

# INFORME LATINOAMERICANO DE SEGURIDAD VIAL

Atención a las víctimas de incidentes viales en  
América Latina y el Caribe



OBSERVATORIO LATINOAMERICANO  
DE SEGURIDAD VIAL

**CIED**  
LATINOAMÉRICA

CÍRCULO DE INVESTIGACIÓN  
EN ESTUDIOS PARA EL  
DESARROLLO DE LATINOAMÉRICA

Esta publicación fue realizada por la Asociación Latinoamericana de Seguridad Vial (Alsev), gracias al equipo técnico del Observatorio Latinoamericano de Seguridad Vial (Olsev), la colaboración del Círculo de Investigación en Estudios para el Desarrollo de Latinoamérica (CIED-Latinoamérica) y con base en las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

© Asociación Latinoamericana de Seguridad Vial

© Observatorio Latinoamericano de Seguridad Vial

**Título original: Informe latinoamericano de seguridad vial: Atención a las víctimas de accidentes viales en América Latina y el Caribe.**

**Fecha de publicación: 2019**

Referencia para cita: Asociación Latinoamericana de Seguridad Vial & Observatorio Latinoamericano de Seguridad Vial. (2019). *Informe latinoamericano de seguridad vial: Atención a las víctimas de accidentes viales en América Latina y el Caribe*. Medellín, Colombia: Asociación Latinoamericana de Seguridad Vial.

1

#### AUTORES

Andrés Felipe Agudelo Ospina

Javier Soto Mellado

Mariana Correa Montoya

Juan Santillán Andrade

Edwin Salazar Henao

Celmira Esther Rey

#### EDICIÓN:

Carlos Andrés Torrico Monzón

#### DISEÑO DE PORTADA E ILUSTRACIONES:

Carlos Andrés Torrico Monzón, Ariana Quino Ramírez

#### CRÉDITOS DE LAS IMÁGENES:

Pixabay

Contenido	
Agradecimientos .....	3
1. Atención a las víctimas de incidentes viales en América Latina y el Caribe .....	4
2. Número único de emergencia .....	6
3. Registro de traumas.....	8
4. Evaluación nacional del sistema de atención de emergencia.....	10
5. Capacitación y certificación de proveedores.....	12
5.1 Certificación formal para proveedores prehospitalarios.....	12
5.2 Postgrado en atención de emergencias y traumas.....	14
5.3 Medicina de emergencia y Cirugía de trauma .....	15
6. Discapacidad de Origen Vial-DOV (Porcentaje de víctimas con Discapacidad permanente por Incidente Vial).....	17
7. Referencias.....	19

2

Ilustraciones

Ilustración 1. Porcentaje de países según tipo de cobertura por número telefónico para atención de emergencias.....	6
Ilustración 2. Porcentaje de países según tipo de registro de trauma .....	8
Ilustración 3 Porcentaje de países que realizan evaluación del sistema nacional de atención de emergencia.....	11
Ilustración 4. Porcentaje de países que realiza certificación formal para proveedores prehospitalarios.....	13
Ilustración 5 Porcentaje de países con postgrado en atención de emergencias y traumas.....	14
Ilustración 6 Porcentaje de Personas con Discapacidad de Origen Vial- PcDOV, países con postgrado en atención de emergencias y traumas.....	18

Tablas

Tabla 1 Número telefónico para atención de emergencias según tipo de cobertura y país. 7	
Tabla 2 Tipo de registro de trauma según país.....	9
Tabla 3 Evaluación al sistema nacional de emergencias.....	11
Tabla 4 Certificación formal para proveedores prehospitalarios.....	13
Tabla 5 Países con postgrado en atención de emergencias y traumas .....	15
Tabla 6 Países con especialización en medicina de emergencia y cirugía de trauma.....	16

## Agradecimientos

El informe latinoamericano sobre la situación de seguridad vial 2019 fue un ejercicio realizado por los diferentes colaboradores que actualmente posee la Asociación Latinoamericana de Seguridad Vial en su órgano técnico y de investigación el Observatorio Latinoamericano de Seguridad Vial.

Desde nuestra institución agradecemos a Juan Santillán Andrade, Celmira Rey, Javier Soto Mellado, Edwin Salazar y Mariana Correa por permitir entregarle a América Latina un documento que permite evaluar aspectos como la situación de gestión institucional en la región, la situación legislativa en factores de riesgo en materia de seguridad vial, la infraestructura segura de la región, la seguridad de los diferentes vehículos y la atención de víctimas de incidentes de tránsito.

De igual manera quiero agradecer al Círculo de Investigación en Estudios para el Desarrollo de Latinoamérica (CIED-Latinoamérica) de Bolivia por el apoyo en la edición e ilustración de esta importante información que será de gran insumo para los diferentes profesionales de la seguridad vial en cada rincón de nuestra región.

Como presidente de la Asociación Latinoamericana de Seguridad Vial es un honor poder encontrar en nuestro continente líder de diferentes países con la convicción de querer mejorar la seguridad vial dentro de sus países.

3



**Andres Felipe Agudelo Ospina**

Presidente Asociación Latinoamericana de Seguridad Vial

## 1. Atención a las víctimas de incidentes viales en América Latina y el Caribe

La atención rápida oportuna y de calidad posterior a un incidente vial hace la diferencia entre vivir, morir y la gravedad de la lesión. Ciertamente, las inequidades y desigualdades de acceso a la atención en salud incrementan el número de víctimas mortales, diferencias que están más marcadas en los países de ingresos medios y bajos (1,2). Pues, la capacidad de respuesta de los sistemas de emergencia se ve limitada por diversas variables que atraviesan lo tecnológico, económico, humano, hasta lo ambiental. Por tanto, si los países de ingresos medios y bajos tuvieran las mismas condiciones que los países de ingresos altos, el número de muertes por incidentes viales que se podrían evitar ascendería a 500.000 (2,3), cada año.

Entonces, una atención de emergencia oportuna y eficaz es un componente esencial de la seguridad vial, y puede atenuar las consecuencias cuando se materializa un incidente vial. Por ello, se hace imperante la necesidad de no solamente aumentar la capacidad de respuesta a las emergencias ocasionadas por incidentes viales, sino también de mejorar la capacidad de los sistemas de salud, para brindar a las víctimas un tratamiento de emergencia apropiado y de rehabilitación a largo plazo (4-6).

4

Se debe tener en cuenta que el sufrir un incidente vial no solo afecta a la persona que se ve involucrada de manera directa, sino que este incidente influye en todo su círculo familiar y social, ya que cuando una persona sufre una lesión, secuela o discapacidad por incidente vial ni ellos ni sus familiares volverán a la vida que tenían antes. En muchos casos muchos, los afectados y sus familias se empobrecen aún más (7,8).

La atención de emergencia post-incidente vial tiene cuatro momentos importantes: Todo inicia en el lugar del incidente, donde se da un primer contacto con las personas que lo presencian, es decir, con los demás usuarios viales; luego, se brinda atención prehospitolaria y de transporte; entonces, en un tercer momento, se brinda asistencia en centros hospitalarios; y finaliza con la rehabilitación y reintegración social y familiar de las personas que quedan con una secuela o discapacidad (2).

Como se mencionó, el primer contacto se da en el lugar de los hechos y por personal no asistencial, con poco o nulo conocimiento en primeros auxilios o atención de emergencia, que actúa más por instinto o reacción, que por conocimiento técnico. Lo que nos hace pensar en estrategias basadas en la comunidad, por ejemplo, a través de iniciativas sencillas como enseñar primeros



auxilios y atención básica de emergencia a la ciudadanía, para que la gente pueda ayudar a la estabilización del paciente hasta la llegada del personal asistencial. En ese sentido, promover grupos de respuesta inicial de la comunidad ayuda a salvar vidas, en especial, en lugares alejados o donde los servicios prehospitalarios son limitados, los tiempos de atención son prolongados o el recurso humano es escaso (2,9).

Con regularidad, equipos no médicos como los organismos de tránsito, agentes de policía, conductores de vehículos públicos, particular, peatones y demás usuarios viales se encuentran frente a un incidente vial. Así que estos deben estar capacitados para reaccionar oportunamente.

En una emergencia, los ciudadanos juegan un rol principal; y precisamente así se resalta la importancia de convertir a la seguridad vial en un tema de conocimiento ciudadano y de dominio público. Por tanto, los usuarios viales deben saber qué hacer y cómo actuar según un determinado orden de prioridades con el fin de, esencialmente, resguardar la vida de las personas, evitar mayores riesgos y/o precautelar lesiones (6,9).

Entonces, frente a un incidente vial, existen algunas preguntas básicas, que se deben responder en fracciones de segundo, por ejemplo: ¿En realidad estamos preparados para actuar?, ¿sabemos qué hacer y cómo hacerlo?, ¿recordamos un número telefónico al cual dar aviso?

5

Sobre esta última reflexión, la Década de Acción en Seguridad Vial-DASV indica, como uno de sus pilares fundamentales, que la atención oportuna a las víctimas de los incidentes viales inicia con el llamado a la línea de atención de emergencias.

Sin embargo, ¿tienen nuestros países estas líneas de atención?, ¿se encuentran en funcionamiento?, ¿las personas las recuerdan con facilidad? Son interrogantes necesarias para determinar la respuesta inicial post-incidente vial y activación de protocolos de atención a víctimas de incidente vial.

## 2. Número único de emergencia

Una línea única, de fácil recordación y a nivel nacional, contribuye a la activación rápida del protocolo de emergencia, el cual puede ser activado por cualquier usuario de la vía, quien presencie un incidente vial (1,10,11). En nuestra región solo 17 (61%) países tienen una línea única de atención, con implementación nacional, 7 (25%) línea única con cobertura parcial y 4 (14%) con múltiples números con cobertura nacional (Ilustración 1).



6

*Ilustración 1. Porcentaje de países según tipo de cobertura por número telefónico para atención de emergencias.*

La situación ideal es tener consolidado un único número telefónico con cobertura nacional y de acceso universal, el cual facilita su recordación, y disminuye el tiempo de activación del protocolo para la atención de la emergencia con el personal prehospitalario. (Tabla1)

Tabla 1 Número telefónico para atención de emergencias según tipo de cobertura y país.

Región	País	Nacional, número único	Cobertura parcial	Nacional, números múltiples
Central	Belice	●		
	Costa Rica	●		
	El salvador			●
	Guatemala			●
	Honduras	●		
	México	●		
	Panamá	●		
Insular	Antigua y Barbuda	●		
	Barbados			●
	Cuba	●		
	Dominica	●		
	Republica Dominicana		●	
	Jamaica	●		
	Santa Lucía	●		
	Trinidad y Tobago			●
	Granada	●		
Sur	Bolivia		●	
	Brasil	●		
	Chile	●		
	Colombia		●	
	Ecuador	●		
	Paraguay	●		
	Perú		●	
	Uruguay	●		
	Venezuela	●		
	Guyana		●	
	Surinam		●	
	Argentina		●	

América del sur es la región con más países que tienen una cobertura parcial de número telefónico único, situación que dificulta la atención rápida y oportuna, catalogada como acción salva vidas. Convirtiéndose en una de las innumerables barreras para la atención oportuna al interior de estos países.



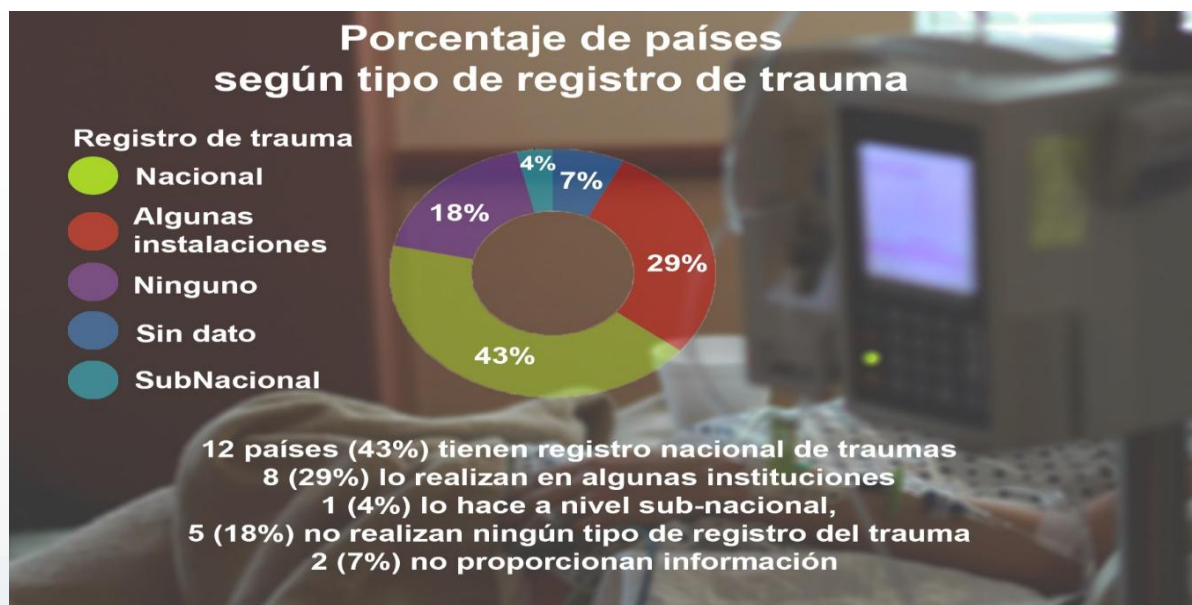
### 3. Registro de traumas.

El registro sistemático de datos es una situación de alta relevancia para la salud pública, planificación de servicios asistenciales y capacitación del recurso humano con conocimiento médico especializado. El registro continuo y rutinario de datos proporciona información constante de eventos, mejora la calidad de la atención e identifica el tipo de trauma y lesiones más frecuentes según actor vial. El registro de traumas debe ser diligenciado en la historia clínica, o en sistemas de información conectados a la historia clínica electrónica, la información consignada en esta debe estar codificada bajo los lineamientos de la Clasificación Internacional de Enfermedades-CIE, y complementada con la Clasificación Internacional del Funcionamiento-CIF que de cuenta de diagnósticos, lesiones, secuelas y discapacidades con altos estándares y conceptos médicos según recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y que permita tener información homogénea a nivel mundial (7). Por lo que sería razonable comenzar a pensar en cada país en la implementación de un sistema de vigilancia epidemiológica de las lesiones, traumas y secuelas.

8

Lastimosamente, esto no sucede así, y este informe muestra que, 12 países (43%) tienen registro nacional de traumas, 8 (29%) lo realizan en algunas instituciones, 1(4%) lo hace a nivel sub-nacional, 5 (18%) no realizan ningún tipo de registro del trauma, y 2 (7%) no proporcionan información sobre si realizan o no registro de los traumas (**Ilustración 2**).

*Ilustración 2. Porcentaje de países según tipo de registro de trauma*



El registro de datos en sistemas de información en salud, propicia la toma de decisiones informadas para intervenciones más eficaces, más rápidas y con optimización de recursos, que en nuestro continente son escasos y limitados.

Tabla 2 Tipo de registro de trauma según país.

Región	País	Nacional	Subnacional	Algunas instalaciones	Ninguno	Sin dato
Central	Belice				●	
	Costa Rica			●		
	El salvador	●				
	Guatemala			●		
	Honduras			●		
	México	●				
	Panamá			●		
Insular	Antigua y Barbuda					●
	Barbados	●				
	Cuba	●				
	Dominica				●	
	Republica Dominicana	●				
	Jamaica			●		
	Santa Lucia					●
	Trinidad y Tobago			●		
	Granada				●	
Sur	Bolivia		●			
	Brasil				●	
	Chile	●				
	Colombia	●				
	Ecuador	●				
	Paraguay	●				
	Perú	●				
	Uruguay	●				
	Venezuela	●				
	Guyana				●	
	Surinam			●		
	Argentina			●		

Preocupa que dos países no presenten información sobre el registro de traumas, y otros cinco no realicen registro de estos en ninguno de sus sistemas. En el continente americano, América del sur se consolida como la región con el mayor número de países que realizan registro de traumas.

## 4. Evaluación nacional del sistema de atención de emergencia.

La baja calidad en atención traumatológica incrementa la probabilidad de morir después sufrir una lesión, llegando a ser seis veces mayor en un país de ingresos medios y bajos que en un país de ingresos altos. Problema que se incrementa por falta de organización, planificación, escasez de programas para mejorar la atención traumatológica y los bajos niveles de desarrollo (12).

Evaluar los servicios de emergencia basado en normas y estándares internacionales, permite promover la implementación de mejoras en el proceso preasistencial y asistencial de emergencia. La evaluación bajo criterios mundialmente aceptados posibilita su aplicación en el territorio, y permite las comparaciones métricas entre países bajo estándares de calidad, y a su vez establecer mejoras asistenciales, técnicas, humanas y locativas para el manejo del trauma en nuestro medio, en especial para la atención de aquellas personas que sufren traumatismos causados por incidente vial (12).

10

La evaluación rutinaria de los procesos debe ser considerada como una actividad común, esta nos guía hacia procesos de mejor calidad, permite mantener el control y corregir el rumbo de aquellos que tienen fallas (12,13). Las guías propuestas por la Organización Mundial de la Salud-OMS (Guidelines for Essential Trauma Care-GETC) buscan establecer estándares alcanzables para los servicios de tratamiento del trauma, y que puedan estar disponibles de manera realista para todas las personas lesionadas en el mundo. La GETC indica actuar bajo estos componentes: recursos humanos (personal y capacitación) y recursos físicos (infraestructura, equipo y suministros) (12-15), también toman en cuenta la disponibilidad de recursos, en especial en países de ingresos medios y bajos. Finalmente, hacen una serie de recomendaciones sobre métodos para promover tales estándares, que incluyen capacitación, mejoramiento de la calidad, organización del equipo de trauma e inspección del hospital. Si se sigue una adecuada evaluación e implementación de estos estándares, se podría lograr un impacto en la calidad del servicio brindado en beneficio de la víctima de trauma, específicamente el gran número de personas que sufren un trauma como consecuencia de incidente vial (12,14,15).

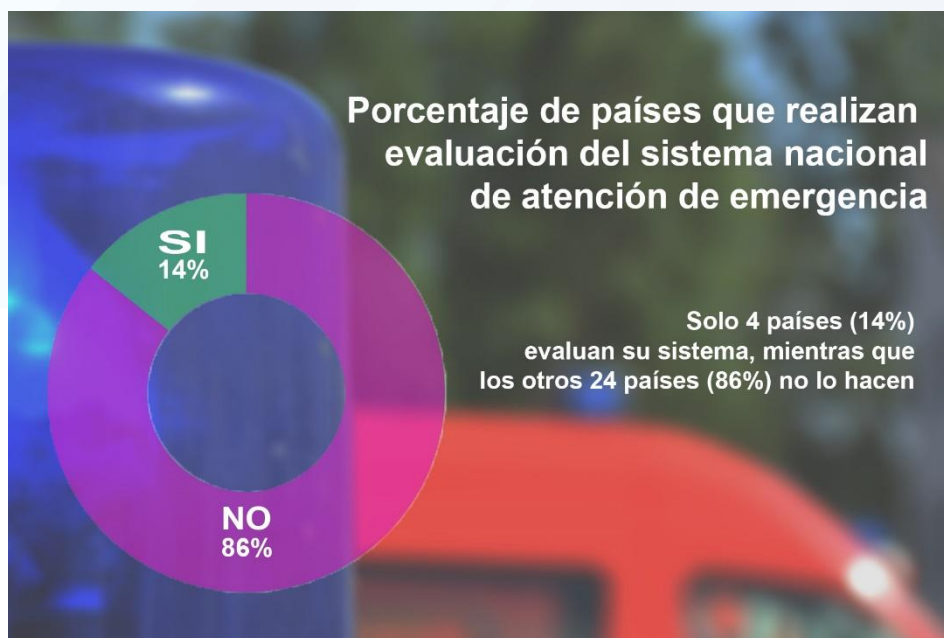


Ilustración 3 Porcentaje de países que realizan evaluación del sistema nacional de atención de emergencia.

En América Latina y el Caribe el panorama es poco alentador en materia de evaluación al sistema de emergencias, de 28 países, 4 (14%) realizan procedimientos evaluativos a sus sistemas de atención de emergencias, y 24 (86%) no realizan evaluación (**Figura 3**).

Tabla 3 Evaluación al sistema nacional de emergencias

Región	País	Si	No
Central	Belice		●
	Costa Rica		●
	El salvador	●	
	Guatemala		●
	Honduras		●
	México	●	
	Panamá		●
Insular	Antigua y Barbuda		●
	Barbados		●
	Cuba		●
	Dominica		●
	Republica Dominicana	●	
	Jamaica		●
	Santa Lucía		●
	Trinidad y Tobago		●
Sur	Granada		●
	Bolivia		●
	Brasil		●
	Chile		●
	Colombia		●
	Ecuador	●	
	Paraguay		●
	Perú		●
	Uruguay		●
	Venezuela		●
	Guyana		●
	Surinam		●
Argentina		●	

América Latina y el Caribe, se encuentran en desventaja frente a otros continentes, donde sus países realizan evaluaciones periódicas de sus procesos de atención en trauma, situación que les permite mejorar la atención, corregir fallas, y ganar minutos valiosos para prestar una atención oportuna y de calidad en pro de salvaguardar la vida de los pacientes que ingresan a los servicios de trauma. El evaluar los servicios y procesos prestados no es asusto punitivo, sino que por el contrario, permite mejorar y comparar basado en altos estándares. Una evaluación normalizada garantiza el examen de las funciones básicas del sistema y ayuda a definir un conjunto de medidas prioritarias viables y de gran impacto (2).

## 5. Capacitación y certificación de proveedores.

### 5.1 Certificación formal para proveedores prehospitalarios.

La capacitación en servicios prehospitalarios por instituciones de educación, posibilita la certificación de competencias y formación del recurso humano ante una institución acreditada, situación que garantiza el envío de personal calificado a la escena del incidente vial.

12

Este segundo nivel de atención permite ofrecer a las víctimas de incidentes viales intervenciones más avanzadas, pues aquellos que la proveen están capacitados para realizar intervenciones que generalmente se extienden más allá del alcance de la atención básica del trauma. Dependiendo del modelo de cada país los proveedores de este nivel de atención pueden realizar acciones como: responder a las llamadas de ayuda, proporcionar una estabilización inmediata de la víctima en la escena, realizar procedimientos invasivos y transporte de la víctima al hospital más cercano mientras se proporciona tratamiento adicional en ruta (2,16).

Un programa de capacitación para proveedores en este nivel de atención requiere instrucción profesional que incluya teoría y práctica, el entrenamiento generalmente dura de 100 horas a 400 horas, el número de horas, sesiones teóricas y prácticas pueden variar de un país a otro. Además de las habilidades clínicas y de manejo de pacientes, deben dar al personal asistencial un lenguaje común con el cual comunicarse entre ellos mismos, para proporcionar un enfoque de equipo al momento de atender a las víctimas de incidente vial (2,16).

Porcentaje de países que realiza certificación formal para proveedores prehospitalarios

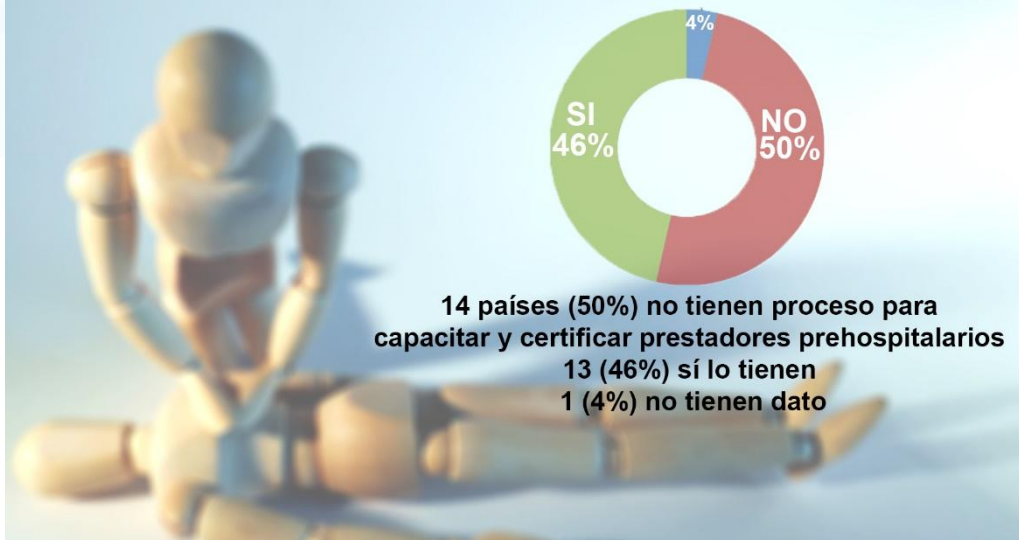


Ilustración 4. Porcentaje de países que realiza certificación formal para proveedores prehospitalarios.

13

Se encontró que 14 (50%) de los países de América Latina y el Caribe no tienen proceso para capacitar y certificar prestadores prehospitalarios, 13 (46%) lo tienen, y 1 (4%) no tienen dato (Ilustración 4).

Tabla 4 Certificación formal para proveedores prehospitalarios

Región	País	Si	No	Sin dato
Central	Belice		●	
	Costa Rica	●		
	El salvador		●	
	Guatemala	●		
	Honduras	●		
	México	●		
	Panamá	●		
Insular	Antigua y Barbuda		●	
	Barbados	●		
	Cuba	●		
	Dominica		●	
	Republica Dominicana	●		
	Jamaica		●	
	Santa Lucía	●		
	Trinidad y Tobago		●	
	Granada		●	
	Sur	Bolivia		●
Brasil			●	
Chile			●	
Colombia		●		
Ecuador		●		
Paraguay			●	
Perú			●	
Uruguay			●	
Venezuela		●		
Guyana		●		
Surinam			●	
Argentina				●

El tener personal prehospitalario certificado incrementa la calidad en la atención y trabajo en equipo, situación que puede hacer la diferencia entre la vida y muerte para las personas que sufren traumas por incidentes viales.

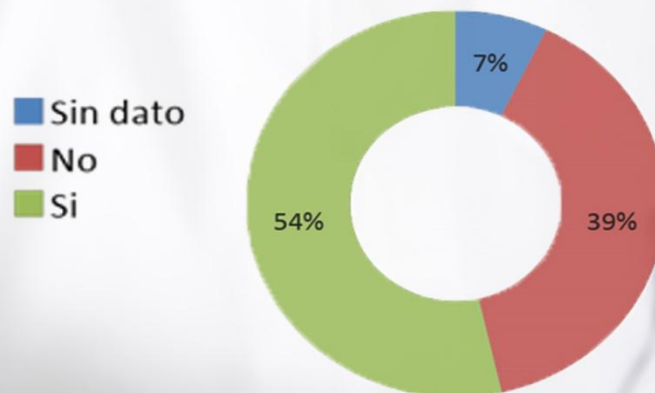
### 5.2 Postgrado en atención de emergencias y traumas.

Las cruentas guerras del siglo pasado dejaron miles de personas muertas y heridas, las cuales ingresaban a los escasos y rudimentarios centros de atención hospitalaria de la época en busca de alivio a sus lesiones y traumas. Fue hasta mediados del siglo XX, posterior a la guerra de Corea, que se entendió la importancia de la atención prehospitalaria y del establecimiento de redes de urgencias para brindar atención oportuna y de alta calidad, lo que propició en Europa occidental la idea de los posgrados en urgencias (17).

En 2005 China tenía 25 programas de posgrado en urgencias con una duración variable de 3 a 5 años, algunos con título de maestría. En Suramérica, existía en Perú, Brasil, Argentina y Colombia. En las islas del Caribe se encontró un programa de posgrado de urgencias en Barbados, bajo el auspicio de universidades australianas e inglesas. En Centroamérica, se ofrecía en Costa Rica (17). Estos programas buscan impactar en la atención terciaria con conocimiento teórico, práctico e investigativo.

14

### Porcentaje de países con postgrado en atención de emergencias y traumas



**15 países (54%) tienen programas de posgrado**  
**11 (39%) no ofrecen este tipo de formación**  
**Argentina y Honduras no registran información**

*Ilustración 5 Porcentaje de países con postgrado en atención de emergencias y traumas.*

Se encontró que 15 (54%) de los países que conforman América Latina y el Caribe tienen establecidos en sus territorios programas de posgrado en atención de



emergencias y traumas, 11 (39%) no ofrecen este tipo de formación. Argentina y Honduras no registran información (Ilustración 5).

Tabla 5 Países con postgrado en atención de emergencias y traumas

Región	País	Si	No	Sin dato
Central	Belice		●	
	Costa Rica	●		
	El salvador		●	
	Guatemala	●		
	Honduras			●
	México	●		
	Panamá	●		
Insular	Antigua y Barbuda		●	
	Barbados		●	
	Cuba	●		
	Dominica		●	
	Republica Dominicana		●	
	Jamaica	●		
	Santa Lucia		●	
	Trinidad y Tobago	●		
	Granada		●	
Sur	Bolivia	●		
	Brasil	●		
	Chile	●		
	Colombia	●		
	Ecuador	●		
	Paraguay		●	
	Perú	●		
	Uruguay		●	
	Venezuela	●		
	Guyana	●		
	Surinam		●	
	Argentina			●

Se debe incentivar a los Estados para que impulsen la formación de posgrados en atención de emergencias y traumas, pues la cualificación del personal trae consigo calidad en la atención, y de paso garantiza la sostenibilidad del sistema y del recurso humano.

### 5.3 Medicina de emergencia y Cirugía de trauma

Las urgencias siempre han existido, pero el desarrollo de su atención es muy joven en relación a la historia de la humanidad (17,18). La medicina de urgencias y emergencia comprende conocimientos derivados de todas las disciplinas médicas, especialmente aquellos que deben ser aplicados para resolver situaciones clínicas que no admiten demora debido a su gravedad, y deben ser resueltas con inmediatez por personal capacitado (17,18).



La demanda asistencial de emergencia es elevada y creciente, situación especialmente provocada por el alto número de incidentes viales, donde cada año millones de personas se lesionan en vías y carreteras de todo el mundo, demandando de manera constante atención de urgencias y quirúrgica (8).

El gran número de incidentes viales trajo a lo sociedad no solo muerte y lesión, sino que con estos llevo también una epidemia global de traumas, situación más visible en países en vía de desarrollo (7,19). El alto número de personas que ingresaban de manera urgente a las instalaciones con traumas por causas externas, llevo a las instituciones prestadoras de servicios asistenciales a formar grupos de cirujanos que se dedicaran únicamente al manejo del trauma y las urgencias, la idea era tener cirujanos dedicados exclusivamente a manejar esta nueva realidad (20).

Honduras y Argentina no proporcionaron datos sobre formación en especialidades médicas como, medicina de emergencia y cirugía de trauma, 8 (29%) países no tienen esta formación. 7 (25%) países registran solo formación en medicina de emergencia, y 13 (46%) cuentan con formación en ambas especialidades.

Tabla 6 Países con especialización en medicina de emergencia y cirugía de trauma

Región	País	Medicina de Emergencia	Cirugía de trauma	Sin dato
Central	Belice	●	●	
	Costa Rica	●	●	
	El salvador	●	●	
	Guatemala	●	●	
	Honduras			●
	México	●	●	
	Panamá	●	●	
Insular	Antigua y Barbuda	●	●	
	Barbados	●	●	
	Cuba	●	●	
	Dominica	●	●	
	Republica Dominicana	●	●	
	Jamaica	●	●	
	Santa Lucía	●	●	
	Trinidad y Tobago	●	●	
	Granada	●	●	
Sur	Bolivia	●	●	
	Brasil	●	●	
	Chile	●	●	
	Colombia	●	●	
	Ecuador	●	●	
	Paraguay	●	●	
	Perú	●	●	
	Uruguay	●	●	
	Venezuela	●	●	
	Guyana	●	●	
	Surinam	●	●	
Argentina			●	

## 6. Discapacidad de Origen Vial-DOV (Porcentaje de víctimas con Discapacidad permanente por Incidente Vial).

Al año entre 30 y 50 millones de personas se lesionan en vías y carreteras de todo el mundo, muchas de ellas quedan con secuelas que van desde las leves y moderadas hasta las muy graves, es decir cuadriplejía o hemiplejía (7,21,22). Paradójicamente la rehabilitación no se ha incluido en la fase aguda de la atención, los equipos médicos no la perciben como su responsabilidad, y esta se delegó en muchos casos a proveedores externos, incluidos los servicios locales y las organizaciones internacionales para proporcionarlos (23).

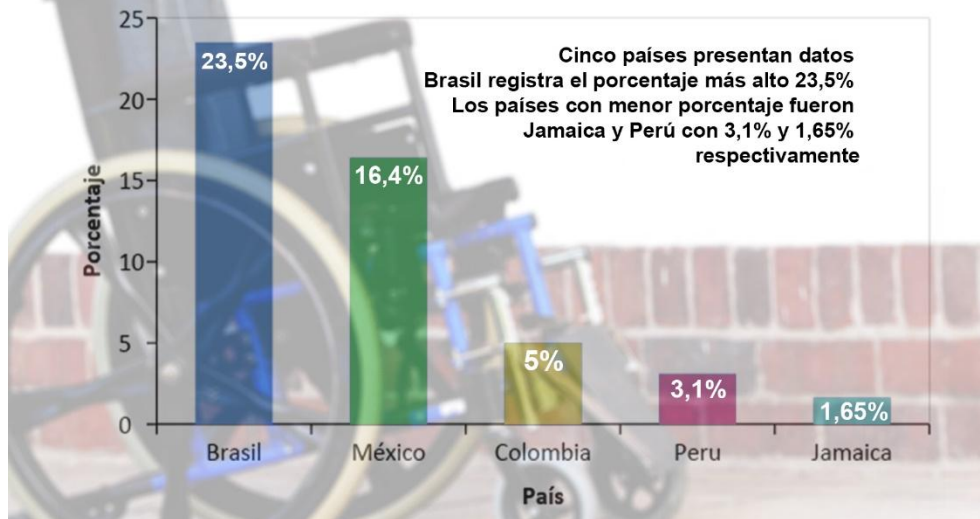
La delegación de servicios de rehabilitación, la falta de autorización por parte del asegurador, atención distante y el no tener quien lo lleve a la rehabilitación, se convierten en unas de las tantas barreras que impiden el acceso a rehabilitación, lo que trae consigo que las secuelas se perpetúen en el tiempo y con mayor gravedad (7,21,22). Las necesidades insatisfechas del proceso de rehabilitación hacen que las personas sufran complicaciones innecesarias, retraso en la recuperación y reducción de los resultados funcionales, situaciones que impiden el regreso a las actividades diarias y los roles social y familiar. (7,21-23).

Al percibir este tipo de barreras, las personas recurren a pagos personales o familiares para acelerar el acceso a rehabilitación y ayudas ortopédicas, procesos y ayudas que son costosos para una economía como la nuestra, pues en su mayoría las Personas con Discapacidad de Origen Vial-PcDOV son personas pobres, de estratos socioeconómicos bajos y trabajadores informales sin acceso a seguridad social. Situación que está llevando familias enteras a mayor pobreza, lo que reafirma el vínculo directo entre discapacidad y pobreza (7, 21, 22).

A pesar que la demanda de rehabilitación está aumentando, países de ingresos medios y bajos, no tienen la capacidad para enfrentar necesidades actuales. Reconociendo estas falencias y necesidades existentes en rehabilitación, la OMS hace un llamado a la Acción de Rehabilitación 2030, y enfatiza la necesidad de fortalecer el sistema de salud para tener intervenciones de rehabilitación efectivas y sostenibles, buscando tener servicios de rehabilitación centrados en las personas, y diseñados en torno a sus necesidades, pues se ha demostrado que la rehabilitación es altamente eficaz para mejorar resultados clínicos, mejorar el funcionamiento y la calidad de vida de las Personas con Discapacidad- PcD (7,21,22,24).

El problema no recibe atención por parte de los gobiernos, los datos son escasos, de mala calidad y con alto sub-registro; la implementación de políticas públicas es nula o escasa (25). La cifra exacta de incapacidades y personas que sobreviven con Discapacidad de Origen Vial se desconoce (7, 21, 22, 26).

**Porcentaje de Personas con Discapacidad de Origen Vial, países con postgrado en atención de emergencias y traumas**



*Ilustración 6 Porcentaje de Personas con Discapacidad de Origen Vial- PcDOV, países con postgrado en atención de emergencias y traumas.*

Cinco países presentan datos sobre porcentaje de PcDOV. Brasil registra el porcentaje más alto 23,5%, seguido de México 16,4%. Los países con menor porcentaje de PcDOV fueron Jamaica y Perú con 3,1% y 1,65% respectivamente.

## 7. Referencias

1. Balhara KS, Bustamante ND, Selvam A, Winders WT, Coker A, Trehan I, et al. Bystander assistance for trauma victims in low- and middle-income countries: a systematic review of prevalence and training interventions. *Prehospital Emerg Care*. 2018 Sep 25;1–22.
2. Organización Mundial de la Salud OMS. Salve VIDAS Paquete de medidas técnicas sobre seguridad vial [Internet]. [Consultado 2019 Feb 18]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255308/9789243511702-spa.pdf?sequence=1>.
3. Mock C, Joshipura M, Arreola-Risa C, Quansah R. An estimate of the number of lives that could be saved through improvements in trauma care globally. *World J Surg* 2012; 36: 959–63.
4. Naciones Unidas. Plan Mundial para el Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020 [Internet]. New York: ONU; 2011 [Consultado 2019 Ene 29]. Disponible en: [http://www.who.int/roadsafety/decade\\_of\\_action/plan/spanish.pdf](http://www.who.int/roadsafety/decade_of_action/plan/spanish.pdf).
5. Organización Mundial de la Salud. Global status report on road safety 2018. Ginebra: OMS; 2018.
6. Federación Iberoamericana de Asociaciones de Víctimas contra la Violencia Vial. Guía iberoamericana de atención integral a víctimas de siniestros de tránsito [Internet]. Bogotá;2016.
7. Salazar E. Discapacidad de Orgien Vial-DOV Medellín 2004-2017. [Tesis Maestría en epidemiología] Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública; 2019.
8. World Health Organization. Global status report on road safety. Geneva: Switzerland;2018.
9. Federación Iberoamericana de Asociaciones de Víctimas contra la Violencia Vial. Guía iberoamericana de atención integral a víctimas de siniestros de tránsito [Internet]. [Consultado 2019 Feb 21] Disponible en: <http://scioteca.caf.com/bitstream/handle/123456789/885/Gu%C3%ADa%20iberoamericana%20de%20atenci%C3%B3n%20integral%20a%20v%C3%ADctimas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
10. World Health Organization. Global status report on road safety 2015 [Internet]. [Consultado 2019 Feb 20]. Disponible en: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/2015/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/en/).
11. World Health Organization. Prehospital trauma care systems [Internet]. Ginebra; 2005 [Consultado 2019 Feb 22].Disponible en:

[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/services/39162\\_oms\\_new.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/services/39162_oms_new.pdf).

12. LaGrone L, Riggle K, Joshipura M, Quansah R, Reynolds T, Sherr K, et al. Uptake of the World Health Organization's trauma care guidelines: a systematic review. *Bull World Health Organ* 2016; 94:585–98C.

13. Cabañas R. Evaluación de la atención de la salud. *Revista Médica Hondureña*. 1994; 62:25-29.

14. WHO | Guidelines for essential trauma care [Internet]. WHO. [citado 24 de febrero de 2019]. Disponible en:

[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/services/guidelines\\_traumacare/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/services/guidelines_traumacare/en/)

15. Mock C, Lormand JD, Goosen J, Joshipura M, Peden M. Guidelines for essential trauma care. Geneva, World Health Organization, 2004.

16. Sasser S, Varghese M, Kellermann A, Lormand JD. Prehospital trauma care systems. Geneva, World Health Organization, 2005.

17. Gómez L. Urgencias: una especialidad para el mundo modern. *Iatreia*. 2005 Sep; 18(3): 44-351.

18. Coll-Vinent B, Sánchez M, Nogué R, Miró Ò. La enseñanza de la Medicina de Urgencias y Emergencias en las facultades de medicina: situación actual. *Emergencias* 2010; 22(1): 21-27.

19. Ordóñez C, Pino L, Badiel M, Tejada J, Badiel M, Harry J, et al. Experiencia en dos hospitales de tercer nivel de atención del suroccidente de Colombia en la aplicación del Registro Internacional de Trauma de la Sociedad Panamericana de Trauma. *Rev Colomb Cir*. 2012; 39(4):255-262.

20. Ordóñez CA. El cirujano de trauma y emergencias: pasado, presente y futuro. *Rev Colomb Cir*. 2018; 33:17-26.

21. Cabrera G, Salazar E, Trejos C, Franco M. Discapacidad de origen vial en Medellín, Antioquia 2017: Estudio descriptivo. Medellín: UdeA -SITT Ingeniería Tránsito y Tecnología Cia SAS, 2017.

22. Tonguino S, Cabrera G, Salazar E. Discapacidad de origen vial Cali 2017: Estudio descriptivo y analítico. Cali: END-SITT Ingeniería Tránsito y Tecnología Cia SAS, 2017.

23. Mills J, Gosney J, Stephenson F, Skelton P, Norton I, Scherrer V, et al. Development and Implementation of the World Health Organization Emergency Medical Teams: Minimum Technical Standards and Recommendations for Rehabilitation. *PLoS currents*. [Internet] 2018 Jul; 10: [consultado 2019 Feb 27] Disponible en: <http://currents.plos.org/disasters/index.html%3Fp=39727.html>

24. Organización Mundial de la Salud. Rehabilitation 2030 a call for action [Internet] [Consultado 2019 Feb 24] Disponible en: <http://www.who.int/disabilities/care/NeedToScaleUpRehab.pdf?ua=1>.

25. Gutierrez C, Romani F, Wong Chero P, Montenegro Idorogo J. Perfil epidemiológico de la discapacidad por accidentes de tránsito en el Perú, 2012. RevPeruMedExpSalud Publica.2014; 31(2) : 267-273.
26. Franco M, Trejos C, Cabrera G, Salazar E. Discapacidad de Origen Vial-DOV en Itagüí, Antioquia 2016: Estudio exploratorio. Medellín: UdeA - SITT Ingeniería Tránsito y Tecnología Cia SAS, 2016.