



**Departamento de Bioquímica
Clínica.
Area Tecnología en Salud Pública.
*Asignatura Salud Pública.***

Título: "Muertes violentas por accidentes de tránsito".

Nombre y Apellido del alumno: Carolina Chiganer

Fecha de presentación: 27 de Septiembre 2007

INDICE.

1-LA VIOLENCIA UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA *(Pág.3)*

-EL PROBLEMA GLOBAL DE LA VIOLENCIA *(Pág.4)*

- La violencia.
- El impacto de la violencia. Vidas perdidas y salud dañada.
- Costos de la violencia.
- Las raíces de la violencia.

-TIPOS DE VIOLENCIA *(Pág.9)*

- Violencia interpersonal.
- Los jóvenes y la violencia.
- Violencia contra la pareja.
- Niños abusados abandonados por sus padres y otros cuidadores.
- Abuso de ancianos.
- Violencia sexual.
- La dinámica de la violencia interpersonal.
- Violencia autodirigida.
- Violencia colectiva.
- Teorías de la violencia humana.
- Consecuencias de la violencia colectiva.
- Accidentes de tránsito un tipo de violencia

2-LOS TRAUMATISMOS SON UN SERIO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA *(Pág.15)*

-MAGNITUD DEL PROBLEMA *(Pág.16)*

- Mortalidad.
- Morbilidad.
- ¿ Pero.... qué son los riesgos para la salud?
- Costos.

-TENDENCIAS MUNDIALES, PROYECCIONES Y PREDICCIONES *(Pág.19)*

-EL NUEVO PARADIGMA DE LOS ACCIDENTES DE TRÁNSITO *(Pág.20)*

-FACTORES DE RIESGO *(Pág.22)*

-MEDIDAS DE SEGURIDAD VIAL *(Pág.23)*

- Uso obligatorio del cinturón de seguridad
- Permisos de conducir escalonados.
- Legislación sobre seguridad vial.

-INTERVENCIONES DE SEGURIDAD VIAL *(Pág.24)*

-ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL MUNDO *(Pág.26)*

- La respuesta de salud pública a nivel mundial.

-ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN ARGENTINA *(Pág.29)*

-ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN ROSARIO *(Pág.34)*

3- PRINCIPALES MENSAJES DE LA MONOGRAFIA *(Pág.36)*

1-INTRODUCCIÓN.

Uno de los grandes temas que esta instalado en la agenda pública del mundo, como así también de nuestro país, son las " *muertes violentas por accidentes de tránsito*". Es fácil encontrar diariamente en todo tipo de medio de comunicación noticias relacionadas con muertes por el tránsito.

En el Mundo

EL PAIS.com España

La batalla contra la siniestralidad vial Radiografía de un agosto sangriento en las carreteras

La cifra de muertos crece un 27% sobre el mismo mes del año pasado al acumularse graves accidentes que han destruido familias enteras

LLORENÇ MARTÍNEZ - Madrid - 16/08/2007

"DIARIO EL PAIS"; España;16/08/2007

EL MERCURIO

Santiago de Chile, Viernes 17 de agosto de 2007, actualizado a las 17:31 hrs.

Calles violentas. "A mis cuatro familiares los mató un terrorista vial"- *chile 17 de agosto 2007*

"DIARIO EL MERCURIO";Santiago de Chile; 17/08/2007

En Argentina

Clarín.com IMPRIMIR

23.07.2007 | Clarin.com | Sociedad
FIN DE SEMANA TRAGICO

Dieciséis muertos en accidentes de tránsito

"DIARIO CLARÍN";Argentina;23/07/2007

En Rosario

LA CAPITAL.com.ar
Rosario, Cuna de la Bandera

viernes, 27 de julio de 2007

Violento choque y una mujer lesionada en el macrocentro

"DIARIO LA CAPITAL"; Rosario;27/07/2007

Las estadísticas de defunciones por accidentes de tránsito crecen día a día. Pero no se trata de números, sino de vidas humanas. De hombres, mujeres, jóvenes y niños, que vieron truncadas sus vidas a causa de accidentes de tránsito..... y esta es la razón de mi interés por tratar este tema.

Para realizar este trabajo fue importante el uso de la epidemiología como método de análisis de los problemas de salud, ya que permite relacionar los perfiles epidemiológicos con las condiciones de vida, a fin de posibilitar la adecuada formulación de políticas públicas.

Diferentes estudios a nivel internacional vienen señalando desde hace ya décadas el impacto significativo de las violencias en el proceso Salud - Enfermedad - Atención (PSEA). Los eventos productores de hechos violentos impactan en los indicadores de morbi mortalidad y en los servicios de atención a la salud con la consiguiente repercusión social y económica provocando un incremento sostenido en el gasto en salud.

Este trabajo busca analizar la "*violencia*" y los "*accidentes de tránsito*", como un grave problema de salud pública que enfrentan las sociedades actuales.

¿Pero de que hablamos cuando nos referimos a la violencia?, ¿Cuál es su significado?, ¿Por qué son un tema de salud pública?

LA VIOLENCIA, UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA.

En 1996, en la 51ª Asamblea de Salud Mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció la violencia como un problema de salud pública. Las muertes por causas externas de tipo intencional (crímenes, peleas, violencia familiar, robos, suicidios, atentados, secuestros, guerras) contribuyen cada vez más a la mortalidad general y a los años de vida perdidos. En América Latina y en especial en la Argentina, los servicios tanto de urgencia, como de atención especializada en rehabilitación física, psicológica y de asistencia social experimentan a diario una creciente demanda originada en hechos violentos. La violencia es un fenómeno que no debe vincularse sólo a problemas de índole individual; la situación social es un factor que en muchos casos, determina las conductas violentas.

La violencia debe ser tratada como un problema de salud pública no sólo porque produce lesiones, discapacidad y muerte, sino

también porque influye en el deterioro del entramado de las relaciones sociales de solidaridad y cooperación que se suele denominar "capital social". La OMS señala que estudios recientes demuestran que no son necesariamente las sociedades más ricas las que tienen mejores niveles de salud, sino las más igualitarias, es decir, aquellas que poseen alta cohesión social y una fuerte vida comunitaria. La violencia, sin duda, altera el estado completo de bienestar físico, mental y social de los afectados y es productora de enfermedad. Es un mal cotidiano capaz de convertir en víctima no sólo a los ciudadanos más vulnerables sino también a quienes detentan cierto grado de poder.

El 3 de octubre de 2006, la OMS presentó el primer Informe Mundial sobre Violencia y Salud que describe la magnitud y los efectos del problema en el mundo, así como sus factores de riesgo; reseña los tipos de intervenciones y de respuestas y su grado de eficacia; y formula nueve recomendaciones. También examina una amplia gama de aspectos, como el maltrato infantil y la negligencia de quienes deben cuidar a los niños, la violencia juvenil, la violencia contra la pareja, la violencia sexual, el maltrato de ancianos, el suicidio y la violencia colectiva.

La violencia provoca más de un 1.600.000 muertes en el mundo y se sabe que por cada una de ellas muchas personas sufren heridas y problemas de salud psíquicos, sexuales, reproductivos y mentales y tiene además una gran variedad de consecuencias para la salud en general: depresión, alcoholismo, dependencia de sustancias psicoactivas, tabaquismo, desórdenes alimentarios y del sueño, VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.

La violencia, sin embargo, es prevenible: no es una cuestión social intratable o una condición inevitable de la humanidad. Resulta de la interacción de múltiples factores, interpersonales, individuales, comunitarios y sociales. Algunos, vinculados a historias individuales de comportamiento agresivo, disciplina rígida y punitiva, escasa supervisión durante la infancia, asociación con delincuentes, experiencias violentas, tráfico de drogas, acceso a armas de fuego, inequidades económicas y de género, y normas sociales que buscan en la violencia una solución a los conflictos.

EL PROBLEMA GLOBAL DE LA VIOLENCIA.

La violencia es un grave problema de salud pública a nivel mundial. Cada año, millones de personas mueren, y un número aún mayor de gente sobrevive con discapacidades permanentes a causa de actos violentos. El Informe Mundial sobre Violencia y Salud de la OMS analiza su impacto en el sistema sanitario, político y social.

La violencia.

Una de las razones por las que la violencia ha sido largamente ignorada por los temas de salud pública es la ausencia de una

definición clara del problema: la violencia es un fenómeno difuso y complejo. La variedad de códigos morales en el mundo hacen de esta cuestión una de las más cambiantes y sensibles de discusión. Es necesario un esfuerzo para alcanzar consenso y un estándar universal de conductas. Hay varios caminos para definir la violencia, depende de quién y con qué propósito lo haga. *"El desafío es hallar una definición que incluya una serie de actos perpetrados y la experiencia subjetiva de las víctimas, sin llegar a ser un concepto tan amplio que pierda sentido, o que describa las naturales vicisitudes de la vida diaria en términos de patología"* ⁽¹⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la violencia como "El uso intencional de la fuerza o el poder físico, o la amenaza de usarlo, contra uno mismo, otra persona, grupo o comunidad, tanto que resulte o tenga una alta probabilidad de resultar en lesión, muerte, daño psicológico, mal desarrollo o privación". La definición abarca la violencia interpersonal, además de las conductas suicidas y los conflictos armados. Cubre una gran serie de actos que van más allá de los conductas psicológicas, incluye las amenazas y la intimidación, con consecuencias menos obvias pero que comprometen el bienestar individual, familiar y comunitario.

La violencia es un grave problema de salud pública a nivel mundial. Cada año, millones de personas mueren como resultado de lesiones debidas a actos violentos y un número aún mayor de individuos logra sobrevivir, pero padeciendo discapacidades permanentes. A nivel mundial, la violencia es una de las principales causas de muerte en personas entre los 15 y 44 años de edad, comprendiendo el 14% del total de muertes en hombres y el 7% del total de defunciones en mujeres.

La complejidad y variedad de los actos violentos generan sentimientos de impotencia y apatía. Existen algunas tipologías, pero ninguna es universalmente aceptada. El criterio utilizado en este informe la divide en categorías amplias, de acuerdo a quién comete el acto violento: violencia dirigida contra uno mismo, interpersonal y colectiva.

El impacto de la violencia. Vidas perdidas y salud dañada.

En el año 2000, un estimado de 1.600.00 personas perdieron sus vidas por la violencia en todo el mundo, un índice cercano a 28,8 por 100.000 .Alrededor de la mitad de esas muertes fueron suicidios, cerca de un tercio homicidios y un quinto fueron ocasionadas por conflictos armados.

Una de cada dos muertes violentas ocurridas en el mundo durante el año 2000 se debió a lesiones que la víctima se infligió a sí misma. Del total de muertes violentas, 815.000 fueron suicidios (14,5 por cada 100.000), lo que lleva a los autores del Informe a observar que una persona pone fin a su vida cada 40 segundos.

El crimen fue la segunda causa de muerte violenta con más de 500.000 casos (199.000 de las cuales eran víctimas de entre 10

y 29 años), seguida de los conflictos bélicos, que mataron a 300.000 personas en 2000.

Por supuesto, no todos están en igual riesgo de violencia y una mirada cercana sobre el problema revela quiénes fueron las principales víctimas y dónde vivían. Los hombres constituyeron los tres cuartos de todas las víctimas de homicidio (triplican en número a las mujeres). Los mayores índices de homicidio se registraron entre hombres de 15 a 29 años. Las tasas de homicidio entre hombres tienden a declinar con la edad; sin embargo, para las mujeres el índice es alrededor de 4 por 100.000 en todos los grupos etáreos, con la excepción del grupo de entre 5 y 14 años, donde es cercano al 2 por 100.000. Por el contrario, las tasas de suicidio tienden a incrementarse con la edad para ambos sexos.

Los índices de muerte violenta también varían de acuerdo al nivel de ingresos del país: en los países de ingresos bajos a medio son más del doble (32,1 por 100.000), en comparación con los países de ingresos altos (14,4 por 100.000).

Estos índices globales ocultan amplias variaciones. Por ejemplo, hay grandes diferencias en índices entre las regiones de la OMS. En la región africana y en la región de las Américas, los índices de homicidios son casi tres veces más altos que los índices de suicidios. Sin embargo, en las regiones del sudeste de Asia y Europa, los índices de suicidio son más del doble que los de homicidio y en la región del Pacífico Oeste, los índices de suicidio son casi seis veces más altos que los de homicidio.

En general, el número de suicidios tiende a aumentar con la edad, aunque las tasas absolutas más altas se encuentran en personas menores de 45 años; además, en las mujeres se plantean con más frecuencia el suicidio, pero los hombres acaban haciéndolo más a menudo (3 suicidios masculinos por cada uno femenino). Sólo el 10% de las personas que intentan suicidarse acaba consiguiéndolo.

Estos datos globales también ocultan amplias variaciones dentro de los mismos países: entre población urbana y rural, entre comunidades ricas y pobres y entre diferentes grupos raciales y étnicos.

Las cifras por muerte violenta, sin embargo, cuentan sólo parte de la historia. El abuso físico, sexual y psicológico ocurre a diario en todos los países, socavando la salud y el bienestar de muchos millones de personas y sumando los vastos costos que representa cada año en cuidados de la salud, gastos legales, ausentismo del trabajo y pérdida de productividad. Además, los efectos de la violencia sobre la salud pueden durar muchos años después del abuso inicial e incluir discapacidad permanente como lesión en la espina dorsal, daño cerebral o pérdida de miembros.

Aparte de la agresión física directa, las víctimas de violencia están en riesgo a gran escala de problemas psicológicos y de conducta, incluyendo depresión, abuso de alcohol, ansiedad y conducta suicida, como así también problemas de salud

reproductiva como un embarazo no deseado, enfermedades de transmisión sexual y disfunciones sexuales.

Es importante notar, sin embargo, que raramente hay una simple relación causa - efecto entre el acto violento y su impacto, particularmente donde hubo abuso psicológico. La gente responde a la adversidad en formas sumamente individuales. La edad y el temperamento de la persona y si él o ella tienen o no apoyo emocional, influirán en los efectos de los hechos violentos.

Costos de la violencia.

Además de lo que representa a nivel de miseria humana, la violencia pone una carga masiva sobre las economías nacionales. Por ejemplo, los estudios auspiciados por el Banco Interamericano de Desarrollo entre 1996 y 1997 sobre el impacto económico de la violencia en seis países latinoamericanos, calculó que el desembolso, sólo en servicios de salud, ascendió al 1,9% del producto bruto interno en Brasil, al 5% en Colombia, al 4,3% en El Salvador, al 1,3% en México, al 1,5% en Perú y al 0,3% en Venezuela.

Un estudio en los Estados Unidos calculó en 126 billones de dólares el costo anual de tratamiento por heridas de disparos. Los cortes y las heridas de puñal costaron un adicional de 51 billones de dólares. La evidencia muestra que, como regla general, las víctimas de violencia doméstica o sexual tienen más problemas de salud, significativamente mayores costos en el cuidado de la salud y visitas más frecuentes a los departamentos de emergencia de los hospitales a lo largo de su vida, que aquellos sin una historia de abuso. Lo mismo se da en las víctimas de abuso y abandono infantil.

Los costos indirectos pueden incluir, por ejemplo: la provisión de un refugio o lugar seguro y cuidado a largo plazo; la pérdida de productividad como resultado de una muerte prematura, lesión, ausentismo, discapacidad a largo plazo y pérdidas potenciales; la disminución de la calidad de vida y de la capacidad para cuidarse a sí mismos y a otros; el daño a la propiedad e infraestructura pública que conduce a la interrupción de servicios sanitarios, transporte y distribución de comida; la interrupción de la vida cotidiana como resultado de los cuidados para la seguridad personal; la pérdida de incentivos para las inversiones y el turismo, lo que dificulta el desarrollo económico.

Las raíces de la violencia.

No existe un único factor para explicar por qué una persona y no otra actúa de manera violenta, ni por qué una comunidad se hace trizas por la violencia mientras otra comunidad vecina vive en paz. La violencia es un fenómeno extremadamente complejo que tiene sus raíces en la interacción de muchos factores: biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos.

El Informe Mundial sobre Violencia y Salud usa un modelo ecológico para tratar de entender la naturaleza multifacética del problema, ¿pero en que se basa el modelo ecológico?

Es un estudio epidemiológico descriptivo poblacional. En este tipo de modelo se diferencian dos planos de análisis que se complementan en un flujo dialéctico de ida y vuelta, un camino que ayuda al investigador a ir en descenso de lo concreto a lo abstracto y un camino de ascenso que le hace volver de lo abstracto a lo concreto en la necesidad de querer conocer y comprender dicho objeto. Vale decir que partiendo del fenómeno epidemiológico que requiere de la percepción de los sentidos para lograr lo concreto sensible, debemos a través de una serie de abstracciones ir al concreto del pensamiento epidemiológico en la búsqueda de la esencia explicativa de este fenómeno previo y recién con ayuda de la razón lograr plantear la concreción racional que permite determinar a cabalidad cualquier objeto o evento epidemiológico. Su fortaleza reside en que ayuda a distinguir entre las diferentes influencias sobre la violencia, al mismo tiempo que provee una estructura de trabajo para entender cómo interactúan. El modelo examina los factores que influyen en las conductas violentas - o aquellos que incrementan el riesgo de cometer violencia o ser víctima de ella - dividiéndolos en cuatro niveles:

- El primer nivel identifica los factores históricos biológicos y personales, que influyen en las conductas individuales e incrementan las posibilidades de convertirse en víctima o perpetrador de violencia.
- El segundo nivel analiza las relaciones íntimas y explora cómo esas relaciones incrementan el riesgo de ser una víctima o perpetrador de violencia.
- El tercer nivel considera los contextos comunitarios: escuela, lugares de trabajo, vecindarios. Busca identificar las características de esos escenarios que incrementan el riesgo de violencia. Pueden ser influidos por diversos factores: movilidad residencial, densidad de población, altos niveles de desempleo o existencia de comercio de drogas.
- El cuarto nivel busca en los extensos factores sociales que ayudan a crear un clima en el cual la violencia sea fomentada o inhibida. Esto incluye la disponibilidad de armas y normas sociales y culturales.

En cada nivel, los factores son fortalecidos o modificados por los factores de otro. Además de ayudar a clarificar las causas de la violencia y sus complejas interacciones, el modelo ecológico también sugiere que para prevenir la violencia es necesario actuar a través de varios niveles diferentes al mismo tiempo.

La ingerencia de la salud pública.

Las intervenciones en salud pública, son tradicionalmente caracterizadas en términos de los tres niveles de prevención:

- Prevención primaria: enfoques que se centran en prevenir la violencia antes de que ocurra.
- Prevención secundaria: enfoques sobre las respuestas inmediatas a la violencia, como el cuidado hospitalario, los servicios de emergencia o tratamientos para las enfermedades de transmisión sexual después de una violación.
- Prevención terciaria: enfoques sobre el cuidado de las consecuencias de la violencia a largo plazo, la rehabilitación y reintegración, o el intento de disminuir o reducir la incapacidad a largo plazo asociada con la violencia.

TIPOS DE VIOLENCIA.

Hay muchas clases de violencia, que se dan en una gran variedad de contextos. El desarrollo e interpretación de cada una de ellas es clave para proporcionar las bases de las acciones preventivas. Es por esto que a continuación definiremos varios tipos de violencia.

Violencia interpersonal.

En el año 2000, un estimado de 520.000 personas fueron asesinadas en actos de violencia interpersonal en todo el mundo (8,8 por cada 100.000). Pero las estadísticas oficiales de homicidio no cuentan toda la historia. Muchas muertes son ocultadas como accidentes o atribuidas a causas naturales o desconocidas.

Por cada persona que es asesinada por violencia, muchas más sufren daños físicos o psíquicos; a menudo, la información oficial acerca de casos no fatales es incompleta, particularmente para casos de violencia interpersonal que traen aparejado un estigma social. Por ejemplo, tanto en los países en vías de desarrollo como en los industrializados, es más probable que las mujeres que han sido abusadas por su pareja lo cuenten a sus amigos y familiares que a la policía.

Los patrones de violencia interpersonal difieren marcadamente a través del mundo. Mientras el abuso de niños o ancianos o la violencia entre parejas son problemas comunes en todos los países, los índices de violencia juvenil son excepcionalmente altos en África y Latinoamérica comparados con otras regiones. Ciertas formas de violencia sexual, como el tráfico o casamiento de niños, son más evidentes en África y en el sur de Asia que en otros lugares.

Los jóvenes y la violencia.

La violencia juvenil (que abarca personas entre los 10 y 29 años) incluye actos agresivos que van desde intimidación y pelea física, hasta las más serias formas de asalto y homicidio. En muchos países, las mujeres jóvenes son las principales perpetradoras y víctimas de homicidios. En el año 2000, la violencia dejó 199.000 jóvenes muertos; el mayor índice se registró en África y Latinoamérica, y el más bajo en el Oeste de Europa y partes de Asia y el Pacífico. Con la notable excepción de los Estados Unidos, la mayoría de los países con índice de homicidio juvenil por encima de 10 por 100.000 están en vías de desarrollo o se encuentran en medio de una confusión por cambios sociales y económicos. Por cada joven asesinado por la violencia, un estimado de 20 a 40 recibe lesiones que requieren tratamiento hospitalario.

Entre los jóvenes con conductas violentas e involucrados en delincuencia, la presencia de alcohol, drogas y armas aumenta la probabilidad de lesiones o muertes asociadas con la violencia. Los indicadores de violencia juvenil aumentan en tiempos de conflicto armado y represión y cuando toda la sociedad está atrapada en un cambio político y social. Los indicadores de violencia juvenil también son altos en países donde las políticas de protección social son débiles, la desigualdad en ingresos es grande y donde prevalece la cultura de violencia.

Violencia contra la pareja.

La violencia contra la pareja ocurre en todos los países, culturas y niveles sociales sin excepción, aunque algunas poblaciones (por ejemplo, los grupos de bajos ingresos) están en mayor riesgo.

Además de actos de agresión física como pegar o patear, la violencia por parte de parejas incluye coito forzado y otras formas de coerción sexual, abuso psicológico, intimidación o humillación y conductas controladoras como aislar a la persona de su familia o amigos, o restringir el acceso a la información y asistencia.

Aunque las mujeres pueden ser violentas hacia sus parejas masculinas y la violencia ocurre también entre parejas del mismo sexo, la mayor carga en las parejas es sufrida por las mujeres en manos de los hombres.

En una encuesta basada en 48 poblaciones alrededor del mundo, del 10% al 69% de las mujeres reportaron ser físicamente atacadas por su pareja masculina en algún momento de sus vidas.

Niños abusados abandonados por sus padres y otros cuidadores.

Los niños son abusados y abandonados por sus padres y otros cuidadores en todas partes del mundo. Como con la violencia

contra la pareja, los abusos en niños incluyen abuso físico, sexual y psicológico, así como abandono.

Aunque la información confiable es extremadamente escasa, se estima que hubo 57.000 homicidios de niños por debajo de los 15 años de edad en todo el mundo en 2000.

Niños muy jóvenes están en gran riesgo: los indicadores de homicidios entre niños de 0 a 4 años son más del doble que entre niños de 5 a 14 años (5,2 por 100.000 comparados con 2,1 por 100.000). La causa de muerte más común es la lesión cerebral, seguida por la abdominal y la asfixia intencional.

Es igualmente escasa la información confiable sobre abuso no fatal de niños, pero estudios realizados en varios países sugieren que los niños por debajo de los 15 años frecuentemente son víctimas de abuso o abandono y requieren cuidado médico e intervención de servicios sociales. El número de niños que sufren abuso sexual en todo el mundo es desconocido, pero las investigaciones sugieren que cerca del 20% de mujeres y entre el 5% y 10% de varones han sufrido abuso sexual siendo niños.

Entre los factores individuales, la edad y el sexo juegan un importante papel. Generalmente los niños más jóvenes están en mayor riesgo de abuso físico, en tanto que los mayores índices de abuso sexual se dan entre quienes han alcanzado la pubertad o la adolescencia. Muchos estudios también sugieren que el abuso de niños está relacionado con la pobreza y con la escasez de capital.

Abuso de ancianos.

El abuso de ancianos por sus familiares u otros cuidadores está siendo reconocido cada vez más como un serio problema social. Es también un problema que puede continuar creciendo, como lo indica la experiencia en muchos países, debido al envejecimiento rápido de la población. Entre 1995 y 2025, por ejemplo, se espera que el número de gente por encima de los 60 años en todo el mundo se duplique, es decir, que llegue aproximadamente a 1,2 billones. Las encuestas, basadas en poca población, sugieren que entre el 4% y el 6% de los ancianos experimenta alguna forma de abuso en el hogar y que el maltrato en instituciones puede ser mayor de lo que generalmente se cree.

Violencia sexual.

La mayoría de los actos de violencia sexual son experimentados predominantemente por mujeres y niñas y llevados a cabo por hombres y niños. No obstante, la violación de hombres y niños es un problema identificado y la coerción sexual en jóvenes por parte de mujeres mayores también ha sido reportada. Información confiable sugiere que en algunos países, cerca de una de cada cuatro mujeres informa violencia sexual de parte de

su pareja y más del tercio de las niñas adolescentes informan iniciación sexual forzada.

Datos confiables también sugieren que cientos de miles de mujeres y niñas en todo el mundo son compradas y vendidas cada año para la prostitución o esclavitud sexual o son objeto de violencia sexual en las escuelas, lugares de trabajo y refugios.

La dinámica de la violencia interpersonal.

Las diferentes formas de violencia interpersonal comparten muchos factores de riesgo subyacentes. Algunos presentan características psicológicas como un pobre control conductual, baja autoestima y desórdenes de personalidad y conducta. Otros son recogidos de la experiencia: falta de vínculos emocionales y apoyo, exposición temprana a la violencia en el hogar (si fueron testigos o experimentaron violencia familiar) e historias familiares o personales marcadas por divorcio o separación. El abuso de drogas y alcohol está frecuentemente asociado con la violencia interpersonal. La pobreza, la disparidad de ingresos y la desigualdad de géneros se destacan como factores comunitarios y sociales importantes.

Los diferentes tipos de violencia también están relacionados en distintos sentidos. Por ejemplo, la experiencia de ser rechazado, abandonado y sufrir duros castigos físicos en manos de sus padres, dejan a los niños en gran riesgo de tomar conductas agresivas y antisociales.

Las armas usadas difieren de un tipo de violencia a otra. Por ejemplo, en las diferentes formas de violencia familiar, así como en relación de pareja y violencia sexual, son usados con más frecuencia puños, pies y distintos objetos; en contraste, en los casos de violencia juvenil, es más probable el uso de armas letales (armas de fuego o cuchillos).

Violencia autodirigida.

En muchos lugares del mundo el suicidio es estigmatizado - condenado por razones religiosas y culturales - y en algunos países es una ofensa criminal penada por ley. El suicidio es además un acto reservado, rodeado por tabú y puede no ser reconocido, ser descalificado o ser deliberadamente ocultado por los registros de muerte oficiales.

Un estimado de 815.000 personas en todo el mundo se mataron en 2000 -aproximadamente una persona cada 40 segundos- haciendo del suicidio la 13ª causa de muerte en el mundo. Los mayores índices se registran los países de Europa del Este, y los más bajos en Latinoamérica y algunos países de Asia.

En general, los índices de suicidio aumentan con la edad.

En promedio, en todo el mundo hay tres suicidios masculinos por cada femenino. Otra vez, hay una variación considerable entre países, poblaciones urbanas y rurales y diferentes grupos raciales o étnicos. Por ejemplo, los índices de suicidio son a

menudo mayores entre indígenas que entre el resto de la población.

En promedio, está estimado que hay dos o tres intentos por cada suicidio concretado entre gente por encima de los 65 años, mientras que por debajo de los 25 años, la proporción entre suicidios no fatales y fatales puede alcanzar 100-200:1. Cerca del 10% de quienes intentan suicidarse eventualmente logran hacerlo. Una gran proporción de gente tiene constantes pensamientos suicidas, pero nunca intenta matarse. En promedio, las mujeres tienen más pensamientos suicidas que los hombres.

Violencia colectiva.

La violencia colectiva, en sus múltiples formas, recibe un alto grado de atención pública. Los conflictos violentos entre naciones o grupos, Estado y grupo terrorista, la violación como arma de guerra, el movimiento de gran número de gente desplazada de sus hogares y grupos de guerra, ocurre a diario en muchas partes del mundo. Los efectos de estos tipos de hechos sobre la salud en términos de muerte, enfermedades físicas, incapacidades y angustia mental son vastos.

El mundo todavía está aprendiendo cuál es la mejor respuesta a las variadas formas de violencia colectiva, pero ahora está claro que la salud pública tiene un importante papel que jugar. La Asamblea Mundial de Salud declaró en 1981, que el rol de los trabajadores de la salud en la promoción y preservación de la paz, es un factor importante para alcanzar la salud para todos.

Teorías de la violencia humana.

Desde la más remota antigüedad, los hombres se enfrentaron entre sí por diversos motivos. En los últimos 5.000 años de la historia, la humanidad ha experimentado miles de guerra, y en todas ellas se han usado armas más poderosas que la fuerza humana. La historia de la humanidad es una historia de guerras y conquistas, donde el más fuerte se impone al más débil.

En la Edad de la Piedra, los mismos instrumentos ideados para defenderse de la naturaleza salvaje fueron trocados en armas de guerra. Después, cuando el hombre descubrió los metales, construyó armas más mortíferas que la honda y la lanza con punta de piedra. Al irrumpir la pólvora en la historia, se fabricaron proyectiles para ser disparados por medio de un cañón. De modo que el arte de la guerra se perfeccionó entre el siglo XV y XVIII, con la progresiva consolidación del arma de fuego como factor decisivo en la contienda. El uso de la pólvora se extendió rápidamente a los campos de batalla y las armas tradicionales fueron sustituidas por arcabuces, mosquetes y cañones.

La guerra, que es un producto de la violencia y el deseo de poder, está generada por los instintos agresivos de la psicología humana.

Muchos millones de personas han muerto durante conflictos, aunque nunca se llegará a conocer con exactitud cuántos. Los registros de muertes y lesiones son pobres en muchas partes del mundo y la recolección de datos a menudo se interrumpe en tiempos de conflicto. Más allá de eso, hay muchas razones para que las partes en conflicto traten de ocultar o manipular las evidencias de muerte y destrucción que han causado. ⁽²⁾

Consecuencias de la violencia colectiva.

Además de las amenazas de muerte directas y lesiones ocasionados, los conflictos incrementan en muchas formas indirectas los índices de mortalidad y morbilidad entre civiles. Por ejemplo, destruyen la infraestructura e interrumpen servicios vitales de cuidados médicos y salud pública e inmunización, incrementando el riesgo de enfermedades infecciosas. Como regla general, los índices de mortalidad infantil aumentan en tiempos de conflicto.

La violencia y la crueldad de los conflictos están asociadas con los problemas psicológicos y de conducta (depresión, ansiedad, conductas suicidas, abuso de alcohol y estrés postraumático).

Además, los traumas psicológicos pueden derivar en conductas antisociales, como las que se dan en familias conflictivas o en agresión hacia otros. Esta situación es a menudo exacerbada por la disponibilidad de armas y por personas que se vuelven adictas a la violencia, aun mucho tiempo después de estar expuestos al conflicto.

Accidentes de tránsito un tipo de violencia.

Vivimos en un mundo en donde la violencia ocupa más espacio que cualquier otro aspecto de la vida diaria, en todos los medios de comunicación. Los accidentes de tránsito se han convertido en una epidemia que convive en la cotidianidad de peatones y conductores. Representan en la actualidad un grave problema de salud pública, cada año se produce medio millón de muertes y 15 millones de heridos en las carreteras de todo el mundo. Dentro de los hechos violentos en general las lesiones temporales o definitivas como producto los accidentes viales se han convertido una gran carga con un elevado costo y sacrificio económico, social y emocional para toda la sociedad. Los accidentes de todo tipo ocupan el tercer lugar en mortalidad con una tasa de más del 40 por 100.000 habitantes, siendo sólo superada por las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Dentro de los accidentes en general, los accidentes de tránsito ocupan el primer lugar con una tasa del 22,5 por 100.000 habitantes. ⁽²⁾

2-LOS TRAUMATISMOS CAUSADOS POR EL TRANSITO SON UN SERIO PROBLEMA DE SALUD PUBLICA.

Los accidentes de tránsito son un serio problema de salud pública y es necesario entender el tema de la seguridad vial como una cuestión multisectorial. Es importante darle un enfoque sistémico, así como también es necesario que exista una voluntad política y un compromiso de alcanzar una gestión eficaz para lograr una pronta e importante reducción de los traumatismos causados por el tránsito. El cambio de paradigma sobre el problema del tránsito está influyendo en el mejoramiento de las capacidades, en las políticas viales y tipos de medidas consideradas exitosas, como por ejemplo el desarrollo institucional y la formulación de programas. Como vemos en el gráfico los traumatismos son prevenibles si tomamos a la "Salud Pública" para vigilar las lesiones, tomar medidas de prevención y controlarlas; brindar servicios para actuar cuando ocurren los accidentes, siempre actuando desde la política con fondos para llevar a cabo este tipo de campañas.



Cuando nos referimos a traumatismos por el tránsito es importante la definición del término "colisión" (o "choque"), para denotar un suceso o serie de sucesos que cabe someter a un análisis racional y a la aplicación de medidas correctivas. El término accidente puede dar la impresión de sucesos inevitables e impredecibles, es decir, imposibles de controlar.

MAGNITUD DEL PROBLEMA EN EL MUNDO.

Mortalidad.

Anualmente se producen aproximadamente 1,2 millones de muertes por el tránsito, cerca de 3000 vidas perdidas por día. Alrededor de 85% de las defunciones imputables al tránsito se concentran en países de ingresos bajos y medios. Los traumatismos causados por el tránsito representaron en 2002 el 2,1% de todas las defunciones y ocuparon ese año el undécimo puesto en la lista de las principales causas de muerte.

La tasa de mortalidad mundial general fue de 19,0 por 100.000 habitantes con una variación considerable entre las regiones del mundo. En números absolutos, la Región del Pacífico Occidental registró en 2002 el número más elevado de muertes, seguida por la Región de Asia Sudoriental. En cuanto a tasas de mortalidad, la Región de África mostró la más elevada, seguida por los países de ingresos bajos y medios de la Región del Mediterráneo Oriental.

Morbilidad.

Para medir plenamente el impacto de las colisiones en el tránsito, además de las defunciones hay que tener en cuenta que por cada muerte atribuible al tránsito docenas de sobrevivientes quedan con discapacidades temporales o permanentes. En 2002, los traumatismos causados por el tránsito constituían la novena causa principal de años de vida ajustados en función de la capacidad de años perdidos.

En 2002, los traumatismos causados por el tránsito constituían la novena causa principal de años de vida ajustados en función de la capacidad perdidos (AVAD). Representaban 38 millones de AVAD perdidos, lo que equivalía a 2,6% de la carga mundial de morbilidad. Los países de ingresos bajos y medios representaban el 91,8% de AVAD perdidos por lesiones causadas por el tránsito en todo el mundo.

Representaban 38 millones de años perdidos, lo que equivalía a 2,6% de la carga mundial de morbilidad. Los países de ingresos bajos y medios representaban el 91,8% de años perdidos por lesiones causadas por el tránsito en todo el mundo.

Estimación mundial del número de defunciones relacionadas con traumatismos causados por el tránsito			
	Número	Tasa por 100.000 habitantes	Proporción del total (5%)
Paises de ingreso bajo y medio	1.065.988	20,2	90
Paises de ingreso alto	117.504	12,6	10
Total	1.183.492	19,0	100

Fuente: OMS, proyecto Carga Mundial de Morbilidad, 2002.

En 2002, los traumatismos causados por el tránsito constituían la novena causa principal de años de vida ajustados en función de la capacidad perdidos (AVAD). Representaban 38 millones de AVAD perdidos, lo que equivalía a 2,6% de la carga mundial de morbilidad. Los países de ingresos bajos y medios representaban el 91,8% de AVAD perdidos por lesiones causadas por el tránsito en todo el mundo.

Definición de AVAD: *el concepto de años de vida ajustados en función de la discapacidad, es una medida que combina años de pérdida potencial de vida debido a muerte prematura con años de vida productiva perdidos por discapacidad. (4)*

Si bien el AVAD es un indicador epidemiológico muy usado presenta dos tipos de limitaciones: la escasez de datos y estimaciones en los que se basa su cálculo o su reducida fiabilidad, y la ausencia de consenso sobre las valoraciones sociales que debe incorporar un indicador normativo. Sin embargo, considerar conjuntamente las consecuencias mortales y discapacidades de las enfermedades para definir su impacto en la salud de las poblaciones parece una necesidad irrefutable. Por esta razón, los AVAD se configuran como un indicador potencialmente útil para ayudar en la definición de las prioridades y en la asignación de recursos. Cabe esperar que el debate que actualmente continua desarrollándose construya una mejor definición de las necesidades y prioridades de la salud de las poblaciones.⁽³⁾

Para prevenir las enfermedades y los traumatismos, es fundamental dedicar atención preferente a los riesgos para la salud.

¿ Pero.... qué son los riesgos para la salud?

En la esfera sanitaria, las imágenes más emotivas e impactantes son las de las personas enfermas, pero para prevenir las enfermedades y los traumatismos es necesario proceder primeramente a la evaluación y la reducción sistemáticas de sus causas. Una parte importante de la labor científica y la mayor parte de los recursos sanitarios se dirigen hacia el tratamiento de las enfermedades; predomina el principio de la «*asistencia a persona en peligro*». Los datos sobre el desenlace de enfermedades o traumatismos, por ejemplo la mortalidad o la hospitalización, suelen centrarse en la necesidad de servicios paliativos o curativos. En cambio, las evaluaciones de la carga resultante de factores de riesgo estiman el potencial de la prevención. Una excepción notable tiene que ver con las afecciones transmisibles, pues el tratamiento de los individuos infectados puede prevenir la propagación ulterior de la infección, con lo que el tratamiento en sí mismo puede ser un método de prevención. Incluso cuando se presta atención preferente a las causas además de al resultado de las enfermedades, gran parte de la actividad científica se ha

centrado en determinar si existe un riesgo. ¿Provocan leucemia las radiaciones electromagnéticas? ¿Provocan tumores cerebrales los teléfonos móviles? Esas evaluaciones suelen ir acompañadas de una estimación de la medida en que los individuos expuestos corren mayor riesgo que los no expuestos. La evaluación del impacto en poblaciones enteras preguntando qué parte de la carga de morbilidad de una población puede deberse a un riesgo concreto ha sido mucho menos frecuente. Hay que tener en cuenta muchos factores a la hora de fijar prioridades en las estrategias de reducción de riesgos para la salud. Son particularmente importantes la magnitud de la amenaza que suponen los distintos factores de riesgo, la disponibilidad de intervenciones costo eficaces y los valores y preferencias de la sociedad. Esos factores también son fundamentales para determinar las prioridades de investigación; si existe una amenaza importante y se carece de soluciones costo eficaces, esa amenaza debe ser prioritaria en el programa de investigaciones. Los gobiernos también tienden a asegurarse de que su programa se centre en las principales amenazas para la salud en sus países. Por todo ello, un elemento básico en la determinación de prioridades es disponer de información fiable, comparable y de interés local sobre la magnitud de los diferentes riesgos para la salud, especialmente para los gobiernos que estén estableciendo orientaciones generales en materia de política e investigación sanitarias. Por lo general, no obstante, esa información ha sido sumamente limitada, lo que ha dado lugar a un vacío en el que algunos grupos de intereses pueden intentar restar importancia a algún riesgo o exagerarlo. Además, existe un desequilibrio implícito en la información de los medios acerca de los riesgos: no se habla de las grandes amenazas comunes para la salud, pues el público ya las conoce, mientras que las amenazas raras o poco habituales tienen gran interés periodístico. La rectoría, una de las funciones básicas del gobierno, exige una visión amplia, un horizonte a largo plazo y un criterio basado en pruebas objetivas, así como la información emanada de evaluaciones fiables y comparables de la magnitud de los distintos riesgos sanitarios.⁽⁴⁾

Costos.

Aunque la mayor atención se centra en las defunciones, son los traumatismos y las discapacidades resultantes los que suman costos asombrosamente elevados. Se estima que el costo anual de los traumatismos causados por choques en la vía pública representa aproximadamente el 1% del Producto Nacional Bruto (PNB) en los países de ingresos bajos, 1,5% en los países de ingresos medianos y 2,0% en los países de ingresos altos. En el ámbito mundial, los costos económicos directos de los choques en la vía pública se estiman en US\$ 518.000 millones, de los cuales US\$ 65.000 millones corresponden a los países de ingresos bajo. Los costos sociales son difíciles de cuantificar

pero se manifiestan en una carga pesada y trágica que recae sobre las víctimas y sobre sus familias, amistades y comunidades. Millones de personas son hospitalizadas por causa de choques graves y muchas de ellas nunca podrán vivir, trabajar o jugar como solían hacerlo.

Tasas de defunciones causadas por el tránsito (por 100.000 habitantes) en las regiones de la OMS, 2002		
Región de la OMS	Países de ingresos bajos y medios	Países de ingresos altos
Región de África	28,3	–
Región de las Américas	16,2	14,8
Región de Asia Sudoriental	18,6	–
Región de Europa	17,4	11,0
Región del Mediterráneo Oriental	26,4	19,0
Región del Pacífico Occidental	18,5	12,0

Fuente: OMS, proyecto Carga Mundial de Morbilidad, 2002.

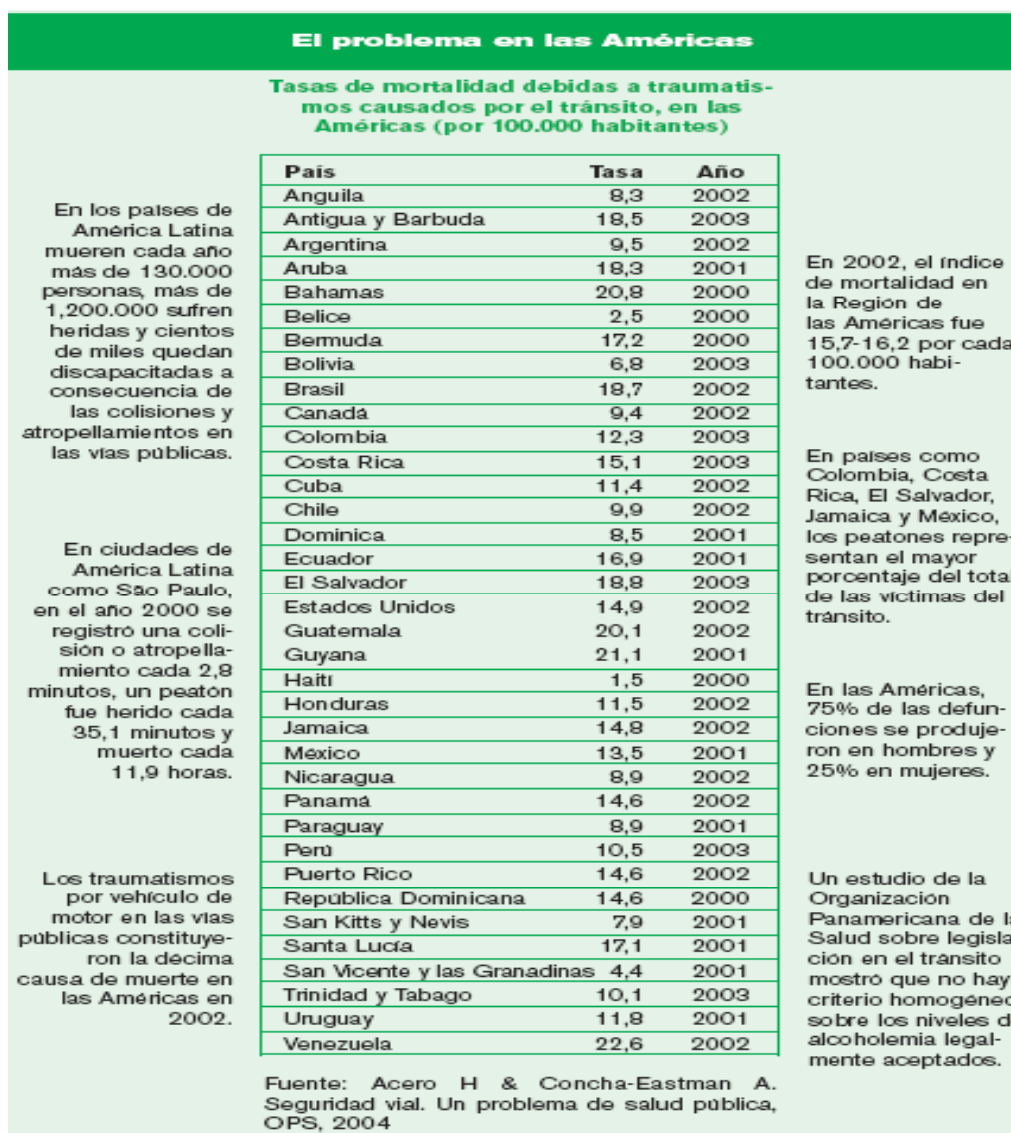
TENDENCIAS MUNDIALES, PROYECCIONES Y PREDICCIONES.

Las defunciones causadas por el tránsito aumentaron en un 10% desde 1990 a 2002 en todo el mundo, con una concentración significativa en los países de ingresos bajos y medios. Aunque los traumatismos causados por el tránsito han aumentado en todo el mundo, desde las décadas de 1960 y 1970 hay una clara tendencia descendente de la mortalidad en cifras absolutas y en tasas en los países de ingresos altos, tales como Alemania, Australia, Canadá, Estados Unidos, los Países Bajos, el Reino Unido y Suecia, mientras que en los países de ingresos bajos y medios ha habido un aumento pronunciado en las cifras y tasas. En América Latina y el Caribe, el aumento rápido de las defunciones causadas por el tránsito se inició de 1992 en adelante.

Si no se toman con urgencia medidas de seguridad vial, el pronóstico de la OMS para 2020 es el siguiente:

- Las muertes causadas por el tránsito aumentarán en todo el mundo de 0,99 millones a 2,34 millones, lo que representa 3,4% de todas las defunciones. En los países de ingresos bajos y medios aumentarán como promedio más de 80% y en los países de ingresos altos descenderán casi 30%.
- La cifra de AVAD perdidos aumentará en todo el mundo de 34,3 millones a 71,2 millones, lo que representa 5,1% de la carga mundial de morbilidad.

Tasa de mortalidad en las Américas



EL NUEVO PARADIGMA SOBRE LAS LESIONES Y EL TRÁNSITO

Históricamente se consideraban los "accidentes" de tránsito como una consecuencia inevitable del transporte y por lo tanto imposible de controlar.

Asimismo, la seguridad vial estaba en manos del sector transporte quien se ocupaba sobre todo de construir infraestructura y gestionar el crecimiento de la circulación.

Durante los últimos 40 años se desarrolló la seguridad vial como una ciencia gracias a lo cual hoy en día se conocen bien las estrategias eficaces para prevenir las colisiones y/o reducir su número. La seguridad vial actual ha sido influenciada en gran medida por el modelo de William Haddon quien hace 30 años calificó al transporte por carretera como un sistema hombre-máquina mal concebido, que requería un tratamiento sistémico integral. Definió tres fases en la secuencia de las colisiones: la

previa, la colisión y la posterior y una tríada epidemiológica: la persona, la máquina y el ambiente, que interactúan en cada fase. El modelo resultante simula un sistema de nueve celdas, cada una de las cuales ofrece la posibilidad de intervención para reducir los traumatismos causados por el tránsito.

Fases de la matriz de Haddon

La matriz de Haddon				
Fase		Humano	Vehículos y equipamiento	Ambiental
Antes del choque	Prevención de los choques	Información Actitudes Disminución de las facultades Aplicación de la ley	Condiciones mecánicas Luces Frenos Maniobrabilidad Gestión de la velocidad	Diseño y trazado del camino Límites de velocidad Elementos de seguridad peatonal
Choque	Prevención de traumatismos durante el choque	Uso de dispositivos de protección Disminución de las facultades	Cinturones de seguridad Otros dispositivos de seguridad Diseño vehicular antichoques	Elementos protectores a los costados del camino
Después del choque	Preservación de la vida	Nociones de primeros auxilios Acceso a la atención médica	Facilidad de acceso Riesgo de incendio	Equipamiento de socorro Congestión

Basadas en las ideas de Haddon, diversas estrategias y técnicas para reducir el número de víctimas mortales se han ensayado a nivel internacional, en el marco de investigaciones científicas y de observación empírica. Las estrategias incluyen las siguientes medidas:

- Disminuir la exposición a los riesgos.
- Prevenir colisiones.
- Procurar que los traumatismos sean menos graves en caso de colisión.
- Atenuar las consecuencias de los traumatismos mejorando la atención después de un choque.

Este enfoque sistémico de intervenciones se proyecta y se lleva a cabo dentro de un sistema más amplio de gestión necesarios para implementar las estrategias de Haddon. De aquí surge un nuevo paradigma donde:

- Los traumatismos causados por colisiones en la vía pública son en gran parte evitables pero se necesita una voluntad política.
- La política de seguridad vial debe basarse en datos fiables.
- La seguridad vial es un tema de salud pública que afecta a una amplia gama de sectores, entre ellos el de la salud.

- El error humano no se puede eliminar por completo por lo tanto, para lograr un sistema vial seguro, es necesario desarrollar y promover la planificación de las carreteras y el diseño de vehículos seguros.
- La vulnerabilidad del cuerpo humano debe tenerse en cuenta para el diseño de los sistemas de tránsito.
- Los traumatismos causados por colisiones en la vía pública constituyen un tema de equidad social ya que los usuarios vulnerables de las calles soportan la mayor carga de las lesiones y riesgos.
- La transferencia de tecnología de los países de ingreso alto a los de ingreso bajo debe adaptarse a las necesidades locales determinadas por las investigaciones.
- La aplicación de soluciones locales deben basarse en conocimientos locales.

La prevención de los traumatismos de tránsito es una responsabilidad del Estado y debe abordarse como política pública.

“La seguridad vial no es accidental. Requiere una voluntad política firme y concertada y el esfuerzo sostenido de diversos sectores”

–Lee Jong-Wook, Director General de la OMS

FACTORES DE RIESGO EN EL TRÁNSITO

En el tránsito, el riesgo depende de cuatro elementos:

- La exposición al riesgo
- La probabilidad de sufrir una colisión
- La probabilidad de traumatismo en caso de colisión
- El resultado de dicho traumatismo.

El riesgo surge como resultado de diversos factores, que incluyen el error humano, la intensidad del impacto que reciben las personas involucradas en una colisión, la respectiva tolerancia del cuerpo humano a este impacto, la disponibilidad y calidad de los servicios de urgencia y de atención traumatológica aguda.

El error humano es a su vez influenciado por limitaciones naturales como la falta de visibilidad durante la noche, la estimación de la velocidad y la distancia, los factores fisiológicos asociados con el sexo y la edad de los conductores y también por factores externos como el trazado de la vía pública, el diseño de vehículos y las reglas de tránsito y su aplicación.

Los riesgos en el tránsito son muy diversos y la interacción entre ellos muy compleja.

Influencia de la velocidad y el alcohol

Influencia relativa de la velocidad y del alcohol en los riesgos de una colisión que cause víctimas			
Velocidad (km/h)	Velocidad (riesgo relativo ^a)	Alcoholemia (g/dl)	Alcoholemia (riesgo relativo ^b)
60	1,0	0,00	1,0
65	2,0	0,05	1,8
70	4,2	0,08	3,2
75	10,6	0,12	7,1
80	31,8	0,21	30,4

a. Referido a un conductor que se desplaza a una velocidad máxima de 60 km/h.
b. Referido a un conductor con alcoholemia cero.
Nota: en términos estadísticos, un riesgo relativo 1 significa que no hay riesgo.

MEDIDAS DE SEGURIDAD VIAL:

- **Uso obligatorio del cinturón de seguridad**

La no utilización de cinturones de seguridad duplica sobradamente el riesgo de sufrir traumatismos graves o mortales, tal como lo hace la no utilización de cascos para bicicleta.

De manera análoga, la no utilización de cascos por los usuarios de vehículos motorizados de dos ruedas casi duplica el riesgo de traumatismo craneoencefálico grave o mortal. Un análisis de varios estudios, realizados principalmente en los Estados Unidos, demostró que el uso del casco redujo los traumatismos en los usuarios de ciclomotores y motocicletas entre 20% y 30%. Casi un cuarto de las víctimas de traumatismos no mortales que requieren hospitalización sufren de un traumatismo cerebral como consecuencia de una colisión.

- **Permisos de conducir escalonados**

Los conductores principiantes de cualquier edad tienen mayores riesgos de sufrir colisiones y lesiones. Una intervención exitosa y eficaz para reducir los riesgos son los sistemas graduales de permisos.

1. Permiso para principiante. Exigir una práctica de aprendizaje planificada y supervisada.

2. Permiso provisional. Puede conducir sin supervisión pero con ciertas restricciones. Las más comunes son los límites de conducción en las horas de noche, número de pasajeros que pueden llevar y prohibición de manejar si han ingerido alcohol. Las restricciones se van suprimiendo en la medida en que el conductor principiante va adquiriendo experiencia y los jóvenes maduran.

3. Permiso sin restricciones. Aunque los requisitos para pasar de una etapa a otra varían de país a país, los permisos graduales han reducido eficazmente en todas partes el riesgo de choques para los conductores principiantes. Los estudios realizados muestran reducciones entre 9% y 43% en los conductores noveles.

- **Legislación sobre seguridad vial.**

Velar por el cumplimiento de las normas es parte integral de la seguridad vial. El papel del control policial y el uso de cámaras son importantes para garantizar el cumplimiento de la legislación pertinente. La aplicación de las normas de tránsito ha reducido la frecuencia de colisiones con víctimas mortales en los países muy motorizados. Numerosos estudios, así como la experiencia internacional, indican que el hecho de fijar límites de velocidad y hacerlos cumplir es una estrategia eficaz para reducir la frecuencia y gravedad de las colisiones en la vía pública. Otro elemento básico de todo paquete de medidas destinado a reducir los daños ocasionados a los usuarios de la vía pública por los efectos del alcohol es fijar un límite legal de alcoholemia. Actualmente se considera que el límite máximo de 0,05 g/dl para los conductores en general y de 0,02g/dl para los conductores jóvenes y los motociclistas son los más indicados.

El uso obligatorio del cinturón de seguridad, sillas para niños y cascos para ciclistas y motociclistas ha demostrado ser muy eficaz.⁽⁵⁾

INTERVENCIONES DE SEGURIDAD VIAL

Las muertes y traumatismos graves causados por el tránsito son en gran parte evitables pues el riesgo de que se produzcan lesiones por un choque es previsible y existen medidas correctivas que han demostrado ser efectivas. Si bien es cierto que las intervenciones que han sido probadas en un entorno pueden no ser transferibles fácilmente a otros, los países de ingresos bajos y medios pueden aprovechar los estudios ya realizados y comprobados y adaptar y evaluar minuciosamente las intervenciones a sus realidades antes de aplicarlas, de manera que puedan seleccionar solo aquellas intervenciones que sean apropiadas para el país.

Los mejores resultados en prevenir los traumatismos se han logrado en los países donde se han aplicado planes estratégicos multisectoriales para asegurar un sistema de tránsito seguro y sostenible. Esto requiere una firme voluntad y un enfoque

integral y debe ser el resultado del trabajo conjunto entre muchos sectores.

En los países de ingresos altos, se ha considerado que un programa integral complementado con un conjunto de medidas eficaces y de poco costo podría reducir entre 20% y 40% los desplazamientos en automóvil por habitante. En Bogotá, Colombia, se ha implantado un programa para reducir la exposición a los riesgos mediante un plan de transporte masivo y restricciones de acceso a la ciudad para los vehículos motorizados en determinados horarios.

Organismos que influyen en la elaboración de políticas



ACCIDENTES DE TRANSITO EN EL MUNDO:

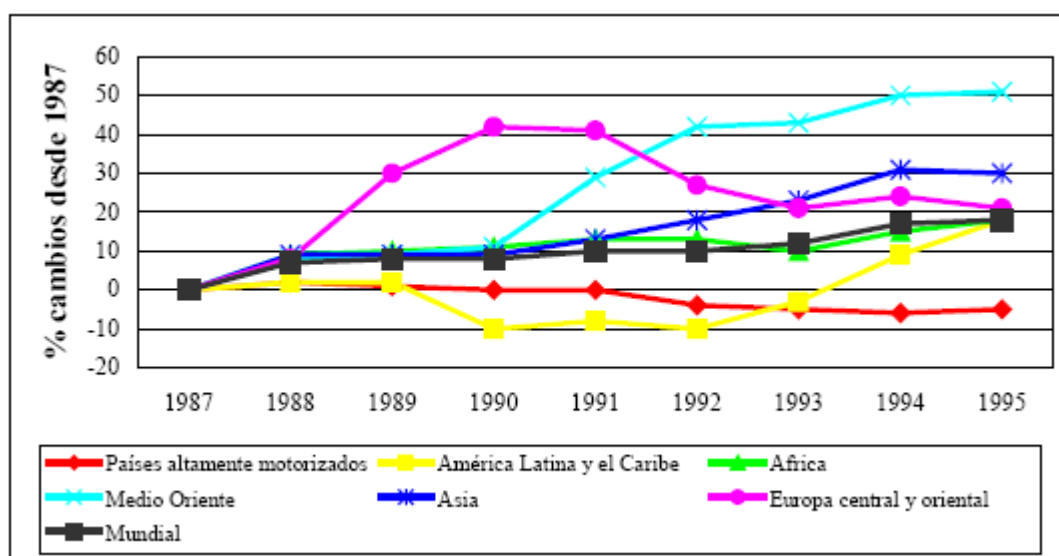
"EN EL MUNDO: 1.200.000 DE MUERTOS POR AÑO"

Las Lesiones por Accidentes de Tránsito son la causa principal de muertes por traumatismo, la 10ª causa de todas las muertes y la 9ª de las principales causas de morbilidad en todo el mundo . Constituyen un problema cuya magnitud aumenta rápidamente, ya que se prevé que el número de muertes consecuencia de lesiones aumentará de 5,1 millones en 1990 a 8,4 millones en el 2020. La rápida urbanización y motorización de los países en desarrollo será la causa principal de este aumento y el aumento será aún mayor debido a las fallas en el trazado de las carreteras y a la falta de programas de prevención del sector de salud pública.

Los estudios sobre los accidentes de tránsito y sus consecuencias en los países en desarrollo son relativamente pocos comparados con la magnitud del problema. Existe poca conciencia de su contribución a la carga de morbilidad, por lo que se descuida la investigación y formulación de políticas adecuadas, tanto a nivel nacional como internacional. La falta de datos científicos epidemiológicos, económicos y de factor de riesgo a nivel nacional, especialmente en los países en desarrollo, ha inhibido la respuesta de los organismos internacionales.

Como un primer paso hacia la resolución del problema, se requieren datos exactos que permitan tomar decisiones sobre las prioridades del sector de salud pública, planificar las estrategias de prevención para disminuir la incidencia de muertes, supervisar su evolución en el tiempo y evaluar el impacto de las intervenciones.

Evolución de los accidentes de tráfico mortales globales



Esta figura ilustra la disminución, lenta pero constante de los accidentes en los países altamente motorizados en los que se han realizado trabajos importantes para vigilar y prevenir estas lesiones. También ilustra los costos de la rápida urbanización y motorización en los países de ingresos bajos y medios (PBM), en los que los esfuerzos para prevenir han sido mínimos. El aumento en esos países ha sido constante.

La respuesta de salud pública a nivel mundial.

Una de las razones de la poca respuesta de salud pública a las muertes por accidentes de tránsito, es que conciernen mayoritariamente a los pobres y vulnerables, quienes tienen poca influencia en la decisión de las políticas. Otra de las razones es que son generalmente considerados como un

problema que concierne a los organismos de transporte y no a los organismos de salud pública. La incertidumbre sobre el organismo que debe encargarse del problema trae como resultado que nadie asume la responsabilidad de enfrentar el problema y coordinar respuestas institucionales y multidisciplinarias.

Al evaluar las respuestas de salud pública, es importante tomar en consideración la idoneidad de la respuesta a las condiciones particulares. En los últimos años, el interés principal en los países de ingresos altos ha sido más la modificación del comportamiento (por ejemplo, el uso del cinturón de seguridad) que la creación de un ámbito de tráfico seguro. La creación de un ámbito de tráfico más seguro es probablemente una consideración más importante en los países de bajos recursos en los que la mayoría de pobres no tienen vehículo, pero corren graves riesgos de ser atropellados por ellos.

En 1974 la OMS adoptó una resolución dirigida al creciente problema de los accidentes de tráfico y sus consecuencias para la salud. En los últimos años, la participación de la OMS en esta área ha sido esporádica y discontinuada, debido principalmente a la falta de personal y a la pobre respuesta de dinero para la situación. A principios de 1980, tuvo lugar una conferencia sobre accidentes de tráfico en México en la que se acordó convocar a un grupo de trabajo. El grupo desarrolló un documento titulado 'Nuevos enfoques para mejorar la seguridad vial' en 1989. Además, la conferencia aprobó que varios centros de colaboración en el mundo se enfocaran hacia la prevención.

En la mayoría de los países en desarrollo en el mundo en los que la morbilidad es mayor existe poca, o ninguna, dirección de parte de la salud pública para la prevención y control de las consecuencias de dichos accidentes. Consecuentemente, el mandato constitucional de la OMS, en su calidad de primer organismo de coordinación de la salud pública internacional, la coloca en una posición única para asumir la dirección de un programa de actividades de base científica para la prevención.

Carga de morbilidad de las 10 causas principales.

En el año 1998 los accidentes de tránsito constituyeron la novena de las principales causas de muerte. Para el 2020, se proyecta que los años de vida ajustados en función de la discapacidad perdidos por accidentes de tráfico, pasarán de la novena a la tercera posición entre las causas principales de los años de vida ajustados en función de la discapacidad perdidos.

1998 Afección o traumatismo	2020 Afección o traumatismo
1. Infecciones de las vías respiratorias inferiores	1. Cardiopatía isquémica
2. VIH/SIDA	2. Depresión unipolar grave
3. Trastornos perinatales	3. Lesiones por accidente de tráfico
4. Enfermedades diarreicas	4. Enfermedad cerebrovascular
5. Depresión unipolar grave	5. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
6. Cardiopatía isquémica	6. Infecciones de las vías respiratorias inferiores
7. Enfermedad cerebrovascular	7. Tuberculosis
8. Paludismo	8. Guerra
9. Lesiones por accidente de tráfico	9. Enfermedades diarreicas
10. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	10. VIH/SIDA

Fuente: OMS, Pruebas, Información y políticas, 2000

El Laboratorio de Investigación sobre Transporte produjo una estimación global de US\$ 518 mil millones. Aunque la información existente sobre las inversiones del sector público en investigación y desarrollo en salud, sobre la seguridad de los vehículos de motor es limitada, no se corren riesgos al afirmar que la falta de dichas inversiones contribuye a la creciente gravedad del problema y al aumento de la brecha entre los países de bajo y mediano ingreso y los países de ingresos altos. De hecho, los datos económicos muestran que sólo se gastó US\$ 1 por cada año de vida ajustado en función de la discapacidad ocasionado por accidentes de tráfico en 1990, a pesar del hecho de que las proyecciones indican que los accidentes de tráfico serán la tercera causa principal de muerte en el año 2020.

Costos de los accidentes de tráfico por región (en US\$)

Región	PNB regional 1997	Costo anual estimado de accidentes	
		PNB	Costos
Africa	370	1%	3.7
Asia	2,454	1%	24.5
América Latina/Caribe	1,890	1%	18.9
Medio Oriente	495	1.5%	7.4
Europa Central/Oriental	659	1.5%	9.9
<i>Subtotal</i>	<i>5,615</i>		<i>64.5</i>
Países altamente motorizados	22,665	2%	453.3
TOTAL			517.8

Fuente: Jacobs et al, 2000

Recientemente se han realizados trabajos de investigación que han generado una comprensión teórica de los accidentes como parte de una compleja interacción de fenómenos sociológicos, psicológicos, físicos y técnicos. Los resultados podrían intercambiarse y las soluciones podrían transferirse de los países de altos recursos a los países de recursos bajos, ya que las condiciones en estos países fueron más o menos similares. Esta comprensión de las lesiones y accidentes ha generado el diseño de vehículos, carreteras y sistemas de gestión de tráfico más seguros. Es necesario un trabajo similar en investigación, desarrollo e innovación en los países de bajos recursos.

Las lesiones por accidente de tráfico son evitables pero presentan retos extraordinarios, que requieren soluciones únicas, adecuadas a sus circunstancias particulares y que al mismo tiempo hagan uso de la experiencia de los países ricos. Esta transferencia de conocimientos será un reto que requerirá investigaciones que irán desde modificaciones en las intervenciones ya desarrolladas y probadas hasta el desarrollo de nuevos conocimientos.⁽⁶⁾

ACCIDENTES DE TRANSITO EN ARGENTINA.

“EN ARGENTINA: CASI UN MUERTO POR HORA”

En la escala de accidentes producidos en la Argentina, los de tránsito ocupan el 35,2% del porcentaje global, instalándose en los primeros lugares de las estadísticas mundiales. Con un saldo de 9.000 víctimas fatales y 100 mil lesionados, los accidentes de tránsito superan las causas de muerte por cáncer, SIDA u otras enfermedades.

Además de las pérdidas humanas, el Estado pierde anualmente 5.000 millones de dólares y el aporte recibido para el mantenimiento de caminos y la construcción de nuevas rutas es sólo de 1.100 millones, lo que determina un déficit importante.

En nuestro país el organismo que hoy recoge los datos oficiales es el Registro Nacional de Antecedentes de Tránsito (Renat), que funciona bajo la órbita del Ministerio de Justicia.

Para poder **generar** estos datos, existe un formulario obligatorio por ley, que llenan todos los policías del país en caso de accidente de tránsito.

ESTADÍSTICAS⁽⁸⁾

Victimas fatales por habitantes

ESTADÍSTICA OFICIAL SINIESTRAL			
VICTIMAS FATALES EN HECHOS DE TRANSITO (por habitantes)			
- AÑO 2004 -			
DATOS OFICIALES	POBLACION (*)	VÍCTIMAS 2004	INDICADOR DE VICTIMAS c/1000000 HABITANTES
Buenos Aires	14.530.996	749	51,54
Capital Federal	3.011.694	125	41,5
Catamarca	357.804	40	111,79
Chaco	1.016.209	132	129,89
Chubut	440.381	43	97,64
Córdoba	3.226.504	116	35,95
Corrientes	970.173	46	47,41
Entre Ríos	1.206.177	170	140,94
Formosa	510.353	42	82,3
Jujuy	643.571	88	136,74
La Pampa	317.697	52	163,68
La Rioja	313.918	38	121,05
Mendoza	1.657.801	233	140,55
Misiones	1.013.983	148	145,96
Neuquén	512.698	41	79,97
Río Negro	583.953	88	150,7
Salta	1.141.632	95	83,21
San Juan	656.727	99	150,75
San Luis	400.012	33	82,5
Santa Cruz	209.859	21	100,07
Santa Fe	3.156.308	365	115,64
Tierra del Fuego	111.726	10	89,5
Tucuman	1.404.278	137	97,56
TOTALES	38.226.051	3.047	79,71

Analizando el gráfico se puede observar que la provincia de Buenos Aires tiene el mayor número de muertos, pero es importante destacar que es la provincia con mayor número de habitantes de todo el país.

Observando el Indicador de víctimas cada 100.000 habitantes encontramos que el indicador más alto lo tiene la provincia de La Pampa con un total de 52 víctimas y un indicador de 163,68.

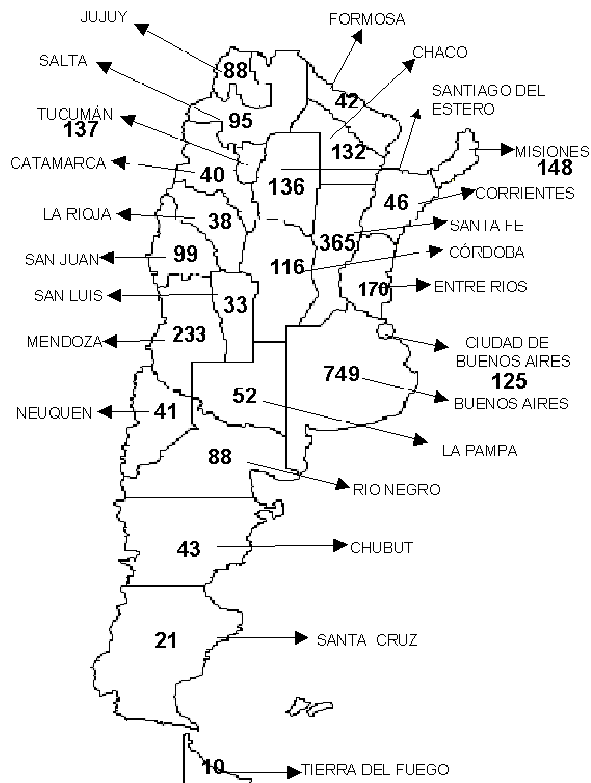
La provincia de Santa Fe tiene un indicador de 115,64 que es un número bastante elevado teniendo en cuenta que el total de víctimas en el año 2004 fue de 365 personas.

Si comparamos en Santa Fe hay el doble de muertes por habitantes que en la provincia de Buenos Aires.

Un dato muy relevante que surge de la comparación de dos provincias vecinas y de muy semejante numero de habitantes como son las provincias de Santa Fe con 3.156.308 y Córdoba con 3.226.504 habitantes, es que Córdoba tiene un indicador mucho menor que la Santa Fe.

Una forma de justificar este hecho tan llamativo fue investigar las medidas de seguridad vial de la Provincia de Córdoba. Esta Provincia tiene en marcha una plan muy completo y efectivo con medidas que incluyen: Registro de antecedentes fundamental para ordenar el sistema, formación en seguridad vial con la incorporación de la educación formal que incluye el curso a docentes en el mes de febrero y su aplicación en las escuelas en el mes de abril del próximo año, capacitación en seguridad vial para autoridades de juzgamiento, inspectores municipales, policía caminera, docentes y evaluadores prácticos, control de peso en el transporte de carga con balanzas fijas en todos los puestos camineros de la Provincia y móviles para el control de operativos internos en un convenio desarrollado con Vialidad de la Provincia de Córdoba .

**VICTIMAS FATALES EN HECHOS DE TRANSITO
- TOTAL AÑO 2004-**



Una forma gráfica de observar la cantidad de víctimas fatales es observando el mapa de la República Argentina. En la

Provincia de Buenos Aires se visualiza el mayor número de muertes con un total de 749 personas, seguido encontramos la provincia de Santa Fe con 365 personas y la provincia con menor número es Tierra del Fuego, donde la población es de apenas 111.000 habitantes.

Esta mapa sirve para ver en forma rápida que las provincias de mayor densidad y con mayor poder adquisitivo son las localidades donde se producen mayor número de víctimas fatales.

Victimas fatales por parque automotor.

ESTADISTICA OFICIAL SINIESTRAL				
VICTIMAS FATALES POR HECHOS DE TRANSITO				
- AÑO 2004 -				
Jurisdicción		Parque Automotor 2004 (*)	Víctimas 2004	Indicador Víctimas c/100 mil vehículos
1	Buenos Aires	4.264.252	749	17.56
2	Capital Federal	1.756.508	125	7.12
3	Catamarca	51.586	40	77.54
4	Chaco	134.530	132	98.12
5	Chubut	169.165	43	25.42
6	Córdoba	1.048.982	116	11.06
7	Corrientes	144.496	46	31.83
8	Entre Ríos	327.739	170	51.87
9	Formosa	52.030	42	80.72
10	Jujuy	88.294	88	99.67
11	La Pampa	120.667	52	43.09
12	La Rioja	57.995	38	65.52
13	Mendoza	497.021	233	46.88
14	Misiones	163.336	148	90.61
15	Neuquen	147.662	41	27.77
16	Río Negro	167.333	88	52.59
17	Salta	141.010	95	67.37
18	San Juan	144.140	99	68.68
19	San Luis	90.119	33	36.62
20	Santa Cruz	81.960	21	25.62
21	Santa Fe	1.008.193	365	36.20
22	Santiago del Estero	80.576	136	168.78
23	Tierra del Fuego	42.766	10	23.38
24	Tucumán	198.343	137	69.07
Totales		10.978.703	3.047	27.75

Para analizar el cuadro es importante la división de las provincias en tres grandes grupos según el indicador de muertes cada 100.000 vehículos. Provincias con un indicador Bajo (menor de 30) , Provincias con indicador Medio (30-60) y Provincias con indicador Alto (mayor de 60).

Para ello se ha tenido en cuenta condicionantes políticos, socioculturales e institucionales de cada región.

Entre los conglomerados con indicador bajo encontramos: Capital Federal, Buenos Aires, Neuquen; Santa Cruz; Córdoba, Chubut y Tierra del Fuego.

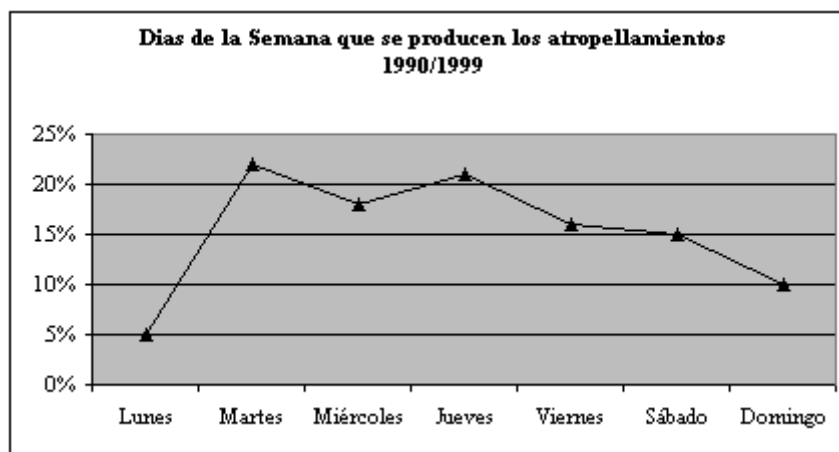
Conglomerados con indicador medio se encuentran: Corrientes, Entre Ríos, La Pampa, Mendoza, Río Negro, San Luis y Santa Fe.

Y por último encontramos las de bajo indicador como son: Catamarca, Chaco, Formosa, Jujuy, La Rioja, Salta, San Juan, Santiago del Estero, y Tucumán.

Es posible que las provincias con alta densidad automotriz no concentren necesariamente más muertes por accidente debido que entran en juego otros factores como la buena señalización, vigilancia de tránsito, calidad de calle, educación vial, modernización del parque automotor, que coincide con una rica economía provincial.

Otro análisis que también se realizó fue teniendo en cuenta los días de las semanas, el sexo y rol de las personas.

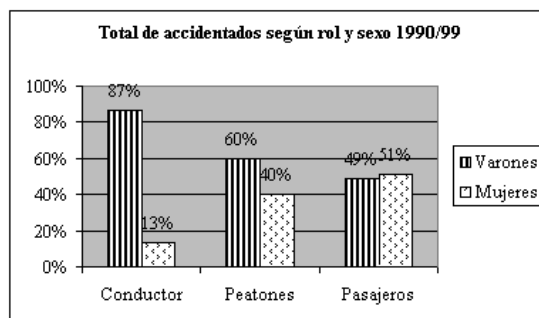
Accidentes según días de las semana



Como se observa en el gráfico el día martes presenta el mayor número de accidentes, llamativamente se da un bajo número los fines de semana, probablemente debido a la disminución de la densidad del tránsito. Dado el aumento de consumo de alcohol y actividades de ocio uno esperaría encontrar valores más altos en estos días.

Accidentes según rol y sexo

Teniendo en cuenta el rol y sexo de las personas, se puede observar en el gráfico, que los conductores varones son los que más accidentes protagonizan cuando son peatones o están al volante. Es importante destacar también hay una gran cantidad de peatones que mueren a diario. En resumen, los varones protagonizan un mayor número de accidentes. Cuando nos referimos a los pasajeros vemos que el porcentaje es casi igual entre los varones y las mujeres.



ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN LA CIUDAD DE ROSARIO

“EN ROSARIO: 2 PERSONAS MUEREN POR MES”

Si se piensa en términos de magnitud, los accidentes de tránsito están llegando a una dimensión epidémica. Múltiples pueden ser los condicionantes que se identifiquen en el intento de explicar la producción de este fenómeno: el crecimiento demográfico, el crecimiento de la proporción de población urbana, el aumento del número de vehículos de motor registrados, la presión social y de los medios.

En los últimos años se ha producido un aumento del "índice de motorización", es decir el número de vehículos de motor por habitante. Estos aumentos sumados al hecho que las condiciones de seguridad de los vehículos, la educación de los conductores, la legislación de tránsito, las mejoras en calles y caminos, entre otros, no han avanzado al mismo ritmo que las causas del problema, hacen pensar que el riesgo de accidentes no presenta una tendencia a la disminución.

En muchos casos no se cuenta con la información disponible necesaria para evaluar la magnitud del problema. La posible distorsión de los datos, obstaculiza la verificación y seguimiento de los accidentes. Esto conlleva a que en la mayoría de las oportunidades la información se provea en términos de número de lesionados y no de muertes, sabiendo que el perfil de éstas últimas es particularmente distinto al de la morbilidad producida por los accidentes, que se traduce en diversos tipos y grados de invalidez y discapacidad.

A nivel de la ciudad de Rosario la realidad muestra que en el año 1995 las muertes por accidentes de tránsito representaron el 5.56% del total de la República Argentina, ocupando el quinto lugar en frecuencia nacional.

El parque automotor de la ciudad de Rosario tuvo un incremento general del 24% en el periodo de 1993 al 1998.

En Rosario, la información disponible acerca de las muertes por esta causa es casi nula. Contamos con una página web de la Municipalidad que no da ningún índice estadístico de los tipos de muertes en la ciudad. Sí, contamos con un grupo de padres auto convocados que diariamente luchan por disminuir esta gran epidemia. Ellos son una organización sin fines de lucro que no

tienen medios gráficos de publicidad, ya que no cuentan con recursos económicos para llevarlo a cabo. Por medio de una oficina que disponen en la dirección general ubicada en la calle Moreno y Viamonte dan información a todas las personas que estén interesadas.

A nivel Municipal con lo único que contamos es con un plan de seguridad vial que se difunde por Internet a través de la página web.⁽⁸⁾

3-. CONCLUSION.

En todos los países de todos los continentes se producen accidentes en la vía pública. Cada año se cobran las vidas de más de un millón de personas y causan discapacidad a muchos millones más. Los peatones, los usuarios de vehículos de los países de ingresos bajos y medios soportan una gran proporción de la carga mundial de defunciones y de traumatismos graves causados por el tránsito. Las personas de edad avanzada, los niños y los discapacitados son particularmente vulnerables.

Pese al creciente número de traumatismos causados por el tránsito, la seguridad vial no ha recibido la atención suficiente, ni en el plano internacional ni en el ámbito nacional. Las razones son la falta de concienciación general y de información específica sobre la magnitud del problema, los costos sanitarios, económicos y sociales de las colisiones en la vía pública y las intervenciones que pueden prevenir los choques o reducir el daño que ocasionan. Otra razón es que el problema de las colisiones en la vía pública y los traumatismos que causan no "pertenece" a ningún organismo en particular, ni en escala nacional ni en el plano internacional.

En general, ninguna entidad coordina sus actividades ni se ocupa del problema en su totalidad. En este contexto, no es de extrañar que a menudo haya faltado voluntad política para formular y aplicar programas y medidas eficaces de seguridad vial.

Principales mensajes de la monografía.

- Todos los sistemas de tránsito son altamente complejos y entrañan riesgos para la salud humana. Los elementos de estos sistemas son los vehículos motorizados, la vía pública y sus usuarios, así como su entorno físico, social y económico. Para que un sistema de tránsito sea menos peligroso es necesario adoptar un "enfoque sistémico", esto es, entender el sistema como un conjunto y como la interacción entre sus elementos, e identificar las intervenciones posibles. En particular, es necesario reconocer que el cuerpo humano es muy vulnerable a los traumatismos y que los seres humanos cometen errores. Un sistema de tránsito vial seguro tiene en cuenta la vulnerabilidad y la falibilidad humanas y las compensa.
- Los traumatismos causados por el tránsito constituyen un enorme problema de la salud pública y del desarrollo, por el que

pierden la vida casi 1,2 millones de personas al año y quedan discapacitadas entre 20 millones y 50 millones más.

Los países de ingresos bajos y medios no solo soportan 90% de la carga mundial, sino que en ellos se registrarán la mayor tasa de mortalidad. Se dispone de pocos datos sobre los costos de las colisiones en la vía pública, en particular en los países de ingresos bajos y medios, pero está claro que la repercusión económica de los traumatismos sobre las personas, las familias, las comunidades y los países es enorme, hasta el punto de costar a estos últimos de 1% a 2% de su producto nacional bruto. Además, una carga pesada y trágica, tanto física como psicológica, recae sobre las personas directamente afectadas, al igual que sobre sus familias, amistades y comunidades. Los establecimientos de salud, cuyos presupuestos suelen ser magros, se ven desbordados al atender a los sobrevivientes de las colisiones.

- Muchos países carecen de sistemas de vigilancia de las lesiones que proporcionen datos fiables sobre las colisiones causadas por el tránsito y los traumatismos resultantes. Los indicadores, especialmente los de resultados no mortales, pueden no estar normalizados, lo que dificulta las comparaciones. Hay frecuentes divergencias entre los datos, por ejemplo, entre las fuentes policiales y sanitarias. Se necesitan datos fiables que proporcionen una base sólida para la planificación y la adopción de decisiones relativas a la seguridad vial. El establecimiento de sistemas de vigilancia simples y eficientes en relación con el costo es un paso importante para el mejoramiento de la seguridad vial. Sin embargo, la falta de datos fiables no debería impedir la acción inmediata. Mucho puede lograrse adaptando y aplicando prácticas de seguridad de probada eficacia.

- La seguridad vial es una responsabilidad compartida. La reducción del riesgo en los sistemas de tránsito del mundo requiere el compromiso y la adopción de decisiones fundamentadas por parte del gobierno, el sector industrial, las organizaciones no gubernamentales y los organismos internacionales y la participación de profesionales de muchas disciplinas diferentes, como ingenieros viales, diseñadores de vehículos motorizados, agentes encargados de la aplicación de la ley y personal de salud, así como grupos comunitarios.

- La salud pública puede cumplir un papel importante en la prevención de traumatismos causados por el tránsito mediante: la recolección y el análisis de datos con el fin de demostrar las repercusiones sanitarias y económicas de las colisiones; la investigación sobre los factores de riesgo; la puesta en marcha, supervisión y evaluación de las intervenciones; la prestación de servicios apropiados de prevención primaria, rehabilitación de los heridos y la realización de campañas destinadas a atraer mayor atención sobre el problema.

Lo que se puede hacer en medida de Seguridad Vial:

Medidas de seguridad vial

Lo que pueden hacer los gobiernos

Desarrollo institucional

- Convertir la seguridad vial en una prioridad política.
- Designar un organismo rector encargado de la seguridad vial, dotarlo de recursos suficientes y estipular que rinda cuentas a la sociedad.
- Promover un enfoque multidisciplinario de la seguridad vial.
- Establecer objetivos adecuados en materia de seguridad vial y adoptar planes nacionales que permitan alcanzarlos.
- Apoyar la creación de grupos que promuevan la seguridad vial.
- Asignar presupuestos a la seguridad vial y aumentar la inversión en actividades de probada eficacia para su mejoramiento.

Políticas, legislación y aplicación de la ley

- Promulgar y hacer cumplir leyes que impongan el uso obligatorio del cinturón de seguridad y de las sillas de retención para niños, y del casco para ciclistas y motociclistas.
- Sancionar y hacer cumplir leyes destinadas a prevenir la conducción bajo los efectos del alcohol.
- Fijar límites de velocidad adecuados y hacerlos respetar.
- Definir normas de seguridad rigurosas y uniformes para los vehículos y hacerlas respetar.
- Garantizar que se incorporen consideraciones de seguridad vial en las evaluaciones ambientales y de otra índole requeridas para nuevos proyectos, y en la evaluación de las políticas y planes sobre el transporte.
- Establecer sistemas de recolección de datos diseñados para compilar y analizar la información, y asegurar que esta sea efectivamente utilizada en el mejoramiento de la seguridad.
- Definir normas apropiadas de diseño de la vía pública que contribuyan a la seguridad de todos.
- Administrar la infraestructura para contribuir a la seguridad de todos.
- Crear servicios de transporte público eficaces, seguros y asequibles.
- Fomentar el hábito de caminar y el uso de bicicletas sin motor.

Lo que puede hacer la salud pública

- Incluir la seguridad vial en las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.
- Fijar objetivos para la eliminación de pérdidas de salud inaceptables debidas a colisiones en la vía pública.
- Recolectar sistemáticamente datos relacionados con la salud acerca de la magnitud, las características y las consecuencias de las colisiones.
- Apoyar la investigación sobre los factores de riesgo y sobre el desarrollo, la ejecución, supervisión y evaluación de intervenciones eficaces, incluido el mejoramiento de los cuidados que han de brindarse.
- Promover una mejor capacitación en todos los aspectos de la seguridad vial y de la atención ulterior a los sobrevivientes de colisiones.
- Traducir en políticas y prácticas que protejan a los ocupantes de vehículos y a los usuarios vulnerables de la vía pública la información científica pertinente.
- Mejorar la atención prehospitalaria y hospitalaria, así como los servicios de rehabilitación para todas las víctimas de traumatismos.

- Capacitar en la atención de traumatismos al personal médico de los niveles primarios, distritales y terciarios.
- Promover una mejor integración de los temas concernientes a la salud y la seguridad en las políticas de transporte y definir métodos que faciliten esa integración, por ejemplo mediante evaluaciones conjuntas en ambas áreas.
- Hacer campañas para que se preste mayor atención a la seguridad vial, basadas en las repercusiones conocidas sobre la salud y los costos.

Lo que pueden hacer los fabricantes de vehículos

- Velar por que todos los vehículos de motor cumplan con las normas de seguridad vigentes en los países de ingresos altos, independientemente del lugar de fabricación, venta o utilización de los vehículos; esto incluye el equipamiento con cinturones y otros dispositivos de seguridad básicos.
- Iniciar la fabricación de vehículos con partes delanteras más seguras, a fin de reducir la cantidad de traumatismos entre los usuarios vulnerables de la vía pública.
- Seguir mejorando la seguridad de los vehículos mediante investigación y desarrollo permanentes.
- Publicitar y comercializar los vehículos de manera responsable, haciendo hincapié en la seguridad.

Lo que pueden hacer las comunidades, los grupos de la sociedad civil y los particulares

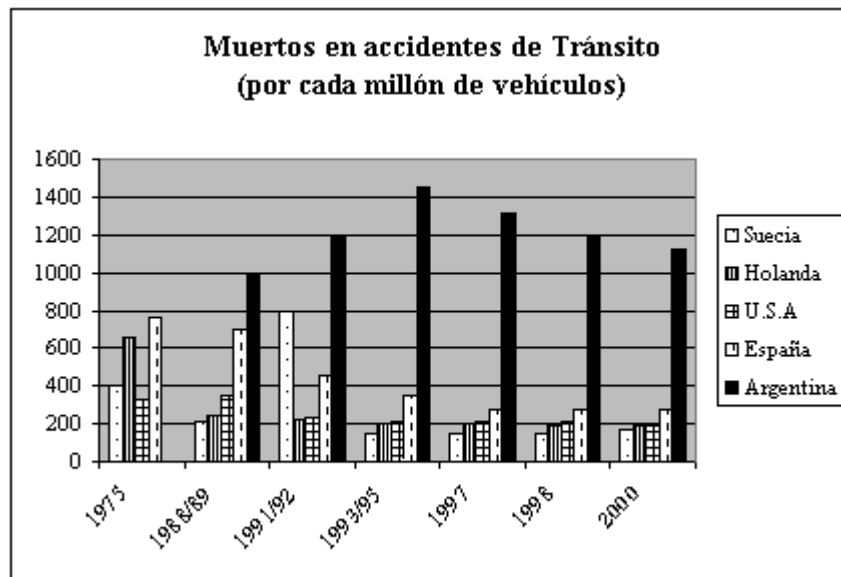
- Instar a los gobiernos a que hagan más seguros los caminos y las calles.
- Identificar los problemas locales de seguridad.
- Contribuir a la planificación de redes de transporte seguras y eficaces que tengan en cuenta tanto a los conductores como a los usuarios vulnerables de la vía pública, como los ciclistas y peatones.
- Exigir la instalación en los automóviles de dispositivos de seguridad, tales como cinturones de seguridad.
- Fomentar la aplicación de las leyes de tránsito y las reglamentaciones relativas a la seguridad vial, y hacer campañas para que los contraventores sean castigados con rigor y expeditividad.
- Comportarse responsablemente:
 - respetando los límites de velocidad en la vía pública;
 - no sentándose al volante si se ha sobrepasado el límite legal de consumo de alcohol;
 - llevando siempre puesto el cinturón de seguridad y sujetando apropiadamente a los niños, aun en trayectos cortos;
 - usando el casco cuando se conduce un vehículo de dos ruedas.

Las colisiones en la vía pública pueden prevenirse y evitarse. Muchos países de ingresos altos han logrado reducir drásticamente el número de colisiones y de víctimas durante los dos últimos decenios, gracias a la adopción de un enfoque sistémico de la seguridad vial que hace hincapié en las intervenciones que contemplan el medio ambiente, el vehículo y el usuario de la vía pública, en lugar de centrarse solamente en la modificación del comportamiento de los usuarios. Las soluciones para los países de ingresos bajos y medios pueden ser diferentes de las que aplican los países motorizados desde hace mucho más tiempo, pero algunos principios básicos son los mismos. Comprenden, por ejemplo, un buen trazado de la vía pública y una correcta gestión del tránsito, una mejor normativa para los vehículos, el control de la velocidad, el uso de cinturones de seguridad y la aplicación de los límites de alcoholemia. El desafío consiste en adaptar y evaluar las soluciones existentes, o idear otras nuevas en los países de ingresos bajos y medios. La transferencia y adaptación de algunas de las medidas más complejas son objetivos a más largo plazo y requerirán actividades de investigación y desarrollo específicas para cada país. Asimismo, es necesario trabajar más en todos los países para encontrar nuevas y mejores medidas de seguridad vial. Por ejemplo, resulta apremiante lograr que el diseño de la parte delantera de los automotores nuevos haga menos grave el impacto cuando un vehículo atropella a peatones o ciclistas. Puesto que ya se cuenta con gran número de intervenciones científicas que han demostrado su validez y se están estudiando aún diversas estrategias prometedoras, los gobiernos pueden recurrir a todas ellas al definir programas de seguridad vial eficaces y efectivos en relación con el costo. Con inversiones adecuadamente orientadas, los países deberían obtener considerables beneficios sociales y económicos gracias a la reducción de defunciones, traumatismos y discapacidades causados por el tránsito.⁽⁹⁾

Finalmente el objetivo de esta Monografía es contribuir a los conocimientos sobre la seguridad vial. Es de esperar que estimule y favorezca una mayor cooperación, innovación y compromiso para la prevención de las colisiones causadas por el tránsito en el mundo entero y especialmente en nuestra ciudad.

Los accidentes de tránsito son predecibles, lo que significa que también es posible prevenirlos. Sin embargo, para combatir el problema se necesita una estrecha coordinación y colaboración entre numerosos sectores y disciplinas y la aplicación de un enfoque global e integrado. Si bien existen muchas intervenciones que pueden salvar vidas y prevenir la discapacidad, la voluntad y el compromiso políticos son esenciales y sin ellos poco se puede lograr. Es el momento de actuar. Los usuarios de la vía pública de todo el mundo merecen poder circular en mejores condiciones y con más seguridad.

Finalmente creo interesante mostrar un gráfico que nos sitúa en el mundo en la posición **"top"** de **"Muertos"** por accidentes de tránsito, lo cual es seriamente preocupante y que suponemos no cambiará a menos que se tomen políticas verdaderas.



**El tránsito es un sistema que hacemos entre todos, en el que
ínter dependemos unos de otros.**

**La vida es única e irrepetible. Más allá de la responsabilidad
de "los otros", cada uno puede salvar una vida.**

¡Tal vez la propia!

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Gilardi J Suplemento del diario del mundo hospitalario. Boletín de temas de salud Buenos Aires Asociación de médicos de la ciudad de Buenos Aires Noviembre 2002 Disponible en URL: <http://www.medicos-municipales.org.ar/mh1102.htm>. Consultado 21 de septiembre de 2007
- 2-Montoya V "Teorías de la violencia humanas" Disponible en URL: <http://www.bolpress.com/art.php?Cod=2006100904> Consultado 21 Septiembre 2007
- 3-Pereyra Candel J, Campos J. "La medida de la magnitud de los problemas de salud en el ámbito internacional: los estudio de carga de enfermedad" Revista de administración sanitaria Vol.V Nº 19 Julio 2002. Disponible en URL: <http://www.dinarte.es/ras/ras19/pdf/Internacional%201%20Ras%2019.pdf> Consultado 21 de Septiembre de 2007
- 4- Informe sobre la salud en el Mundo 2002 "Definición y evaluación de los riesgos para la salud" 2002 Disponible en URL: <http://www.who.int/whr/2002/en/Chapter2S.pdf>. Consultado 21 de Septiembre 2007
- 5- Ruth Levine " Competir no es siempre saludable" Perspectiva de Salud Organización Panamericana de la Salud (OPS); Vol 11; Nº 1 Disponible en URL: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero23_last.htm; Consultado 21 de Septiembre 2007
- 6-Organización Mundial de la Salud (OMS) "Informe mundial sobre prevención de traumatismos causados por el transito" Disponible en URL:<http://www.whqlibdoc.who.int/pdf>. Consultado 21 de Septiembre 2007
- 7-"Estrategia quinquenal de la OMS para la prevención Lesiones por accidentes de tráfico" Organización Mundial de la Salud (OMS) Disponible en URL: http://who.int/violence_injury_prevention/ Consultado 21 Septiembre 2007
- 8- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. ReNat (Registro Nacional de Antecedentes de Tránsito) Disponible en URL: <http://www.renat.gov.ar> Consultado 21 de Septiembre 2007
- 9- Secretaria de Salud Publica municipal "Publicación científica de la Secretaria de Salud Pública Municipal" Municipalidad de Rosario Disponible URL:http://www.rosario.gov.ar/sitio/salud/Revista_Inv_Web/principal.htm; Consultado 21 de Septiembre 2007
- 10-Informe mundial sobre prevención de traumatismos causados por el transito; "Conclusiones y Recomendaciones"; Organización Mundial de la Salud (OMS) Disponible en URL: http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/capitulo5_PC_599.pdf Consultado 21 de Septiembre 2007