



© Digital Vision

Prioridades para

# LA SEGURIDAD INFANTIL

en la Unión Europea



## Plan de Acción





© Digital Vision

Texto o parte del texto puede ser copiado, indicando el título de la publicación y la dirección del editor

ISDN 90-6788 - 277 - 1 según la impresión  
Junio 2004

Photos © Digital Vision



European Child Safety Alliance  
PO Box 75169  
1070 AD Amsterdam  
Países Bajos  
Teléfono +31 20 511 4513  
Fax +31 20 511 4510  
E-mail: [secretariatchildsafety@ecosa.org](mailto:secretariatchildsafety@ecosa.org)  
[www.childsafetyeurope.org](http://www.childsafetyeurope.org)

En la Unión Europea mueren  
más niños por lesiones que  
por la suma de todas las demás  
enfermedades infantiles.  
Hagámosle frente a lo que está  
matando a nuestros niños hoy.



La Alianza Europea para la Seguridad Infantil es una iniciativa de la Asociación Europea para la Seguridad del Consumidor para avanzar en la prevención de lesiones en la infancia en Europa.

## ¿Quién es la Alianza?



© Digital Vision

La Alianza es el catalizador europeo a través del cual se facilitan las actividades de las organizaciones nacionales e internacionales relacionadas con la prevención de accidentes en la infancia, en primer lugar para estimular la búsqueda y aplicación de políticas adecuadas y provocar cambios profundos y en segundo término para establecer una red de comunicación para compartir programas efectivos, mejores prácticas y la información requerida a lo largo de Europa. Para conseguir estos objetivos, la Alianza desarrolla actividades que incluyen estudios de investigación en accidentes en la infancia, publicación de comunicaciones y recomendaciones que, en definitiva, pueden mejorar la calidad de vida de los niños de nuestro entorno. La orientación de la Alianza está dirigida por el grupo de expertos que representan a los 25 Estados Miembros de la Unión Europea y organizaciones afiliadas; también participan observadores de Estados aspirantes a ingresar en la UE, y de países asociados a la misma.

Nuestra ambición es hacer la vida  
**más segura para los niños**  
en Europa.

¿Qué queremos **Conseguir?**



© Digital Vision

Este Plan de Acción de "Prioridades para la Seguridad Infantil" ha sido preparado para conseguir los siguientes cuatro objetivos:

1. Aumentar la toma de conciencia y el conocimiento de la magnitud de las lesiones infantiles en la UE y las oportunidades para ayudar en su reducción.
2. Revisar las estructuras, disposiciones legales y regulaciones ya establecidas en la UE en relación con las lesiones infantiles y las limitaciones y desafíos actuales.
3. Perfilar la infraestructura necesaria y los procedimientos y soportes requeridos para tratar las lesiones infantiles de manera más efectiva y eficaz.
4. Hacer recomendaciones específicas al Parlamento Europeo, a la Comisión Europea y a los Estados Miembros para financiar la prevención de lesiones en la infancia, en la UE.

Para el propósito de este informe, nos referiremos a las estadísticas de 1996 a 2000, que recogen las muertes por lesiones intencionales y no intencionales en niños de 0 a 14 años, basados en los códigos de la OMS sobre mortalidad predominante en los Estados Miembros de la UE (los datos 1996-2000 son los datos disponibles más recientes sobre lesiones y actualmente no existen datos en la O.M.S. acerca de un grupo etario de 0 a 18 años). En la base de datos de la OMS no hay datos correspondientes a Chipre.

Los Niños son los miembros más jóvenes y más vulnerables de nuestra sociedad, y con frecuencia su voz no es escuchada

¿Por qué acción para la seguridad infantil?



© Digital Vision

La Convención de las Naciones Unidas para los Derechos de la Infancia ha iniciado una nueva interpretación basada en el respeto de los niños y sus necesidades y derechos, desde el nacimiento hasta los 18 años. La Convención subraya la responsabilidad social de proteger a los niños y proveer los servicios y ayuda necesarios para ellos. Esto incluye naturalmente a la causa principal de muerte e incapacidad en la infancia: las lesiones.

La Convención declara que los niños tienen el derecho a recibir los niveles más altos de atención y salud y el derecho a un ambiente seguro<sup>1</sup>. Por lo tanto, tenemos el deber de asegurar el derecho a la seguridad infantil, por las siguientes razones:

- Los niños no tienen acceso a una información adecuada, no son capaces de entender todo el significado de dicha información, aunque la hayan recibido, acerca de los productos que usan y del entorno en el que viven, juegan y se desplazan.
- Con frecuencia muchos de los ambientes en los cuales deben estar, como carreteras, escuelas, áreas de juego e incluso sus hogares, no han sido elegidos por ellos o por sus padres. Las condiciones socio-económicas en las que viven determinan en gran parte estas opciones.
- Los niños y sus padres no pueden evaluar el peligro potencial de muchos productos de la tecnología moderna, especialmente los químicos.

Así resulta imperativo para nuestra sociedad el establecer la seguridad infantil como un derecho humano fundamental.

# LESIONES

Las Lesiones son actualmente la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo desarrollado.



© Digital Vision

Según la Organización Mundial de la Salud, casi 6 millones de personas murieron en el mundo a consecuencia de lesiones en el año 2002 y se cree que en el año 2020 serán 8,4 millones los fallecidos por esta causa, aumentando la gravedad de las lesiones en todas las poblaciones. En la Unión Europea, aproximadamente 200.000 personas mueren cada año a causa de lesiones y muchas más sufren lesiones no mortales, con incapacidad permanente o temporal.

Las lesiones son la principal causa de muerte en la infancia en Europa y entre 1 y 14 años de vida ocurre una muerte por lesión en un ratio dos veces superior a la muerte por cáncer, u ocho veces a las producidas por enfermedades respiratorias<sup>2</sup>. Las lesiones son la principal carga ambiental para los niños, comparada con la contaminación dentro o fuera de sus casas: agua, higiene y saneamiento o contaminantes principales<sup>3</sup>.  
¿Cuántos días y vidas serán necesarios para que finalmente hagamos un propósito común para cambiar esto?

## El impacto de las lesiones infantiles más allá de la muerte

Resulta estremecedor comprobar que la muerte de un niño por lesiones es sólo la punta del iceberg y cuando analizamos la verdadera dimensión del problema, vemos que se multiplica exponencialmente. No existen actualmente datos comparables y coordinados en la UE referentes a ingresos hospitalarios y visitas a Urgencias, pero investigaciones en Holanda revelan que por cada muerte de un niño que se produce sólo por lesiones en áreas de juego o en el hogar, otros 160 ingresan en Hospitales con una lesión traumática grave y otros 2000 niños son tratados en servicios de Urgencias. Muchos miles más son atendidos por sus pediatras o en centros de salud por lesiones menos graves<sup>4</sup>. Si aplicamos este ratio de lesiones en toda la UE, tenemos una mejor apreciación de la magnitud del problema. Cada día 14 niños mueren, 2.240 ingresan en hospitales, y otros 28.000 reciben tratamiento en departamentos de emergencia o salas de urgencias. Este es un cálculo por lo bajo, ya que la proporción se refiere sólo a accidentes domésticos y en áreas de juego infantiles y se calcula sobre tasas de las lesiones en Holanda, país con menos índice de lesiones que otros países miembros de la UE. Con un tema de salud de esta magnitud, son esenciales acciones coordinadas para alcanzar cierto nivel de éxito.

Fuente: Instituto para la Seguridad del Consumidor 2000

La carga de la muerte por lesiones en la infancia se distribuye también a distintos niveles. Hay el impacto económico de la gestión y el tratamiento de las lesiones. Si bien no hay datos definitivos para la UE, se estima que la carga socioeconómica de todas las lesiones en toda Europa es casi de 400.000 millones de Euros anualmente. Esto representa un coste enorme para la economía europea cada año, que es más de cuatro veces el presupuesto total de la UE<sup>5</sup>. Con la muerte de un niño se pierden también a los más jóvenes de nuestra sociedad y a aquellos que tienen por delante mayor número de años para contribuir como individuos sanos, capaces. Más importante aún, la muerte de un niño tiene efectos devastadores sobre su familia, destruyendo a veces la misma unidad familiar.



## La "Pirámide" de Lesiones



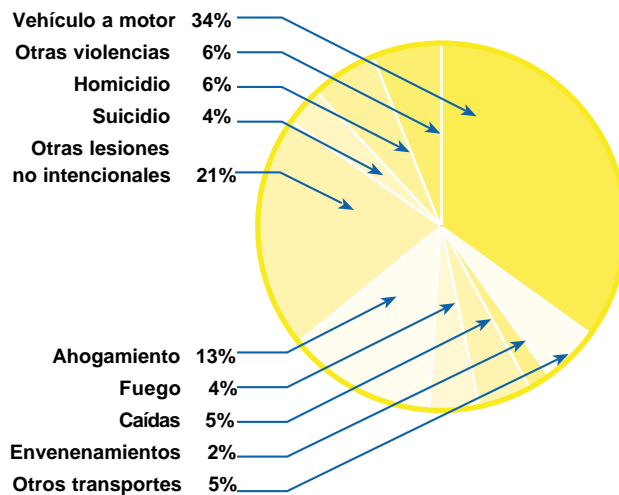
¿Qué está matando a nuestros niños?



Las principales causas de muerte por lesiones en la UE, son las mismas en todos los Estados Miembros: accidentes de tráfico, ahogamientos, homicidios, caídas, quemaduras y suicidios, pero la distribución de las lesiones y cómo éstas se producen, determinan perfiles propios de cada miembro de la Unión Europea.

### Principales causas de muerte por lesiones infantiles (0-14 años) en la UE

Fuente: WHO World Health Statistics Annual 1996-2000



# Lesiones en la infancia en Europa; ¿cómo comparamos?

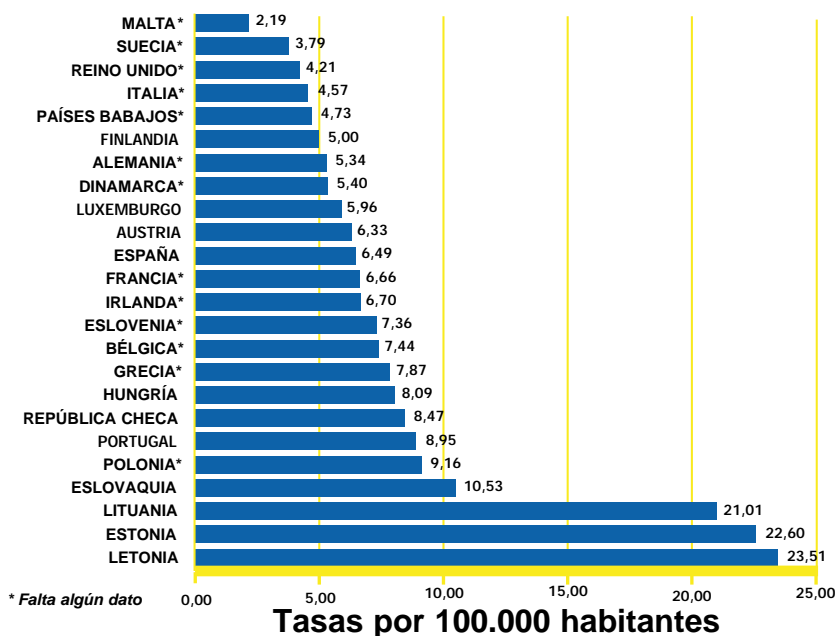
En la UE ampliada a 25 Estados Miembros existe una gran diferencia entre los países con menor índice de mortalidad infantil y aquellos que se encuentran en el pie de la escala con un ratio de lesiones 10 veces mayor.

Los nuevos miembros de la UE son en general, a excepción de Malta y Eslovenia, los que tienen índices más elevados de mortalidad infantil por lesiones. En los últimos 20 años, la mortalidad global por lesiones en la infancia ha disminuido, pero no a la misma velocidad en muchos países y desde luego no tan rápidamente como sucedió en el pasado con la erradicación de muchas enfermedades infantiles<sup>6</sup>.

Si la UE está comprometida en reducir las diferencias en la calidad de vida entre los habitantes de los Estados Miembros, deberán establecerse compromisos serios para disminuir la mortalidad infantil por lesiones en el futuro inmediato en toda Europa. Para la mayoría de los países, los accidentes de tráfico son la primera causa de muerte por lesiones en la infancia, mientras que en algunos Estados de Europa Central y del Este, los ahogamientos están en primer lugar. La tercera causa varía según los países entre los homicidios, las caídas y las lesiones por fuego.

## Mortalidad Infatil por Lesiones (0-14 años) en la Unión Europea

Fuente: WHO 1996-2000 Promedio de Fuentes Nacionales



## Principales causas de mortalidad infantil por lesiones(0-14 años) en cada país

Fuente: OMS 1996-2000 Promedio de Fuentes Nacionales

	Vehículo a Motor	Otras lesiones no intencionales	Anegamientos	Homicidio	Otras violencias	Caldas	Suicidio	Fuego	Otros transportes	Envenenamientos	
ALEMANIA	34%	17%	13%	9%	4%	5%	5%	6%	6%	1%	(1996-1999)
AUSTRIA	27%	20%	14%	10%	10%	6%	4%	4%	3%	1%	(1996-2000)
BELGICA	34%	15%	11%	8%	8%	5%	3%	9%	2%	4%	(1996)
DINAMARCA	52%	15%	7%	7%	1%	3%	3%	3%	6%	2%	(1996-1998)
ESLOVAQUIA	1%	32%	2%	3%	6%	2%	4%	0%	49%	1%	(1996-2000)
ESLOVENIA	16%	9%	31%	3%	0%	21%	6%	7%	3%	4%	(1996-1999)
ESPAÑA	48%	21%	13%	2%	0%	6%	2%	3%	2%	2%	(1996-2000)
ESTONIA	22%	25%	26%	5%	1%	4%	5%	10%	1%	2%	(1996-2000)
FINLANDIA	28%	13%	22%	10%	1%	3%	6%	4%	12%	0%	(1996-2000)
FRANCIA	37%	25%	9%	6%	10%	4%	3%	4%	1%	1%	(1996-1999)
GRECIA	51%	28%	9%	3%	0%	3%	1%	2%	1%	2%	(1996-1999)
HUNGRIA	26%	22%	17%	11%	2%	4%	4%	4%	7%	3%	(1996-2000)
IRLANDA	47%	16%	9%	2%	0%	4%	5%	9%	4%	3%	(1996-1999)
ITALIA	47%	24%	8%	3%	2%	7%	3%	1%	3%	2%	(1996-1999)
LETONIA	20%	17%	32%	7%	4%	2%	3%	9%	2%	4%	(1996-2000)
LITUANIA	23%	20%	28%	6%	3%	3%	3%	5%	3%	6%	(1996-2000)
LUXEMBURGO	50%	23%	4%	0%	8%	8%	8%	0%	0%	0%	(1996-2000)
MALTA	43%	29%	14%	14%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	(1996-1999)
PAÍSES BAJOS	36%	15%	19%	10%	1%	5%	6%	3%	5%	0%	(1996-1999)
POLONIA	37%	17%	17%	4%	5%	4%	6%	2%	5%	3%	(1996-2000)
PORTUGAL	39%	17%	3%	3%	28%	4%	1%	4%	1%	1%	(1996,1999,2000)
REINO UNIDO	33%	21%	7%	9%	11%	4%	1%	9%	3%	2%	(1996-1999)
REPUBLICA CHECA	17%	24%	15%	4%	6%	5%	4%	2%	19%	3%	(1996-2000)
SUECIA	37%	18%	13%	6%	3%	2%	5%	8%	6%	0%	(1996-1999)

## ¿cómo comparamos?



© Digital Vision

Es esencial disponer oportunamente de datos actualizados y coordinados a nivel nacional y europeo para acceder al cuadro de lesiones en cada país y poder evaluar los progresos en el futuro.

Entre los 25 Estados Miembros, existe una gran variabilidad en la recolección de datos acerca de las lesiones que se producen y la disponibilidad y exactitud de estos datos dependen del compromiso de cada país de una monitorización adecuada en este proceso. La comunicación de datos a la UE caduca cada 4 años o más. Es muy difícil acceder al estado actual de los asuntos o convencer a los políticos de una acción necesaria con una información poco actualizada. ¿Se podría gestionar una cuenta bancaria con una actualización de hace 4 años?.

Es necesaria una base de datos representativa del país y estandarizada a lo largo de Europa, que incluya todas las lesiones mortales y severas que requieran ingreso. Existe una clasificación de lesiones pero no los fondos necesarios para hacerla operativa en el ámbito europeo o en todos sus Estados Miembros.

## Prevenible y rentable



© Digital Vision

No solamente las lesiones son prevenibles; las medidas de seguridad pueden proporcionar un "Retorno de la Inversión" (ROI). Las estrategias comprobadas de prevención de accidentes, han venido a demostrar que son una buena inversión, no sólo por el beneficio en salud y protección infantil, sino además en ganancias financieras. La prevención de las lesiones produce un buen sentido comercial <sup>7</sup>.

<b>1 € gastado en alarmas de humo</b>	<b>ahorra 69€</b>
<b>1 € gastado en cascos de bicicleta</b>	<b>ahorra 29€</b>
<b>1 € gastado en asientos de seguridad infantil</b>	<b>ahorra 32€</b>
<b>1 € gastado en mejoras de seguridad vial</b>	<b>ahorra 3€</b>
<b>1 € gastado en consejos de prevención por el pediatra</b>	<b>ahorra 10€</b>
<b>1 € gastado en servicios de control de intoxicaciones</b>	<b>ahorra 7€</b>

Fuente: CDC, 2000

## Todavía la lesión es un problema mayor de salud, que es prevenible

Hay estrategias de prevención que han tenido éxito en la prevención y reducción de muertes y hospitalizaciones. Las estrategias más efectivas tienden a ser aquellas que incluyen políticas de Salud Pública basadas en el diseño correcto de ambientes y productos y que además se comunican adecuadamente al público, a través de diversos métodos de educación.



# Accidentes de Tráfico

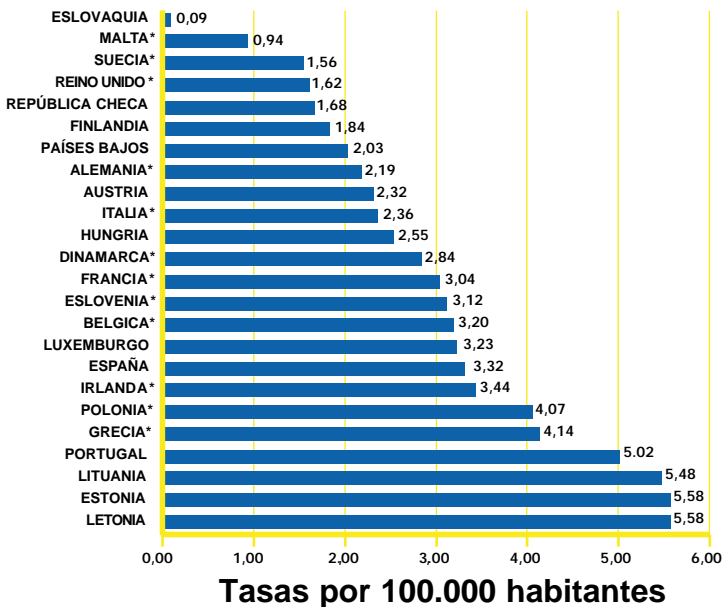
En el conjunto de la UE, el 34% de las muertes infantiles por lesiones, se deben a accidentes de tráfico, que incluyen a los peatones, ciclistas y pasajeros de vehículos motorizados. Su distribución varía de forma importante según los países <sup>2</sup>. Hay casi 10 veces más posibilidades de que ocurra una muerte infantil por accidente de tráfico en Letonia, Estonia y Lituania que en Eslovenia o Malta. Ya que ésta es la primera causa de muerte infantil para la mayoría de los Estados Miembros, es evidente que aquel que mejor controle esa área va a obtener buenos resultados en la reducción de muertes y lesiones infantiles.

Se han realizado múltiples intervenciones y trabajos de prevención en el área de accidentes de tráfico en muchos países en el mundo. Es siempre difícil transferir simplemente una estrategia desde una localización geográfica a otra sin las adaptaciones culturales previas en prevención de lesiones y asegurar así su eficacia. Sin embargo, hay evidencia de que se podrían salvar más vidas en carreteras de Europa si se adoptaran las siguientes medidas:

- **Reducción de los límites de velocidad:** La introducción de límites de velocidad a 32 Km por hora en determinadas zonas del Reino Unido, redujo en un 48 % los accidentes de tráfico infantiles que involucraban a ciclistas y una reducción del 70% de niños fallecidos como peatones <sup>8</sup>.
- **Tráfico en calma:** Disminución del 60% de los accidentes de tráfico en las zonas de 30 Km por hora de límite de velocidad <sup>9</sup>.
- **Frontal de los coches más seguros para peatones y ciclistas:** Se calcula que 2.100 muertes y 18.000 lesiones graves en peatones y ciclistas en todas las edades se podrían evitar anualmente en la UE <sup>9</sup>.
- **Medios de fijación infantiles en los coches:** Cuando se usan adecuadamente, demuestran un factor reductor de lesiones de un 90 a 95% si van en sentido contrario a la marcha y de un 60% si van en el sentido de la marcha del vehículo <sup>9</sup>.
- **Mantener el sentido inverso más tiempo:** Retrasar esta posición hasta los tres años, aumenta la protección hasta 5 veces con relación a los que van en el sentido de la marcha <sup>10</sup>.
- **Cascos en bicicleta:** Correctamente fijados, reducen el riesgo de lesión craneal y cerebral entre un 63 y 88% <sup>11</sup>.
- **Campañas educativas:** Mensajes claves en el uso de medios de fijación y de cascos para ciclistas han mostrado cambios en los comportamientos habituales <sup>12</sup>.

## Mortalidad infantil por Accidentes de tráfico en la UE (0 - 14 años)

Fuente: WHO 1996-2000 Promedio de Fuentes Nacionales



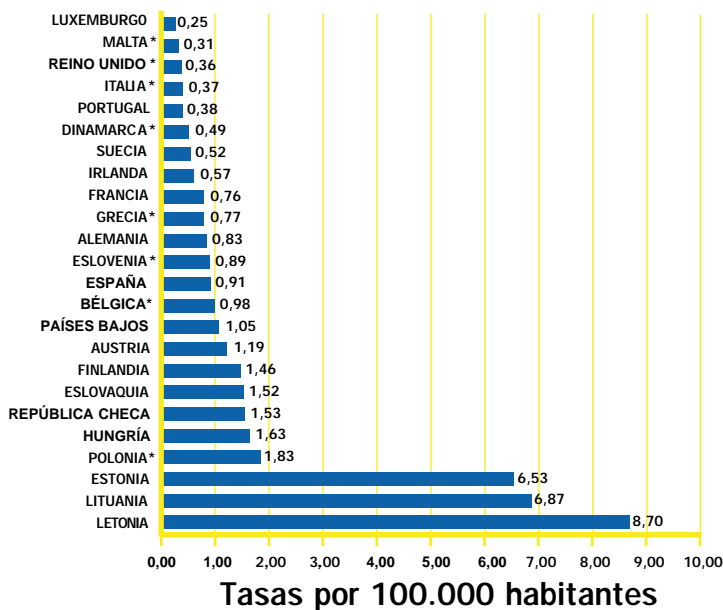
# 2 Ahogamientos

Es la segunda causa de muerte infantil en la UE. Más del 70 % de las víctimas son varones y los más vulnerables son niños de 1 a 4 años <sup>2</sup>. El episodio coge por sorpresa a muchas personas, pues es silencioso, sucede en segundos, a veces con sólo dos centímetros de agua. En Holanda se ha calculado que por cada muerte por ahogamiento en la infancia, aproximadamente 140 niños son hospitalizados y otros 20 son atendidos en Urgencias y dados de alta.<sup>13</sup>

Sin embargo, entre los que sufren inmersión con pérdida de conciencia, la mortalidad llega al 50%. La reanimación inmediata es crítica para la supervivencia. La probabilidad de supervivencia de un niño que ha sufrido una inmersión, estará determinada por lo que sucede en los primeros 10 minutos. La conciencia se pierde aproximadamente a los 2 minutos. El daño cerebral irreversible se produce después de 4 a 6 minutos y su pronóstico depende del estado en que llega al servicio de urgencias. Los cuidados médicos intensivos parecen tener poca influencia en el pronóstico.<sup>14</sup> Por lo tanto, la **prevención** es el arma principal que tenemos para reducir la mortalidad y los ingresos por ahogamiento. Durante el 2003, se realizó en 18 países de la UE una campaña de prevención de ahogamientos.

## Muertes infantiles por Ahogamientos En la UE (0-14 años)

Fuente: WHO 1996-2000 Promedio de Fuentes Nacionales



\* Falta algún dato

El tipo e incidencia de ahogamientos varía según la edad y la región geográfica donde ocurre, pero los lugares comunes son: las bañeras, piscinas, estanques, arroyos, lagos o ríos y el mar. La prevención de ahogamientos requiere mucho trabajo todavía. Si bien existen muchos estudios epidemiológicos, pocos se realizan evaluando el resultado de las medidas que se toman y son escasas las que han demostrado su eficacia. Las medidas de prevención que muestran aspectos prometedores incluyen:

- **Vallas en las piscinas:** Las piscinas privadas valladas proveen un 95% más de protección ante un ahogamiento.<sup>14</sup>
- **Flotadores individuales, detectores, clases de natación, supervisión de los padres y socorristas** son medidas que todavía no han sido evaluadas adecuadamente.



# Homicidios

Constituyen la tercera causa de muerte por lesiones en niños de 0 a 14 años en la UE. La OMS define el homicidio como lesiones fatales provocadas por otra persona, con intención de lesionar o matar de cualquier manera. Los índices de homicidio se atribuyen a distintos factores, incluyendo desigualdades socio-económicas, disponibilidad de armas letales y creencias y actitudes culturales <sup>2</sup>. La prevalencia del riesgo de homicidio en la infancia está mal evaluada aun en la UE, pero hay dos modalidades más frecuentes: La primera es la del padre que dispara sobre todos sus niños, suicidándose después.

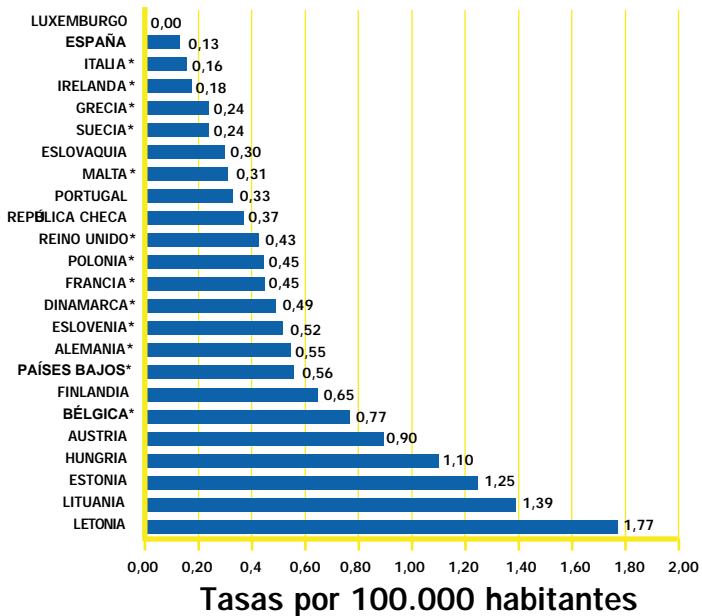
La segunda es el maltrato infantil “fatal” e involucra a niños de corta edad, cuya causa de muerte es el resultado de traumatismos encefálicos por palizas o sacudidas severas. Cuando se trata de recién nacidos, si se conoce la identidad de la madre, suele ser ella la responsable. En niños mayores, las víctimas suelen fallecer en su casa y conocían al agresor <sup>15</sup>. El nivel socio-económico de los padres suele ser el determinante principal del homicidio infantil <sup>16</sup>.

El número de muertes relacionadas con la violencia en la UE es inaceptablemente alto. Se hacen necesarios de inmediato una prevención coordinada y esfuerzos para controlar la situación.

Las mejores estrategias y planes basados en buenas prácticas que demuestran mejorar esta situación en todo el mundo y que deben ser implementadas en los Estados Miembros incluyen:

## Muertes infantiles por Homicidio en la UE (0-14 años)

Fuente: OMS 1996-2000 Promedio de Fuentes Nacionales



- **Mejorar los sistemas de vigilancia** para monitorizar la incidencia y prevalencia de los sucesos relacionados con la violencia.
- **Establecer una red internacional** para compartir información y recursos destinados a programas de investigación en prevención.
- **Desarrollar una agenda global** para identificar y priorizar las necesidades de investigación.
- **Dirigir programas nacionales** para descubrir los factores que hacen que se proteja la violencia.
- **Aplicar las políticas de intervenciones** que ayudan a disminuir el riesgo de estar expuesto a la violencia y promover la no-violencia <sup>17</sup>.

\* Falta algún dato





# Caídas

Las caídas constituyen la cuarta causa de muerte por lesiones en niños en la UE<sup>2</sup>. En los países Europeos, donde se registran los ingresos y las visitas a departamentos de urgencia, vemos que las caídas en los niños son el motivo principal de consulta. El tipo más común de caídas que requieren ingreso, son aquellas que se producen desde un nivel a otro, tales como los cambiadores de bebés, escaleras, sillas, camas y literas, ventanas, balcones y juegos en parques.

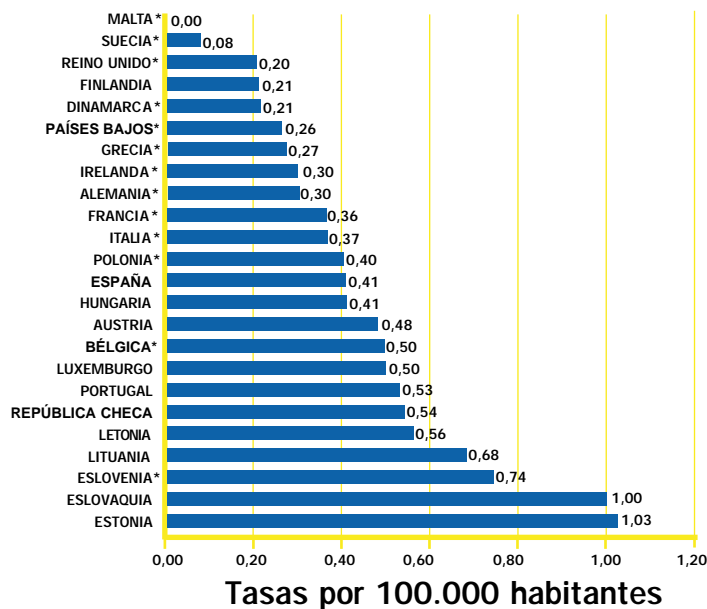
Los tacatás o andadores son causa frecuente de lesiones en niños pequeños, atribuible a su movilidad y velocidad exageradas; los niños suelen caerse por las escaleras o sufren quemaduras al tirar comidas calientes o bebidas que les caen encima. Se intenta modificar los diseños, pero hasta el momento, siguen existiendo estos productos en el mercado, muy peligrosos para los niños. La eliminación de los andadores es la estrategia más segura hoy en día <sup>14</sup>.

Las caídas que producen la muerte o lesiones severas, se deben generalmente a precipitaciones desde segundos pisos o ventanas altas, balcones y escaleras<sup>12</sup>.

Si bien se sabe mucho acerca de lesiones por caídas, pocas estrategias han sido adecuadamente examinadas para prevenirlas en los niños. Siendo la primera causa de ingresos hospitalarios en la UE, deberían realizarse más y mejores esfuerzos para adoptar medidas basadas en el sentido común, tales como cambiar los pañales en niveles bajos y adoptando las siguientes medidas demostradas como más seguras:

## Muertes infantiles por Caídas en la UE (0-14 años)

Fuente: WHO 1996-2000 Promedio de Fuentes Nacionales



\* Falta algún dato

- **Puertas en las escaleras:** Colocadas en el extremo superior, demuestran su utilidad para prevenir caídas de niños.<sup>12</sup>
- **Actuaciones en los parques:** La utilización de materiales absorbentes en los suelos y adecuando la altura de los aparatos de juego según las edades, aporta más seguridad y disminuye el número de lesiones graves por caídas<sup>12</sup>.
- **Barras en las ventanas:** Las precipitaciones denunciadas disminuyen un 31% y las muertes por caída desde ventanas en un 35%.<sup>14</sup>
- **Refuerzo de las habilidades motrices:** Es una buena estrategia para prevenir caídas, pero necesita más investigación.

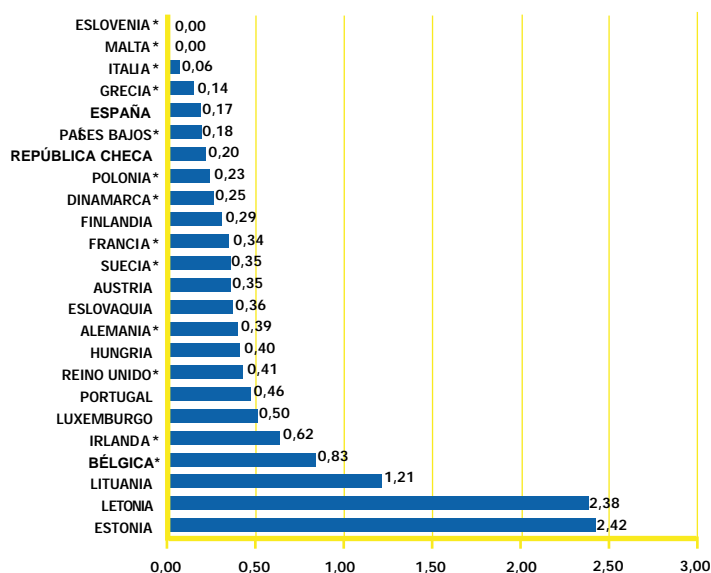


# Quemaduras y Escaldaduras

Las quemaduras y escaldaduras comparten con el suicidio el quinto lugar como causa de muerte en niños en la UE. Las quemaduras severas requieren múltiples ingresos y tratamientos muy prolongados y pueden producir discapacidad y desfiguración importantes. Más del 55% de las quemaduras afectan a varones con escaldaduras y quemaduras por contacto, predominantemente en varones menores de dos años<sup>2</sup>. La causa principal de muerte por quemaduras es el fuego en los incendios en los hogares. Cientos de niños sufren quemaduras y escaldaduras al derramarse líquidos calientes y agua del grifo, tocando objetos calientes como planchas o radiadores o utilizando cerillas o mecheros abandonados por los adultos.

## Muertes infantiles por Quemaduras con fuego en la UE (0-14 años)

Fuente: WHO 1996-2000 Promedio de Fuentes Nacionales



Tasas por 100.000 habitantes

En el Reino Unido, por ejemplo, más de 5.000 incendios son causados anualmente por niños menores de 10 años. En Europa, los incendios fatales para niños producidos por el mal uso de mecheros de cigarrillos, cuestan a los contribuyentes 95 millones de Euros cada año<sup>5</sup>. Las hospitalizaciones debidas a quemaduras y sus cicatrices que duran toda la vida son todavía más costosas y tienen un efecto devastador para siempre.

La tecnología moderna aporta soluciones con el diseño de productos adecuados pero, como en otros casos, debemos asegurarnos de su uso correcto y continuado. Las quemaduras y escaldaduras podrían disminuir en Europa si las medidas siguientes fueran aplicadas, promovidas y cumplidas por el público:

- **Detectores de humo:** efectivos, fiables y baratos. Han demostrado reducir los fuegos en los hogares en un 71% con las baterías en actividad<sup>14</sup>.
- **Regulación de la temperatura del agua:** La legislación que obliga a que el agua precalentada no supere los 54 grados en todos los sistemas de calentamiento, ha demostrado ser más eficaz que los consejos a los padres para que templen el agua antes de utilizarla en sus niños<sup>14</sup>.
- **Mecheros niño-resistentes:** Las muertes por fuego disminuyeron un 43% con estos dispositivos y se ahorraron 125 millones de dólares anuales a los contribuyentes en los Estados Unidos.
- **Ropas no inflamables:** Los ingresos hospitalarios debidos a lesiones por la ignición de la ropa de dormir disminuyeron un 75% con el Acuerdo de Telas No Inflamables en 1972 en los Estados Unidos<sup>14</sup>.

# 5

## Suicidio

El suicidio comparte con las quemaduras y escaldaduras, el 5º lugar como causa de muerte por lesiones en la infancia en la UE. El suicidio se define como la muerte por lesiones cuando existe una evidencia de que han sido auto-infligidas y que el individuo ha querido quitarse la vida <sup>20</sup>.

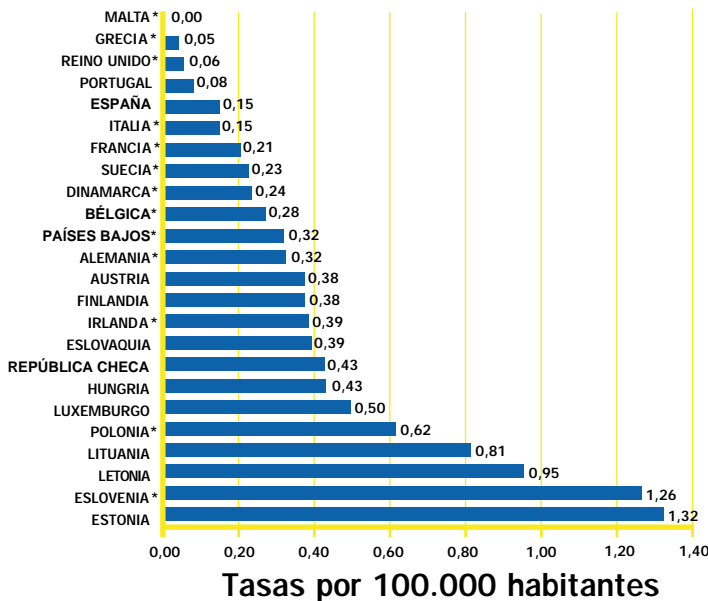
Las mujeres lo intentan con más frecuencia, pero los hombres tienen más éxito en el intento. El intento de suicidio de un niño o un joven es tan angustiante que les impide ver que hay otras opciones mejores que podrían adoptar <sup>21</sup>.

Su dolor emocional puede estar relacionado con conflictos familiares, escolares o en sus relaciones interpersonales, con abuso sexual o emocional y con el estrés <sup>22</sup>. Las investigaciones sugieren que la exposición al suicidio o comportamientos suicidas en familiares o amigos son factores que influyen en los jóvenes vulnerables frente al suicidio <sup>23</sup>. Los jóvenes utilizan métodos suicidas como el ahorcamiento, ponerse a las ruedas del tren o saltar desde lo alto, así como el autoenvenenamiento o la intoxicación por gas en la cocina o emanaciones de los escapes de los coches <sup>21 22</sup>.

Más del 90% de los países no tienen una política de salud mental que incluya a niños y adolescentes <sup>24</sup>. La OMS ha hecho las siguientes recomendaciones a los países para reducir problemas de salud mental tales como el suicidio:

### Muertes infantiles por Suicidio en la UE (0-14 años)

Fuente: OMS 1996-2000 Promedio de Fuentes Nacionales



\* Falta algún dato

- Proveer tratamiento en atención primaria.
- Desarrollar mejores medicamentos para tratar estos problemas.
- Los cuidados ambulatorios dan mejor resultado que los tratamientos en instituciones.
- Deben lanzarse en todos los países campañas de salud pública y de concienciación.
- Se tendrán en cuenta las opiniones de las comunidades, familias y consumidores en el desarrollo y la toma de decisiones de políticas, programas y servicios.
- Establecer políticas nacionales, programas y legislación que apoyen la salud mental.
- Entrenar adecuadamente a los trabajadores en salud mental.
- Se deben involucrar otros sectores, como la educación, el trabajo y organizaciones estatales y no estatales, para mejorar la salud mental de las comunidades.
- Monitorizar la salud mental de las comunidades incluyendo indicadores de salud mental en las comunicaciones de sanidad y sistemas de información.



# Intoxicaciones

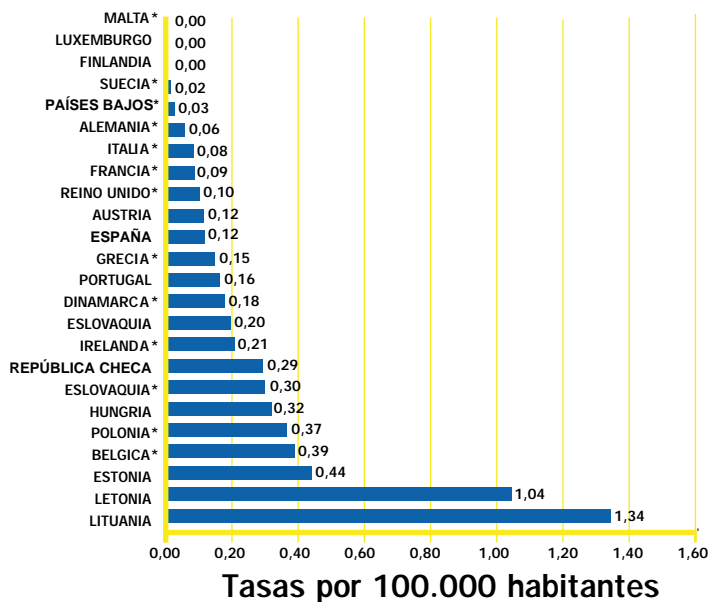
La intoxicación y el envenenamiento constituyen la sexta causa de muerte por lesiones en niños en Europa. Naturalmente, el mayor riesgo lo corren los niños de menos edad. Los niños de 5 años y menores son el grupo más expuesto al envenenamiento; los niños entre 9 meses y los 2 años de vida son especialmente vulnerables<sup>2</sup>. La curiosidad y el deseo de introducir todo en la boca, hacen que los niños están mucho más expuestos al riesgo de intoxicación que los adultos. Más del 90% de las intoxicaciones sucede en el hogar o su entorno.

Muchos productos habitualmente usados en los hogares pueden intoxicar a un niño: productos de limpieza, alcohol, pesticidas, medicinas y cosméticos<sup>18</sup>. La ingestión de tóxicos en la infancia, produce graves consecuencias dada la rápida metabolización de las sustancias y su poca capacidad para neutralizarlas.

Hay evidencias de que las siguientes medidas de prevención para reducir las intoxicaciones en los niños deben ser aplicadas y hacerse cumplir y comunicadas al público de la Unión Europea:

## Muertes infantiles por Intoxicaciones en la UE (0-14 años)

Fuente: OMS 1996-2000 Promedio de Fuentes Nacionales



\* Falta algún dato

- **Envases protegidos para niños** – Su uso obligatorio para A.A.S. y paracetamol, significó un descenso significativo de los ingresos por su ingesta accidental por niños de Gran Bretaña, Holanda y los EE.UU de Norte América. Estos envases son válidos también para productos no-medicinales<sup>19</sup>.
- **Almacenamiento protegido** – El control de los productos de limpieza y sustancias químicas, ha sido una medida eficaz para prevenir intoxicaciones<sup>14</sup>.
- **Educación** – Las estrategias de educación de niños y padres, aumentaron el conocimiento sobre tóxicos en general y la prevención de ingestión por niños.<sup>14</sup>



# Atragantamiento, Asfixia y Estrangulamiento

La obstrucción de la vía aérea y las lesiones que afectan la respiración, son menos frecuentes que otras lesiones, pero a menudo producen la muerte. El atragantamiento ocurre más frecuentemente con objetos pequeños y atractivos, que incluyen globos, monedas, partes pequeñas de juguetes, trozos cilíndricos o redondos de alimentos y partes no comestibles de los mismos. Estudios en Alemania, Grecia e Israel, confirman que los productos alimentarios que contienen elementos no comestibles son inseguros y que las etiquetas con advertencias no constituyen una protección adecuada. Se estima que en la UE se producen anualmente cerca de 2.000 lesiones atribuidas a las partes no comestibles de los alimentos.<sup>25</sup> Se han identificado cuatro características principales de estos elementos para tener en cuenta en la evaluación de su seguridad para el consumidor pequeño: Tamaño (generalmente el diámetro), compresibilidad, flexibilidad y configuración. La asfixia se suele definir como la muerte debida a la falta de oxígeno por causas externas, como son las bolsas de plástico, atrapamiento en espacios y contenedores cerrados o enterramientos en tierra o nieve. El estrangulamiento se define como la muerte por falta de oxígeno, por compresión externa de la tráquea producida por cintas de tejidos, barras de las cunas, correas de las ventanas o sogas de tender la ropa.<sup>14</sup>

La legislación adecuada y la modificación de los productos, son medidas que demostraron sus éxitos al reducir las muertes por estas tres causas, aunque todavía es necesaria más investigación para determinar el nivel de efectividad de estas medidas de prevención. Varias medidas legislativas puestas en marcha aplicadas y comunicadas al público incluyen:

- **Etiquetas de advertencia:** las etiquetas colocadas en los objetos que advierten su peligro, han resultado ser más efectivas que la advertencia de “para niños mayores de 3 años”<sup>14</sup>.
- **Atrapamiento:** Disminuyendo la fuerza mínima necesaria requerida para abrir el acceso y salida de contenedores sellados, se permite al niño escapar con facilidad<sup>14</sup>.
- **Prohibición de productos:** La regulación adecuada que permite retirar de la venta balones de látex, elementos no comestibles en los alimentos y cintas en la ropa. Esta estrategia ha reducido las muertes en países que excluyeron estos productos<sup>12</sup>.
- **Modificación de productos:** Reducir el espacio entre las barras de las cunas, los balcones y vallas ha sido efectivo para reducir el número de estrangulamientos. Pero los modelos antiguos de cunas deben ser retirados de los hogares y no cedidos a otras familias, especialmente inmigrantes y personas de bajo nivel económico<sup>14</sup>.

# Tendencias que influyen en las lesiones infantiles

Europa, como otros continentes, ha experimentado **cambios significativos** en las últimas décadas.

Los índices de lesiones en la infancia han venido mejorando lentamente en las últimas dos décadas, pero queda un largo camino por recorrer para controlar la primera causa de muerte en la infancia en Europa. Debemos reconocer que nuestro comportamiento está influenciado por una variedad de factores que no puede ser aislado del entorno social, económico y ambiental del país en el que vivimos y su lugar en Europa.

Con la reciente y continua expansión de Europa, el desafío de tratar con la desigualdad entre los países y las lesiones que este hecho trae aparejadas, será un problema cada vez mayor. Mejores prácticas probadas pueden ser compartidas, pero el desarrollo de un banco de datos, el entrenamiento del personal sanitario y la implementación política de estas estrategias pueden tardar años en dar resultados positivos.

También estamos experimentando la globalización en la disponibilidad de productos, no sólo en Europa, sino en todo el mundo industrializado, lo que nos obliga a enfatizar en la necesidad de aumentar la consistencia de las medidas de seguridad en estos productos.

Europa y el mundo entero son ahora un espacio pequeño, ya que la tecnología nos proporciona una movilidad mejor para muchos. Con los viajes y la exposición a nuevos ambientes, el riesgo de sufrir lesiones ha aumentado. Esto es aplicable al gran número de inmigrantes que han entrado en la UE en los últimos treinta años y son ahora residentes permanentes. También habrá ahora una nueva migración proveniente de los países limítrofes con los nuevos miembros de la UE, así como con el incremento del número de turistas que recorrerán Europa. También se observa un incremento en el desarrollo urbano destinado a acomodar al número creciente de trabajadores. Esta fuerza de trabajo incluye un mayor número de mujeres trabajadoras que en los años anteriores, con menos tiempo para cuidar a sus hijos directamente.

La unidad familiar tradicional y las familias numerosas están cambiando rápidamente con el mayor número de divorcios en relación a años anteriores, dejando un número elevado de familias monoparentales en condiciones desfavorables para los niños, a quienes también tenemos que cuidar. Estos cambios influyen directamente en la producción de lesiones en la infancia y en su prevención y deben ser tomados en cuenta cuando se determinan las estrategias de prevención.

## Bajos ingresos y lesiones en la infancia



© Digital Vision

Existe una fuerte relación entre bajos ingresos y mala salud en los países con renta per cápita elevada. Esto puede explicar parcialmente la asociación entre mala salud e inmigración. No sólo es importante el estándar de vida, sino como los ingresos se distribuyen en la sociedad. Algunas de las mayores diferencias sociales se pueden observar en las muertes infantiles por lesiones en algunos países, pero la evidencia de que los niños más pobres de la sociedad afrontan un riesgo más elevado, no se sostiene si lo aplicamos a todo tipo de lesiones o a todos los países.<sup>26</sup>

La pobreza puede influir en la lesividad de diferentes maneras. La pobreza económica puede aumentar los riesgos para los niños. En el ámbito del tráfico, los niños más pobres suelen vivir en áreas con alta densidad de tráfico, habitan en hogares cuyas puertas se abren directamente a la calle, con menos áreas de juego y que se desplazan habitualmente andando o en bicicleta en vez de hacerlo en automóvil. Cuando los niños son transportados en coches, las familias más ricas tienen acceso a coches más nuevos, con mejores sistemas de seguridad, como por ejemplo las barras de protección laterales. Esto sucede también en las viviendas más caras, donde se instalan mejores medidas de seguridad tales como detectores de humo, puertas de seguridad y defensas contra el fuego. Las personas que habitan en condiciones más precarias, pueden correr un riesgo más elevado de sufrir incendios con mobiliario viejo o equipos de calefacción e instalaciones eléctricas anticuadas. Los factores sociales pueden influir en la capacidad de los padres para supervisar a sus hijos, lo que incluye a las familias monoparentales, el grado de madurez de los padres, la experiencia y concienciación, la depresión y la enfermedad familiar o el tamaño de la familia.<sup>27</sup>

Algunos estudios han demostrado mayores riesgos de sufrir lesiones para los niños de las familias más pobres:<sup>28</sup>

- En Inglaterra y Gales, los niños cuyos padres realizan tareas manuales no especializadas, tienen un riesgo tres a cuatro veces mayor de morir o sufrir lesiones severas, que los hijos de padres que realizan tareas no manuales.
- En Inglaterra y Gales, el riesgo de los niños de morir a causa del fuego, es dieciséis veces mayor para el grupo de hijos de trabajadores no cualificados, comparado con los de padres con empleos cualificados y para los accidentes como peatones, el riesgo es cinco veces mayor.
- En Alemania, las familias más pobres tienen un riesgo dos veces mayor de sufrir accidentes de tráfico.

Las iniciativas para la prevención de lesiones, diseñadas para encontrar las necesidades de las comunidades más deprimidas han sido escasas. Algunas posibles estrategias incluyen:

- Provisión de equipos de seguridad gratis o a bajo costo.
- Instalación del equipamiento por profesionales.
- Consejos específicos de acuerdo a las necesidades de los grupos diana.
- Provisión de material con explicaciones sencillas, de fácil comprensión.

- Menor fiabilidad en la prensa escrita.
- Proveer de guarderías infantiles gratuitas, de transporte de las familias para atender los cursos de formación en seguridad, etc.
- Visitadores a domicilio para informar y enseñar.
- Reclutar y formar a los trabajadores no especializados de la misma comunidad, tomándolos como grupo diana.
- Señalar grupos específicos de lesiones, por ejemplo: Proveer de barreras en las ventanas a los inquilinos de pisos elevados, para prevenir las lesiones por precipitaciones.
- Modificar programas para grupos específicos, por ejemplo: esquemas de préstamos de equipos, dando equipamiento gratuito para los que reciben ayudas estatales.

Las estrategias de prevención para ayudar a la reducción de las lesiones en la infancia en las familias más pobres deben ser aumentadas en toda Europa. Se deberán determinar cuales son las mejores prácticas para beneficiar a este grupo de la población<sup>12</sup>. El riesgo de sufrir lesiones en niños de distintos grupos étnicos, también debe ser investigado ya que hay indicios que indican un riesgo más elevado en este grupo en algunos países.<sup>29</sup>

La pobreza económica puede elevar el riesgo de los niños.



## El compromiso (su falta) de los padres



© Digital Vision

La revisión del Eurobarómetro 2003 de la Comisión Europea incluye preguntas a los consumidores y padres europeos en los 15 Estados Miembros de ese año, inquiriendo sobre su conducta y actitudes sobre seguridad personal.<sup>30</sup>

### Actitudes

Por encima de todo, los europeos coinciden firmemente en una serie de declaraciones oficiales relativas a la seguridad infantil y la fabricación de productos. Hay acuerdo en que los fabricantes deben asumir la responsabilidad de la seguridad de sus productos y deben tener en cuenta la seguridad de los niños cuando diseñan áreas de juego, productos específicos para niños y otros productos. Los europeos acuerdan que la Unión Europea debe hacer cumplir las especificaciones y regulaciones para reducir las lesiones accidentales. Por encima de estos acuerdos, están las declaraciones que afirman que la mayoría de las lesiones accidentales que afectan a los niños pueden ser evitadas y que muchos productos diseñados para la seguridad infantil, tienen instrucciones complicadas o poco claras. Existieron pocas variaciones entre las declaraciones oficiales de los Estados Miembros y las realizadas por grupos socio-demográficos.

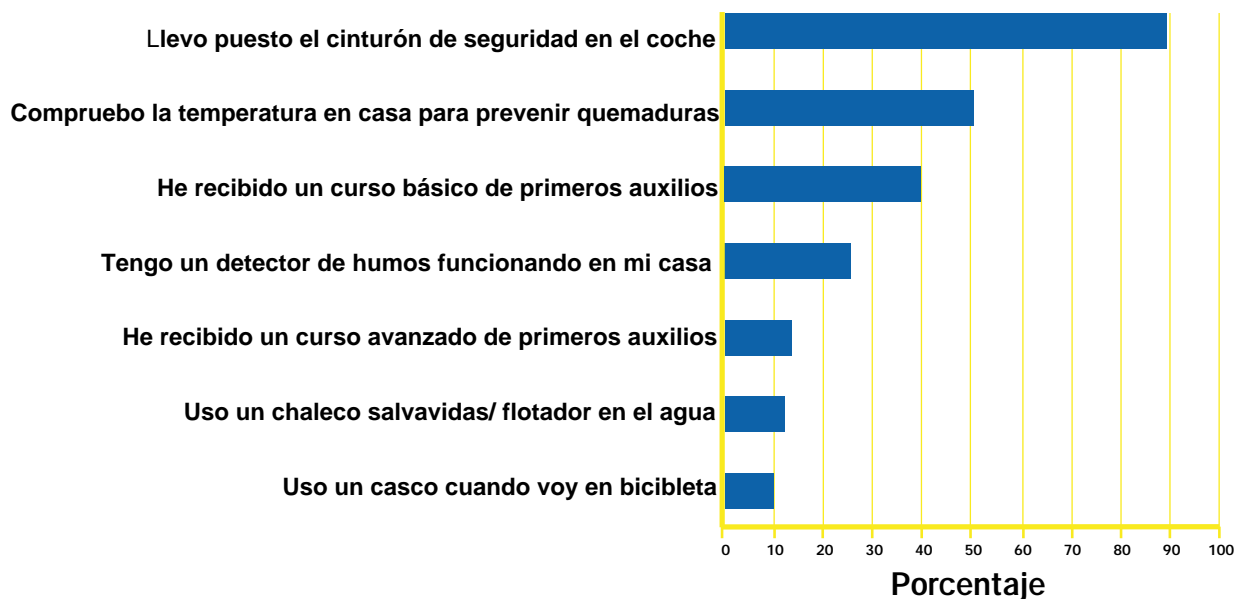
## Comportamientos

Dentro de las medidas adoptadas para proteger la seguridad personal, el uso del cinturón de seguridad en los coches es la más utilizada, con cerca del 90% de los europeos diciendo que ellos lo hacen. La mitad de los europeos manifiestan regular la temperatura del agua en sus hogares para prevenir quemaduras, mientras que menos del 40% ha hecho cursos de primeros auxilios. Menos del 10% de los ciclistas europeos utilizan casco mientras monta en bicicleta. La mayoría de los padres y cuidadores de niños menores de 10 años los ayudan a cruzar las carreteras (85%), guardan los tóxicos y medicamentos fuera de su alcance (81%) y vigilan a los niños mientras se cocina (78%).

Las actitudes de los padres y consumidores europeos indican que están preocupados por la seguridad de sus hijos, pero cuando deben adoptar las medidas, muchos no se molestan en hacerlo. En Italia y Grecia, más del 20% del público no usa cinturón de seguridad, en toda Europa más del 75% no tiene detector de humos en el hogar y hay un 90% de ciclistas que no utilizan casco. Medidas simples, demostradas y baratas no son adoptadas. Son necesarias acciones concertadas y compromisos formales en los Estados Miembros, la Comisión Europea y las Autoridades Sanitarias de cada país para educar, regular y hacer cumplir las medidas tendientes a disminuir el número de lesionados.

### Medidas de la Seguridad Personal de los Europeos, 2003

Fuente: Encuesta de la Comisión Europea. Eurobarómetro, 2003



## Visión de los organismos gubernamentales

La investigación realizada por ECOSA en 2001 entre los organismos gubernamentales de los Estados Miembros de la UE, reveló un compromiso débil y falta de consistencia en los programas de seguridad infantil. En la mayoría de los países, distintos organismos desarrollan algunos componentes de la seguridad infantil y sus agentes se muestran a menudo inseguros al manifestar donde recae la responsabilidad de la seguridad infantil.

Fundamentalmente, las entrevistas con los gobiernos ponen de manifiesto el hecho de que es necesaria una aproximación más coherente e integrada a la seguridad infantil, liderada por un Ministerio a nivel nacional. Es necesaria una mayor comunicación entre los países en toda Europa. En realidad, parece claro el hecho de que antes de que pueda haber una acción integrada de seguridad infantil en toda Europa, es necesaria la acción individual de cada Estado Miembro.

**Hay muy pocos agentes estatales empleados para dirigir las cuestiones de seguridad infantil y no existen presupuestos específicos para la prevención y el tratamiento de las lesiones en la infancia.**

## Planes de acción nacionales para la seguridad infantil

En 2004, 18 Estados Miembros han acordado participar con la Alianza Europea para la Seguridad Infantil con fondos de la Comisión Europea para desarrollar planes nacionales de seguridad infantil. Se dará asesoramiento estandarizado en cada país para determinar los niveles de seguridad infantil y luego cada Estado Miembro preparará su propio plan de acción en esta materia, utilizando las mejores prácticas comprobadas en seguridad infantil. Los planes nacionales con sus objetivos y referencias acerca de las principales causas de muerte en la infancia, se pondrán en marcha en 2006.

Esta acción potencia la declaración y planes de actuación aprobados por la Conferencia de Ministros de Sanidad y Medio Ambiente de 52 países europeos, en Julio de 2004 en Budapest, auspiciada por la OMS, en la que las lesiones en la infancia fueron reconocidas como la mayor agresión ambiental a la salud infantil<sup>31</sup>. Es de esperar que este compromiso para reducir la accidentalidad infantil hecho por los gobiernos nacionales, derive en la puesta en vigor de políticas, campañas educativas y diseños de ingeniería para incrementar la salud infantil y la de sus familias en Europa.

## Legislación nacional y su aplicación: una instantánea

La legislación sobre medidas probadas de prevención y cumplimiento, es el mejor camino para crear un ambiente más seguro<sup>12</sup>. En Europa, las leyes y las políticas de actuación discurren por varios niveles, que incluyen el municipal, el provincial, el nacional y a lo ancho de la Unión Europea. Hay diferencias en los países de Europa, no sólo en la incidencia de las lesiones, sino además en cómo las comunidades y los individuos intentan controlar la situación.

Se ha identificado una gran variación en las medidas de prevención adoptadas en varios países que han demostrado ser eficaces en la reducción de muertes y lesiones severas en los niños de la Unión Europea, mientras que ningún país de la UE ha adoptado las 10 medidas de políticas de prevención aceptadas en últimas investigaciones<sup>32</sup>, Suecia, República Checa y España se muestran decididos a reducir la tasa de accidentes, adoptando una mayoría de todas ellas. Muchos países han adoptado 5 o 6 de estas medidas. Las más frecuentemente adoptadas se refieren a los vehículos de motor (incluyen: asientos infantiles y su retención, el uso de cinturón de seguridad y la reducción de los límites de velocidad así como el control de la venta de productos pirotécnicos). Las medidas que se adoptan con menor frecuencia son el uso de cascos en las bicicletas y los detectores de humos en los hogares. Aunque tanto Alemania como R.U. introdujeron envases de seguridad para productos farmacéuticos hace más de 25 años, sólo otros 8 países utilizan estas medidas de seguridad. Aun en los casos en que existen directivas europeas, a través de otros estudios se informa que hay una gran variación en la forma en que los Estados Miembros de la UE promulgan estas directivas en sus leyes domésticas.

El nivel de cumplimiento de estas medidas es muy difícil de evaluar, pero hay informes de que su aplicación más amplia se refiere a los límites de velocidad en áreas urbanas, cinturones de seguridad, productos pirotécnicos y envases de seguridad resistentes para niños, que tienen multas específicas asociadas a su incumplimiento. Muchos países de la UE carecen incluso de estructuras básicas apropiadas para mejorar la regulación y estandarización de los productos para el consumidor, tales como los artículos de cuidados para los niños (cunas, bañeras, cambiadores). La coordinación a nivel europeo y nacional es aún más deficiente. Es necesario investigar más aún para demostrar cómo la legislación nacional y su aplicación influyen en la reducción de lesiones en la infancia.

## Medidas efectivas para reducir muertes y lesiones severas en niños en Europa

Fuente: actualización de Towner y Towner, 2004

	Casco de bicicleta para niños	Dispositivos de retención infantil	Uso del cinturón de seguridad para niños	Límites de velocidad en áreas urbanas	Embalaje de productos farmacéuticos resistente a niños	Detectores de humo en el hogar	Vallado de piscinas particulares	Prohibido a los niños conducir tractores de granja	Adopción de estándares para los patios de recreo	No venta de pirotecnia para niños
ALEMANIA		1992	1993	1952	1976			✓		✓
AUSTRIA		1994	1994	1994	1996			✓	1995	1974
BELGICA		1996	1975	✓	1998				2001	2000
DINAMARCA		✓	✓	✓	✓			✓		✓
ESPAÑA	1999	1992	1992	1990			✓	✓	✓	
ESTONIA		2003	2003	2003				2003		2004
FRANCIA		1992	✓	1972			2003		1994	
GRECIA		1999	1977	1962				✓	✓	✓
HUNGRÍA		2000	2000	✓						
IRLANDA		✓	1993	✓		1994		✓		
ISLANDIA	1999	1990	1981	1988			1993	✓	1998	✓
ITALIA		1988	1989	✓	1984				1996	✓
LUXEMBURGO		✓	2000	✓				✓	✓	
NORUEGA		✓	1979	✓		1990	1997	✓	1996	
PAÍSES BAJOS		✓	1992	✓	1986	2003*		✓	1997	1995
POLONIA		1997	1997	1997		2002		1997		✓
PORTUGAL		1995	1994	✓	✓			✓	1998	✓
REINO UNIDO		1989	1989	1934	1994	1999		1998	1998	1997
REPUBLICA CHECA	2000	2000	2000	✓	1999			2000	1999	2000
SUECIA		1988	1988	1936	✓		1973	✓		
SUIZA		1981	1981	1959				1976		1988

\* Solamente en nuevos hogares

✓ Índice legislación vigente pero se desconoce el año

AÑO Índice de la vigencia de la legislación

Blanco No hay legislación promulgada

## Lo que es **necesario** para establecer normas y regulaciones en toda Europa

La **reglamentación** es la medida unitaria más simple y efectiva de intervención. Dentro de la UE, persiguiendo el desarrollo del mercado único de objetos y servicios entre los Estados Miembros, muchas regulaciones han debido armonizarse en busca de un común denominador en materia de seguridad. Los Estados Miembros pueden iniciar medidas ulteriores de seguridad, pero justificando porqué necesitan exceder la legislación comunitaria ya que ello puede afectar el comercio con otros Estados Miembros y presentarse luego barreras técnicas, por ejemplo, en las limitaciones a las importaciones en el comercio interestatal.

No obstante, el Tratado de Maastricht ha ampliado significativamente la autoridad de la Comisión Europea en lo que a protección de la salud y seguridad de los ciudadanos se refiere. Autoriza a la Comisión a iniciar las acciones reguladoras correspondientes para mejorar la seguridad de los productos y servicios en los Estados Miembros. La Comisión también debe asegurar que la protección del ciudadano sea más importante que el mercado libre. Las directivas de seguridad general de los productos, reflejan claramente un rol más importante para la Comisión Europea, pero aún está pendiente el hecho de que los Estados Miembros den cabida a estas competencias de la Comisión y que éstas puedan desarrollarse. Un desafío ulterior es ampliar las normativas europeas hacia servicios tales como la vivienda, el cuidado diario, la educación, las vacaciones o las instalaciones deportivas, áreas también muy relevantes para la seguridad infantil.

Las normativas juegan hoy en día un papel clave en la regulación de la seguridad en la Unión Europea, ya que proporcionan las especificaciones técnicas de la legislación marco existente. El aceptar dichas normativas, dota a los fabricantes de una presunción legal de conformidad con las regulaciones europeas. Las normas también tienen la ventaja única de recurrir a las pericias técnicas para diseñar y fabricar, buscar soluciones a través de la legislación y educar a través de instrucciones, advertencias, ilustraciones y símbolos.<sup>33</sup>

Actualmente, las normativas la UE y la legislación relativa a la seguridad infantil están incompletas y las siguientes acciones deben ser adoptadas si queremos realmente reducir las lesiones infantiles en Europa.<sup>34</sup>

## Qué es necesario...

- Que se inicie la reforma del sistema de normalización, pues está dominado por la industria en este momento. Es necesario fortalecer la influencia y la participación de los representantes de los consumidores.
- Que la normalización no sea la única opción para establecer los requisitos detallados de los productos. También pueden ser establecidos por la Comisión y por los Estados Miembros después de consultar con los interesados.
- Que las actuales regulaciones y normalizaciones sean controladas y se hagan cumplir para asegurar los acuerdos que después algunas de ellas en la UE, dirigidas a la seguridad infantil (por ejemplo: envases seguros) no se instrumentalizan apropiadamente, no proveen las medidas de seguridad que actualmente son necesitadas por muchos Estados Miembros.
- Que la seguridad infantil esté presente en la normalización de los productos que entran en contacto con los niños.
- Que se desarrollen más regulaciones flexibles para responder rápidamente a los cambios en el mercado (productos nuevos menos peligrosos).
- Que los asuntos de la alta política se resuelvan a nivel político y no sean trasladados al cuerpo de la normalización.
- Que los estándares voluntarios en uso, sean incorporados en un marco legislativo en todos los Estados Miembros en toda la UE, en las áreas de los productos de cuidados infantiles como equipamientos de juego, superficies calientes y equipos deportivos.
- Que los estándares sean reconocidos como estándares armonizados, dando presunción de conformidad a los requerimientos de las instrucciones sólo después de haber sido evaluados cuidadosamente, para asegurar que los niveles de seguridad sean los requeridos.
- Que las regulaciones y normas europeas sean desarrolladas para áreas como los añadidos no comestibles en los productos alimentarios, los requisitos que deben cumplir el vallado de las piscinas, las verjas en ventanas y balcones, los dispositivos para montar en los juegos infantiles, piscinas, cuerdas en las ropas infantiles y objetos de segunda mano.
- Que se lleve a cabo la revisión de la normativa sobre los sistemas de fijación infantiles en los coches para proporcionar una protección adecuada para los niños en los automóviles actuales (por ejemplo, test de impactos laterales, uso de sistemas de fijación ISOFIX universales).
- Que se realicen enmiendas a las directivas actuales sobre bajo voltaje, para asegurar la seguridad infantil en lo referente al uso de aplicaciones eléctricas.
- Que se desarrollen nuevas directivas actualizadas para la protección de ciclistas y peatones, a través del diseño de frontales o delanteras de coches más seguros y el cierre de los envases de medicamentos resistentes a su apertura por los niños.

Para conseguir la aplicación armonizada de las medidas de prevención de lesiones en la infancia en toda Europa, necesitamos un centro coordinador en la UE. Este centro tendría las competencias para asesoramiento de riesgos y para concertar acciones entre los Estados Miembros y pueda construirse sobre la red voluntaria actual de Prosafe (Foro de Productos Seguros Europeos).

## Creando un compromiso



Las leyes son más efectivas cuando se acompañan de la educación y el entrenamiento necesario para que los consumidores comprendan los objetivos de las nuevas políticas de intervención.

Este modelo de comunicación, debe estar incluido en un plan global de promoción de la seguridad infantil, que incluya a todos los agentes involucrados, incluyendo empresas, organizaciones no gubernamentales y asociaciones de profesionales: pediatras, cirujanos pediatras, médicos de emergencia, profesionales de la salud pública, maestros, ingenieros, arquitectos, diseñadores, urbanistas, etc.

Dadas las infraestructuras fragmentadas para las comunicaciones y políticas de seguridad infantil, la prioridad número uno debería ser crear un sentido de urgencia entre los socios y agentes potenciales en esos países, para crear un compromiso para reducir la principal causa de muerte en la infancia. Los Departamentos Nacionales y Regionales de Salud son las agencias públicas más adecuadas para dirigir esto.

A nivel europeo, debe hacerse mucho para fomentar este proceso, proporcionando una guía y dirección a los Estados Miembros. A este respecto, deben implantarse medidas tales como la promoción del intercambio eficiente de buenas prácticas, adoptando una legislación para promocionar la aplicación de medidas de prevención probadas, facilitando la colaboración Europea y acciones concertadas tales como campañas conjuntas.

La principal causa de muerte e incapacidad en los niños, puede reducirse significativamente en Europa si los Estados miembros, el Parlamento Europeo, la Comisión Europea, las organizaciones industriales y de seguridad infantil, trabajan conjuntamente y adoptan un compromiso para dirigir esta cuestión. La aplicación de las siguientes recomendaciones crearía el camino futuro para los niños en Europa y comenzaría a darles su derecho a la seguridad.



**Recomendación 1:**

Que los Ministerios de Sanidad de cada estado miembro, informen cada dos años de los datos de accidentes en la infancia y de las medidas de prevención adoptadas. Que aseguren de manera coordinada y oportuna la obtención de datos sobre lesiones en la infancia a nivel nacional, para la identificación de riesgos, prioridad de acciones, estrategias usadas y referencias de su ejecución.

El desarrollo de una fuerza conjunta, liderada por los Ministerios de Sanidad, para la seguridad infantil, es un requisito indispensable para la acción conjunta de los estados miembros.

**Recomendación 2:**

Que los Estados Miembros y el Parlamento Europeo, creen un fondo dedicado a la investigación de accidentes en la infancia, para identificar las mejores prácticas para las comunidades, teniendo en cuenta a los grupos más vulnerables como inmigrantes y familias de bajos ingresos. Se deberá crear y mantener una base de datos en tiempo real y compartido de medidas de prevención y procedimientos adecuados, fomentando la creación de un forum donde intercambiar experiencias y resultados a lo largo de Europa que permita a los profesionales aprovechar los trabajos ajenos.

**Recomendación 3:**

Que la Comisión Europea evalúe el nivel de las regulaciones, normas y directivas europeas, para asegurarse que son efectivas en la protección del niño, que se cumplen con regularidad, con la aplicación de una penalización estricta por su incumplimiento y que se adoptan como leyes nacionales por cada Estado Miembro. Esto proporcionaría la armonización necesaria a través de Europa y la difusión de las buenas prácticas en todos los países. Las áreas prioritarias para mejorar las regulaciones y las normas europeas, se refieren a los sistemas de sujeción adecuada de los niños como pasajeros en los automóviles, protección a los peatones, seguridad en los edificios, artículos para niños, ropas no inflamables, ropas sin cuerdas, equipamientos en áreas de juego o equipamientos deportivos y dispositivos eléctricos.

**Recomendación 4:**

Que las autoridades sanitarias de los Estados Miembros y la Comisión Europea, las instituciones de enseñanza y los medios de comunicación colaboren para aumentar la toma de conciencia y el conocimiento sobre la prevención de lesiones en la infancia.

- Una campaña anual sobre seguridad infantil, informando acerca de las medidas adecuadas que deben adoptarse y aplicarse en los estados miembros en Europa para dar un mensaje consistente a los consumidores y educar a los padres mediante una información necesaria sobre seguridad infantil.
- La formación profesional en prevención de accidentes deberá ser promovida como parte del currículo académico en sanidad, educación, urbanismo, arquitectura, ingeniería, paisajismo y legislación apropiada para la aplicación de buenas prácticas en su trabajo.

**Recomendación 5:**

Que la Comisión Europea junto con las autoridades sanitarias de los Estados Miembros, desarrollen y apliquen planes nacionales dirigidos a la prevención que incluya:

- Un plan de cuatro años para promover la seguridad infantil en la Unión Europea, incluyendo objetivos operativos relacionados con las medidas y acciones, así como con las estrategias dirigidas a la disminución de las muertes y lesiones en la infancia relacionadas con accidentes (como parte de líneas generales de la Dirección de Protección de la Salud y del Consumidor).
- Asignación de recursos y desarrollo de una unidad para la seguridad infantil, que asegure competencia, consistencia y continuidad en las acciones relacionadas con la seguridad infantil en Europa.
- Actualizaciones anuales de los logros en los Estados Miembros y en Europa en conjunto, punto de referencia para las actuaciones de los Estados Miembros y directivas enfocadas a las acciones en Europa.

## Referencias

- 1 United Nations. *Convention of Rights of the Child*. New York, 1989.
- 2 World Health Organisation, *World Health Organisation Mortality Database*. [www.who.int/whosis](http://www.who.int/whosis), 2003.
- 3 Valent F, Tamburlini G. *The Environmental Burden of Disease and Injury Among Children and Adolescents in Europe*. Rome, WHO Regional Office for Europe, 2004
- 4 Consumer Safety Institute. *Deaths and Injuries Due to Accidents and Violence in the Netherlands 1998-1999*. Amsterdam, 2000.
- 5 European Consumer Safety Association. *Priorities in the European Union*. Amsterdam, 2001.
- 6 Vincenten J. *Priorities for Child Safety in the European Union: Agenda for Action*. Amsterdam, ECOSA, 2001.
- 7 Centers for Disease Control and Prevention. *Working to prevent and control injury in the United States – Fact Book for the year 2000*. Atlanta, GA, National Centre for Injury Prevention and Control, 2000.
- 8 British Medical Association. *Injury Prevention*. London, 2001.
- 9 European Transport Safety Council. *Priorities for EU Motor Vehicle Safety Design*. Brussels, 2001.
- 10 Aldman B, Gustafsson H, Nygren A, Tinqvall C. *Child restraints: A prospective study of children as car passengers in road traffic accidents with respect to restraint effectiveness*. *Acta Paediatr Scand* 1987; 339 (Suppl II):1-22.
- 11 Towner E, Dowswell T, Mackereth C, Jarvis S. *What Works in Preventing Unintentional Injuries in Children and Young Adolescents. An Updated Systematic Review*. Newcastle, 2001.
- 12 Klassen T, Mackay M, Moher D, Walker A, Jones A. *Community - Based Injury Prevention (The future of children). Unintentional Injuries in Childhood, 2000: 10:83-110*.
- 13 *Mortality Statistics (Statistics Netherlands 1998-2001)*. Dutch Information System on Hospital Care and Nursing. Consumer Safety Institute. Amsterdam, 2002.
- 14 Harbourview Injury Prevention and Research Center/Cochrane Collaboration, *Systematic Review Database*. Seattle, University of Washington, 2001.
- 15 Romain N et al. *Childhood homicide: a 1999-2000 retrospective study at the Institute of Legal Medicine in Lausanne, Switzerland*. *Med Sci Law*. 2003; 43:203-206.
- 16 Hjern A, Bremberg S. *Social aetiology of violent deaths in Swedish children and youth*. *J. Epidemiol Community Health*. 2002; 56(9):688-92.
- 17 Reza A, Mercy JA, Krug E. *Epidemiology of violent deaths in the world*. *Injury Prevention* 2001; 7:104-111.
- 18 Confederation of European Specialists in Paediatrics. *EURECAAP survey: European Evaluation of Children's and Adolescents' Accidents Prevention Policies*. Luxembourg, 1997.
- 19 Vincenten J, Farquhar B. *A guide to child safety regulations and standards in Europe*. Amsterdam, ECOSA, 2003.

- 20 Rosenberg ML et al. *Operational criteria for the determination of suicide. J Forensic Sci.* 1988; 33(6):1445-56.
- 21 Stewart G. *Factsheet Suicide. National Association for Mental Health (MIND) www.mind.org.uk.* 2001.
- 22 Schmidt P, Muller R, Dettmeyer R, Madea B. *Suicide in children, adolescents and young adults. Forensic Sci Int* 2002; 127:161-167.
- 23 Shafii M. *Completed Suicide in Children and Adolescents: Methods of Psychological Antopy. In: Suicide Among Youth: Perspectives on Risk and Prevention. Cambridge, Cambridge University Press, 1989.*
- 24 World Health Organization. *WHO mental health report 2001. Geneva. 2001.*
- 25 Petridou E. *Injuries from food products containing inedibles. Report to the European Parliament. Athens, Center for Research and Prevention of Injuries, 1997.*
- 26 European Consumer Safety Association. *Proceedings on Social Inequalities in Injury Risks. Journal of Injury Control and Safety Promotion* 2001; 8:129-210.
- 27 Towner E, Dowswell T, Errington G, Burkes M, Towner J. *Injuries in children aged 0-14 years and inequities. Report prepared for the Health Development Agency. London, 2004.*
- 28 UNICEF. *A League Table of Child Deaths by Injury In Rich Nations (Innocenti Report Card No. 2). Florence, 2001.*
- 29 Thomson J, Totmic A, Mamoon T. *Road accident involvement of children from ethnic minorities: a literature review: Road Safety Research Report No. 19, 2001. London, 2001.*
- 30 European Commission. *Eurobarometer 59,0: The Actions and Attitudes of Europeans in Health, Food, Alcohol and Safety. DG Sanco. Luxembourg, 2004.*
- 31 World Health Organization. *www.euro.who.it/budapest 2004.*
- 32 Towner E, Towner J. *UNICEF's Child Injury League Table. An Analysis of Legislation: More Mixed Messages. Inj Prev.* 2002; 8(2):97-100.
- 33 International Organisation for Standardisation, *Draft ISO/IEC Guide 50. Geneva, 2001.*
- 34 European Association for the Co-ordination of Consumer Representation in Standardisation. *Technical Report: Update on Standardisation Work in the Child Safety Field. Brussels, 2001.*

## Otras fuentes consultadas para este libro

ANEC - European Association for the Co-ordination of Consumer Representation in Standardisation, Brussels  
 ECOSA - European Consumer Safety Association, Amsterdam  
 European Commission - Internal Market, Consumer Affairs and Health Protection, Brussels  
 WHO Statistics - World Health Organisation, Geneva

# Agradecimientos

ECOSA quisiera dar su agradecimiento por la revisión de este informe hecho por los miembros del Comité de Expertos de la Alianza Europea para la seguridad infantil:

## AUSTRIA

Austrian Institute for Home and Leisure Safety

Contact person: Ms. M. Sector  
Address: Olzeltgasse 3, 1030 Vienna  
Tel.: +43 1 715 66 44 321  
Fax: +43 17 15 66 44 30  
E-mail: mathilde.sector@sicherleben.at  
Website: www.sicherleben.at

Grosse schützen Kleine/ Safe Kids Austria

Contact person: Mrs. G. Brandmayr  
Address: Auenbruggerplatz 34, 8036 Graz  
Tel.: +43 316 385 3764  
Fax: +43 316 385 3693  
E-mail: kinder.unfall@unig-graz.at  
Website: www.grosse-schuetzen-kleine.at

## BELGICA

CRIOC-OIVO

Contact person: Mrs. C.Renard  
Address: Ridderstraat 18, 1050 Brussels  
Tel.: +32 2 547 06 82  
Fax: +32 2 547 06 01  
E-mail: carine.renard@oivo-crioc.org  
Website: www.oivo-crioc.org

Child and Family (Kind en Gezin)

Contact person: Dr. J. Pauwels  
Address: Hallepoortlaan 27, 1060 Brussels  
Tel.: +32 2 533 12 19 (secretariat)  
Fax: +32 2 534 13 82  
E-mail: johan.pauwels@kindengezin.be  
Website: www.kindengezin.be

## CHIPRE

Ministry of Health, Department of Medical and Public Health Services

Contact person: Dr. O. Kalakouta  
Address: Markou Drakou 10, Pallouriotissa, 1449 Nicosia  
Tel.: +357 22400222  
Fax: +357 22400223  
E-mail: ykalak@spidernet.com.cy  
Website: www.health.gov.mt

## REPÚBLICA CHECA

Charles University

Contact person: Dr. V. Benesová,  
Address: Charles University, Vúvalu 84, 150 06 Prague-Motol  
Tel.: +420 22 443 5943  
Fax: +420 22 443 5941  
E-mail: veronika.benesova@lfmotol.cuni.cz

## DINAMARCA

National Institute of Public Health

Contact person: Mrs. B. Frimodt-Møller  
Address: Svanemollevej 25, DK-2100 Copenhagen  
Tel.: +45 3920 7777  
Fax: +45 3927 3095  
E-mail: bfm@dike.dk  
Website: www.niph.dk

## ESPAÑA

Ministerio de Sanidad y Consumo

Contact person: Dr. T. Robledo de Dios  
Address: Paseo del Prado 18-20 28071 Madrid  
Tel.: +34 91 596 4167/8  
Fax: +34 91 596 4195  
E-mail: trobledo@msc.es  
Sociedad Española de Cirugía Infantil  
Contact person: Dr. J. Parise  
Address: c/Real 2 28050 Torrelozanes - Madrid  
Tel.: +34 646 11-96-98  
Fax: +34 91 390 8375  
E-mail: jjparise@yahoo.com

## ESTONIA

Consumer Protection Board of Estonia

Contact person: Dr. H. Aruniit  
Address: Kiriku 4, 15071 Tallinn  
Tel.: +372 6201 700  
Fax: +372 6201 701  
E-mail: helle.aruniit@consumer.ee

## FINLANDIA

The Finnish National Rescue Association (FINNRA)

Contact person: Mrs. L. Joutsu  
Address: Ratamestarinkatu 11 FIN-00520 Helsinki  
Tel.: +358 9 4761 1324  
Fax: +358 9 4761 1400  
E-mail: liisa.joutsu@spek.fi  
Website: www.spek.fi

## FRANCIA

Min. de l' Économie, des Finances en de l' Industrie  
Commission de la Sécurité des Consommateurs

Contact person: Mrs. F. Briand  
Address: Cité Martignac , 111 Rue de Grenelle, 75353 Paris 07 SP  
Tel.: +33 1 4319 5653  
Fax.: +33 1 4319 5700  
E-mail: francoise.briand@csc.finances.gouv.fr  
Website: www.securiteconso.org

## ALEMANIA

Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder e.V. (Safe Kids Germany)

Contact person: Dr. S. Märzheuser  
Address: c/o Eberbachstrasse 2, D-14197 Berlin  
Tel: +49 228 289808 56  
Fax: +49 228 289808 60  
E-mail: stefanie.maerzheuser@web.de  
Website: www.kinersicherheit.de

## GRAN BRETAÑA

Child Accident Prevention Trust (CAPT)

Contact person: Mrs. K. Phillips  
Address: 18-20 Farringdon Lane, London EC1R 3HA  
Tel.: +44 20 7608 3828  
Fax: +44 20 7608 3674  
E-mail: katrina.phillips@capt.org.uk  
Website: www.capt.org.uk

RoSPA, the Royal Society for the Prevention of Accidents

Contact person: Mrs. J. Cave  
Address: Edgbaston Park, 353 Bristol Road, Birmingham B5 7ST  
Tel.: +44 121 248 2129  
Fax: +44 121 248 2001  
E-mail: jcave@rospa.com  
Website: www.rospa.org.uk

## Organizaciones Afiladas

### GRECIA

Center for Research and Prevention  
of Injuries  
Medical School, University of Athens  
Contact person: Prof. Dr. E. Petridou  
Address: Mikras Asias Street, Goudi 75,  
115 27 Athens  
Tel.: +30 210 746 2187  
Fax: +30 210 777 2105  
E-mail: epetrid@med.uoa.gr  
Website:  
www.cc.uoa.gr/socmed/hygien/cerepri/

### IRLANDA

Royal Society for the Prevention of Accidents,  
RoSPA  
Contact person: J. Bisp  
Nella House, Dargan Crescent, Belfast  
BT3 9JP  
Tel: +44 28 9050 1160  
Fax: +44 28 9050 1164  
Email: JBisp@ROSPA.com  
Website: www.rospace.co.uk

### ITALIA

Instituto per l'Infanzia IRCCS  
Contact person: Dr. A.G. Marchi  
Address: c/o Salita Madonna di Gretta  
34136 Trieste  
Tel.: +39 040 422461  
Fax :+39 040 422461  
E-mail: agmarchi@tele2.it

### MALTA

Ministry of Health  
Office of the Director General (Health)  
Dr. K. Vincenti and Dr. R. Pace Asciak  
Palazzo Castellania  
15, Merchants Street  
MT-CMR 02 Valletta  
Tel.: + 356 22 99 24 22  
Fax: + 356 21 25 02 31  
E-mail: karen.vincenti@gov.mt  
Website: www.health.gov.mt

### HOLANDA

Consumer Safety Institute  
Contact person: Mrs. S. Van Eck  
Address: Postbus 75169,  
1070 AD Amsterdam  
Tel.: +31 20 5114 545  
Fax.: +31 20 5114 510  
E-mail: s.vaneck@consafe.nl  
Website: www.veiligheid.nl

### POLONIA

Jagiellonian University, Medical college  
Contact person: Mrs. M. Malinowska-Cieslik  
Address: Institute of Public Health  
Ul. Grzegorzeczka 20  
31-531 Krakow  
Tel.: +48 12 422 13 92  
Fax: +48 12 421 74 47  
E-mail: mxciesli@cyf-kr.edu.pl

### PORTUGAL

APSI (Portuguese Association for Child Safety  
and Injury Control)  
Contact person: Mrs. H. Menezes  
Address: Vila Berta 7-r/c Esq.,  
1170-400 Lisbon  
Tel.: +351 21 887 01 61  
Fax.: +351 21 888 16 00  
E-mail: hmenezes@apsi.org.pt

### SUECIA

Swedish Consumer Agency  
(Konsumentverket)  
Contact person: Mrs. L. Strindberg  
Address: S-11887 Stockholm  
Tel.: +46 8 429 0571  
Fax: +46 8 429 8900  
E-mail: lotten.strindberg@konsumentverket.se  
Website: www.konsumentverket.se

### EUROPA

#### ANEC

(European Association for the Co-ordination of  
Consumer Representation in Standardization)  
Contact person: Mrs. T. Vandenberghe  
Address: Tervurenlaan 36, box 4, 1040  
Brussels, Belgium  
Tel.: +32 2 743 2470  
Fax: +32 2 706 5430  
E-mail: tania@anec.org  
Website: www.anec.org

#### CESP

(Confederation of European Specialists in  
Paediatrics)  
Contact person: Dr. A. Nicholson  
Address: c/o Our Lady of Lourdes Hospital,  
Department of Paediatrics,  
Drogheda, CO. Louth, Ireland  
Tel.: +353 41 983 7601  
Fax: +353 41 983 3868  
E-mail: alf.nicholson@nehb.ie

### INTERNATIONAL

#### ISCAIP (International Society for Child and

Adolescent Injury  
Prevention)  
Contact person: Mrs. M. Dennis  
Address: c/o Britannia House, 11 High Street,  
Cowbridge  
Vale of Glamorgan, CF71 7AD  
Tel.: +44 1446 774864  
Fax: +44 1446 774864  
E-mail: m.dennis@healthcarealliances.co.uk  
Website: www.healthcarealliances.co.uk

## Observadores

### ISRAEL

Hebrew University-Hadassah,  
Hadassah School  
Public Health & Community Medicine  
Department of Social Medicine  
Mother/Child Health Unit  
Contact person: Mrs. R. Gofin  
Address: PO Box 12272, 91120 Jerusalem  
Tel.: +972 2 677 7502  
Fax: +972 2 643 1086  
E-mail: gofin@cc.huji.ac.il

### NORUEGA

Norwegian Safety Forum  
Contact person: Mr. J. Lund  
Address: PO Box 2473 Solli, 0202 Oslo  
Tel.: +47 22 23 44 22  
Fax: +47 23 28 43 11  
E-mail: johan.lund@fnh.no  
Website: www.skafor.org

### SUIZA

Swiss Council for Accident Prevention (BFU)  
Contact person: Dr. U. Ewert  
Laupenstrasse 11  
CH-3001 Bern  
Tel.: + 41 31 390 22 06  
Fax: + 41 31 390 22 30  
E-mail: u.ewert@bfu.ch  
Website: www.bfu.ch

*(estudio actualizado en Mayo, 2004)*

Este informe fue escrito y producido por Joanne Vincenten de la Alianza Europea para la Seguridad Infantil, ECOSA. Varias personas colaboraron de diversas formas para completar esta publicación aportando información técnica sobre lesiones específicas, incluyendo:

Mathilde Sector en la búsqueda de bibliografía (ECSA), Nina Zimmerman en la preparación de figuras y tablas (ECSA), Trea Zevenhuizen-Hiemstra en la coordinación del informe (ECSA), Elizabeth Towner (Department of Child Health, University of Newcastle upon Tyne), Andrej Michalsen (University Medical Center, Utrecht), ECOSA Executive Committee, Janice Cave por la revisión editorial y Sharon Marie Mavko por el diseño de publicación y distribución. También agradecer a los miembros de la Alianza que dedicaron su tiempo para revisar este documento.

La Edición española fue traducida por Jorge Parise (Sociedad Española de Cirugía Pediátrica) y Antonio Hernando (Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid), revisado por Chantal Mayers (A.I.P.C) y con la colaboración y soporte de Teresa Robledo de Dios y M<sup>a</sup> Rosario Bris Coello (Ministerio Español de Sanidad y Consumo - DGSP) sin cuya participación no hubiera sido posible este trabajo.





© Digitalvision

Creando una Europa más *segura* para los niños

En colaboración con:  
Ministerio Español de Sanidad y Consumo



Con el apoyo de la Comisión Europea



© Digital Vision

## Alianza Europea para la Seguridad Infantil de la Asociación Europea para la Seguridad del Consumidor (ECOSA)

Las lesiones son la primera causa de muerte y discapacidad entre los niños de la Unión Europea. Esta 2ª edición del libro blanco sobre “prioridades para la seguridad infantil en la Unión Europea” presenta revisión del tema de las lesiones en la infancia en la Unión Europea que incluye la dimensión del problema, las oportunidades para mejorar, las tendencias medioambientales y las políticas que afectan a las lesiones infantiles.

El informe está basado en las estadísticas aportadas por la Organización mundial de la Salud así como por Centros de Investigación en los Estados Miembros. Los resultados acerca de las actitudes y conductas de los padres en relación con la seguridad fueron aportados por el Eurobarómetro 2003 de la Comisión Europea.

En las conclusiones del informe, la Alianza Europea para la Seguridad Infantil de ECOSA, hace una llamada a un mayor compromiso por parte de las autoridades públicas, en especial de los Ministerios de Sanidad de los Estados Miembros y de la Comisión Europea para reducir la magnitud de las muertes prematuras y discapacidades de los niños atribuibles a las lesiones.

Este libro blanco fue preparado bajo la revisión del Comité de Expertos de la Alianza Europea para la seguridad Infantil, una iniciativa de la Asociación Europea para la seguridad del Consumidor. Para mayor información acerca de la Alianza y otros informes técnicos, por favor visitar el website:

[www.childsafetyeurope.org](http://www.childsafetyeurope.org)



Alianza Europea para la Seguridad Infantil  
PO Box 75169  
1070 AD Amsterdam  
Países Bajos

tel: +31 20 511 4513  
fax: +31 20 511 4510

e-mail: [secretariatchildsafety@ecosa.org](mailto:secretariatchildsafety@ecosa.org)