

Guía de Buenas Prácticas En Seguridad Infantil:

Buenas inversiones en la prevención de las lesiones infantiles involuntarias y promoción de la seguridad infantil



El texto o partes del texto se podrán copiar, a condición de que se mencionen los autores, el título de la publicación y el editor. Cita sugerida: MacKay M, Vincenten J, Brussoni M, Towner L. Child Safety. Good Practice Guide: Good investments in unintentional child injury prevention and safety promotion. Amsterdam: European Child Safety Alliance, Eurosafe; 2006.

ISBN 978-90-6788-118-4
© June 2006

Fotos copyright Digital Vision

European Child Safety Alliance

P.O. Box 75169
1070 AD Amsterdam
The Netherlands
Tel. +31 20 511 4529
Fax + 31 20 511 4530
E-mail: secretariat@childsafetyeurope.org
www.childsafetyeurope.org



■ Introducción	2	■ Sección 3. ¿Cuándo y cómo debemos utilizar buenas prácticas de planificación de las estrategias de prevención de las lesiones?	24	Embalaje a prueba de niños de los productos químicos, Holanda	68
■ Contenido de la Guía	3	¿Qué cuestiones debemos considerar al seleccionar las estrategias?	26	Asesoramiento pediátrico en materia de prevención de las lesiones - Consejos de seguridad infantil, Austria	70
■ Sección 1: ¿Qué sabemos sobre los enfoques de buenas prácticas de prevención de las lesiones infantiles involuntarias?	4	¿Qué más se puede hacer para apoyar una cultura de buenas prácticas de prevención de las lesiones infantiles y promoción de la seguridad infantil?	29	Riskwatch, Escocia	72
¿Por qué debemos concentrarnos en buenas prácticas basadas en evidencia?	6	■ Referencias	31	Habilidades para la vida – aprender para vivir, Reino Unido	75
¿Por qué no aplicamos buenas prácticas?	6	■ Apéndice I:		Sistema de vigilancia de las lesiones en todo Gales	78
■ Sección 2: Buenas prácticas “a simple vista”	8	■ Sección 4. Metodología de estudios de casos	38	■ Agradecimientos	81
Buenas prácticas de seguridad del niño pasajero	9	■ Sección 5. Estudios de casos de buenas prácticas en Europa	40		
Buenas prácticas de seguridad del niño peatón	10	Camino seguro al colegio en Faro, Portugal	41		
Buenas prácticas de seguridad del niño ciclista	11	Programa de préstamo de asientos de seguridad para niños, Austria	44		
Buenas prácticas de seguridad del niño en el agua	13	Kerbcraft, Escocia	46		
Buenas prácticas de prevención de las caídas infantiles	15	Estrategia de seguridad vial, Francia	49		
Buenas prácticas de prevención de las quemaduras y escaldaduras infantiles	16	Fundación para la Iniciativa del Casco Ciclista, Reino Unido	53		
Buenas prácticas de prevención de las intoxicaciones infantiles	18	Campaña del casco ciclista, Dinamarca	56		
Buenas prácticas de prevención de la asfixia / estrangulación infantiles	19	Seguridad en las piscinas, Francia	58		
Buenas prácticas de seguridad infantil en el hogar en general	20	Prevención de los ahogamientos, Islandia	60		
Buenas prácticas de prevención de las lesiones infantiles basadas en la comunidad en general	21	Campaña de prevención de los ahogamientos, Grecia	63		
Buenas prácticas de liderazgo, infraestructura y capacidad para apoyar la prevención de las lesiones infantiles a escala nacional	22	Caja de Seguridad Infantil, Austria	66		





Introducción

La necesidad de saber “qué funciona” es cada día mayor entre aquellos que trabajan para reducir la carga de las lesiones involuntarias entre los niños europeos. Acontecimientos recientes, que exigen que los Estados miembros desarrollen planes de acción nacionales destinados a prevenir las lesiones, han incrementado la necesidad de ofrecer intervenciones eficaces a escala nacional y local.^{1,2,3} Un uso acertado de la evidencia es decisivo para hacer frente a esta exigencia. Saber “qué funciona” es la esencia del desarrollo de buenas políticas y programas.

La Alianza Europea para la Seguridad Infantil cree en el valor de las “buenas prácticas”, que en nuestra opinión combinan la mejor evidencia de investigación disponible con la pericia práctica de los profesionales en el “mundo real”. Este enfoque exige que los profesionales sean conscientes tanto de la mejor evidencia como de los aspectos prácticos de la transferencia de las políticas y programas de un escenario a otro. Con tanto que hacer para abordar la seguridad de los niños europeos, y con tan poco tiempo y recursos limitados, existe una necesidad de concentrarse en buenas inversiones y en aquellas estrategias que ofrezcan las mayores probabilidades de reducir las lesiones involuntarias de la infancia.

Para los fines de este documento, una “buena práctica” es definida como:

- 1) Una estrategia de prevención que haya sido evaluada, habiéndose encontrado que es eficaz (por medio de una revisión sistemática, o al menos de una evaluación rigurosa), O
- 2) Una estrategia de prevención cuya evaluación rigurosa resulte difícil, pero cuya práctica cuente con el apoyo de una opinión experta, sugiriendo los datos que es una estrategia eficaz (p.ej. el uso de dispositivos personales de flotación destinados a prevenir los ahogamientos), Y
- 3) Una estrategia de prevención cuya evaluación rigurosa resulte difícil, pero cuya práctica cuente con el apoyo de una opinión experta, existiendo un vínculo claro entre la estrategia y una reducción del riesgo, a pesar de que entre la estrategia y una reducción de las lesiones exista un vínculo menos claro (p.ej. el almacenamiento seguro de sustancias tóxicas), CON SUJECIÓN A QUE
- 4) La estrategia en cuestión haya sido aplicada en un escenario en el mundo real, de manera que también se haya procedido a un examen de la factibilidad de la intervención.

Esta Guía de Buenas Prácticas de Seguridad Infantil ha sido desarrollada sobre la base de trabajo previamente realizado por la Alianza y por investigadores

en seguridad infantil de todo el mundo, constituyendo un paso más de apoyo a los Estados Miembros en su avance hacia buenas prácticas basadas en la evidencia. Tiene por objeto permitir que los Estados miembros examinen opciones de estrategia destinadas a abordar las lesiones infantiles involuntarias, dejando de lado aquello que “siempre se ha hecho”, para avanzar hacia buenas inversiones – estrategias que se sabe que funcionan o que ofrezcan la mayor probabilidad de éxito. Se reconoce que saber qué ha funcionado en un escenario no es suficiente, motivo por el cual los puntos de transferencia y aplicación, conjuntamente con los estudios de los casos incluidos en esta Guía, están ahí a modo de información orientativa para la toma de decisiones, sirviendo de ilustraciones de buenas prácticas en acción. Se espera que esta información comience a aportar ideas iniciales acerca de por qué una estrategia ha funcionado, ofreciendo alguna orientación a efectos de su transferencia a nuevos escenarios. Sin embargo, se necesita trabajo adicional para comprender todos los factores que influyen en el éxito de una estrategia que se transfiere de un escenario a otro.

Finalmente, la síntesis del conocimiento existente, recopilado en el desarrollo de este recurso, permite también la identificación de situaciones donde exista una necesidad de evaluar las intervenciones existentes y donde no existan estrategias de buenas prácticas.





Contenido de la Guía

Esta Guía está dividida en cuatro secciones, cuyo objeto consiste en ayudar a las partes interesadas en los Estados miembros a promover buenas prácticas de planificación y aplicación de estrategias destinadas a abordar las lesiones infantiles. El lector debe tomar nota de que los términos “prevención de las lesiones infantiles” y “seguridad Infantil” se utilizan de forma intercambiable.

➤ **La Sección 1** presenta el concepto de buena práctica y analiza los enfoques generales de las políticas y programas adoptados en las áreas de la prevención de las lesiones infantiles y la promoción de la seguridad infantil.

➤ **La Sección 2** aporta una serie de tablas “a simple vista” que identifican estrategias eficaces (buenas prácticas actuales) en las áreas siguientes de prevención de las lesiones infantiles y la promoción de la seguridad infantil:

- seguridad del niño como pasajero
- seguridad del niño como peatón
- seguridad del niño como ciclista
- seguridad del niño en el agua
- prevención de las caídas
- prevención de las quemaduras y escaldaduras
- prevención de las intoxicaciones
- prevención de la asfixia / estrangulación
- seguridad infantil en el hogar en general (estrategias todavía no cubiertas en los temas anteriores)

- prevención de las lesiones infantiles basadas en la comunidad en general (estrategias todavía no cubiertas en los temas anteriores)
- actividades en el área del liderazgo, la infraestructura y la capacidad a escala nacional.

La tabla correspondiente a cada área recoge: 1) una serie de enunciados que describen las buenas prácticas actuales; 2) una indicación acerca de si ha sido identificado e incluido el estudio de un caso para dicha estrategia en particular, (E) y 3) sugerencias para transferir y aplicar la estrategia. Cada ejemplo de buenas prácticas viene también codificado en color, ofreciendo así una indicación acerca de en cual de las 3 E's se concentra la prevención de las lesiones –

- **Engineering – Ingeniería** (modificación de un producto / entorno).
- **Enforcement – Vigilancia del cumplimiento** (política / legislación y medidas destinadas a garantizar el cumplimiento) o
- **Education – Educación** (educación / estrategias de cambio de comportamiento).

➤ **La Sección 3** proporciona información acerca de aquella parte del ciclo de planificación donde se puede aplicar la información sobre buenas prácticas, al igual que acerca de la selección y la transferencia de las buenas prácticas entre un escenario y otro. Se describe y recalca la importancia de defender, crear y mantener una cultura de buenas prácticas.

Las secciones cuarta y quinta están contenidas en el Apéndice.

➤ **La Sección 4** describe con detalle los métodos que se utilizan para desarrollar los estudios de los casos, y

➤ **La Sección 5** proporciona una serie de estudios de casos que ilustran la aplicación de las estrategias “a simple vista” seleccionadas en el campo de la prevención de las lesiones infantiles y la promoción de la seguridad infantil, conjuntamente con las lecciones aprendidas a partir de la aplicación de estas estrategias en Europa.





Sección 1: ¿Qué sabemos sobre los enfoques de buenas prácticas para la prevención de las lesiones infantiles involuntarias?

Antes de proceder a examinar los enfoques reales de buenas prácticas de prevención de las lesiones infantiles involuntarias, es importante apuntar que la prevención de las lesiones en este grupo de edad exhibe un carácter único por cierto número de razones. Para poder planificar y aplicar estrategias verdaderamente eficaces, es esencial tomar en cuenta estos factores a la hora de seleccionar y transferir las buenas prácticas. Este carácter único tiene su origen en:

- **Los niños como punto de mira del trabajo:** Al hablar de prevención de las lesiones infantiles y promoción de la seguridad infantil, los niños y sus padres / cuidadores son los grupos “diana” de las intervenciones. A pesar de que una intervención específica podría suponer abogar por un cambio de política ante los responsables de tomar las decisiones, el punto de mira principal de la prevención de las lesiones infantiles y la promoción de la seguridad infantil reside en los propios niños y en los adultos que sean sus cuidadores principales.^{3,4,5,6,7,8,9}
- **La importancia de la fase de desarrollo de los niños:** Los tipos de lesiones que experimentan los niños están estrechamente relacionados con su edad y fase de desarrollo, lo cual supone características¹⁰ físicas, psicológicas y conductuales. Hay

que tener esto en cuenta a la hora de examinar las estrategias potenciales y transferirlas a nuevos escenarios.

- **El hecho de que las lesiones afectan de manera desproporcionada a los niños más vulnerables de la sociedad:** La probabilidad de que un niño pierda la vida o experimente una lesión guarda relación con una variedad de factores, que incluyen una familia monoparental, un nivel bajo de educación entre las madres, madres muy jóvenes, malas condiciones de vivienda, una familia numerosa y consumo de drogas o alcohol por los padres.¹¹

Este carácter único de los niños impone la importancia de conocer bien a nuestra audiencia objetivo y de implicar a nuestro grupo “diana” en una fase temprana del proyecto.^{12,13} Si no implicamos a nuestro grupo “diana”, es probable que el éxito de una intervención sea menor. Especialmente al transferir buenas prácticas de un escenario a otro, es importante que conozcamos a nuestro grupo objetivo, debido a que las evaluaciones rigurosas, como aquellas que se utilizan para apoyar las recomendaciones basadas en la mejor evidencia, suelen tener una generalización limitada en razón de la especificidad de sus participantes.

Al examinar enfoques amplios de prevención de las lesiones infantiles y promoción de la seguridad infantil, se comprueba que siete de ellos ofrecen estrategias prometedoras o de eficacia demostrada⁶. Estos siete enfoques aparecen descritos a continuación, si bien es importante apuntar que, a pesar de que han sido propuestos, afirmándose que ofrecen estrategias prometedoras o de eficacia demostrada, las estrategias reales basadas en estos enfoques no han sido evaluadas en todas las áreas de prevención de las lesiones infantiles. No obstante, aportan un marco que es útil considerar en relación con cualquier tipo de lesión de la infancia.

- 1) **Modificación del entorno** – los niños son especialmente vulnerables a las lesiones porque viven en un mundo sobre el que tienen poco control y que está construido en torno a las necesidades de los adultos¹⁰. La modificación del entorno con el fin de que ese mundo sea más “fácil para el niño o los padres” constituye un enfoque aceptado de reducción de los riesgos⁶. Estas estrategias son más eficaces cuando se utilizan en combinación con la legislación y actividades educativas. La sección “a simple vista” incluye como ejemplos de este tipo de estrategia el diseño y la instalación del equipamiento para las áreas de juego infantiles y medidas regionales





destinadas a reducir el riesgo que corren los peatones y los ciclistas (p.e. la limitación de la velocidad del tráfico).

- 2) **Modificación de los productos** – a semejanza de lo que ocurre con las cuestiones relativas a la modificación del entorno, muchos productos plantean un riesgo añadido para los niños, porque han sido diseñados en torno a las necesidades de los adultos. La modificación de los productos es un medio más pasivo de reducir los riesgos relativos a determinados productos que la supervisión activa por los adultos. También estas estrategias adquieren mayor eficacia cuando se utilizan conjuntamente con la legislación y actividades educativas.¹⁴ La sección “a simple vista” incluye como ejemplos de este tipo de estrategia los cierres de seguridad a prueba de niños, las temperaturas del agua de las calderas reguladas en fábrica y los mecheros a prueba de niños.
- 3) **Legislación, regulación y vigilancia del cumplimiento** – la legislación ha demostrado ser la herramienta más útil en la prevención de las lesiones⁶. La legislación es más eficaz cuando se exige su cumplimiento y cuando se utiliza en combinación con la modificación de los productos o del entorno y con actividades educativas. La sección “a simple vista” incluye como ejemplos de este tipo de estrategia la legislación relativa al uso de dispositivos de sujeción para niños pasajeros, los cascos ciclistas y los embalajes a prueba de niños.
- 4) **Promoción del uso de dispositivos de seguridad** – los dispositivos de seguridad se promocionan con el fin de reducir los riesgos de ocurrencia de lesiones, o para minimizar el impacto en el caso de un evento en el que ocurra una lesión. La sección “a simple vista” incluye como ejemplos de este tipo de estrategia los detectores de humo, los cascos ciclistas y los dispositivos de sujeción para niños pasajeros.
- 5) **Visitas domiciliarias de apoyo a las familias con niños pequeños** – a pesar de que se necesita una evaluación más exhaustiva de las visitas domiciliarias de apoyo, los primeros estudios han arrojado resultados generalmente positivos acerca de este enfoque. Las visitas domiciliarias de apoyo son especialmente eficaces si la información que se aporta es adecuada a la edad y si las visitas se combinan con el suministro gratuito de equipamiento de seguridad y campañas promocionales más amplias.^{6,2}
- 6) **Intervenciones basadas en la comunidad** – estas intervenciones, que se concentran en modificar los valores y comportamientos de la comunidad, y en variar el entorno físico de las comunidades para reducir los riesgos de lesiones, pueden ser especialmente relevantes en el caso de los niños, ya que las intervenciones suelen estar dirigidas al conocimiento, las actitudes y los comportamientos de los niños y los padres en materia de seguridad. Las Intervenciones basadas en la comunidad utilizan un amplio abanico de estrategias, que incluyen la educación / cam-

bio de comportamiento, la modificación de los productos y el entorno, y la legislación / vigilancia del cumplimiento, con la diferencia clave de que la estrategia se concentra en la comunidad, y no en la persona a título individual.¹⁵ La sección “a simple vista” incluye como ejemplos de este tipo de estrategia las campañas promocionales del casco ciclista y de los dispositivos de sujeción para niños pasajeros basadas en la comunidad.

- 7) **Educación y desarrollo de habilidades** – la eficacia de los propios programas educativos y de desarrollo de habilidades es controvertida y suele faltar evidencia. Sin embargo, los programas educativos y de desarrollo de habilidades pueden ser eficaces si se diseñan bien y tienen en cuenta a la población objetivo, o si se utilizan en combinación con otras estrategias, como la legislación o la modificación del entorno o los productos⁶. La sección “a simple vista” incluye como ejemplo de este tipo de estrategia la formación destinada a la adquisición de habilidades peatonales.





¿Por qué debemos concentrarnos en buenas prácticas basadas en evidencia?

Es posible transferir conocimiento basado en prácticas tanto eficaces como ineficaces. Numerosas estrategias ineficaces se siguen aplicando en toda Europa, a pesar de que existen evidencias que indican que no constituyen el mejor uso de los recursos. Por ejemplo, las exhibiciones de habilidades en el manejo de la bicicleta o “rodeos” no han demostrado su eficacia como estrategia educativa para abordar las lesiones que pueden causar las bicicletas, no siendo consideradas una buena práctica como estrategia aislada¹⁴. A pesar de esta evidencia, esta actividad se sigue ofreciendo, a menudo como intervención autónoma.

En el entorno actual de escasez de recursos y cuestiones que rivalizan entre sí, la comunidad de prevención de las lesiones debe garantizar que los esfuerzos y recursos existentes se concentren en buenas prácticas eficaces basadas en evidencias. También es necesario que garantice que estudia sistemáticamente y comprende por qué las estrategias funcionan en un escenario / contexto determinado y no en otros, y que aprenda a transferir con eficacia las buenas prácticas a otros escenarios / contextos. Si la comunidad de prevención de las lesiones no convierte la adopción de buenas prácticas basadas en evidencia en una prioridad, los responsables de elaborar las

políticas seguirán invirtiendo recursos en estrategias que no conducen a la reducción de la carga de las lesiones infantiles.

¿Por qué no aplicamos buenas prácticas?

Varias razones explican por qué, la comunidad, fracasa en su misión de seleccionar y aplicar buenas prácticas en la prevención de las lesiones.

➤ Resistencia al cambio

La resistencia puede provenir de la administración pública en forma de resistencia a los esfuerzos legislativos o reglamentarios; de la comunidad en la prevención de las lesiones en términos de comodidad con la forma como se hacen las cosas, con la inversión personal en un programa existente de eficacia no demostrada; o de la falta de conocimiento de una necesidad de cambio. También puede provenir de los responsables de desarrollar y gestionar los programas, porque resulta más fácil y más cuantitativo producir un panfleto educativo como única intervención que abogar por modificaciones de la legislación o del entorno. El propio público puede asimismo desempeñar un papel. Si el público percibe que una actividad tiene valor, incluso si no es eficaz en la realidad, entonces los políticos y los responsables de la toma de decisiones, tienden a menudo en dejar de invertir. Comprender de dónde es probable que provenga la resistencia y planificar en consecuencia, con

el fin de abordarla, forma parte de las buenas prácticas de transferencia de estrategias de un escenario a otro.

➤ Prioridades que rivalizan entre sí

Mientras la importancia de mantener a los niños con vida y de que contribuyan a la sociedad parece en sí misma sencilla y esencial, requiere asimismo un compromiso continuado. Esto suele exigir más tiempo, dinero o incomodidad potencial para los adultos y, como resultado, el compromiso continuado no se asume. Por ejemplo, algunas veces, aquello que es bueno para los niños no se percibe como bueno para los demás. La modificación de un producto que se considere importante para garantizar la reducción de un riesgo de lesiones infantiles puede parecer que está en conflicto con aquello que es mejor para la industria. Esto se debe a que la industria tiende a considerar que los cambios deseados se traducen en costes de producción, pérdidas de puestos de trabajo, etc. A su vez, puede suceder que esto incida en los funcionarios elegidos, que tratan de equilibrar las necesidades percibidas, siendo posible que se pongan del lado de la industria por temor a no ser reelegidos y perder el apoyo empresarial. Seleccionar buenas prácticas y seguir aplicándolas requiere un compromiso real a largo plazo que va más allá de un único ciclo electoral. Debido a que, en la prevención de las lesiones, una estrategia determinada puede afectar a múltiples sectores y ministerios, a la industria y a las partes implicadas, es importante comprender los muchos puntos de vista y elaborar los argumentos más convincentes a favor de un cambio que beneficie a los niños. De allí la importancia de que el





campo de la prevención de las lesiones siga creando las evidencias de estrategias eficaces, incluida la rentabilidad de las estrategias, de manera que sea posible disponer de datos que apoyen los argumentos a favor de las vidas de los niños como prioridad sobre otras cuestiones.

➤ **Planificación ineficaz de las soluciones**

Si no se dedica tiempo suficiente a la planificación inicial, entonces se pueden pasar por alto los pasos de búsqueda de buenas prácticas en otros escenarios. A esto se añade que una vez que se identifica una buena práctica, si no se evalúa adecuadamente el potencial de transferencia acertada y si no se planifican de los pasos concretos que permitan incrementar su probabilidad de éxito, como resultado se pueden obtener una transferencia y una aplicación poco exitosas. Una transferencia y una aplicación desacertadas pueden ejercer un impacto negativo en el campo en cuestión en su conjunto si se interpretan como un fracaso de la propia estrategia, en lugar de como un fracaso en su transferencia y aplicación. La cantidad de tiempo, trabajo e investigación práctica que se necesitan para obtener la información necesaria y para realizar un buen trabajo en estos pasos de planificación puede ser desalentadora. Dado que el campo de la prevención de las lesiones aprende más sobre aquello que funciona y por qué, recursos como esta Guía pueden ayudar a identificar buenas prácticas y aportar orientación con vistas a la decisión de intentar realizar una transferencia y los pasos que permitan incrementar la probabilidad de éxito.

➤ **Falta de capacidad o de pericia**

En algunos casos, las personas que toman las decisiones no cuentan con la información necesaria para adoptar la decisión correcta y elegir una buena práctica. En consecuencia, los profesionales en lesiones deben desempeñar el papel de educar a los responsables de tomar las decisiones y de abogar por el compromiso y los recursos que permitan que las estrategias funcionen. También las organizaciones a cargo de la dirección de los proyectos en este campo tienen un papel que desempeñar en la prevención de las lesiones y la promoción de la seguridad, apoyando los esfuerzos de los profesionales en lesiones, que defienden las buenas prácticas y abordan la creación de capacidad como una cuestión de prioridad en este campo.

➤ **Falta de tiempo o de recursos**

Con frecuencia, las prácticas que no están basadas en evidencia pueden ser atractivas, porque son fáciles y rápidas y dan la impresión de que se está haciendo algo (p.e. distribuir un panfleto). Para abordar verdaderamente la seguridad infantil, será necesario seleccionar estrategias de buenas prácticas basadas en evidencia que cuesten más / o que requieran más tiempo, pero que, al final, arrojen mejores resultados. En un entorno donde los recursos son escasos y los marcos de tiempo de financiación son limitados, es probable que esto requiera que las organizaciones colaboren entre sí y que se realice un trabajo más inteligente con la administración pública y la industria, con el fin de garantizar que comiencen a hacer aquello que funciona.

En resumen, para aplicar buenas prácticas hoy, es necesario que la comunidad de prevención de las lesiones tenga en cuenta los aspectos específicos de los niños como grupo objetivo, al igual que los siete enfoques amplios de la prevención de las lesiones infantiles y la promoción de la seguridad infantil que ofrecen estrategias prometedoras o de eficacia comprobada. Esta comunidad debe tener presente que estos siete enfoques son más eficaces cuando funcionan de forma combinada, motivo por el cual debe invertir sus escasos recursos en aquello que se sabe que funciona. Esto exigirá también una comprensión de la importancia de utilizar buenas prácticas y de las razones de que estas prácticas no se apliquen con más frecuencia. La sección siguiente profundiza con más detalle en las estrategias basadas en estos siete enfoques amplios, que se consideran las mejores inversiones actuales.







Sección 2: Buenas prácticas “a simple vista”

Las estrategias de buenas prácticas potenciales destinadas a ser incluidas en las tablas “a simple vista” fueron identificadas por medio de una revisión de las revisiones sistemáticas existentes y de artículos aparecidos en publicaciones y documentos definitorios de políticas, al igual que mediante una consulta con expertos en prevención de las lesiones infantiles y promoción de la seguridad infantil. Se procedió entonces al examen de estas estrategias cotejándolas con la definición de buena práctica, siendo los criterios resultantes desarrollados para los fines de este proyecto. Se elaboraron las declaraciones de evidencia de las estrategias que reunían los criterios, siendo estas estrategias incorporadas a las tablas de buenas prácticas “a simple vista” en función de cuestiones específicas. Los puntos de transferencia y aplicación se obtuvieron de las mismas fuentes, al igual que de libros de texto sobre prevención de las lesiones y promoción de la seguridad en general. La metodología utilizada en la selección y redacción de los casos aparece recogida en la Sección 4, en la página 38.

Buenas prácticas de seguridad del niño como pasajero

	Declaración de evidencia	Puntos de transferencia y aplicación
Ingeniería	Los dispositivos de sujeción para niños pasajeros llevan a la disminución de la mortalidad y las lesiones. ^{16,17,18}	<ul style="list-style-type: none"> - Se ha demostrado que, cuando los dispositivos de sujeción para niños pasajeros se usan como es debido, reducen las lesiones en un 90-95% para los sistemas que miran hacia atrás y en un 60% para los sistemas que miran hacia adelante.¹⁹ - Se ha demostrado que mantener a los niños más tiempo mirando hacia atrás incrementa la protección en 3-5 veces.²⁰ - La investigación ha demostrado que los niños de 4-8 años corren un riesgo considerablemente menor de experimentar lesiones si van atados en asientos elevadores y no con cinturones de seguridad para adultos.^{21,22,23,24} - El conocimiento por parte de los padres, conjuntamente con la disponibilidad, facilidad de acceso, coste y facilidad de uso de los dispositivos de sujeción para niños pasajeros, incidirá en su aceptación.^{25,26}
Vigilancia del cumplimiento	La legislación relativa a los dispositivos de sujeción para niños pasajeros lleva a incrementos en el uso observado. ^{26,27}	<ul style="list-style-type: none"> - El nivel de vigilancia del cumplimiento incidirá en la eficacia mediante un incremento del uso.²⁸ - La legislación es más eficaz cuando cuenta con el apoyo de actividades educativas.²⁸
Educación	<p>La intervención basada en la comunidad que combina la difusión de información sobre la seguridad de los dispositivos de sujeción para niños pasajeros con mejores campañas de vigilancia del cumplimiento lleva a un incremento del uso.^{25,27}</p> <p> Ejemplo de caso: Camino seguro al colegio en Faro, Portugal, página 41</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Una estrategia a largo plazo, un liderazgo eficaz focalizado, una colaboración multiinstitucional, una implicación de la comunidad local, una elección de los objetivos adecuados y tiempo para desarrollar una gama de redes y programas locales constituyen elementos importantes de los enfoques basados en la comunidad.¹⁵ - Se ha demostrado que las campañas de vigilancia del cumplimiento que cuentan con el apoyo de actividades promocionales basadas en los colegios arrojan incrementos importantes en el uso observado del cinturón de seguridad.²⁵
	<p>Una intervención basada en la comunidad que combina la distribución de dispositivos de sujeción para niños pasajeros, programas de préstamo o incentivos, con programas educativos, lleva a un incremento del uso.^{25,27}</p> <p> Ejemplo de caso: Programa de préstamo de asientos de seguridad para niños, Austria, página 44</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Una estrategia a largo plazo, un liderazgo eficaz focalizado, una colaboración multiinstitucional, una implicación de la comunidad local, una elección de los objetivos adecuados y tiempo para desarrollar una gama de redes y programas locales constituyen elementos importantes de los enfoques basados en la comunidad.¹⁵ - Los programas más intensivos que implican elementos múltiples y mecanismos de comunicación están asociados a resultados más positivos.¹⁵ - Se necesita una organización fiable y bien informada para llevar a cabo un programa de préstamo, dadas las comprobaciones técnicas y de mantenimiento de los asientos de los coches.²⁵
Ingeniería	Los cinturones de seguridad llevan a descensos de la mortalidad y las lesiones. ^{16,29,30,31,32,33,34}	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando se utilizan como es debido, los cinturones de seguridad pueden reducir la mortalidad en un 40-50% y las lesiones severas en un 45-55%.³³ - El conocimiento por parte de los padres, conjuntamente con la disponibilidad y facilidad de uso de los cinturones de seguridad, incidirá en su aceptación.²⁵
Vigilancia del cumplimiento	La legislación que exige el uso del cinturón de seguridad en los niños mayores lleva a un incremento del uso. ^{25,27,35}	<ul style="list-style-type: none"> - El nivel de vigilancia del cumplimiento incidirá en la eficacia.³⁶ - La legislación es más eficaz cuando cuenta con el apoyo de actividades educativas.²⁸



Buenas prácticas de seguridad del niño como peatón



	Declaración de evidencia	Puntos de transferencia y aplicación
Ingeniería	Las soluciones destinadas a reducir los riesgos que corren los peatones (incluidas las facilidades para peatones y/o una infraestructura de limitación de la velocidad del tráfico) a escala regional llevan a una reducción de las lesiones y son rentables. ^{14,27}	<ul style="list-style-type: none"> - Se ha demostrado que la limitación de la velocidad del tráfico reduce la siniestralidad en un 60% en las zonas donde está permitido circular a 30 km/hora.³⁷ - Los planes regionales de limitación de la velocidad del tráfico urbano han reducido el número de accidentes con lesiones en un 15% (25% en las calles de las zonas residenciales y 10% en las vías principales).³⁷ - Las modificaciones de ingeniería pueden ser más eficaces cuando cuentan con el apoyo de actividades educativas y de vigilancia del cumplimiento.²⁸
	Las modificaciones de los vehículos parecen reducir el riesgo de víctimas mortales entre los peatones. ^{14,19}	<ul style="list-style-type: none"> - Las modificaciones del diseño de la parte delantera de los coches que tienen en cuenta a los niños se traducen en una reducción del número de niños peatones que pierden la vida.¹⁹ - Se estima que hasta 2.100 muertes y 18.000 accidentes graves de peatones y ciclistas de todas las edades se podrían evitar anualmente en la Unión Europea gracias a estas modificaciones.¹⁹
Vigilancia del cumplimiento	La legislación / una política que reduzcan las velocidades de los vehículos en las zonas residenciales llevan a una reducción de las lesiones y a cambios en el comportamiento de los conductores. ²⁷	<ul style="list-style-type: none"> - En el Reino Unido, la introducción de zonas de velocidad limitada a 32 km/hora se tradujo en un 70% de reducción de los accidentes mortales de niños peatones.³⁸ - El nivel de vigilancia del cumplimiento incidirá en la eficacia.³⁶ - La legislación es más eficaz cuando cuenta con el apoyo de actividades educativas.²⁸
	La vigilancia del cumplimiento de la legislación / una política que reduzcan las velocidades de los vehículos en las zonas residenciales lleva a una reducción de las lesiones y a cambios en el comportamiento de los conductores. ³⁹	<ul style="list-style-type: none"> - El nivel de vigilancia del cumplimiento incidirá en la eficacia.³⁶ - La legislación es más eficaz cuando cuenta con el apoyo de actividades educativas.²⁸
Educación	Los programas educativos / de apoyo basados en la comunidad destinados a prevenir las lesiones de los niños peatones de 0-14 años se traducen en una reducción de las lesiones. ⁴⁰	<ul style="list-style-type: none"> - Los programas eficaces han permitido obtener reducciones que oscilan entre el 12% y el 54%.⁴⁰ - Los programas que ofrecen un paquete integral compuesto por estrategias educativas, sociales y relativas al entorno tienen una mayor probabilidad de tener éxito.⁴⁰ - La asignación de mayores cantidades de recursos a los programas y un mayor compromiso de la comunidad con los mismos permite que se apliquen estrategias más complejas y exhaustivas, que, a su vez, llevan a un mayor éxito.⁴⁰
	La formación en adquisición de habilidades peatonales lleva a una mejora de las habilidades de cruce del niño peatón. ¹⁴ 📄 Ejemplo de caso: Kerbcraft, Escocia, página 43	<ul style="list-style-type: none"> - Los programas multifacéticos y que implican a los padres tienen mayores probabilidades de tener éxito.¹⁴ - La experiencia práctica de circulación como peatón es un ingrediente esencial del desarrollo de habilidades peatonales.¹⁴
Vigilancia del cumplimiento	Los países con el mejor historial de seguridad vial tienen establecidos planes de aplicación nacional que incluyen una amplia gama de medidas: límites de baja velocidad, medidas de reducción de la velocidad, promoción de la seguridad pasiva y publicidad destinada tanto a los niños y sus padres como a los conductores. ^{37,41} 📄 Ejemplo de caso: Estrategia de seguridad vial, Francia, página 45	<ul style="list-style-type: none"> - La utilización de políticas pasadas o convenios internacionales como base de nuevas estrategias puede llevar a un progreso.³⁷ - Es necesario el compromiso político al más alto nivel para que la seguridad vial se convierta en una prioridad para todos en la administración pública y la sociedad.³⁷ - La cobertura mediática es un aspecto importante de las campañas de seguridad nacionales.^{36,37} - Una combinación de ingeniería, vigilancia del cumplimiento y educación es lo más eficaz.³⁶

Buenas prácticas de seguridad del niño como ciclista

Declaración de evidencia	Puntos de transferencia y aplicación
Ingeniería	<p>El uso de cascos ciclistas lleva a una reducción de las lesiones.²⁷</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los cascos ciclistas correctamente utilizados reducen el riesgo de lesiones craneales y cerebrales en un 63-88%.²⁷ - El conocimiento por parte de los padres, conjuntamente con la disponibilidad, facilidad de acceso, coste y facilidad de uso del casco, incidirán tanto en su uso como en que este uso sea el adecuado.⁴² - La reducción de los costes del casco por medio de programas de regalo y descuentos facilita su aceptación y uso.⁴³
	<p>Las soluciones de ingeniería y las medidas de limitación de la velocidad del tráfico (p.e. zonas de reducción de la velocidad) a escala regional llevan a una reducción de las lesiones de los niños ciclistas y son rentables.²⁷</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las modificaciones de ingeniería pueden ser más eficaces cuando cuentan con el apoyo de actividades educativas y de vigilancia del cumplimiento.²⁸
	<p>Las soluciones de ingeniería a escala regional destinadas a reducir los riesgos que corren los ciclistas (incluidos los carriles y pistas para ciclistas) pueden llevar a reducciones de las lesiones.¹⁴</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las modificaciones de ingeniería pueden ser más eficaces cuando cuentan con el apoyo de actividades educativas y de vigilancia del cumplimiento.²⁸
Vigilancia del cumplimiento	<p>La legislación relativa a los cascos ciclistas lleva a un incremento del uso.^{14,42}</p> <ul style="list-style-type: none"> - La evaluación de la legislación relativa al uso del casco ciclista en Canadá muestra una reducción del 45% en las tasas de lesiones craneales relacionadas con los accidentes de ciclistas en las provincias donde esta legislación está establecida. En Nueva Zelanda, se produjo una reducción del 19% en las lesiones craneales entre los ciclistas durante los tres primeros años del establecimiento de esta legislación.³⁷ - En varios países donde ha sido promulgada legislación en este sentido, esto no fue así hasta que se alcanzaron niveles altos de uso del casco entre la población.⁴³ - Lleva tiempo que la legislación produzca el efecto deseado, siendo más eficaz cuando cuenta con el apoyo de actividades educativas.²⁸ - El efecto de la legislación parece ser menor en aquellas zonas donde ya exista una mayor proporción de uso del casco y en las zonas con un nivel socioeconómico alto.⁴² - El nivel de vigilancia del cumplimiento incidirá en la eficacia.³⁶ - Sería deseable que los responsables de aplicar la legislación relativa al uso del casco abordasen las inquietudes respecto a un descenso del uso del transporte público después de la introducción de esta legislación, tal como han indicado los detractores de esta legislación a modo de argumento en contra de esta estrategia.⁴⁴





Buenas prácticas de seguridad del niño como ciclista, continuación

	Declaración de evidencia	Puntos de transferencia y aplicación
Educación	<p>Los programas basados en la comunidad, educativos / de apoyo, relativos al uso del casco por los niños llevan a un incremento del uso del casco.^{14,15,43,44,45}</p> <p> Ejemplo de caso: Fundación para la Iniciativa del Casco Ciclista, Reino Unido, página 53</p> <p> Ejemplo de caso: Campaña del casco ciclista, Dinamarca, página 56</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Una estrategia a largo plazo, un liderazgo eficaz focalizado, una colaboración multiinstitucional, una implicación de la comunidad local, una elección de los objetivos adecuados y tiempo para desarrollar una gama de redes y programas locales constituyen elementos importantes de los enfoques basados en la comunidad.¹⁵ - Los programas tienen más probabilidades de ser eficaces cuando incluyen la entrega gratuita de cascos, cuando son de amplio alcance y están dirigidos a una audiencia y a un escenario objetivo, y cuando implican la participación de los padres y el uso del casco por las partes implicadas (adultos u otros niños).⁴³ - El mayor efecto de las campañas se ve entre los niños y niñas pequeños.²⁷ - Las intervenciones que han tenido éxito han incluido la educación en los medios de comunicación focalizada o destinada a los niños y los padres, la promoción y la obligatoriedad del uso del casco, la incautación de bicicletas y la detención de los ciclistas que no lleven el casco, y la oferta de descuentos en el precio de los cascos, aunque no es posible aislar la eficacia de cada una de estas intervenciones.⁴⁵
	<p>La formación en adquisición de habilidades ciclistas ha demostrado ser prometedora, ya que incrementa el conocimiento y mejora las habilidades observadas en los niños ciclistas que recibieron esta formación.¹⁴ Actualmente, no existe un estudio que asocie directamente la formación en adquisición de habilidades y la reducción de las lesiones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Para que los niños circulen en bicicleta con seguridad, es necesario que conozcan las reglas de circulación, que puedan leer e interpretar la señalización vial y que tengan las habilidades cognitivas y motoras necesarias.⁴⁶ - Los programas más exhaustivos han incorporado todos, la educación en el uso del casco, las reglas de circulación, las directrices de seguridad y la formación en el uso de la bicicleta en los planes de estudio.¹⁴ - Las intervenciones que repiten el mensaje de diferentes formas y en diferentes contextos tienen asimismo la mayor probabilidad de tener éxito. En consecuencia, los programas educativos basados en la comunidad que posibilitan la repetición de los mensajes relativos a la seguridad ciclista, que ofrecen varias oportunidades de práctica y que implican a los padres, pueden representar un enfoque más eficaz de la mejora de la seguridad ciclista por los niños.⁴⁷ - Es posible que los niños pequeños (menores de 10 años) no puedan dominar las habilidades cognitivas y motoras básicas que requiere la compleja tarea de circular en bicicleta por la calle.⁴⁷





Buenas prácticas de seguridad del niño en el agua


	Declaración de evidencia	Puntos de transferencia y aplicación
Ingeniería	La opinión experta indica que el uso de un dispositivo de flotación personal (salvavidas) durante la navegación y otras actividades acuáticas recreativas constituye una estrategia recomendada en la prevención de los ahogamientos. ⁴⁸	<ul style="list-style-type: none"> - Se estima que el 85% de los incidentes anuales de ahogamientos ocurridos durante la navegación se podría evitar si la víctima hubiese llevado un dispositivo de flotación personal (salvavidas).⁴⁹ - El nivel de vigilancia del cumplimiento incidirá en la eficacia.³⁶ - La legislación es más eficaz cuando cuenta con el apoyo de actividades educativas.²⁸
	La opinión experta indica que las señales relativas a comportamientos seguros expuestas de manera clara y sencilla constituyen una estrategia importante en la prevención de los ahogamientos. ⁵⁰	<ul style="list-style-type: none"> - La señalización es más eficaz cuando cuenta con el apoyo de actividades educativas.⁵⁰ - La estandarización internacional de los símbolos utilizados en la señalización debería ayudar a reducir los incidentes de ahogamientos entre los turistas.⁵⁰
Vigilancia del cumplimiento	<p>La legislación que exige la instalación de cercas de separación con cerrojos seguros de cierre automático alrededor de todas las piscinas, públicas y privadas, incluidas aquellas de reciente construcción y las ya existentes, lleva a una reducción de los ahogamientos cuando se incluyen disposiciones de vigilancia del cumplimiento.^{14,51}</p> <p> Ejemplo de caso: Seguridad en las piscinas, Francia, página 53</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Las piscinas privadas que están cercadas ofrecen un 95% más de protección frente a un evento de ahogamiento.¹⁴ - El nivel de vigilancia del cumplimiento incidirá en la eficacia.³⁶ - La legislación es más eficaz cuando cuenta con el apoyo de actividades educativas.²⁸ - Se recomienda encarecidamente que se anime a los padres a que no dejen de vigilar de cerca a sus hijos cuando se encuentren cerca de una piscina; ningún sistema de protección puede sustituir la supervisión por los padres.⁵²
	<p>Las normas de seguridad para las piscinas pueden llevar a una reducción de los ahogamientos.⁵⁰</p> <p> Ejemplo de caso: Prevención de los ahogamientos, Islandia, página 55</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El nivel de vigilancia del cumplimiento incidirá en la eficacia.³⁶ - Las normas de seguridad serán más eficaces si cuentan con el apoyo de actividades educativas.²⁸



Buenas prácticas de seguridad del niño en el agua, continuación

	Declaración de evidencia	Puntos de transferencia y aplicación
Vigilancia del cumplimiento	<p>Los puestos de socorrismo, cuando están adecuadamente equipados y dotados de personal formado y titulado, parecen ser una estrategia eficaz de prevención de los ahogamientos.⁴⁸</p> <p> Ejemplo de caso: Prevención de los ahogamientos, Islandia, página 60</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La presencia de socorristas puede servir para disuadir comportamientos que podrían llevar a los nadadores a correr el riesgo de un ahogamiento, como juegos violentos o aventurarse en agua profunda o con mucha corriente.⁴⁸ - Los socorristas deberían recibir una formación adecuada y acreditar una titulación pertinente. Deberían reciclarse a intervalos regulares y practicar con frecuencia sus habilidades prácticas de salvamento y reanimación. Se ha observado que la introducción inicial de la certificación de socorrismo puede incidir en la disponibilidad de socorristas titulados.⁵³ - Desde los puestos de observación de socorrismo se debe tener una visión clara y sin obstáculos de la zona de supervisión, incluida el agua y la zona circundante.⁴⁸ - Los socorristas de guardia deberían poder ser fácilmente identificables a distancia y de manera que destaquen entre los demás en la playa o en instalaciones recreativas acuáticas.⁴⁸ - Las organizaciones de socorristas deberían desarrollar por escrito “procedimientos operativos estándar” que incluyan requisitos de supervisión.⁴⁸
Educación	<p>La educación y el apoyo relativos al uso de los dispositivos de flotación personal basados en la comunidad llevan a un incremento de su uso.¹⁴</p> <p>La formación en adquisición de habilidades de seguridad en el agua (incluidas las clases de natación) mejora el rendimiento del nadador.¹⁴</p> <p> Ejemplo de caso: Campaña de prevención de los ahogamientos, Grecia, página 63</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se estima que el 85% de los incidentes anuales de ahogamientos ocurridos durante la navegación se podría evitar si la víctima hubiese llevado un dispositivo de flotación personal (salvavidas).⁴⁹ - Una estrategia a largo plazo, un liderazgo eficaz focalizado, una colaboración multiinstitucional, una implicación de la comunidad local, una elección de los objetivos adecuados y tiempo para desarrollar una gama de redes y programas locales constituyen elementos importantes de los enfoques basados en la comunidad.¹⁵ - Se recomienda encarecidamente que se anime a los padres a que no dejen de vigilar de cerca a sus niños cuando se encuentren cerca de una piscina; el hecho de que el niño sepa nadar no sustituye la necesidad de una estrecha supervisión por los padres.⁵² - La edad más temprana a la que las clases de natación mejoran la capacidad para nadar es 24 meses.¹⁴ - Los niños son muy receptivos a la formación. Pueden memorizar la mayoría de las habilidades si las clases son continuadas, y pueden utilizar las habilidades adquiridas para dominar habilidades de natación más avanzadas (p.e. buceo).¹⁴

Buenas prácticas de prevención de las caídas infantiles

	Declaración de evidencia	Puntos de transferencia y aplicación
Ingeniería	Los mecanismos de seguridad para las ventanas que impiden que los niños abran las ventanas, como barrotes y dispositivos de inmovilización para batientes, constituyen una estrategia eficaz de prevención de las caídas. ^{14,54}	<ul style="list-style-type: none"> - Se ha demostrado que los barrotes reducen en un 35% las muertes debidas a una caída por una ventana.¹⁴ - La reglamentación que exige el uso de mecanismos de seguridad para las ventanas en las viviendas de alquiler parece ser el enfoque más eficaz cuando se trabaja en zonas de marginación social.¹⁴ - El conocimiento por parte de los padres, conjuntamente con la disponibilidad, facilidad de acceso, coste y facilidad de uso de los mecanismos de seguridad para las ventanas, incidirán en su aceptación.^{55,56}
	Se ha demostrado que las barreras de escalera contribuyen a reducir las caídas de los niños pequeños cuando se utilizan en la parte alta de las escaleras de los hogares. ²⁷	<ul style="list-style-type: none"> - El conocimiento por parte de los padres, conjuntamente con la disponibilidad, facilidad de acceso, coste y facilidad de uso de las barreras de escaleras, incidirán en su aceptación.^{27,55,56} - No se deberían utilizar puertas de apertura y cierre a presión en la parte alta de las escaleras.⁵⁷
	Como estrategias eficaces de prevención de las lesiones relacionadas con el equipamiento para áreas de juego infantiles, se pueden recomendar materiales de revestimiento del suelo, como arena o virutas de madera a una profundidad de 23-31 cm. La altura máxima óptima para reducir el riesgo de lesiones craneales es de 1,5 m. ¹⁴	<ul style="list-style-type: none"> - El nivel de vigilancia del cumplimiento incidirá en la eficacia.³⁶ - El mantenimiento regular de los materiales de revestimiento del suelo es necesario para mantener su efecto protector.^{14,58} - Las normas son más eficaces cuando cuentan con el apoyo de actividades educativas.²⁸
Vigilancia del cumplimiento	La legislación que prohíbe los tacatacas, o que exige la modificación de los productos con vistas a eliminar la cuestión de la movilidad, elimina de forma permanente una mayor proporción de los riesgos existentes que la supervisión por los padres. ^{14,59}	<ul style="list-style-type: none"> - El nivel de vigilancia del cumplimiento incidirá en la eficacia.³⁶ - La legislación es más eficaz cuando cuenta con el apoyo de actividades educativas.²⁸
	La vigilancia del cumplimiento de las normas que exigen una profundidad segura de tipos especificados de materiales de revestimiento del suelo, conjuntamente con el mantenimiento regular de dichos materiales, es más eficaz que las propias normas por lo que a la reducción de las lesiones relacionadas con el equipamiento para áreas de juego infantiles se refiere. ¹⁴	<ul style="list-style-type: none"> - El nivel de vigilancia del cumplimiento incide en la eficacia.³⁶ - Las normas son más eficaces cuando cuentan con el apoyo de actividades educativas.²⁸ - Las normas de revestimiento del suelo abordan el riesgo de lesiones craneales, pero no de lesiones en los brazos o en las piernas.¹⁴
Educación	<p>Los programas educativos que incentivan el uso de dispositivos de seguridad que previenen las caídas, como los mecanismos de seguridad que impiden que los niños abran las ventanas y bajen las escaleras, incrementan su uso.^{14,54,56}</p> <p> Ejemplo de caso: Caja de Seguridad Infantil, Austria, página 66</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El conocimiento por parte de los padres, conjuntamente con la disponibilidad, facilidad de acceso, coste y facilidad de uso de las medidas de seguridad, incidirán en su aceptación.^{55,56} - El suministro e instalación gratuitos de equipamiento tiene más probabilidades de incrementar el uso, especialmente en escenarios de menores ingresos.^{55,56}




Buenas prácticas de prevención de las quemaduras y escaldaduras infantiles

	Declaración de evidencia	Puntos de transferencia y aplicación
Ingeniería	La modificación de los productos, específicamente los mecheros a prueba de niños y los cigarrillos autoextinguibles, constituyen estrategias de prevención primaria en las que las tecnologías han sido desarrolladas, testadas y encontradas eficaces, y que evitarían muchos incendios si se adoptasen. ^{14,60,61,62}	<ul style="list-style-type: none"> - En Estados Unidos, la mortalidad por incendios asociados a los mecheros descendió en un 43% gracias a la adopción de diseños a prueba de niños.¹⁴ - La reglamentación que exige modificaciones de los productos y su cumplimiento incrementarán la disponibilidad de productos seguros.⁶² - El conocimiento por parte de los padres, conjuntamente con la disponibilidad, facilidad de acceso, coste y facilidad de uso de productos modificados, incidirán en su aceptación.^{55,56}
Vigilancia del cumplimiento	La legislación que exige que todas las calderas vengan con una temperatura segura previamente establecida ha demostrado ser un método más eficaz para reducir las escaldaduras que la educación que anima a los padres a bajar la temperatura de las calderas. ¹⁴	<ul style="list-style-type: none"> - El nivel de vigilancia del cumplimiento incidirá en la eficacia.³⁶ - La legislación es más eficaz cuando cuenta con el apoyo de actividades educativas.²⁸
	Cuando la legislación que exige que se instalen detectores de humo en las viviendas nuevas y existentes se combina con campañas multifactoriales en la comunidad y vales de descuento de precios constituye un medio eficaz de incrementar el uso de los detectores de humo. ¹⁴	<ul style="list-style-type: none"> - El nivel de vigilancia del cumplimiento incidirá en la eficacia.³⁶ - La legislación es más eficaz cuando cuenta con el apoyo de actividades educativas.²⁸
	La legislación que regula la inflamabilidad de la ropa de cama es eficaz en la reducción de las lesiones por quemaduras cuando se aplica. ¹⁴	<ul style="list-style-type: none"> - La legislación aprobada en Estados Unidos en 1972 se tradujo en una reducción del 75% en las admisiones en las unidades de quemados de los hospitales debidas a quemaduras relacionadas con la ropa de cama.¹⁴ - El nivel de vigilancia del cumplimiento incidirá en la eficacia.³⁶ - La legislación es más eficaz cuando cuenta con el apoyo de actividades educativas.²⁸




Buenas prácticas de prevención de las quemaduras y escaldaduras infantiles, continuación

	Declaración de evidencia	Puntos de transferencia y aplicación
Vigilancia del cumplimiento	<p>La legislación que prohíbe la fabricación y venta de artículos pirotécnicos, combinada con la vigilancia de su cumplimiento, constituye el medio más eficaz de restringir el suministro.¹⁴ En este momento, no existen estudios que asocien directamente la restricción del suministro con la reducción de las lesiones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El nivel de vigilancia del cumplimiento incidirá en la eficacia.³⁶ - La legislación es más eficaz cuando cuenta con el apoyo de actividades educativas.²⁸ - El mejor objetivo al que puede estar dirigida la legislación de apoyo son los estudiantes de los colegios de primaria y secundaria y sus padres.⁶³
Educación	<p>Se ha demostrado que los programas de entrega gratuita de detectores tienen éxito cuando están dirigidos a barrios de alto riesgo, y las campañas multifacéticas en la comunidad tienen como objetivo específico la instalación de detectores de humo que funcionen.²⁷</p> <p> Ejemplo de caso: Caja de Seguridad Infantil, Austria, página 66</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Una estrategia a largo plazo que demuestre un compromiso con esta cuestión, un liderazgo eficaz focalizado, una colaboración multiinstitucional, una implicación de la comunidad local, una elección de los objetivos adecuados y tiempo para desarrollar una gama de redes y programas locales, constituyen elementos importantes de los enfoques basados en la comunidad.¹⁵
	<p>Las campañas de educación / apoyo relativas a los artículos pirotécnicos son útiles como esfuerzos suplementarios, y se pueden utilizar para crear apoyo para la legislación.¹⁴</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Una estrategia a largo plazo que demuestre un compromiso con esta cuestión, un liderazgo eficaz focalizado, una colaboración multiinstitucional, una implicación de la comunidad local, una elección de los objetivos adecuados y tiempo para desarrollar una gama de redes y programas locales constituyen elementos importantes de los enfoques basados en la comunidad.¹⁵
	<p>La formación en adquisición de habilidades incrementa el conocimiento y el comportamiento en materia de seguridad contra incendios tanto de los niños como de los padres.^{14,64} En este momento, no existen estudios que asocien directamente la formación con la reducción de las lesiones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Los programas que utilizan una participación activa de los niños en el aprendizaje de respuestas en caso de incendio son más eficaces que aquellos que utilizan métodos pasivos.⁶⁴ - Al evaluar los programas, es probable que una demostración real de las habilidades contra incendios constituya un indicador más fiable de la respuesta real de los niños en estas situaciones que si éstos responden correctamente a un test escrito.⁶⁴ - La adición de técnicas de reducción del miedo y la enseñanza de los fundamentos lógicos que justifican el uso de comportamientos de respuesta correcta en el caso de un incendio pueden mejorar considerablemente la memorización de habilidades.⁶⁴ - La repetición periódica del material es necesaria para mantener el conocimiento y las habilidades.⁶⁴ - El uso de formadores acreditados en la formación en adquisición de habilidades en materia de seguridad contra incendios (p.e. en el manejo de extintores) puede incrementar la adquisición de conocimientos.⁶⁴



Buenas prácticas de prevención de las intoxicaciones infantiles


	Declaración de evidencia	Puntos de transferencia y aplicación
Ingeniería	<p>El almacenamiento seguro de las sustancias tóxicas elimina el riesgo de intoxicación en mayor medida que la supervisión por los padres, pudiendo constituir un medio eficaz para prevenir las lesiones por intoxicación.^{65,66}</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Los estudios acerca de la manera como los niños acceden a las sustancias tóxicas sugieren que el momento más vulnerable tiene lugar cuando las sustancias se están utilizando, y que un embalaje seguro no puede compensar por sí solo un almacenamiento o uso inseguros. Esto habla de la necesidad de mejorar la seguridad del almacenamiento de los medicamentos y también la práctica de su administración en el hogar.^{67,68} - Los cambios en el entorno fijo requieren el apoyo de una regulación y una educación de la industria y la comunidad, con un etiquetado claro (e instrucciones de administración claras) en el envase, conjuntamente con una educación y una mejor supervisión por los padres, además de un asesoramiento pediátrico continuado, al que resulte más fácil acceder y más asequible.^{67,69}
Vigilancia del cumplimiento	<p>La legislación relativa a los embalajes a prueba de niños reduce la incidencia de las intoxicaciones.^{14,27}</p> <p> Ejemplo de caso: Embalaje a prueba de niños de los productos químicos, Holanda, página 68</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El nivel de vigilancia del cumplimiento incidirá en la eficacia.³⁶ - La legislación es más eficaz cuando cuenta con el apoyo de actividades educativas.²⁸
Educación	<p>Los institutos de toxicología se traducen en ahorros médicos considerables si el público está bien informado respecto a su uso en su localidad.¹⁴</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El conocimiento, por parte de los padres, de los Institutos de Toxicología conjuntamente con su disponibilidad, facilidad de acceso y uso incidirá en la utilización de los mismos. Las actividades educativas pueden contribuir a incrementar el conocimiento por parte de los padres.¹⁴

Buenas prácticas de prevención de la asfixia / estrangulación infantiles



	Declaración de evidencia	Puntos de transferencia y aplicación
Vigilancia del cumplimiento	La modificación de los productos por medio de la legislación elimina de manera permanente una mayor proporción del riesgo existente de asfixia / estrangulación que la supervisión por los padres, siendo recomendada para el diseño seguro de cunas / moisés y otras fuentes que encierren un peligro de que los niños se asfixien. ¹⁴	<ul style="list-style-type: none"> - El nivel de vigilancia del cumplimiento incidirá en la eficacia.³⁶ - La legislación es más eficaz cuando cuenta con el apoyo de actividades educativas.²⁸
	La prohibición de los productos por medio de legislación elimina de manera permanente una mayor proporción del riesgo existente de asfixia / estrangulación que la supervisión por los padres. ^{14,70}	<ul style="list-style-type: none"> - Se recomienda que por medio de legislación se prohíban productos como los globos de látex, el material no comestible en los productos alimenticios, las cintas y cordones para tirar de persianas y cortinas (p.e. en las persianas horizontales) y los cordones en la ropa infantil.¹⁴ - El nivel de vigilancia del cumplimiento incidirá en la eficacia.³⁶ - La legislación es más eficaz cuando cuenta con el apoyo de actividades educativas.²⁸
	La legislación que exige que las etiquetas de advertencia de los productos incluyan una explicación del peligro específico es más eficaz que aquella que no exige que las etiquetas sean específicas. ¹⁴	<ul style="list-style-type: none"> - Una etiqueta que se limite a indicar "Para niños de 3 años en adelante" no explica adecuadamente el riesgo al padre.¹⁴ - El nivel de vigilancia del cumplimiento incidirá en la eficacia.³⁶ - La legislación es más eficaz cuando cuenta con el apoyo de actividades educativas.²⁸



Buenas prácticas de seguridad del niño en el hogar en general


	Declaración de evidencia	Puntos de transferencia y aplicación
Educación	<p>El asesoramiento acerca de la seguridad de los hogares (que aborda cuestiones como el uso de barrotes en las ventanas, barreras de escalera u otro equipamiento de seguridad para el hogar, al igual que la no utilización de tacatacas, asientos para bañera u otro equipamiento que conlleve peligro de lesiones) puede reducir el riesgo de lesiones infantiles.^{27,55,56,71,72}</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La disponibilidad, facilidad de acceso, coste y facilidad de uso de los elementos recomendados durante las comprobaciones de la seguridad de los hogares incidirán en su aceptación.^{55,56,72} - El suministro gratuito de equipamiento de seguridad incrementa su uso, aunque la evidencia es menos clara para el equipamiento que se compra con un descuento.⁵⁶
	<p>El apoyo social basado en los hogares, como los programas de visitas domiciliarias a las madres primerizas, tiene el potencial de reducir considerablemente las lesiones infantiles.^{73,74,75,76}</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Las visitas domiciliarias de apoyo a las familias con niños pequeños pueden proporcionar educación sobre cuestiones como barrotes en las ventanas, barreras de escalera u otro equipamiento de seguridad para el hogar, al igual que la no utilización de tacatacas, asientos para bañera u otro equipamiento que conlleve peligro de lesiones.^{73,74,75,76} - La disponibilidad, facilidad de acceso, coste y facilidad de uso de los elementos recomendados durante las visitas domiciliarias incidirán en su aceptación.^{55,56}
	<p>Existe evidencia indirecta de que la educación / asesoramiento a escala individual en el escenario clínico constituyen medidas eficaces que permiten reducir numerosas lesiones infantiles involuntarias.^{55,77}</p> <p> Ejemplo de caso: Asesoramiento pediátrico en materia de prevención de las lesiones - Consejos de seguridad infantil, Austria, página 70</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La disponibilidad, facilidad de acceso, coste y facilidad de uso del equipamiento de seguridad recomendado durante las sesiones de educación / asesoramiento incidirán en su aceptación.^{55,77} - Aquellos que proporcionan la información necesitan también una formación inicial y continuada que garantice que el contenido / material suministrado estén actualizados.^{78,79}

Buenas prácticas de prevención de las lesiones infantiles basadas en la comunidad en general

	Declaración de evidencia	Puntos de transferencia y aplicación
Educación	<p>La educación en materia de prevención de las lesiones basada en los colegios tiene el potencial de incrementar el conocimiento y el comportamiento relacionados con la seguridad.^{80,81}</p> <p> Ejemplo de caso: Riskwatch, Escocia, página 72</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Los programas educativos a gran escala pueden exigir una financiación continuada considerable.⁸² - Estos tipos de programas han sido aplicados con éxito con el apoyo de coaliciones a escala de la comunidad.⁸² - Los programas educativos a gran escala aplicables a todo el sistema tienen un enorme potencial, especialmente si cuentan con el respaldo de la administración pública, pudiendo así traducirse en una sostenibilidad a más largo plazo que los programas puntuales.⁸³ - Lleva tiempo obtener la adhesión y el apoyo de la administración y los profesores de los colegios.⁸² - Los programas basados en los colegios son más eficaces si cuentan con el apoyo de un cambio en las políticas, y si vienen acompañados de una modificación del entorno que apoye un cambio en el comportamiento.^{80,83}
	<p>Los enfoques de educación y formación interactivos ejercen un impacto considerable en el conocimiento, las actitudes y los comportamientos infantiles relacionados con la seguridad.^{82,84}</p> <p> Ejemplo de caso: Habilidades para la vida – aprender para vivir, Reino Unido, página 75</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Los programas educativos a gran escala pueden exigir una financiación continuada considerable.^{82,84}



Buenas prácticas de liderazgo, infraestructura y capacidad para apoyar la prevención de las lesiones infantiles a escala nacional

Declaración de evidencia	Puntos de transferencia y aplicación
<p>Cuando han tenido lugar actividades de creación de capacidades, como conferencias, talleres y programas de educación continua, el trabajo de prevención de las lesiones se ha visto considerablemente beneficiado.^{2,85}</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La formación y otros mecanismos de apoyo pueden ser esenciales para impulsar la aceptación y la aplicación de las políticas a escala nacional y local.⁸⁶
<p>Se necesita liderazgo nacional para impartir dirección y desarrollar una visión del futuro, al igual que para desarrollar estrategias de cambio, alinear a las personas e inspirar e infundir energía.^{37,86,87,88}</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La gestión del cambio exige un buen liderazgo – que permita reunir y coordinar las partes que componen la infraestructura de una prevención eficaz de las lesiones y las estrategias de prevención resultantes, al igual que integrar resultados que garanticen la consecución de los objetivos.⁸⁶
<p>La recogida y difusión de datos es de importancia vital en la supervisión y evaluación de los programas de prevención de las lesiones, al igual que en el desarrollo de la política y la práctica en este campo.^{2,28,36,37,70,86,89,90}</p> <p> Ejemplo de caso: Sistema de vigilancia de las lesiones en todo Gales, página 78</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El uso de sistemas de vigilancia local es esencial para seleccionar el objetivo de las intervenciones, motivar a los participantes y evaluar las intervenciones.^{89,90} - Los datos ayudan a seleccionar como objetivo de los recursos y la actividad a aquellos con la mayor necesidad identificada.^{29,36} - Recoger datos relativos a todos los grupos de edad puede tener más sentido que recogerlos sobre un solo grupo de edad, ya que esto puede contribuir a garantizar que los datos sean en todo momento pertinentes.⁹⁰ - El desarrollo de un sistema de datos sobre la base de los sistemas existentes reduce la carga de trabajo.⁸⁹ - En escenarios donde no existan estadísticas demográficas ni datos de base hospitalaria, o donde estas estadísticas o datos no sean fiables, la única fuente de información podrían ser las encuestas realizadas en la comunidad.⁹⁰ - Las barreras comunes incluyen la falta de compromiso de las personas e instituciones implicadas, las cuestiones de privacidad, la falta de recursos, la falta de definiciones documentadas, los problemas con la recogida de datos y los mecanismos de registro.³⁶



Saber “qué funciona” es esencial para el desarrollo de buenas políticas y programas.



Sección 3: ¿Cuándo y cómo debemos utilizar buenas prácticas de planificación de las estrategias de prevención de las lesiones?

Como apuntábamos anteriormente en la sección que explica por qué no se aplican buenas prácticas, una planificación ineficaz es una de las razones de que no esté establecido un mayor número de buenas prácticas. El conocimiento de buenas prácticas existentes basadas en evidencia es esencial para una planificación eficaz, siendo útil en más de uno de los puntos del proceso de planificación. Según ilustra la figura incluida a continuación, el conocimiento de buenas prácticas es útil en varios puntos del proceso de planificación.⁹¹ De hecho, para garantizar que un plan ejerza un impacto real, es esencial conocer buenas prácticas.



Figura 3.1 Papel que las buenas prácticas desempeñan en la planificación de una acción eficaz destinada a prevenir las lesiones y promover la seguridad⁹¹



- **Evaluación previa a la planificación:** Es necesario revisar las buenas prácticas existentes basadas en evidencia como parte de la evaluación inicial previa a la planificación. Esto ayuda a identificar aquellas áreas donde se puedan introducir mejoras en la política y la programación actuales.
- **Establecimiento de las prioridades:** Los esfuerzos se pueden focalizar utilizando buenas prácticas existentes basadas en evidencia a modo de criterio de selección de las prioridades de planificación y acción.
- **Fijación de las metas y objetivos:** Una reflexión acerca de las buenas prácticas existentes basadas en evidencia en el momento de redactar las declaraciones de objetivos garantiza el cumplimiento de las normas actuales en materia de buenas prácticas. En las páginas que vienen a continuación, se ofrece orientación adicional acerca de cómo seleccionar estas estrategias.
- **Establecimiento de los pasos de acción:** La identificación de los elementos esenciales y de los cometidos específicos críticos para transferir y aplicar buenas prácticas se puede mejorar mediante una revisión y un examen de estudios de casos de buenas prácticas en acción.
- **Desarrollo del plan de evaluación:** Incluso si una estrategia seleccionada se considera una buena práctica, resulta esencial evaluar su aplicación con el fin de garantizar que esté alcanzando sus objetivos. Como sucede con el establecimiento de los pasos de acción, el desarrollo de un plan de evaluación se puede mejorar mediante una revisión de la evidencia y de un

examen de estudios de casos de buenas prácticas en acción.

- **Compromiso de las Administraciones Públicas y de las partes implicadas, y obtención del apoyo de los responsables de la toma de definiciones:** Un enfoque de buenas prácticas de prevención de las lesiones infantiles exige el apoyo de los responsables de la toma de decisiones, de los profesionales y partes implicadas. Esto requiere a menudo utilizar la evidencia existente de buenas prácticas con el fin de abogar por el cambio ante estas personas / organizaciones, y luego trabajar activamente para garantizar que los recursos existentes sean canalizados hacia estrategias de eficacia demostrada.

Enumeramos a continuación otros conceptos generales que es necesario tener presentes para garantizar la planificación y aplicación de estrategias acertadas de buenas prácticas basadas en evidencia:

- La planificación, seguimiento y evaluación de las políticas y programas debe estar basada en una información precisa y fiable. Dedicar tiempo a obtener esta información incrementará la probabilidad de éxito, apoyará las mejoras durante este proceso e impulsará las cuestiones de transferencia y aplicación en beneficio de otros que puedan estar interesados en un enfoque similar.
- No tiene sentido desarrollar políticas y programas si no se aplican. En el momento de desarrollar las políticas y programas, es imprescindible considerar la capacidad y los recursos para impartirlos, someterlos a seguimiento y evaluarlos.
- Es necesario implicar a los niños, en su calidad de audiencia objetivo, en el diseño de las políticas y programas.

- Los objetivos de las políticas y programas deben ser claros, inequívocos y medibles.
- Es probable que los enfoques educativos por sí solos tengan una eficacia limitada. Es necesario que formen parte de una serie más amplia de iniciativas que utilice el conjunto completo de instrumentos de política a disposición de los responsables de tomar las decisiones, como la modificación del entorno, las normas, la legislación, etc. De manera similar, es menos probable que la modificación del entorno, las normas y la legislación sean eficaces si no incluyen enfoques educativos que las apoyen.
- A pesar de que el sector sanitario es importante, es apenas una de las partes implicadas en la búsqueda de la reducción de las lesiones. Las acciones multisectoriales son esenciales, siendo necesario la coordinación de los trabajos entre los diferentes sectores y Ministerios.

Al final las intervenciones de éxito:

- están basadas en una planificación integral y en la evidencia de la eficacia de las buenas prácticas.
- abordan tanto los amplios determinantes de las lesiones (p.e. la situación socio-económica) como factores de riesgo concretos de las lesiones infantiles (p.e. la exposición a un peligro).
- implican una acción multisectorial, multifacética y a múltiples niveles de las administraciones públicas y otros sectores interesados, que utilizan gran variedad de políticas e instrumentos.
- están dirigidas a poblaciones que experimentan una mayor necesidad, estando adaptadas a las necesidades, recursos y circunstancias locales.





¿Qué cuestiones debemos considerar al seleccionar las estrategias?

Es necesario considerar tres áreas de información a la hora de seleccionar las estrategias durante la planificación estratégica y de la acción.

#1 – ¿Existe evidencia de que el enfoque ha sido eficaz en otra parte?

¿Se acepta esta estrategia de prevención de las lesiones como una buena práctica basada en evidencia? Si es así, es posible pasar a examinar las demás áreas de información que habría que considerar a la hora de seleccionar una estrategia. En caso contrario, y si se toma una decisión de proceder con su uso entonces, desde la perspectiva de un uso responsable de los recursos, habría que considerar si están disponibles o si se pueden obtener la pericia, la capacidad, los recursos y los métodos necesarios para establecer una evaluación de esta estrategia que responda a la pregunta de eficacia, o al menos que enriquezca la evidencia existente.

#2 – ¿Está el entorno político y social actual dispuesto y con capacidad de asumir esta estrategia de prevención de las lesiones?

Esto supone una evaluación de la transferibilidad de la estrategia a un nuevo escenario. La transferibilidad guarda relación con las condiciones que deben estar presentes para incrementar la probabilidad de éxito de una estrategia en un nuevo escenario. Incluye cosas como un soporte político adecuado, un liderazgo fuerte, una infraestructura estable, una capacidad

y recursos adecuados, un clima social favorable y tiempo para hacerse cargo de la estrategia y llevarla a cabo desde la planificación hasta la evaluación. Estas cuestiones son de un nivel superior a los aspectos específicos de planificación de la aplicación de una estrategia, siendo con frecuencia pasadas por alto y en raras ocasiones incluidas, si es que esto llega a suceder, en documentos científicos que informen sobre la eficacia de la estrategia.

#3 – ¿Se requiere una comprensión clara y realista del proceso para embarcarse en una estrategia de prevención de las lesiones?

La transferencia y aplicación real de cualquier estrategia será un éxito solamente cuando un proceso bien estudiado haya sido desarrollado y aplicado. Este proceso debería examinar de forma realista los aspectos específicos acerca de quién, qué, dónde, y cómo va a ser implantada la estrategia. Esta información se debería considerar durante la planificación estratégica y de la acción, a pesar de que es probable que todas las decisiones no se adopten sino hasta que hayan sido desarrollados planes más detallados de aplicación y evaluación. Como sucede con la transferibilidad, las cuestiones de aplicación son cuestiones prácticas que suelen ser pasadas por alto, y que en muy contadas ocasiones se incluyen en documentos científicos que informen sobre la eficacia de la estrategia.

Si bien la información necesaria para responder a la primera pregunta relativa a la eficacia aparece recogida en artículos aparecidos en revistas científicas y revisiones sintéticas, la información que ayuda a los planificadores a seleccionar las estrategias potenciales y a responder a las preguntas #2 y #3 anteriores se puede obtener solamente por experiencia propia o

aprendiendo a partir de la experiencia de otros. Esto explica por qué compartir la experiencia de transferencia y puesta en práctica de las estrategias adquirida en la vida real constituye una adición esencial a los estudios científicos que examinan la eficacia al evaluar las buenas prácticas. También pone de relieve la importancia que para el campo de la prevención de las lesiones tiene documentar y compartir el proceso de selección, transferencia y aplicación de las estrategias adicionalmente a la evaluación. Esta documentación es algo que hasta la fecha no se ha hecho de manera coherente, o que se ha hecho sólo para terminar en estanterías polvorientas y nunca ser compartido. Esta práctica debe cambiar.

El examen de las cuestiones relativas a la transferibilidad y aplicación es un área de consulta relativamente nueva que requerirá investigación adicional antes de que se adquiera una verdadera comprensión de estas cuestiones. Sin embargo, dado que estas cuestiones son vitales para el éxito, se incluye una lista de preguntas que sirven para trabajar durante la planificación estratégica y de la acción (Tabla 3.1). Estas preguntas abordan cuestiones relativas a la transferibilidad y la aplicación, y comienzan por establecer la necesidad de un enfoque más sistemático de estas cuestiones. Deben ayudar a identificar los factores clave que incrementarán la probabilidad de una transferencia y una aceptación acertadas.

La obtención de las respuestas a estas preguntas llevará tiempo, pero su cuidadosa consideración durante el proceso de planificación debería aumentar la probabilidad de que la transferencia y la aplicación de buenas prácticas basadas en evidencia sean un éxito.



Tabla 3.1 Preguntas destinadas a apoyar la selección de una estrategia de buenas prácticas⁹²

¿Aborda esta estrategia una o más áreas de prioridad?
<p>¿Servirá el resultado previsto de esta estrategia para que avancemos en el logro de uno o más de nuestros objetivos de prevención de las lesiones? Por ejemplo, datos mejorados en materia de vigilancia de las lesiones podrían abordar múltiples objetivos y áreas de prioridad, mientras que una única legislación específica podría abordar solamente un área u objetivo. Con independencia de eso, el enfoque importante aquí consiste en garantizar que la acción esté armonizada con las prioridades y objetivos.</p>
¿Implica esta estrategia una combinación de las tres E's (Educación – Education; Ingeniería – Engineering; Vigilancia del cumplimiento – Enforcement)?
<p>Si no es así, ¿hay una oportunidad de consolidar esta estrategia de manera que implique las tres E's? Por ejemplo, garantizando la existencia de un componente educativo (p.e. una campaña de notoriedad) que respalde la nueva legislación?</p>
¿Es práctica y realista la transferencia de esta estrategia / intervención?
<p>1. ¿Se puede aplicar razonablemente en el nuevo escenario propuesto?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Disponemos de las estructuras organizativas y procesos necesarios? Por ejemplo, ¿Podemos acceder a la audiencia objetivo? En caso contrario, ¿se pueden establecer la estructura y los procesos necesarios? ¿Disponemos de un medio para recoger la información que necesitamos para evaluar nuestros esfuerzos? ¿Existe un organismo director lógico que pueda conseguir que esto suceda? ▪ ¿Contamos con el apoyo necesario de los responsables de la toma de decisiones? Si no es así, ¿podemos obtenerla? ¿Tenemos paladines que puedan ayudarnos a hacerlo? ▪ ¿Encaja esta estrategia / intervención con o en cualesquiera de las iniciativas existentes? Por ejemplo, ¿podemos vincularla al trabajo que está siendo realizado con el fin de reducir la obesidad, la marginación social o las emisiones de gas al medio ambiente? Dentro de este marco, se encuentra el proyecto del Plan de Acción de Seguridad Infantil, donde las lesiones infantiles están siendo vinculadas con los Planes de Acción sobre Medio Ambiente y Salud (CEHAPE) y los Planes de Salud para Niños y Adolescentes a escala nacional. ▪ ¿Contamos con los recursos necesarios tanto para establecer como para sostener el esfuerzo? En caso contrario, ¿se nos ocurren ideas prometedoras acerca de cómo podríamos obtener estos recursos? ▪ ¿Disponemos del conocimiento y las habilidades necesarias? ¿Están las personas adecuadas en la mesa de planificación? Si no es así, ¿se puede obtener esta pericia? ¿Existe un grupo dedicado de personas que abogue por esta cuestión y aporte una masa crítica? ¿Existe un contacto interno con la administración pública o con un grupo profesional dotado de la pericia técnica necesaria y de contactos clave?





¿Es esta transferencia / intervención práctica y realista?

2. ¿Cuáles son las barreras que impiden la transferencia de esta estrategia / intervención?

- ¿Comprendemos las características de la población y de la comunidad, incluidas su cultura, religión, historia, etc.?
- ¿Está la comunidad lista para aceptar esta estrategia / intervención? Por ejemplo, ¿Está la comunidad holandesa dispuesta a aceptar la legislación relativa al casco ciclista?.
- ¿Quiénes se oponen a la introducción de la intervención? ¿Desean o no las personas trabajar fuera del mandato o del ámbito inmediato de su organización?
- ¿Está esta estrategia / intervención suficientemente focalizada? Es necesario que seamos claros respecto al trabajo que tenemos por delante y asegurarnos de que siga siendo factible.
- ¿De qué proporciones es el reto? ¿Vale la pena invertir recursos ahora, o existen otras estrategias que arrojan una mayor probabilidad de éxito? ¿Cuánto debemos invertir en comparación con aquello que vamos a obtener?.
- ¿Disponemos de tiempo suficiente en relación con los ciclos políticos, de toma de decisiones políticas o de la financiación, o para demostrar una aplicación acertada. ¿Podemos obtener apoyo financiero durante un período de tiempo suficiente para aplicar la estrategia y realizar un seguimiento que permita evaluar el impacto.? Por ejemplo, ¿es probable que se produzca un cambio en el gobierno que pueda influir en aquello que estamos tratando de alcanzar?.

3. ¿Es posible superar las barreras?

- ¿Existen paladines (p.e. particulares, personajes famosos u ONG) que puedan enarbolar la bandera de la prevención de las lesiones?
- ¿Existe un proceso político / de política de mayor envergadura que podamos asociar (p.e. declaraciones, cartas o resoluciones internacionales, políticas nacionales de reducción del consumo alcohol o estrategias de transporte)?
- Si la comunidad no está dispuesta a aceptar esta estrategia / intervención, ¿existe un paso anterior que podría incrementar la voluntad de la comunidad (p.e una campaña de notoriedad)?
- ¿Existen oportunidades de implicar a la comunidad y a la audiencia objetivo específica en la planificación y la aplicación de esta estrategia / intervención?
- ¿Podemos obtener el respaldo político de esta estrategia para garantizar su supervivencia más allá de un gobierno en particular?
- ¿Podemos obtener un compromiso de financiación durante un período de tiempo suficiente para demostrar la eficacia en nuestro escenario?

¿Es esta estrategia adecuada para la audiencia objetivo? Si no es así, ¿qué adaptaciones son necesarias para tomar en consideración al grupo objetivo específico?

¿Disponemos de evidencia de que esta estrategia esté siendo utilizada con nuestra audiencia objetivo en otro escenario, o de que esté siendo utilizada en nuestro escenario, pero en una cuestión diferente? ¿Cuáles son las características específicas de nuestra audiencia objetivo que podrían haber sido tenidas en cuenta? Por ejemplo, si examinamos la legislación que exige el uso del casco ciclista, podría ser necesario que examinemos cuestiones relacionadas con el acceso a la información, a los cascos o a modificaciones tendentes a reducir los peligros en barrios socialmente marginados.



¿Qué más se puede hacer para apoyar una cultura de buenas prácticas de prevención de las lesiones infantiles y promoción de la seguridad infantil?

El desafío que plantea el avance hacia una cultura de buenas prácticas de prevención de las lesiones infantiles y promoción de la seguridad infantil en Europa reside en que no existe un enfoque sistemático de esta cuestión. Se espera que esta Guía constituya un punto de partida de tal enfoque. Esta Guía se concentra en buenas prácticas basadas en evidencia y en las mejores inversiones a efectos de un impacto real, constituyendo una herramienta destinada a incrementar el conocimiento y comunicar aquellas estrategias / intervenciones que tengan una base de evidencia. A esto se añade que, cuando han estado disponibles, una orientación en materia de transferencia y aplicación, conjuntamente con ejemplos de éxitos en el “mundo real” en al menos un escenario europeo, han sido descritos con vistas a brindar una oportunidad de aprendizaje a aquellos que estén considerando una estrategia / intervención, de manera que puedan tenerlos presentes con anterioridad a la selección, transferencia y aplicación.

Esta Guía trata asimismo de ofrecer asesoramiento práctico acerca de cómo utilizar buenas prácticas en una planificación estratégica y de la acción destinada a la prevención de las lesiones involuntarias y la promoción de la seguridad, al igual que acerca de

aquellos puntos del proceso donde el conocimiento de buenas prácticas sea más útil. Subraya también la importancia de dedicar tiempo a abordar las cuestiones de transferibilidad antes de proceder a la selección final de las estrategias. Se espera que garantizando el conocimiento de estrategias eficaces, la comunidad de prevención de las lesiones pueda animar mejor a los responsables de elaborar las políticas para que adopten buenas prácticas basadas en evidencia en su escenario y comiencen a trabajar con vistas a aplicar esos cambios. No obstante, para que la comunidad de prevención de las lesiones haga el mejor uso de los limitados recursos disponibles y ejerza el mayor impacto en las vidas de los niños europeos, se necesitan una acción y un compromiso a numerosos niveles. Para terminar, resumimos la acción y el compromiso que deben asumir las organizaciones internacionales, la Comisión Europea y los gobiernos nacionales, los investigadores en el campo de las lesiones y los propios profesionales de este sector.

➤ Las organizaciones internacionales pueden:

- Animar a los gobiernos y organizaciones nacionales a intercambiar sistemáticamente información sobre buenas prácticas y cuestiones de transferibilidad aplicables a programas de prevención de las lesiones infantiles, y facilitar dicho intercambio.
- Ayudar a los países y a las regiones a crear capacidad para abordar las lesiones infantiles utilizando buenas prácticas.
- Trabajar en cooperación con otras entidades internacionales, con el fin de promover buenas prácticas de prevención de las lesiones infantiles y promoción de la seguridad infantil.

- Estimular la evaluación de todas las iniciativas de prevención de las lesiones infantiles, con el fin de identificar nuevos ejemplos de buenas prácticas e impulsar el intercambio de información sobre buenas prácticas entre las partes interesadas.

➤ Los gobiernos nacionales y la Comisión Europea pueden:

- Apoyar y financiar medidas de buenas prácticas de prevención de las lesiones que reduzcan la mortalidad y severidad de las lesiones infantiles con un enfoque combinado de educación, ingeniería y vigilancia del cumplimiento de las normas y reglamentaciones, específicamente por medio de lo siguiente:
 - o el intercambio de información sobre buenas prácticas y cuestiones de transferibilidad aplicables a programas de prevención de las lesiones infantiles.
 - o un mejor desarrollo y un incremento de la vigilancia del cumplimiento de las normas de seguridad Infantil y otra legislación sobre seguridad.
 - o apoyando una cultura de buenas prácticas y garantizando la evaluación de todas las iniciativas de prevención de las lesiones infantiles.
 - o suscribiendo y cumpliendo compromisos de adoptar buenas prácticas.
- Integrar estrategias de buenas prácticas de prevención de las lesiones infantiles en los programas de salud pública europeos y nacionales y, en asociación con los expertos en lesiones, confeccionar y aplicar a escala europea y nacional estrategias de prevención de las lesiones infantiles acompañadas de planes de acción y recursos





adecuados basados en buenas prácticas.

➤ **Los investigadores en el campo de las lesiones pueden:**

- Llevar a cabo investigaciones que permitan comprender mejor los procesos que sirven para identificar, adoptar, aplicar y mantener las estrategias / intervenciones, y comprender cuáles son los estímulos y las barreras que impiden la transferencia de buenas prácticas entre escenarios.
- Evaluar las estrategias de prevención de las lesiones en la infancia que no hayan demostrado ser eficaces o ineficaces, con el fin de establecer nociones sobre qué es una buena práctica.
- Realizar estudios sobre coste/efectividad que proporcione información a los decisores políticos para la xxxxxxxx entre buenas prácticas.
- Ayudar a traducir los resultados de la investigación en declaraciones de evidencia clave que sean fáciles de comprender.
- Difundir estas declaraciones de evidencia y desempeñar un papel más activo en la defensa de elecciones de política que se traduzcan en la transferencia y la aplicación de buenas prácticas.

➤ **Los profesionales en lesiones pueden:**

- Comunicar la evidencia / hechos acerca de aquello que funciona realmente, y mostrar los ejemplos de este éxito.
- Crear y ampliar redes de colaboración con otras ONG que tengan un interés en la seguridad, al igual que con las principales partes interesadas

del sector empresarial, la administración pública y los círculos académicos, con el fin de promover e impulsar la adopción de una cultura de buenas prácticas de prevención de las lesiones infantiles.

- Aportar pericia en el campo de la prevención de las lesiones infantiles acerca de aquello que funciona y de la aplicación de buenas prácticas, normas y reglamentaciones eficaces en diversos escenarios y culturas.
- Defender ante la administración pública y la industria la aplicación y la evaluación de buenas prácticas de prevención de las lesiones infantiles a través de todos los sectores.
- Evaluar a todas las iniciativas de prevención de las lesiones infantiles dirigidas por ONG, con el fin de identificar nuevas buenas prácticas e impulsar el intercambio de información sobre buenas prácticas entre las partes interesadas.





Referencias

- 1 World Health Organization. Children's Environment and Health Action Plan for Europe. Fourth Ministerial Conference on Environment and Health, Budapest, Hungary, 23–25 June 2004. World Health Organization; Geneva; 2004. EUR/04/5046267/7. Available from: <http://www.euro.who.int/document/e83338.pdf>.
- 2 World Health Organisation. Regional Committee for Europe Fifty-fifth Session: Injuries in the WHO European Region: Burden, challenges and policy response. Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2005. Available from: <http://www.euro.who.int/Document/RC55/edoc10.pdf>.
- 3 World Health Organisation. Regional Committee for Europe Fifty-fifth Session: European strategy for child and adolescent health and development. Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2005. Available from: <http://www.euro.who.int/document/RC55/edoc06.pdf>.
- 4 European Child Safety Alliance. That Sensitive indicator of the World: An Historical Perspective on Children as Agents of Change in the Field of Health and the Environment. Amsterdam: European Child Safety Alliance, 2004. Available from: [http://www.childsafetyeurope.org/csi/ecsa.nsf/index/home/\\$file/index.htm](http://www.childsafetyeurope.org/csi/ecsa.nsf/index/home/$file/index.htm).
- 5 United Nations General Assembly. Convention on the Rights of the Child. United Nations; 1989. Document A/RES/44/25.
- 6 World Health Organisation. How can injuries in children and older people be prevented? Denmark: WHO Regional Office for Europe Health Evidence Network; World Health Organization; Geneva; 2004. Available at: http://euro.who.int/HEN/Syntheses/injuries/20041016_1.
- 7 Rigby M, Köhler L (editors). Child Health Indicators of Life and Development (CHILD): Report to the European Commission; Centre for Health Planning and Management, Keele, UK, for European Commission Health and Consumer Protection Directorate; 2002 (98pp). (also available on http://www.europa.eu.int/comm/health/ph/programmes/monitor/fp_monitoring_2000_frep_08_en.pdf).
- 8 Rigby MJ, Köhler LI, Blair ME, Mechtler R. Child Health Indicators for Europe - A Priority for a Caring Society. Eur J Public Health, 2003, 13, 3 Supplement, 38-46.
- 9 World Health Organisation. Regional Committee for Europe Fifty-fifth Session: European strategy for child and adolescent health and development. Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2005. Available from: <http://www.who.dk/document/E87710.pdf>.
- 10 Towner E, Towner J. The prevention of childhood unintentional injury. Curr Paediatr 2001; 11:403-408.
- 11 UNICEF Innocenti Research Centre. A league table of child death by injury in rich nations. UNICEF; 2001. Report Card No. 2. Florence. Available from: <http://www.unicef-icdc.org/publications/pdf/repcard2e.pdf>.
- 12 Kline-Weinreich N. Hands-On Social Marketing: A Step-by-Step Guide. Sage Publications London; 1999.
- 13 Working Party on Accidents and Injuries. Communications Plan. Working Party on Accidents and Injuries; 2005. Available from: <http://www.actiononinjuries.org/csi/wpai.nsf/www/VwContent/l2communicationplan.htm>.
- 14 Harborview Injury Prevention and Research Center. Best Practices. Seattle, University of Washington, 2001. Available from: <http://depts.washington.edu/hiprc/practices/index.html>.
- 15 Klassen TP, MacKay JM, Moher D, Walker A, Jones AL. Community-based injury prevention interventions. Future Child 2000; 10(1): 83-110.
- 16 National Highway Traffic Safety Administration. Research note: revised estimates of child restraint effectiveness. Washington, DC: U.S. Department of Transportation, National High-





way Traffic Safety Administration; 1996. Report No 96.855.

- 17 National Highway Traffic Safety Administration. Traffic safety facts, 1999: a compilation of motor vehicle crash data from the Fatality Analysis Reporting System and the General Estimates System. Washington, DC: U.S. Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration; 2000. DOT HS 809 100.
- 18 Children's Safety Network. Childhood injury: cost & prevention facts. Child safety seats: how large are the benefits and who should pay? Landover, MD: Children's Safety Network: Economics and Insurance Resource Center; 1997.
- 19 European Transportation Safety Council. Priorities for EU Motor Vehicle Safety Design. Brussels; 2001.
- 20 Aldman B. [Safety equipment for children in cars]. *Lakartidningen* 1966; 63(14):1345-52. Swedish.

- 21 Durbin DR, Chen I, Smith R, Elliott MR, Winston FK. Effects of seating position and appropriate restraint use on the risk of injury to children in motor vehicle crashes. *Pediatrics* 2005 Mar;115(3):e305-9.
- 22 Durbin DR, Elliott MR, Winston FK. Belt-positioning booster seats and reduction in risk of injury among children in vehicle crashes. *JAMA* 2003; 289(21):2835-40.
- 23 Winston FK, Durbin DR, Kallan MJ, Elliott MR. Rear seating and risk of injury to child occupants by vehicle type. *Annu Proc Assoc Adv Automot Med* 2001;45:51-60.
- 24 Arbogast KB, Kallan MJ, Durbin DR. Effectiveness of high back and backless belt-positioning booster seats in side impact crashes. *Annu Proc Assoc Adv Automot Med* 2005;49:193-206.
- 25 Turner C, McClure R, Nixon J, Spinks A. Community based programs to promote car seat restraints in children 0-16 years – a systematic review. *Accid Anal Prev* 2005; 37:77-83.

- 26 Zaza S, Sleet DA, Thompson RS, Sosin DM, Bolen JC., Taskforce on Community Prevention Services. Reviews of evidence regarding interventions to increase use of child safety seats. *AJPM* 2001; 21(4; Supplement 1): 31-47.
- 27 Towner E, Dowswell T, Mackereth C, Jarvis S. What works in preventing unintentional injuries in children and young adolescents? An updated systematic review. Prepared for the Health Development Agency (HDA), London. Department of Child Health, University of Newcastle upon Tyne; 2001. Available from: http://www.hda.nhs.uk/downloads/pdfs/prevent_injuries.pdf.
- 28 Christoff T, Gallagher SS, editors. Injury Prevention and Public Health: Practical Knowledge, Skills, and Strategies. Maryland: Aspen Publications Inc; 1999.
- 29 Evans L. The effectiveness of safety belts in preventing fatalities. *Accid Anal Prev* 1986;18:229-41.
- 30 Evans L. Traffic safety and the driver. New



- York: Van Nostrand Reinhold; 1991.
- 31 Kahane CJ. Fatality and injury reducing effectiveness of lap belts for back seat occupants. Warrendale, PA: Society of Automotive Engineers. Paper No 870486; 1987.
- 32 National Highway Traffic Safety Administration. Fourth report to Congress: effectiveness of occupant protection systems and their use. Washington, DC: U.S. Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration; 1999. DOT HS 808 919.
- 33 National Highway Traffic Safety Administration. Final Regulatory Impact Analysis Amendment to Federal Motor Vehicle Safety Standard 208 Passenger Car Front Seat Occupant Protection. Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration; 1984. NHTSA Report Number DOT HS 806 572, pp. IV-3 - IV-16.
- 34 Padmanaban J, Ray R. Safety performance of rear seat occupant restraint systems. 36th STAPP Car Crash Conference Proceedings. Warrendale, PA: Society of Automotive Engineers; 1992. SAE Publication No P-261.
- 35 Dinh-Zarr TB, Sleet DA, Shults RA, Zaza S, Elder RW, Nichols JL, Thompson RS, Sosin DM. Reviews of evidence regarding interventions to increase the use of safety belts. *Am J Prev Med* 2001; 21(4, Supplement 1): 48-65.
- 36 McClure R, Stevenson M, McEvoy S. editors. *The Scientific Basis of Injury Prevention and Control*. Melbourne: IP Communications; 2004.
- 37 World Health Organisation. (2004). World report on road traffic injury prevention. Geneva: World Health Organization. Available from: http://www.who.int/world-health-day/2004/infomaterials/world_report/en.
- 38 Webster DC, Mackie AM. Review of traffic calming schemes in 20 mph zones. Crowthorne: TRL Limited, 1996. TRL Report 215.
- 39 Highways Agency. West London speed camera project: analysis of accident data 36 months before and 36 months after implementation. London: London Research Centre; 1997 as cited in *Health Evidence Bulletins Wales*; 1998.
- 40 Turner C, McClure R, Nixon J, Spinks A. Community based programmes to prevent pedestrian injuries in children 0-14 years: a systematic review. *Int J Inj Contr Saf Promot* 2004; 11(4): 231-237.
- 41 Christie N, Towner E, Cairns S & Ward H. Children's road traffic safety: An international survey of policy and practice. London: Department for Transport; 2004. Available from: http://www.dft.gov.uk/stellen/groups/dft_rdsafety/documents/page/dft_rdsafety_030570.pdf.
- 42 Karkhaneh M, Kalenda J-C, Hagel BE, Rowe BH. Effectiveness of bicycle helmet legislation to increase helmet use: a systematic review. *Inj Prev* 2006; 12:76-82. doi: 10.1136/ip.2005.010942.
- 43 Royal ST, Kendrick D, Coleman T. Non-legislative interventions for the promotion of cycle helmet wearing by children. *Cochrane Data-*





- base Syst Rev 2005; Issue 3.
- 44 Robinson D. No clear evidence from countries that have enforced the wearing of helmets. *BMJ* 2006;332:722-725. doi:10.1136/bmj.332.7543.722-a.
- 45 Spinks A, Turner C, McClure R, Acton C, Nixon J. Community-based programmes to promote use of bicycle helmets in children aged 0-14 years: a systematic review. *Int J Inj Contr Cont Saf Promot* 2005; 12(3): 131-142..
- 46 Agran PF, Winn DG. The bicycle: a developmental toy versus a vehicle. *Pediatrics* 1993; 91:752-5.
- 47 Macarthur C, Parkin PC, Sidky M, Wallace W. Evaluation of a bicycle skills training program for young children: a randomized controlled trial. *Inj Prev* 1998; 4:116-121.
- 48 World Health Organization. Guidelines for safe recreational water environments. Volume 1: Coastal and Fresh Waters. World Health Organization; Geneva; 2003. Available at: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545801.pdf>.
- 49 United States Department of Transportation. United States Coastguard; 2000. Boating Statistics 2000. COMDTP P16754 14.
- 50 World Health Organization. Guidelines for safe recreational water environments. Volume 2: Swimming Pools, Spas and similar recreational - water environments. World Health Organization; Geneva; 2003. Available at: http://www.who.int/water_sanitation_health/bathing/bathing2.
- 51 Thompson DC, Rivara FP. Pool fencing for preventing drowning in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; Issue 3.
- 52 European Child Safety Alliance. Be Water Wise Factsheet. Amsterdam: European Child Safety Alliance; 2003. Available from: [http://www.childsafetyeu-rope.org/csi/ecsa.nsf/index/home/\\$file/index.htm](http://www.childsafetyeu-rope.org/csi/ecsa.nsf/index/home/$file/index.htm).
- 53 Stoorgard H. Personal communication in August 2005 during interview regarding case study on Drowning Prevention in Iceland, Page 55.
- 54 Spiegel CN, Lindaman FC. Children can't fly: a programme to prevent childhood mortality from window falls. *Inj Prev* 1995; 1(3):194-8.
- 55 DiGuseppi C, Roberts IG. Individual-level injury prevention strategies in the clinical setting. *Future Child* 2000; 10(1): 53-82.
- 56 King WJ, LeBlanc JC, Barrowman NJ, Klassen TP, Bernard-Bonnin AC, Robitaille Y, Tenenbein M, Pless IB. Long term effects of a home visit to prevent childhood injury: three year follow up of a randomized trial. *Inj Prev* 2005; 11(2):106-9.
- 57 The Royal Society for the Prevention of Accidents (RosPA). Stair Gales and EN 1930. Available from: http://www.rospa.com/productsafety/articles/stairgates_en1930.htm



-
- 58 Sherker S, Short A, Ozanne-Smith J. The in situ performance of playground surfacing: implications for maintenance and injury prevention. *Int J Inj Contr Saf Promot* 2005; 12(1):63-66.
- 59 American Academy of Pediatrics Committee on Injury and Poison Prevention. Injuries associated with baby walkers. *Pediatrics* 2001; 108(3): 790-792.
- 60 Mierley MC, Baker SP. Fatal house fires in an urban population. *JAMA* 1983; 249(11): 1466-1468.
- 61 Sorenson B. Prevention of burns and scalds in a developed country. *J Trauma* 1976; 16(4):249-258.
- 62 Viscusi WK, Cavallo GO. The effect of product safety regulation on safety precautions. *Risk Anal* 1994; 14(6): 917-930.
- 63 Abdulwadud O, Ozanne-Smith J. Injuries associated with fireworks in Victoria: an epidemiological review. *Inj Prev* 1998;4:272-274.

-
- 64 Warda L, Tenenbein M, Moffat MEK. House fire injury prevention update. Part II. A review of the effectiveness of preventive interventions. *Inj Prev* 1999; 5:217-225.
- 65 Krug A, Ellis J, Hay I, Mokgabudi N, Robertson J. The impact of child-resistant containers on the incidence of paraffin (kerosene) ingestion in children. *S Afr Med J* 1994; 84(11):730-734.
- 66 Woolf AD, Saperstein A, Forjuoh S. Poisoning prevention knowledge and practices of parents after a childhood poisoning incident. *Pediatrics* 1992; 90(6):867-870.
- 67 Gibbs L, Waters E, Sherrard J, Ozanne-Smith J, Robinson J, Young S, Hutchinson A. Understanding parental motivators and barriers to uptake of child poison safety strategies: a qualitative study. *Inj Prev* 2005;11:373-377.
- 68 Ozanne-Smith J, Day L, Parsons B Childhood poisoning: access and prevention. *J Paediatr Child Health* 2001; 37:262-5.
- 69 Chien, C, Marriott, JL, Ashby, K & Ozanne-

-
- Smith, J. Unintentional ingestion of over the counter medications in children less than 5 years old. *J Paediatr Child Health* 2003; 39(4):264-9. doi: 10.1046/j.1440-1754.2003.00148.x.
- 70 Accidental Injury Task Force. Preventing Accidental Injury – Priorities for Action: Report to the Chief Medical Officer. London: TSO; 2002.
- 71 Lyons RA, Sander LV, Weightman AL, Patterson J, Jones SA, Rolfe B, Kemp A, Johansen A. Modification of the home environment for the reduction of injuries. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(4):CD003600.
- 72 Watson M, Kendrick D, Coupland C, Woods A, Futers D, Robinson J. Providign child safety equipment to prevent injuries: randomised controlled trial. *BMJ* 2005 January 22; 330(7484): 178. doi: 10.1136/ bmj.38309.664444.8F. Available from: <http://bmj.bmjjournal-nals.com/cgi/content/full/330/7484/178>.
- 73 Hodnett ED, Roberts I. Home based social support for socially disadvantaged mothers.





- Cochrane Database Syst Rev 1998; issue 2.
- 74 Kendrick D, Elkan R, Hewitt M, Dewey M, Blair M, Robinson J, Williams D, Brummell K. Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta analysis. *Arch Dis Child* 2000; 82(6):443-51.
- 75 Kendrick D, Illingworth R, Woods A, Watts K, Collier J, Dewey M, Hapgood R, Chen CM. Promoting child safety in primary care: a cluster randomised controlled trial to reduce baby walker use. *Br J Gen Pract* 2005; 55(517):582-8.
- 76 Sznajder M, Leduc S, Janvrin MP, Bonnon MH, Aegerter P, Baudier F & Chevallier B. (2003). Home delivery of an injury prevention kit for children in four French cities: a controlled randomized trial. *Inj Prev* 2003;9:261-265.
- 77 Clamp M, Kendrick D. A randomised controlled trial of general practitioner safety advice for families with children under 5 years. *BMJ* 1998; 23; 316(7144):1576-9.
- 78 Deal LW, Gomby DS, Zippiroli L, Behrman RE. Unintentional Injuries in Childhood: Analysis and Recommendations. *Future Child* 2000; 10(1): 3-22.
- 79 National Centre for Injury Prevention and Control. Working to prevent and control injury in the United States. Fact Book for the Year 2000. Atlanta, GA: Center for Disease Control and Prevention; 2000.
- 80 Frederick K, Bixby E, Orzel M, Stuart-Brown S, Willett K. An evaluation of the effectiveness of the Injury Minimisation Programme for Schools (IMPS). *Inj Prev* 2000; 6, 92-95.
- 81 National Fire Protection Association, USA. Final report of the three-year evaluation of Risk Watch. National Fire Protection Association; 2001. Available from: <http://www.nfpa.org/riskwatch/pdfs/3yrfnalEvaluation.pdf>.
- 82 National Fire Protection Association, USA. Leaders Guide. National Fire Protection Association; 2001. Available from: <http://www.nfpa.org/riskwatch/pdfs/leader-guide/intro.pdf>.
- 83 Centers for Disease Control. MMWR Recommendations and Reports: Guidelines for School Health Programs to Prevent Tobacco Use and Addiction. *MMWR* 1994;43(RR-2):1-18.
- 84 Oxford University/ Oxford Brookes University Evaluation Team. An evaluation of the Lifeskills – Learning for Living programme. Norwich: Health & Safety Executive; 2003. Research Report 187. Available from: <http://www.hse.gov.uk/research/rrhtm/RR187.htm>.
- 85 Marsh P, Kendrick D. Injury prevention training: Is it effective? *Health Educ Res* 1998; 13 47-56.
- 86 Schopper D, Lormand J-D, Waxweiler R. Editors. Developing national policies to prevent violence and injuries: a guideline for policy-makers and planners. World Health Organization, Geneva; 2006. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/39919_oms_br_2.pdf.



-
- 87 Vincenten J. Priorities for Child Safety in the European Union: Agenda for Action. 2nd edition. Amsterdam: European Child Safety Alliance; 2004. Available from: [http://csi/ecsa.nsf/index/injurythemes/\\$file/2004whitebook.pdf](http://csi/ecsa.nsf/index/injurythemes/$file/2004whitebook.pdf).
- 88 NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York. Preventing unintentional injuries in children and young adolescents. *Effective Health Care Bulletin* 1996; 2(5). Available from: <http://www.york.ac.uk/inst/crd/ehc25.htm>.
- 89 Holder Y, Peden M, Krug E, Lund J, Gururaj G, Kobusingye O. editors. *Injury Surveillance Guidelines*. World Health Organization, Geneva; 2001. Available from: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/9241591331.pdf>.
- 90 Sethi D, Habibula S, McGee K, Peden M, Bennett S, Hyder AA, Klevens J, Odero W, Suriya-wongpaisal P. editors. *Guidelines for conducting community surveys on injuries and violence*. World Health Organization, Geneva; 2004. Available from: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241546484.pdf>.
- 91 Adapted from MacKay M. *Child Safety Action Plan Development* [PowerPoint presentation]. CSAP Capacity Building Workshop, Brussels: European Child Safety Alliance; November 2005.
- 92 Adapted from Vincenten, J. *Transferring effort across countries*. [PowerPoint presentation]. World Health Organization Child Injury Meeting, Geneva: European Child Safety Alliance; March 2005.
- 93 Nemer L, von Hoff K, Simonelli F, Caldes Pinilli MJ, Mayer K. editors. *Children's health and environment case studies summary book*. Fourth Ministerial Conference on Environment and Health, Budapest, Hungary, 23–25 June 2004. World Health Organization; Regional Office for Europe; 2004. Available from: http://www.euro.who.int/child-healthenv/Policy/20040921_1.





Apéndice I:

Sección 4: Metodología de estudios de casos

Consideramos que los ejemplos de estudios de casos que incluimos en este documento constituyen una “primera ronda”. Nos propusimos presentar estudios de casos que ilustrasen la aplicación de ejemplos de buenas prácticas, conjuntamente con un análisis más detallado de las lecciones aprendidas, como ayuda para aquellos que quieran aplicar una estrategia en su propio escenario. Sin embargo, la realidad es que la eficacia de muchos programas no ha sido examinada, siendo incluso menos probable que estos programas vayan a ser evaluados utilizando un diseño riguroso de investigación que incluya a un grupo de comparación y un examen de los resultados en materia de comportamientos y lesiones. Como consecuencia, muchos programas no se pudieron incluir como estudios de casos en esta versión, aunque se prevé que se puedan añadir ejemplos adicionales a medida que más programas sean objeto de una evaluación adecuada.

La búsqueda de estudios de casos y su selección se basaron en los criterios siguientes:

- El programa utilizado como ejemplo aborda cuestiones de prioridad dentro de Europa (en base a la carga de lesiones).
- El programa utilizado como ejemplo se ajusta a nuestra definición de buenas prácticas.
- El programa utilizado como ejemplo corresponde a una de las buenas prácticas identificadas.
- El programa utilizado como ejemplo ha sido aplicado y evaluado (habiéndose evaluado tanto el proceso como los resultados) en un escenario europeo, habiéndose demostrado que este programa es eficaz.

Además de los criterios de selección, donde fue posible, tratamos también de seleccionar ejemplos de estudios de casos que fuesen el reflejo de una gama de intensidades de recursos (p.e. una gama de costes a aplicar) y de niveles de aplicación (p.e. nacional, regional o local). También seleccionamos los estudios de los casos con vistas a tratar de reflejar, en la medida de lo posible, los esfuerzos realiza-

dos en muchas zonas de Europa. Los ejemplos se buscaron mediante un enfoque de bola de nieve a través de diversas fuentes, incluidos los miembros de la Alianza Europea para la Seguridad Infantil y otros expertos en prevención de las lesiones infantiles y promoción de la seguridad infantil. Adicionalmente, nos embarcamos en búsquedas en Internet y en revisiones selectivas de la literatura reciente, con el fin de identificar estudios de casos potenciales adicionales.

Identificamos a una persona de contacto para el estudio de cada caso potencial seleccionado. Un asociado de investigación se puso en contacto con esta persona para determinar que el estudio del caso potencial en cuestión reuniese los criterios de inclusión. Una vez cumplido este requisito, procedimos al examen de la documentación disponible y a la realización de una entrevista estandarizada destinada a buscar y a resumir la información siguiente:

- Nivel de aplicación (¿a qué nivel se focalizó la estrategia – nacional, regional o local?)





- Enfoque de la estrategia (¿cuál de las tres se utilizó: Educación, Ingeniería o Vigilancia del cumplimiento, o una combinación de ellas?)
- Escenario de intervención (¿dónde tuvo lugar la intervención?)
- Audiencia objetivo de la intervención (¿a quién estuvo dirigida la intervención?)
- Intensidad de recursos – una indicación de la intensidad de recursos requerida
[€ = hasta €20.000/año
€€ = €20-90.000/año, €€€ = €100-299.000/año,
€€€€ = €300-999.000/año,
€€€€€ = €1.000.000 plus/año]¹
- Antecedentes de la iniciativa (incluidos sus fundamentos, fuerza motriz, marco de tiempo y partes principales implicadas)
- Finalidad y objetivos de la intervención
- Pasos clave / acciones de la intervención

¹ Es necesario interpretar cuidadosamente las implicaciones presentadas en materia de recursos. En primer lugar, no incluyen el apoyo en especie, que, en muchos casos, supera con creces el presupuesto real dedicado a la aplicación de una estrategia. En segundo lugar, a pesar de que las estimaciones de intensidad de recursos presentadas provienen del propio personal de un proyecto, es importante recordar que los costes de muchos conceptos, como el tiempo de las personas, la impresión de recursos, etc., varían por país. Como resultado, los recursos necesarios identificados al examinar la estrategia de transferencia de un escenario a otro pueden variar respecto a este informe. DE BUENAS PRÁCTICAS DE SEGURIDAD INFANTIL

- Evaluación de la intervención
- Lecciones aprendidas (incluidas las barreras y los impulsores, el asesoramiento a los países y las cuestiones relativas a la transferibilidad)
- Referencias
- Contacto de información para la intervención

Después de cada entrevista, procedimos a la redacción del estudio del caso en un formato coherente, que incluyó la adición de la declaración de evidencia justificativa de la estrategia. A continuación, procedimos a devolver los estudios de los casos a la persona de contacto, a efectos de su confirmación y clarificación antes de su adición a esta Guía. Cabe observar, que tres de los estudios de los casos: Camino seguro al colegio en Faro, Portugal; Campaña del casco ciclista, Dinamarca, y Embalaje a prueba de niños de los productos químicos, Holanda – son ampliaciones mejoradas de estudios de casos originalmente corregidos para el libro de la Organización Mundial de la Salud que resume estudios de casos relacionados con la salud y el entorno infantil.⁹³

Finalmente, es importante apuntar que los estudios de los casos incluidos en la sección siguiente constituyen una tentativa inicial de ilustrar ejemplos de buenas prácticas existentes. La Alianza Europea para la Seguridad Infantil invita a que se presenten ideas de estudios de casos adicionales que reúnan los criterios de inclusión arriba descritos, a efectos de su inclusión en ediciones futuras. Rogamos nos envíen estas ideas a secretariat@childsafetyeurope.org.





Sección 5: Estudios de casos de buenas prácticas en Europa

➤ Seguridad del niño pasajero

Camino seguro al colegio en Faro, Portugal	41
Programa de préstamo de asientos de seguridad para niños, Austria	44

➤ Seguridad del niño peatón

Kerbcraft, Escocia	46
Estrategia de seguridad vial, Francia	49

➤ Seguridad del niño ciclista

Fundación para la Iniciativa del Casco Ciclista, Reino Unido	53
Campaña del casco ciclista, Dinamarca	56

➤ Seguridad del niño en el agua

Seguridad en las piscinas, Francia	58
Prevención de los ahogamientos, Islandia	60
Campaña de prevención de los ahogamientos, Grecia	63

➤ Prevención de las caídas infantiles

Caja de Seguridad Infantil, Austria	66
-------------------------------------	----

➤ Prevención de las intoxicaciones infantiles

Embalaje a prueba de niños de los productos químicos, Holanda	68
---	----

➤ Seguridad del niño en el hogar en general

Asesoramiento pediátrico en materia de prevención de las lesiones - Consejos de seguridad infantil, Austria	70
---	----

➤ Prevención de las lesiones basada en la comunidad en general

<i>Riskwatch</i> , Escocia	72
Habilidades para la vida – aprender para vivir, Reino Unido	75

➤ Liderazgo, infraestructura y capacidad de prevención de las lesiones infantiles a escala nacional

Sistema de vigilancia de las lesiones en todo Gales	78
---	----



Camino Seguro al Colegio en Faro Portugal

NIVEL DE APLICACIÓN	Regional
ENFOQUE	Educación, Vigilancia del cumplimiento
ESCENARIO	Colegios, comunidad
AUDIENCIA OBJETIVO	Comunidad, niños de 6 a 16 años, padres, policía
IMPLICACIONES DE RECURSOS	€€
BASE DE EVIDENCIA	Una intervención basada en la comunidad, que combine la difusión de información sobre la seguridad de los dispositivos de sujeción del niño pasajero con la realización de campañas de vigilancia del cumplimiento, lleva a un incremento del uso ^{1,2,3}

Antecedentes

“Camino seguro al colegio” es un programa de seguridad vial con varias características:

1. Un programa educativo impartido por la APSI (Asociación Portuguesa de Promoción de la Seguridad Infantil) y agentes de policía, en cuyo marco, se enseña a los niños de los colegios las reglas relacionadas con la seguridad de peatones y pasajeros. La Dirección General de Medio Ambiente ofrece asimismo un programa educativo relacionado con otras amenazas medioambientales distintas a las lesiones, como la exposición a la contaminación y el ruido.
2. Un taller interactivo en colegios, dirigido a los niños de primaria con el fin de destacar la importancia del uso de los sistemas de sujeción. La sesión incluye debates, juegos y vídeos que analicen accidentes.
3. Simulaciones de acción después de un accidente con los equipos de salvamento y tratamiento en los colegios de secundaria
4. Los estudiantes de los colegios de secundaria se desplazan con agentes de policía hasta el hospital, con el fin de visitar a las víctimas de los accidentes y hablar con ellas. Durante el trayecto, el agente de policía tiene la oportunidad de destacar los peligros en materia de seguridad.

5. Representantes del Centro de Rehabilitación de Minusválidos y Discapacitados visitan a los estudiantes de los colegios de secundaria para ilustrarles sobre cómo es la vida después de una lesión.
6. Sesión informativa vespertina con los padres en la que se les explica el programa y se muestran vídeos de accidentes de coche. Se informa a los padres sobre la legislación relativa a los asientos y cinturones de seguridad y el Convenio sobre los Derechos del Niño, y de que las actividades de vigilancia comenzarán dentro de una semana. Se anima a los padres a asistir a un concierto de estudiantes u otro evento acompañado de una sesión informativa.
7. Una campaña de vigilancia de un día de duración llevada a cabo por agentes de policía y estudiantes frente a las puertas de los colegios antes y después de las clases. Los infractores pagan multas de hasta 120€. Los agentes de policía siguen realizando controles puntuales después de la jornada del evento.
8. Una exhibición de seguridad vial realizada durante un fin de semana en un lugar público (centro comercial). Esta exhibición incluye demostraciones de prevención, salvamento y tratamiento, como:
 - Demostración del uso de sistemas de sujeción
 - Simulación de accidentes de coche con y sin cinturones de seguridad
 - Coches accidentados con las historias de sus accidentes

- Simulaciones de salvamento y tratamiento después de un accidente
- Fotografías, historias, etc. preparados por niños hospitalizados después de un accidente de coche
- Representantes del Centro de Rehabilitación de Minusválidos y Discapacitados que enseñan cómo es la vida después de experimentar una lesión.

La prensa local cubrió todas las actividades, mejorando así el contacto con el público en general y con los responsables en la forma de tomar las decisiones políticas. Este programa fue ampliado a otras ciudades con la finalidad de alcanzar una cobertura nacional.

La campaña tuvo lugar originalmente en siete colegios de primaria (niños de 6 a 10 años) durante el año lectivo 2001-2002. En 2002, se amplió a los colegios de secundaria (niños de 10 a 16 años), en un colegio cada año, ascendiendo el total a 11 colegios y 6.000 estudiantes. Un total de 1.800 niños visitaron la exposición de seguridad vial el primer día, y 100.000 personas la visitaron durante el fin de semana.

Antecedentes en materia de políticas / fuerza motriz

Los accidentes de tráfico son la principal causa de muerte por lesiones infantiles en Portugal. A pesar de que los pasajeros representan el 50% de la mortalidad, el 80% de los niños viajan en los coches sin cinturón



de seguridad en el camino hacia los colegios de primaria de Faro. A pesar de la legislación existente, la vigilancia del cumplimiento es escasa.

Partes implicadas

- La Asociación Portuguesa de Promoción de la Seguridad Infantil (APSI)
- Policía local
- Equipos de salvamento y paramédicos
- Dirección General de Transporte
- Centro de Rehabilitación de Minusválidos y Discapacitados (Existir)
- Dirección General de Medio Ambiente
- Administración pública local de Faro
- Hospital de Faro (Departamento de pediatría y ortopedia)
- Centro comercial (Forum Algarve)

Finalidades y objetivos

Fomentar el conocimiento de la seguridad vial e incentivar el uso de los sistemas de sujeción entre los niños de primaria y secundaria

Evaluación

En 2001, se realizó un seguimiento del uso del cinturón y del asiento de seguridad en los siete colegios de primaria implicados en la campaña original. Un observador recogió datos durante el trayecto de ida al colegio por la mañana, una semana antes del comienzo del programa y una semana después de la jornada de vigilancia. El uso de los sistemas de sujeción pasó del 20% al 89% entre la población de los colegios participantes. La jornada de vigilancia por la policía y los estudiantes en siete colegios de primaria se tradujo en 243 informes de protección inadecuada de los niños en los coches.

Los controles puntuales del uso del cinturón de seguridad prosiguieron, y un año después de la campaña, el uso de los sistemas de sujeción en los colegios participantes seguía situándose en el 90%.

En 2002, la recogida de datos en los colegios de secundaria indicaba un uso del cinturón de seguridad con anterioridad al programa del 91% en el asiento delantero y del 15% en el asiento trasero. Esta vez, también se recogieron datos una semana después de la sesión informativa, pero antes de la jornada de vigilancia. El uso del cinturón de seguridad en el asiento trasero pasó del 15% al 16%. Una semana después de la jornada de vigilancia, este uso del cinturón de seguridad en el asiento trasero atrás experimentó un sorprendente incremento del 16% al 85%, situándose en el 100% para el asiento delantero. Esto muestra la importancia de un enfoque combinado de educación y vigilancia en la obtención de un cambio de comportamiento.

En 2003, 2004 y 2005, el programa se extendió a otros colegios de secundaria. Los datos anteriores al programa mostraban un 90% de uso del cinturón de seguridad en el asiento delantero y un 70% en el asiento trasero. El uso del cinturón de seguridad en el asiento trasero se incrementó al 89% después de las sesiones informativas. El uso del cinturón de seguridad siguió siendo objeto de controles puntuales en la ciudad.

Pasos clave

- Antes de comenzar este programa, es decisivo impartir a los agentes de policía formación en materia de seguridad Infantil. La APSI imparte esta formación, que consta de dos componentes principales:
 - Incrementar el conocimiento de la importancia de vigilar el cumplimiento de la legislación de seguridad en apoyo del Convenio de los Derechos del Niño, que especifica que la seguridad es un derecho humano fundamental.
 - Información sobre los sistema de sujeción infantil y seguridad vial.
- La formación se imparte informalmente entre los agentes de policía a título individual o en pequeños grupos.
- El apoyo de los profesores de los colegios participantes es esencial. Se planifica una reunión con los profesores con el fin de describir la

campaña y el papel que el profesorado desempeña. Los profesores acuerdan asimismo incorporar la seguridad en el plan de estudios en la medida de lo posible.

Lecciones aprendidas

Barreras

- Animar a los padres a que se impliquen. A la primera sesión asistieron solamente 10 padres de un colegio con 400 estudiantes. La asistencia mejoró en las sesiones siguientes, debido a los esfuerzos que se realizaron por combinar la sesión informativa con otras actividades, como conciertos o juegos.
- La población de Faro no estaba acostumbrada a recibir multas por no usar los cinturones o los asientos de seguridad, motivo por el cual se opuso y discutió con la policía. La policía tuvo que recibir formación sobre cómo rebatir estos argumentos.
- Resultó difícil conseguir que se implicasen otras personas que ya trabajaban en el campo de la seguridad vial en la ciudad.

Impulsores

- Desarrollo de una estrecha relación de confianza entre la APSI, el hospital local y la policía
- Un equipo de policía comprometido. Los agentes de policía ya mantenían una relación de confianza y amistad con los niños de los colegios.
- Colegios y profesores serviciales
- Implicación de los padres en las sesiones informativas.
- Esta campaña no contó con una financiación específica. Fue posible gracias a generosas donaciones de tiempo y recursos en especie de las partes implicadas.
- El Convenio de los Derechos el Niño de las Naciones Unidas sirvió para justificar la vigilancia ante los padres enfadados por recibir una multa.

Asesoramiento a los países / transferibilidad

- Ha habido otras tentativas de ampliar esta campaña a otras ciudades de Portugal. En algunos casos, se ha alcanzado el éxito, que parece estar relacionado con el compromiso del equipo formado por la policía y los colegios.
- Esta campaña contó con un considerable apoyo en especie y donaciones de tiempo de diferentes grupos, incluidas la policía y la APSI, por lo que resulta difícil estimar las implicaciones de recursos en diferentes contextos.

Referencias, información adicional

1. Towner, E., & Dowswell, T., Mackereth, C., & Jarvis, S. (2001). What works to prevent unintentional injury amongst children? An updated systematic review. London: Health Development Agency. Available at www.hda.nhs.uk/downloads/pdfs/prevent_injuries.pdf
2. Turner, C., McClure, R., Nixon, J., & Spinks, A., (2005). Community-based programs to promote car seat restraints in children 0-16 years – a systematic review. *Accident Analysis and Prevention*, 37, 77-83.
3. Viscusi, W. K., Cavallo, G. O. (1994). The effect of product safety regulation on safety precautions. *Risk Analysis*, 14(6),917-930.

Contacto

Name: Elsa Rocha
Address: Associação para a Promoção da
Segurança Infantil
Vila Berta, 7 – 1o dto
1170-400 Lisboa, Portugal
Tel: +351 21 887 01 61
Fax: +351 21 888 16 00
E-mail: apsi@apsi.org.pt
URL: <http://www.apsi.org.pt/>



Programa de Préstamo de Asientos de Seguridad para Niños Austria

NIVEL DE APLICACIÓN	Regional
ENFOQUE	Educación, equipamiento de seguridad
ESCENARIO	Hospital
AUDIENCIA OBJETIVO	Comunidad, niños de 6 a 16 años, padres, policía
IMPLICACIONES DE RECURSOS	€€€
BASE DE EVIDENCIA	Una intervención basada en la comunidad, que combine la distribución de dispositivos de sujeción para niños pasajeros, programas de préstamos o incentivos con programas educativos, lleva a un incremento del uso. ^{1,2,3}

Antecedentes

En 1992, Grosse schuetzen Kleine / Safe Kids Austria lanzó un programa de préstamo basado en los hospitales destinado a mejorar la utilización de los asientos de seguridad para niños en los coches. Este programa estaba dirigido a cada uno de los departamentos de maternidad de la provincia federal de Styria.

Desde entonces, una empresa privada organiza este programa de préstamo basado en los hospitales. El personal de enfermería de los departamentos de maternidad informa a los padres sobre el programa. Los padres rellenan un documento con el fin de solicitar un asiento de seguridad para niños mientras la madre permanece en el hospital (la hospitalización media de la madre es de cinco días después del parto), y abonan los gastos del préstamo correspondientes a los próximos 12 meses. Antes de salir del hospital, los padres reciben un asiento de seguridad para su recién nacido, de manera que el bebé ya estará seguro desde la primera vez que viaje en coche. Si los padres devuelven el asiento antes de que el bebé cumpla un año (algunos bebés son más grandes y otros más pequeños, siendo el tiempo medio de utilización de nueve meses), se les reembolsan los meses restantes. La empresa realiza las comprobaciones técnicas obligatorias y limpia los asientos preparándolos para volver a prestarlos.

En los primeros dos años, el programa contó con el apoyo del fondo de seguridad vial local, y los padres recibieron el asiento de seguridad para niños gratuita-

mente. En 1994, se aprobó una ley que exige el uso del asiento de seguridad para niños y, desde entonces, los padres pagan €3,60 al mes.

Antecedentes en materia de políticas / fuerza motriz

A pesar de las leyes que hacen obligatorio el uso del asiento de seguridad para niños desde 1994, las lesiones por accidentes de coche constituyen la principal causa de mortalidad entre los niños austriacos. En 1991, un año antes del comienzo de este programa, 557 niños sufrieron lesiones severas en accidentes de coche en la provincia de Styria. De éstos, el 44% eran pasajeros que no utilizaban los dispositivos de sujeción del coche.

Partes implicadas

- Grosse schuetzen Kleine / Safe Kids Austria.
- Departamento de tráfico local.
- Achtung Kind und Sicherheit – empresa privada que organiza el programa de préstamo.

Finalidades y objetivos

- Incrementar el uso de los asientos de seguridad para bebés facilitando su acceso.
- Disminuir las lesiones infantiles en los accidentes de coche.

Evaluación

Una encuesta realizada en 1996 determinó el conocimiento en materia de seguridad por parte de los padres y la disponibilidad de asientos de seguridad para las familias. Se pidió a un total de 332 madres en 16 hospitales participantes y no participantes en el programa que respondiesen un cuestionario relativo a su conocimiento sobre la instalación correcta de los asientos de seguridad y sobre la disponibilidad de estos asientos en el marco de un préstamo a corto plazo. Las madres debían formular recomendaciones de mejora del programa de préstamo.⁴

Los resultados mostraron que el 87% de las madres en la zona de intervención transportaba a sus bebés atados con seguridad en asientos de seguridad para niños. Un total de 58% de madres había adquirido su asiento a través del programa de préstamo del hospital. Este bajo número tiene su explicación en una fuente alternativa de asientos de seguridad para niños. Unos pocos meses después de que Grosse schuetzen Kleine / Safe Kids Austria iniciase su programa, el Automobile and Touring Club de Austria se embarcó en un programa de préstamo de asientos de seguridad para niños destinado a los bebés de sus afiliados basado en el modelo del programa de préstamo de los hospitales.

La encuesta realizada en 1996 mostró que en la zona de no intervención, la provincia federal de Carinthia, el uso notificado de los asientos de seguridad para niños era apenas del 65%. En Carinthia, no existía ningún

programa de préstamo de asientos de seguridad para niños, lo que llevaba a que los costes de estos asientos fuesen un obstáculo importante para algunos padres jóvenes. En esta zona, el 62% de las madres consideraban que un programa de préstamo basado en los hospitales era una respuesta eficaz a este problema reconocido. En estas dos provincias federales, más del 70% de las madres solicitó información detallada sobre el uso correcto de los sistemas de sujeción para niños pasajeros.

En 1999, el Automobile and Touring Club de Carinthia y Grosse schuetzen Kleine / Safe Kids Austria lanzaron un programa de préstamo de asientos de seguridad para niños basado en los hospitales en la provincia de Carinthia. Vorarlberg, la provincia más occidental de Austria, adoptó el programa basado en los hospitales en 1996, también organizado por el Automobile and Touring Club local. En el resto de Austria, los Automobile and Touring Clubs ofrecen un programa de préstamo solamente a sus afiliados.

En este momento, la tasa de uso de asientos de seguridad para bebés en Austria es del 90%.⁵ Desafortunadamente, este número disminuye con la edad del niño. A los seis años, edad en la que los niños se incorporan a los colegios, la tasa de uso es del 10%, a pesar de la legislación.

Pasos clave

- Si no está establecida una ley que exija el uso de asientos de seguridad para niños, es importante que los políticos y la administración pública local apoyen un programa.
- Contratar los servicios de una empresa privada que se encargue de la logística del proceso de préstamo
- Identificar los hospitales donde aplicar el programa
- Animar al personal de los hospitales para que haga publicidad de este programa entre las madres, distribuya los asientos y se haga cargo de almacenarlos
- Incrementar la notoriedad del programa a través de los medios

Lecciones aprendidas

Barreras

- Este programa exige un esfuerzo considerable al personal de los hospitales, que debe hacerles publicidad entre las nuevas madres y ayudar con el almacenamiento de los asientos.
- Algunos hospitales no disponen de instalaciones de almacenamiento. En estos casos, la empresa que organiza el programa visita los hospitales dos veces por semana para entregar los asientos.

Impulsores

- El programa de préstamo de asientos de seguridad para niños puede convertirse en un proyecto que aporte notoriedad a los hospitales. Los hospitales participantes en este programa han recibido un premio que el Centro de Colaboración de la OMS otorga a los Hospitales Promotores de la Salud.
- En 1994, se aprobó una ley que hizo obligatorio el uso de los asientos de seguridad para niños hasta los 14 años (ó 1,50 m de estatura).
- Durante tres años, la administración pública local se embarcó en una campaña prenavideña llamada el “Ángel de la Guarda”, en la que se hacía cargo de los gastos de alquiler de los asientos de seguridad de todos los niños nacidos en diciembre.

Asesoramiento a los países / transferibilidad

- El programa austriaco de préstamo de asientos de seguridad para niños se basa en el proyecto del Reino Unido “First ride – Safe Ride”⁶ (Primer viaje – Viaje Seguro).
- El personal de los hospitales es decisivo para el éxito de este programa. Es importante mantener un contacto regular con este personal para garantizar la satisfacción de sus necesidades. En el caso que nos ocupa, el personal de enfermería recibía visitas dos veces al año.

- Se requiere una organización fiable y bien informada que se encargue de llevar el programa y de realizar las comprobaciones técnicas y de mantenimiento de los asientos.
- Al disfrutar de la oportunidad de alquilar un asiento de seguridad para niños directamente en el hospital, los padres han aprendido que la seguridad de los pasajeros de un coche es algo esencial desde el principio.

Referencias, información adicional

1. Towner, E., & Dowswell, T., Mackereth, C., & Jarvis, S. (2001). What works to prevent unintentional injury amongst children? An updated systematic review. London: Health Development Agency. Available at http://www.hda.nhs.uk/downloads/pdfs/prevent_injuries.pdf
2. Turner, C., McClure, R., Nixon, J., & Spinks, A., (2005). Community-based programmes to promote care seat restraints in children 0-16 years – a systematic review. *Accident Analysis and Prevention*, 37, 77-83.
3. Viscusi, W. K., Cavallo, G. O. (1994). The effect of product safety regulation on safety precautions. *Risk Analysis*, 14(6), 917-930.
4. <http://www.grosse-schuetzen-kleine.at/>
5. <http://www.kfv.at/>
6. Holston, S. (1988). First ride – safe ride. Keeping baby safe in the car from birth to nine months. *Midwives Chronicle*, 101 (1206), 218..

Contacto

Name Gudula Brandmayr, Managing Director
Address Grosse schuetzen Kleine / Safe Kids
Austria
Auenbruggerplatz 34
8036 Graz
Austria
Tel: +43 316 385 3764
Fax: +43 316 385 3693
E-mail: gudula.brandmayr@klinikum-graz.at
URL: <http://www.grosse-schuetzen-kleine.at>

Kerbcraft Escocia

NIVEL DE APLICACIÓN	Regional
ENFOQUE	Educación, formación
ESCENARIO	Colegios, comunidad
AUDIENCIA OBJETIVO	Niños de 5 a 7 años
IMPLICACIONES DE RECURSOS	€€
BASE DE EVIDENCIA	La formación en adquisición de habilidades peatonales lleva a una mejora de las habilidades del niño peatón para cruzar la calle. ^{1,2}

Antecedentes

El Kerbcraft es un plan de formación peatonal a escala nacional que tiene por objeto enseñar a los niños tres habilidades que les ayudarán en el futuro cuando sean independientes para desplazarse solos: reconocer cuáles son los puntos seguros y los puntos peligrosos al circular por la calle, cruzar de manera segura entre coches aparcados y cruzar de manera segura cerca de los cruces.³

Padres / formadores voluntarios llevan a los niños a una zona de formación y los guían para que encuentren los lugares “más seguros”. Esta formación es progresiva, y cada fase se desarrolla sobre el aprendizaje de las fases anteriores. Toda la formación tiene lugar en calles designadas cerca de los colegios de los niños, y la sesión dura 25-30 minutos. Los niños asisten en grupos de dos o tres a sesiones que se imparten una vez por semana durante 4-6 semanas para cada habilidad. La formación Kerbcraft completa se puede condensar en 12-16 semanas, pudiendo asimismo ampliarse hasta 12-18 meses.

La formación de los padres voluntarios dura aproximadamente 2 horas. El coordinador de Kerbcraft les muestra de qué manera funciona Kerbcraft y qué se espera que hagan. En esta sesión, se realizan visitas a las zonas de formación reales, con el fin de mostrar a los voluntarios cómo utilizar estos puntos. Finalmente, los niños salen con el coordinador y los ayudantes. Los voluntarios no forman a sus propios hijos.

Antecedentes en materia de políticas / fuerza motriz

Cada año, alrededor de 3.500 personas pierden la vida en las carreteras británicas, y 40.000 resultan severamente lesionadas. En total, los accidentes arrojan una cifra de más de 300.000 víctimas. Estos accidentes producen un sufrimiento humano incalculable y representan una enorme carga económica – se piensa que el coste directo de los accidentes de circulación resultantes en víctimas mortales o lesiones se sitúa en torno a los 4,3€ billones al año en el Reino Unido.

El libro blanco “*Tomorrow’s Roads: Safer for Everyone*” especifica un objetivo de reducción de los accidentes de circulación para 2010. Kerbcraft aparece específicamente mencionado como estrategia de mejora de la seguridad de los niños peatones en el libro blanco “*The Future of Transport*”, publicado en 2004. Adicionalmente, tasas de lesiones en niños peatones superiores a la media en algunas administraciones locales han impulsado la movilización en el marco de intervenciones como Kerbcraft..

Partes implicadas

- Departamento de transporte
- Departamentos de seguridad vial de las administraciones locales
- Administraciones de educación locales
- Colegios

Finalidades y objetivos

- Enseñar tres habilidades a los niños peatones de 5-7 años utilizando métodos de formación práctica
- Organizar la captación y la formación de voluntarios locales por el personal del proyecto
- Garantizar que todos los niños de las clases elegidas como objetivo reciban formación

Evaluación

Una muestra de niños fue sometida a tests de circulación antes y después de la formación.⁴ Se realizó una comparación entre estos niños y una muestra emparejada de niños de control que no habían recibido formación. En las tres habilidades elegidas como objetivo, los juicios y comportamientos de seguridad vial de los niños que habían recibido formación habían mejorado considerablemente, siendo esta formación sostenida durante otros dos meses ($F(2.154)=31,49$, $p<.001$). Las diferencias entre los niños formados y los niños de control fueron estadísticamente significativas ($F(1.77)=5,95$, $p< 0,1$). Cabe destacar, como elemento importante, que estas diferencias estuvieron presentes solamente en los niños que habían recibido al menos cuatro sesiones de formación en cada habilidad. Si bien los niños de control experimentaron también una mejora en el tiempo, esta mejora fue mucho más modesta. La evaluación llegó a la conclusión de que los niños de control no alcanzarían el nivel de los niños formados sino hasta pasados varios años.

Los voluntarios de la comunidad alcanzaron los mismos resultados en los comportamientos de los niños que el personal altamente cualificado. En consecuencia, el uso de voluntarios ofrece un medio para impartir este programa con una utilización menos costosa de recursos. A esto se añade que el uso de residentes locales puede ser beneficioso para la moral de la comunidad, al tiempo que promueve el capital social.

Pasos clave

- Obtener la financiación y analizar el alcance de Kerbcraft con la administración y el departamento de educación de la localidad. Las decisiones incluyen el número de colegios participantes y los lugares que van a ser elegidos como objetivo de la formación (p.e. primero los colegios más vulnerables).
- Decidir qué entidad de la localidad va a actuar en calidad de coordinadora, conjuntamente con el diseño del papel que va a desempeñar. Por ejemplo, podría tener su sede dentro de la administración, los colegios o la comunidad local.
- Emplear al coordinador de Kerbcraft considerando, por lo general, que un coordinador puede gestionar 10-12 colegios (300-400 niños) al año.
- Conseguir el apoyo de los profesores titulares y del personal del colegio. Analizar asimismo los posibles medios de acceder a voluntarios.
- Calendario de formación durante el año lectivo
- Dar a conocer el Kerbcraft y captar voluntarios. Por lo general, la tasa es de un formador adulto por dos o tres niños. Es posible que una de las organizaciones implicadas deba hacer frente a cuestiones legales relacionadas con el número de niños de los que un adulto puede responsabilizarse.
- Explorar las calles cercanas al colegio para seleccionar los lugares de formación en cada una de las habilidades. Realizar evaluaciones de riesgos en cada uno de estos lugares.
- Impartir a los voluntarios una sesión de formación en la que reciban información orientativa

sobre Kerbcraft y la situación local en materia de lesiones, conjuntamente con formación práctica con los niños. Esto ofrece asimismo a los voluntarios una oportunidad para expresar sus inquietudes y destacar los intereses que puedan tener.

- Seleccionar las fechas iniciales y enviar cartas a los voluntarios. Utilizar la lista de clase y la información de los profesores para decidir qué niños emparejar. Considerar las necesidades especiales o médicas de los niños.
- Iniciar la formación. Lo ideal es escalar las fechas iniciales entre los colegios, comenzando por aquellos que cuenten primero con voluntarios.
- Los voluntarios realizan un seguimiento del progreso de las sesiones de formación y de la comprensión de los niños. Esta información se presenta al coordinador de Kerbcraft, quien recoge el feedback de los voluntarios.
- Celebrar eventos de motivación de los voluntarios y minimizar el desgaste. Seguir captando nuevos voluntarios según las necesidades.
- Considerar emplear a un coordinador a tiempo parcial para aquellos colegios que cuenten con programas de formación bien establecidos, con el fin de conseguir que Kerbcraft siga funcionando a este nivel.

Lecciones aprendidas

Barreras

- La financiación y el presupuesto determinarán el alcance del proyecto y el número de colegios que se puedan incluir.
- Falta de apoyo de los colegios.
- Dificultades para captar y retener a los voluntarios.
- Falta de apoyo dentro de la administración local a nivel tanto estratégico como funcional: a nivel estratégico, no apoyar el Kerbcraft financiera y filosóficamente; a nivel funcional: no asignar al coordinador tiempo destinado para que se concentre en Kerbcraft.

- Falta de disponibilidad de sitios de formación adecuados cerca del colegio, como puede suceder en las zonas rurales o industriales.

Impulsores

- Financiación adecuada.
- Capacidad adecuada de los implicados.
- Desarrollo formativo adecuado del programa y los materiales.
- Trabajar para conseguir cambiar la percepción de los riesgos dentro de toda la población (nuevas "normas").
- Colegios con una ética de promoción de la salud. Todo el personal del colegio comprende el Kerbcraft y lo apoya. Esto facilita el acceso a las clases, la captación de voluntarios y el desarrollo de un programa sostenible.
- Apoyo de los funcionarios elegidos de la administración local, que actúan en calidad de paladines del Kerbcraft y aportan recursos.
- Apoyo de los superiores jerárquicos al permitir al coordinador la flexibilidad necesaria para explorar soluciones creativas y alternativas.
- Coordinador de Kerbcraft con una comprensión del sistema educativo y experiencia de trabajo con colegios, un historial de captación de voluntarios y una comprensión del desarrollo de la comunidad.

Asesoramiento a los países / transferibilidad

- La formación peatonal debe ser práctica y debe tener lugar en los sitios por donde circulan los peatones.
- El Kerbcraft es un programa centrado en la comunidad. Es necesario considerar la ética y la cultura de la comunidad objetivo con anterioridad a la aplicación de este programa.
- El desarrollo de las habilidades peatonales se debe enseñar en el orden descrito en el manual de Kerbcraft, debido a que cada habilidad se desarrolla en base a las lecciones aprendidas en las sesiones anteriores.



- El Kerbcraft se puede enseñar en diversos escenarios, exigiendo vías con diseños muy básicos. En algunos casos, puede ser necesario transportar a los niños más allá de las calles cercanas al colegio. Es posible añadir mensajes de seguridad adecuados, adaptados a diferentes entornos.
- Los voluntarios constituyen la base de este programa, motivo por el cual la captación de voluntarios y su retención es de suma importancia.

Referencias, información adicional

1. Harborview Injury Prevention and Research Center. (2001). Best practices. Seattle: University of Washington. Available at <http://depts.washington.edu/hiprc/practices/index.html>.
2. Towner, E., & Dowswell, T., Mackereth, C., & Jarvis, S. (2001). What works to prevent unintentional injury amongst children? An updated systematic review. London: Health Development Agency. Available at http://www.hda.nhs.uk/downloads/pdfs/prevent_injuries.pdf.
3. Thomson, J. A., et al. (2002). Kerbcraft: Smart strategies for pedestrian safety. A handbook for road safety professionals. London: Department for Transport, Local Government and the Regions. Available at http://www.dft.gov.uk/stellent/groups/dft_rdsafety/documents/divisionhomepage/030760.hcsp.
4. Thomson, J. A., & Whelan, K. M. (1997). A community approach to road safety education using practical training methods: The Drumchapel Report. London: HMSO. Available at http://www.dft.gov.uk/stellent/groups/dft_rdsafety/documents/page/dft_rdsafety_504588.hcsp.

See also:

<http://www.kerbcraft.org.uk>

Contacto

Name: Carry Stephenson
Kerbcraft Project Manager

Address MVA
MVA House
Victoria Way
Woking, Surrey
GU21 6DD

Tel: +44(0)1483 742931

E-mail: cstephenson@mva.co.uk



Estrategia de Seguridad Vial Francia

NIVEL DE APLICACIÓN	Nacional
ENFOQUE	Vigilancia del cumplimiento, Ingeniería, Educación
ESCENARIO	Nacional
AUDIENCIA OBJETIVO	Conductores, funcionarios de la administración pública, empresas, profesionales médicos, colegios y estudiantes de educación superior, pacientes con lesiones craneales y sus familias
IMPLICACIONES DE RECURSOS	€€€€€
BASE DE EVIDENCIA	Los países con el mejor historial de seguridad vial tienen establecidos planes de aplicación nacional que incluyen una amplia gama de medidas: límites de baja velocidad, medidas de reducción de la velocidad, promoción de la seguridad pasiva y publicidad destinada tanto a los niños y sus padres como a los conductores. ¹

Antecedentes

El Comité de Seguridad Vial Interministerial (CISR) lanzó una estrategia de seguridad vial plurianual el 18 de diciembre de 2002². Esta estrategia incluye los temas siguientes:

- Incrementar los controles y las sanciones, con el fin de modificar el comportamiento y garantizar el cumplimiento de la legislación. Esto incluye la implantación de un sistema automatizado de control y penalizaciones.
- Fomentar una cultura de seguridad vial e implicar a todas las partes pertinentes. Esto incluye una mejor vigilancia de los conductores, conjuntamente con una movilización de las partes implicadas y el desarrollo de nuevos enfoques.
- Esta estrategia tiene múltiples componentes que son reflejo de los temas elegidos, a saber:
 - **Cámaras de foto radar.** Entre 2003 y 2006, la primera fase del programa supone la instalación de 1.000 cámaras de foto radar por toda Francia, al igual que la creación de una estructura de proceso de las multas. Se espera que los ingresos por multas financien otras iniciativas de seguridad vial.

Se espera que los datos del sistema de foto radar contribuyan a la vigilancia orientada a la prohibición de conducir bajo la influencia de drogas o alcohol, el

uso del cinturón de seguridad y la identificación de las horas y lugares donde las infracciones son más frecuentes.

Los propietarios de los vehículos que comentan infracciones están sujetos al pago de multas, a menos que puedan probar el robo de sus coches o que faciliten información de contacto sobre el conductor del coche. Las penalizaciones incluyen la retirada del permiso de conducir en el caso de las infracciones especialmente graves.

- **Mayor presencia de la policía y equipamiento fiable en las vías.** Más vehículos de policía camuflados circularán entre el tráfico, posibilitando una vigilancia al azar. Helicópteros y vehículos de policía estarán equipados con cámaras de detección de infracciones y una conducción peligrosa. Será posible obtener resultados más fiables gracias al uso de detectores electrónicos de alcohol en sangre. También los coches de la policía tendrán instalados estos detectores, que permitirán realizar estas pruebas en la escena de las infracciones.
- **Incrementar las penalizaciones por homicidio y lesiones severas.** Se añadirán al código de circulación penalizaciones más importantes por homicidio involuntario y lesiones severas cometidos durante la conducción. Estas leyes tienen como finalidad permitir penalizaciones más severas por la mortalidad causada en circunstancias como conducir sin permi-

so, conducir bajo la influencia de alcohol o drogas o sobrepasar el límite de velocidad en más de 50 km/h.

- **Incrementar las penalizaciones por infracciones básicas.** Se impondrán mayores sanciones por conducir bajo la influencia de alcohol, no llevar puestos los cinturones de seguridad (en los asientos tanto delanteros como traseros), no llevar el casco de motorista o usar el teléfono móvil durante la conducción. Las penalizaciones consistirán en la retirada de un mayor número de puntos de los permisos de conducir.
- **Incrementar las penalizaciones para los delincuentes reincidentes.** Adicionalmente, se aplicarán nuevas penalizaciones a los fabricantes, importadores o distribuidores de detectores de radares o de *kits* de modificación de motocicletas que permitan velocidades inadecuadas.
- **Eliminar las lagunas jurídicas.** No se permitirá que los motoristas a quienes se les retire el permiso soliciten su devolución anticipada por cualquier razón, incluidas razones profesionales.
- **Protección de los conductores noveles.** Los conductores noveles conducirán con un permiso de prueba durante tres años. A los conductores noveles a quienes se les retiren hasta 6 puntos, se les retira-



rá el permiso (en comparación con los 12 puntos de los conductores veteranos).

- **Protección de los conductores de la tercera edad.** Todos los conductores mayores de 75 años deberán pasar reconocimientos médicos cada dos años. Dependiendo de sus capacidades físicas, estos conductores podrían estar sujetos a algunas limitaciones que podrían prohibirles conducir a algunas horas del día o en algunos lugares.
- **Exámenes más rigurosos para sacarse el permiso de conducir.** Se contratarán más inspectores, con el fin de mejorar la calidad de las clases de conducir y para ampliar el examen práctico a 35 minutos (la duración actual es de 22 minutos).
- **Incrementar la coordinación entre el Estado y las administraciones territoriales.** Los departamentos y los ayuntamientos incluirán la seguridad vial como prioridad. Durante el año, se pondrá en marcha un programa de retirada de obstáculos peligrosos (árboles, postes, etc.).
- **Material educativo de seguridad vial depurado para universidades y colegios.** El contenido que se enseñará en educación cívica, matemáticas, ciencias, etc. será estandarizado e inspeccionado por la Secretaría del Ministerio de Educación Nacional.
- **Mejora de la seguridad vial en las situaciones laborales.** Los trabajadores estarán protegidos mediante la aplicación de medidas preventivas, garantizándose que todos los vehículos de trabajo sean seguros y lleven el equipamiento de seguridad necesario.
- **Tratamiento de la seguridad vial como cuestión de salud pública.** Se mejorarán la información y la difusión sobre los efectos del alcohol, los medicamentos y el consumo de drogas en la capacidad de los conductores. Se lanzará una campaña nacional de información y se mejorarán la visibilidad y la legibilidad de los avisos de advertencia contenidos en los prospectos de los medicamentos sobre los efectos en el estado de alerta, al igual que sobre otros factores que podrían influir en el rendimiento durante

la conducción. Se mejorará la detección del alcohol y las drogas entre las víctimas hospitalizadas de los accidentes de circulación.

- **Investigación sobre la prevención de los accidentes mortales desarrollada por medio de una asociación entre los Ministerios de Investigación y Transporte**
- **Mejora de las condiciones de los pacientes con lesiones craneales y sus familias.** Se mejorará la organización del traslado, el tratamiento y la rehabilitación de los pacientes, y también el apoyo que reciben sus familias.

Antecedentes en materia de políticas / fuerza motriz

En 2001, se produjeron 116.745 accidentes de tráfico con 7.720 víctimas mortales y 153.945 personas con lesiones severas. Se estima que el 60% de los automóviles y el 70% de las motocicletas superaron el límite de velocidad. En 2001, en más del 31% de los accidentes de tráfico mortales, los conductores estaban bajo el efecto del alcohol. Una investigación ha mostrado también que la mitad de todas las llamadas desde teléfonos móviles se realizaron desde un vehículo.

Debido a la escasa vigilancia del cumplimiento de la legislación vial en Francia, muchos conductores consideran que pueden cometer infracciones con impunidad.²

Partes implicadas

- Comité de Seguridad Vial Interministerial (CISR), en el que participan múltiples Ministerios, como los de Transporte e Investigación
- Ayuntamientos locales, incluidos aquellos de los municipios y los condados
- Organismos nacionales de control de la educación
- Compañías de seguros
- Seguridad Social (Sécurité Sociale)

- Instituto Nacional de Prevención y Educación Sanitaria (INPES)
- Agencia Francesa de Seguridad de los Productos Sanitarios (AFSSAPS)
- Dirección de Hospitalización y Prestación de Servicios de Salud (DHOS)
- Agencia Nacional de Acreditación y Evaluación Sanitarias (ANAES)
- Empresas
- ONG, incluidas las asociaciones de víctimas de accidentes de tráfico y las asociaciones de usuarios de la vía pública
- Consejo Nacional de Seguridad Vial (CNSR)

Finalidades y objetivos

- Reducir el número de víctimas mortales por accidentes de tráfico
- Incrementar y mejorar el control del tráfico
- Incrementar la vigilancia del cumplimiento de la legislación
- Universalizar las penalizaciones para todos los conductores, con independencia de las circunstancias
- Permitir que los tribunales vean los casos más graves con rapidez y eficiencia
- Simplificar y agilizar los procedimientos destinados a exigir el cumplimiento de las penalizaciones, con el fin de garantizar que los motoristas aprendan de sus errores
- Establecer una cultura de conducción más segura
- Convertir la seguridad vial en una prioridad de las administraciones locales y nacionales, e incrementar la coordinación entre las administraciones
- Modificar la infraestructura para mejorar la seguridad
- Modernizar la educación en seguridad vial e incrementar el papel que desempeñan los colegios / universidades
- Implicar a las empresas en la protección de sus empleados



- Informar a los médicos y a los usuarios sobre los efectos del alcohol, la prescripción de medicamentos y el consumo de drogas durante la conducción.
- Mejorar la vigilancia de las víctimas de los accidentes de circulación relacionados con el consumo de drogas y alcohol.
- Desarrollar un programa de investigación de los mecanismos, la epidemiología y la prevención de las lesiones producidas por los accidentes de tráfico.
- Mejorar las condiciones de los pacientes con lesiones craneales y sus familias.

Evaluación

Evaluar una iniciativa a gran escala como ésta es una tarea de por sí difícil, a lo que ha contribuido una falta de objetivos y de calendarios para los diferentes componentes de la estrategia. A pesar de ello, los datos de evaluación existentes, si bien son limitados, parecen ser prometedores, aunque se necesita bastante más trabajo para poder formarse una idea mejor del impacto.

Las estadísticas publicadas en septiembre de 2004 indican descensos considerables tanto en el número de accidentes de tráfico como en el de víctimas.³

En 2002, 7.400 personas perdieron la vida en accidentes de tráfico. Esta cifra se redujo en un 22% hasta situarse en 5.750 en 2003, y en otro 14% hasta situarse en 4.900 en 2004. Como razones de este descenso en el número de víctimas se proponen las siguientes:

- un 40% de descenso en las velocidades medias.
- un 17% de mejora en los comportamientos relacionados con el alcohol.
- un 11% de mejora en el uso del cinturón de seguridad.
- una reducción del 10% en la congestión del tráfico.

Los descensos significativos de la velocidad de circulación tuvieron lugar antes de la instalación de las primeras cámaras de velocidad en octubre de 2003. Esto supone que la publicidad del incremento de la

vigilancia y el “miedo a la policía”, en general, podrían haber tenido un efecto más significativo que la propia vigilancia.⁴

Es importante señalar que algunas de las estrategias propuestas arriba descritas no han sido aplicadas todavía, siendo improbable que se materialicen a corto o incluso a largo plazo. Por ejemplo, los reconocimientos médicos de los conductores de la tercera edad no han sido impuestos debido a la acción de los grupos de presión que representan a los votantes de este grupo de edad y a dificultades técnicas en la selección y formación de las comisiones médicas que se harían cargo de estos reconocimientos.

Hasta la fecha, la mayoría de las actividades relacionadas con la estrategia de seguridad vial se han concentrado en la vigilancia del cumplimiento – especialmente de los límites de velocidad. Con el fin de garantizar la continuidad de las mejoras en la reducción de los accidentes, habría que aplicar otras medidas. Por ejemplo aproximadamente el 40% de las víctimas mortales ocurren en las zonas rurales. La prevención debe incluir soluciones de ingeniería y de otro tipo.

Pasos clave

Aplicación de un sistema automatizado de vigilancia del cumplimiento:

- Utilizando cámaras de foto radar para detectar y grabar las infracciones relacionadas con la velocidad, las distancias de seguridad y los semáforos en rojo.
- Transmisión automática de datos a una base de datos central con capacidad para realizar un cotejo con los registros nacionales de matriculación.
- Redacción automática de multas.
- Transmisión automática de las multas a un centro de pagos.
- Registro automático de los puntos retirados de los permisos de los conductores e identificación de delincuentes reincidentes.

- La documentación disponible no ha facilitado información sobre los pasos clave de la aplicación de otras estrategias.

Lecciones aprendidas

Barreras

- El CISR no ha establecido objetivos cuantitativos o hitos para este programa, habiendo asumido compromisos vagos y abiertos a interpretación, motivo por el cual la evaluación de esta iniciativa resulta más difícil.⁴
- Los niveles de vigilancia policial han descendido desde la introducción de las cámaras de velocidad, así como también han descendido las penalizaciones por violaciones “menores” de los límites de velocidad, lo cual da la impresión de que los límites de velocidad son negociables.⁴
- Cambios recientes en la administración pública han supuesto una merma de la importancia de la seguridad vial como prioridad.
- Los grupos de presión han opuesto resistencia a algunas medidas.⁴ Por ejemplo, los votantes de la tercera edad se oponen a los reconocimientos médicos obligatorios.

Impulsores

- Las políticas pasadas han allanado el terreno para esta estrategia de seguridad vial.⁴
- En 2002, la Dirección de Seguridad Vial y Tráfico del Ministerio de Transporte (DSCR) comenzó a publicar un “barómetro de la seguridad vial” mensual con las cifras de las víctimas mortales de los accidentes de tráfico. Esto ha incrementado la notoriedad de la seguridad vial, habiendo influido en la opinión pública.⁴
- El día 7 de abril de 2004, se celebró en París el Día Mundial de la Salud de la OMS dedicado a la sensibilización acerca de las repercusiones de los traumatismos causados por los accidentes de tránsito. La seguridad vial saltó así a los titulares de los periódicos, sugiriéndose que es-



te tema seguía siendo una prioridad de la administración pública.⁴

- Las políticas y las acciones puestas en marcha a escala local contribuyen a una mejora global de la seguridad.

Asesoramiento a los países / transferibilidad

- El compromiso político al más alto nivel es necesario para que la seguridad vial se convierta en una prioridad para todos en la administración pública y en la sociedad. También es importante incentivar la cobertura mediática.⁴
- El compromiso político debe venir seguido de la aplicación y de una acción eficaz (p.e. organización institucional, coordinación de los actores, financiación, formación, etc.).⁴
- Es necesario establecer una estrecha relación a largo plazo entre la investigación, la toma de decisiones y el trabajo operacional, con el fin de garantizar la aplicación de medidas y programas de seguridad vial basados en la mejor evidencia.⁴
- Para alcanzar un progreso sostenible en materia de seguridad vial, se requiere un feedback constante entre los órganos encargados de la elaboración de las políticas y las opiniones y actitudes públicas.⁴
- La creación de una “cultura de seguridad vial” general exige que se difunda información de alta calidad entre el público y los profesionales, y que las intervenciones acertadas se compartan, mostrándose así aquello que se puede alcanzar.⁴
- Las estrategias a corto y largo plazo se deben planificar de manera holística, estando vinculadas entre sí y con una visión a largo plazo.⁴
- La aplicación de las políticas de seguridad vial debe ser planificada de manera que se garantice su eficacia y sostenibilidad, y se debe incluir una evaluación de los procesos que permita aportar un feedback al sistema.⁴
- Se requieren recursos adecuados en términos de cantidad, calidad (personal formado, herramientas, etc.) y de su distribución en el tiempo.

- Una organización intersectorial y una flexibilidad institucional acertadas son necesarias para que la cooperación sea eficaz.⁴
- La coordinación con los responsables de la toma de decisiones locales es necesaria para garantizar que las políticas nacionales se apliquen a escala local.

Referencias, información adicional

1. Christie, N., Towner, E., Cairns, S., & Ward, H. (2004). Children's road traffic safety: An international survey of policy and practice London: Department for Transport. Available at http://www.dft.gov.uk/stellent/groups/dft_rdsafety/documents/page/dft_rdsafety_030570.pdf.
2. Comité Interministériel de Sécurité Routière. (2002). Available at <http://www.securiteroutiere.gouv.fr/infos-ref/politique/organisation/cisr/cisr-18-12-02.html>
3. Chapelon, J. (2004). France: Recent developments in the field of road safety. French National Observatory of Road Safety. Available at <http://www.securiteroutiere.gouv.fr/IMG/pdf/FRD1.pdf>.
4. Muhlrad, N. (2004). Road safety management in France: Political leadership as a path to sustainable progress? In GAMBIT, National Road Safety Programme. International Conference Gambit 2004. Gdansk, Poland: Gdansk University of Technology.

Contacto

Name: Nicole Muhlrad
Research Director
Address: INRETS, UMRESTTE
Joinville
94114 ARCUEIL Cedex
France
Tel: (office) +33 1-47 40 71 63
(mobile) +33 6-80 40 14 34
E-mail: nicole.muhlrad@inrets.fr



Fundación para la Iniciativa del Casco Ciclista Reino Unido

NIVEL DE APLICACIÓN	Local
ENFOQUE	Educación
ESCENARIO	Colegios, grupos de jóvenes
AUDIENCIA OBJETIVO	Niños de 9 a 15 años
IMPLICACIONES DE RECURSOS	€€
BASE DE EVIDENCIA	Los programas educativos / de apoyo relativos al uso del casco por los niños llevan a un incremento del uso del casco ^{*,1,2,3,4}

* Veanse las referencias estadísticas en Lee et al. (2000)

Antecedentes

Desde 1992, determinados colegios del Reino Unido imparten un programa basado en la comunidad destinado a fomentar el uso del casco entre los niños. La Fundación para la Iniciativa del Casco Ciclista selecciona los colegios donde va a tener lugar esta intervención basándose en el conocimiento local de las zonas desfavorecidas de alto riesgo.

Con antelación a la aplicación del programa, los estudiantes responden un cuestionario básico que permite evaluar sus actitudes hacia los cascos y su uso, además de determinar de qué manera hay que adaptar el programa para abordar las cuestiones clave.

Los formadores imparten en los colegios charlas con información específica a la edad de los estudiantes. Los estudiantes de 10 a 12 años son elegidos inicialmente como objetivo para promocionar los mensajes a una edad suficientemente temprana para que tengan impacto. Las presentaciones que se realizan entre los estudiantes mayores sirven para reforzar los mensajes de seguridad ciclista a los habrían estado expuestos a una edad más temprana.

Las presentaciones incluyen:

- Escenarios de casos reales y vídeos de niños con lesiones craneales
- Una demostración en la que se utilizan un huevo y un casco pequeño para ilustrar el efecto de una lesión craneal con y sin casco
- Un debate alternativo en el que los niños expresen sus ideas y cuenten sus experiencias
- Información acerca de la manera adecuada de llevar el casco
- Información sobre la seguridad ciclista en general

Estas presentaciones se suplementan con un plan de compra de cascos a bajo precio. En las zonas necesitadas, los cascos se ofrecen gratuitamente. Se pide a los niños que se comprometan a llevar los cascos ciclistas.

Antecedentes en materia de políticas / fuerza motriz

En el Reino Unido, se estima que el número de lesiones por accidentes ciclistas asciende a 90.000 en las vías públicas y a más de 100.000 fuera de ellas. Cada año, entre 37 y 50 ciclistas jóvenes pierden la vida, siendo los traumatismos cerebrales responsables del 70-80% de toda la mortalidad. Un estudio estima que el 18% de las víctimas de accidentes graves hubiese experimentado solamente lesiones menores, y que el

11% hubiera evitado cualquier clase de lesión de haber llevado el casco.²

En 2000, el Departamento de Transporte estableció el objetivo de reducir en un 50% el número de niños muertos o severamente lesionados para 2010, abordando especialmente la incidencia considerablemente más alta en las comunidades desfavorecidas. Este objetivo ha servido de incentivo para los departamentos de seguridad vial.

Partes implicadas

- Fundación para la Iniciativa del Casco Ciclista
- Hospital local
- Colegios locales
- Real Colegio de Enfermería
- Real Colegio de Pediatras y Salud Infantil
- *Headway* (la asociación nacional para las lesiones cerebrales adquiridas)
- Fundación para las Lesiones Cerebrales Infantiles
- *Brake* (entidad que se ocupa de la seguridad vial y brinda apoyo a las víctimas y a sus allegados)
- Fundación para la Prevención de los Accidentes Infantiles
- Medios locales
- Empresas locales

Finalidades y objetivos

- Incrementar la seguridad ciclista y el uso del casco
- Disminuir las lesiones craneales entre los ciclistas menores de 16 años

Evaluación

Un estudio de evaluación controlado comparó una ciudad del Reino Unido donde tuvo lugar esta campaña con otra ciudad donde no hubo campaña.⁵ Se captaron muestras de niños de los colegios públicos y entre grupos de jóvenes en cada ciudad. Muestras independientes de 500 niños de 11 a 15 años rellenaron un cuestionario antes del comienzo de la campaña y al final de cada uno de los tres años que duró la campaña. Las tasas de respuesta fueron del 91% para el grupo de intervención y del 93% para el grupo de control.

Se pidió a los niños de clasificaran la pregunta “Si montas en bici, ¿llevas casco?” en una escala de tres puntos (siempre, a veces, nunca). Los resultados de este cuestionario rellenado por los propios niños indicaron que el uso del casco “siempre” entre los niños de la zona de intervención había experimentado un incremento considerable, pasando del 11% en 1992 al 31% en 1997 (U = 49155, p < 0,001). El uso notificado no aumentó significativamente, pasando del 9% al 15% en la zona de control. Al final del estudio, el uso auto-notificado del casco entre los niños de la zona de intervención era considerablemente mayor que entre los niños de la zona de control (diferencia del 16%; U = 68654.5, p<0.001).⁵

Los datos sobre lesiones del Departamento de Urgencias de la ciudad de intervención fueron sometidos a observación, con el fin de identificar las lesiones ciclistas entre los niños menores de 16 años entre junio y mayo de 1998. Las lesiones ciclistas craneales habían permanecido relativamente estables en los años anteriores al comienzo del programa, situándose en aproximadamente 112,5 / 100.000 habitantes (<16 años). En el primer año de la campaña, las lesiones descendieron considerablemente hasta situarse en 62,5 /

100.000, cifra ésta que descendió a 60,8 / 100.000 en 1997-98 (Q = 10,68, p<0,005). Esto representa una disminución de las lesiones craneales como porcentaje de todas las lesiones ciclistas, que pasaron del 21,6% al 11,6%.⁵

Pasos clave

- Identificar la zona objetivo basándose en la necesidad y el compromiso
- Obtener la financiación
- Establecer un grupo de pilotaje local
- Impartir formación en el marco del programa de uso del casco, incluidos todos los aspectos de la promoción del casco y la eficacia de todos los formadores identificados
- Someter al grupo objetivo a un muestreo sobre la actitud hacia el casco y su uso
- Aplicar el plan del programa en los colegios
- Suministrar casos asequibles o gratuitos
- Suministrar material educativo adecuado a la edad, incluidos un vídeo y un juego sobre seguridad ciclista
- Volver a someter al grupo objetivo a un muestreo sobre la actitud hacia el casco y su uso después del programa
- Evaluar los resultados y modificar el programa según proceda.

Lecciones aprendidas

Barreras

- Disponibilidad, calidad y exhaustividad limitadas de los datos sobre lesiones a partir de fuentes hospitalarias y policiales
- Disponibilidad limitada de financiación, especialmente de una financiación continuada
- Ausencia de campañas nacionales de promoción del casco
- Ambivalencia de la industria ciclista respecto a los cascos
- Ausencia de objetivos de salud pública relevantes

- Presión de grupo en contra del uso de los cascos, especialmente cuando los niños pasan del colegio de primaria al de secundaria y desean emular a los estudiantes mayores
- Falta de una legislación que exija el uso del casco ciclista
- Organizaciones de ciclistas adultos con agendas de libertades civiles que no reconozcan las necesidades de los niños

Impulsores

- Un paladín decidido a abordar las lesiones ciclistas craneales
- Una base de investigación sólida
- Datos a los se pueda acceder oportunamente
- Un apoyo firme de los funcionarios locales de seguridad vial, los colegios, los profesores y los padres
- Una publicidad coherente por parte de los medios locales
- Apoyo de las empresas locales para la ampliación de este plan
- Establecimiento de una organización benéfica que funcione a escala nacional
- Objetivo del Departamento de Transporte de reducir la mortalidad vial

Asesoramiento a los países / transferibilidad

- Es decisivo adaptar los mensajes a las necesidades locales.
- Es importante comprender las necesidades del grupo elegido como objetivo. Por ejemplo, las barreras que impiden el uso del casco pueden cambiar dependiendo de la población. A los niños de las zonas desfavorecidas les puede preocupar el coste del casco, mientras que los niños de otras zonas pueden estar más preocupados por la apariencia del casco. Una consulta inicial con la población objetivo puede contribuir a determinar algunas de estas cuestiones, ayudando así a adaptar los mensajes.

- Las exigencias y necesidades locales pueden variar dependiendo del contexto. Por ejemplo, es posible que las zonas urbanas tengan más tráfico y presenten riesgos diferentes en comparación con las zonas rurales. Es necesario adaptar los mensajes en consecuencia.
- Los datos locales pueden aportar información sobre la incidencia y los tipos de lesiones ciclistas entre los niños. Esta información puede ayudar a elegir a la población objetivo de los mensajes.
- Un liderazgo local estable es esencial.
- Los niños deben ser el punto de mira del programa.
- Es posible asociar el programa a objetivos de la administración pública relacionados con la necesidad de incrementar los niveles de actividad física de los niños.
- Se necesita un sólido vínculo con el sector sanitario.
- El coste de las lesiones craneales para los servicios sanitarios puede constituir un argumento convincente a favor de un programa local.
- Las asociaciones son importantes para el éxito y la sostenibilidad de este programa, pudiendo contribuir a hacer frente a las críticas en contra del casco. Las asociaciones útiles incluyen un *mix* de ONG y grupos privados. Por ejemplo, los grupos de afectados con lesiones craneales pueden aportar experiencia personal; los colegios de médicos pueden aportar poder de presión; y las compañías de seguros pueden aportar inversión financiera, especialmente si las actividades de prevención generan un beneficio financiero.
- Es esencial familiarizarse con los argumentos a favor y en contra del uso del casco. El conocimiento basado en la evidencia que justifica el uso del casco puede ayudar a refutar los argumentos en contra. Es necesario contar con datos sólidos basados en una evidencia científica correcta.
- El coste del programa varía dependiendo del número de colegios elegidos como objetivo. En

el Reino Unido, un programa básico acompañado de la entrega de cascos gratuitos en 10 colegios cuesta aproximadamente 23.000€, excluido el coste de un equipo gestor

Referencias, información adicional

1. Harborview Injury Prevention and Research Center. (2001). Best practices. Seattle: University of Washington. Available at <http://depts.washington.edu/hiprc/practices/index.html>
2. Klassen, T. P., MacKay, J. M., Moher, D., Walker, A., Jones, A. L. (2000). Community-based injury prevention interventions. *The Future of Children*, 19(1), 83-110.
3. Royal, S. T., Kendrick, D., Coleman, T. (2005). Non legislative interventions for the promotion of cycle helmet wearing by children. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.
4. Towner, E., & Dowswell, T., Mackereth, C., & Jarvis, S. (2001). What works to prevent unintentional injury amongst children? An updated systematic review. London: Health Development Agency. Available at http://www.hda.nhs.uk/downloads/pdfs/prevent_injuries.pdf
5. Lee, A., Mann, N., & Takriti, R. (2000). A hospital led promotion campaign aimed to increase bicycle helmet wearing among children aged 11 -15 living in West Berkshire 1992-98. *Injury Prevention*, 6, 151-153.

See also:

<http://www.bhit.org/>
<http://www.whohelmets.org/bhit.htm>

Contacto

Name: Angie Lee
 Address: 43-45 Milford Road,
 First Floor,
 Reading, Berkshire
 RG1 8LG
 Tel: +44(0) 118 958 3585
 Fax: +44(0) 118 956 8424
 E-mail: BHIT@dial.pipex.com
 URL: <http://www.bhit.org/>



Campaña del Casco Ciclista Dinamarca

NIVEL DE APLICACIÓN	Local
ENFOQUE	Educación
ESCENARIO	Colegios Comunidad
AUDIENCIA OBJETIVO	Niños de 10 a 12 años (estudiantes de quinto grado)
IMPLICACIONES DE RECURSOS	€€
BASE DE EVIDENCIA	Los programas educativos / de apoyo relativos al uso del casco por los niños llevan a un incremento del uso del casco. ^{1,2,3,4}

Antecedentes

Los cascos ciclistas pueden reducir en al menos un 50% el riesgo de lesiones craneales infantiles. Las lesiones craneales representan el 40% de todas las lesiones ciclistas, pudiendo llegar a ser severas. Desde el punto de vista de su desarrollo, los niños de quinto grado (10-12 años) pueden circular solos en bicicleta, en el tráfico e indicar con los brazos sus intenciones de girar o detenerse. Sin embargo, los niños de este grupo de edad suelen resistirse a usar el casco porque “no es atractivo”.

Esta campaña del casco ciclista tenía por objeto dar razones a los niños para que usasen los cascos ciclistas, informales sobre los peligros derivados de no usarlo y motivarlos para se sintiesen “atractivos” al usarlos. El casco fue presentado como algo atractivo, de manera que a todo el mundo le apeteciera llevarlo.

Todos los niños participantes llevaron los cascos durante el período de la campaña. Los niños que no tenían casco o que tenían uno pasado de moda pudieron pedir prestado al condado un nuevo modelo de su elección, disfrutando de la opción de poder comprarlo a un precio reducido al final de la campaña.

Tuvieron lugar actividades con estudiantes dentro y fuera de clase entre marzo y abril, terminando la campaña en mayo de cada año lectivo. Los colegios participantes recibieron materiales educativos gratuitos, cascos ciclistas, cuestionarios y

materiales para la competición entre clases. La campaña animó a los niños y a los profesores a celebrar debates en clase, y trató de conseguir que los padres apoyasen sus objetivos. El material educativo consistió en cuatro folletos que explicaban los peligros del tráfico y enseñaban algunas reglas sencillas sobre cómo abordar situaciones peligrosas al circular en bicicleta.

Un paquete separado, que contenía el material de enseñanza, explicaba el proceso de la campaña, presentaba ideas y propuestas de actividades en clase y contenía cartas dirigidas a los padres que los niños debían llevar a casa. Incluía asimismo información de contacto, cuestionarios de evaluación y un sobre prefranqueado para el envío de las evaluaciones al condado. Los padres de los niños de quinto grado recibieron información sobre la campaña que les animaba a apoyar el uso del casco ciclista por los niños.

Otra parte del proyecto consistió en un programa de intercambio de cascos, donde niños y adultos recibían cascos nuevos después de un accidente si entregaban el casco dañado y describían las circunstancias responsables del accidente. Se organizó una exposición de estos cascos, en la que los niños relataban sus accidentes. Los colegios e instituciones podían solicitar que les prestasen esta exposición.

Este programa ha sido impartido recientemente como parte de un curso práctico donde los niños practican sus habilidades ciclistas en una zona de campo. Los ejercicios de habilidad práctica inclu-

yen visibilidad desde un camión, cómo comportarse con seguridad en un cruce (en particular, cuando hay un camión en el cruce) y un ejercicio de frenado en condiciones de superficie mojada y seca, con o sin carga.

Antecedentes en materia de políticas / fuerza motriz

El tipo más común de eventos de lesiones ciclistas en Dinamarca es el accidente sin contrario, sufrido especialmente por los niños. Los accidentes ciclistas se subestiman en las estadísticas oficiales de la policía, pero se recogen a través del sistema de atención sanitaria

Partes implicadas

- Padres
- Profesores
- Profesores de seguridad vial
- Secretaría de la campaña
- Policía
- Municipios
- Centro de educación de conductores de camión

Finalidades y objetivos

- Reducir el número de niños con lesiones severamente en accidentes con bicicletas



- Enseñar a los niños a usar los cascos ciclistas y a circular con seguridad entre el tráfico

Evaluación

Se realizó una encuesta sobre el uso del casco en tres momentos: antes, durante y después de la campaña. Con el fin de medir la eficacia de la campaña, se distribuyó un cuestionario entre los niños y los profesores de todas las clases participantes. El profesor de cada clase distribuyó los cuestionarios entre los estudiantes y llevó a cabo la encuesta sobre el uso del casco en días desconocidos para los niños. En 2003, el 55% de los profesores indicaron que la campaña había aumentado el uso de los cascos ciclistas entre los estudiantes, afirmando el 83% de los profesores que los estudiantes exhibían comportamientos de circulación más seguros después de la campaña. Entre los estudiantes, el 30% notificó un mayor uso del casco después de la campaña, el 37% dijo que sus habilidades ciclistas habían mejorado y el 68% estaba muy satisfecho o algo satisfecho con su casco.

También se preguntó a los profesores cuánto tiempo había dedicado la clase a debatir el tema de los cascos y la seguridad vial, y se pidió a los padres que realizasen una estimación del tiempo que habían dedicado a analizar esta campaña con sus hijos.

Los datos sobre los accidentes indican que el número de ciclistas jóvenes que llevan el casco ha aumentado, y que el número de lesiones ha disminuido en alrededor del 50% durante los 10 años que esta campaña ha durado.

Pasos clave

- Ponerse en contacto con los colegios para solicitar su participación
- Conseguir de los colegios información respecto al número de clases y estudiantes
- Distribuir el material de la campaña y los cascos en los colegios
- Elegir las clases ganadoras y festejar el éxito con los ganadores

- Emitir notas de prensa con datos sobre accidentes, información sobre las clases ganadoras y sobre la eficacia del casco, etc.

Lecciones aprendidas

Este programa debería ser diseñado como una intervención a largo plazo, debido a que lleva mucho tiempo modificar la cultura de circulación y las actitudes y comportamientos hacia el uso del casco ciclista.

Barreras

- La seguridad vial es apenas uno de los muchos temas que los profesores tienen que enseñar en sus clases, y algunas veces otros temas reciben mayor prioridad.
- Este programa depende de financiación aportada por la administración técnica del condado, habiendo recibido financiación durante 10 años. Sin embargo, debido a una reorganización del sector público danés, este programa está en peligro de desaparecer.

Impulsores

- Firme apoyo político y prevención de las lesiones en el condado de Frederiksborg
- Los profesores con experiencia en esta campaña manifestaron que los padres eran parte implicada importante para el éxito de la campaña. Como resultado, la secretaría de la campaña confeccionó un folleto destinado a informar a los padres sobre los objetivos de esta campaña y sobre cómo podían contribuir sirviendo de buen ejemplo a seguir por sus hijos.
- La constancia en las actividades fue importante. Los profesores sabían que la campaña se repetiría anualmente, de manera que algunos planificaron el plan de estudios para que incluyese la campaña como parte de sus clases.

Asesoramiento a los países / transferibilidad

- Este programa debería ser diseñado como intervención a largo plazo, debido a que lleva

mucho tiempo modificar las actitudes y los comportamientos.

- *Mix* de teoría y práctica
- Conseguir que a los niños les resulte divertido participar
- La recogida de datos y la evaluación deben ser a largo plazo, con el fin de determinar si tiene lugar un impacto en la mortalidad y en las lesiones severas entre los niños / estudiantes ciclistas del condado..

Referencias, información adicional

1. Harborview Injury Prevention and Research Center. (2001). Best practices. Seattle: University of Washington. Available at <http://depts.washington.edu/hiprc/practices/index.html>
2. Klassen, T. P., MacKay, J. M., Moher, D., Walker, A., Jones, A. L. (2000). Community-based injury prevention interventions. *The Future of Children*, 19(1), 83-110.
3. Royal, S. T., Kendrick, D., Coleman, T. (2005). Non legislative interventions for the promotion of cycle helmet wearing by children. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.
4. Towner, E., & Dowswell, T., Mackereth, C., & Jarvis, S. (2001). What works to prevent unintentional injury amongst children? An updated systematic review. London: Health Development Agency. Available at http://www.hda.nhs.uk/downloads/pdfs/prevent_injuries.pdf

Contacto

Name: Jacob Wisberg
 Address: Frederiksborg County
 Kongens Vaenge 2
 Tel: +45 48 20 50 00
 Fax: +45 48 21 51 49
 E-mail: jw@fa.dk
 URL: <http://www.frederiksborgamt.dk/>



Seguridad en las Piscinas Francia

NIVEL DE APLICACIÓN	Nacional
ENFOQUE	Vigilancia del cumplimiento
ESCENARIO	Piscinas
AUDIENCIA OBJETIVO	Propietarios de las piscinas, niños menores de 5 años
IMPLICACIONES DE RECURSOS	€€€
BASE DE EVIDENCIA	La legislación que exige la instalación de cercas de aislamiento con cerrojos seguros de cierre automático alrededor de todas las piscinas, públicas y privadas, incluidas aquellas recientemente construidas y las ya existentes, lleva a una reducción de los ahogamientos cuando se incluyen disposiciones de vigilancia del cumplimiento. ^{1,2,3}

Antecedentes

Una ley introducida en enero de 2003 tenía por objeto reducir los ahogamientos infantiles en las piscinas. La legislación indica que las piscinas a nivel del suelo de las viviendas de vacaciones alquiladas deben tener instalado un sistema de seguridad desde mayo de 2004. Todas las demás piscinas privadas tienen de plazo hasta enero de 2006 para cumplir la legislación, salvo las piscinas nuevas, que deben incluir sistemas de seguridad antes que se autorice su construcción. Esta ley no es aplicable a las piscinas elevadas o interiores.

Los sistemas de seguridad pueden constar de:

- una cerca al menos de 1,10 metros de alto, con un sistema de apertura y cierre a prueba de niños
- o una cubierta reforzada para piscina, que debe tener por los lados barras de soporte suficientemente fuertes para soportar el peso de un niño
- o un cobertizo resistente a la nieve y el viento
- o un dispositivo de alarma, que se active cuando caiga al agua un peso de más de 5 kilos

Todos los propietarios de piscinas deben asegurarse de que la instalación de los dispositivos de seguridad venga con un certificado de conformidad. Los propietarios de piscinas que no cumplan la legislación se enfrentan al pago de una multa

por valor de 45.000€ y a una acusación penal de muerte por negligencia si un niño se ahoga en su piscina.

Antecedentes en materia de políticas / fuerza motriz

Francia tiene el mayor mercado de piscinas privadas de Europa, con más de un millón de piscinas. Tiene también las tasas más altas del mundo de muerte infantil por ahogamiento en una piscina. Aproximadamente 15 a 20 niños de hasta 5 años se ahogan cada año en una piscina.

Partes implicadas

- Comisión de Seguridad del Consumidor (CSC)
- Ex Senador Jean-Pierre Raffarin
- Dirección General del Urbanismo, la Vivienda y la Construcción
- Dirección General de la Competencia, el Consumo y la Represión del Fraude (DGCCRF)

Finalidades y objetivos

- Reducir la incidencia de los ahogamientos entre los niños de hasta 5 años

Evaluación

Es difícil evaluar la eficacia de la legislación en esta fase tan temprana, debido especialmente a que todavía no es obligatoria para todas las piscinas interiores. No obstante, se espera una eva-

luación y la ley exige que la administración pública presente un informe al Parlamento antes de enero de 2007.

Se sabe que las muertes infantiles por ahogamiento han disminuido de 25 en 2003 a 17 en 2004.

Pasos clave

La Comisión de Seguridad del Consumidor emitió en octubre de 1999 una recomendación que pedía una ley que hiciese obligatoria una protección de seguridad para las piscinas interiores. Esta recomendación fue firmemente apoyada por el Senador (y posteriormente Primer Ministro) Jean-Pierre Raffarin. Esta legislación fue aprobada en el Senado y en el Parlamento sin oposición.

Lecciones aprendidas

Barreras

- Los profesionales del sector de las piscinas no se mostraron a favor de esta ley porque pensaban que ejercería un impacto negativo en el número de piscinas construidas. Esto no ocurrió – el número de piscinas construidas sigue creciendo.

Impulsores

- Varias asociaciones, incluida “*Sauve qui Veut*” (una asociación de prevención de los ahoga-

- mientos y de ayuda a las víctimas), ejerció una presión activa.
- El Senador Raffarin ejerció una firme presión a favor de esta legislación.
- Todos los grupos de consumidores estuvieron de acuerdo sobre la importancia de esta ley.
- Las oficinas de turismo no alquilarán viviendas con piscinas mal protegidas. Algunas autoridades públicas, incluida la DGCCRF, regulan a estos grupos y garantizan que cumplan la legislación.
- Cuatro opciones diferentes de sistemas de protección suponen que los propietarios de piscinas tienen donde elegir en cuanto a costes asociados al cumplimiento de la legislación⁷

Asesoramiento a los países / transferibilidad

- La legislación australiana relativa al cercado obligatorio de las piscinas se enfrentó a una férrea oposición por parte de los propietarios de las mismas, al que plantearon el debate como una intrusión en su espacio privado.⁴
- La legislación francesa es diferente a aquellas de Australia, Nueva Zelanda y Canadá, porque los propietarios de las piscinas pueden elegir entre cuatro tipos diferentes de sistemas de protección.
- Se recomienda que se anime encarecidamente a los padres a seguir supervisando estrechamente a sus hijos en las proximidades de una piscina: ningún sistema de protección puede sustituir la supervisión por los padres.

Referencias, información adicional

1. Harborview Injury Prevention and Research Center. (2001). Best practices. Seattle: University of Washington. Available at

⁷Las cercas cuestan aproximadamente €5.000 para una piscina de 12 m x 8 m con una puerta. Un dispositivo de alarma cuesta alrededor de €700. Una cubierta para piscina cuesta entre €56 m² - €64 m², mientras que una cubierta automática puede costar €6.500. Los cobertizos son la opción más costosa, pudiendo costar entre €12.000 y €18.000, dependiendo de las dimensiones de la piscina.

<http://depts.washington.edu/hiprc/practices/index.html>

2. Thompson, D. C., & Rivara, R. P. (2005). Pool fencing for preventing drowning in children. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3.
3. World Health Organization. Guidelines for safe recreational water environments. Volume 2: Swimming pools, spas, and similar recreational-water environments. Geneva: WHO. Available at http://www.who.int/water_sanitation_health/bathing/bathing2/en/
4. Carey, V., Chapman, S., & Gaffney, D. (1994). Children's lives or garden aesthetics? A case study in public health advocacy. Australian Journal of Public Health, 18(1), 25-32.

See also:

<http://riviera.angloinfo.com/information/1/poollaw.asp> (in English)

<http://www.logement.equipement.gouv.fr/actu/piscinespriv/default.htm> (in French)

<http://www.sauvequiveut.asso.fr/> (in French)

Contacto

Name: Florence Weill
 Address: Commission de la Sécurité des Consommateurs
 Cité Martignac - 111 rue de Grenelle
 75353 Paris 07 SP
 France
 Tel: +33 (0)1 43 19 56 53
 E-mail: florence.weill@csc.finances.gouv.fr



Prevención de los Ahogamientos Islandia

NIVEL DE APLICACIÓN	Nacional
ENFOQUE	Educación, Ingeniería, Vigilancia del cumplimiento
ESCENARIO	Comunidad, piscinas
AUDIENCIA OBJETIVO	Padres, niños, personal de enfermería, empresarios de piscinas, público en general.
IMPLICACIONES DE RECURSOS	€€
BASE DE EVIDENCIA	Medidas como las instrucciones de seguridad en el agua y en las piscinas, la supervisión por los adultos y un mejor diseño de las piscinas tienen valor como acciones preventivas. ¹

Antecedentes

En 1994, como reacción a las altas tasas de ahogamientos experimentadas en Islandia, se implantó un programa de prevención de los ahogamientos en diversos escenarios de piscinas. Este programa comportó los aspectos siguientes.

Piscinas públicas:

- La regulación voluntaria para las piscinas públicas (obligatoria desde 1996)
- Formación intensiva del personal en primeros auxilios
- Diseño de las piscinas (p.e. torres de vigilancia para el socorrista con un mínimo de puntos muertos y facilidad de acceso a una respuesta de emergencia)
- Mejor iluminación (p.e. luces debajo del agua)
- Cámaras de seguridad
- Formación continuada del personal que consiste en un curso de formación de una semana de duración impartido inicialmente y en cursos de reciclaje de 1 día al año, que incluyen pruebas de estado físico y capacidades de socorrismo

Piscinas “Spa”:

Vigilancia del cumplimiento:

- Reglamentación en materia de:

- Desagües
- Cubiertas
- Licencia de obras para piscinas
- Comprobaciones anuales destinadas a garantizar que las piscinas cumplan toda la reglamentación

Educación:

- Para el personal de enfermería* de los centros de salud, en relación con la importancia de las medidas de seguridad y de prevención de los ahogamientos
- Para los padres, en relación con la seguridad en las piscinas públicas y la supervisión de los niños – en forma de folletos disponibles en los centros de salud cuando los padres llevan a sus hijos al médico
- Para los padres de los niños pequeños, en relación con los ahogamientos en agua poco profunda
- Relativa al uso de productos poco seguros (p.e. juguetes inflables utilizados como salvavidas)

Capaña mediática:

- Información durante tres días de la investigación sobre los ahogamientos, con un análisis ampliado de la inadecuación de las leyes islandesas y los esfuerzos de los departamentos públicos por prevenir este tipo de accidentes
- Información en el periódico nacional de la mayoría de los ahogamientos o incidentes fallidos de ahogamiento, con comentarios acerca de cómo se podrían haber evitado
- Información sobre los productos y juguetes poco seguros, y de los salvavidas seguros

Antecedentes en materia de políticas / fuerza motriz

La natación es una actividad muy popular en Islandia, país donde existen más de 200 piscinas para una población de 286.000 habitantes. Adicionalmente, la pesca es la industria principal, representando hasta el 70% de todas las exportaciones.

En Islandia, la importancia de la prevención de los ahogamientos recibió pronto apoyo con una ley aprobada en 1940, que exigía que todos los

¹Los centros de salud representan los puntos de acceso primario al sistema de salud. Los padres llevan a sus hijos a estos centros para los reconocimientos regulares, las vacunaciones y otras intervenciones sanitarias. Los padres reciben también material educativo adecuado a la edad en relación con la prevención de las lesiones.



niños islandeses aprendiesen a nadar y a salvar a otra persona de un ahogamiento”.

A pesar de estas medidas, los ahogamientos entre los niños parecen ser más frecuentes en Islandia que en sus países vecinos. Los datos de ahogamientos entre 1984 y 1993 entre los niños de 0 a 14 años indican que se produjeron 2 ahogamientos por cada 100.000 niños al año. Los niños representaban el 64,6% de estos incidentes, pareciendo que los niños de 2 a 3 años y de 6 a 8 años están más expuestos, siendo las piscinas un escenario frecuente (42%).

Estos datos, combinados con el *lobbying* y la cobertura mediática persistentes, animan a la administración pública a endurecer la reglamentación y a vigilar su cumplimiento.

Partes implicadas

- Instituto de Salud Pública de Islandia
- Ministerio de Educación
- Hospital Infantil de Reykjavik
- Cruz Roja islandesa

Finalidades y objetivos

- Reducir la incidencia de los ahogamientos entre los niños de hasta 14 años de edad.

Evaluación

En 2000, se realizó una encuesta en todos los condados de Islandia, con el fin de determinar el cumplimiento de la reglamentación de las piscinas. Los resultados sugieren que 28 de 98 condados (29%) cumplían esta reglamentación.

Los datos de 1994 a 2003 indican una reducción de los ahogamientos en comparación con el período de los diez años anteriores. Entre 1984 y

** Los niños pasan un test a los 12 años para ver si cumplen los requisitos.

1993, tuvieron lugar 32 ahogamientos fallidos, 3 niños con lesiones cerebrales y 13 muertes. Entre 1994 y 2003, se produjeron 13 ahogamientos fallidos y 8 muertes. Seis de estas 8 muertes ocurrieron en 1994, en el momento en que la reglamentación estaba todavía en fase de implantación. Solamente dos muertes han tenido lugar de entonces, una de ellas resultante del incumplimiento de 15 normas.

Los resultados de una evaluación más amplia estarán disponibles a principios de 2006.

Pasos clave

- Recogida de datos locales utilizada como inductor de los responsables de elaborar las políticas públicas, informar sobre los tipos de intervenciones necesarias y aportar datos de evaluación continuada.
- Investigación de las mejores prácticas internacionales relativas a la prevención de los ahogamientos y las cuestiones específicas encontradas en Islandia.
- Traducción e implantación del curso de formación para socorristas rigurosamente evaluado de la Cruz Roja estadounidense, para su uso en el contexto local.
- Inspección de las piscinas, con vistas a determinar los cambios que se necesitan para mejorarlas con arreglo a las normas de construcción y seguridad.
- Negociación con la comunidad local, con el fin de minimizar los gastos.
- Formación del personal de enfermería de los centros de salud, y desarrollo de recursos adecuados a los padres y los niños en relación con la prevención de los ahogamientos.
- Inspecciones anuales de las piscinas.
- Pruebas anuales de los socorristas.
- Seguimiento continuado de cada uno de los ahogamientos e incidentes fallidos de ahogamiento, con el fin de determinar nuevas tendencias peligrosas o dónde fallaron los esfuerzos de prevención.

Lecciones aprendidas

Barreras

- Las pruebas que deben pasar los socorristas suponen que muchos socorristas que llevan demasiado tiempo en este oficio ya no reúnen las condiciones para seguir desempeñándolo.
- Las comunidades tuvieron que financiar los cambios que fue necesario introducir en sus piscinas locales.

Impulsores

- El periódico nacional prestó gran apoyo y estuvo dispuesto a destinar un espacio destacado a esta cuestión.
- Una pareja de famosos que había perdido a su hijo en una piscina se adhirió activamente a esta campaña.
- El tamaño relativamente reducido de la población islandesa facilita en gran medida la aplicación de la reglamentación y la vigilancia continuada.
- La financiación de un puesto de trabajo dedicado a la aplicación de la reglamentación y a realizar un seguimiento de las lesiones por ahogamientos.
- Los empresarios de las piscinas se opusieron inicialmente a esta reglamentación, pero terminaron por responsabilizarse de esta cuestión formando una asociación de autocontrol.

Asesoramiento a los países / transferibilidad

- La reglamentación islandesa se desarrolló en base a un examen de las mejores prácticas y a legislaciones eficaces en otros países adaptadas al contexto local.
- Un seguimiento continuado de los incidentes de ahogamientos es clave para identificar las tendencias, que se pueden abordar así de manera inmediata.



Referencias, información adicional

1. World Health Organization. Guidelines for safe recreational water environments. Volume 2: Swimming pools, spas, and similar recreational-water environments. Geneva: WHO. Available at http://www.who.int/water_sanitation_health/bathing/bathing2/en/

Contacto

Name: Mrs. Herdís Stoorgard
Project Manager
Child Injury Prevention

Address: Department of Public Health
(Lýðheilsustöð) Laugavegur 116
105 Reykjavík
Iceland

Tel. Office: +354 5800900
Direct: +354 5800906

Mobile: +354 8400906

E-mail: herdis@lydheilsustod.is

URL: <http://www.lydheilsustod.is>



Campaña de Prevención de los Ahogamientos Grecia

NIVEL DE APLICACIÓN	Regional
ENFOQUE	Educación
ESCENARIO	Colegios, comunidad, universidades
AUDIENCIA OBJETIVO	Comunidad, niños, adolescentes, adultos, educadores, turistas
IMPLICACIONES DE RECURSOS	€€€€
BASE DE EVIDENCIA	Las habilidades para moverse con seguridad en el agua mejoran el rendimiento en una piscina. ^{1,2}

Antecedentes

El Centro de Investigación y Prevención de las Lesiones (CEREPR) del Departamento de Higiene y Epidemiología del Colegio Médico de la Universidad de Atenas desarrolló una exhaustiva campaña multifase destinada a la prevención de los ahogamientos y adaptada a los patrones específicos evidentes en Grecia. La Fase I ha concluido ya, habiendo sido sus componentes los siguientes:

- Evaluación de la carga de lesiones involuntarias por ahogamiento entre los niños griegos
- Comparación de los datos de mortalidad por ahogamiento involuntario, junto con el perfil de estas lesiones en los niños y adolescentes griegos, con las cifras correspondientes de otros países europeos
- Revisión sistemática de las estrategias de prevención de los ahogamientos
- El desarrollo de una red de expertos en prevención de lesiones y ahogamientos, y coalición con diferentes organizaciones
- Creación y distribución de materiales educativos, incluidos DVD destinados a los profesores, folletos y un espectáculo de marionetas para los niños
- Participación en entrevistas en la radio y promoción de los mensajes de seguridad de la campaña

- Evaluación del conocimiento que tienen los niños de la seguridad en el agua por medio de la distribución de un cuestionario entre los niños de preescolar, primaria y secundaria
- Difusión de los resultados por medio de presentaciones en conferencias y conferencias de prensa nacionales

La campaña realizada en los colegios tiene por objeto llegar a 30.000 - 40.000 estudiantes, aproximadamente el 2-3% de la población estudiantil griega.

La Fase II está en marcha. Los cometidos siguientes han sido realizados con éxito:

- Creación de la Coalición Griega de Prevención de los Ahogamientos
- Desarrollo de un *kit* pedagógico de seguridad en el agua, que incluye folletos, pegatinas, un DVD con música y mensajes de seguridad en el agua
- Grabación de un vídeo sobre la seguridad en el agua y la prevención de los ahogamientos con *sketches* informativos protagonizados por actores griegos
- Emisión nacional de anuncios en TV con mensajes relacionados con el alcohol y la natación, y sobre la importancia de nadar en compañía de otras personas
- Desarrollo y producción de 10 mensajes radiofónicos

- Desarrollo de un sitio web (<http://www.watersafety.gr>) con mensajes adecuados a la edad y material para los educadores
- Distribución de materiales educativos e informativos sobre la seguridad
- Una conferencia de prensa previa a la Campaña del Día de Prevención
- Día de la Prevención de los Ahogamientos, celebrado el 27 de mayo de 2003
- Entrevistas televisivas, radiofónicas y en periódicos
- Un concurso acerca de "Cómo comportarse bien en el agua" en los colegios
- Distribución de 250.000 tarjetas para teléfonos públicos con lemas de seguridad en el agua e información de contacto con el CEREPR
- Distribución de un sello de correos especial
- Producción de un juego con marionetas

Las actividades de divulgación de la fase II incluyen las siguientes:

- Seminarios de un día de duración organizados por el CEREPR en colaboración con varios hospitales en diferentes zonas de Grecia
- *Junior Life Guard* – Una serie de seminarios organizados por el CEREPR en colaboración con la Academia Helénica Nacional de Socorristas y los municipios locales. Esta iniciativa tiene por objeto educar a los niños que asisten a los campamentos de verano sobre un com-



portamiento seguro en el agua y los peligros del entorno acuático

- Lecciones de seguridad en el agua en piscinas públicas y playas

Los objetivos a largo plazo incluyen los siguientes:

- Colaboración con compañías navieras
- Desarrollo de un módulo de enseñanza para niños en edad escolar
- Estrictas medidas preventivas en playas y piscinas
- Educación e información de los padres
- Material educativo e informativo (en griego y en inglés) disponible para su distribución

Si bien Johnson & Johnson aportó financiación para la Fase I, la distribución y el trabajo continuados están siendo financiados con pequeñas donaciones de empresas y organizaciones.

Antecedentes en materia de políticas / fuerza motriz

El grupo de expertos en lesiones involuntarias de la Alianza Europea para la Seguridad puso de relieve el tema de las lesiones infantiles por ahogamiento. Johnson & Johnson aportó la financiación en cada uno de los países que pusieron en marcha iniciativas.

Partes implicadas

- Centro de Investigación y Prevención de las Lesiones Juveniles (CEREPRI)
- Alianza Europea para la Seguridad Infantil
- Johnson & Johnson Internacional
- Ministerio de Educación
- Colegios y profesores
- Academia Helénica de Socorristas y otras asociaciones de socorristas
- Red de prevención de los ahogamientos

Finalidades y objetivos

Reducir las lesiones y la mortalidad infantiles relacionadas con los ahogamientos en Grecia

Evaluación

Se elaboró un cuestionario de evaluación global de la campaña que está siendo distribuido entre los trabajadores de la fábrica de cemento Titan, la empresa pública de electricidad (DEI), colegios públicos, hospitales y 500 hogares en Atenas, Halkida y Kalymnos.

El cuestionario inicial, que en la Fase I evaluaba el conocimiento de seguridad en el agua que tenían los niños de los colegios, será distribuido entre las mismas clases. Los niños lo rellenarán después de participar en seminarios sobre seguridad en el agua, con el fin de evaluar la diferencia que los seminarios hayan aportado a su conocimiento y su eficacia.

Hasta la fecha, la evaluación de este proceso ha indicado que la campaña:

- Está alcanzando los objetivos fijados.
- Ha permitido que los participantes colaboren.
- Es importante para la salud pública.
- Se ha convertido en un foro de intercambio de experiencias.
- Ha permitido que muchas personas aprendan sobre reanimación cardiopulmonar.
- Está vinculada a proyectos y actividades afines de la Alianza Europea para la Seguridad Infantil.
- Ha reforzado la coordinación de los esfuerzos.
- Ha aumentado la notoriedad pública de los ahogamientos infantiles a escala nacional.
- Se espera que mejore el conocimiento en materia de seguridad en el agua.

Pasos clave

- Establecer un grupo de trabajo sobre prevención de los ahogamientos
- Obtener financiación
- Confeccionar un plan de acción, mensajes clave y estrategias
- Desarrollar una Coalición para la Prevención de los Ahogamientos, que incluya a los socorristas, a las fuerzas del orden portuarias y marítimas y a otras organizaciones pertinentes
- Desarrollar y distribuir material
- Seleccionar a los colegios objetivo utilizando un muestreo porcentual que refleje la población estudiantil en general
- Ponerse en contactos con los colegios para establecer los lugares de la campaña
- Ponerse en contacto con los políticos y las autoridades competentes (especialmente, con el Ministerio de Sanidad), con el fin de presentarles este trabajo e invitarles a participar, y también de incrementar la visibilidad de la campaña
- Evaluar la intervención

Lecciones aprendidas

Barreras

- No resultó fácil persuadir a los políticos y a los medios para que participasen.
- La colaboración con Johnson & Johnson tropezó con dificultades, ya que la campaña no se ajustaba a sus ideas.
- No fue fácil encontrar el equilibrio entre un trabajo universitario no sesgado y las necesidades comerciales de los patrocinadores.

Impulsores

- Los colegios y las ONG se mostraron muy positivos y dispuestos a participar en la campaña.

- El CEREPRI impartió múltiples conferencias, que incrementaron su notoriedad y le permitieron convertirse en una fuente reconocida de información en el campo de la prevención de las lesiones.
- Los materiales se elaboran de manera que se necesiten cantidades relativamente reducidas de financiación para proseguir con la campaña.

Asesoramiento a los países / transferibilidad

- Johnson & Johnson Internacional aportó financiación en 4 países para que desarrollasen campañas sobre el tema de los ahogamientos – Holanda, Portugal, Países Bajos? y Grecia. Cada país diseñó su propia estrategia.

Referencias, información adicional

1. Harborview Injury Prevention and Research Center. (2001). Best practices. Seattle: University of Washington. Available at <http://depts.washington.edu/hiprc/practices/index.html>
2. World Health Organization. Guidelines for safe recreational water environments. Volume 1: Coastal and fresh waters. Geneva: WHO. Available at http://www.who.int/water_sanitation_health/bathing/srwe1/en/

See also:

<http://www.euroipn.org/cerepri>
<http://www.childsafetyeurope.org>
 (click on “Campaigns” button)

Contacto

Name: Dr. Agis Terzidis
 Address Dept. of Hygiene and Epidemiology
 Athens University Medical School
 75 M. Asias str., 115 27
 Athens Greece
 E-mail: agterz@med.uoa.gr
 URL <http://www.cc.uoa.gr/health/socmed/hygiene/cerepri/home.htm>



Caja de Seguridad Infantil Austria

NIVEL DE APLICACIÓN	Regional
ENFOQUE	Educación, equipamiento de seguridad
ESCENARIO	Comunidad
AUDIENCIA OBJETIVO	Padres, niños menores de 6 años
IMPLICACIONES DE RECURSOS	€€€€€
BASE DE EVIDENCIA	Los barrotes en las ventanas parecen ser eficaces para prevenir las caídas. ^{1,2} Los programas de entrega gratuita de detectores de humo han demostrado tener éxito cuando están dirigidos a las zonas de alto riesgo, y cuando las campañas multifacéticas basadas en la comunidad tienen como objetivo específico la instalación de detectores de humo que funcionan ³

Antecedentes

El programa de la Caja de Seguridad Infantil ofrecía a las familias un paquete gratuito completo de dispositivos de seguridad que contribuía a que sus viviendas fuesen más seguras. Las familias podían solicitar una caja de seguridad, pagando tan sólo los gastos de envío por correo. La Caja de Seguridad Infantil incluía los elementos siguientes:

- Alarma de humo
- Rejilla de protección para las placas de la cocina
- Rejilla de protección para el horno
- Cerradura de seguridad
- Rejillas de seguridad para las ventanas
- Clavijas de seguridad

- Bloqueadores de los cajones
- Protectores para esquinas y aristas
- Topes para las puertas
- Bloqueo de seguridad para la nevera

Estos elementos se eligieron basándose en la carga de lesiones ocurridas en el hogar tratadas en los principales hospitales infantiles de la región del Sur de Austria, al igual que en un estudio realizado por Grosse schuetzen Kleine / Safe Kids Austria entre 500 familias de la ciudad de Graz. Este estudio analizó la manera como las familias conseguían que sus viviendas fuesen seguras para los niños, qué actitud tenían hacia el equipamiento de seguridad de la vivienda y qué dispositivos de seguridad utilizaban o estarían dispuestos a utilizar. Los datos fueron recogidos por un pediatra durante sus visitas médicas domiciliarias.

La promoción de la campaña se realizó con un folleto, que distribuyeron las partes implicadas, como Penaten (Johnson & Johnson Consumer en Austria), la compañía de seguros de salud y los hoteles equipados para niños y bebés. Además, la cobertura mediática fue amplia. Se hizo publicidad en casi todos los periódicos regionales y locales, diarios, semanales y mensuales, en los periódicos de la comunidad, en materiales adicionales producidos para las familias con niños recién nacidos y en varias revistas sobre vivienda. La emisora de radio y la cadena de TV locales la

anunciaron varias veces. También se dio a conocer en un folleto que las familias reciben, con el fin de mantener a los niños vacunados, y en el “Pasaporte Familiar de Styria” (un libro de vales de descuento). Con cada nueva producción (seis en total), se organizó una conferencia de prensa. Se distribuyeron 25.000 folletos en total.

Este programa estuvo financiado en su totalidad por los departamentos de sanidad y vivienda de la administración local.

Antecedentes en materia de políticas / fuerza motriz

En Austria, la mitad de todas las lesiones infantiles ocurren en y alrededor de la vivienda. El grupo de edad más vulnerable son los niños menores de seis años.

Partes implicadas

- Grosse schuetzen Kleine / Safe Kids Austria
- Departamentos de sanidad y vivienda de la administración pública de Styria
- Industria privada (Helly y Johnson & Johnson Medical Products Austria)

Finalidades y objetivos

- Convertir las viviendas en un lugar seguro
- Informar a los padres sobre la seguridad Infantil en el hogar y sobre la utilización de dispositivos de seguridad

¹Si bien los expertos reconocen la severidad de las quemaduras y escaldaduras asociadas a las hornillas y la necesidad de prevenirlas, existen otros medios de proteger a los niños frente a estas lesiones distintos al mero uso de rejillas de seguridad. Las rejillas de seguridad no constituyen una solución completa frente a estas lesiones, y sigue siendo necesario que el adulto que utilice la cocina cambie de comportamiento. Es posible que esta persona piense que es suficiente instalar una rejilla para que el niño esté completamente protegido. La Fundación para la Protección frente a los Accidentes Infantiles (CAPT) del Reino Unido aduce que es preferible utilizar las placas y quemadores interiores y que los mangos de sartenes y cazuelas estén en todo momento girados de manera que un niño no pueda alcanzarlos. Lo ideal es que un niño no pueda circular libremente por la cocina mientras alguien esté cocinando (Hayes, M. Personal communication, 22 de mayo de 2006).

Evaluación

Un total de 16.000 cajas fueron distribuidas durante un período de 5 años, comenzando en 1996.

En 2001, Grosse schuetzen Kleine / Safe Kids Austria llevó a cabo una encuesta sobre la Caja de Seguridad Infantil y su utilidad / utilización por las familias.³ A aquellas familias que habían recibido una caja se les pidió que rellenasen un cuestionario y lo devolvieran a Grosse schuetzen Kleine / Safe Kids Austria. Los resultados de esta encuesta indicaron que:

- el 77% de los entrevistados había utilizado la alarma de incendio
- el 83% de los entrevistados había utilizado la rejilla de protección para las placas de la cocina
- el 49% de los entrevistados había utilizado la rejilla de protección para el horno
- el 66% de los entrevistados había utilizado la cerradura de seguridad
- el 51% de los entrevistados había utilizado las rejillas de seguridad para las ventanas
- el 99% de los entrevistados había utilizado las clavijas de seguridad para los enchufes eléctricos
- el 55% de los entrevistados había utilizado los bloqueadores de los cajones
- el 78% de los entrevistados había utilizado los protectores para esquinas y aristas
- 75% de los entrevistados había utilizado los toques para las puertas
- el 28% de los entrevistados había utilizado el bloqueo de seguridad para la nevera

Sin embargo, habría que considerar estos resultados con precaución, ya que la tasa de respuesta de la encuesta fue del 10%.

El programa de la Caja de Seguridad Infantil fue un éxito en términos de aceptación y de creación de conocimiento en materia de seguridad. A pe-

sar del hecho de que la última Caja de Seguridad Infantil se distribuyó en 2000, los padres siguen solicitándola a Grosse schuetzen Kleine / Safe Kids Austria

Pasos clave

- Determinar la carga de lesiones ocurridas en el hogar y la actitud de los padres hacia la seguridad y el equipamiento
- Diseñar el proyecto y comunicar el plan
- Obtener financiación
- Desarrollar e implantar los aspectos organizacionales del programa.

Lecciones aprendidas

Barreras

- Reunir a las partes interesadas
- Gestionar el almacenamiento y el envío por correo de las cajas de seguridad
- Las cajas de seguridad son caras, motivo por el cual se cuestiona la sostenibilidad del proyecto.
- La gestión de los datos es complicada, debido a la enorme demanda y a la popularidad de las cajas.

Impulsores

- Una nueva administración pública local fue elegida. El responsable del departamento de sanidad era un padre con tres niños pequeños y vio el valor de esta iniciativa en la prevención de las lesiones.
- Los departamentos de salud pública y vivienda de la administración pública aunaron recursos para financiar este proyecto.
- Una organización de minusválidos empaquetó las cajas, abaratando los costes y permitiendo el desarrollo de una fructífera relación entre los departamentos de sanidad y asuntos sociales.

Asesoramiento a los países / transferibilidad

- El programa de la Caja de Seguridad Infantil es un proyecto caro, lo cual dificulta su sostenibilidad. Una solución más sostenible a largo plazo residiría en integrar los elementos contenidos en la caja en normas aplicables a las viviendas, de manera que los elementos de seguridad ya estén instalados cuando las familias alquilen o se construyan una casa.

Referencias, información adicional

1. Harborview Injury Prevention and Research Center. (2001). Best practices. Seattle: University of Washington. Available at <http://depts.washington.edu/hiprc/practices/index.html>
2. Spiegel, C., & Lindaman, F. (1995). Children can't fly: A programme to prevent childhood mortality from window falls. *Injury Prevention*, 8(3), 104-108.
3. Towner, E., & Dowswell, T., Mackereth, C., & Jarvis, S. (2001). What works to prevent unintentional injury amongst children? An updated systematic review. London: Health Development Agency. Available at http://www.hda.nhs.uk/downloads/pdfs/prevent_injuries.pdf
4. <http://www.grosse-schuetzen-kleine.at>

Contacto

Name: Gudula Brandmayr, Managing Director
Address: Grosse schuetzen Kleine / Safe Kids Austria
Auenbruggerplatz 34
8036 Graz
Austria
Tel: +43 316 385 3764
Fax: +43 316 385 3693
E-mail: gudula.brandmayr@klinikum-graz.at
URL: <http://www.grosse-schuetzen-kleine.at>

Embalaje a Prueba de Niños de los Productos Químicos Holanda

NIVEL DE APLICACIÓN	Nacional
ENFOQUE	Vigilancia del cumplimiento
ESCENARIO	Nacional
AUDIENCIA OBJETIVO	Niños menores de 5 años
IMPLICACIONES DE RECURSOS	DESCONOCIDAS
BASE DE EVIDENCIA	La legislación relativa a los embalajes a prueba de niños reduce la incidencia de las intoxicaciones ^{1,2}

Antecedentes

En enero de 1986, entró en vigor en Holanda una legislación que exige que la mayoría de los productos corrosivos y de petróleo líquido vendidos al público en general vengan en embalajes a prueba de niños. Este decreto se refiere a los productos químicos que se utilizan en los hogares con las marcas identificación “muy venenoso”, “venenoso” o “corrosivo”. También los productos con la marca de identificación “perjudicial” pueden producir lesiones pulmonares como consecuencia de una asfixia. Este decreto de aplicación a los productos químicos de uso en los hogares fue ampliado en 1994 a los preparados que contengan 3% o más de metanol, o un 1% o más de diclorometano.

En 1989, entró en vigor un decreto relativo al embalaje a prueba de niños para los productos farmacéuticos. Este decreto se refiere a los productos farmacéuticos que contengan las sustancias siguientes en envases pequeños:

- ácido acetilsalicílico
- ácido salicílico
- paracetamol

Antecedentes en materia de políticas / fuerza motriz

En Holanda, las hospitalizaciones por intoxicaciones accidentales con productos químicos y farmacéuticos de uso en los hogares eran altas entre los niños menores de 5 años: en 1982/83,

se produjeron unos 1.300 casos debidos a productos farmacéuticos y unos 1.600 casos debidos a otras sustancias. Estamos hablando de una tasa de más de 320 intoxicaciones al año por 100.000 niños menores de 5 años. Adicionalmente, la tasa anual de tratamientos de urgencia era de alrededor de 230 por 100.000. El debate en torno a estos Decretos llevó a una introducción gradual de los taponos a prueba de niños antes de 1986.

Partes implicadas

- Ministerio de Sanidad holandés
- Bienestar y Deportes
- Instituto de Seguridad del Consumidor
- Centro Nacional de Información Toxicológica
- Inspección de Productos Básicos

Finalidades y objetivos

- Reducir el problema de las intoxicaciones accidentales
- Conseguir que los embalajes a prueba de niños fuesen obligatorios para los productos químicos y farmacéuticos de uso en los hogares

Evaluación

Los productos farmacéuticos se distribuyen cada vez más en envases pequeños (*blisters*).³

Las consultas crecientes de los padres en relación con el consumo de estos productos indican

que la introducción del embalaje a prueba de niños ha servido para alertarlos acerca del riesgo de intoxicación.³ Un estudio publicado en 1991 mostraba que el número de intoxicaciones infantiles accidentales tratadas en los hospitales había disminuido en un período de diez años. Habían disminuido específicamente las hospitalizaciones debidas a intoxicaciones por ingesta de medicamentos, productos de limpieza, desinfectantes, productos de petróleo y productos corrosivos. Los autores llegan a la conclusión de que es probable que estos descensos sean el resultado de la introducción de los embalajes a prueba de niños, aunque se podrían obtener descensos adicionales educando a los padres de niños pequeños en el uso y almacenamiento seguro de estos productos, y a los médicos generalistas en relación con el tratamiento de las víctimas de una intoxicación.

Un informe de evaluación publicado en 2000 por el Instituto de Seguridad del Consumidor y el Centro Nacional de Información Toxicológica demostró asimismo una reducción en el número de hospitalizaciones de niños menores de 5 años debido a una intoxicación.³

Pasos clave

En 1980, el ex Secretario de Estado del Ministerio de Sanidad y Medio Ambiente decidió promover una reglamentación sobre los embalajes a prueba de niños. Por aquel entonces, no existía en Holanda una norma sobre esta cuestión, de manera que el trabajo inicial implicó su desarrollo.

También estaba en fase de desarrollo una normativa internacional ISO, pero el trabajo de la norma holandesa siguió adelante.

Lecciones aprendidas

Barreras

- Lleva tiempo redactar una legislación.
- La demostración de la eficacia requiere una recogida de datos estandarizados con clasificaciones suficientemente detalladas durante un largo período de tiempo.
- Se necesitan recursos para ejercer presión sobre los políticos para que adopten una reglamentación, al igual que personal capacitado e instalaciones de ensayo que permitan vigilar el cumplimiento una vez que dicha reglamentación entre en vigor.

Impulsores

- Datos objetivos que indiquen con claridad cuál es la amplitud del problema y la necesidad de una legislación
- Las normas europeas e internacionales que rigen los embalajes a prueba de niños fueron elaboradas por un número importante de expertos internacionales.

Asesoramiento a los países / transferibilidad

Una reglamentación nacional puede incentivar debates sobre las barreras al comercio. Es importante que se adopten normas internacionales que permitan comprobar el rendimiento de los embalajes a prueba de niños, y que varios países adopten una reglamentación.

Referencias, información adicional

1. Harborview Injury Prevention and Research Center. (2001). Best practices. Seattle: University of Washington. Available at <http://depts.washington.edu/hiprc/practices/index.html>
2. Towner, E., & Dowswell, T., Mackereth, C., & Jarvis, S. (2001). What works to prevent unintentional

injury amongst children? An updated systematic review. London: Health Development Agency. Available at http://www.hda.nhs.uk/downloads/pdfs/prevent_injuries.pdf

3. World Health Organization. (2004). Child resistant packaging for chemicals. In Children's health and environment case studies summary book: Work in progress. Nemer, L., Von Hoff, K., Simonelli, F., Pinilla, M. J. C., & Majer, K. (Eds.). (2004). Available at <http://www.euro.who.int/Document/CHE/CHECSSBook.pdf>
4. Thien, W. M. A. H., & Hofstee, A. W. M. (1991). Vergif in huis. Inventarisatie van accidentele vergiftigingen bij jonge kinderen door huishoudelijke producten en geneesmiddelen. Amsterdam: Consument en Veiligheid

See also:

- Joossen, J. J. J. (1988). Evaluatie-onderzoek warenwetbesluit kinderveilige verpakkingen. Tussenrapport. Amsterdam: Consument en Veiligheid.
- Besluit van 11 december 1984 houdende regelen met betrekking tot kinderveilige verpakkingen van huishoudchemicalien. 's Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1984.
- Besluit van 24 oktober 1989, houdende regelen met betrekking tot kinderveilige verpakkingen van geneesmiddelen. 's Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1990

Contacto

Name: Consumer Safety Institute - Netherlands
Address: Postbus 75169
1070 AD AMSTERDAM
The Netherlands
Tel: +31 20 5114511
Fax: +31 20 6692831
E-mail: infodesk@veiligheid.nl



Asesoramiento Pediátrico en Materia de Prevención de las Lesiones – Consejos de Seguridad Infantil Austria

NIVEL DE APLICACIÓN	Nacional
ENFOQUE	Educación
ESCENARIO	Consultas médicas
AUDIENCIA OBJETIVO	Padres, niños, menores de 6 años
IMPLICACIONES DE RECURSOS	€
BASE DE EVIDENCIA	Existe evidencia indirecta de que las intervenciones a escala individual en el escenario clínico constituyen medidas eficaces que permiten reducir numerosas lesiones infantiles involuntarias. ^{1,2}

Antecedentes

Desde 2003, el “Pasaporte Madre-Hijo” austriaco (utilizado para los reconocimientos médicos regulares) exige que los médicos aconsejen a los padres sobre la prevención de las lesiones infantiles.

Los médicos no reciben formación en prevención de lesiones como parte de sus estudios médicos. Por lo tanto, con el fin de brindar apoyo a los médicos en su trabajo de asesoramiento y ofrecerles la mejor información disponible, Grosse schuetzen Kleine / Safe Kids Austria desarrolló un Manual de Seguridad Infantil y blocs similares a los blocs de recetas. Cada página del bloc incluye la información más importante sobre prevención de las lesiones infantiles, conjuntamente con consejos de seguridad. Los médicos reciben estos blocs gratuitamente y pueden arrancar las páginas para entregarlas a los padres.

Se produjeron tres blocs diferentes para diferentes edades: 0-2 años, 2-4 años y 4-6 años, cada uno con colores diferentes para cada grupo de edad.

La presentación de este programa al público tuvo lugar en una fecha cercana al Día de la Madre de 2003 acompañada de un comunicado de prensa nacional.

Antecedentes en materia de políticas / fuerza motriz

En Austria, la mitad de las lesiones infantiles ocurre en o cerca de la vivienda. El grupo de edad más vulnerable son los niños menores de seis años.

La labor de presión del Consejo Supremo de Sanidad austriaco durante diez años en relación con la importancia de las lesiones infantiles condujo a una reglamentación que exigía que los médicos aconsejasen a los padres acerca de la prevención de las lesiones.

Partes implicadas

- Grosse schuetzen Kleine / Safe Kids Austria
- Penaten / Johnson & Johnson Consumer Austria
- Sandoz Pharmaceuticals
- Federación Austriaca de Seguridad Social
- Ministerio Austriaco de Sanidad y de la Mujer

Finalidades y objetivos

- Apoyar a los pediatras en su asesoramiento a los padres en materia de seguridad Infantil
- Reducir el número de lesiones infantiles severas en el entorno de la vivienda

Evaluación

Antes de su producción, se preguntó a los pediatras qué formato les parecía más adecuado para el material. Los pediatras sugirieron el formato del bloc de recetas.

En mayo de 2005, Grosse schuetzen Kleine / Safe Kids Austria envió a todos los pediatras de Austria un cuestionario destinado a examinar el uso de los blocs por los médicos, la utilidad percibida de los consejos por los médicos y los padres y el grado en el que se hablaba del tema de la seguridad infantil con los padres.³ La tasa de respuesta fue del 25%. Los resultados indicaron que:

- El 94% estaba muy satisfecho con el diseño de los blocs, percibiéndolos como fáciles de manejar en su rutina diaria.
- Casi el 70% de los médicos entregaban los consejos durante los reconocimientos regulares de los niños.
- Los médicos percibían que más del 90% de los padres reaccionaban muy positivamente al asesoramiento.
- El 91% de los médicos pensaba que la información incluida en los blocs era suficiente.



- El 76% de los médicos confirmó que los padres estaban interesados en la seguridad infantil.
- Los padres preguntaban a los médicos en su mayoría sobre la prevención de las quemaduras / escaldaduras, las intoxicaciones y los accidentes deportivos.

Pasos clave

- Examinar la investigación y los programas similares para desarrollar directrices y consejos sobre seguridad
- Consultar con los pediatras para determinar qué clase de material resulta más útil para ofrecer asesoramiento sobre seguridad
- Probar el material (bloqs) en grupos de discusión formados por padres
- Obtener la financiación para producir y distribuir los bloqs y el manual científico entre los médicos
- Lanzar el programa con un comunicado de prensa

Lecciones aprendidas

Barreras

- Llevó tiempo encontrar a un patrocinador para el programa. Se entabló contacto con Johnson & Johnson por primera vez en 2001, pero no fue sino hasta 2003 cuando esta empresa decidió que los pediatras eran su grupo objetivo.
- El Ministerio Austriaco de Salud y de la Mujer no estaba interesado en patrocinar el Manual de Seguridad Infantil. Finalmente, aportó la financiación la Federación Austriaca de Seguridad Social.

Impulsores

- Un pediatra del Departamento de Pediatría de la Universidad de Graz era consejero tanto de Grosse schuetzen Kleine / Safe Kids Austria

¹Las percepciones de los padres sobre las prioridades no concuerdan con los datos, lo cual apunta hacia los ahogamientos como la principal causa de mortalidad entre los niños pequeños.

como del Consejo Supremo de Sanidad Austriaco². Este pediatra pudo ejercer una fuerte presión a favor de la prevención de las lesiones y de este programa.

- Los médicos se mostraron muy participativos y prestaron un gran apoyo al programa. La Asociación Austriaca de Pediatras publicó el Manual de Seguridad Infantil en su sitio web.⁴
- Este programa llega cada año al 80% de todas las familias con niños de 0 a 6 años, debido a que forma parte del sistema de salud.

Asesoramiento a los países / transferibilidad

- La Asociación Americana de Pediatría ha desarrollado un programa similar (TIPP) con material que apoya a los pediatras en su labor de asesoramiento sobre prevención de las lesiones.⁵
- La prueba de los materiales con los grupos objetivo fue clave para garantizar su aceptación y uso. El Manual de Seguridad Infantil demostró ser útil para los médicos, debido a que la información en profundidad que contiene les permite prepararse para ofrecer asesoramiento. Los bloqs son muy fáciles y cómodos de manejar y ocupan poco espacio en las consultas privadas de los pediatras.

Referencias, información adicional

1. DiGuseppi, C., & Roberts, I. G. (2000). Individual-level injury prevention strategies in the clinical setting. *The Future of Children*, 10(1), 53-82.
2. National Centre for Injury Prevention and Control. (2000). Working to prevent and control injury in the United States. *Fact Book for the Year 2000*. Atlanta, GA: Center for Disease Control and Prevention.
3. . <http://www.grosse-schuetzen-kleine.at>
4. . <http://www.docs4you.at>
5. . <http://www.aap.org/family/tippintr.htm>

²El Consejo Supremo de Sanidad Austriaco incluye a todas las instituciones importantes que toman las decisiones en materia de salud y promoción de la salud.

Contacto

Name: Gudula Brandmayr, Managing Director
 Address: Grosse schuetzen Kleine / Safe Kids Austria
 Auenbruggerplatz 34
 8036 Graz
 Austria
 Tel: +43 316 385 3764
 Fax: +43 316 385 3693
 E-mail: gudula.brandmayr@klinikum-graz.at
 URL: <http://www.grosse-schuetzen-kleine.at>



Riskwatch Escocia

NIVEL DE APLICACIÓN	Nacional, local
ENFOQUE	Educación
ESCENARIO	Colegios, comunidad
AUDIENCIA OBJETIVO	Colegios, padres, niños de 3 a 14 años
IMPLICACIONES DE RECURSOS	€€
BASE DE EVIDENCIA	La educación en prevención de las lesiones basada en los colegios tiene el potencial de incrementar el conocimiento y el comportamiento relacionados con la seguridad. ^{1,2}

Antecedentes

Riskwatch es un programa de educación en seguridad basado en los colegios y destinado a desarrollar las habilidades de evaluación de riesgos en los niños de 3 a 14 años. Este programa ofrece un enfoque multiinstitucional de la transmisión del conocimiento en materia de riesgos, en oposición a la evitación de los mismos, residiendo su objetivo global en mejorar la Salud, la Seguridad y el Bienestar de los jóvenes.

Riskwatch tiene un diseño flexible, de manera que la prevención de las lesiones y el conocimiento de los riesgos se pueden enseñar a modo de unidad autónoma o integrada en las asignaturas comunes, como aritmética, lectura y escritura, ciencia y promoción de la salud. Este programa se imparte en función de la fase de desarrollo de los niños y de los riesgos a los que se enfrentan. Aporta un proceso de aprendizaje basado en la experiencia que ofrece la oportunidad de practicar comportamientos de prevención como consecuencia de una toma previa de decisiones.

Riskwatch establece un vínculo entre la clase y el entorno del hogar, con el fin de permitir que padres y cuidadores se involucren. Esta implicación puede llevar a la mejora del entorno del hogar gracias al suministro de equipamiento de seguridad o de un cambio en el comportamiento las actitudes de los cuidadores. Tiene por objeto ofrecer una experiencia agradable al niño y al profesor basada en la evidencia de que es más

probable que los eventos divertidos se repitan y recuerden.

Las ocho áreas de enseñanza son las siguientes:

- Seguridad de los automóviles
- Prevención de incendios y quemaduras
- Prevención de la asfixia, la anoxia y el estrangulamiento
- Prevención de las intoxicaciones
- Prevención de las caídas
- Prevención de las lesiones producidas por armas
- Seguridad ciclista y peatonal
- Seguridad en el agua

Riskwatch se puede impartir de diferentes maneras:

- Un programa intensivo de nueve horas. Los profesores dedican una hora a la semana a resaltar información sobre un área de riesgo, seguida de una actividad "*Riskwatch in Action*".
- Un programa exhaustivo de 20 horas. Impartido durante todo el año lectivo, aborda un área de riesgo durante una o dos horas al mes, seguidas de actividades "*Riskwatch in Action*" y

de visitas de expertos en seguridad de la comunidad.

- Un programa variable. Se trata de un enfoque centrado en los estudiantes, que combina el aprendizaje de los estudiantes a partir de "*Riskwatch in Action*" con una aportación del profesor basada en la información contenida en *Riskwatch*. Los profesores reciben cajas de recursos que contienen material adicional para cada tema. Por ejemplo, la caja con material para incendios y quemaduras puede contener una alarma de humo, un teléfono, guantes, guantes para horno, materiales inflamables, cajas de cerillas, una gama de folletos y póster de seguridad e información sobre el Servicio de Ambulancias local.

En este programa, el profesor cuenta con el apoyo de una coalición de la comunidad local compuesta por profesionales vinculados con los objetivos de la enseñanza. El grupo básico incluye habitualmente a representantes de los Departamentos de Sanidad, Policía, Incendios y Educación. Cuando estos profesionales forman un grupo y comienzan a formular un plan estratégico y de aplicación local, se anima a otros miembros elegidos entre grupos adecuados de la comunidad y las empresas a que asistan. La visión consiste en que esta coalición sea la fuerza motriz en la comunidad, presutando apoyo e impartiendo directivas a los profesores, solicitando ayuda del sector público y empresarial, e introduciendo el cambio en el entorno cercano, con el fin de conseguir que este

* "*Riskwatch in Action*" reúne a una serie de actividades de ampliación complementarias.

entorno sea más seguro para los niños de las comunidades locales.

Antecedentes en materia de políticas / fuerza motriz

Las lesiones accidentales constituyen la principal causa de muerte entre los niños de 0 a 14 años en el Reino Unido. Los niños de las familias más pobres tiene cinco veces más probabilidades de morir como resultado de lesiones que aquellos de las familias más acomodadas. Los accidentes de tráfico son la principal causa de lesiones involuntarias entre los niños y los jóvenes. (Casi 5.000 niños (menores de 15 años) perdieron la vida o resultaron severamente lesionados en las vías públicas británicas en 2001). Se ha estimado que un promedio de 50 niños menores de 11 años mueren en incendios cada año, y que más de 1.600 resultan lesionados. El coste de los accidentes ocurridos en los hogares del Reino Unido ha sido estimado en £25 millones al año.

El Consejo de las Tierras Altas (Escocia), en asociación con el Cuerpo de Bomberos de las Tierras Altas y las Islas, conjuntamente con el Servicio de Salvamento y Extinción de Incendios de Nottinghamshire, decidieron actuar e implicarse en la primera fase piloto de *Riskwatch*, en razón de las alarmantes estadísticas de lesiones infantiles.

Riskwatch satisface algunas prioridades nacionales, incluidas aquellas relacionadas con la Planificación de la Comunidad, la Seguridad de la Comunidad, y la estrategia de educación temprana en habilidades de evaluación de riesgos de la Comisión de Juventud / Justicia Social y Salud y Seguridad. Se prevé que este programa tenga impacto en la alta incidencia de comportamientos antisociales en y cerca de los colegios, contribuyendo a la consecución de los objetivos de las agendas en materia de Juventud y Justicia Social del Ejecutivo escocés y su compromiso de mejorar la seguridad de la comunidad en los barrios.

Además de satisfacer muchas de las prioridades educativas actuales, *Riskwatch* contribuye a abordar los objetivos del Ejecutivo de Salud y

Seguridad destinados a garantizar una reducción de los accidentes y lesiones de los jóvenes que buscan su primer empleo en la industria, al equiparlos para que puedan identificar los riesgos y reducirlos.

La Ley de Servicios de Salvamento y Extinción de Incendios de 2004 del gobierno del Reino Unido impone a los Servicios de Incendios la obligación de desempeñar un papel activo en la seguridad contra incendios de la comunidad y a financiar dichas actividades. La revisión temática '*Working With Young People*' (Trabajando con los Jóvenes) del Servicio de Incendios pone de relieve que su personal se beneficiaría en términos de desarrollo si trabajase en proyectos como *Riskwatch*, sirviendo así de modelo positivo a seguir por los niños, ya que, en última instancia, los niños constituyen un potente medio para propagar el mensaje de prevención y seguridad contra incendios entre la familia, los amigos y otras personas.

Partes implicadas

- Cuerpo de Bomberos de las Tierras Altas y las Islas y Servicio de Salvamento y Extinción de Incendios de Nottinghamshire
- Ejecutivo Escocés
- Oficina del Viceprimer Ministro
- Consejo de las Tierras Altas

En Escocia, el Grupo Directivo está compuesto por los miembros siguientes:

- Asociación de Jefes de Bomberos (Escocia)
- División de Incendios del Ejecutivo Escocés (Escocia)
- Asociación de Jefes de Policía (Escocia)
- Ejecutivo de Salud y Seguridad
- Real Sociedad de Prevención de Accidentes
- Agencia Marítima y de Guardacostas
- Red Escocesa de Seguridad de la Comunidad
- Campaña de Seguridad Vial escocesa
- Inspector de Educación de su Majestad (HMI) en Escocia
- Unidad de Colegios Promotores de la Salud

- "*Learning and Teaching Scotland*"

Finalidades y objetivos

- Enseñar a los niños y a sus familias las habilidades y el conocimiento que necesitan para reducir los riesgos de lesiones involuntarias
- Modificar las actitudes y comportamientos de los jóvenes hacia la seguridad personal
- Mejorar la salud, la seguridad y el bienestar de los jóvenes

Evaluación

Más de 1.000 niños de siete colegios de primaria participaron en la Fase piloto 1 de evaluación durante 2003/04. Los profesores siguieron el programa intensivo de nueve horas descrito anteriormente, recibiendo apoyo de los miembros de la Agencia de Seguridad y/o de la Coalición. Además, se procedió al nombramiento de un Coordinador de Colegios, que habría de servir de enlace con los colegios y los miembros de la Agencia de Seguridad y como apoyo de los profesores.

La evaluación incluyó doce grupos de discusión en los que participaron 87 estudiantes en total. Adicionalmente, cada uno de los estudiantes participantes pasó un test antes y después de *RiskWatch*. Los padres recibieron una invitación para asistir a las reuniones del colegio y comunicar sus impresiones sobre el programa. Veintiún miembros de la Coalición fueron entrevistados. También se obtuvo el feedback de los profesores y otros representantes del sistema de educativo.

Los estudiantes aportaron feedback muy positivo, indicando que disfrutaban y aprendían mucho con el programa *Riskwatch*. Muchos alumnos informaron que el programa les aportaba un sentimiento de asunción de responsabilidad, y que se sentían capaces de ayudar en el caso de una emergencia. Los hallazgos estadísticos de rigurosos tests anteriores y posteriores indicaron un efecto prometedor en el rendimiento de los niños.

Al final de la Fase piloto 1, los alumnos y el personal docente asistieron a una de las dos conferen-

cias de un día de duración para aportar feedback sobre su experiencia con el uso del programa. Después de una respuesta muy positiva en ambos días de evaluación, el Ejecutivo Escocés y el Servicio de Salvamento y Extinción de Incendios de Nottinghamshire acordaron ampliar el programa a una gama más extensa de colegios.

En Escocia, la ampliación del programa supuso su oferta en los colegios de cada región, lo cual aportó una muestra mucho más sólida para estimar su éxito.

Las Fase piloto 2 será evaluada utilizando un abanico de métodos en cada una de las áreas piloto, a saber:

- Estudio en profundidad del cambio de comportamiento
- Medición del conocimiento en un centro de seguridad experimental
- Formularios de feedback para profesores / alumnos.

Pasos clave

- Establecer una Coalición de Seguridad Multi-institucional
- Examinar las estadísticas locales de accidentes / lesiones
- Seleccionar los colegios
- Impartir formación a los colegios y a las Coaliciones de las Comunidades
- Realizar un seguimiento y apoyar la entrega del programa
- Examinar el feedback
- Compartir los resultados

Lecciones aprendidas

Es necesario dirigir el programa a los colegios de las zonas de mayor riesgo. Sobre los profesores se ejerce mucha presión para que impartan las asignaturas comunes, siendo el tiempo de preparación y para enseñar limitado. *Riskwatch* fue desarrollado por profesores para que encajase con las asignaturas comunes, y los materiales de

enseñanza pertinentes ya están siendo suministrados.

La clave de su éxito reside en la coordinación y la cooperación continuadas de los miembros de la Coalición, y también en la continuación de la financiación.

Barreras

- Los profesores necesitan un plazo de introducción amplio (varios meses) para incorporar el material a sus planes de desarrollo

Impulsores

- Todas las administraciones locales escocesas deben contar con una Asociación de Seguridad de la Comunidad compuesta por las múltiples instituciones implicadas en el tema de la seguridad. Dado que este grupo ya estaba establecido, la aplicación de *Riskwatch* al plan de estudios fue más sencilla.
- El Servicio de Incendios ha podido actuar en calidad de paladín de *Riskwatch* por dos razones principales:
- La Ley de Servicios de Salvamento y Extinción de Incendios de 2004 otorga a los Servicios de Incendios un mandato en materia de seguridad contra incendios de la comunidad.
- *Riskwatch* fue desarrollado por la Asociación Nacional de Protección contra Incendios (NFPA) en Estados Unidos, siendo naturalmente promocionado ante la Dirección del Servicio de Salvamento y Extinción de Incendios de la Oficina del Viceprimer Ministro (ODPM).
- La flexibilidad del programa *Riskwatch* supone que los profesores puedan ofrecer el material de diversas maneras según los requisitos de recursos. Asimismo, los propios profesores pueden presentar todo el material o invitar a personal de seguridad a sesiones especiales.

Asesoramiento a los países / transferibilidad

- El concepto *Riskwatch* fue desarrollado originalmente por la NFPA en Estados Unidos, siendo adaptado por profesores de primaria para su uso en el Reino Unido.

- La NFPA aportó flexibilidad al adaptar el contenido del programa a las necesidades localizadas de seguridad y asesoramiento en seguridad.
- Se recomienda encarecidamente una estrecha coordinación con el representante de la NFPA en Europa.

Referencias, información adicional

1. Frederick, K., Bixby, E., Orzel, M., Stuart-Brown, S., & Willett, K. (2000). An evaluation of the effectiveness of the Injury Minimisation Programme for Schools (IMPS). *Injury Prevention*, 6, 92-95.
2. NFPA USA. (2001). Final report of the three-year evaluation of Risk Watch. Available at: <http://www.nfpa.org/riskwatch/pdfs/3yrfnalEvaluation.pdf>
3. East House Research. (2004). Risk Watch: Findings from a pilot study in the UK. London: Office of the Deputy Prime Minister. Available at: http://www.odpm.gov.uk/stellent/groups/odpm_fre/documents/page/odpm_fre_031223.pdf

See also:

<http://www.nfpa.org/riskwatch/>

or contact:

Judy Comoletti, jcomoletti@nfpa.org (USA) or
Sultan Javeri, sjaveri@nfpa.org (Europe)

Contacto

Address: Highland and Islands Fire Brigade
16 Harbour Road
Inverness, Scotland
IV1 1TB
United Kingdom
Tel: +44 (0) 1463 227 180
Fax: +44 (0) 1463 227 154
E-mail: Cathie.way@highland.fire-uk.org

Habilidades para la Vida - Aprender a Vivir Reino Unido

NIVEL DE APLICACIÓN	Regional
ENFOQUE	Educación, formación
ESCENARIO	Comunidad, colegios
AUDIENCIA OBJETIVO	Niños de 10 a 11 años, adultos con discapacidades de aprendizaje, tercera edad (60 años en adelante)
IMPLICACIONES DE RECURSOS	€€€
BASE DE EVIDENCIA	Los enfoques de educación y formación interactivos ejercen un impacto considerable en el conocimiento, las actitudes y los comportamientos infantiles relacionados con la seguridad ¹

Antecedentes

“Lifeskills – Learning for living” es un centro regional permanente de educación y formación en seguridad construido como un “pueblo” realista sobre una superficie de aproximadamente 1.000 metros cuadrados. Incluye un supermercado, casas, un taller (utilizado para educación contra el consumo de drogas), vías y vehículos, un jardín, una subestación eléctrica, un callejón oscuro, una obra, un área de juego infantil, un arroyo, una vía férrea, una granja y campo.¹ Efectos sonoros ajustados al lugar aumentan el realismo del pueblo, cuya función consiste en ofrecer un enfoque interactivo divertido del aprendizaje sobre la seguridad en el hogar, en la vía pública y durante el tiempo de ocio.

Los escenarios pertinentes sobre seguridad son los siguientes:

- El escenario vial abarca la seguridad vial en general y en los cruces, incluida la necesidad de barreras de seguridad, señales de tráfico, límites de velocidad, seguridad para los ciclistas y seguridad dentro de los coches.
- Los escenarios del hogar incluyen los siguientes: cocina, salón, cuarto de baño, pasillo y habitaciones. Los niños identifican los peligros (p.e. resbalones y traspies, quemaduras y escaldaduras, sustancias tóxicas, electricidad e incendios), y mejoran su seguridad según proceda.

- El escenario del jardín implica peligros potenciales como una piscina para niños, artículos pirotécnicos, una hoguera, una barbacoa, una segadora de césped, un cobertizo y protección solar.
- En el escenario de la subestación, los niños se enfrentan a cables de alta tensión, a un transformador y a otros peligros.
- La obra incluye los peligros asociados a un equipo mecánico, un andamiaje peligroso, productos químicos y otros peligros con los cuales se puede tropezar.
- El escenario del río incluye las medidas a adoptar en el caso de un ahogamiento o de que la seguridad personal se vea en peligro.
- Por la vía férrea, se acerca un tren y hay objetos en la vía. Se analizan las posibles líneas de acción.
- También se incluyen los peligros que pueden existir en la granja y en el campo.

Los profesores no acompañan a los niños en su actividad. Se quedan para controlar las posibles llamadas telefónicas de emergencia, recibiendo la llamada y analizando la acción de emergencia pertinente a adoptar con los niños, que no están al tanto de que no son los “verdaderos operadores de control”.

Antecedentes en materia de políticas / fuerza motriz

Los accidentes de tráfico junto con los del hogar son responsables de alrededor de 20 muertes al día en

el Reino Unido. Cada año, 30.000 niños necesitan tratamiento hospitalario por lesiones. Los libros blancos “The Health of the Nation” y “Saving Lives: Our Healthier Nation” establecen la prevención de las lesiones como una prioridad, y especifican objetivos para reducir la mortalidad en una quinta parte y del número de lesiones severas en una décima parte para 2010. “The Health Scholls Blueprint” tiene como finalidad ayudar a los colegios a prestar apoyo a los niños para que lleven un estilo de vida saludable. Incluye una Norma Nacional de Colegios Saludables con objetivos para todos los colegios.

Partes implicadas

- Ayuntamientos locales
- Profesionales sanitarios locales
- Servicios de emergencia locales
- Organizaciones y empresas locales
- Red de ferrocarriles nacionales
- Servicios públicos (gas, electricidad, agua)
- Industria de la construcción

Finalidades y objetivos

- Los niños asumirán la responsabilidad de su propia seguridad, evaluarán los riesgos y aprenderán a abordarlos al enfrentarse a situaciones peligrosas o difíciles.
- Los niños trasladarán las habilidades aprendidas a las situaciones de la vida real.



Evaluación

Para la evaluación, se adoptó un diseño longitudinal caso/control (tres meses) utilizando 5 de los escenarios de Habilidades para la Vida¹. Los niños de Habilidades para la Vida pasaron un test escrito inmediatamente después de visitar el centro. Los niños Control, que no habían visitado el centro, pasaron el mismo test en sus colegios. Los niños de ambos grupos volvieron a pasar el test tres meses después de la intervención. Una submuestra de niños de ambos grupos volvió a pasar el test 12 meses después de la visita, con el fin de evaluar la memorización del conocimiento.

Adicionalmente, los niños Control y del grupo de Habilidades para la Vida pasaron el test 3 meses después de la visita, practicando una gama de habilidades de seguridad en el Centro de Habilidades para la Vida. Un año después, estos niños pasaron un test de habilidades de seguridad en un emplazamiento alternativo, con el fin de evaluar la medida en que las indicaciones contextuales del Centro de Habilidades para la Vida habían contribuido al rendimiento en materia de estas Habilidades. Los niños de ambos grupos que habían participado como observadores de los tests formaron también parte de los grupos de discusión sobre seguridad y riesgos.

% de tests en los que los niños del grupo de Habilidades para la Vida fueron significativamente mejores que los niños Control		
	Medido por el % de niños con una actuación perfecta	Medido por las puntuaciones de los niños
Rendimiento, 3 meses después	50%	83%
Conocimiento, 3 meses después	80%	100%
Conocimiento, 12 meses después	30%	67%

Un año después de la visita, los niños del grupo de Habilidades para la Vida poseían mayores conocimientos que los niños del grupo Control en cuanto a seguridad en el hogar, contra incendios y seguridad vial. Los niños del grupo de Habilidades para la Vida mostraban también más confianza al

abordar una emergencia, exhibiendo tiempos de reacción más rápidos y un mayor rendimiento.

Pasos clave

- Recoger datos relativos a las lesiones para corroborar la necesidad.
- Elaborar un plan de negocio y realizar un estudio de viabilidad.
- Desarrollar una estructura organizacional de la gestión del programa.
- Realizar una consulta amplia con las partes clave implicadas, los grupos de la comunidad, las organizaciones profesionales y la audiencia objetivo acerca de los elementos a incluir en el pueblo.
- Construir el Centro.
- Contratar / captar y formar al personal tanto remunerado como voluntario.
- Desarrollar materiales educativos de apoyo, incluido un sitio web.
- Incorporar un proceso de evaluación en el desarrollo de los programas de operación.
- Llevar a cabo una campaña anual de recaudación de fondos para poder mantener el programa.

Lecciones aprendidas

Barreras

- Había pocos datos disponibles sobre lesiones, lo cual limitaba el posible argumentario a favor del pueblo y su evaluación posterior.
- Ninguna estrategia o política nacional en materia de lesiones aportarían apoyo y financiación a escala nacional.
- Ausencia de una fuente financiación estable a largo plazo.
- Limitaciones de tiempo del personal a cargo del desarrollo del programa.

Impulsores

- Firme apoyo local de múltiples sectores que aportaron financiación, apoyo en especie y pericia.

- Un historial de amplia asociación de trabajo con las partes implicadas clave, sobre una versión temporal del pueblo. Como resultado, las relaciones ya existían y era fácil acceder a la pericia en los diferentes campos que abarcaba el pueblo.
- Donación de un gran espacio céntrico para el pueblo libre de gastos de servicio / alquiler por al Ayuntamiento de la ciudad de Bristol.
- Cinco ejecutivos de alto nivel, que desarrollaron cada uno un área de trabajo con ayuda de un grupo de trabajo (p.e. contratación / captación y formación, recaudación de fondos).
- El Consejo de Administración, compuesto por los encargados del funcionamiento del programa, al igual que los altos ejecutivos, con potencial para influir y acceder a fondos.
- La Junta de las Organizaciones Miembros, que prestaron asesoramiento y apoyo financiero.
- El Patronato, con influencia para ayudar a aportar notoriedad.

Asesoramiento a los países / transferibilidad

- Desarrollar una estrategia de financiación que permita disponer de una base financiera sólida, que cumpla toda la legislación legal y financiera.
- Si el Centro ha de funcionar como Organización Benéfica registrada, asegurarse de que cumpla toda la legislación aplicable a este tipo de organizaciones.
- Habría que considerar la realización de una previsión financiera de ingresos y gastos correspondientes a un período de 3 años como mínimo. Esta previsión financiera asignaría los fondos necesarios para cubrir los costes de explotación y la dotación de una provisión para imprevistos / reservas.
- Confeccionar una política de financiación que defina los Sistemas de Gestión.
- Elaborar una Memoria y Balance Anual auditados.

- Cumplir las obligaciones financieras legales (p.e. declaraciones de la renta, sistemas de pago de sueldos).
- Trazar una estrategia para recaudar fondos, especialmente si no existe una fuente central de financiación a largo plazo. Esto garantiza la sostenibilidad del pueblo gracias a una planificación anticipada de las necesidades futuras de recursos.
- Desarrollar cometidos para trabajar en su consecución. Un análisis de camino crítico* clarificará los pasos necesarios para que este concepto sea una realidad, sirviendo de ayuda para decidir su viabilidad.
- Desarrollar la evaluación desde el comienzo. Los hallazgos constituyen un potente apalancamiento de fondos adicionales y aportan credibilidad.
- De ser posible, establecer un grupo de comparación, ya que esto reforzará los resultados.
- Desarrollar normas de calidad y un proceso de acreditación para el Centro. Esto supone que cuando múltiples centros estén establecidos, exista algún control que garantice la cobertura del mismo material, con el mismo nivel de calidad. Estudiar la posibilidad de desarrollar una organización nacional centralizada que supervise los centros dentro de un país.

Referencias, información adicional

1. Oxford University/ Oxford Brookes University Evaluation Team. (2003). An evaluation of the Lifeskills – Learning for Living programme. Research Report 187. Norwich: Health & Safety Executive. Available at: <http://www.hse.gov.uk/research/rrhtm/RR187.htm>

See also:

* El Análisis de Camino Crítico identifica aquellos cometidos que hay que llevar a cabo a su debido tiempo, con el fin de que la ejecución de todo el proyecto esté finalizada dentro de plazo, identificando también aquellos cometidos que se pueden retrasar durante algún tiempo en caso de que sea necesario reasignar los recursos.

The LASER Project – Good Practice Guidelines:
<http://www.rospa.com/safetyeducation/laser>

Approximately twice yearly, the Lifeskills group runs a Fact- Finding Day in order to provide those interested with more information. For further information, please contact Maggie Sims. <http://www.lifeskills-bristol.org.uk/>

Contacto

Name: Maggie Sims
Vice Chair
Lifeskills Management Board
Senior Health Promotion Specialist
- Injury Prevention
Schools for Health Co-ordinator
- South Gloucestershire

Address: South Gloucestershire Primary Care Trust
1 Monarch Court
Emerald Business Park
Emersons Green
South Gloucestershire
BS16 7FH
United Kingdom

Tel: +44 (0) 117 330 2429
Fax: +44 (0) 117 330 2482
E-mail: avonsafe@sglos-pct.nhs.uk



Sistema de Vigilancia de las Lesiones en todo Gales. (All Wales Injury Surveillance System – AWISS) Gales

NIVEL DE APLICACIÓN	Nacional
ENFOQUE	Vigilancia
ESCENARIO	Hospitales
AUDIENCIA OBJETIVO	Responsables de elaborar las políticas de salud pública, médicos, investigadores
IMPLICACIONES DE RECURSOS	€€€
BASE DE EVIDENCIA	La recogida y difusión de datos es de importancia vital en el seguimiento y evaluación de los programas de prevención de las lesiones, al igual que en el desarrollo de la política y la práctica en este campo. ^{1,2}

Antecedentes

El Sistema de Vigilancia de las Lesiones en todo Gales (AWISS) tiene por objeto recoger datos sobre todas las lesiones a partir de los departamentos de urgencias (A&E) de Gales, y calcular las tasas de eventos basados en la población.³

Los campos de datos AWISS incluyen los siguientes:

- Nombre
- Dirección
- Código postal
- Sexo
- Fecha de nacimiento
- Número de registro en urgencias (un único número para cada persona atendida en un hospital)
- Número de afiliación a la seguridad social (un único número para cada persona)
- Fuente que envía al paciente (el propio paciente, médico de cabecera, otro)
- Código del Médico de Cabecera (códigos de médico de cabecera o especialista a título individual)
- Atención en el colegio
- Ocupación
- Grupo étnico
- Hora del incidente
- Fecha del incidente
- Descripción inicial de la lesión de la que el paciente se queja (campo de texto que contiene con frecuencia información sobre síntomas, actividad, localización de la lesión y mecanismo lesional)
- Primera atención / atención sucesiva
- Modo de llegada (transporte privado, ambulancia, helicóptero)
- Lugar del accidente de tráfico
- Localización del accidente de tráfico
- Usuario implicado en accidente de tráfico
- Dispositivo de seguridad implicado en el accidente de tráfico
- Categoría de clasificación (puntuación de prioridad nacional de 5 puntos)
- Grupo de paciente (accidente, agresión, lesión autoinflingida)
- Tipo de incidente (hogar, lugar público, etc.)
- Localización del incidente (campo de texto que puede contener información sobre dirección, nombre de un establecimiento, etc., aunque también con frecuencia puede tener información sobre la actividad y el mecanismo de la lesión)
- Diagnósticos: 1 a 6
- Diagnóstico del sitio anatómico afectado: 1 a 6
- Lado del cuerpo: 1 a 6
- Tratamientos (varían por unidad)
- Investigaciones (varían por unidad)
- Medida adoptada (dado de alta, hospitalizado)
- Seguimiento (Urgencias, paciente ambulatorio, médico de cabecera, ninguno)

Antecedentes en materia de políticas / fuerza motriz

Establecido por recomendación del Foro de Planificación Sanitaria Galés, se implantó un sistema piloto en un condado de Gales. Como consecuencia del éxito del estudio piloto, se adoptó la decisión de ampliar este sistema a todo Gales. AWISS se inició en 1996, con financiación de la Asamblea Nacional para Gales.

En 1999, tras evaluar el valor de AWISS, la Asamblea Nacional para Gales recomendó su financiación permanente. Recomendaciones adicionales incluyeron que los datos se utilizasen para fijar los objetivos de reducción de las lesiones y someterlos a seguimiento, al igual que para incentivar iniciativas nacionales y locales, y que los datos se compartiesen y analizasen regularmente con otras instituciones, con el fin de hacer hincapié en el problema de las lesiones y desarrollar planes de acción interinstitucionales.

Partes implicadas

- Universidad de Gales
- Asamblea Nacional para Gales
- Hospitales

Finalidades y objetivos

- Recoger datos sobre morbilidad de las lesiones a escala de la población
- Utilizar los datos para:
 - Medir la magnitud del problema de las lesiones, con el fin de identificar áreas o un grupo con tasas especialmente altas de lesiones
 - Desarrollar e implantar iniciativas de prevención de las lesiones

Evaluación

En 2003, se estimaba que AWISS cubría el 80% de los 2,9 millones de habitantes de Gales por medio de una recogida de datos en 13 de los 17 departamentos de urgencias.⁴

El sistema de vigilancia fué investigado para ver si ofrecía información útil que fuese analizable de forma rutinaria y automática.⁴ Casi 100.000 registros cuyas fechas iban de enero de 1999 a junio de 2000, se utilizaron para desarrollar algoritmos automatizados.

Estos algoritmos se comprobaron con un nuevo conjunto de 50.000 registros. Este conjunto de datos se comparó posteriormente con un conjunto de datos de 50.000 registros sin algoritmos. En el conjunto de datos no narrativo, el 67,5% de las lesiones habían sido codificadas como “otras” o “desconocidas”, en comparación con el 49,5% del conjunto de datos narrativo.

Se identifica el incremento de las lesiones, especialmente en aquellos casos que presentaban una mayor severidad. Por ejemplo, en las lesiones relacionadas con el colegio, un 51,8% adicional de lesiones había sido identificado; en las lesiones experimentadas durante la práctica de deportes como el rugby y el fútbol, fueron iden-

tificados un 137,2% y un 86,8% más de lesiones, respectivamente.

AWISS ha puesto en marcha actividades de prevención de las lesiones en cierto número de áreas diferentes.³ Por ejemplo, el desarrollo de la iniciativa *Child Safe Penarte*; la identificación de los pubs y locales nocturnos con un número alto de agresiones y el desarrollo de intervenciones; el uso de material acolchado para reducir las lesiones relacionadas con el rugby, y el desarrollo de la Colaboración en materia de Prevención de Accidentes y Control de las Lesiones en Gales.

Pasos clave

- Conseguir que las partes clave implicadas comprendan la importancia de la vigilancia. Aquí están incluidos los responsables de elaborar las políticas, que acaso deseen disponer de datos para realizar su trabajo, los titulares de los datos (es decir, hospitales) y los sistemas de información (es decir, los organismos que tienen los datos nacionales, que podrían permitir la vinculación de los datos).
- Desarrollar un acuerdo acerca de aquello que se puede aportar (p.ej. los propios datos, informes basados en análisis de datos, etc.) y los plazos. Desarrollar una orientación sobre el uso e interpretación de los datos.
- La vigilancia tiene más probabilidades de continuar si los datos tienen múltiples usos (p.ej. identificación de la escala de los problemas, temas candentes, elección de los objetivos de las intervenciones y su evaluación). Un vínculo de investigación es tan valioso como un vínculo de política. Los datos pueden ser de gran importancia a la hora de influir en los políticos – demostrando la necesidad y sirviendo para sugerir y probar la eficacia de posibles soluciones.
- Seguir demostrando el valor y utilidad de los datos, ya que esto es clave para garantizar la continuación del apoyo y la financiación.

Lecciones aprendidas

Barreras

- Existe una variabilidad considerable entre los sistemas informáticos de los distintos hospitales y la cantidad de datos que recogen.
- Debido a que algunos residentes de Gales eligen acudir a los departamentos de urgencias en Inglaterra, algunas áreas no se captan por completo.
- La variabilidad de los datos y la cobertura del sistema suponen que la capacidad para comparar las áreas pueda ser limitada. Los análisis a escala nacional son relativamente imperfectos, aunque en algunas áreas permiten niveles más detallados de análisis.
- Nuevas interpretaciones de la Ley de Protección de Datos del Reino Unido de 1998 sostienen que se requiere el consentimiento del paciente para utilizar los datos más allá de lo necesario para los fines del tratamiento. Esto ha llevado a algunos hospitales a retirarse de AWISS. Está siendo implantada una solución en la que los datos se enviarían a otra organización dentro del Sistema de Salud galés que vincularía los datos con otros conjuntos de datos, eliminando los duplicados y anonimizándolos antes de enviarlos para su análisis.
- La recogida de datos no es obligatoria, lo cual permite que los hospitales se retiren del proceso. Sin embargo, está previsto que lo sea dentro de poco tiempo.
- Los recursos cubren solamente los gastos de análisis de los datos. Los hospitales no reciben recursos a efectos de la recogida de datos.

Impulsores

- Aprovechamiento de los datos ya recogidos por los departamentos de urgencias con fines de tratamiento
- Recogida de datos comunes suficientes en todos los hospitales, con el fin de permitir la agregación y la comparabilidad.



- Un paladín de AWISS participó también en la reunión del organismo que examina la información corporativa y toma las decisiones en materia de bases de datos nacionales.
- Recogida de datos relativos a todos los grupos de edad, debido a que los responsables de elaborar las políticas podrían estar interesados en diferentes grupos de edad en diferentes momentos. Esto garantiza que los datos sean siempre pertinentes.

Asesoramiento a los países / transferibilidad

Los miembros del equipo de AWISS participaron en dos proyectos europeos financiados por la Comisión destinados al desarrollo y comprobación de conjuntos de datos mínimos destinados a la vigilancia de las lesiones, y en EUROCOST – un sistema de valoración del coste médico de las lesiones en Europa.

Referencias, información adicional

1. Measuring and Monitoring Injury Working Group, Accidental Injury Task Force. (2002). Measuring and monitoring injury. London: Department of Health. <http://www.dh.gov.uk/as-setRoot/04/07/22/26/04072226.pdf>
2. World Health Organisation. (2005). Regional Committee for Europe Fifty-fifth Session: Injuries in the WHO European Region: Burden, challenges and policy response. Denmark: WHO Regional Office for Europe. Available at <http://www.euro.who.int/Document/RC55/edoc10.pdf>
3. Lyons, R. A., Jones, S., Kemp, A., et al. (2002). Development and use of a population based injury surveillance system: The All Wales Injury Surveillance System (AWISS). *InjuryPrevention*, 8, 83-86.
4. Jones, S. J., & Lyons, R. A. (2003). Routine narrative analysis as a screening tool to improve data quality. *Injury Prevention*, 9, 184-186.

See also:

<http://www.lshtm.ac.uk/docdat/records.php?t=records&id=AWISS>

Holder Y, Peden M, Krug E, Lund J, Gururaj G, Kobusinge O. *Injury Surveillance Guidelines*. Geneva: World

Health Organization, 2001. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/surveillance/surveillance_guidelines/en

Contacto

Name: Prof. Ronan Lyons
 Address: The School of Medicine
 University of Wales
 Swansea Grove Building
 Singleton Park
 Swansea SA2 8PP
 UK
 Tel: +44 (0)1792 513485
 Fax: +44 (0) 1792 513430
 E-mail: r.a.lyons@swansea.ac.uk



Agradecimientos

Queremos expresar nuestro reconocimiento al equipo que desarrolló y escribió esta guía- Morag MacKay, Joanne Vincenten, Mariana Brussoni y Liz Towner. Agradecemos también a Matilde Sengoelge por su ayuda en la localización de los trabajos referenciados, a Sharon Marie Mavko y Curtis Edwards por el diseño y trazado, al grupo de expertos del proyecto del Plan de Acción para la Seguridad Infantil y a los consejeros técnicos Maryam Farzanegan, Genon Jonson, Leda Temer, Francesca Racioppi, Michael Rugby, Dinesh Sethi and Liz Towner por las conversaciones previas así como a los demás participantes del CSAP, por su contribución como revisores.

Queremos agradecer también el trabajo de Mariana Brussoni por sus entrevistas y actualizaciones para realizar el estudio de los casos de buenas prácticas y a todos los que dieron su tiempo para la identificación de los casos estudiados.

A pesar de que este documento está destinado a los profesionales sanitarios, agentes y responsables de las decisiones políticas, fue desarrollado como parte del Proyecto Plan de Acción para la Seguridad Infantil (CSAP), una respuesta de la Alianza Europea para la Seguridad Infantil al Objetivo Prioritario Regional II del Plan de Acción para la Salud y el Entorno Europeo (CHEAPE). Agradecemos esta iniciativa como una de las principales directrices para aumentar la preocupación por las lesiones en la infancia en Europa y a todos aquellos involucrados en el apoyo al CSAP.

El patrón utilizado para el estudio de los casos es el resultado de la revisión de varios formatos de estudio de casos existentes, pero queremos agradecer especialmente a la OMS, que compartió el formato que utilizaron en el resumen del libro de estudio de casos para el CHEAPE.

Los fondos para la realización de este estudio fueron aportados por la Comisión Europea, el Programa de Salud Pública, Eurosafe- la Asociación para la Prevención de Lesiones y la Promoción de la Seguridad en Europa, la Universidad del Oeste de Inglaterra y Jhonson & Jhonson en Europa.

La edición para España fue traducida por el Ministerio de Sanidad y Consumo, con la revisión técnica de Vicenta Lizarbe y María Antonia Astorga de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad y Consumo y Jorge Parise, de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica y de la AEP. Agradecemos el trabajo desarrollado por María del Rosario Bris por la transcripción y revisión final de este documento.



Guía de Buenas Prácticas de Seguridad Infantil:

Buenas inversiones en la prevención de las lesiones infantiles involuntarias y la promoción de la seguridad infantil

La necesidad de saber qué funciona es cada día mayor entre aquellos que trabajan para reducir la carga de las lesiones involuntarias entre los niños europeos. Un uso acertado de la evidencia es decisivo para hacer frente a esta necesidad. Saber “qué funciona” es la esencia del desarrollo de buenas políticas y programas. Esta Guía de Buenas Prácticas de Seguridad Infantil ha sido desarrollada sobre la base de trabajo previamente realizado por la Alianza Europea de Seguridad Infantil y por investigadores en seguridad infantil de todo el mundo, constituyendo un paso más de apoyo a los Estados miembros en su avance hacia buenas prácticas basadas en evidencia.

Esta Guía tiene por objeto permitir que los Estados miembros examinen opciones de estrategias destinadas a abordar las lesiones infantiles involuntarias, dejando de lado aquello que “siempre se ha hecho”, para avanzar hacia buenas inversiones – estrategias que se sabe que funcionan o que ofrezcan la mayor probabilidad de éxito. Estas estrategias aparecen destacadas en las tablas “a simple vista”, que aportan declaraciones de evidencia referenciadas y puntos de transferencia y aplicación. Organizadas por categorías de lesiones en las 3 E’s (Engineering – Ingeniería; Enforcement – Vigilancia del cumplimiento; Education – Educación), estas tablas permiten que los lectores identifiquen con rapidez buenas prácticas basadas en evidencia, al igual que las mejores inversiones con vistas a ejercer un impacto real en las lesiones infantiles. Como tal, esta Guía sirve asimismo de herramienta para incrementar el conocimiento y comunicar aquellas estrategias / intervenciones que tengan una base de evidencia. Aporta también asesoramiento práctico acerca de cómo utilizar buenas prácticas en la planificación estratégica y de la acción de la prevención de las lesiones involuntarias y la promoción de la seguridad, haciendo hincapié en la importancia de dedicar tiempo a abordar las cuestiones de transferibilidad antes de proceder a la selección final de las estrategias. A esto se añade que, cuando han estado disponibles, ejemplos de éxitos en el “mundo real” en al menos un escenario europeo han sido incluidos a modo de herramientas de aprendizaje para aquellos que estén considerando la incorporación, transferencia y aplicación de estrategias / intervenciones seleccionadas.



World Health Organization -
Regional Office for Europe



United Nations
Children's Fund



European Public Health
Alliance (EPHA)



and with the support of
the European Commission