *el acceso a servicios de salud esenciales de calidad* y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.”

Meta 3.9 Para 2030, *reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos* y la contaminación del aire, el agua y el suelo.

Meta 3.c *Aumentar sustancialmente la financiación de la salud* y la contratación, el desarrollo y *la capacitación* y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.

Meta 4.a Construir y adecuar instalaciones escolares que respondan a las necesidades de los niños y las personas discapacitadas y tengan en cuenta las cuestiones de género, y *que ofrezcan entornos de aprendizaje seguros, no violentos, inclusivos y eficaces para todos*.

Meta 6.3 Para 2030, mejorar la calidad del agua mediante la reducción de la contaminación, la eliminación del vertimiento y la reducción al mínimo de *la descarga de materiales y productos químicos peligrosos*, la reducción a la mitad del porcentaje de aguas residuales sin tratar y el aumento del reciclado y la reutilización en condiciones de seguridad en un [x]% a nivel mundial.

Meta 8.7 Adoptar medidas inmediatas y eficaces para asegurar la prohibición y *eliminación de las peores formas de trabajo infantil*, erradicar el trabajo forzoso y, *a más tardar en 2025, poner fin al trabajo infantil en todas sus formas*, incluidos el reclutamiento y la utilización de soldados.

Meta 8.8 Proteger los derechos laborales y promover *un entorno de trabajo seguro* y protegido para todos los trabajadores, incluidos los trabajadores migrantes, en particular las mujeres migrantes y las personas con empleos precarios.

Meta 9.5 *Aumentar la investigación científica* y mejorar la capacidad tecnológica de los sectores industriales de todos los países, en particular los países en desarrollo, entre otras cosas mediante, para 2030, el fomento de la innovación y el aumento del número de trabajadores en la esfera de investigación y desarrollo por cada millón de personas en un [x]%, *así como el aumento de los gastos en investigación y desarrollo de los sectores público y privado*.

Meta 11.1 Para 2030, *asegurar el acceso de todas las personas a viviendas y servicios básicos adecuados, seguros y asequibles* y mejorar los barrios marginales.

Meta 11.5 Para 2030, *reducir de forma significativa el número de muertes y de personas afectadas por desastres* y reducir en un [x]% las pérdidas económicas en relación con el producto interno bruto causadas por desastres, *incluidos los desastres relacionados con el agua*, con especial hincapié en la protección de los pobres y las personas en situaciones vulnerables.

Meta 11.7 Para 2030, proporcionar *acceso universal a zonas verdes y espacios públicos seguros*, inclusivos y accesibles, en particular para las mujeres y los niños, las personas de edad y las personas con discapacidad.

Meta 11.b Para 2020, aumentar en un [x]% el número de ciudades y asentamientos humanos que adoptan y ponen en marcha políticas y planes integrados para promover la inclusión, el uso eficiente de los recursos, *la mitigación del cambio climático y la adaptación a él y la resiliencia ante los desastres* y desarrollar y poner en práctica, en consonancia con el Maro de Acción de Hyogo, *la gestión integral de los riesgos de desastre a todos los niveles*.

Meta 12.4 Para 2020, lograr la gestión ecológicamente racional de los productos químicos y de todos los desechos a lo largo de sus ciclo de vida, de conformidad con los marcos internacionales convenidos y *reducir de manera significativa su liberación a la atmósfera, el agua y el suelo a fin de reducir al mínimo sus efectos adversos en la salud humana y el medio ambiente*.

Meta 13.1 Fortalecer la resiliencia y la capacidad de adaptación a los riesgos relacionados con el clima y los desastres naturales en todos los países.

Meta 16.6 *Crear instituciones eficaces, responsables y transparentes a todos los niveles*.

Meta 16.7 *Garantizar la adopción de decisiones inclusivas, participativas y representativas que respondan a las necesidades a todos los niveles*.

Meta 16.10 *Garantizar el acceso público a la información y proteger las libertades fundamentales, de conformidad con las leyes nacionales y los acuerdos internacionales*.

En la primera sección del presente documento se analizan con detalle los datos más recientes de la epidemiología de los ahogamientos, asfixias, caídas, envenenamientos e intoxicaciones y quemaduras. Este análisis se enfoca a los daños a la salud que afectan a población infantil, adolescente y adulta mayor. En el apéndice informativo se presentan estos y otros datos para el nivel nacional y para cada una de las 32 entidades federativas. De particular interés se presenta en la subsección 1.5 un análisis integral de las caídas en personas adultas mayores (PAM) a partir del importante trabajo que lidera el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades de la Secretaría de Salud Federal.

El trabajo impulsado directamente por el Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (STCONAPRA) durante 2016 se presenta de forma detallada en la segunda sección. En ella se detallan los recursos federales transferidos a las distintas entidades federativas del país para implementar el MIPrA y las distintas acciones implementadas bajo el liderazgo de los responsables de prevención de accidentes en los estados y de sus correspondientes Consejos Estatales de Prevención de Accidentes (COEPRA).

En las secciones III y IV se presentan, con mayor detalle, las experiencias del Estado de Veracruz y de Chihuahua en torno a la implementación de una estrategia regional de prevención de ahogamientos y la conducción de distintos talleres para la sensibilización de personas adultas mayores, respectivamente.

La Sección V aborda el trabajo realizado bajo el liderazgo del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia en materia de prevención de accidentes en estos grupos vulnerables. Esto es una prueba fidedigna del compromiso institucional y la coordinación al interior del Sector Salud en este tema prioritario. En este sentido, la Sección VI aborda parte del trabajo realizado por los distintos Centros de Información y Atención Toxicológica que conforman la Red Toxicológica Mexicana.

A continuación en las secciones VII y VIII se expone el trabajo impulsado desde distintos organismos no gubernamentales tales como la Fundación Michou y Mau I.A.P. y la Cruz Roja Mexicana. Este trabajo es clave para apoyar los esfuerzos de los gobiernos federal y estatales en este importante problema de salud pública. Cerramos con broche de oro presentando en la Sección IX una descripción detallada del apoyo técnico y financiero recibido por la Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud como parte de la Estrategia de Cooperación entre México y la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS). Es importante resaltar el gran valor que tiene el apoyo de estas agencias internacionales para enriquecer el trabajo que se realiza en el país.

Finalmente en la Sección X se presenta el seguimiento de los indicadores propuestos en el Modelo Integral para la Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables. Con todo esto, el presente informe busca constituirse en un instrumento de rendición de cuentas a la ciudadanía y a los profesionales interesados en el tema sobre parte del trabajo que en materia de prevención de accidentes en grupos vulnerables se realizó durante 2016. Esto busca continuar la discusión sobre cuáles son las prioridades actuales y futuras, así como las mejores formas para enfrentarlas como país con un enfoque multisectorial e interdisciplinario basado en resultados tangibles en materia de salud pública.

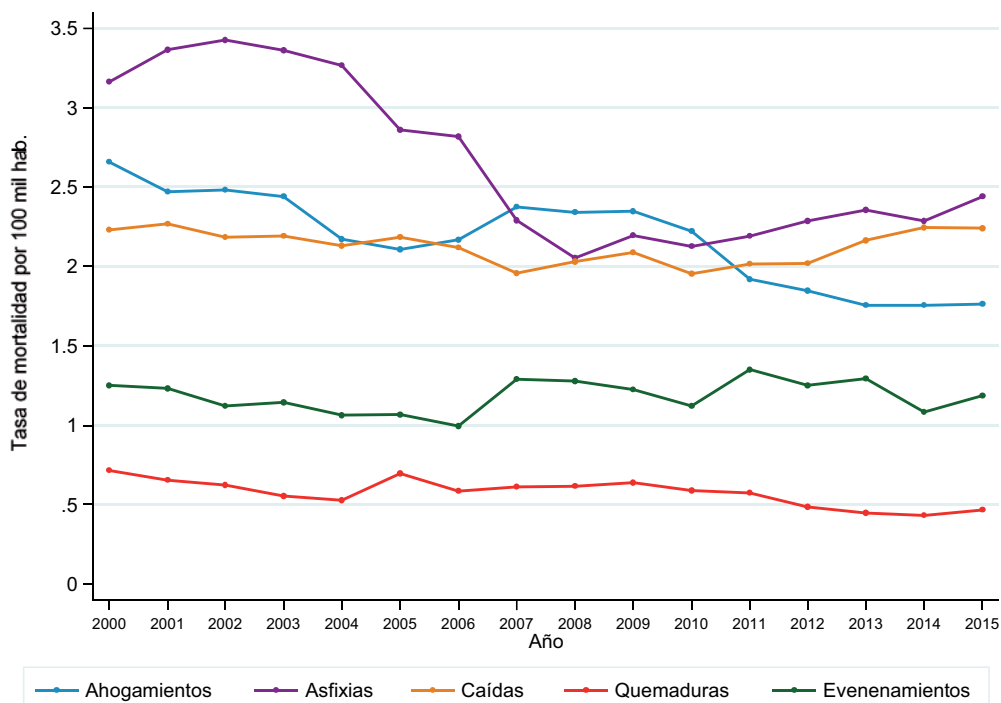
I EPIDEMIOLOGÍA DE LAS LESIONES ACCIDENTALES CON ENFOQUE EN GRUPOS VULNERABLES

1.1 LESIONES FATALES

En México, de 2000 a 2015 fallecieron 588,426 personas por lesiones accidentales. De ellos, 7.9% fue secundario a asfixia accidental, 6.5% por ahogamientos, 6.4% por caídas, 3.6% por envenenamientos e intoxicaciones y 1.7% por quemaduras. De las 153,840 mil personas que fallecieron por estas cinco causas de lesiones accidentales, 20.8% fueron niñas y niños menores de 10 años, 9.4% adolescentes de 10 a 19 años y 22.5% personas adultas mayores (4,5).

Tan solo en 2015, se registraron un total de 9,796 fallecimientos por asfixias, ahogamientos, caídas, quemaduras y envenenamientos e intoxicaciones, 4.9% mayor a 2014 (esto es, 454 personas fallecidas más). Como puede observarse en la Gráfica 1, se presentó un incremento de 10.9% en la tasa de mortalidad por envenenamientos e intoxicaciones, de 9.1% en la tasa de quemaduras y de 7.8% en la tasa de mortalidad por asfixias. Las tasas de mortalidad por ahogamientos y por caídas se mantuvieron prácticamente igual.

Gráfica 1. Tendencia de la tasa de mortalidad para cinco de las principales causas de lesiones accidentales en México, 2000-2015



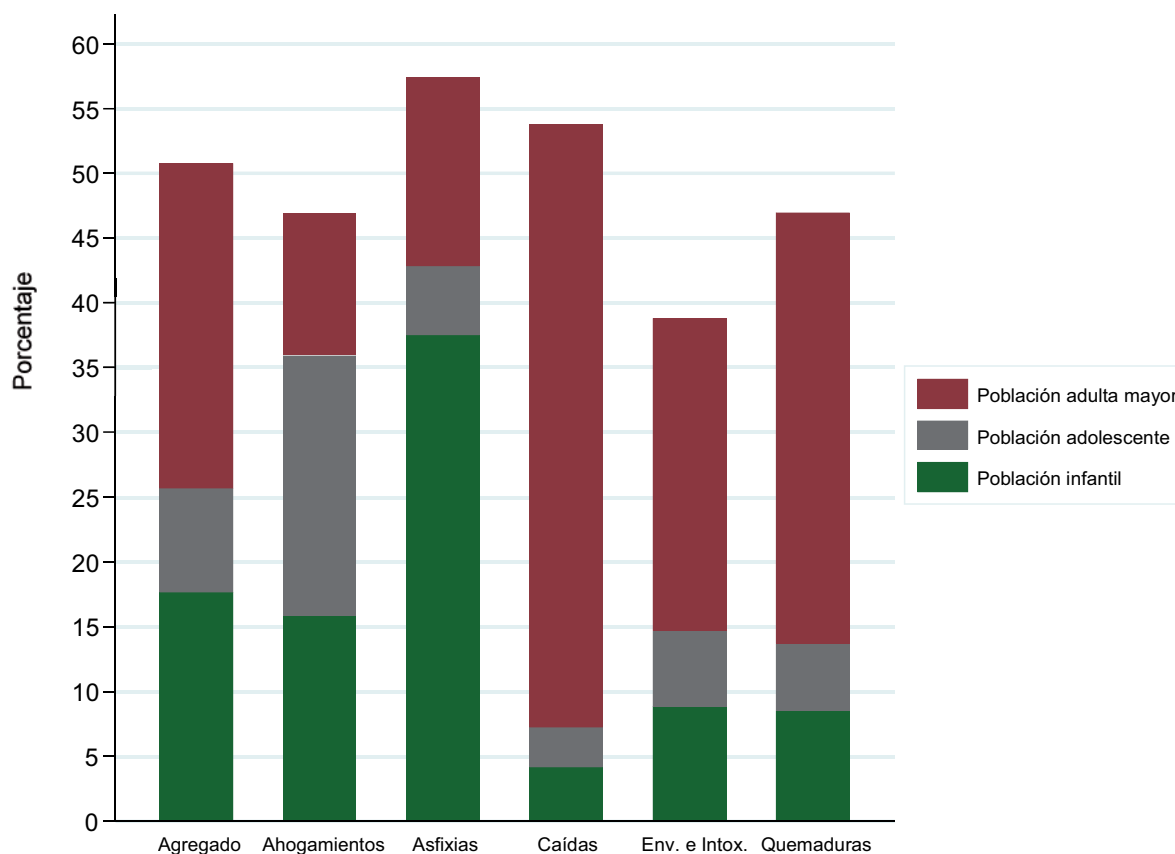
Fuente: Análisis propios a partir de la base de defunciones 2000-2015, INEGI-SS (4); SEED 2000-2015, DGIS-SS (5)

Abreviaturas: Env. e Intox.=Envenenamientos e Intoxicaciones

Del total de personas fallecidas durante 2015 por ahogamientos, asfixias, caídas, quemaduras y envenenamientos e intoxicaciones, 25.1% fueron personas adultas mayores, 17.7% niños y niñas menores de 10 años y 8.0% adolescentes. En la Gráfica 2, se pueden observar variaciones importantes en la distribución por grupo de edad de estas lesiones accidentales. Mientras que el

46.6% de las caídas fatales ocurren en personas adultas mayores, sólo 11.0% de los ahogamientos ocurren en este grupo de edad. El 4.2% de las caídas fatales ocurrieron en población infantil en comparación con el 37.5% que representó este grupo poblacional en las asfixias. El porcentaje más alto en adolescentes se observó en los ahogamientos fatales, con 20.2%.

Gráfica 2. Porcentaje de las defunciones ocurridas en grupos vulnerables para cinco de las principales causas de lesiones accidentales en México, 2015.



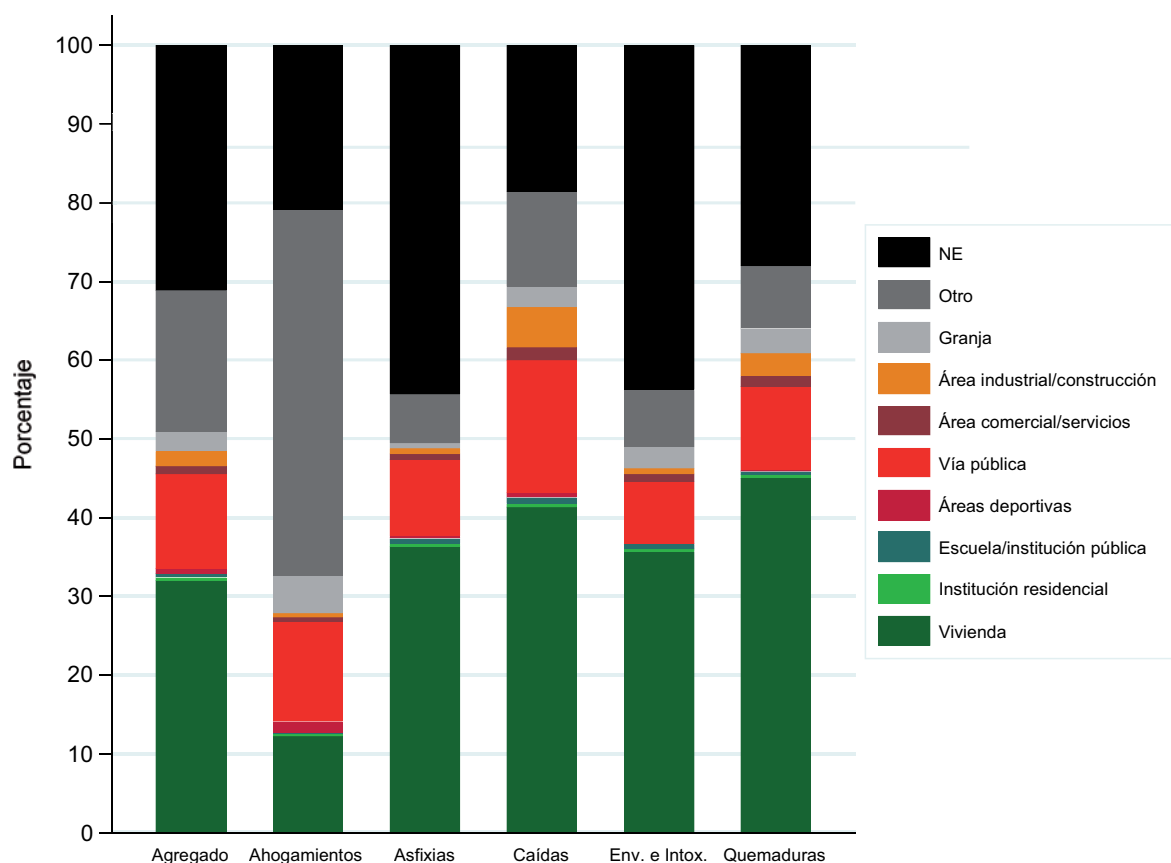
Fuente: Análisis propios a partir de la base de defunciones 2015, INEGI-SS; SEED 2015, DGIS-SS (3).

Abreviaturas: Env. e Intox.=Envenenamientos e Intoxicaciones

El análisis del lugar de ocurrencia de las lesiones accidentales, permite actuar sobre las áreas donde existe el mayor número de factores de riesgo. Tomando como referencia el periodo 2000-2015, el más alto porcentaje de defunciones se presentó en la vivienda, con 32.0%. El análisis por tipo de lesión específica muestra que 45.0% de las quemaduras, 41.3% de las caídas, 35.7% de los envenenamientos e intoxicaciones y 36.3% de las asfixias ocurrieron en este espacio. Los ahogamientos presentaron

el porcentaje más bajo con 12.3 ya que éstos tienden a presentarse más en otros espacios, como arroyos, canales, estanques o piscinas, lagos, pantanos, playas, puertos y ríos (46.3%). También es importante destacar el alto número de defunciones donde se desconoce el lugar de ocurrencia, siendo de 44.4% en asfixias y de 43.8% en envenenamientos e intoxicaciones (Gráfica 3).

Gráfica 3. Lugar de ocurrencia de la lesión en cinco de las principales lesiones accidentales fatales en México, 2000-2015



Fuente: Análisis propios a partir de la base de defunciones 2015, INEGI-SS (4); SEED 2015, DGIS-SS (5).
Acronimos y abreviaturas: NE=No especificado; Env. e Intox.=Envenenamientos e Intoxicaciones

1.2 Lesiones no fatales

Según información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANut) 2012, más de 6.9 millones de personas sufrieron lesiones accidentales, no fatales, durante el año previo a la encuesta. Un alto porcentaje de ellos (18.9%), reportó consecuencias permanentes en su estado de salud como resultado de sus lesiones. Del total de lesiones accidentales, 3,882,910 fueron por caídas; 124,132 por quemaduras; 47,256 por asfixia, 57,603 por envenenamientos e intoxicaciones y 5,809 por ahogamientos (6).

Las lesiones accidentales son un importante motivo de atención médica en los servicios de salud. Tan solo durante 2015 se registraron en hospitales de la Secretaría de Salud y del Instituto Mexicano del Seguro Social se registraron 77,609 egresos hospitalarios por caídas; 6,869 por envenenamientos e intoxicaciones; 5,362 por quemaduras; 328 por asfixia y 204 por ahogamientos (Gráfica 1). La mayor parte de ellos (59.8%) correspondió a niños, niñas, adolescentes y personas adultas mayores (7,8).

1.3 Años de vida saludable perdidos

Todo esto se tradujo en que durante 2015 se perdieran un total de 946,863 años de vida saludable en México por lesiones accidentales, según cifras del Instituto para la Métrica en Salud y Evaluación IHME por sus siglas en inglés (9) (Cuadro 2).

Cuadro 2. Estadísticas de las principales lesiones accidentales en México

Tipo de lesión	Defunciones (2015) ¹	Lesiones no fatales (2012) ²	Consecuencias permanentes (2012) ²	Años de vida saludable perdidos (2012) ³	Egresos hospitalarios (2015) ⁴
Ahogamientos	2,132	5,809	4,674	179,787	204
Asfixias	2,952	47,256	9,232	179,459	328
Caídas	2,713	3,882,910	787,940	226,761	77,609
Envenenamientos e intoxicaciones	1,435	57,603	5,336	46,299	6,869
Quemaduras	564	124,132	12,237	54,470	5,362

Fuente: 1) Base de defunciones 2015 INEGI-SS (4); SEED 2015 (5); 2) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANut-2012 (6); 3) Resultados del Estudio de la Carga Global de la Enfermedad 2015 del Instituto para la Métrica y la Evaluación (9); 4) Base de egresos hospitalarios 2015; SAEH; DGIS-SS de la Secretaría de Salud (7) y base de egresos hospitalarios 2015, del Instituto Mexicano del Seguro Social (8).

1.4 Exposición al alcohol, como factor de riesgo

Según datos del módulo “forense” del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), en el periodo de 1994 a 2015, el alcohol estuvo presente en 17.2% de las 27,007 personas que fallecieron por una lesión accidental. Este porcentaje fue mayor en caídas (5.9%), seguido de 5.4% en asfixias, 5.4% en envenenamientos e intoxicaciones y 0.5% en quemaduras. Durante 2015, el alcohol estuvo presente en 10.4% del total de lesiones accidentales registradas por este Sistema (N=1,538) (10).

Por otro lado, de las 34,073 personas atendidas en servicios de urgencias captadas por el módulo de “Urgencias” del SISVEA de 1994 a 2015, 5.3% refirieron haber consumido alcohol durante las 6 horas previas a su lesión. Este porcentaje fue mayor en caídas (3.3%), seguido de 1.1% en envenenamientos e intoxicaciones, 0.8% en asfixias y 0.1% en quemaduras. Durante 2015, 149 personas fueron atendidas en los servicios de urgencias por una lesión accidental bajo los influjos del alcohol, 11.7% del total de lesionados captados (11).

1.5 El análisis de las caídas en las personas adultas mayores: Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

Los avances tecnológicos en materia de salud, saneamiento básico, avances científicos, político-sociales, han generado cambios importantes en la composición y funcionamiento de la estructura poblacional, lo que ocasionó la transición demográfica, en los países desarrollados y en vías de desarrollo, con un incremento en el envejecimiento poblacional; situación inédita en el mundo, a la que no escapa México, en donde la transición epidemiológica, es de tipo polarizada ya que coexisten las enfermedades transmisibles con las crónicas no transmisibles (12-14)

Un problema de salud derivado de estos cambios es el incremento de caídas en las PAM, con repercusiones físicas, psicológicas y sociales. Las caídas, entidad nosológica a menudo ignorada por las PAM, sus familiares y los médicos, genera daños severos a la salud, discapacidad y dependencia en forma secundaria; lejos de buscar su presencia de manera intencional y sistemática al realizar la historia clínica, se ignoran, ya que se tiene la idea errónea de que son eventos comunes e incluso “normales” dentro de la vida cotidiana de las PAM (15-17).

La OMS refiere que cada año se producen 37.3 millones de caídas que, aunque no sean mortales, requieren atención médica y suponen la pérdida de más de 17 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). La mayor morbilidad corresponde a las personas de más de 65 años, a los jóvenes

de 15 a 29 años y a los menores de 15 años. Las lesiones relacionadas con las caídas, tienen un costo económico considerable. El costo medio para el sistema sanitario por cada lesión relacionada con caídas en mayores de 65 años es de US\$3,611 en Finlandia y US\$1,049 en Australia (18).

Las caídas, representan uno de los grandes síndromes geriátricos, por su alta incidencia, discapacidad y mortalidad, aunque todos somos susceptibles de sufrirlas a cualquier edad. (16, 17). Las caídas, son de etiología múltiple en las PAM, en su mayoría asociadas a la presencia de inadecuados entornos físicos, enfermedades, alteraciones en los cambios posturales y uso de medicamentos.

La OMS, define a las caídas como: “Consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo, generalmente al piso, contra su voluntad”; suele ser repentina, involuntaria e insospechada y puede ser confirmada o no por el paciente o un testigo. Las caídas, por lo tanto inciden en su gran mayoría, entre las causas externas de lesiones no intencionales (15, 17).

Es importante considerar que las caídas conllevan un riesgo de lesión donde la edad, sexo y estado de salud pueden influir en el tipo de lesión y su gravedad. Las PAM son quienes corren mayor riesgo de muerte o lesión grave por caídas, y el riesgo aumenta a mayor edad. La magnitud del riesgo en parte puede deberse a los trastornos físicos, sensoriales y cognitivos relacionados con el envejecimiento, así como a la falta de adaptación del entorno y a las necesidades de la población de edad avanzada. A esta problemática, se suman una serie de factores que trascienden más allá del plano médico, porque repercuten en la salud y la calidad de vida.

La tasa promedio anual de caídas en el grupo de 65 a 75 años, varía entre 15% a 28% en personas sanas, incrementándose conforme aumenta la edad. En las mujeres se incrementa la probabilidad de sufrir una caída, con una relación de 2:1 De acuerdo a la edad y el estado de salud; una de cada tres PAM sufre una caída al año, del 15 a 28% de las PAM sanos de 60 a 75 años presentan caída y 35% en mayores de 75 años (17,32).

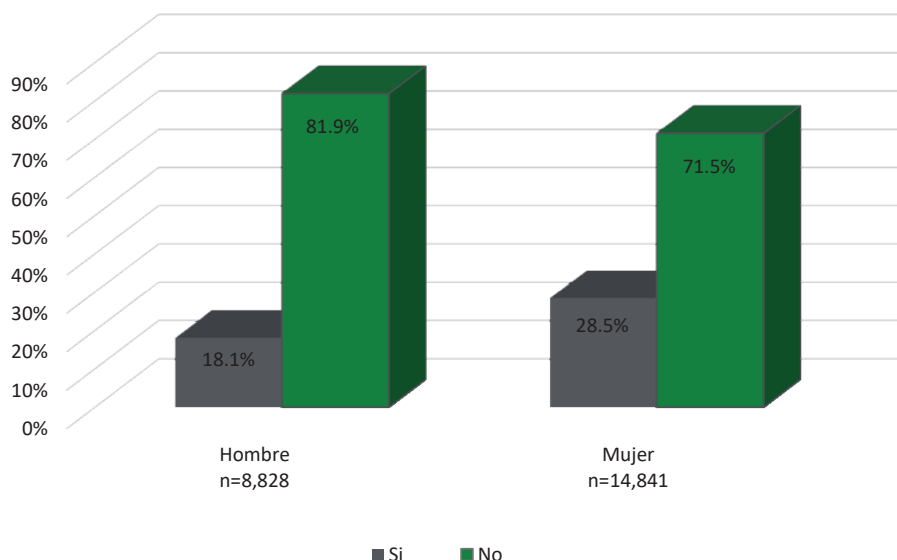
En la Secretaría de Salud, a través de las unidades de primer nivel de atención, se realizan detecciones de caídas en personas de 60 años y más, obteniendo en 2016 un total de 956,865 detecciones con 83.75% del cumplimiento de la meta (32).

Se considera que 65% de las PAM que viven en la comunidad sufren caídas. Esto sucede en el 40% que viven en unidades geriátricas de larga estancia y el 20% de hospitalizados que sufren cuando menos una caída al año (18).

De acuerdo a la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE México), realizada por la Secretaría de Salud en 14 entidades federativas, (Durango, Jalisco, Michoacán, Querétaro, Yucatán, San Luis Potosí, Campeche, Morelos, Guanajuato, Quintana Roo, Sonora, Sinaloa, Baja California Sur, Tamaulipas), señalan que la prevalencia de caídas de las personas entrevistadas que refirieron en el último año, es de 26.5% con tendencia a incrementarse con la edad (27-32, 34-40).

De acuerdo a la literatura internacional, es mayor el riesgo que las mujeres sufran una caída, lo que se confirma en SABE México (ver Gráfica 4).

Gráfica 4. Distribución porcentual de caídas en los últimos 12 meses de acuerdo al sexo (N=23,669).



Fuente: Análisis del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades a partir de la base de Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) realizada en 17 entidades federativas entre 2007 y 2014 (18-31).

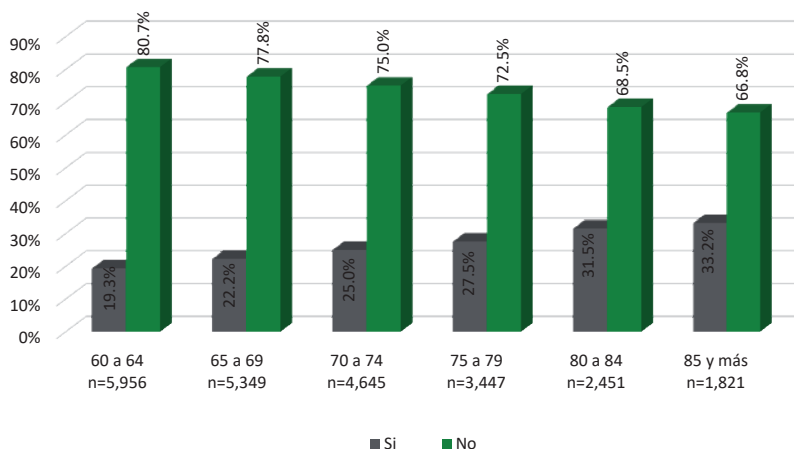
Las caídas se asocian principalmente a fracturas, inmovilidad, síndrome de fragilidad o estrés postraumático que puede llegar a la muerte.

deslizamiento, tropezón, caída en o desde andamio, caída que implica cama, caída desde un árbol, caída desde peñasco, caída en o desde escalera o escalones, caída desde fuera o a través de un edificio (18-32).

De acuerdo al estudio SABE, las caídas dentro y fuera del domicilio, están dentro de las 20 primeras causas de mortalidad, y han tenido un incremento sostenido a partir de 2006. Las principales causas donde acontece la muerte son: caída por

Como se observa en SABE México, las caídas se incrementan en razón directa con la edad y son multifactoriales. (ver Gráfica 5).

Gráfica 5. Distribución porcentual de caídas en los últimos 12 meses por grupo de edad (N=23,669).

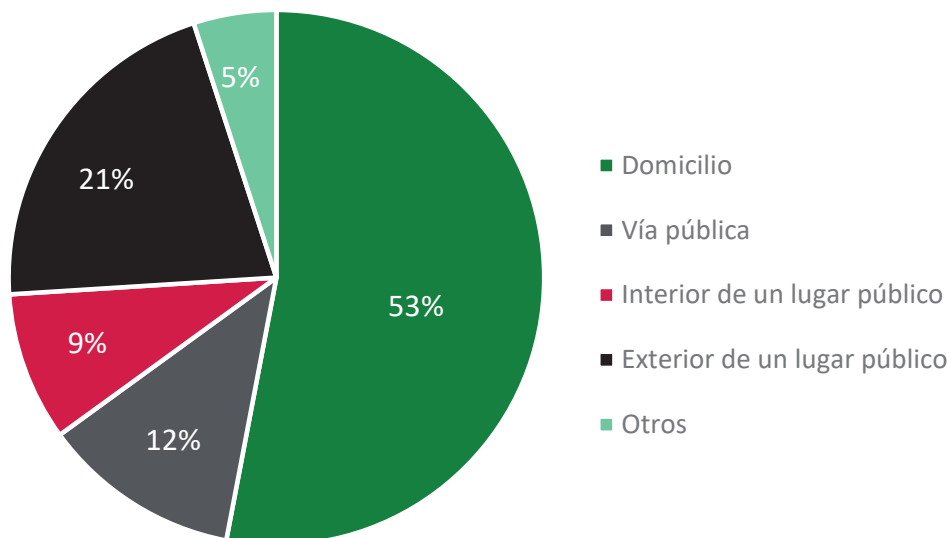


Fuente: Análisis del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades a partir de la base de Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) realizada en 17 entidades federativas entre 2007 y 2014 (18-31).

De acuerdo al estudio “Investigación de la Caída Accidental” (ICARE), que hace referencia a los lugares donde comúnmente se presentan estos accidentes, el cual coincide con la información vertida por el INEGI y SABE

México, el hogar es uno de los sitios donde el paciente pasa la mayor parte del tiempo y por lo tanto, es allí donde ocurren hasta 53% de éstas. En 21% ocurren en el exterior de un lugar público, 12% en la vía pública y sólo 9% acontecen en el interior de un lugar público (Gráfica 6) (19-32).

Gráfica 6. Lugares donde se presenta la caída.



Fuente: Análisis del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades a partir de la base de Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) realizada en 17 entidades federativas entre 2007 y 2014 (19-32).

Las caídas pueden clasificarse de acuerdo a su situación de causalidad y criterios de tiempo y pueden ser:

1. Caída accidental: Se produce por causa ajena a las PAM.
2. Caída de repetición “no justificada”: su origen puede ser por polipatología, o polifarmacia.
3. Caída prolongada: permanece en el suelo de 15 a 20 minutos sin capacidad de levantarse sin ayuda. Estas dos últimas, son de mal pronóstico para la función y la vida, ya que se considera que la reserva fisiológica está disminuida así como trastornos que acortan

su supervivencia o alteran su funcionalidad general (19-32).

El sistema somatosensorial, aporta la información necesaria para el control de los movimientos mediante los receptores propioceptivos y exteroceptivos. La propiocepción es indispensable para el control postural y la estabilidad que se requiere para la realización de las actividades de la vida diaria, es la capacidad del cuerpo para detectar el movimiento y posición de las articulaciones.

Esta función corporal nos permite identificar la disposición anatómica de las partes de nuestro cuerpo, además de la trayectoria que éstas siguen, ya sea de forma aislada o en su conjunto, depende

de estímulos sensoriales provenientes de los sistemas visual, auditivo y vestibular, de los receptores cutáneos, articulares y musculares, que son responsables de traducir eventos mecánicos ocurridos en los tejidos con señales neurológicas (35).

En este grupo poblacional, la disminución en la propiocepción permite entender su tendencia al desarrollo de caídas, esta disminución se encuentra “fraccionada” donde por ejemplo, está más disminuida la propiocepción en rodillas que en los dedos de los pies, lo que puede explicar en parte por qué las PAM presentan caídas.

Los exeroceptores son los que reciben información del mundo exterior: los ojos, los oídos, las cavidades oral y nasal, así como la piel, que aportan información del mundo externo por su reacción muscular a los componentes físicos y químicos del mismo.

La visión es parte importante para mantener la estabilidad y el equilibrio corporal, ya que ayuda a

orientar al cuerpo en el espacio con los ejes horizontales y verticales de los objetos.

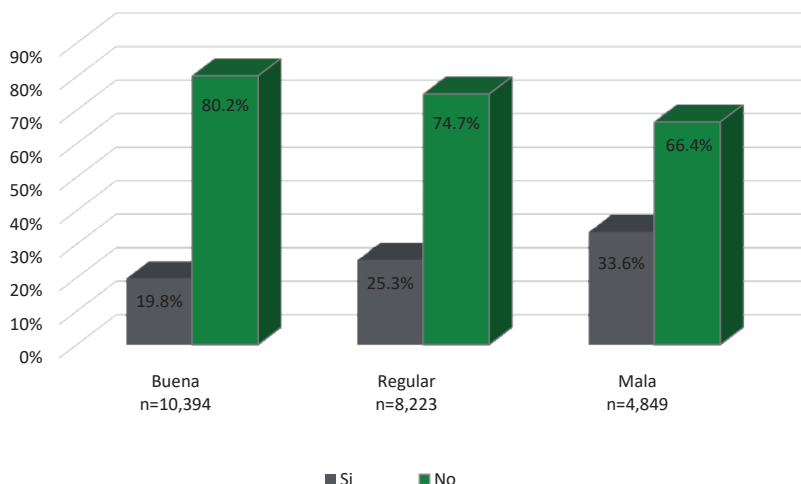
El balance corporal, sirve para la estabilidad de las PAM en sedestación y durante la marcha, para tratar de evitar las caídas de manera estática o dinámica.

Todos estos componentes se ven disminuidos en este grupo poblacional, debido a las modificaciones propias de la biología del envejecimiento, como son:

- Lentitud en la acomodación del cristalino, de las reacciones bioquímicas fotosensibles en la retina.
- Uso de lentes correctivos que pueden disminuir el campo visual.
- Disminución en la percepción de profundidad, impidiendo discernir la tercera dimensión.

Según se aprecia en la Gráfica 7 de SABE México, la relación entre caídas y percepción visual, es directamente proporcional a las caídas con mala percepción visual.

Gráfica 7. Distribución porcentual de caídas en los últimos 12 meses por percepción visual (N=23,466).



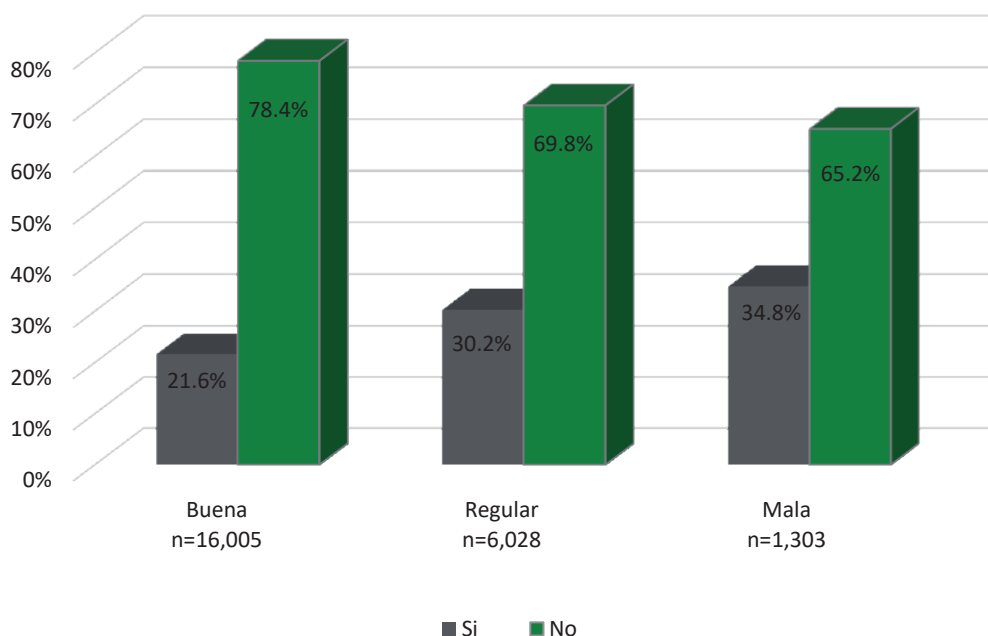
Fuente: Análisis del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades a partir de la base de Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) realizada en 17 entidades federativas entre 2007 y 2014 (19-32).

Otro factor que interviene directamente en la conservación de la estabilidad y el equilibrio, es el oído interno, por medio de las terminaciones del nervio estatoacústico, que se ven estimuladas por el movimiento de los otolitos ubicados dentro de los canales semicirculares; esto va en relación directa a la posición y movimiento de la cabeza;

en respuesta, se generan movimientos compensatorios posturales y de los ojos. En las PAM, se presentan cambios asociados a la edad con disminución sensorial de las células de los canales semicirculares, el sáculo y el utrículo (16).

En la Gráfica 8, se puede observar cómo la mala percepción auditiva, también afecta de manera directa en relación a las caídas en este grupo de estudio.

Gráfica 8. Distribución porcentual de caídas en los últimos 12 meses por percepción auditiva (N=23,336).



Fuente: Análisis del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades a partir de la base de Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) realizada en 17 entidades federativas entre 2007 y 2014 (19-32).

Debemos también comentar que la corteza cerebral y la cerebelosa, a través de sus redes sinápticas mantienen la estabilidad con respuestas motoras apropiadas, por lo que el aparato osteomuscular es importante para la conservación de la estabilidad y equilibrio, así como para evitar proyectarse contra el piso y en consecuencia caer.

En las PAM los cambios en el aparato músculo-esquelético, son otro factor

relevante para las caídas, a causa de la inestabilidad postural, cambios en la marcha con pasos más cortos, disminución de la excursión de y tobillo, aumento de la separación de las puntas de los pies para así aumentar la base de sustentación, aumento del periodo de latencia y respuesta reflejo motora inconstante ante los cambios posturales. La dificultad para mantener la estabilidad mecánica alrededor de la línea de gravedad, es perturbada

por el movimiento y tienen más dificultad para generar maniobras posturales reflejas correctoras. Existen además enfermedades que provocan alteraciones en la marcha como: infartos cerebrales, enfermedad de Parkinson, deficiencias sensoriales, etc., ya que aumentan la inestabilidad.

Dentro de los factores de riesgo para sufrir caídas, podemos deducir que la edad juega un factor importante aunado al desajuste en los mecanismos de equilibrio postural ocasionados por la presencia de factores de riesgo tanto intrínsecos (huésped) como extrínsecos (ambiente) (16).

Dentro de los primeros tenemos aquellos que forman parte de las características físicas de las PAM, los cuales pueden ser modificables y no modificables:

Edad, ser mujer, caída previa, debilidad muscular en miembros inferiores, artritis, alteraciones úngles, pie plano, pie cavo, genu varo, genu valgo, dificultad y uso de ayudas técnicas para deambular, alteraciones de la marcha y balance, trastornos visuales, depresión, daño cognoscitivo y uso de psicofármacos, presencia de vértigo, mareos, confusión, hipotensión postural, infecciones, desequilibrio hidroelectrolítico, obesidad, trastornos visuales o vestibulares, cardiopatías de bajo gasto, y neuropatías periféricas, disminución visual y auditiva, entre otras.

Entre los extrínsecos están los ambientales o arquitectónicos, así como el uso de zapatos, bastones, sillas de ruedas inestables o difíciles de manejar y andaderas en malas condiciones o prescritas inadecuadamente. También puede ser desconocimiento del lugar por

donde se deambula; mala iluminación; mobiliario inestable; camas altas o estrechas; pisos irregulares, resbaladizos y desnivelados; alfombras o tapetes arrugados; escaleras inseguras con peraltes elevados; aceras estrechas, desniveladas o con obstáculos. Adicionalmente existe una causa a la que no le prestamos importancia y son las mascotas inadecuadas o sin entrenamiento para convivir con las PAM. Una vez que hemos delimitado los factores de riesgo se debe hacer búsqueda intencionada de los mismos (15, 16, 19).

El interrogatorio es una base fundamental para elaborar un diagnóstico integral, en busca de establecer el diagnóstico sindromático y posteriormente el etiológico (15).

El manejo de las PAM que han presentado una caída requiere de un diagnóstico integral con el tratamiento específico y de un equipo multidisciplinario integrado por las áreas de: medicina, terapia física, psicología, enfermería y trabajo social.

Por todo lo anterior, se debe dar prioridad a la investigación y a las iniciativas de salud pública para definir mejor la carga, explorar los factores de riesgo y utilizar estrategias preventivas eficaces. Así como impulsar la formación de los profesionales de la salud en materia de estrategias preventivas basadas en datos científicos.

Los programas eficaces de prevención de caídas tienen como objetivo reducir el número de personas que las sufren, disminuir su frecuencia y reducir la gravedad de las lesiones que producen. Las acciones de prevención de las caídas en las PAM, pueden incluir varios componentes para identificar y modificar los riesgos (18).

La sensibilización de las PAM y sus familiares, forman parte de la prevención de las caídas, para hacerlos conscientes del riesgo de sufrir una caída. Por otro lado, se deben identificar aquellos factores tanto extrínsecos como intrínsecos que pudieran generar caídas en el paciente geriátrico, a fin de modificar, tanto el entorno potencialmente peligroso, como intervenir preventivamente en aquellas causas del componente biológico que pudieran ocasionar o perpetuar este tipo de accidentes. Por último, la detección es imprescindible, debido al riesgo aumentado de caer y poder actuar de forma preventiva o correctiva. Para ello, es necesario una combinación de medidas de intervención tanto ambientales, médicas, como de rehabilitación que permitan conseguir la independencia de las PAM.

Medidas generales para su prevención:

- Prescripción de actividad física y alimentación correcta de acuerdo a la edad y estado de salud, si bien no se consigue ganar masa muscular, está comprobado que estas acciones evitan la pérdida del músculo estriado y en consecuencia se mantiene la funcionalidad de la persona.

- Evitar el consumo de alcohol, drogas y otras toxicomanías, en la medida de lo posible, realizar ajustes preventivos de los fármacos, así como identificación temprana de nuevos padecimientos (16).

El tratamiento específico de las caídas se orienta a sus causas, como son: el tratar los factores intrínsecos y extrínsecos, tratamiento farmacológico adecuado de la polipatología para corregir la polifarmacia, evaluar la necesidad de rehabilitación y auxiliares de la marcha, visuales y auditivos (16).

Conclusión: las caídas en las PAM son multicausales y éstas se deben buscar de manera intencional y sistematizada, ya que de lo contrario los gastos y costos, humanos y sociales que se generan, tienen una trascendencia tal que no sólo afecta a los pacientes que las sufren, sino que afecta también a su familia, a la sociedad y al sistemas de salud. Por otro lado, es indispensable resaltar la necesidad de realizar medidas de intervención tempranas para su detección y atención, así como implementar durante la línea de la vida la necesidad de realizar actividad física, y llevar una alimentación adecuada balanceada.

Cuadro 3. Personal de Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades que participó en la elaboración de esta contribución.

Dra. María Esther Lozano Dávila	Subdirectora de Atención al Envejecimiento
Dra. Javier Alfredo Calleja Olveda	Médico especialista
Lic. Enf. Érica Tania Chaparro Gonzalez	Enfermera jefe de servicio
Dra. Araceli Arévalo Balleza	Supervisor médico
Lic. Gloria Vargas Esquivel	Supervisor Normativo
Dra. Blanca Estela Fernández García	Médico especialista
Lic. Edgar Alejandro García Fuentes	Promotor en salud.
Lic. Rogelio Archundia González	Profesional en Trabajo Social en Área Médica A

II. ACCIONES IMPULSADAS POR EL SECRETARIADO TÉCNICO DEL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

2.1 Recursos financieros disponibles

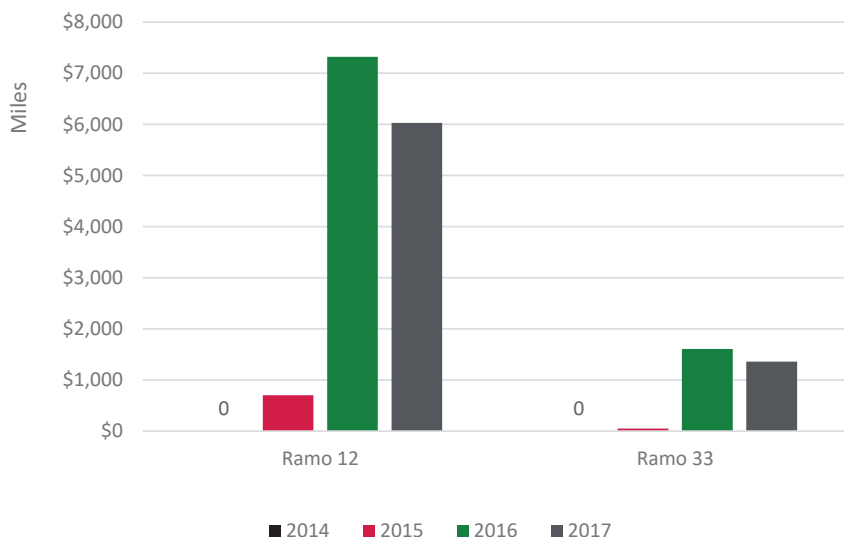
La Secretaría de Salud, a través del Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes, asignó a este rubro un total de \$7,320,000 pesos durante 2016. Esto representó un incremento de 946% con respecto al año previo (Gráfica 9). Si comparamos la aportación federal durante 2016 con los recursos estatales asignados ese mismo año se puede apreciar que por cada peso que destinaron las entidades federativas al programa, el gobierno federal aportó 4.6 pesos. Si bien esta diferencia es menor a la observada durante 2015 (\$13.5 a \$1), el escenario ideal sería que los Servicios Estatales de Salud en conjunto asignaran al menos el mismo presupuesto para este programa que la Secretaría de Salud Federal.

Originalmente para 2017, los presupuestos federal y estatal se mantenían prácticamente igual. Sin embargo, el día 24 de febrero de 2017, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público notificó a esta Unidad Administrativa la necesidad de hacer un recorte por \$1,185,203.57 para quedar finalmente en \$6,029,385.43, es decir, 17.6% menos que en 2016.

Claramente, el presupuesto de salud disponible para la prevención de accidentes en grupos vulnerables es insuficiente para atender la importante carga en salud que suponen los cinco tipos de lesiones abordados por el Programa de Acción Específico: Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables 2013-2018, en todo el territorio nacional. Es importante mencionar que este Programa de Acción Específico no recibe actualmente recursos financieros de otras fuentes de financiamiento como: Anexo IV del Sistema de Protección Social en Salud, Fideicomiso del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, Seguro Médico de Salud Siglo XXI, etc., situación que podría explorarse en el futuro.

Por otro lado, es necesario recabar información del recurso que otras instituciones están invirtiendo en la prevención de accidentes en la República Mexicana para determinar, a ciencia cierta, la inversión total del Estado mexicano en este tema. Con esta información, sumada a la información del costo efectividad de las distintas acciones impulsadas por el MIPrA se podría tener una idea más clara de las brechas existentes en el financiamiento de la prevención y control de las lesiones causadas por ahogamientos, asfixias, caídas, envenenamientos e intoxicaciones y quemaduras en México.

Gráfica 9. Recursos financieros asignados para el Programa de Acción Específico: Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables 2013-2018, por fuente de financiamiento, varios años.



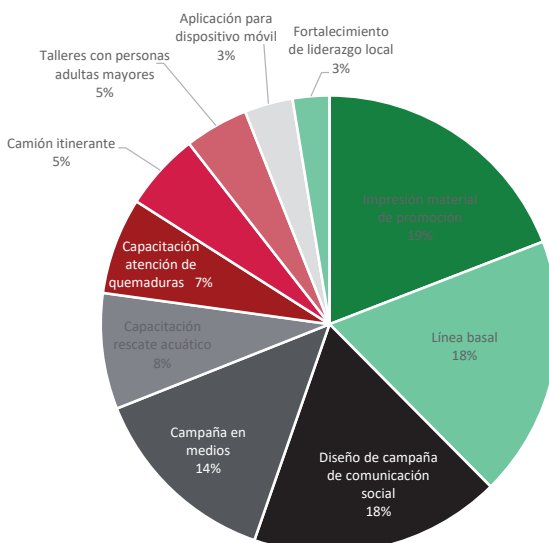
Fuente: Plataforma SIAFFASPE, consultada el 10 de junio de 2016.

La Gráfica 10, analiza con detalle el total de presupuesto de Ramo 12 asignado a las entidades federativas para la Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables durante 2016. Es importante aclarar que si bien este fue el recurso financiero asignado, un análisis subsecuente deberá enfocarse en el presupuesto finalmente ejercido por las entidades federativas; información aún no disponible.

Dado que es un programa de reciente creación, el presupuesto 2016 estuvo orientado a la impresión de material de promoción dirigido a la población (19%), a la medición de factores de riesgo en hogares y guarderías del país, mediante una línea basal de información que permita dar seguimiento y evaluar el impacto de las acciones de prevención (18%); al diseño de una campaña de comunicación social (18%) y a la difusión de mensajes de prevención en medios masivos (14%). En total 15% del presupuesto se dirigió al fortalecimiento de recursos humanos mediante la capacitación en rescate

acuático y en atención especializada del paciente quemado; mientras que el 10% se transfirió para impulsar acciones de sensibilización de la población infantil (a través del Museo Camión Itinerante) y adulto mayor mediante la realización de talleres con personas adultas mayores).

Gráfica 10. Distribución del recurso financiero de Ramo 12 asignados para el Programa de Acción Específico: Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables durante 2016, por concepto.



Fuente: Plataforma SIAFFASPE, consultada el 10 de junio de 2016.

Este recurso financiero fue empleado para la implementación de acciones del Modelo Integral para la Prevención de Accidentes en 11 entidades federativas (Aguascalientes, Coahuila, Chihuahua, Ciudad de México, Jalisco, Nayarit, Nuevo León, Puebla, Quintana Roo, Sonora y Zacatecas). Es importante mencionar que dos más (Oaxaca y Tabasco) asignaron recurso de Ramo 33 para un total de 13 entidades que contaron con presupuesto etiquetado para la implementación de acciones de prevención de ahogamientos, asfixias, caídas, envenenamientos e intoxicaciones y quemaduras en grupos vulnerables. El Anexo 2 presenta el total de recursos de Ramo 12, asignados por entidad federativa y categoría de gasto.

2.2 Integración de acciones y coordinación multisectorial

El MIPrA parte de la necesidad de articular los esfuerzos de prevención y control de las cinco lesiones accidentales abordadas en el Modelo, desde una perspectiva multisectorial e interdisciplinaria y cimentada en un enfoque de salud pública. Sin la conjunción de esfuerzos y voluntades, no será posible ser efectivos como país en este tema. En este sentido se presentaron diversos avances durante 2016. A continuación mencionamos tan solo 15 acciones concretas en orden cronológico, que buscaron coordinar esfuerzos interinstitucionales y multisectoriales para fortalecer las acciones de prevención de accidentes en grupos vulnerables:

1) El MIPrA fue impreso gracias al apoyo financiero recibido por la Oficina en México de la Organización

Panamericana de la Salud. Esto permitió la difusión de dicho material, que es a su vez utilizado como una herramienta de gestión entre los miembros del Grupo de Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables que participaron en su diseño. También fue distribuido entre todos los Directores de Servicios de Salud y los responsables de prevención de accidentes en los estados. Con todo ello se avanza en la institucionalización de este esfuerzo colectivo.

2) Del 12 al 14 de abril de 2016 se llevó a cabo la Reunión Anual Nacional 2016 con los Consejos Estatales para la Prevención de Accidentes. En esta reunión, se presentaron a todos los responsables estatales las líneas de acción y estrategias a seguir como parte del Modelo Integral para la Prevención de Accidentes, del Programa de Acción Específico: Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables 2013-2016.

3) El 22 de abril de 2016 se llevó a cabo una reunión de coordinación para impulsar la Prevención de Envenenamientos e Intoxicaciones en Grupos Vulnerables, en la que participaron autoridades de la OPS, de la Red Toxicológica Mexicana (RETOMEX) y personal del STCONAPRA. En la reunión se acordó trabajar conjuntamente en distintas líneas de acción (información estratégica, promoción de la salud, capacitación de profesionales, establecimiento de recomendaciones para la población, entre otras) para fortalecer el trabajo en esta área estratégica y potenciar sus resultados.

Derivado de esto, se difundieron entre los responsables estatales de prevención de accidentes y entre el grupo de trabajo en este tema en particular, invitaciones

al Diplomado en Toxicología Clínica en Intoxicación por Animales Ponzosñosos, el 22 de marzo de 2016 y al Diplomado en Toxicología Integral 2016, el 7 de junio de 2016. El 12 de diciembre se llevó a cabo otra reunión para dar continuidad a las acciones conjuntas entre estas tres instancias. Avances del trabajo conjunto serán presentados en las Secciones VIII y X y con más detalle.

4) Durante la Primera Sesión Ordinaria del CONAPRA de 2016, celebrada el 14 de junio, se firmó el Acuerdo 04/1^a. Ord/2016 en el que “Los integrantes del CONAPRA, con base en sus atribuciones, participarán en la implementación del Modelo Integral para la Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables, así como en gestionar ante las autoridades de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público la obtención de recursos presupuestales para su operación”. Esto es muestra del reconocimiento implícito de las distintas autoridades sectoriales que integran el CONAPRA, de la necesidad de trabajar en materia de prevención de lesiones en México y de gestionar recursos financieros para poder impulsar acciones concretas con evidencia de su efectividad. Con ello, aceptaron el reto de trabajar en este importante problema de salud pública.

5) El 14 de julio de 2016 la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y la Fundación Michou y Mau I.A.P. firmaron el Convenio de Concertación de Acciones para Capacitación en Materia de Prevención y Atención de Quemaduras. Este instrumento jurídico permite formalizar y coordinar el trabajo conjunto en torno a la prevención y atención de las quemaduras en México. Derivado de este acuerdo, se trabajó conjuntamente en un Anexo de Ejecución para delimitar las acciones que se impulsarían durante 2017, documento que fue firmado a satisfacción de ambas partes.



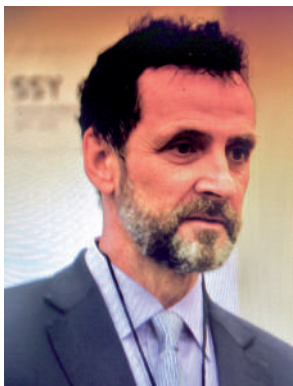
Foto: proporcionada por Mtro. Juan Daniel Vera López.

6) En el mismo sentido, se han tenido distintas reuniones para evaluar la posibilidad de que se firme otro convenio con la Procuraduría Federal del Consumidor. Esto en virtud de que existen distintas estrategias de empoderamiento de usuarios o consumidores que pueden impulsarse conjuntamente, buscando mejorar la seguridad de la población. Se tiene previsto que dicho acuerdo se firme en el primer trimestre de 2017.

7) Durante Encuentro Nacional de Prevención y Promoción Para una Mejor Salud 2016, celebrado del 28 de agosto al 2 de septiembre en Cocoyoc, Morelos, el Secretariado Técnico se reunió con todos los Directores de Servicios de Salud de las distintas entidades federativas del país. Derivado de estas reuniones uno a uno, se firmaron acuerdos con cada entidad federativa para impulsar en cada entidad las acciones de Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables contenidas en el MIPrA. Los acuerdos, por entidad federativa, se encuentran disponibles en el siguiente sitio de internet: <http://encuentrospps.net/materiales/>.

Con estas acciones, los responsables de implementar la política de salud en el país, coincidieron en la importancia de trabajar en este importante problema de salud pública.

8) Durante la Reunión Nacional de Prevención de Accidentes, realizada en la ciudad de Mérida, Yucatán del 18 al 21 de octubre, contamos con la presencia del Dr. David Meddings, experto internacional de la Organización Mundial de la Salud.



Además de presentar el trabajo que realiza la OMS en torno a la prevención de accidentes y fortalecimiento de la capacidad, tuvimos ocasión de reunirnos con él para presentarle el trabajo realizado en la materia en nuestro país con el fin de recibir sus sugerencias sobre cómo reforzarlo.

9) Con fecha 27 de octubre de 2016, se llevó a cabo una reunión con Víctor Espíndola, Director General del Consejo Nacional de Protección Contra Incendio (www.conapci.org). Durante ésta, se acordó impulsar conjuntamente la prevención de quemaduras en grupos vulnerables.

10) Durante la 2ª Sesión Ordinaria del CONAPRA de 2016, llevada a cabo el 29 de noviembre, se acordó con los miembros que conforman el CONAPRA dar seguimiento a las acciones de prevención de accidentes en grupos vulnerables aprovechando la reciente integración del Comité Técnico Intersecretarial, que fuera conformado para dar seguimiento a la Estrategia Nacional de Seguridad Vial. Esto facilitará la coordinación interinstitucional del ámbito federal.

11) El Secretariado Técnico, en coordinación con la Dra. Alejandra Lizbeth Martínez Delgadillo, Subdirectora de Intervenciones Estratégicas de en Salud y Responsable del Programa de Prevención de Accidentes en los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México, se reunieron con la Delegación Federal de SEDESOL, en la Ciudad de México el día 07 de octubre. El objetivo de la reunión fue impulsar acciones preventivas en las guarderías inscritas en el Programa de Estancias Infantiles de SEDESOL, en el marco del recientemente publicado “PROY-NOMPROY-NOM-009-SEGOB-2015, Medidas de previsión, prevención y mitigación de riesgos en centros de atención infantil en la modalidad pública, privada y mixta”.



Fotos: proporcionadas por Lic. Raúl Octavio Martínez Coronel y Lic. Israel Rosas Guzmán.

Esto redundó en la inspección preventiva de 73 guarderías que será presentado con más detalle en el apartado 2.5 de esta misma sección.

12) Distintas entidades avanzaron sustancialmente en fomentar la corresponsabilidad de los miembros integrantes de los COEPRA en torno a la prevención de accidentes. Se tiene evidencia de que durante 2016, al menos diez entidades federativas (Aguascalientes, Baja California, Chihuahua, Ciudad de México, Hidalgo, Jalisco, Nuevo León, Puebla, Sonora, Veracruz y Zacatecas) acordaron al interior de los Consejos Estatales, impulsar el Programa de Acción Específico: Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables 2013-2018.

13) En un esfuerzo de coordinación con la Organización Panamericana de la Salud, la Dirección General Calidad y Educación en Salud y con el financiamiento del Estado de Baja California, se logró desarrollar el Curso Virtual: "Principios para la prevención de lesiones accidentales". Este curso está dirigido a responsables de los COEPRAS, personal operativo y directamente vinculado con la prevención de accidentes en Grupos Vulnerables de las 32 entidades federativas. Durante 2016, se invitó a participar a 271 profesionales; los resultados de esta estrategia de capacitación se presentarán con más detalle en la subsección 2.6.1.

14) EL STCONAPRA ha buscado incluir a organismos no gubernamentales en el trabajo de prevención de accidentes. De ahí que se invitara a la Fundación Carlos Slim, a colaborar con el STCONAPRA para desarrollar un curso virtual dirigido a población abierta. A partir del acuerdo

para trabajar conjuntamente, se han tenido distintas reuniones de coordinación para avanzar la estructura y la selección de los contenidos del curso. Este proyecto fue registrado por el STCONAPRA como proyecto de mejora institucional y se presentará con más detalle en la subsección 2.6.2.

15) Se realizaron un total de cuatro visitas de acompañamiento para apoyar los esfuerzos de las siguientes entidades federativas, en la implementación del MIPrA: Veracruz, Coahuila, Ciudad de México y Aguascalientes.

Con estos 15 ejemplos se da cuenta de los esfuerzos del STCONAPRA por avanzar la agenda intersectorial y multidisciplinaria, con el objetivo de coordinar los esfuerzos y potenciar sus logros en materia de prevención de accidentes en grupos vulnerables.

2.3 Información de Calidad

Los avances en esta estrategia transversal durante 2016 se dieron principalmente en tres frentes.

El primer frente tiene que ver con el aprovechamiento de la información existente y su oportuna difusión. En este sentido, se crearon infografías temáticas para cada una de las lesiones accidentales materia de este Programa de Acción Específico. Esta información presenta, de forma rápida, datos epidemiológicos de las cinco lesiones accidentales, sus factores de riesgo y medidas para su prevención. Se integraron folletos informativos dirigidos a personal de salud o trabajadores de la prevención de lesiones accidentales. Para apoyar el trabajo que cada una de las entidades federativas está llevando a cabo con el propósito de disminuir las principales causas de lesiones accidentales de forma exitosa y contribuir a la gestión de la implementación de acciones coordinadas, se elaboraron perfiles de lesiones por entidad federativa. Todos estos materiales están disponibles en el sitio web www.conapra.salud.gob.mx.

Con el fin de brindar información para empoderar a la población en torno a la prevención de lesiones accidentales, también se elaboró un documento con recomendaciones específicas, mismo que se distribuyó en una primera etapa como parte de las acciones para la identificación de riesgos de lesiones accidentales en el hogar, que será presentado en el apartado 2.5 de esta misma sección. Esto permitiría dar un rostro a las estadísticas, buscando sensibilizar sobre la importancia de proteger la salud de las personas. Esto podría realizarse a través de la integración

de historias de vida que permitan presentar casos típicos sobre personas que se lesionan por estas causas y las oportunidades de prevención en cada uno de ellos.

El segundo frente partió del diagnóstico realizado en torno a los sistemas de información disponibles y de la necesidad identificada de enriquecerlos para conocer mejor el problema y dar un mejor seguimiento a su evolución. Esto incluyó además la identificación de brechas específicas de información y la propuesta de alternativas para subsanar estas carencias. Para ello se agendaron distintas reuniones con la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud Federal (DGIS) en las que se comentaron opciones de mejora, por ejemplo al SIS-17, con el fin de obtener información como sobre las características del “cuidador” de personas lesionadas menores de 10 años, la actividad que se realizaba en el momento en que ocurrió la lesión, etcétera.

A ellos se les planteó también la necesidad de crear un sistema de información sobre la atención médica prehospitolaria y la regulación de estos servicios. Este trabajo se formalizó mediante el oficio **STCONAPRA-DG-882-2016** con fecha de 24 de mayo, para el que el seguimiento durante 2017 se hará necesario y estratégico.

Finalmente, el tercer frente lo conformaron los esfuerzos específicos del STCONAPRA por generar sistemas de información que obtengan datos estratégicos para la toma de decisiones. En consecuencia se diseñó una propuesta para la creación del Sistema de Información Estadística de los Envenenamientos e Intoxicaciones (SIEEI) que toma como referencia el

Formato de los Centros de Información y Atención Toxicológica creado por la

Red Toxicológica Mexicana. Este sistema será una realidad para 2017 a partir del financiamiento que la Oficina de la OPS en México comprometió. Algo similar a esto se podría impulsar desde el STCONAPRA en el tema de las quemaduras durante 2017, tomando como referencia el Formulario para la Recolección de Datos Globales en Quemaduras elaborado e impulsado por la OMS, un primer esfuerzo podría dirigirse a recabar información en los Centros de Atención Especializada a pacientes quemados.

Paralelamente, buscando fortalecer el trabajo en torno al análisis de los datos obtenidos por el Observatorio Nacional de Lesiones, se gestionó y se obtuvo autorización para adquirir licencias del paquete estadístico Stata 14[®]. Sin duda, esto hará más eficiente el trabajo del STCONAPRA en materia de análisis de información clave para dar seguimiento y evaluar las acciones impulsadas como parte de estos esfuerzos.

Durante 2017 se deberá seguir gestionando información de atención médica prehospitalaria de las lesiones accidentales con instituciones como Cruz Roja o directamente en los Centros Reguladores de Urgencias Médicas del país. Esta información será de gran utilidad para conocer la casuística de la atención médica prehospitalaria, poco conocida o dimensionada a nivel de país.

2.4 Revisión y mejora del Marco Normativo

Durante 2016 el STCONAPRA participó en el estudio, Assessment of Child Injury Prevention Policies in Low and Middle Income Countries (Evaluación de las Políticas de Prevención de Lesiones en Población Infantil en Países de Bajos y Medianos Ingresos), en respuesta a la invitación recibida por parte de la Oficina Regional de la OMS-OPS.

Este estudio, realizado por la Unidad Internacional de Investigación en Lesiones de la Escuela de Salud Pública de Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins, busca facilitar la adopción e implementación de políticas sobre intervenciones efectivas para la prevención de lesiones accidentales en población infantil a nivel nacional en países de bajos y medianos ingresos para reducir la importante carga de la enfermedad que imponen estas condiciones a la salud de sus poblaciones.

Se hizo un diagnóstico en torno a la normatividad y políticas de salud para la prevención de ahogamientos, envenenamientos e intoxicaciones, quemaduras y caídas dirigidas a la población infantil. El Cuadro 4, resume el diagnóstico realizado como parte de este estudio.

Cuadro 4. Diagnóstico de distintas legislaciones que contribuyen a prevenir ahogamientos, caídas, envenenamientos e intoxicaciones y quemaduras en México.

Tema	Pregunta	Respuesta	Observaciones
Prevención de Ahogamientos	¿Existe legislación a nivel nacional que requiera que las y los escolares reciban capacitación para nadar, educación sobre la seguridad en el agua y habilidades de rescate?	No	
	¿Existe legislación a nivel nacional que obligue la colocación de cercas protectoras para cuerpos de agua recreativos y la instalación de barreras o lugares seguros para prevenir a las y los prescolares de cuerpos de agua no recreativos?	No	
	¿Existe legislación a nivel nacional sobre el número límite de pasajeros por embarcación y que requiera el uso obligatorio de salvavidas apropiados para cada edad mientras estén en el agua?	No	
	¿Existe evidencia (reportes, documentos) que evalúen al menos una de estas tres legislaciones?	No	
Prevención de lesiones por caídas en población infantil	¿Existe legislación a nivel nacional que regule los estándares de construcción (incluyendo edificios escolares) y requiera el diseño seguro de escaleras y edificios de varios niveles para prevenir caídas?	Parcialmente	Existe una norma nacional que regula algunos aspectos de la seguridad de edificios y otras construcciones que se convertirán en centros laborales: NORMA Oficial Mexicana NOM-001-STPS-2008, Edificios, locales, instalaciones y áreas en los centros de trabajo. Condiciones de seguridad. Otra norma regula la construcción de hospitales y centros de salud en términos de su seguridad y para que cumplan con las necesidades especiales de las personas que viven con algún tipo de discapacidad: NORMA Oficial Mexicana NOM-233-SSA1-2003, Que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.
	¿Existe legislación a nivel nacional que promueva estándares para equipamiento de áreas de juego infantil y uso de dispositivos de seguridad infantil como barreras de protección para las escaleras?	No	
	¿Existe legislación a nivel nacional que promueva rejas metálicas de protección para ventanas y protectores de ventanas en las viviendas particulares?	No	
	¿Existe legislación a nivel nacional que prohíba o desincentive el uso de andaderas para bebés?	No	
	¿Existe evidencia (reportes, documentos) que evalúen al menos una de estas cuatro legislaciones?	No	

Tema	Pregunta	Respuesta	Observaciones
Prevención de envenenamiento e intoxicación infantil	¿Existe legislación a nivel nacional que requiera un envasado resistente a población infantil de medicamentos, productos agropecuarios peligrosos y productos de limpieza tóxicos?	Parcialmente	<p>Existen diferentes normas para el envasado de productos tóxicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> * NORMA Oficial Mexicana NOM-189-SSA1/SCFI-2002, Productos y servicios. Etiquetado y envasado para productos de aseo de uso doméstico. * NORMA Oficial Mexicana NOM-018-STPS-2000, Sistema para la identificación y comunicación de peligros y riesgos por sustancias químicas peligrosas en los centros de trabajo. * NORMA Oficial Mexicana NOM-232-SSA1-2009, Plaguicidas: que establece los requisitos del envase, embalaje y etiquetado de productos grado técnico y para uso agrícola, forestal, pecuario, jardinería, urbano, industrial y doméstico.
	¿Existe legislación a nivel nacional que requiera la colocación de etiquetas de advertencia de seguridad para todos los medicamentos o productos potencialmente tóxicos o dañinos?	Sí	<p>Existen diferentes normas para el etiquetamiento de productos tóxicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> * NORMA Oficial Mexicana NOM-189-SSA1/SCFI-2002, Productos y servicios. Etiquetado y envasado para productos de aseo de uso doméstico. * NORMA Oficial Mexicana NOM-018-STPS-2000, Sistema para la identificación y comunicación de peligros y riesgos por sustancias químicas peligrosas en los centros de trabajo. * NORMA Oficial Mexicana NOM-072-SSA1-2012, Etiquetado de medicamentos y de remedios herbolarios. * NOM-003-SSA1-2006, Salud ambiental. Requisitos sanitarios que debe satisfacer el etiquetado de pinturas, tintas, barnices, lacas y esmaltes. * NORMA Oficial Mexicana NOM-232-SSA1-2009, Plaguicidas: que establece los requisitos del envase, embalaje y etiquetado de productos grado técnico y para uso agrícola, forestal, pecuario, jardinería, urbano, industrial y doméstico.
	¿Existe legislación a nivel nacional que limite el reúso de botellas de alimentos y bebidas, contenedores plásticos y envases para líquidos para almacenar sustancias peligrosas en las viviendas particulares?	No	
	¿Existe legislación a nivel nacional que requiera la educación, ya sea en escuelas, consultorios médicos u otros centros comunitarios, sobre el almacenamiento de medicamentos y sustancias peligrosas en el hogar?	No	
	¿Existe evidencia (reportes, documentos) que evalúen al menos una de estas cuatro legislaciones?	No	

Tema	Pregunta	Respuesta	Observaciones
Prevención de incendios y quemaduras en población infantil	¿Existe legislación a nivel nacional que regule estándares de seguridad para lámparas, estufas para cocinar y otros dispositivos que emiten fuego incluyendo encendedores y juegos pirotécnicos?	Parcialmente	<p>Existen diferentes normas que regulan parte de ese material:</p> <ul style="list-style-type: none"> * NORMA Oficial Mexicana NOM-090-SCFI-2004, Encendedores portátiles, desechables y recargables-Especificaciones de Seguridad. * NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SESH-2012, Aparatos domésticos para cocinar alimentos que utilizan Gas L.P. o Gas Natural. Especificaciones y métodos de prueba. * NORMA Oficial Mexicana NOM-118-SCFI-2004, Industria cerillera-cerillos y fósforos-Especificaciones de Seguridad.
	¿Existe legislación a nivel nacional que requiera emplear productos con materiales retardantes de fuego para tapizar muebles, colchones, sábanas o ropa para dormir de niños(as)?	Parcialmente y en progreso	PROY-NOM-009-SEGOB-2016 Medidas de previsión, prevención y mitigación de riesgos en centros de atención infantil en la modalidad pública, privada y mixta
	¿Existe legislación a nivel nacional que requiera la instalación de detectores de humo en hogares, escuelas, centros de atención infantil o guarderías y regule estándares de seguridad de las viviendas?	Parcialmente y en progreso	<p>Existen diferentes normas a nivel nacional que requieren la instalación de detectores de humo en sitios laborales:</p> <ul style="list-style-type: none"> * NORMA Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010, Condiciones de seguridad-Prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo. <p>Un proyecto de Norma Oficial Mexicana en proceso incluye esto como parte de la seguridad de estancias y centros de atención infantil, incluyendo guarderías:</p> <ul style="list-style-type: none"> *PROY-NOM-009-SEGOB-2016 Medidas de previsión, prevención y mitigación de riesgos en centros de atención infantil en la modalidad pública, privada y mixta.
	¿Existe legislación a nivel nacional que establezca la temperatura máxima para el agua que sale de la llave en hogares y escuelas?	No	<p>Existe una norma que regula los calentadores de agua, pero no establece la necesidad de que el agua no exceda los 49 grados Celsius.</p> <p>31) NORMA Oficial Mexicana NOM-003-ENER-2011, Eficiencia térmica de calentadores de agua para uso doméstico y comercial. Límites, método de prueba y etiquetado.</p>
	¿Existe evidencia (reportes, documentos) que evalúen al menos una de estas cuatro legislaciones?	No	

Varios de estos elementos fueron señalados en los distintos Modelos Específicos que dieron origen al MIPrA. En el Anexo 3, se presentan la relación de las Normas Oficiales Mexicanas que se han identificado hasta el momento como directamente relacionadas a la prevención de lesiones accidentales en grupos vulnerables. También en el Anexo 4 se encuentra el listado de las Guías de Práctica Clínica vigentes que están directa o indirectamente relacionadas a la atención médica de las cinco causas externas abordadas por el MIPrA. Estas guías constituyen parte de los esfuerzos impulsados por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, de la Secretaría de Salud federal, en materia de rectoría de la atención médica para favorecer la toma de decisiones clínicas y gerenciales basadas en la mejor evidencia disponible.

En lo que se refiere a la participación en el desarrollo de normatividad, durante 2016 se publicó el Proyecto de Norma Oficial Mexicana “PROY-NOM PROY-NOM-009-SEGOB-2015, Medidas de previsión, prevención y mitigación de riesgos en centros de atención infantil en la modalidad pública, privada y mixta” (disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5445097&fecha=19/07/2016). Además de participar activamente en el desarrollo de este proyecto de Norma Oficial mexicana, se emitieron comentarios tendientes a enriquecer dicho proyecto mediante oficio **STCONAPRA-DG-1743-2016**.

De igual forma, a finales de 2016 respondimos a la convocatoria que emitiera la Dirección General de Normas de la Secretaría de Economía para trabajar en un proyecto de Norma Oficial Mexicana para regular los chalecos

salvavidas. Será durante 2017 cuando se avance en la regulación de este importante dispositivo de seguridad para prevenir ahogamientos.

La expectativa es que en el transcurso de 2017 se avance en una revisión más integral del marco normativo nacional para identificar brechas entre lo existente y lo que idealmente debería existir. Esto es, si la normatividad vigente cumple con las recomendaciones internacionales en la materia y cuáles son las Normas Oficiales Mexicanas pendientes en la agenda de prevención. De igual forma, es necesario identificar oportunidades para enriquecer el acervo nacional en cuanto a las Guías de Práctica Clínica. Esto podría contribuir a conformar una agenda sobre las prioridades, desde el punto de vista normativo, para avanzar en el tema de la prevención de accidentes con énfasis en grupos vulnerables.

2.5 Inspecciones de Seguridad

Dentro de esta estrategia transversal, se impulsaron tres acciones clave:

2.5.1 Encuesta para la auto-identificación de riesgos en el hogar en Puebla

Por iniciativa y liderazgo del responsable de prevención de accidentes en Puebla, y empleando recursos estatales, se impulsó una encuesta para la auto-identificación de riesgos presentes en el hogar de 3,000 menores que fueron invitados a participar en 40 centros escolares. La encuesta fue diseñada en el marco del Grupo de Trabajo para la Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables. Los menores encuestados vivían en 54 municipios del Estado.

Se cuenta con información completa para 2,976 hogares en donde viven menores de 10 años, y entre ellos, 974 hogares en donde viven menores de 5 años y 78 en donde viven menores de un año.

Este importante trabajo, realizado de enero a noviembre de 2016, generó evidencia hasta ese momento desconocida para las autoridades estatales y municipales. Entre lo que se pudo observar a partir de este esfuerzo podemos mencionar lo siguiente:

- **Riesgos de ahogamientos:**

- ▶ De los hogares con menores de 5 años, 48.96% almacenan agua en tinas, tambos o piletas; estos depósitos de agua inseguros se localizan en el mismo lugar donde juegan los menores de 5 años en 39.62% de los casos.

- ▶ De los hogares en donde viven menores de 5 años que cuentan con aljibe, cisterna o pozo, sólo 34.20% tiene bomba eléctrica y está bien cerrado, ambos factores protectores documentados por la literatura.

- **Riesgos de asfixias:**

- ▶ 12.94% de los respondientes dijo que sus menores de 5 años utilizan collares, cadenas o les amarran el chupón al cuello.

- ▶ 31.08% de los respondientes dijo que sus menores de 5 años tienen a su alcance juguetes con cordones de más de 30 cm.

- ▶ Según esta encuesta, 65.01% de los menores de 5 años juegan con juguetes más grandes que la boca de las y los niños. El resto juega con objetos que puede introducir en su boca.

- ▶ 66.18% de los menores de 1 año duermen en la cama con sus padres. De los que duermen en cama o cuna independiente, sólo en 45.45% hay barrotes verticales con una distancia de separación entre ellos menor a 7 cm.

- ▶ Sólo 23.53% de los menores de 1 año duerme boca arriba, que es la posición más segura; 11.76% duerme boca abajo y 64.71% de lado.

- **Riesgos de caídas:**

- ▶ De los hogares en donde viven menores de 5 años que tienen balcones o terrazas, 29.96% no tienen barandales de protección.

- ▶ En 30.72% de las viviendas en donde viven menores de 5 años, las ventanas tienen algún mueble (cama, silla, librero, estante, etc.) cerca de ellas, lo que pone en mayor riesgo a la población infantil de trepar a ellas y caer.

- ▶ 26.47% de los menores de 1 año, usan andadera, importante factor de riesgo de caídas documentado en este grupo poblacional.

- **Riesgos de envenenamientos e intoxicaciones:**

- ▶ 16.96% de los hogares en donde viven menores de 5 años, siempre compra productos de limpieza a granel; 45.19% lo hace “algunas veces”.

- ▶ 24.97% de los hogares en donde viven menores de 5 años acostumbra almacenar productos de limpieza o tóxicos en envases de refrescos.

- ▶ 34.44% de los hogares en donde viven menores de 5 años guarda los

productos de limpieza o tóxicos en el piso a una altura menor a 1.20 metros y sólo 19.92% lo guarda en un mueble con puertas y cerradura.

▶ 26.91% de los hogares donde viven menores de 5 años refirió que los productos de limpieza o tóxicos que tienen en la vivienda no cuentan con etiqueta de advertencia.

▶ 51.30% de los hogares donde viven menores de 5 años refirió que los productos de limpieza o tóxicos no tienen tapa de seguridad a prueba de niños(as).

• **Riesgos de quemaduras:**

▶ 27.79% de los hogares en donde viven menores de 5 años, calientan el agua de baño en estufa; 17.77% emplean fuego proveniente de anafre o leña; y poco menos de 1% usan electricidad (resistencia eléctrica).

▶ La cocina no está separada del resto de las habitaciones en 19.92% de los hogares donde viven menores de 5 años.

▶ La altura del lugar donde cocina es en el suelo en 24.30% de los hogares en donde viven menores de 5 años, y a una altura menor a 80 cm en 0.82%:

▶ El 15.63% de los hogares en donde viven menores de 5 años tiene veladoras encendidas de forma permanente.

▶ Según los hogares respondientes, el 9.34% de los menores de 10 años invitados a participar en el estudio cocinaron o apoyaron en la elaboración de los alimentos 3 o más días.

• **Otros riesgos:**

▶ Poco más de la mitad de los hogares en donde vivían menores de 5 años (54.08%) reportaron no contar con protecciones para los enchufes eléctricos en el domicilio.

▶ En 40 hogares (1.34%) se reportó que nadie está a cargo del cuidado de menores de 10 años. No tiene ninguna escolaridad el 9.51% de las personas que cuidan a menores de 10 años; 30.32% tiene estudios de primaria. 7.73% de las y los cuidadores cuidan a 3 o más menores.

▶ 56.15% de los cuidadores reportó saber primeros auxilios.

▶ No sabe el número de emergencia el 38.80% de los hogares en donde residen menores de 5 años. Esto es de gran relevancia en el marco de la reciente introducción del número único de emergencia 911 en México.

Si bien esta encuesta no tiene representatividad estatal o municipal, no queda duda que el análisis de estos datos orientará a las autoridades del ámbito estatal y municipal para impulsar distintas acciones de información, concientización y prevención a fin de disminuir la exposición a los riesgos identificados. Este abordaje podría ser impulsado en otras entidades federativas o municipios del país, ya que con los recursos disponibles y a un relativamente bajo costo se puede obtener información de gran utilidad para el diagnóstico de la situación que permita orientar las estrategias de prevención.

2.5.2 Inspecciones para la identificación de riesgos en guarderías de la Ciudad de México

Por otra parte, se hicieron inspecciones de seguridad en 73 guarderías del Programa de Estancias Infantiles de SEDESOL en la Ciudad de México que fueron seleccionadas conjuntamente por contar con 50 y más menores inscritos y estar ubicadas en las 16 Delegaciones de la Ciudad de México. Utilizando una guía elaborada y piloteada por el STCONAPRA en coordinación con otras autoridades, se buscó identificar riesgos y brindar consejería a las personas responsables de estas guarderías con el fin de minimizarlos. Este importante trabajo fue coordinado por la Responsable del Programa de Prevención de Accidentes en los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México.

No queda duda de que la información generada como parte de este esfuerzo informará a las autoridades de la Delegación Federal de SEDESOL en la Ciudad de México, sobre el estado actual de las guarderías inscritas en su Programa de Estancias Infantiles a fin de impulsar estrategias preventivas y de concientización en estos espacios de concentración de infantes. Estas acciones, a su vez, constituyen un paso más en la implementación del Proyecto de Norma Oficial Mexicana “PROY-NOM PROY-NOM-009-SEGOB-2015, Medidas de previsión, prevención y mitigación de riesgos en centros de atención infantil en la modalidad pública, privada y mixta”.

2.5.3 Identificación de riesgos en los hogares

Con el liderazgo de los responsables estatales del programa, se realizaron visitas domiciliarias en nueve municipios de siete entidades federativas a fin de identificar riesgos en los hogares y brindar consejería sobre cómo prevenir lesiones accidentales en estos espacios. Para realizar esta actividad, el STCONAPRA desarrolló una “Guía Metodológica para la Identificación de Factores de Riesgo en el Hogar” misma que fue piloteada en Aguascalientes.

En total se recabó información de, y se brindó consejería a, 3,650 hogares, aunque se cuenta con información completa para 3,637 hogares (Cuadro 5).

Del total, este trabajo integra información para 1,278 hogares en donde residen personas adultas mayores, así como 2,541 hogares en donde viven menores de 10 años y, entre ellos, 1,342 hogares en donde viven menores de 5 años y 184 en donde viven menores de un año.

Cuadro 5. Relación de municipios y entidades federativas que realizaron mediciones para la identificación de riesgos en los hogares durante 2016.

Municipio	Entidad Federativa	# de hogares visitados
Aguascalientes	Aguascalientes	541
Ciudad Juárez	Chihuahua	402
Chihuahua	Chihuahua	123
Ramos Arizpe	Coahuila	510
Ciudad Guzmán	Jalisco	428
El Carmen	Nuevo León	427
Cajeme	Sonora	528
La Colorada	Sonora	195
Sombrerete	Zacatecas	482

Fuente: Información capturada en línea por las entidades federativas.

Entre los riesgos documentados a través de este ejercicio se encuentran:

- **Riesgos de ahogamientos:**

- ▶ De los hogares con menores de 5 años, 36.90% almacenan agua en tinas, tambos o piletas; estos depósitos de agua inseguros se localizan en el mismo lugar donde juegan los menores de 5 años en 16.96% de los casos.

- ▶ De los hogares en donde viven menores de 5 años que cuentan con aljibe, cisterna o pozo (14.99%), sólo 26.79% tiene bomba eléctrica y está bien cerrado, ambos factores protectores documentados por la literatura.

- **Riesgos de asfixias:**

- ▶ En 40.15% de los hogares en donde viven menores de 10 años, se observó que las chamarras o suéteres de las y los menores tenían cordones o agujetas.

- ▶ En 36.29% de los hogares en donde viven menores de 10 años, se observó que los cordones de cortinas y persianas se encuentran a una altura menor a 1.20m.

- ▶ En 26.67% de los hogares en donde viven menores de 5 años y que tienen balcones o terrazas con protección, la distancia entre cada barrote es mayor a 10cm.

- ▶ 10.49% de los respondientes dijo que sus menores de 5 años utilizan collares, cadenas o les amarran el chupón al cuello.

- ▶ 39.19% de los respondientes dijo que sus menores de 5 años tienen a su alcance juguetes con cordones de más de 30 cm.

- ▶ Según esta información, 79.78% de los menores de 5 años juegan con juguetes más grandes que su boca.

El resto juega con objetos que puede introducir en su boca.

▶ 73.81% de los menores de 1 año duermen en la cama con sus padres. De los que duermen en cama o cuna independiente, 76.19% tienen barrotes verticales con una distancia de separación entre ellos menor a 7 cm.

▶ Sólo 24.55% de los menores de 1 año duerme boca arriba, que es la posición más segura; 6.59% duerme boca abajo y 65.87% de lado. El resto, duerme en distintas posiciones.

• **Riesgos de caídas:**

▶ De los hogares en donde viven menores de 5 años que tienen balcones o terrazas, 27.88% no tienen barandales de protección.

▶ En 37.66% de las viviendas en donde viven menores de 5 años, las ventanas tienen algún mueble (cama, silla, librero, estante, etc.) cerca de ellas, lo que pone en mayor riesgo a la población infantil de trepar a ellas y caer.

▶ 34.13% de los menores de 1 año, usan andadera, importante factor de riesgo de caídas documentado en este grupo poblacional.

▶ En 15.33% de los hogares en donde residen PAM de 75 y más años, se observó la presencia de tapetes sueltos o desgastados.

▶ En 33.70% de los hogares en donde residen PAM de 75 y más años, se observó que el piso era disparejo o irregular.

▶ Sólo 24.29% de los hogares donde residen PAM de 75 y más años y son de dos o más pisos, las escaleras cuentan con pasamanos resistentes y de fácil agarre.

▶ 59.34% de las PAM de 75 y más años utilizan zapatos con suela antiderrapante.

▶ Sólo 23.44% de los baños y regaderas en donde residen PAM de 75 y más años tienen barras de apoyo o sujeción. El piso del baño y regaderas es de material antiderrapante en 53.85% de ellos.

• **Riesgos de envenenamientos e intoxicaciones:**

▶ 15.22% de los hogares en donde viven menores de 5 años, siempre compra productos de limpieza a granel; 19.55% lo hace "algunas veces".

▶ 28.13% de los hogares en donde viven menores de 5 años, guarda los productos de limpieza o tóxicos en el piso a una altura menor a 1.20 metros y sólo 12.84% los guarda en un mueble con puertas y cerradura.

▶ 8.66% de los hogares en donde viven menores de 5 años acostumbra almacenar productos de limpieza o tóxicos en envases de refrescos.

▶ 11.16% de las personas adultas mayores que tienen tratamiento médico continuo no lleva registro diario de los medicamentos que consume.

▶ 5.02% de las personas adultas mayores que tienen tratamiento médico continuo, consume bebidas alcohólicas de manera regular.

- **Riesgos de quemaduras:**

- ▶ Sólo 1.45% de los hogares en donde residen menores de 10 años o PAM, cuentan con detectores de humo o alarma contra incendios. Mientras que la alarma contra incendio es un factor protector que se podría impulsar particularmente para aquellas viviendas construidas con materiales que presentan mayor riesgo de incendiarse, los detectores de humo podrían funcionar también en aquellas viviendas donde cocinan con leña o mantienen la temperatura dentro del hogar a partir de la combustión de diversos materiales, esto con el objetivo de prevenir intoxicaciones por dióxido de carbono.

- ▶ Del total de hogares en donde residen menores de 10 años o PAM, menos de 1% cocina en anafre o con leña (0.94%). De ellos, 24.24% no cuenta con estructura, malla o reja que evite el contacto con la flama y 6.45% fue reportado como mal ventilado. De los hogares que cocinan con gas, las perillas de la estufa cuentan con seguro que evita ser manipulada por menores en 80.99% de los casos.

- ▶ 9.55% de los hogares en donde residen menores de 10 años o PAM tienen veladoras encendidas de forma permanente.

- ▶ La cocina no está separada del resto de las habitaciones en 8.81% de los hogares donde viven menores de 5 años.

- ▶ 16.90% de los hogares en donde viven menores de 5 años, el lugar donde cocina está a una altura menor a 80cm y en 2.09% se encuentra a nivel del suelo.

- ▶ 18.98% de los hogares en donde viven menores de 5 años, calienta el agua de baño en estufa; 23.09% usan electricidad y 1.64% emplean fuego proveniente de anafre o leña.

- **Otros riesgos:**

- ▶ De los hogares en donde vivían menores de 5 años, 64.48% tenían los enchufes eléctricos a una altura menor a 120cm. De estos últimos, sólo en 33.22% de las casas, los enchufes tenían protecciones para menores.

- ▶ En 7.50% de los hogares se observó cables de energía conectados que se encontraban pelados o en mal estado o extensiones conectadas de forma permanente.

- ▶ En 6 hogares (0.24%) se reportó que nadie está a cargo del cuidado de las y los menores de 10 años. No tiene ninguna escolaridad el 2% de las y los cuidadores de menores de 10 años y 16.21% tiene estudios de primaria. 8.69% cuida a 3 o más menores.

- ▶ No sabe el número de emergencias el 29.20% de las personas que cuidan a menores de 10 años.

- ▶ 49.59% de los hogares donde residen personas adultas mayores o menores de 10 años cuenta con botiquín de primeros auxilios, mientras que sólo 4.06% tienen extintores disponibles.

Hasta antes de estos esfuerzos, poca evidencia existía en el país que documentara la exposición a estos factores de riesgo y protectores. Los análisis específicos a nivel municipal enriquecerán y orientarán el trabajo de prevención de accidentes que los

responsables del programa impulsan a nivel comunitario.

2.6 Programa Nacional de Capacitación

En el tema del fortalecimiento de la capacidad de los profesionales de prevención de lesiones accidentales se realizaron tres acciones distintas:

2.6.1. Curso Virtual sobre Principios para la Prevención de Lesiones Accidentales

Con el fin de capacitar a diferentes profesionales de las distintas entidades federativas para la implementación del MIPrA, se solicitó a los responsables estatales del Programa en los Estados que nos enviaran un listado de las personas que estuvieran interesadas en inscribirse a este curso virtual.

Idealmente este personal debería estar vinculado directa o indirectamente en la implementación de este Programa de Acción Específico (PAE), pudiendo ser personal del COEPRA o del área de prevención de accidentes del Estado, promotores de la salud, personal del programa de atención a la salud de la infancia y adolescencia o del programa de atención del envejecimiento, entre otros. Se recibieron un total de 271 candidatos de 24 entidades federativas. Para capacitarlos, se organizaron dos cursos, el primero inició el 11 de octubre y concluyó el 4 de noviembre y se invitó a 100 profesionales; el segundo inició el 25 de noviembre y concluyó el 16 de diciembre invitando a un total de 171 profesionales.

De las personas invitadas, 48% era del sexo masculino y 52% del femenino. Con respecto a su perfil laboral, la mayoría eran médicas(os) (34%), personal de enfermería (13%), técnicos en atención médica prehospitalaria (7%), promotores de salud (6%) o psicólogos (6%) y el resto tenían otra formación o no la especificaron. Cerca de 50% tenían 3 o menos años en su actual encargo, 21% tenía de seis a 10 años y 11% tenía más de 10 años. Finalmente la gran mayoría está vinculada al programa de prevención de accidentes (45%), 14% al de promoción de la salud, 6% al Centro Regulatorio de Urgencias Médicas (CRUM) o algún servicio de atención médica prehospitalaria y casi 6% pertenecen a los programas de salud de la infancia, adolescencia o atención del envejecimiento.

Del total de personas invitadas, solo 103 se registraron. De ellas, 35 concluyeron el curso virtual en tiempo y forma pero solo 20 acreditaron el curso por lo que se generaron y enviaron las constancias respectivas (7% de las personas registradas). En el siguiente cuadro se presenta la relación por entidad federativa.

Cuadro 6. Relación de profesionales que fueron invitados, registrados y que acreditaron el curso

Entidades participantes	# personas invitadas	# personas registradas	# personas que finalizaron el curso	# personas que acreditaron el curso
Aguascalientes	15	2	0	0
Baja California	11	7	1	1
Chihuahua	15	3	2	0
Ciudad de México	12	7	6	3
Coahuila	11	4	3	0
Colima	10	3	1	1
Guanajuato	10	4	1	0
Hidalgo	10	4	2	1
Jalisco	10	4	0	0
Estado de México	14	8	4	2
Michoacán	10	7	2	2
Morelos	10	6	1	1
Nayarit	22	6	3	3
Nuevo León	10	2	1	1
Oaxaca	10	6	3	3
Quintana Roo	10	3	3	0
Sinaloa	10	3	0	0
Sonora	10	1	0	0
Tabasco	10	1	1	1
Tamaulipas	10	0	0	0
Tlaxcala	10	5	0	0
Veracruz	10	7	0	0
Yucatán	10	3	0	0
Zacatecas	11	7	1	1
Total	271	103	35	20

Como parte de los esfuerzos para retroalimentar el curso virtual, al término de cada lección se le solicitó a los participantes que mediante una escala de Likert calificaran la lección como a) excelente, b) muy buena, c) buena, d) mala, y e) muy mala.

Los resultados se presentan para cada curso por separado en los Cuadros 7 y 8. Como se puede apreciar, la mayor parte de los participantes evaluaron positivamente el curso.

Cuadro 7. Evaluación del curso 1, desde la perspectiva de los participantes.

Calificación	Lecciones									
	1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a	9a	10a
Excelente	13	14	11	11	10	11	10	11	11	11
Muy Buena	7	7	7	4	6	4	4	4	4	4
Buena	3	3	3	4	3	4	3	4	4	3
Mala	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Muy Mala	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	23	24	21	19	19	19	17	19	19	18

Cuadro 8. Evaluación del curso 2, desde la perspectiva de los participantes

Calificación	Lecciones									
	1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a	9a	10a
Muy buena	23	18	12	8	14	13	9	10	4	9
Buena	6	9	5	10	4	5	6	6	9	6
Regular	0	0	2	0	0	0	1	1	0	0
Mala	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Muy mala	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	29	27	19	18	18	18	16	17	13	15

Para evaluar en qué medida el curso virtual contribuía para incrementar el conocimiento de los participantes, en el primer curso se realizó una evaluación antes y otra al término del mismo. Ambas evaluaciones incluyeron 10 preguntas relacionadas al contenido del curso. El promedio obtenido en la evaluación inicial por las personas que lo concluyeron fue 7.17, mientras que el promedio en la evaluación final fue 8.15. Por su parte, el segundo curso se evaluó mediante 20 preguntas, también antes y después del curso virtual. El promedio obtenido por los participantes que lo concluyeron (n=17), en la evaluación inicial fue de 6.68 en una escala de 0 a 10; mientras que en la evaluación final obtuvieron un promedio de 8.53.

Derivado de estos dos primeros ejercicios y de la retroalimentación recibida por los participantes y los miembros del Comité de Evaluación del Campus Virtual de Salud Pública de México, se realizaron ajustes al curso virtual y a sus contenidos en la plataforma a fin de mejorar su calidad, para continuar impartiendo durante 2017. En este sentido, se tiene previsto organizar cinco cursos más este año. En un futuro cercano, este curso podría inscribirse además al Servicio Profesional de Carrera a fin de llegar a profesionales adscritos a otras áreas de la Secretaría de Salud o vinculados a otros sectores.

2.6.2. Desarrollo de curso virtual de prevención de accidentes para población abierta

Con el objetivo de iniciar el establecimiento de una cultura de prevención de accidentes en la población mexicana a través del empleo de material educativo relacionado; y aprovechando

las tecnologías de información y comunicaciones el STCONAPRA, en trabajo conjunto con la Fundación Carlos Slim, está desarrollando una capacitación virtual para la población general. Estos trabajos, iniciados a partir de septiembre 2016, buscan avanzar en la implementación de las estrategias presentadas en el MIPrA, con el apoyo de la sociedad civil.

El “Curso virtual sobre prevención de lesiones accidentales para población mexicana”, es un proyecto de mejora institucional que fue registrado durante 2016 ante la Secretaría de la Función Pública que buscará instaurarse a partir de 2017 para beneficio del país.

2.6.3. Sensibilización dirigida a grupos prioritarios

Las dos acciones previas constituyen una opción eficiente para llegar al mayor número de personas al menor costo posible. En un esfuerzo por focalizar esfuerzos dirigidos a grupos considerados como prioritarios, se impulsaron distintas acciones de sensibilización a través de los responsables estatales de prevención de accidentes de 9 entidades federativas.

Por un lado, se impulsó la estrategia educativa llamada “Museo Camión Itinerante”, en coordinación estrecha entre la Fundación Michou y Mau I.A.P. y los responsables del programa en cuatro entidades federativas (Aguascalientes, Jalisco, Nuevo León y Sonora). Si bien se pretendía llegar como meta a cuatro municipios sensibilizando al menos a 400 niños y niñas, con el liderazgo local y la suma de voluntades se logró llegar

a 11 municipios, sensibilizando a más de 8,955 niños y niñas, lo que supera en gran medida las metas iniciales y pone de manifiesto la gestión y los esfuerzos realizados por los responsables en dichas entidades federativas. Esto sin contar las acciones que la Fundación Michou y Mau I.A.P. impulsó por su cuenta y con sus recursos propios (para más detalle, ver Sección VII). Paralelamente, la responsable del programa en Chihuahua promovió distintos esfuerzos dirigidos a prevenir lesiones accidentales en población infantil, mismos que se presentan en la Sección IV.

Por otro lado, se sensibilizó a 449 personas adultas mayores a través de pláticas y talleres en Aguascalientes, Coahuila y Ciudad de México. Para beneficio de este grupo poblacional, el responsable en Puebla realizó, con recursos del Estado, un curso de educación geriátrica para servicios de emergencia, el cual se llevó a cabo los días 24 y 25 de noviembre de 2016, en el que se capacitó a 17 personas adultas mayores.

Finalmente el responsable del programa en Zacatecas organizó también una plática de sensibilización sobre la prevención de accidentes en el hogar, sensibilizando a un total de 10 personas.

2.7 Comunicación Social

Con el objetivo de impulsar una campaña de comunicación social que busque informar sobre los principales riesgos que lesionan a la población infantil, adolescente y adulta mayor, se asignaron recursos financieros al estado de Jalisco para trabajar en su diseño. Esta actividad se realizó en coordinación estrecha entre las autoridades del Consejo Estatal de Prevención de Accidentes en Jalisco y

personal del STCONAPRA.

Por su cuenta, algunas entidades implementaron acciones con recursos propios, por ejemplo, Hidalgo impulsó una campaña de prevención de accidentes en semana santa, verano y fiestas patrias. Por su parte, Morelos difundió, haciendo uso de los recursos propios de la entidad, distintas campañas en redes sociales y en su página web, para la prevención de ahogamientos, caídas, envenenamientos e intoxicaciones y quemaduras.

La Ciudad de México, empleando recursos propios y con el apoyo de la Fundación Michou y Mau I.A.P., participó en el lanzamiento de la campaña de prevención “No te quemes”, el 6 de septiembre de 2016. Para fortalecer estas acciones, se envió una nota de prensa y se difundió un audio alusivo. Finalmente Veracruz (recurso propio): Campaña “No te quemes”, se presentó en seis municipios en el periodo de febrero a junio, sensibilizando a 4,505 niñas y niños. Se reportó la difusión de nueve spots de radio para la prevención de ahogamientos, correspondientes a los años 2014, 2015 y 2016, así como la difusión de tres videos para la prevención de los mismos.

El STCONAPRA también difundió distintos mensajes de prevención a través de las redes sociales. Se tuvo presencia en medios a través de los medios de comunicación. El 9 de agosto se atendió una entrevista en radio con Grupo ACIR, para abordar el tema de la prevención de accidentes en el marco del Día Internacional de la Juventud, celebrado el 12 de agosto de 2016. El 5 de diciembre se dio una entrevista a T.V. Azteca, en la que se abordó el tema de la prevención de “accidentes navideños”.

Por otro lado, derivado del acuerdo sostenido entre el Consejo Nacional de Protección Contra Incendio y el STCONAPRA, se preparó una contribución para la Revista Contra Incendio en el boletín de noviembre-diciembre 2016, enfatizando la necesidad de ver a las quemaduras como un importante problema de salud pública en México y difundiendo el MIPrA. La aportación está disponible para su consulta en el siguiente enlace de internet: https://issuu.com/revistacontraincendiomexico/docs/pdf_web_ci_nov_dic16.

Finalmente se trabajó en coordinación con Comunicación Social de la Secretaría de Salud para elaborar un boletín en diciembre 2016, que buscaba informar a la población sobre los principales factores de riesgo de lesiones accidentales durante la época invernal. El boletín está disponible para su consulta en el siguiente enlace: <http://www.gob.mx/salud/prensa/100-por-ciento-de-los-accidentes-que-ocurren-en-el-hogar-se-pueden-prevenir?idiom=es>.

2.8 Primera Respuesta

Con el fin de fortalecer la capacidad de los profesionales en los estados para dar una respuesta de calidad frente a emergencias médicas específicas, el STCONAPRA otorgó recursos financieros para apoyar la realización de cinco cursos de atención especializada del paciente quemado y seis cursos sobre rescate acuático. Adicionalmente, entidades federativas como Baja California, Puebla, Quintana Roo y Veracruz destinaron recursos propios para impulsar distintos cursos de capacitación. A continuación se presenta esta información por tipo de causa externa:

2.8.1. Cursos sobre atención especializada del paciente quemado

Se cuenta con evidencia de la realización de 7 cursos de atención especializada del paciente quemado, en los que se entrenó a 316 profesionales de la salud. Aquí se incluye un curso realizado en Puebla en el que se capacitó a 30 asistentes y otro más realizado en Quintana Roo con 45 asistentes, que fueron realizados con recurso propio. Es importante señalar, sin embargo, que estos datos no incluyen las acciones que otras instituciones realizan en este tema, como por ejemplo la capacitación que brindó la Fundación Michou y Mau I.A.P., que es presentada en la Sección VII.

Para 2017 se financiará la realización de al menos 10 cursos de este tipo en distintas entidades federativas del país. Se buscará que en cada curso al menos 30 profesionales se vean beneficiados.

2.8.2. Cursos sobre rescate acuático

Se tiene evidencia de la realización de un total de 7 cursos de rescate acuático en el país, capacitando a un total de 300 guardavidas. Dos cursos se realizaron en Jalisco, dos más en Nayarit, dos en Quintana Roo y uno más en Veracruz, con el apoyo de Protección Civil de su Estado. Este último, financiado con recursos estatales.

Para 2017 se financiarán al menos 5 cursos que buscarían beneficiar a 30 profesionales cada uno.

2.8.3. Cursos sobre atención especializada del paciente envenenado o intoxicado

Bajo el liderazgo del responsable del programa en Puebla, y con recursos institucionales propios, se realizó un curso de toxicología médica para atención médica prehospitalaria el 29 de agosto de 2016. En este curso se capacitó a 29 profesionales de la salud.

Para 2017 se financiarán, con recursos federales, al menos 3 cursos de atención especializada de los envenenamientos e intoxicaciones. Con ello, se busca contribuir al fortalecimiento de la capacidad de los profesionales de la salud para enfrentar, con calidad, los retos que supone la atención médica de las personas intoxicadas o envenenadas.

2.8.4. Otros cursos sobre atención especializada del paciente lesionado

En Baja California, se impartieron 26 cursos de prevención de accidentes, abordando los siguientes temas: primeros auxilios en ahogamientos, asfixias, caídas, envenenamientos e intoxicaciones y quemaduras, capacitando a un total de 526 personas.

Además, el estado de Puebla impulsó con recursos propios distintos cursos de capacitación en atención médica de emergencias con recursos del SUMA (Sistema de Urgencias Médicas Avanzadas):

1. Cursos de reanimación cardiopulmonar Básica” Adulto, niño, bebé y uso de DEA, realizados del 15 al 18 de agosto de 2016, capacitando 79 personas.

2. Cursos de primeros auxilios para niños, realizados los días 28 de julio y 04 de agosto de 2016, capacitando a 67 niñas y niños.

3. Curso de ultrasonografía para urgencias y terapia intensiva, realizado el día 07 de septiembre de 2016, capacitando a 24 personas.

4. Curso ATLS “Advanced Trauma Life Support”, realizado en diciembre de 2016, capacitando a 16 personas.

Para 2017 se tiene previsto que algunas entidades organicen cursos combinados sobre atención médica de pacientes lesionados abarcando dos o más temas a la vez (Jalisco, San Luis Potosí y Sonora).

III. Prevención de ahogamientos: el Modelo Veracruz

El Estado de Veracruz cuenta con un total de 745 km de costa, tiene además 12 importantes cuencas hidrológicas y es cruzado por 240 ríos (12 considerados de respuesta rápida). Aproximadamente el 30 por ciento del agua superficial del país escurre por él. En total, 29 municipios son costeros y en ellos residen cerca de 2.2 millones de habitantes. Además, Veracruz es uno de los principales destinos de turismo nacional por sus alegres festividades y cercanía geográfica con el centro de la República.

Estas nobles características no resultan tan favorables en ciertas condiciones, sobre todo cuando cada año sufre los embates en promedio por cuatro eventos hidrometeorológicos con afectaciones a la infraestructura (vivienda, carreteras, redes de agua, escuelas, unidades de salud, etc.), al área agropecuaria y a la integridad física de la misma población, entre otros.

Dentro de los daños a la salud que se presentan, se encuentran las lesiones accidentales (muy particularmente los ahogamientos), que hacen que el Estado de Veracruz tenga una tasa de mortalidad por arriba de la media nacional, lo que ha motivado una respuesta intersectorial e interinstitucional para su efectiva prevención.

Esta contribución, redactada por el Secretariado Técnico del Consejo Estatal para la Prevención de los Accidentes de Veracruz, muestra de manera sintética la intervención denominada Modelo Veracruz (MV), como parte de los esfuerzos de Veracruz por sumarse al trabajo encabezado por el STCONAPRA, para evitar ahogamientos accidentales.

De esta forma, en un primer momento de manera sucinta se caracterizarán las defunciones por ahogamientos registradas en el Estado de Veracruz, para posteriormente describir con cierto detalle los componentes del MV.

3.1 Características epidemiológicas de las defunciones por ahogamientos

De acuerdo a datos proporcionados por el Observatorio Estatal de Lesiones y basados en información de la DGIS, de INEGI y de la Secretaría de Protección Civil del Estado de Veracruz, entre las principales características de las defunciones por ahogamientos por sumersión se encuentran:

- 1) Se registran aproximadamente 200 muertes en promedio al año.

2) Se identifican tres picos epidémicos: i) Vacaciones de Semana Santa; ii) Vacaciones de Verano y, iii) Periodo de lluvias, observando una tendencia de disminución en los dos primeros, mientras un incremento en lluvias en el periodo 2006-2016.

3) El 81% de las personas que fallecen son residentes del Estado de Veracruz y el 19% son foráneos; cuatro quintas partes de estos últimos son visitantes de tres entidades federativas: Estado de México, Puebla y Ciudad de México.

4) Mayoritariamente son varones (85.2%) y una cuarta parte (24.5%) son adolescentes.

5) En el caso de las mujeres una proporción similar, dos terceras partes, tenía una edad entre los 4 y 29 años al morir. El porcentaje de adolescentes resulta mayor que el de los hombres (33.1%).

6) En cuanto al sitio del ahogamiento, en el periodo 2006 – 2016 se encuentra una reducción en aguas naturales como playas, ríos y lagunas (57.7 a 34.4 por ciento), mientras que un ascenso en la categoría “otros lugares” (41.5 a 65.5 por ciento); la cantidad de decesos por esta causa registrados en piscina no son significativos (0.5 por ciento).

3.2 Componentes del Modelo Veracruz (MV)

Desde su diseño en el año 2009 el MV tiene cuatro componentes, que a continuación se describen:

3.2.1 Coordinación intersectorial e interinstitucional

Atendiendo el principio básico de la Salud Pública de corresponsabilizar a todas aquellas instancias de los sectores público, privado y social que de alguna u otra forma tienen que ver con la prevención de los ahogamientos por sumersión, se realizan reuniones regionales para informar y sensibilizar, determinar responsabilidades y suscribir acuerdos. Entre las instancias que participan, por sector, están:

1) Sector Público: Secretaría de Protección Civil (SPC, dependencia que comanda); Secretaría de Turismo y Cultura; Agrupamiento Marino de la Secretaría de Seguridad Pública; Capitanía Regional del Puerto de Veracruz, dependiente del Centro de la Secretaría de Comunicaciones y Transporte en Veracruz; Coordinación Estatal de la Policía Federal; Municipios con mayor incidencia de ahogamientos; y Secretaria de Salud y Servicios de Salud de Veracruz, a través del Secretariado Técnico del Consejo Estatal para la Prevención de los Accidentes de Veracruz.

2) Sector Privado: Asociación de Hoteles y Moteles del Estado Veracruz; Cámara Nacional de la Industria de Restaurantes y Alimentos Condimentados CANIRAC Capítulo Veracruz; y los principales medios de comunicación (Televisa Veracruz, Azteca Veracruz, XEU, Mega Cable, Oliva Radio, etc.).

3) Sector Social: Delegación de la Cruz Roja Mexicana en el Estado de Veracruz; Cruz Ámbar, A.C.; y Bomberos Conurbados de Veracruz – Boca del Río, A.C.

Estas reuniones son de carácter regional y tienen como sede las ciudades de Tuxpan, Nautla, Veracruz/Boca del Río y Coatzacoalcos. Son presididas por el o la Titular de la SPC o funcionario de más alto rango, participando los Alcaldes y funcionarios de los municipios costeros que conforman la región, representantes de las dependencias estatales y federales, así como de los sectores privado y social.

La agenda de trabajo se centra en las siguientes actividades:

i) Bienvenida por parte del Alcalde anfitrión; ii) Encuadre de la reunión (Funcionario estatal o regional de la SPC); iii) Magnitud y trascendencia de los ahogamientos por sumersión en la región, enfatizando los factores de riesgo y las medidas preventivas (Secretariado Técnico del Consejo Estatal para la Prevención de los Accidentes de Veracruz); iv) Plan de acción (SPC); v) Preguntas; vi) Suscripción de acuerdos; y, vii) Cierre de la reunión (Titular de la SPC).

3.2.2 Informar y sensibilizar a la población vulnerable

Este componente se instrumenta a través de las siguientes acciones:

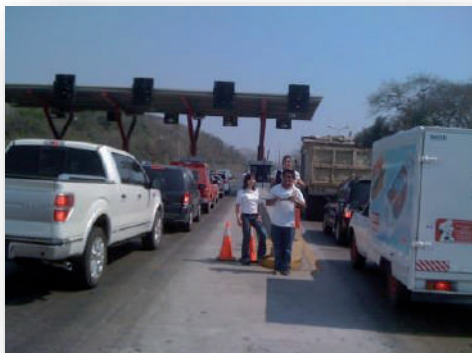
1) Campaña de comunicación social: spots radiofónicos, promocionales en televisión, redes sociales y carrusel de entrevistas. Por ejemplo, en el año 2016 se tuvo la posibilidad de producir 3 promocionales de televisión con la participación del atleta olímpico mexicano Crisanto Grajales (triatlonista veracruzano posicionado como el mejor a nivel continental), así como otros 3 spots de radio; todos estos fueron difundidos en la radio y televisoras locales, así como en redes sociales. Cabe señalar que este material se compartió para su difusión con los STCOEPRAs y las autoridades de Protección Civil de los estados de Puebla, México, CDMX, Hidalgo y Tlaxcala, en virtud de que aproximadamente la mitad de las defunciones por esta causa en los periodos vacacionales, son residentes de estas entidades.

Figura 1. Ejemplos de material de refuerzo distribuido en Veracruz durante 2016



Fuente: información proporcionada por el Secretariado Técnico del Consejo Estatal para la Prevención de los Accidentes de Veracruz

3) Información básica en playas a través de lonas y letreros: dentro de los mensajes que se transmiten en este componente están: a) No nadar o meterse al mar en o cerca de las escolleras; b) No practicar clavados en cuerpos de agua natural (playas, ríos, lagos, nacimientos de agua, etc.), si no se conoce la profundidad; c) No introducirse al agua después de comer o si se han ingerido bebidas alcohólicas; d) Obedecer estrictamente las indicaciones de las autoridades y de los avisos preventivos (bandera roja, por ejemplo).



Fotografías: proporcionadas por el STCOEPR Veracruz

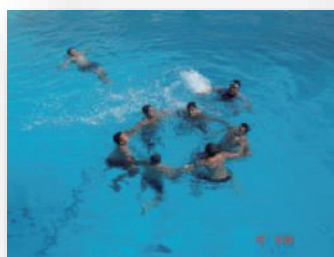
3.2.3 Formación de guardavidas

El rescate en mar abierto, ríos, pozas, lagunas y lagos es una actividad muy compleja y de muy alto riesgo, que no cualquier persona puede hacer. Bajo este precepto, instructores expertos de la SPC y certificados en Galveston,

Texas, forman guardavidas a través de un entrenamiento intensivo con una duración de cinco días.

Intencionalmente, se forman guardavidas en aquellos municipios con mayor incidencia de ahogamientos o con altos niveles de visitantes.

2) Campaña “cara a cara”: difusión individual de mensajes básicos con entrega de material de refuerzo (visera para el sol, disco/frisbee, abanicos, bolsa para basura e imanes para refrigerados, entre otros), en puntos estratégicos como casetas de peaje, gasolineras, balnearios, playas, hoteles, restaurantes, etc. Algunos ejemplos se presentan en la Figura 1.



Fotografías: proporcionadas por la Dirección General de Capacitación y Adiestramiento de la SPC.

Durante 2016, se capacitaron 60 personas de municipios costeros del Estado. Además, se apoyó a los estados de Quintana Roo y Yucatán en la capacitación en rescate acuático

de 39 personas; en 2017 la SPC tiene proyectado apoyar a los estados de Tamaulipas, Quintana Roo, Yucatán y Tabasco.

3.2.4 Monitoreo de las defunciones y rescates realizados

Con el propósito de evaluar los efectos y el impacto del MV, se diseñó un sistema de registro en base a una plataforma en línea programado en PHP, mismo que es alimentado con datos provenientes de medios de comunicación, de las Direcciones Municipales de Protección Civil, de las Coordinaciones Regionales de Protección Civil, del Centro Estatal de Comunicación de la SPC (CECOM), y de los Líderes del Programa de Prevención de Accidentes de las once Jurisdicciones Sanitarias.

Particularmente las defunciones registradas en el periodo de vacaciones de Semana Santa son analizadas de manera colegiada por personal de la SPC, la Policía Federal y el Secretariado Técnico del Consejo Estatal para la Prevención de los Accidentes de Veracruz, para discriminar aquellas que no son derivadas de las actividades vacacionales (ej. individuo en estado de ebriedad que se ahogó en un charco de agua en una localidad serrana), y tener elementos objetivos para evaluar las acciones del MV.

Solo por citar los efectos del MV en el año 2016, con cifras preliminares hasta el mes de noviembre se llevaban registradas 144 defunciones contra 200 del 2015, y tan sólo en el periodo vacacional de Semana Santa se contabilizaron 100 rescates de personas en inminente situación de ahogamiento.

3.3 Perspectivas futuras

Dada la efectividad y el impacto que ha mostrado el MV, se plantea continuarlo en el Estado, extendiéndolo a otras áreas de aguas naturales donde el Observatorio Estatal de Lesiones ha detectado el problema de los ahogamientos, como son ríos, pozas y lagunas, entre otras. Adicionalmente, se continuará concertando con otras entidades federativas la difusión de mensajes para la prevención de este tipo de lesión accidental, así como la formación de guarda vidas.

IV. ESFUERZOS DE CHIHUAHUA PARA LA PREVENCIÓN DE LESIONES ACCIDENTALES EN POBLACIÓN INFANTIL

El estado de Chihuahua es un Estado prioritario en el tema de prevención y control de lesiones accidentales; los accidentes en el hogar constituyen una de las principales causas de muerte en menores de 10 años y de 60 y más años, poblaciones altamente vulnerables. Las lesiones accidentales por asfixias y caídas se presentan durante todo el año, mientras que las quemaduras se intensifican en periodos vacacionales en donde el 87.5% de estas lesiones son por exposición a fuego. Las quemaduras generalmente son muy severas con un alto porcentaje de superficie corporal quemada y con un mal pronóstico para la sobrevivencia; el 52.5% de las defunciones por esta causa tienen ocurrencia en el hogar. De acuerdo a los reportes proporcionados por el Centro Regulador de Urgencias Médicas sobre la ocurrencia de estos accidentes en el hogar, prácticamente todos hubieran podido ser prevenidos.

Por ello, las lesiones por causa externa en grupos vulnerables son un problema de salud pública importante en la entidad. Hoy en día es aceptado que existen factores externos vinculados a nuestra actividad diaria estableciendo las relaciones entre las condiciones de vida, determinadas conductas y la exposición a distintos factores de riesgo. Los modelos educativos en salud sitúan a la conducta como coadyuvante en la solución de los problemas de salud, para lo cual primeramente se debe aceptar la información proporcionada

y la modificación de conocimientos y actitudes.

Con el objetivo de fortalecer los conocimientos en las edades en las cuales los menores de edad todavía no tienen la facultad de discernir en la información proporcionada, desde el enfoque preventivo y de promoción de la salud con enfoque de riesgo, se impulsó una estrategia en el 27% de los municipios de Chihuahua. Así se trabajó con un universo de 17 municipios de la entidad focalizando acciones en la población menor de 10 años. Se desarrollaron siete estrategias, tomando en consideración su factibilidad económica y legal durante 2016, con la intención de continuarlas y fortalecerlas en 2017. A continuación se presentan con detalle las estrategias impulsadas en el Estado.

4.1 Fortalecimiento de la participación intersectorial, dentro de la mesa del Consejo Estatal de Prevención de Accidentes

Se integró la participación de los responsables del programa de atención a la salud del niño, adolescencia y adulto mayor, en las reuniones del grupo de prevención de accidentes con la finalidad de realizar sinergia en las actividades y homologación de criterios.



El proceso cognitivo es más alto a más corta edad. Lo anterior, esperamos tenga un impacto directo en el ámbito socio familiar y en el cuidado personal de este grupo poblacional.

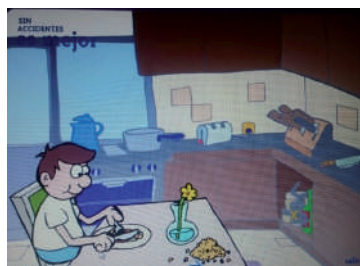


Fotos: proporcionadas por la Dra. Tania Verónica Rodríguez Ang.

4.2 Desarrollo de una intervención educativa de prevención de accidentes en el hogar y su implementación en el sistema educativo en el nivel preescolar y primaria

Se diseñó un CD interactivo con un personaje amigable (CUIDATRÓN, ver Figura 2) buscando que las y los niños se identificaran con él y que su contenido se alineara a los aprendizajes esperados de planes y programas de educación inicial en el tema de prevención de accidentes.

Figura 2. Capturas de pantalla de la intervención educativa diseñada en Chihuahua durante 2016.



Fuente: información proporcionada por el Consejo Estatal de Prevención de Accidentes en Chihuahua.



La intervención se desarrolla en salones de usos múltiples o de medios, en forma individual ante la computadora o mediante exposiciones grupales con la participación del personal magisterial, de técnicos en urgencias médicas o profesionales capacitadores. El área de psicología del centro de desarrollo infantil evalúa el aprendizaje en las diferentes áreas cognitivas posterior a

la interacción con el CD interactivo. En la primera etapa se entregaron 80 memorias distribuidas en las escuelas de preescolar del Sistema Estatal con una cobertura de 2,361 niños. Para 2017, se integrarán escuelas del Subsistema Educativo Federal y de la iniciativa privada.



Fotos: proporcionadas por la Dra. Tania Verónica Rodríguez Ang.

En coordinación con la Fiscalía General del Estado, se ha llevado a cabo la promoción del nuevo número único de emergencias 911, sensibilizando a 1680 pequeños de diferentes escuelas de nivel preescolar y primaria de la ciudad, apoyando con visitas guiadas al Centro de Control, Comando, Computo y Comunicaciones (C4) dándoles a conocer los beneficios de la activación de los servicios de emergencia, el uso adecuado de los mismos, el apoyo con el que se puede disponer y las consecuencias de una activación en falso, implantando en ellos

una semilla de responsabilidad para su uso. Durante esta visita guiada, también se les imparte una plática enfocada a los primeros auxilios y reanimación cardiopulmonar básica acorde a su nivel de conocimientos, se realiza una exhibición de unidades de emergencia donde se les permite a los menores abordar las unidades e interactuar con el personal haciendo uso del personal y el equipo a bordo, lo que permite un acercamiento con dichas personas y el entendimiento de la actividad que realizan, en particular servicio de atención prehospitalaria. Además, presencian un simulacro en el que intervienen todas las corporaciones.



Foto: proporcionada por la Dra. Tania Verónica Rodríguez Ang.

4.3 Inclusión de la temática de prevención de accidentes en grupos vulnerables dentro del programa de capacitación de primeros respondientes

Durante 2016, se llevó a cabo 17 cursos de capacitación como primeros respondientes a 232 trabajadores pertenecientes a 12 unidades geriátricas de larga estancia, haciendo uso de los recursos propios del Estado favoreciendo con esta actividad a la atención primaria de emergencia en los adultos mayores. De igual forma, se brindaron 8 pláticas de prevención de accidentes en el hogar, en los centros de trabajo que contratan personas adultas mayores, sensibilizando a un total de 435 adultos mayores, poniendo como ejemplo el caso de la Fiscalía General del Estado por parte del departamento de vialidad tránsito, donde se sensibilizaron un total de 58 auxiliares viales, con el fin de promover el autocuidado y evitar conductas de riesgo que puedan poner en peligro sus vidas.



Foto: proporcionada por la Dra. Tania Verónica Rodríguez Ang.

4.4 Integración de una ambulancia en las capacitaciones de prevención de accidentes en las escuelas con el fin de utilizarla como Museo Itinerante

Brindar información al interior de una ambulancia impacta en el nivel de responsabilidad social de las y los niños. Se logra un aprendizaje significativo sobre el número de emergencias y sobre la importancia de no hacer mal uso de él. Por este motivo, durante 2016 se gestionó y se recibió autorización para destinar una ambulancia, luego de su rehabilitación, para llevarla a las colonias como Museo Itinerante y apoyar los esfuerzos de sensibilización de este grupo poblacional. Consideramos que esta estrategia fortalecerá el trabajo de prevención de accidentes en Chihuahua, de forma sustentable.



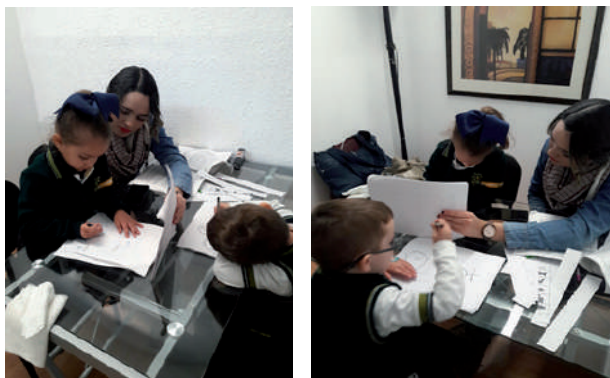
Fotos: proporcionadas por la Dra. Tania Verónica Rodríguez Ang.

4.5 Alianza con el Centro de Desarrollo Infantil con casas de cuidado diario

Para fortalecer el trabajo conjunto, se acordó que el área de psicología apoyará en la evaluación del aprendizaje en las diferentes áreas cognitivas posterior a la interacción con el CD interactivo. Se tiene proyectado que durante 2017 se realicen visitas a casas de cuidado diario por personal del centro de desarrollo infantil,

Fotos: proporcionadas por la Dra. Tania Verónica Rodríguez Ang.

licenciados en psicología y maestros en educación especial, proporcionando capacitación como multiplicadores y material de prevención de accidentes para su distribución.



4.6 Profesionalización de los técnicos en urgencias médicas en prevención y atención de accidentes en grupos vulnerables

Durante 2016, se realizaron tres capacitaciones a los técnicos en urgencias médicas. Dentro de las temáticas se incluyó el manejo de asfixias, caídas, intoxicaciones por gases asfixiantes y quemaduras. Dentro de ésta última, se

contó con la participación de la Fundación Michou y Mau I.A.P., personal del centro regulador de urgencias médicas, personal operativo, operadores y jefes de servicio de las ambulancias de las corporaciones de la entidad federativa.



Fotos: proporcionadas por la Dra. Tania Verónica Rodríguez Ang.

4.7 Implementación de una red digital de medios de comunicación para la difusión permanente de medidas preventivas de accidentes.

En colaboración con el Departamento de Comunicación Social de la Secretaría de Salud se instaló una campaña permanente en medios de comunicación y redes sociales para difundir medidas preventivas y con ello reducir el número de lesiones accidentales en el estado de Chihuahua, mismas que fueron dirigidas a los grupos vulnerables. Con financiamiento federal se realizaron pautas publicitarias para transmitir un spot en radio con una duración del 21 de septiembre al 20 de octubre del 2016. Además se publicaron videos de prevención de ahogamientos e intoxicaciones y de temporada invernal por las principales televisoras, debido a que estos medios tienen un amplio número de espectadores.

Del 10 de diciembre al 23 de enero, el Departamento de Comunicación Social elaboró 20 comunicados enviados a una base de datos de 300 medios de comunicación de orden estatal, entre los que destaca: “Primeros auxilios”, “Prevención de gas butano”, “Llama Secretaría de Salud a disminuir el consumo de excesivo de alcohol en esta temporada”. Los comunicados han tenido difusión estatal a través de diferentes medios de comunicación impresos, digitales, radio y televisión, cuyos temas se han acompañado de entrevistas realizadas al personal especializado de la institución.

A través de las redes sociales como Facebook, Twitter, Pinterest, Instagram, Flickr y Tmblr, la Secretaría de Salud colocó durante 2016 avisos preventivos para prevenir accidentes diarios y se pone especial énfasis durante los días festivos, temporadas vacacionales o cuando hay contingencias climáticas. Las láminas con datos e información (infografías) fueron replicadas en todas las redes de Gobierno del Estado de Chihuahua, por lo que el alcance fue mayor del esperado con más de 100 mil visitas.

Figura 3. Ejemplos de material de comunicación social difundido en Chihuahua durante 2016



Fuente: información proporcionada por el Consejo Estatal de Prevención de Accidentes en Chihuahua.

4.8 Línea Basal de identificación de factores de riesgo en el hogar

El estudio fue realizado en 525 hogares de la Entidad, en la cual en el 77% de los hogares habitaban menores de 10 años. Se registró la ocurrencia de lesiones accidentales en un 25% de los hogares donde residían menores de 10 años. Esto refleja la importancia de este estudio el cual permitirá contribuir a una información amplia y sólida que posibilite el diseño de líneas de acción que puedan desarrollarse y multiplicarse en diferentes espacios: centros de salud, centros comunitarios, centros de asistencia social y centros educativos con la firme convicción de tener una participación multidisciplinaria e intersectorial e interactuar con la comunidad de manera responsable y solidaria, a fin de disminuir los accidentes en el hogar en los grupos de edad vulnerables.

V. CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

A continuación se presentan, según grupo de edad, las acciones en materia de prevención de accidentes realizadas durante 2016 por el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA).

5.1 Prevención de accidentes en población infantil

En colaboración con el Área de Vinculación Operativa del Centro, se diseñó material de promoción relacionado con la prevención de accidentes en el hogar denominado: “Si el juego de tus hijos quieres disfrutar, su seguridad debes cuidar”, dirigido a población general, padres, madres y cuidadores, con enfoque y diseño atractivo para los menores de edad.

Figura 4. Material de promoción “Si el juego de tus hijos quieres disfrutar, su seguridad debes cuidar”

Si el juego de tus hijos quieres disfrutar, su seguridad debes cuidar

Quemaduras
 Los accidentes más frecuentes ocurren en el hogar, anticipáte a ellos. Fomenta la cultura de prevención.

Amargamento y asfixia
 Los accidentes más frecuentes ocurren en el hogar, anticipáte a ellos. Fomenta la cultura de prevención.

Caídas
 Los accidentes más frecuentes ocurren en el hogar, anticipáte a ellos. Fomenta la cultura de prevención.

Intoxicaciones
 Los accidentes más frecuentes ocurren en el hogar, anticipáte a ellos. Fomenta la cultura de prevención.

Los accidentes más frecuentes ocurren en el hogar, anticipáte a ellos. Fomenta la cultura de prevención.

En caso de que tu hija o hijo sufra algún accidente, acude inmediatamente a algún servicio médico, automedicar también puede lesionar.

www.gob.mx/salud

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.

SALUD Secretaría de Salud

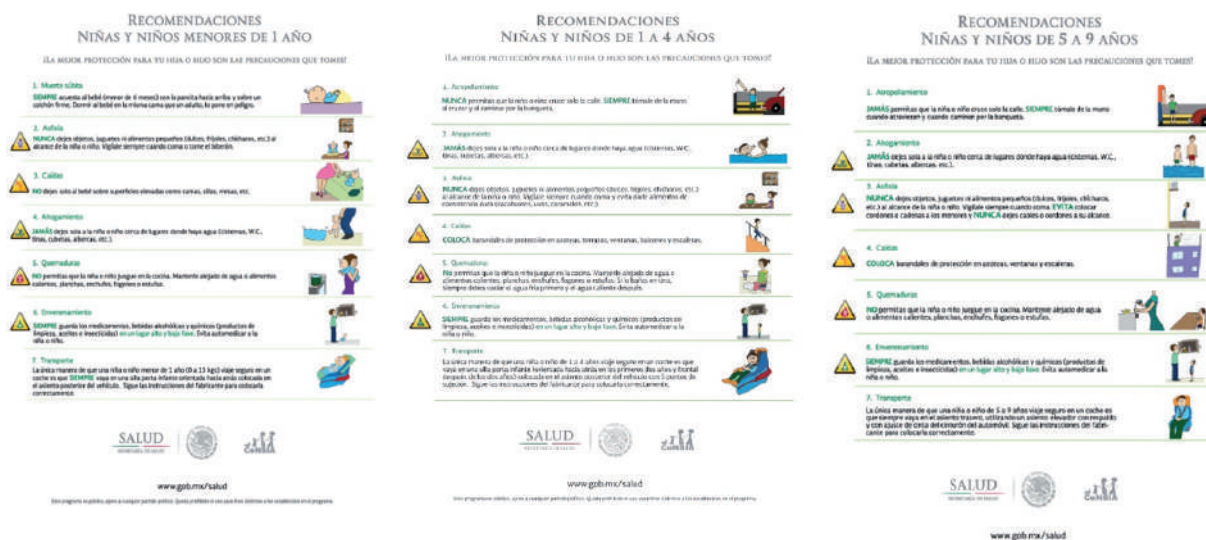
CeNSIA

Fuente: información proporcionada por el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

Como parte del Modelo de Atención Integrada, durante la consulta al menor de 10 años en el primer nivel de atención, se proporcionó a madres, padres y

cuidadores, la hoja de recomendaciones para prevenir accidentes en el hogar, de acuerdo a grupo de edad (Figura 5).

Figura 5. Material de promoción “Recomendaciones para prevenir Accidentes en el Hogar”



Fuente: información proporcionada por el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

5.2 Prevención de accidentes en adolescentes

En el marco del trabajo colegiado al interior del Grupo de Atención Integral para la Salud de la Adolescencia (GAIA), el cual coordina el CeNSIA y en el que participa el STCONAPRA desde hace siete años, se han establecido diferentes estrategias entre ambas instancias, entre las que destacan:

1) La implementación de acciones de prevención y promoción que favorecen la atención integral de personas lesionadas, a través del curso de Primeros Respondientes en la Atención Inmediata de Urgencias Médicas, dirigidos a los Grupos de Adolescentes Promotores

de la Salud (GAPS), con el propósito de lograr un aprendizaje teórico, pero predominantemente práctico. A través de estos cursos se ha fortalecido el trabajo conjunto a nivel federal y estatal entre los Programas de Atención a la Salud de la Adolescencia (o PASA) y los COEPRAs en Aguascalientes, Coahuila, Durango, Estado de México, Guanajuato, Morelos y Nuevo León, al generarse mecanismos y alianzas de coordinación.

En 2016, se realizaron 28 cursos, en los que participaron 652 adolescentes GAPS, quienes adquirieron conocimientos y habilidades indispensables para la toma de decisiones responsables en cuanto

a su salud personal, lo que contribuyó al desarrollo de la salud y seguridad de sus familias y comunidades. Para 2017, se

sentarán las bases para el diseño de un padrón de adolescentes capacitados a fin de generar información nominal por entidad federativa.



GAPS. Coahuila.



GAPS. Coahuila.

Fotos: proporcionadas por CeNSIA

2) Participación anual en la Semana Nacional de Salud de la Adolescencia, en la que se ratifica el apoyo del STCONAPRA y los COEPRAs en cuanto a orientación de entrevistas que realizan en medios de comunicación el tema de la prevención de accidentes en adolescentes

y distintas acciones de concientización y sensibilización a través de pláticas y distribución de material informativo.

SEMANA NACIONAL DE SALUD DE LA ADOLESCENCIA
Del 19 al 23 de septiembre de 2016.
Ser adolescente es bueno, pero adolescente y sano es mejor.
Las actividades de la semana están dirigidas a ti, adolescente de 10 a 19 años de edad.



En la Semana Nacional se fomenta la adopción de estilos de vida activa y saludable que prevengan daños a tu salud, no sólo los relacionados con tu persona, sino los que representan una influencia en el medio en el que te desarrollas.

¡Sé parte de ella!
Acude a tu Unidad de Salud.

SALUD  www.gob.mx/salud

Este programa público opera a nombre del fedatario. Sus actividades no pueden considerarse ni ser calificadas como un programa.

3) Integración de la Capacitación en la NOM-047-SSA2-2015, para la Atención de edad; específicamente, en el Módulo de Prevención de Accidentes Viales y a la Salud del Grupo Etario de 10 a 19 años Lesiones en Adolescentes, trabajo que quedará concluido para 2017.



GAPS. Durango.



GAPS. CDMX.

Fotos: proporcionadas por CeNSIA.

En estas actividades, estuvieron involucrados directamente los profesionales descritos en el Cuadro 9.

Cuadro 9. Personal de CeNSIA participante en la estrategia de prevención de accidentes en población infantil y adolescente.

Dr. Ignacio Federico Villaseñor Ruíz	Director del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (Periodo Diciembre 2012 - Agosto 2016)
Dra. Verónica Carrión Falcón	Directora del Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia
Mtra. Blanca Yolanda Casas de la Torre	Subdirectora de Componentes Estratégicos de la Adolescencia
Dr. José de Jesús Méndez de Lira	Subdirector Técnico de Salud de la Infancia
Lic. María Eugenia Mendieta Fraile	Jefa del Departamento de Atención Integrada a la Adolescencia
Dra. Iasmín Castañeda Pérez	Supervisor Médico
Mtra. Gabriela Dolores López Flores	Jefa de Trabajo Social en Área Médica B
Lic. Erik García Estrada	Profesional en Trabajo Social en Área Médica A

VI. RED TOXICOLÓGICA MEXICANA

La Red Toxicológica Mexicana (RETOMEX) nace formalmente el 17 de agosto de 2000 en el marco de la Segunda Reunión de Responsables de Centros de Información Toxicológica. Al momento, integra un total de 24 Centros de Información y Atención Toxicológica en el país; desde el Centro de Información y Asistencia Toxicológica ubicado en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI en el IMSS que fuera creado en 1966 hasta el más reciente en la ciudad de Puebla ubicado en el Hospital de Traumatología y Ortopedia Dr. y Gral. Rafael Moreno Valle, instalado en 2016.

Desde 2015 la RETOMEX ha participado en el Grupo de Trabajo para la Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables integrado por el STCONAPRA y que diseñó el MIPrA. Nuestra participación se ha enfocado en el desarrollo y seguimiento del Modelo Específico de Prevención de Envenenamientos e Intoxicaciones en Grupos Vulnerables. En el marco de la Reunión Nacional de Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables, donde se lanzó oficialmente el MIPrA en noviembre 2015, la RETOMEX organizó un panel en el que participaron representantes de cinco CIAT donde se abordaron los siguientes temas: “Los Centros de Información y Asistencia Toxicológica de México y la política de prevención de las intoxicaciones y envenenamientos”, “La gestión de la información como herramienta fundamental para la toma

de decisiones en materia de prevención de intoxicaciones”, “Epidemiología de las intoxicaciones, visualizado a través de un Centro de Información y Asistencia Toxicológica”, “Mejores prácticas clínicas: Normas Mexicanas, Guías de Práctica Clínica de la Secretaría de Salud y publicaciones mexicanas relacionadas con las intoxicaciones y envenenamientos”, e “Importancia de un Programa Nacional de Capacitación en Toxicología Clínica”.

En seguimiento a estos trabajos y gracias al apoyo financiero de la Oficina en México de la OPS, los días 16 y 17 de mayo 2016, nos reunimos representantes de cinco Centros de Información y Asistencia Toxicológica con personal del STCONAPRA para enriquecer el análisis epidemiológico de los envenenamientos e intoxicaciones, así como el material que se está trabajando para su difusión (infografía y folleto informativo sobre prevención de Envenenamientos e Intoxicaciones en Grupos vulnerables).

Además, se le compartió al STCONAPRA la hoja de registro estandarizada de caso/incidente en intoxicaciones aprobada por los miembros de la RETOMEX en Febrero de 2015 y se acordó con ellos y con la Oficina en México de la OPS impulsar conjuntamente el desarrollo del Sistema de Información Estadística de los Envenenamientos e Intoxicaciones

en México. Esto, sin lugar a dudas, fortalecerá el conocimiento del tema a nivel nacional y apoyará el trabajo que realizamos en el día a día en los distintos Centros de Información y Asistencia Toxicológica del país.

De igual forma se les compartió el catálogo de plantas tóxicas en formato electrónico para incorporarlo al Proyecto de Norma Oficial Mexicana “PROY-NOM-009-SEGOB-2015, Medidas de previsión, prevención y mitigación de riesgos en centros de atención infantil en la modalidad pública, privada y mixta” y demás trabajo que realiza el STCONAPRA.

También se trabajó con el STCONAPRA en la definición de los elementos mínimos indispensables que deberían contener los Botiquines de Antídotos para diferentes niveles de atención médica. Se discutió con ellos la necesidad de adquirir antídotos que están ausentes de los cuadros básicos de las distintas instituciones del sector público y, derivado de esto, se logró obtener recurso para 2017 con el que se fortalecerán los Botiquines de Antídotos de los Centros de Información y Asistencia Toxicológica de Guadalajara, Jalisco.

A invitación de las autoridades del STCONAPRA, también participamos en la Consulta sobre Prioridades de Investigación para la Salud en México 2016, convocada por el Instituto Nacional de Salud Pública con recursos de la Fundación Gonzalo Río Arronte I.A.P. y la Fundación Mexicana para la Salud A.C. La reunión, realizada el 28 de noviembre de 2016, fue una excelente oportunidad para enfatizar la importancia de impulsar la investigación científica en distintos temas de prevención y atención

médica de los envenenamientos y las intoxicaciones en México.

Hemos compartido con el STCONAPRA diferentes cursos organizados por los diferentes Centros de Información y Asistencia Toxicológica buscando que los difundan entre el personal que trabaja en prevención y atención de los envenenamientos e intoxicaciones para mejorar la capacidad de los profesionales. En este sentido, también hemos estado en coordinación estrecha con ellos para atender las necesidades específicas de capacitación que surjan de los COEPRAs, lo que esperamos pueda cristalizarse para 2017 en beneficio directo del trabajo que realiza, por un lado la Secretaría de Salud y por el otro los distintos Centros de Información y Asistencia Toxicológica en materia de prevención y control de los envenenamientos y las intoxicaciones.

Finalmente la expectativa para 2017 es avanzar en los acuerdos que se han tenido entre la RETOMEX y el STCONAPRA para beneficio de la población más vulnerable. En este sentido, los responsables de los Centros de Información y Asistencia Toxicológica podrían impulsar, en coordinación con los responsables de COEPRAs, acciones dirigidas a la comunidad en mayor riesgo como ferias de la salud que puedan llegar a escuelas, hospitales y centros de trabajo, entre otros. Con todo esto, esperamos que también las autoridades del más alto nivel del sector salud en México, se sensibilicen y consideren a las intoxicaciones y los envenenamientos como un importante problema de salud pública por atender.

VII. LA PREVENCIÓN DE LAS QUEMADURAS EN MÉXICO: EL TRABAJO DE LA FUNDACIÓN MICHOU Y MAU I.A.P.



Fotos: proporcionadas por Fundación Michou y Mau I.A.P.

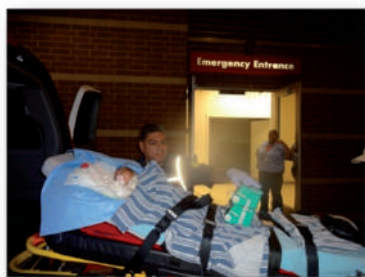
La Fundación Michou y Mau, I.A.P. es una organización no lucrativa destinada a la asistencia de la niñez y adolescencia mexicana con quemaduras. Su misión es implementar campañas para dar orientación y difusión sobre medidas de prevención en quemaduras; brindar atención médica especializada y oportuna para que las y los niños y jóvenes víctimas de quemaduras no mueran por no ser bien atendidos o continúen con sus tratamientos médicos hasta su rehabilitación física y emocional; capacitar y formar a profesionales de la salud en la atención médica especializada y gestionar el desarrollo de infraestructura hospitalaria para la adecuada atención de personas con quemaduras.

Nuestro modelo de atención se basa en cinco ejes estratégicos:

7.1 Traslados por emergencia

Asistencia inmediata en emergencias médicas de población infantil y adolescente con quemaduras, que abarca desde información de primeros auxilios y referencia interhospitalaria las 24 horas los 365 días del año, recibiendo 2,600 llamadas anuales; hasta la coordinación de traslados a centros especializados de Hospitales Shriners en los Estados Unidos, en donde se les brinda sin costo la atención más completa. En promedio se realizan 110 anuales, con un costo promedio de \$15,000 dólares cada uno; al 2017 se han realizado 1,851.

Tan solo durante 2016 se realizaron 104 traslados. Estos traslados se realizan en aviones ambulancia equipados y bajo la atención de médicos especialistas asociados, certificados por la American Burn Association y capacitados en los Hospitales Shriners.



Fotos: proporcionadas por Fundación Michou y Mau I.A.P.

7.2 Atención de secuelas

Se asiste a las y los pacientes para la continuidad de su tratamiento médico y para su rehabilitación después de una quemadura, la atención de secuelas involucra muchos años de cirugías,

rehabilitación física y terapia psicológica por lo que la Fundación también coordina y da seguimiento a citas, transportación, hospedaje y alimentos hasta la su recuperación total.



Fotos: proporcionadas por Fundación Michou y Mau I.A.P.

Esta asistencia se da en las clínicas que realiza la Fundación dos veces al año o en los hospitales especializados en Toluca, Monterrey, Guadalajara, Veracruz, San Luis Potosí, Ciudad de México y Chiapas; donde son atendidos para valorarlos y así poder determinar su apoyo; los cuales pueden ser cirugías en Estados Unidos o México, prendas de presuterapia, medicamentos, implantes y expansores. Tenemos más de 8,000 pacientes y hemos brindado más de 25,000 apoyos. De ellos, 4,837 apoyos fueron otorgados a 1,096 pacientes durante 2016.

7.3 Acciones de prevención de quemaduras

Si no queremos que las y los niños sufran por quemaduras, debemos enseñarles cómo evitarlas. Con este fin, se estableció la campaña nacional permanente de prevención "NO TE QUEMES", que enseña de forma didáctica y práctica a reconocer el peligro y evadir las quemaduras. La campaña se basa en material audiovisual, que lleva a ejercicios educativos, complementados con cuadernos de dibujo, juegos de mesa, vídeos, cápsulas y pósters informativos; además de difusión por

los principales medios de comunicación: televisión, radio, cine, prensa escrita y anuncios públicos.

Desde 2013 contamos con dos camiones museo itinerante que de forma lúdica enseñan a la población infantil a no quemarse, se encuentran permanentemente de gira por toda la República Mexicana; se han visitado los estados de Aguascalientes, Chiapas, Coahuila, Ciudad de México, Durango, Estado de México, Hidalgo, Jalisco, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Quintana Roo, Sonora, Tamaulipas, y Veracruz. En total, se han beneficiado más de 900,000 personas, visitando escuelas, parques y plazas públicas. Durante 2016 se visitaron un total de 52 municipios, 11 de

ellos como parte de la colaboración que se ha impulsado a partir de este año con el STCONAPRA a través de los COEPROA.

En las cinco ludotecas: una en la Granja las Américas y dos en hospitales públicos del Distrito Federal; una en el Estado de México y otra en el Museo Trompo Mágico del Estado de Jalisco; se han atendido y transmitido conocimiento a 37,643 niños, 6,212 de los cuales fue durante 2016.

Con las campañas en medios de comunicación a través de la radio, televisión, cine, medios impresos y digitales, hemos hecho de conocimiento a cerca de 1 millón de personas de todos los niveles socioeconómicos medidas básicas que ayuden a minimizar los riesgos de sufrir algún tipo de quemadura.



Fotos y material: proporcionados por Fundación Michou y Mau I.A.P.

7.4 Capacitación médica

Se ha establecido un programa para el impulso y desarrollo de servicios médicos locales, lo que nos ha permitido establecer los cimientos de una atención avanzada y dedicada a víctimas de quemaduras dentro de la República Mexicana. Los cursos locales coordinados por la Fundación Michou y Mau, I.A.P., se imparten por especialistas de Shriners Hospitals, American Burns Association, Internacional Burn Injuries Society y médicos asociados, dentro de

los principales auditorios de hospitales públicos, institucionales y privados.

Paralelamente estos cursos se han incluido dentro de la matrícula en diversas Facultades de Medicina y jornadas de capacitación médica. En total, se han formado y capacitado a 35,000 personas. Durante 2016 se capacitó a 489 personas en atención especializada del paciente quemado, incluyendo las personas capacitadas como parte de la colaboración iniciada con el STCONAPRA a partir de 2016.



Fotos: proporcionadas por Fundación Michou y Mau I.A.P.

7.5 Creación de Unidades de Quemados

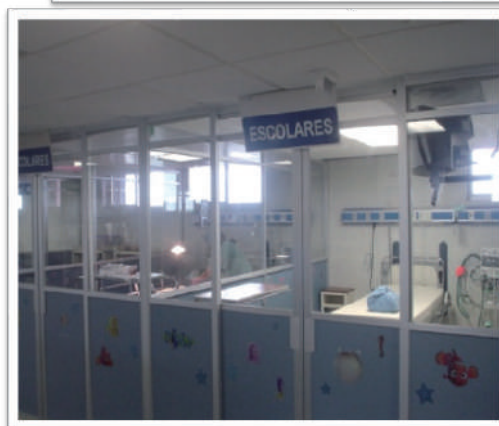
Se ha impulsado la creación de unidades médicas dedicadas para la atención de población infantil con quemaduras menores, intermedias y severas. También se ha apoyado la creación de unidades de terapia intensiva, integradas por cuartos aislados, centro de monitoreo, área de balneoterapia, quirófano independiente, en anexo a servicios generales de soporte dentro de hospitales públicos de tercer nivel, tales como: Hospital Nicolás San Juan (Toluca,

Estado de México), Hospital Regional de Veracruz (Veracruz, Veracruz), Hospital Universitario de Monterrey (Monterrey, Nuevo León), Hospital General de Chihuahua (Chihuahua, Chihuahua), Hospital General “Dr. Norberto Treviño Zapata” (Ciudad Victoria, Tamaulipas), Hospital Materno Infantil de Xochimilco (Xochimilco, Ciudad de México), Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango (Zumpango, Estado de México), Hospital General de Saltillo (Saltillo, Coahuila).

Fotos: proporcionadas por Fundación Michou y Mau I.A.P.



Para 2017 buscaremos continuar el trabajo que estamos realizando y coordinar esfuerzos con instituciones como el STCONAPRA a efecto de poder avanzar en la prevención de las quemaduras en México.



VIII. INFORME DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA CRUZ ROJA MEXICANA EN MATERIA DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN GRUPOS VULNERABLES

8.1 Antecedentes

En 1927 se funda el área de Juventud de Cruz Roja Mexicana la cual inicia la aplicación de programas, alineados a la Federación Internacional de las Sociedades de Cruz Roja y Media Luna Roja. Uno de los primeros programas que empieza a operar es el “Programa para la Protección de la Salud y la Vida” (PROSALVID), programa que sigue vigente y tiene como objetivo: Proteger la vida y procurar el bienestar físico y moral de las comunidades, grupos y personas vulnerables, especialmente las niñas, niños, jóvenes y madres solas, aumentando sus capacidades frente a las enfermedades, los accidentes, las adicciones y la violencia.

Este programa está integrado por nueve áreas de acción y una de ellas es la Seguridad para la Vida, de la cual se desprende el Programa Nacional para la Prevención de Accidentes para promover la percepción y reducción del riesgo e impulsar acciones de conciencia que eviten la incidencia de los eventos de causa externa que afectan el desarrollo de la vida y la productividad de las personas.

Este programa está enfocado para niñas y niños con herramientas que se han diseñado e implementado en los centros escolares, sociales, recreativos y deportivos, están encaminadas a fomentar en ellas y ellos, el interés en la prevención de accidentes, brindando el conocimiento a través de palabras simples, imágenes y técnicas didácticas innovadoras, lo que motiva su acción.



Foto: proporcionada por la Coordinación Nacional de Juventud de Cruz Roja Mexicana.

Asimismo, desde febrero de 2012, Cruz Roja Mexicana y Underwriters Laboratories (UL), líder global en seguridad, unieron esfuerzos con la finalidad de poner en manos de las y los juvenitos, una herramienta útil y divertida para llevar el mensaje de seguridad a las niñas y los niños de todo el país. Listo y Seguro, una iniciativa de The Walt Disney Company y UL, llega a México a través del trabajo y acciones

de 3,000 voluntarias y voluntarios de Cruz Roja Mexicana Juventud, que se han capacitado para ser Embajadores de Seguridad, y trabajan arduamente junto a Timón y Pumba de El Rey León, llevando mensajes de seguridad y prevención a las y los escolares de toda la República. Desde el inicio de su implementación, se ha logrado impactar a más de 60,000 infantes en todo el país, tan solo en el 2016, se impartió esta iniciativa a 10,000 niñas y niños aproximadamente.



Foto: proporcionada por la Coordinación Nacional de Juventud de Cruz Roja Mexicana.

Actualmente se cuenta con más de 8,000 voluntarios juvenitos a nivel nacional, quienes se encargan de llevar a cabo diferentes actividades y talleres, incluyendo aquellos en materia de prevención de accidentes a niños y niñas a lo largo y ancho de nuestro país.

En 2013, se firmó un convenio de colaboración para implementar el “Plan de Cooperación de Prevención de Riesgos en el Hogar entre las Personas Adultas Mayores”. En este programa también participó el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). El objetivo es impartir talleres sobre la reducción de riesgos en el hogar para las personas adultas mayores. Durante 2014, 45 mil personas recibieron este taller.

También Cruz Roja Mexicana ha trabajado con personas adultas mayores con el apoyo de sus Damas Voluntarias.

Figura 6. Material publicitario de Cruz Roja Mexicana para la prevención de lesiones accidentales en población adulta mayor.



Fuente: Información recibida de Cruz Roja Mexicana.

8.2 ¿Dónde estamos?

Cruz Roja Mexicana comprometida con la prevención de accidentes en general, durante 2015 decide crear la Coordinación Nacional para la Prevención de Accidentes para dar respuesta a su

vez, a la línea estratégica de “Prevención”, dictada por el actual Presidente de la Cruz Roja Mexicana, el Lic. Fernando Suinaga Cárdenas.

Figura 7. Líneas estratégicas de Cruz Roja Mexicana



Fuente: Información recibida de Cruz Roja Mexicana.

A través de esta coordinación se han desarrollado actividades de prevención de accidentes en el hogar principalmente en la población infantil. Todas las actividades

responden a una serie de documentos por los que se rigen las actuaciones de Cruz Roja Mexicana (Cuadro 10).

Cuadro 10. Documentos guía de Cruz Roja Mexicana

	Referencia	Objetivo
	Principio Fundamental de Humanidad	Prevenir y aliviar el sufrimiento humano. Uno de los siete principios fundamentales de las Sociedades de Cruz Roja y Media Luna Roja
	Estrategia 2020.- Objetivo Estratégico 1	Salvar vidas, proteger los medios de sustento y apoyar la recuperación después de desastres y crisis
	Estrategia 2020.- Objetivo Estratégico 2	Posibilitar una vida sana y segura
	Marco Interamericano de la Cruz Roja 2016-2020.- Eje Estratégico 2	Posibilitar una vida sana y segura

Fuente: Información recibida de Cruz Roja Mexicana.

La Coordinación Nacional para la Prevención de Accidentes fue creada con la misión de “Salvar vidas y reducir el sufrimiento humano previniendo las muertes, lesiones y discapacidades que causan los accidentes”. Nuestra visión es “Ser un área proactiva con la capacidad de generar información de calidad en coordinación con las Delegaciones Estatales y Locales de la Institución, así como de establecer alianzas estratégicas que permitan desarrollar e implementar acciones de prevención de accidentes a través de un modelo basado en la evidencia científica con un enfoque integral y un abordaje multisectorial para que juntos salvemos millones de vidas.”

Como objetivo general, la Coordinación Nacional para la Prevención de Accidentes se planteó realizar y consolidar acciones encaminadas a la reducción de los factores de riesgo de mayor ocurrencia que generan los accidentes, con el fin de preservar las condiciones de vida para la población en México. Concretamente se plantearon los siguientes objetivos específicos:

- 1) Identificar los peligros y factores de riesgo que causan los accidentes en México.
- 2) Evaluar y priorizar las acciones encaminadas a la reducción de los riesgos que causan los accidentes.
- 3) Generar y ejecutar los programas específicos de prevención de accidentes.

- 4) Procurar fondos para ser un área auto-sostenible.

En Junio de 2016 Cruz Roja Mexicana fue invitada a sesionar en el pleno del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes. Ahí se estableció el acuerdo de que también Cruz Roja Mexicana impulsará la colaboración multisectorial para la prevención de accidentes en diferentes intervenciones

8.3 ¿Hacia dónde vamos?

Durante 2016, Cruz Roja Mexicana lanzó el Plan Estratégico 2016-2020 con el que se busca potenciar el impacto social; responder de forma más efectiva y con un enfoque integral; así como el de operar los programas acorde a la Misión, Visión y Valores de la Institución. Dentro de los tres ejes estratégicos de este Plan, se encuentra la de “Salud” a través de la cual se implementarán acciones de la prevención y promoción de la salud.

Figura 8. Plan Estratégico 2016-2020 de Cruz Roja Mexicana



Fuente: Información recibida de Cruz Roja Mexicana.

Cruz Roja Mexicana, está constituida como una institución auxiliar de los poderes públicos, en este sentido, se están reorganizando todas las actividades y servicios para responder a un solo Programa Nacional de Prevención de Accidentes que está alineado con los programas del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes.

La Coordinación Nacional para la Prevención de Accidentes, es el órgano rector de las acciones en Prevención de Accidentes de la Cruz Roja Mexicana. Durante 2017 se buscará:

- Fortalecer los programas que están desarrollando otras áreas en esta materia, sobre todo en los grupos vulnerables.

- Continuar participando en expos y ferias para niños y adultos mayores para informarlos sobre las acciones del autocuidado.

- Incrementar las actividades y los mensajes tanto en redes sociales como en otros medios masivos de comunicación, sobre las medidas preventivas en la población infantil, durante los periodos vacacionales.

- Iniciar el desarrollo de recomendaciones para la prevención de accidentes en guarderías.

- Crear alianzas con actores estratégicos y especializados para abordar los distintos tipos de accidentes en población infantil y personas adultas mayores.

Cruz Roja Mexicana cambia su concepto de trabajar con la comunidad y no para la comunidad como lo venía haciendo con sus programa asistencialistas. Es por ello que implementará el Programa de Resiliencia Comunitaria, en donde se busca empoderar a la comunidad para desarrollen la capacidad superar circunstancias adversas. Un elemento de este programa es la prevención de accidentes en general y de manera particular los accidentes viales.

IX. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son la causa principal de enfermedad y muerte prematura y evitable en la Región de las Américas. Su pesada carga social y económica, especialmente el marcado aumento de los gastos de tratamiento, menoscaba el bienestar individual y familiar y amenaza con obstaculizar el desarrollo social y económico (41).

Aunque los Estados Miembros están realizando grandes avances en la Región tanto en la prevención como en el control de las ENT, estas enfermedades siguen planteando retos importantes. Es necesario renovar la atención a las políticas y a las acciones de los países a fin de llevar a cabo intervenciones eficaces, basadas en la evidencia y costo-eficaces para las ENT, ampliar el alcance de estas intervenciones, obtener nuevos conocimientos y utilizarlos.

La Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles para 2012-2025 de la Organización Panamericana de la Salud, reconoce que los riesgos para la salud están relacionados con factores ambientales, la transición de la vida rural a la vida urbana, una mayor exposición a la violencia y los traumatismos, que afectan a la población a lo largo del curso de vida. Para abordar eficazmente la prevención y el control de las lesiones accidentales se necesita un enfoque multisectorial de acuerdo con la Declaración política de

la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, del 2011, y las conclusiones de la Comisión de la Organización Mundial de la Salud sobre Determinantes Sociales de la Salud de los años 2008 y 2011.

Esta visión holística e integradora fue ratificada durante 2015 en el marco de la Resolución A/70/L.1 adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas dando origen a la nueva Agenda de Desarrollo Sostenible para 2030. En esta nueva agenda se destacan las tres dimensiones del desarrollo sostenible: la económica, la social y la ambiental; y se acentúa la necesidad de que todos los países, así como todos los actores clave, de forma colaborativa, se coordinen para implementar dicho plan de acción.

Es por ello, que la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en México ha acompañado de forma cercana al STCONAPRA en su esfuerzo por impulsar una política pública integral para la prevención de cinco de las lesiones no intencionales que más afectan a los mexicanos, como parte de las acciones del Programa de Acción Específico: Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables 2013-2018.

Ejemplo de ello es la participación activa que durante 2015 tuvimos en el desarrollo del MIPrA, que además contó con una amplia participación de sectores y dependencias de la Secretaría de Salud, tomando como referencia las intervenciones basadas en evidencia. Esto implicó gestionar y hacer llegar información y evidencia relevante, así como brindar todas las facilidades para que el STCONAPRA utilizar la evidencia compilada por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en estos temas. En noviembre 2015 también participamos en la Reunión Nacional donde finalmente se lanzó oficialmente el MIPrA.

Durante el año 2016 la oficina de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en México apoyó al STCONAPRA con la impresión del MIPrA buscando contribuir a la consolidación de estos esfuerzos locales. Además, actualmente se está brindando todo el apoyo para la distribución de este importante material a las entidades federativas del país, para que esté accesible al personal directamente vinculado con la implementación de estas acciones. Con ello esperamos que las poblaciones se beneficien de las mejoras continuas de la calidad de los servicios de atención, encaminadas a ofrecer las intervenciones eficaces basadas en la evidencia y costo efectivas.

Además de esto, la oficina de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en México ha buscado fortalecer el vínculo entre el STCONAPRA y la RETOMEX, instancia que fuera creada en 2000 con el apoyo de esta oficina como parte de sus esfuerzos para consolidar el trabajo

en el área de la salud ambiental y la prevención de envenenamientos e intoxicaciones en el país. Así se organizaron distintas reuniones en las que se buscó coordinar los esfuerzos del STCONAPRA con el trabajo que realiza la oficina de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en México y la RETOMEX en materia de prevención y control de las lesiones accidentales.

Como parte del trabajo en progreso, la oficina de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en México está trabajando con ambas instancias para el diseño del Sistema de Información Estadístico de los Envenenamientos e Intoxicaciones en México. Este sistema optimizará la recolección de datos epidemiológicos sobre los envenenamientos e intoxicaciones y brindará información estadística en tiempo real, sobre la casuística observada en los Centros de Información y Atención Toxicológica que conforman la RETOMEX.

De igual forma, se está explorando la posibilidad de trabajar en distintas estrategias comunitarias de prevención de lesiones accidentales, para fortalecer el trabajo que realiza la Secretaría de Salud, a través del STCONAPRA.

X SEGUIMIENTO DE INDICADORES

A continuación se presenta en el Cuadro 11 la matriz de indicadores anuales propuestos por el MIPrA, cubriendo el periodo 2013-2016.

Cuadro 11. Matriz de indicadores anuales para el seguimiento y la evaluación del Modelo Integral para la Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables (MIPrA).

Estructura	Recursos financieros canalizados a la prevención de en grupos vulnerables				
	Recursos financieros de Ramo 33 canalizados a la prevención de en grupos vulnerables per cápita				
	Relación entre inversión por Ramo 12 y por Ramo 33 para la prevención de en grupos vulnerables				
	Recursos financieros invertidos por la Fundación Michou y Mau prevención y atención de las quemaduras en población infantil y adolescente				
	Recursos financieros totales canalizados a vulnerables per cápita				
	Número (o %) de promotores de salud dedicados a las actividades de promoción y prevención de lesiones accidentales				
	Número de médicos toxicólogos por 100,000 habitantes				
	Personal certificado en				
	Disponibilidad de personal certificado en <i>Advanced Burn Life Support</i>				
	Número de unidades médicas que cuentan con área de quemados en México				

Proceso	Número de personas concluyeron exitosamente el curso en línea sobre Bases conceptuales para la prevención de lesiones accidentales				
	que implementan acciones incluidas en el modelo integral de				
	% de observatorios estatales de lesiones an y analizan información sobre asfixias, ahogamientos, quemaduras, envenenamientos e intoxicaciones lesiones por caídas				
	Número de centros de atención y centros de atención preescolar inspeccionadas				
	Número de municipios información sobre inspección de rie interior de la vivienda				
	Número de viviendas que cuentan con información sobre inspección de rie interior de la vivienda				
	Número de profesionales capacitados,				
	Número de profesionales capacitados, según sexo, en toxicología				
	Número de profesionales capacitados en: <i>Advanced Burn Life Support</i> hospitalario del paciente quemado y				
	Número de municipios y población sensibilizada con la estrategia del Museo Camión Itinerante de Prevención de Quemaduras. Indicadores de impacto				
Resultado	Tasa de mortalidad por ahogamientos, asfixias, caídas, envenenamientos e intoxicaciones y quemaduras por 100,000				
	Tasa de mortalidad por ahogamientos, por 100,000 habitantes				
	Tasa de mortalidad por asfixi 100,000 habitantes				
	Tasa de mortalidad por caídas por 100,000 habitantes				
	Tasa de mortalidad por envenenamientos e intoxicaciones por 100,000 habitantes				
	Tasa de mortalidad por quemadura 100,000 habitantes				
	Tasa de mortalidad por ahogamientos, asfixias, caídas, envenenamientos e intoxicaciones y quemaduras en grupos vulnerables por 100,000 habitantes				
	Tasa de mortalidad por ahogamientos en grupos vulnerables por 100,000				
	Tasa de mortalidad por asfixias en grupos vulnerables por 100,000 habitantes				
	Tasa de mortalidad por caídas en grupos vulnerables por 100,000 habitantes				
	Tasa de mortalidad en grupos vulnerables por envenenamientos e intoxicaciones por 100,000 habitantes				

Resultado	Tasa de mortalidad por quemaduras en grupos vulnerables por 100,000				
	Egresos hospitalarios por ahogamientos, asfixias, caídas, envenenamientos e intoxicaciones y quemaduras por 100,000				
	Egresos hospitalarios por ahogamientos, por 100,000 habitantes				
	Egresos hospitalarios por asfixias por				
	Egresos hospitalarios por caídas por 100,000 habitantes				
	Egresos hospitalarios por envenenamientos e intoxicaciones por 100,000 habitantes				
	Egresos hospitalarios por quemaduras por 100,000 habitantes				
	Egresos hospitalarios por ahogamientos, asfixias, caídas, envenenamientos e intoxicaciones y quemaduras en grupos vulnerables por 100,000 habitantes				
	Egresos hospitalarios por ahogamientos en grupos vulnerables por 100,000				
	Egresos hospitalarios por asfixias en grupos vulnerables por 100,000				
	Egresos hospitalarios por caídas en grupos vulnerables por 100,000 habitantes				
	Egresos hospitalarios en grupos vulnerables por envenenamientos e intoxicaciones por 100,000 habitantes				
	Egresos hospitalarios por quemaduras en grupos vulnerables por 100,000				
	Personas atendidas en urgencias por ahogamientos, asfixias, caídas, envenenamientos e intoxicaciones y quemaduras por 100,000 habitantes				
	Personas atendidas en urgencias por ahogamientos, por 100,000 habitantes				
	Personas atendidas en urgencias por asfixias por 100,000 habitantes				
	Personas atendidas en urgencias por caídas por 100,000 habitantes				
	Personas atendidas en urgencias por envenenamientos e intoxicaciones por				
	Personas atendidas en urgencias por quemaduras por 100,000 habitantes				
	Personas atendidas en urgencias por ahogamientos, asfixias, caídas, envenenamientos e intoxicaciones y quemaduras en grupo por 100,000 habitantes				
Personas atendidas en urgencias por ahogamientos en grupos vulnerables por 100,000 habitantes					

Personas atendidas en urgencias por asfixias en grupos vulnerables por				
Personas atendidas en urgencias por caídas en grupos vulnerables por 100,000				
Personas atendidas en urgencias en grupos vulnerables por envenenamientos e intoxicaciones por 100,000 habita				
Personas atendidas en urgencias por quemaduras en grupos vulnerables por 100,000 habitantes				

Fuentes: 1) Bases de defunciones 2013-2015 INEGI-SS (3); SEED 2013-2015, DGIS-SS (42) 2) Bases de egresos hospitalarios 2013-2015; SAEH; DGIS-SS de la Secretaría de Salud (5) y 3) Bases de egresos hospitalarios 2013-2015, del Instituto Mexicano del Seguro Social (7); 3) Bases de Urgencias Médicas 2013-2015 DGIS-SS de la Secretaría de Salud; 4) Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO; 5) Informes trimestrales de las entidades federativas; 5) Información recibida de los miembros del Grupo de Trabajo en Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables; 7) Comunicación directa con de DGIS (información de unidades médicas con área de quemados).

Comentarios: 1 Esto actualmente sólo incluye el presupuesto del STCONAPRA. 2 Solo incluye el recurso del Ramo 33 asignado específicamente al Programa de Acción Específico: Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables 2013-2018. 3 El recurso invertido es estimado, actualmente se está institucionalizando el registro de la inversión real. 4 Incluye el total de recurso del Ramo 12, del Ramo33 y la estimación del recurso invertido en prevención y atención de las quemaduras en población infantil reportado por la Fundación Michou y Mau I.A.P., única información disponible al momento. 5 Información recibida de la Fundación Michou y Mau I.A.P., única instancia certificadora en México, que incluye el periodo 2001-2016. Existe la posibilidad, aunque mínima, de que una sola persona hubiese recibido la certificación dos veces. 6 Corresponde a información obtenida de DGIS referente a 2015. 7 Incluye tanto centros de información como centros de información y atención; información proporcionada por la RETOMEX. 8 Indicadores que no cuentan con información desagregada por sexo.

Acrónimos: N.D.=No disponible; N.A.=No aplica; SR=Sin Registros.

El Cuadro 12 a su vez presenta la matriz de indicadores sexenales para el periodo 2000-2012, información disponible más actual.

Cuadro 12. Matriz de indicadores sexenales para el seguimiento y la evaluación del Modelo Integral para la Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables (MIPrA).

Indicador		Año		
Tipo	Descripción	2000	2006	2012
Resultados	Prevalencia de lesiones no fatales total por ahogamientos, asfixias, caídas, envenenamientos e intoxicaciones y quemaduras por 100 habitantes	94.14	94.65	92.89
	Prevalencia de ahogamientos no fatales por 100 habitantes	0.42	0.38	0.11
	Prevalencia de asfixias no fatales por 100 habitantes	0.24	0.49	0.86
	Prevalencia de caídas no fatales por 100 habitantes	86.59	88.70	70.50
	Prevalencia de envenenamientos e intoxicaciones no fatales por 100 habitantes	2.33	2.07	1.05
	Prevalencia de quemaduras no fatales por 100 habitantes	4.55	3.01	2.25
	Prevalencia de lesiones no fatales total por ahogamientos, asfixias, caídas, envenenamientos e intoxicaciones y quemaduras en grupos vulnerables por 100 habitantes	61.18	63.71	46.72
	Prevalencia de ahogamientos no fatales en grupos vulnerables por 100 habitantes	0.37	0.36	0.02
	Prevalencia de asfixias no fatales en grupos vulnerables por 100 habitantes	0.23	0.27	0.42
	Prevalencia de caídas no fatales en grupos vulnerables por 100 habitantes	56.84	59.62	44.04
	Prevalencia de envenenamientos e intoxicaciones en grupos vulnerables no fatales por 100 habitantes	1.44	1.25	0.63
	Prevalencia de quemaduras no fatales en grupos vulnerables por 100 habitantes	2.30	2.21	1.61

Fuentes: ENSA 2000 (43); ENSANut 2006 (44) y 2012 (6); Instituto Nacional de Salud Pública (4).

Finalmente en el Cuadro 13 se presenta el avance en las metas de los indicadores establecidos en la Plataforma del Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE).

Cuadro 13. Indicadores para el seguimiento y la evaluación del Programa de Acción Específico: Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables 2013-2018 en la plataforma del Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas

Indicador		2013	2014		2015 ¹		2016	
Nombre	Fuente de información	Línea Base	Meta	Avance	Meta	Avance	Meta	Avance
que incluyen variables accidentes en grupos	trimestrales de los responsables estatales.							
Porcentaje de Consejos incorporan activida accidentes en grupos	trimestrales de los responsables estatales.							
accidentes en grupos	istros administrativos propios. El curso se oferta a través de la plataform identifica a qué entidad federativa corresponde la persona que termina el							

Comentarios: ¹ En virtud de que el recurso financiero de Ramo 12 asignado a este Programa de Acción Específico durante 2015 fue insuficiente, algunas de las metas programadas no se pudieron cumplir.

Conclusiones

Como se pudo observar a partir de la información epidemiológica presentada en este documento, los ahogamientos, las asfixias, las caídas, los envenenamientos e intoxicaciones y las quemaduras, solas y en conjunto constituyen problemas importantes de salud pública que afectan principalmente a población infantil, adolescente y adulta mayor, grupos altamente vulnerables. Aunque pareciera tarde, el país, a través de sus instituciones públicas y de los organismos de la sociedad civil, ya está respondiendo al reto que supone instaurar una política pública nacional que busque frenar los importantes daños a la salud producidos por estas lesiones accidentales.

A lo largo del documento, se presentaron distintos avances como parte de las acciones del Programa de Acción Específico: Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables 2013-2018 contenidas en el MIPrA. Entre los principales avances realizados durante 2016 en los distintos componentes impulsados por el STCONAPRA se podrían destacar los siguientes:

- Por primera vez en la historia del país, durante 2016 se asignaron recursos financieros de Ramo 12 para implementar acciones específicas de prevención de ahogamientos, asfixias, caídas, envenenamientos e intoxicaciones y quemaduras en grupos vulnerables. Un total de \$7,320,000 fueron transferidos a 11 entidades federativas del país. Aunque el recurso se redujo para 2017 en contra de las expectativas del PAE y derivado de los recortes realizados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, se amplió el número de entidades federativas que recibieron recursos a 19. Esto es un paso más para el sostenimiento de las acciones de prevención en estos importantes problemas de salud pública.
- Con estos recursos 14 de las 32 (43.8%) de las entidades federativas impulsaron acciones específicas del MIPrA durante 2016, aunque algunas de ellas sólo con recurso propio. Entre las acciones que se realizaron con el recurso disponible están:
 - Se hicieron inspecciones de seguridad en 73 guarderías de SEDESOL ubicadas en la Ciudad de México para identificar riesgos de lesiones accidentales en población infantil y brindar consejería a sus responsables para minimizarlos.
 - Se realizaron visitas domiciliarias en 9 municipios de 7 entidades federativas a fin de identificar riesgos en los 3,650 hogares visitados y brindar consejería sobre cómo prevenir lesiones accidentales en estos espacios.
 - Se implementó un curso virtual para capacitar al personal encargado de implementar el Modelo Integral para la Prevención de Accidentes en las entidades federativas.

- Se realizaron 7 cursos de atención especializada del paciente quemado, capacitando a 316 profesionales.
 - Se realizaron 7 cursos de rescate acuático capacitando a 300 guardavidas.
 - Se implementó una estrategia educativa “Museo Camión Itinerante” para sensibilizar a 8,955 niños y niñas en 11 municipios de 4 entidades federativas (Aguascalientes, Jalisco, Nuevo León y Sonora), en coordinación con la Fundación Michou y Mau I.A.P.
 - A través de pláticas y talleres dirigidos a personas adultas mayores, se sensibilizó un total de 449 personas.
- Se generó material informativo (infografías, folletos informativos, perfil nacional y perfiles estatales de lesiones accidentales en grupos vulnerables, etc.) y se divulgó por distintas vías.
 - Se difundió el Modelo Integral para la Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables en todo el país.
 - Durante la Primera Sesión Ordinaria del CONAPRA en 2016, se firmó el Acuerdo 04/1ª. Ord/2016 en el que “Los integrantes del CONAPRA con base en sus atribuciones, participarán en la implementación del Modelo Integral para la Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables, así como en gestionar ante las autoridades de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público la obtención de recursos presupuestales para su operación”.
 - El 14 de julio de 2016, se firmó el Convenio de Concertación de Acciones para Capacitación en Materia de Prevención y Atención de Quemaduras, que celebran el ejecutivo federal por conducto de la Secretaría de Salud y la Fundación Michou y Mau I.A.P.
 - Durante el Encuentro Nacional de Prevención y Promoción Para una Mejor Salud de 2016, el Secretariado Técnico se reunió con todos los Directores de Servicios de Salud de las distintas entidades federativas del país y se firmaron acuerdos con cada entidad federativa para impulsar en cada entidad las acciones de Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables contenidas en el MIPrA.
 - Durante la Reunión Nacional de Prevención de Accidentes, realizada en la ciudad de Mérida, Yucatán del 18 al 21 de octubre, contamos con la presencia del Dr. David Meddings experto internacional de la OMS, a quien tuvimos ocasión de presentarle el trabajo que se ha venido realizando en Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables con el fin de recibir sus sugerencias y retroalimentación sobre cómo reforzarlo.

- De igual forma, a finales de 2016 respondimos a la convocatoria que emitiera la Dirección General de Normas de la Secretaría de Economía para trabajar en un proyecto de Norma Oficial Mexicana para regular los chalecos salvavidas durante 2017.

Siendo este un problema multifactorial, será solo a través de la conjunción de esfuerzos de las distintas instituciones y organismos de la sociedad civil, de los diferentes sectores involucrados, que se logrará ser cada vez más exitoso en la prevención y control de las lesiones causadas por el tránsito para lograr realmente un México con seguridad vial. Debemos integrar una agenda nacional pues es innegable la interrelación que existe en el trabajo que se realiza desde diferentes sectores y cómo el progreso en un área depende de los progresos en muchas otras. En este sentido, consideramos que durante 2016 se ha fortalecido la coordinación intersectorial e interinstitucional en este tema, lo que se puede evidenciar en las contribuciones recibidas para este Informe. El STCONAPRA se ha coordinado, y buscará seguir coordinándose, con todos los actores involucrados en esta importante tarea.

Además de esto el STCONAPRA continuó trabajado en el fortalecimiento del rol que tienen los Consejos Estatales de Prevención de Accidentes en el ámbito local para generar los acuerdos necesarios e impulsar acciones que fomenten la colaboración y corresponsabilidad intersectorial y multidisciplinaria. Para ello, se realizaron un total de cuatro visitas de acompañamiento para apoyar los esfuerzos de las siguientes entidades federativas, en la implementación del Modelo Integral para la Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables: Veracruz, Coahuila, Ciudad de México y Aguascalientes. Paralelamente distintas entidades avanzaron sustancialmente en fomentar la corresponsabilidad de los miembros integrantes de los COEPRA en torno a la prevención de accidentes. Se tiene evidencia que durante 2016 al menos diez entidades federativas acordaron al interior de los COEPRA o de los Observatorios Estatales de Lesiones, impulsar el PAE: Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables 2013-2018.

Sin embargo, este despliegue de voluntades se debe fortalecer en los años venideros. Para ello, el país en conjunto tiene una tarea pendiente en cuanto a invertir recursos financieros acordes a la realidad que se vive. Proyectos como la carga de la enfermedad global han destacado el importante lugar que ocupan las lesiones accidentales dentro de las condiciones responsables de la pérdida de años de vida saludable (6). Pese a ello, la lógica de los presupuestos institucionales no reflejan aún los cambios en la priorización de problemas de salud que son necesarios para impactar de forma eficiente en la salud pública de México. El recurso financiero que se asigne a este tipo de acciones debe ser entendido como una inversión, y no un gasto, del Estado Mexicano para mejorar la salud de sus ciudadanos, parte fundamental del capital humano.

Al haberse adherido a la nueva Agenda de Desarrollo Sostenible en 2015, México debe respaldar sus compromisos con apoyo político del más alto nivel y con recursos humanos, materiales y financieros suficientes. Así, la Agenda de Desarrollo Sostenible

constituye una coyuntura ideal para reforzar el trabajo que México ha venido realizando en materia de prevención de accidentes en grupos vulnerables.

Este documento pretende ser un paso más en la dirección correcta. Constituye un ejercicio de transparencia y rendición de cuentas sobre el trabajo que se realiza en el país en prevención de lesiones accidentales. Presenta indicadores claros que dan muestra de los avances y de los retos futuros que deberán ser seguidos en el tiempo para evaluar el impacto de los recursos invertidos.

Referencias

- 1) Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico: Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables 2013-2018. México, Distrito Federal 2014. Disponible en: http://conapra.salud.gob.mx/Interior/Documentos/PAE_GruposVulnerables.pdf
- 2) Secretaría de Salud/STCONAPRA. Modelo integral para la prevención de accidentes en grupos vulnerables en México. México, Distrito Federal 2016. Disponible en: <http://conapra.salud.gob.mx/Interior/Documentos/PAGV/Modelos/ModeloIntegral.pdf>
- 3) Asamblea General de Naciones Unidas. Resolución aprobada por la Asamblea General: A/70/L.1. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. En: Naciones Unidas, editor. Nueva York, EUA: Asamblea General de Naciones Unidas; 2015. Disponible en: http://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1_es.pdf
- 4) Instituto Nacional de Estadística y Geografía. “Base de defunciones 2000-2015”. Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/mortalidad/>
- 5) Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. Sistema estadístico epidemiológico de las defunciones 2000-2015. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/cubos_seed15.html
- 6) Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales, 2012. Disponible en: <https://www.insp.mx/encuestoteca.html>
- 7) Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios, Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/std_egresoshospitalarios.html
- 8) Instituto Mexicano del Seguro Social. Base de egresos hospitalarios 2004-2015.
- 9) Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease Study 2015. (GBD 2015) Results. Seattle, United States, 2016. Disponible en: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
- 10) Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). Base de datos del módulo forense 1994-2015. La descripción del Sistema está disponible en el siguiente link: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/inf_sisvea.html
- 11) Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). Base de datos de los servicios de urgencias 1994-2015. La descripción del Sistema está disponible en el siguiente link: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/dgae/infoepid/inf_sisvea.html
- 12) United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Ageing. New York, 2013. Disponible en: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>

- 13)** United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Ageing. New York, 2015. Disponible en: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf
- 14)** United Nations. Report of the Second World Assembly on Ageing, Madrid, 8-12 April 2002. New York: s.n., 2002. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N02/397/51/PDF/N0239751.pdf?OpenElement>
- 15)** World Health Organization. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. Ginebra, 2007. Disponible en: http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf
- 16)** Silva-Fhon, Jack Roberto; Coelho-Fabricio-Wehbe, Suzele Cristina; Pereira-Vendruscolo, Tais Ramos; Stackfleth, Renata; Marques, Sueli; Partezani-Rodrigues Rosalina Aparecida. Caídas en mayores y su relación con la capacidad funcional. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012; 20(5):[09 pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/es_15.pdf
- 17)** Carro García T., Alfaro Hacha A. Caídas en el anciano. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXI . Pág. 582-589: Costa Rica, 2005.
- 18)** Calleja Javier Alfredo, Lozano María Esther, Muñoz Antonia, Olivares Ana María, Osio Yolanda y coautores. Guía de consulta para el médico de primer nivel de atención, prevención y atención de las caídas en la persona adulta mayor. México: CENAPRECE, 2015. Disponible en: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/Guia_Caidas_2aa.pdf
- 19)** Lozano Dávila, María Esther; Calleja Olvera, Javier Alfredo; Archundia González, Rogelio; Chaparro González, Erica Tania; Arévalo Balleza, Araceli; Sosa Ortíz, Ana Luisa; Acosta Castillo, Gilberto Issac. Encuesta salud, bienestar y envejecimiento, SABE, Durango. México: CENAPRECE, 2014.
- 20)** Lozano Dávila, María Esther; Calleja Olvera, Javier Alfredo; Archundia González, Rogelio; Chaparro González, Erica Tania; Arévalo Balleza, Araceli; Sosa Ortíz, Ana Luisa; Acosta Castillo, Gilberto Issac. Encuesta salud, bienestar y envejecimiento, SABE, Jalisco. México: CENAPRECE, 2011.
- 21)** Lozano Dávila, María Esther; Calleja Olvera, Javier Alfredo; Archundia González, Rogelio; Chaparro González, Erica Tania; Arévalo Balleza, Araceli; Sosa Ortíz, Ana Luisa; Acosta Castillo, Gilberto Issac. Encuesta salud, bienestar y envejecimiento, SABE, Michoacán, México: CENAPRECE, 2010.
- 22)** Lozano Dávila, María Esther; Calleja Olvera, Javier Alfredo; Archundia González, Rogelio; Chaparro González, Erica Tania; Arévalo Balleza, Araceli; Sosa Ortíz, Ana Luisa; Acosta Castillo, Gilberto Issac. Encuesta salud, bienestar y envejecimiento, SABE, Querétaro, México: CENAPRECE, 2014.
- 23)** Lozano Dávila, María Esther; Calleja Olvera, Javier Alfredo; Archundia González, Rogelio; Chaparro González, Erica Tania; Arévalo Balleza, Araceli; Sosa Ortíz, Ana Luisa; Acosta Castillo, Gilberto Issac. Encuesta salud, bienestar y envejecimiento, SABE, Yucatán, México: CENAPRECE, 2012.

24) Lozano Dávila, María Esther; Calleja Olvera, Javier Alfredo; Archundia González, Rogelio; Chaparro González, Erica Tania; Arévalo Balleza, Araceli; Sosa Ortíz, Ana Luisa; Acosta Castillo, Gilberto Issac. Encuesta salud, bienestar y envejecimiento, SABE, San Luis Potosí: México, CENAPRECE, 2012.

25) Lozano Dávila, María Esther; Calleja Olvera, Javier Alfredo; Archundia González, Rogelio; Chaparro González, Erica Tania; Arévalo Balleza, Araceli; Sosa Ortíz, Ana Luisa; Acosta Castillo, Gilberto Issac. Encuesta salud, bienestar y envejecimiento, SABE, Campeche, México: CENAPRECE, 2015.

26) Lozano Dávila, María Esther; Calleja Olvera, Javier Alfredo; Archundia González, Rogelio; Chaparro González, Erica Tania; Arévalo Balleza, Araceli; Sosa Ortíz, Ana Luisa; Acosta Castillo, Gilberto Issac. Encuesta salud, bienestar y envejecimiento, SABE, Morelos, México: CENAPRECE, 2015.

27) Lozano Dávila, María Esther; Calleja Olvera, Javier Alfredo; Archundia González, Rogelio; Chaparro González, Erica Tania; Arévalo Balleza, Araceli; Sosa Ortíz, Ana Luisa; Acosta Castillo, Gilberto Issac. Encuesta salud, bienestar y envejecimiento, SABE, Guanajuato, México: CENAPRECE, 2013.

28) Lozano Dávila, María Esther; Calleja Olvera, Javier Alfredo; Archundia González, Rogelio; Chaparro González, Erica Tania; Arévalo Balleza, Araceli; Sosa Ortíz, Ana Luisa; Acosta Castillo, Gilberto Issac. Encuesta salud, bienestar y envejecimiento, SABE, Quintana Roo, México: CENAPRECE, 2015.

29) Lozano Dávila, María Esther; Calleja Olvera, Javier Alfredo; Archundia González, Rogelio; Chaparro González, Erica Tania; Arévalo Balleza, Araceli; Sosa Ortíz, Ana Luisa; Acosta Castillo, Gilberto Issac. Encuesta salud, bienestar y envejecimiento, SABE, Sonora, México: CENAPRECE, 2015.

30) Lozano Dávila, María Esther; Calleja Olvera, Javier Alfredo; Archundia González, Rogelio; Chaparro González, Erica Tania; Arévalo Balleza, Araceli; Sosa Ortíz, Ana Luisa; Acosta Castillo, Gilberto Issac. Encuesta salud, bienestar y envejecimiento, SABE, Sinaloa, México: CENAPRECE, 2015.

31) Lozano Dávila, María Esther; Calleja Olvera, Javier Alfredo; Archundia González, Rogelio; Chaparro González, Erica Tania; Arévalo Balleza, Araceli; Sosa Ortíz, Ana Luisa; Acosta Castillo, Gilberto Issac. Encuesta salud, bienestar y envejecimiento, SABE, Baja California, México: CENAPRECE, 2016.

32) Lozano Dávila, María Esther; Calleja Olvera, Javier Alfredo; Archundia González, Rogelio; Chaparro González, Erica Tania; Arévalo Balleza, Araceli; Sosa Ortíz, Ana Luisa; Acosta Castillo, Gilberto Issac. Encuesta salud, bienestar y envejecimiento, SABE, Tamaulipas, México: CENAPRE, 2014.

33) Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. Subsistema de Prestación de Servicios, 2016. Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sis/formatos2017.html>

- 34)** Organización Panamericana de la Salud. Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores, Parte II, 5. Caídas. Estados Unidos, 2004. Disponible en: http://www.saludquillota.cl/biblioteca/gestion_tecnica/admision/Documentos%20de%20Geriatría%20en%20APS/Geriatría%20Equipos%20de%20APS%202012/Guia%20clinica%20atencion%20primaria%20a%20las%20personas%20adultas%20mayores%202004%20OPS%20OMS.pdf
- 35)** Kapandji, Adalbert Ibrahim. Fisiología Articular. Editorial Médica Panamericana, S. A. 6ª Edición tomo 2: México, 2010.
- 36)** González-Carmona, Beatriz; López-Roldán, Verónica Miriam; Trujillo-de-los-Santos, Zoila; Escobar-Rodríguez, David Álvaro; Valeriano-Ocampo, José; Sosa-H, José Manuel; García-Juárez, Alicia y col. Guía de práctica clínica para la prevención de caídas en el adulto mayor. Revista Med Inst Mex Seguro Soc. 2014;43(5): 425-41.
- 37)** Guillou, Emmanuel; Dupui, Philippe; Golomer, Eveline. Dynamic balance sensory motor control and symmetrical or asymmetrical equilibrium training. Clin Neurophysiol. 2007;118(2):317-24.
- 38)** Kendail, Perry. Prevention of Falls and Injuries Among the Elderly. British Columbia, 2004. Disponible en: <http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2004/falls.pdf>
- 39)** Scott, Vicky; Wagar, Lori; Elliott, Sarah. Falls & Related Injuries among Older Canadians: Division of Aging and Seniors Public Health Agency of Canada. Canadá, 2010. Disponible en: http://www.hiphealth.ca/media/research_cemfia_phac_epi_and_inventor_20100610.pdf
- 40)** Organización Mundial de la Salud, Centro de prensa, Caídas, Nota descriptiva, septiembre 2016. Ginebra, Suiza, 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>
- 41)** Organización Panamericana de la salud. Enfermedades no transmisibles en las Américas: Construyamos un futuro más saludable. Washington, D. C., 2011. Disponible en: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1063&Itemid=
- 42)** Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. Base de Urgencias Médicas 2013-2015. Disponible en: <https://datos.gob.mx/busca/dataset?tags=ssa>
- 43)** Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud 2000. Resultados Nacionales, 2000. Disponible en: <https://www.insp.mx/encuestoteca.html>
- 44)** Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados Nacionales. 2006. Disponible en: <https://www.insp.mx/encuestoteca.html>
- 45)** Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima revisión. 10a ed. Washington, D. C., 1995.
- 46)** World Health Organization. Global report on drowning: preventing a leading killer, Geneva, 2014. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/global_report_drowning/en/

47) Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre Prevención de las Lesiones en los Niños. Ginebra, Suiza, 2008. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77761/1/9789275316566_spa.pdf

48) World Health Organization, Violence and Injury Prevention. Burns. Geneva, 2017. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/other_injury/burns/en/49) *Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes, "Prevención de Accidentes en el Hogar: Guía para Personal de Salud (Documento interno)".*

ANEXOS

ANEXO 1

Aspectos metodológicos

Definición operacional

Las cinco principales lesiones accidentales son definidas teórica y operacionalmente en el Cuadro 13, en términos de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10) (45). Para estos códigos de la CIE-10, el cuarto dígito corresponde al lugar de ocurrencia de la lesión, entre los que podemos encontrar:

- 0: Vivienda,
- 1: Institución residencial,
- 2: Escuelas, otras instituciones y áreas administrativas públicas,
- 3: Áreas de deporte y atletismo,
- 4: Calles y carreteras,
- 5: Comercio y área de servicios,
- 6: Área industrial y de la construcción,
- 7: Granja,
- 8: Otro lugar especificado, y
- 9: Lugar no especificado.

Cuadro 13. Definición teórica y operacional de las principales lesiones accidentales

	"el proceso de sufrir deficiencia respiratoria por sumersión o inmersión	
	fección producida por falta de oxígeno, manifestándose en el cese) , lo anterior, debido a de las vías respiratorias, lo que impide que el aire llegue a los pulmones, dicha obstrucción puede ser externa o interna (). Externa cuando se impide la entrada del aire a los pulmones desde fuera cuando se taponan la nariz y la boca o existe una compresión en el cuello o el tórax que limita la respiración; e interna cuando algún objeto sólido o líquido (alimento o vómito) bloquea internamente el flujo de aire a	
	Acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga (
	Exposición súbita a venenos o tóxicos. Un naturaleza química que dependiendo de la concentración que alcance en el organismo y el tiempo en que esto suceda, va a actuar sobre diferentes sistemas biológicos bien definidos, causando alteraciones morfológicas, funcionales o bioquímicas que se traducen en lesiones, enfermedad e incluso la muerte. Un es cualquier sustancia química con las mismas características que las precedentes, pero cuyo origen es botánico o a partir de las secreciones de ciertos animales de	
	Lesión de la piel o de otros tejidos corporales causada por el calor, o debido a la radiación, radioactividad, electricidad, fricción o contacto	

Lesiones fatales

Para estimar el número de lesiones fatales por ahogamientos, asfixias, caídas, envenenamientos e intoxicaciones y quemaduras, se utilizó la información contenida en las bases de mortalidad de 2010 a 2015, y se catalogaron cada una de las causas tomando como referencia la CIE-10, asimismo, se presentan datos por sexo, grupos de edad, tipo de causa y lugar de ocurrencia a nivel nacional y por entidad federativa. Las tasas de mortalidad por estas cinco causas y las tasas de mortalidad por lesiones fatales en grupos vulnerables se calcularon de las defunciones registradas en las bases de datos de mortalidad de 2013 a 2015 y de las Proyecciones de la población de México 2010-2050 del CONAPO. Asimismo, se presentan datos de lesiones fatales por consumo de alcohol en asfixias, caídas, envenenamientos e intoxicaciones y quemaduras, esta información se encuentra en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA); base de datos del servicio médico forense de 1994 a 2016.

Lesiones no fatales

Para calcular las lesiones no fatales por estas cinco causas, al igual que las muertes se clasificaron de acuerdo a la CIE-10, los datos analizados se obtuvieron de las encuestas nacionales de salud (ENSA 2000, ENSANut 2006 y 2012), y se calculó la prevalencia de lesiones no fatales. En este documento se presentan datos de egresos hospitalarios de la DGIS, de bases de egresos hospitalarios del IMSS de 2004 a 2015, de las bases de lesiones y violencia (SIS-17) de 2010 a 2015, por sexo y grupos de edad a nivel nacional y por entidad federativa.

Los datos analizados en las bases de Urgencias Médicas de 2010 a 2015 se clasificaron a las caídas, quemaduras y los envenenamientos e intoxicaciones por la lesión principal por la que se recibió atención médica, por sexo y grupos de edad. El número de lesionados por consumo de alcohol se analizó de las bases de datos de los servicios de urgencias de 1994 a 2016 del SISVEA.

Para estimar las quemaduras y las intoxicaciones por Notificación Semanal de Casos Nuevos de Enfermedades (SUIVE) 2003-2015, se clasificaron a las quemaduras por lesión principal con los códigos T20 y T32 y las intoxicaciones corresponden a ponzoña de animales (T63, X21, X27 excepto T63.2) y a plaguicidas (T60), por sexo y grupos de edad.

ANEXO 2

Recursos financieros de Ramo 12 y Ramo 33 asignados al Programa de Acción Específico: Prevención de Accidentes en Grupos Vulnerables 2013-2018 durante 2016

Recursos financieros de Ramo 12 asignados

Clave	Entidad Federativa	Asesoría técnica	Capacitación ABLs	Capacitación rescate acuático	Caminos intinerante	Línea basal	Impresión material de promoción	Talleres con adultos mayores	Aplicación para dispositivo móvil	Campaña en medios	Adquisición de equipo de cómputo (OEL)	Diseño de campaña de comunicación social	Total 2016	Recursos financieros de Ramo 33 asignados
1	Aguascalientes	\$ -	\$100,000	\$150,000	\$80,000	\$150,000	\$ -	\$ 20,000	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$350,000	\$ 85,000
2	Baja California	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
3	Baja California Sur	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
4	Campeche	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
5	Coahuila	\$ -	\$ -	\$150,000	\$ -	\$ -	\$200,000	\$190,000	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$540,000	\$ -
6	Colima	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
7	Chiapas	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
8	Chihuahua	\$ -	\$100,000	\$ -	\$80,000	\$150,000	\$200,000	\$ -	\$ -	\$500,000	\$ -	\$ -	\$1,030,000	\$360,000
9	Distrito Federal	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$150,000	\$100,000	\$120,000	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$370,000	\$12,000
10	Durango	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
11	Guanajuato	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
12	Guerrero	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
13	Hidalgo	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
14	Jalisco	\$ -	\$100,000	\$200,000	\$80,000	\$150,000	\$200,000	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$1,300,000	\$2,030,000	\$70,000
15	México	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
16	Michoacán	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
17	Morelos	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
18	Nayarit	\$ -	\$ -	\$200,000	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$200,000	\$ -
19	Nuevo León	\$ -	\$100,000	\$ -	\$80,000	\$150,000	\$100,000	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$430,000	\$50,000
20	Oaxaca	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$330,000
21	Puebla	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$250,000	\$ -	\$150,000	\$ -	\$400,000	\$472,300
22	Queretaro	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
23	Quintana Roo	\$ -	\$ -	\$200,000	\$ -	\$ -	\$200,000	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$900,000	\$87,027
24	San Luis Potosí	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$500,000	\$ -	\$ -	\$ -	
25	Sinaloa	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
26	Sonora	\$ -	\$ -	\$ -	\$80,000	\$150,000	\$200,000	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$530,000	\$ -
27	Tabasco	\$ -	\$100,000	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$40,000
28	Tamaulipas	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
29	Tlaxcala	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
30	Veracruz	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
31	Yucatán	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
32	Zacatecas	\$190,000	\$ -	\$ -	\$ -	\$150,000	\$200,000	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$540,000	\$99,900
TOTAL		\$190,000	\$500,000	\$600,000	\$400,000	\$1,200,000	\$1,400,000	\$330,000	\$250,000	\$1,000,000	\$150,000	\$1,300,000	\$7,320,000	\$1,606,727

ANEXO 3

Relación de Normas Oficiales Mexicanas relacionadas a la prevención de cinco de las principales lesiones accidentales

Ahogamientos

Nombre	Enlace
NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SCT4-2006, Especificaciones técnicas que deben cumplir los aros salvavidas.	https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjlkOrd2ZLSAhVS6mMKHVmwCWUQFggbMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dof.gob.mx%2Fnota_detalle.php%3Fcodigo%3D4868237%26fecha%3D20%2F02%2F1997&usg=AFQjCNH4eGBAKuySa2yp_838UEmDtKsg_hA&sig2=ollPkBA3ifltDpuoHYFomO
NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SCT4-2006, Especificaciones técnicas que deben cumplir los chalecos salvavidas.	http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4911750&fecha=16/06/2006

Asfixias

Nombre	Enlace
Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-031-SSA2-2014, Para la Atención a la Salud de la Infancia	http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5417151&fecha=25/11/2015

Caídas

Nombre	Enlace
Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012, Asistencia Social. Prestación de Servicios de Asistencia Social a Adultos y Adultos Mayores en Situación de Riesgo y Vulnerabilidad	http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5267965&fecha=13/09/2012
Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-031-SSA2-2014, Para la Atención a la Salud de la Infancia	http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5417151&fecha=25/11/2015

Envenenamientos e intoxicaciones

Nombre	Enlace
Norma Oficial Mexicana NOM-072-SSA1-2012, Etiquetado de medicamentos y de remedios herbolarios	http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5278341&fecha=21/11/2012
Norma Oficial Mexicana NOM-189-SSA1/SCFI-2002, Productos y servicios. Etiquetado y envasado de productos de aseo de uso doméstico	http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/wo69597.pdf
Norma Oficial Mexicana NOM-142-SSA1/SCFI-2013, Bebidas alcohólicas. Especificaciones sanitarias. Etiquetado sanitario y comercial. DOF 08-03-2013.	http://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5386313
Norma Oficial Mexicana NOM-002-SSA1-1993, Salud ambiental. Bienes y servicios. Envases metálicos para alimentos y bebidas. Especificaciones de la costura. Requisitos sanitarios. DOF 14-11-1994	http://www.cofepris.gob.mx/Marco%20Juridico/noms/002ssa1.pdf
Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA1-2006, Salud ambiental. Requisitos sanitarios que debe satisfacer el etiquetado de pinturas, tintas, barnices, lacas y esmaltes. DOF 04-08-2008.	http://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5055685
Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA1-2013, Salud ambiental. Limitaciones y especificaciones sanitarias para el uso de los compuestos de plomo. DOF 02-05-2014.	http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5343154&fecha=02/05/2014
Norma Oficial Mexicana NOM-033-SSA2-2011, Para la vigilancia, prevención y control de la intoxicación por picadura de alacrán. DOF 08-11-2011.	http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5223520

Quemaduras

<i>Nombre</i>	<i>Enlace</i>
PROY-NOM-009-SEGOB-2015 "Medidas de Previsión, Prevención y Mitigación de Riesgos en Centros de Atención Infantil, en la Modalidad Pública, Privada y Mixta"	http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5445097&fecha=19/07/2016
PROYECTO de Norma Oficial Mexicana NOM-118-SCFI-1995, Industria cerillera-Cerillos y fósforos-Especificaciones de seguridad	http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4891049&fecha=05/07/1996
Norma Oficial Mexicana NOM-090-SCFI-2014, Encendedores Portátiles, Desechables y Recargables-Especificaciones de Seguridad	http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5350648
Norma Oficial Mexicana Nom-011-SESH-2012, Calentadores de Agua de Uso Doméstico y Comercial que Utilizan como Combustible Gas L.P. o Gas Natural.- Requisitos de Seguridad, Especificaciones, Métodos de Prueba, Marcado e Información Comercial (Cancela a la NOM-020-SEDG-2003)	http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5295786&fecha=12/04/2013
Norma Oficial Mexicana NOM-010-SESH-2012, Aparatos Domésticos para Cocinar Alimentos que Utilizan Gas L.P. o Gas Natural. Especificaciones y Métodos de Prueba	http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5300565&fecha=29/05/2013

ANEXO 4

Relación de Guías de Práctica Clínica relacionadas a la prevención de cinco de las principales lesiones accidentales

Ahogamientos		
	Evidencias y Recomendaciones	Guía de referencia rápida

Asfixias		
Nombre	Evidencias y Recomendaciones	Guía de referencia rápida
Extracción de cuerpos extraños de la vía aérea en niños de 2 a 12 años en el tercer nivel de atención	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/526_GPC_Extraccixncpoextraxovxaaxrea/GPC_EYR ESTRACCIxN DE CUERPOS EXTRAxOS.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/526_GPC_Extraccixncpoextraxovxaaxrea/GPC_RR CUERPOS EXTRAxOS.pdf

Caídas		
Nombre	Evidencias y Recomendaciones	Guía de referencia rápida
Atención del paciente con esguince cervical en el primer nivel de atención	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/008_GPC_EsguinceCervical/SSA_008_08_EyR.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/008_GPC_EsguinceCervical/SSA_008_08_GRR.pdf
Atención inicial del traumatismo craneoencefálico en pacientes menores de 18 años	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/002_GPC_TCEmenor18a/SSA_002_08_EyR.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/002_GPC_TCEmenor18a/SSA_002_08_GRR.pdf
Diagnóstico de muerte encefálica	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/488_GPC_DxMuerteCncefxlica/GPC_Muerte_Encefaxlica.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/488_GPC_DxMuerteCncefxlica/GRR_ME.pdf
Diagnóstico y manejo del esguince de tobillo en la fase aguda en el primer nivel de atención	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/034_GPC_EsguinceTobillo/IMSS_034_08_EyR.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/034_GPC_EsguinceTobillo/IMSS_034_08_GRR.pdf
Diagnóstico y tratamiento de fractura de la diáfisis de tibia	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/139_GPC_DIAFISIS_TIBIA/GpcER_diafisis_de_tibia.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/139_GPC_DIAFISIS_TIBIA/Grr_diafisis_de_tibia.pdf

Diagnóstico y tratamiento de fractura diafisaria cerrada de cubito	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/266_GPC_FRACTURA_DISFASARIA_CUBITO/FractuER.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/266_GPC_FRACTURA_DISFASARIA_CUBITO/FractRR.pdf
Diagnóstico y tratamiento de fracturas de antebrazo	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/193_GPC_FRACTURA_ANTEBRAZO/Fracturas_Antebrazo_CENETEC.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/193_GPC_FRACTURA_ANTEBRAZO/Fracturas_de_Atebrazo_RR_CENETEC.pdf
Diagnóstico y tratamiento de fracturas intracapsulares del extremo proximal del fémur	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/115_GPC_Fxintracextproxfemur/FxfemurEVR_CENETEC.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/115_GPC_Fxintracextproxfemur/Fxfemur_R_CENETEC.pdf
Diagnóstico y tratamiento de la contusión ocular y orbitaria	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/436_GPC_Contusioxn_ocular_y_orbitaria/GER_Contusioxn_ocular_y_orbitaria.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/436_GPC_Contusioxn_ocular_y_orbitaria/GRR_Contusioxn_ocular_y_orbitaria.pdf
Diagnóstico y tratamiento de la fractura cerrada de la epífisis inferior del radio en los adultos mayores	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/534_GPC_Fxepxfisisradio/GER_EpifisisRadio.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/534_GPC_Fxepxfisisradio/GRR_EpifisisRadio.pdf
Diagnóstico y tratamiento de las fracturas transtrocantéricas en fémur en pacientes mayores de 65 años	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/267_GPC_FRACTURAS_TRANSTROCANTERICAS/TranstER.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/267_GPC_FRACTURAS_TRANSTROCANTERICAS/TranscRR.pdf
Diagnóstico y tratamiento de las fracturas y luxaciones del codo en el niño	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/437_GPC_fxylxdelcodo/GER_FracturasCodoPediatria.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/437_GPC_fxylxdelcodo/GRR_FracturasCodoPediatria.pdf
Diagnóstico y tratamiento del traumatismo de tórax	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/447_GPC_TraumaTxrax/Trauma_de_torax.ER.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/447_GPC_TraumaTxrax/Trauma_torax.RR.pdf
Intervenciones de enfermería para la prevención de caídas en adultos mayores hospitalizados	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-770-15/ER.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-770-15/RR.pdf
Manejo de las lesiones ligamentarias traumáticas en rodilla	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/388_IMSS_10_Lesiones_Ligamentarias_Rodilla/EyR_IMSS_388_10.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/388_IMSS_10_Lesiones_Ligamentarias_Rodilla/GRR_IMSS_388_10.pdf
Manejo médico integral de fractura de cadera en el Adulto Mayor	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/236_GPC_Manejo_medico_integral_fractura_de_cadera_adulto_mayor/236GER.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/236_GPC_Manejo_medico_integral_fractura_de_cadera_adulto_mayor/236GRR.pdf
Prevención de caídas en el adulto mayor en el primer nivel de atención	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/134_ISSSTE_08_caidas_adultomayor/EyR_ISSSTE_134_08.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/134_ISSSTE_08_caidas_adultomayor/GRR_ISSSTE_134_08.pdf
Prevención, diagnóstico y tratamiento de fracturas costales	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/428_GPC_Prevenccion_diagnostico_tratamiento_FRACTURAS_COSTALES/RER_FRACTURAS_COSTALES.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/428_GPC_Prevenccion_diagnostico_tratamiento_FRACTURAS_COSTALES/GRR_FRACTURAS_COSTALES.pdf

Prevención, diagnóstico y tratamiento de fracturas de huesos nasales	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/317_GPC_FRACTURA_NASAL/Fractura_nasal_EVR_CENETEC.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/317_GPC_FRACTURA_NASAL/Fractura_nasal_R_CENETEC.pdf
Prevención, diagnóstico y tratamiento de fracturas mandibulares en los tres niveles de atención	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/318_GPC_FRACTURA_MANDIBULAR/Fractura_mandibula_er_cenetec.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/318_GPC_FRACTURA_MANDIBULAR/Fractu1.pdf
Tratamiento de fractura desplazada del cuello femoral con artroplastia total en adultos mayores de 65 años	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/573_GPC_Fxdesplazadacuellofemoral/573GER.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/573_GPC_Fxdesplazadacuellofemoral/573GRR.pdf
Trauma genitourinario	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/448_GPC_Traumagenitourinario/SS-448-11Trauma_genitourinario.ER.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/448_GPC_Traumagenitourinario/SS-448-11-Trauma_genitourinario.RR.pdf

Envenenamientos e intoxicaciones

Nombre	Evidencias y Recomendaciones	Guía de referencia rápida
Diagnóstico y tratamiento de mordeduras por arañas venenosas	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/523_GPC_Mordedura_por_araxas/SS_523_11_mordeduradearaxasEVR.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/523_GPC_Mordedura_por_araxas/SS-523-11-GRR_Mordeduraporaraxas.pdf
Diagnóstico y tratamiento de intoxicación por adicción a sustancias de nueva generación en el primer, segundo y tercer nivel de atención	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS_667_13_Adiccion_sustancias_nuevageneracion/GER667.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS_667_13_Adiccion_sustancias_nuevageneracion/GRR667.pdf
Diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda por acetaminofén en los tres niveles de atención	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/486_GPC_IntoxicacionAcetaminofxn/GPC_Diagnxstico_y_tratamiento_de_la_intoxicacion_aguda_por_acetaminofen_2011_x1x.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/486_GPC_IntoxicacionAcetaminofxn/GRR_Diagnxstico_y_tratamiento_de_la_intoxicacion_aguda_por_acetaminofen.pdf
Diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda por alcohol etílico en el adulto en el segundo y tercer nivel de atención	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/ISSSTE_256_13_INTOXICACIONETILICA/ISSSTE_256_13_EYR.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/ISSSTE_256_13_INTOXICACIONETILICA/ISSSTE_256_13_RR.pdf
Diagnóstico y tratamiento de la intoxicación aguda por monóxido de carbono	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/487_GPC_IntoxicacionMonxxidoCarbono/GPC_Intoxicacion_Aguda_por_CO_2011.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/487_GPC_IntoxicacionMonxxidoCarbono/Intoxicacion_aguda_por_CO_-_GRR_xfinalx.pdf
Diagnóstico y tratamiento de la intoxicación por metales plomo, mercurio, arsénico y talio en el primer, segundo y tercer niveles de atención	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS_598_13_METALES_PESADOS/SS_598_13_RER.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS_598_13_METAL_ESPESADOS/SS_598_13_GRR.pdf

Implementación del Modelo Integral Para la Prevención de Accidentes
en Grupos Vulnerables en México

Diagnóstico y tratamiento de las intoxicaciones agudas por opiáceos y benzodiacepinas en los tres niveles de atención	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-664-INTOX_OPIACEOS_BENZODIACEPINAS/GER_SS-664-13_DX_Y_TX_de_las_intox_opiáceos_y_benzodiacepinas.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-664-INTOX_OPIACEOS_BENZODIACEPINAS/GRR_SS-664-13_DX_Y_TX_de_las_intox_opiáceos_y_benzodiacepinas .pdf
Diagnóstico y tratamiento de las mordeduras de serpientes venenosas	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/455_GPC_Mordedura_serpiente/SSA-298-10-Mordeduras-de-Serpientes-Venenosas-RER-xCorregidax.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/455_GPC_Mordedura_serpiente/SSA-298-10-Mordeduras-de-Serpientes-Venenosas-GRR-xCorregidax.pdf
Diagnóstico y tratamiento de picaduras y mordeduras por himenópteros abeja, avispa y hormiga fórmica	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/489_GPC_DxTxMordedurasPicadurasHimenxpteros/GPC_ER_HIMENOPTEROS.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/489_GPC_DxTxMordedurasPicadurasHimenxpteros/GRR_HIMENOPTEROS.pdf
Diagnóstico, manejo inicial y criterios quirúrgicos de urgencias en quemaduras de esófago por cáusticos	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/imss_659_13_quemaddeesofagoporcausticos/imss_659_13_quemaddeesofporcausticosger.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/imss_659_13_quemaddeesofagoporcausticos/imss_659_13_quemaddeesofporcausticosgrr.pdf
Interacciones farmacológicas potenciales en la atención del adulto mayor	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-688-INTERACCIONES_FARMACOLOGICAS_ADULTO_MAYOR/IMSS-688-13-GER-INTERAC_FARMAC_EN_ADULTO_MAYOR.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-688-INTERACCIONES_FARMACOLOGICAS_ADULTO_MAYOR/IMSS-688-13-GRR-INTERAC_FARMAC_EN_ADULTO_MAYOR.pdf
Intervenciones de enfermería para la prevención de la picadura de alacrán en el primer nivel de atención	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-297-16-IntEnf_Picadura-alacran/GER_picadura-alacran.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/148_GPC_INTOXICACION_ALACRAN/Ssa_148RR.pdf
Intoxicaciones y envenenamientos en niños y adultos	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-714-14-TxgralIntoxicaciones/GER Tx Gral INTOX.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-714-14-TxgralIntoxicaciones/GRR Tx Gral Intox.pdf
Prescripción farmacológica razonada para el adulto mayor	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/558_GPC_Prescripcionfarmacologica/GER_PrescripcionFarmacologicaAM.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/558_GPC_Prescripcionfarmacologica/GRR_PrescripcionFarmacologicaAM.pdf
Prevención primaria, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la intoxicación aguda por agroquímicos en el primer nivel de atención	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/100_GPC_Intxagroquimicos/SSA_100_08_EyR.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/100_GPC_Intxagroquimicos/SSA_100_08_GRR.pdf
Prevención, diagnóstico y tratamiento de intoxicaciones agudas en pediatría en el primer, segundo y tercer nivel de atención	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/110_GPC_IntxagudaPed/SSA_110_08_EyR.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/110_GPC_IntxagudaPed/SSA_110_08_GRR.pdf

Prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la intoxicación por picadura de alacrán	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/148_GPC_INTOXICACION_ALACRAN/SSA-148-08_ALACRANISMOEVR.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/148_GPC_INTOXICACION_ALACRAN/Ssa_148RR.pdf
Tratamiento general de las intoxicaciones y envenenamientos en niños y adultos	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-714-14-TxgralIntoxicaciones/GER_Tx_Gral_INTOX.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-714-14-TxgralIntoxicaciones/GRR_Tx_Gral_Intox.pdf

Quemaduras		
	<i>y Recomendaciones</i>	<i>Guía de referencia rápida</i>
Diagnóstico y tratamiento del paciente Gran Quemado	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/040_GPC_GranQuemado/IMSS_040_08_EyR.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/040_GPC_GranQuemado/IMSS_040_08_GRR.pdf
Diagnóstico y tratamiento inicial de quemaduras en pediatría en el primer nivel	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/090_GPC_Quemadurasped/SSA_090_08_EyR.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/090_GPC_Quemadurasped/SSA_090_08_GRR.pdf
Evaluación y manejo inicial del niño Gran Quemado	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/448_GPC_Nixo_gran_quemado/GER_Nixo_gran_quemado.pdf	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/448_GPC_Nixo_gran_quemado/GRR_Nixo_gran_quemado.pdf
prevención de quemaduras en el hogar en menores de 5 años de edad en el primer	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS_quemaduras/GPCE_FINAL_OUEMADURAS_12	http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS_quemaduras/GPCE_FINAL_OUEMADURAS_12_MARZO_PDF.pdf

