

# Lesiones de causa externa: avances en la información, el análisis y la atención de casos

Alberto Concha-Eastman<sup>1</sup>  
y Carme Clavel-Arcas<sup>2</sup>

En los últimos años es frecuente encontrar en declaraciones, resoluciones y documentos de diversas instituciones llamados a mejorar, actualizar y hacer confiable, oportuna, útil y representativa la información sobre las lesiones de causa externa (LCE). Prácticamente todas las organizaciones especializadas de las Naciones Unidas, incluida su Asamblea General, han enfatizado la importancia de ello con singular insistencia.

Entre los ejemplos más importantes se pueden citar el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la violencia y la salud, en el que se presenta el enfoque de salud pública sobre la prevención de la violencia, se describen sus formas, magnitudes, factores de riesgo y los grupos humanos afectados según la edad y el género. Además, en este informe publicado en 2002 se exponen nueve recomendaciones para los distintos sectores responsables de la prevención y el control de la violencia con indicaciones para los niveles nacional e internacional (1). Otros importantes documentos son el informe conjunto de la OMS y el Banco Mundial, publicado en 2004, sobre la prevención de traumatismos causados por el tránsito, en el que se hace hincapié en la necesidad de realizar intervenciones sobre bases científicas, dirigidas a los usuarios de las vías, los vehículos y el ambiente (2), y el informe del Secretario General de las Naciones Unidas, de 2006, sobre la violencia contra las mujeres, en el que se destaca que este tipo de violencia constituye una forma de discriminación y una violación de los derechos humanos (3). Por su parte, el informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) sobre la violencia contra la niñez, de 2006, constituye el primer estudio mundial sobre este problema. Este informe, en cuya elaboración participaron niños, niñas y adolescentes, destaca en una de sus conclusiones que los países no poseen estadísticas consolidadas acerca de la violencia contra la niñez y se carece de información básica, oportuna y debidamente desagregada según el sexo, la edad, el grupo étnico, la ubicación geográfica, etc. (4).

En todos estos documentos se destaca la magnitud y la gravedad del problema y se insiste en la necesidad de mejorar la información sobre las lesiones, sean de origen intencional (violentas) o no (accidentales). En la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos de América, entre otras organizaciones de salud, han entendido el reto y también han tomado acciones en esa dirección.

Esta preocupación se debe a la inconsistencia y la falta de homogeneidad observadas en los datos que habitualmente han suministrado las entidades encargadas de recopilar y analizar la información relacionada con las muertes por homicidios, suicidios, violencia de género, accidentes de tránsito, quemaduras, ahogamientos e intoxicaciones, entre otras causas. Algo similar ocurre con los casos no fatales de agresión sexual, violencia contra las mujeres, maltrato infantil y otros traumas que afectan a la salud y la vida de las personas involucradas directamente y a sus familias. Sin los datos precisos sobre las circunstancias, las características de las personas involucradas, el momento y el lugar de los eventos traumáticos, no se pueden planificar adecuada y eficazmente las medidas correctivas y preventivas requeridas.

Afortunadamente ya se cuenta con herramientas y experiencias exitosas que permiten superar los vacíos de información observados en diversos países. Se han preparado y distribuido guías, se han organizado cursos y se dispone de códigos sobre las LCE en la 10.<sup>a</sup> revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) (5). Además, se adoptó la Clasificación Internacional de Lesiones de Causa

<sup>1</sup> Equipo sobre Seguridad Humana y Salud Urbana, Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América. La correspondencia se debe enviar a Alberto Concha-Eastman, Equipo sobre Seguridad Humana y Salud Urbana, Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, Organización Panamericana de la Salud, 525 Twenty-third Street, NW, Washington, D.C. 20037, EUA. Correo electrónico: conchaal@paho.org

<sup>2</sup> Ex consultora, Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

Externa (ICECI), que toma en cuenta la información registrada sobre la intencionalidad o no del evento, el lugar de ocurrencia —este dato es necesario y útil para el mapeo y referencia geográfica local—, el mecanismo y el objeto con el que se produjo el trauma, la actividad que la persona estaba realizando en el momento del suceso, la relación entre la persona agresora y la víctima —cuando aplicara— y la información sobre posibles factores de riesgo (como el consumo de alcohol u otras drogas y el acceso a armas de fuego) o de protección (como el uso de casco o cinturón de seguridad) que rodean el hecho (6).

En este número especial de la *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health* se presentan experiencias sobre la recolección, el análisis y la diseminación de la información sobre las LCE, puestas en práctica en varios países de la Región a partir de metodologías y guías que han dado resultados positivos. Esta abarcadora información se complementa con otros artículos relacionados con este tema.

Debido a que el sector de la salud —a través de los servicios de emergencias de los hospitales— es el receptor natural de las personas que han sufrido lesiones traumáticas, independientemente de su intencionalidad, la OPS y los CDC emprendieron en 2001 un proyecto colaborativo con los ministerios de salud y algunos hospitales seleccionados de Colombia,<sup>3</sup> El Salvador y Nicaragua con el propósito de establecer un modelo viable y sostenible que permita mejorar el sistema de recolección, análisis y diseminación de la información de los pacientes con LCE. En dos artículos se expone esta experiencia que opera de forma continua las 24 horas del día en los servicios de emergencias de los hospitales donde se realizó la fase de implementación. En el artículo de Sklaver y colaboradores (página 379) se describe el establecimiento del modelo colaborativo en los tres países mencionados y se hacen algunas recomendaciones a partir de las lecciones aprendidas durante la puesta en marcha de ese modelo, por ejemplo, que el modelo o formato de recogida de datos debe servir como documento de apertura de la historia clínica de emergencia. Por su parte, en el artículo de Salinas y colaboradores (página 390) se detalla la integración de la información recolectada a un sistema de información vía Internet en El Salvador, el SILEX.

Al avanzar en este proceso se conocieron esfuerzos similares en otros países, como Honduras, Jamaica y Perú, en la misma dirección, aunque con variaciones propias de acuerdo con las condiciones particulares de cada país. Por otro lado, Brasil desarrolló un esquema de recolección de datos sobre LCE para utilizar en los departamentos de emergencia de todo el país durante el mes de septiembre de cada año. Gawryszewski y colaboradores (página 400) analizan esta experiencia a partir de los datos de 62 hospitales distribuidos por todos los estados federativos y la capital, Brasilia. El trabajo se concentró en los casos asociados con actos de violencia y se encontraron diferencias según el Estado, el grupo de edad, el sexo y algunos factores de riesgo. Si bien no se puede afirmar que la información de un mes al año permite sacar conclusiones extrapolables al resto de los meses, dado que pueden encontrarse “variaciones estacionales”, la cobertura nacional y la calidad de los datos respaldan la validez interna de este esfuerzo.

Dada la magnitud y la variedad de las LCE se hace imperativo acudir a métodos más complejos para recolectar información de buena calidad. Las encuestas de base poblacional con un diseño adecuado, una cobertura representativa y sometidas a un riguroso análisis constituyen un recurso especial de investigación. Los resultados de las encuestas aplicadas por Le Franc y colaboradores (página 409) en tres países del Caribe —Barbados, Jamaica y Trinidad y Tobago— sobre la violencia de pareja permiten analizar, a partir de una perspectiva de género, la alta prevalencia de violencia sexual física y psicológica en países de diferente condición socioeconómica y destacan los aspectos culturales que deben considerarse al diseñar y aplicar medidas preventivas.

<sup>3</sup> En Colombia, este proyecto contó también con la participación de la Universidad del Valle, en Cali, Colombia, a través del Instituto de Investigaciones y Desarrollo en la Prevención de la Violencia y la Promoción de la Convivencia Social (CISALVA), Centro Colaborador de OMS/OPS.

En otra dimensión del análisis, esta vez enfocado a una causa de mortalidad no explorada con frecuencia, Celis y colaboradores (página 422) revisan el ahogamiento por inmersión en los estados federativos de México durante un período de 27 años, de 1979 a 2005. En este trabajo descriptivo basado en los datos de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México, se muestra mediante un análisis ecológico la tendencia general a la reducción en el número de muertes por ahogamiento en ese país y en todos sus estados. A pesar de esta disminución, observada también en otros países de Europa, Asia y las Américas, los autores exponen el interesante caso del Estado de Tabasco, donde las tasas de mortalidad se han mantenido y se mantienen mucho más altas que en el resto de las entidades federativas durante todo el período analizado. Ponen también en evidencia el significativo incremento relativo de muertes accidentales de causa no especificada en los últimos años.

La atención de emergencia a las víctimas y la evaluación de los programas dirigidos a la prevención de los accidentes y la violencia en Brasil son los temas de dos artículos de investigación. En el primero —de Deslandes, Minayo y Lima (página 430)— se analizan diversos criterios y requisitos que, según la política del Ministerio de Salud de Brasil, deben cumplir los hospitales de ese país para lograr reducir la mortalidad y la morbilidad por accidentes y violencia. Este trabajo se desarrolló en cuatro capitales estatales y en Brasilia y se encontró que los mejores índices de cumplimiento de los requisitos nacionales se registraron en Curitiba. Las autoras llaman la atención sobre la necesidad de que todos los hospitales del país se apresten a mejorar los servicios de manera expedita y acorde a su nivel de complejidad. El análisis se enriqueció con una evaluación de las posibles complicaciones a que pueden quedar expuestos los pacientes con LCE si los requisitos del Ministerio de Salud de Brasil no se cumplen. En el otro artículo, Deslandes y Lemos (página 441) presentan una metodología, conocida como método de grupo nominal, que combina técnicas cualitativas y cuantitativas para evaluar y proponer descriptores que permitan priorizar la programación e implementación de los núcleos para la prevención de la violencia y los accidentes, implantados por el Ministerio de Salud en ese país.

Finalmente Villaveces y DeRoo hacen un oportuno rescate histórico del médico, higienista, académico y político colombiano Jorge Bejarano Martínez (1888–1966) como pionero en vincular la salud pública con los problemas sociales asociados con la violencia (página 449). El Dr. Bejarano dedicó gran parte de su prestigiosa carrera a estudiar las posibles causas de la delincuencia infantil y analizó retrospectivamente algunos factores de riesgo, aceptados sin reservas en la actualidad, relacionados con la historia personal y el abuso y el maltrato infantil. Finalmente, el Dr. Bejarano propuso medidas correctivas fuera del sistema penal, un concepto novedoso y precursor si se toma en cuenta que la cárcel era la única opción en aquellos años y que, lamentablemente, sigue siendo aún la principal medida utilizada en algunos países y sectores para enfrentar la delincuencia infantil.

Los artículos del presente número especial son una expresión de los avances que en materia de información, servicios de salud y análisis de los problemas relacionados con las LCE se han logrado en varios países de la Región. En los hospitales que disponen de sistemas de información de LCE se han tomado diversas decisiones, como incrementar la capacidad de respuesta médica en los servicios con el fin de atender adecuadamente a las personas lesionadas y evitar complicaciones o la muerte, la apertura de unidades especializadas, y la ampliación de los servicios de psicología y trabajo social para apoyar a las víctimas y a sus familias. Además, se han establecido programas de prevención y campañas específicas para controlar y prevenir los suicidios, la violencia que afecta a los jóvenes, las quemaduras y los accidentes con bicicletas y se han designado personas específicas para coordinar las actividades de vigilancia y la administración de estos programas. En resumen, se puede observar una tendencia a consolidar las investigaciones sobre las LCE y a establecer programas preventivos, aunque aún queda mucho camino por recorrer.

Estos avances se han reflejado también en acciones concretas tomadas por la OPS y los gobiernos de la Región. En la declaración emitida durante la primera reunión de Ministros de Salud de las Américas sobre la Prevención de la Violencia y las Lesiones, celebrada en Mérida, México, en marzo de 2008, por iniciativa de la Secretaría de Salud de ese país y la OPS, se llama a todos los ministerios y secretarías de salud de la Región a hacer los esfuerzos necesarios para prevenir las LCE y, como organismos responsables de la salud pública en sus respectivos países, tomar medidas para recolectar datos confiables, desarrollar políticas oportunas, diseñar, implementar y evaluar programas de prevención de la violencia y las LCE y ofertar servicios adecuados para las personas afectadas y sus familias (8). Los ministros coincidieron en que se necesitan esfuerzos adicionales para solucionar este grave problema que afecta a la salud pública y el desarrollo y se comprometieron a fortalecer las acciones de prevención y promoción, la recogida de datos, el trabajo intersectorial y la elaboración de planes nacionales de prevención de la violencia y las LCE, entre otros acuerdos. Más recientemente, en el 48.º Consejo Directivo de la OPS reunido en octubre de 2008, se aprobó un documento de referencia sobre el tema y una resolución en la que se adoptaron compromisos por parte de la OPS y los Estados Miembros para reforzar las medidas tomadas, investigar, profundizar en la participación comunitaria y emprender todas las acciones que corresponden al sector salud, en colaboración con otros sectores, para disminuir la alta prevalencia de LCE en todas sus manifestaciones (9). En este documento se reconoce que si bien el Consejo Directivo de la OPS ha aprobado en otras ocasiones resoluciones sobre la prevención de la violencia, es necesario ampliar el marco de acción a todas las lesiones de causa externa, no solo por el elevado número de casos sino también por la disponibilidad de intervenciones comprobadas que pueden tener efectos preventivos sobre algunos factores de riesgo comunes para diversas formas de LCE.

En esta edición especial de la *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health* se presenta una muestra de lo que se está haciendo. En buena hora se puede decir que sí hay avances, pero estos son aún insuficientes y necesitan fortalecerse. Esperamos seguir encontrando, en esta y otras publicaciones, nuevas muestras de progreso que permitan hacer frente a esta demandante y desafiante tarea.

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C.: OPS; 2003. (Publicación Científica No. 588.)
2. Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito. Washington, D.C.: OPS; 2004. (Publicación Científica No. 599.)
3. Naciones Unidas. Estudio a fondo sobre todas las formas de discriminación contra la mujer. Informe del Secretario General. Nueva York: Naciones Unidas; 2006. Hallado en [http://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/policy\\_and\\_research/un/61/A\\_61\\_122\\_es.pdf](http://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/policy_and_research/un/61/A_61_122_es.pdf). Acceso el 25 de noviembre de 2008.
4. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Estudio del Secretario General sobre la violencia contra la niñez. Nueva York: Naciones Unidas; 2006. Hallado en <http://www.violencestudy.org/IMG/pdf/Spanish-2-2.pdf>. Acceso el 25 de noviembre de 2008.
5. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10.ª revisión. Washington, D.C.: OPS; 1995. (Publicación Científica No. 554.)
6. World Health Organization. International Classification of External Causes of Injury (ICECI). Geneva: WHO; 2003. Hallado en <http://www.who.int/classifications/icd/adaptations/iceci/en/>. Acceso el 30 de noviembre de 2008.
7. Declaración Ministerial sobre Prevención de Violencia y Lesiones en las Américas. Reunión de Ministros sobre Prevención de Violencia y Lesiones; Mérida, Yucatán, México; 14 de marzo de 2008. Hallado en [http://www.cenapra.salud.gob.mx/interior/ministros\\_2.html](http://www.cenapra.salud.gob.mx/interior/ministros_2.html). Acceso el 25 de noviembre de 2008.
8. Organización Panamericana de la Salud. Prevención de la violencia y los traumatismos y promoción de la seguridad: un llamado a la acción en la Región. En: Informe preliminar. 48.º Consejo Directivo. Washington, D.C.: OPS; 2008. Pp. 44-46. Hallado en <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48-pfr-s.pdf>. Acceso el 25 de noviembre de 2008.