

## Comunidades seguras, un modelo mundial para la prevención de lesiones y la promoción de seguridad

### Safe communities, a world model for injury prevention and safety promotion

MSc. Mariela Hernández Sánchez, MSc. René García Roche

Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM). La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

Las lesiones constituyen un problema de salud en el mundo, por lo cual se hace imprescindible el empleo de estrategias para su prevención. El Modelo de Comunidades Seguras de la Organización Mundial de la Salud ha demostrado ser exitoso para la prevención de lesiones y la promoción de seguridad en países con niveles socioeconómicos diferentes. En este modelo, la comunidad es protagonista de las acciones, y en dependencia de las prioridades identificadas se orientan los programas para prevenir las lesiones según grupos de edad y de género, ambientes y situaciones, con participación activa de los diferentes sectores, así como el empleo de iniciativas y recursos locales. Se garantiza la sostenibilidad de las acciones a través de compromisos gubernamentales y alianzas entre los distintos sectores y organizaciones. La región de Latinoamérica se encuentra entre aquellas que tienen mayores tasas de mortalidad por lesiones y ya existen experiencias favorables con la implementación de este modelo en países como Chile, Perú y México, las cuales deben ser extendidas a otros países de la región.

**Palabras clave:** comunidades seguras, prevención de lesiones, promoción de seguridad.

---

#### ABSTRACT

Injuries constitute a health problem in the world, so the use of prevention strategies is essential. The Safe Communities Model of the World Health Organization has demonstrated to be successful for injury prevention and safety promotion in countries with different socioeconomic levels. In this model, the

community is the protagonist of actions and, depending on the priorities identified, injury prevention programs are directed to age groups and gender, environments and situations, active participation of different sectors, and the use of initiatives and local resources. Sustainability of actions through governmental commitments and alliances among different sectors and organizations are guaranteed. The Latin American region is among those that have higher rates of mortality by injury and there are favorable experiences with the implementation of this model in countries like Chile, Peru, and Mexico which should be extended to other countries in the region.

**Key words:** safe communities, injury prevention, safety promotion.

---

## INTRODUCCIÓN

Las lesiones se han mantenido como un problema de salud en ascenso a nivel mundial, sobre todo en países de bajo y mediano ingresos, lo que provoca el fallecimiento de más de 5 millones de personas anualmente y el 9 % de la mortalidad global, además de ocasionar altas cifras de morbilidad, discapacidades, sufrimiento humano y costos económicos.<sup>1-3</sup>

En ese contexto mundial, la región de Latinoamérica y El Caribe tiene una de las tasas más altas de mortalidad por lesiones, y es la principal causa de defunción en hombres con edades entre 15 a 59 años.<sup>4</sup> Todo esto hace imprescindible la aplicación de estrategias para la prevención de lesiones y promoción de seguridad.

## DEFINICIONES DE CONCEPTOS

### Lesión

Es el daño corporal no intencional o intencional resultante de la exposición aguda a energía térmica, mecánica, eléctrica o química, o por la ausencia de elementos esenciales como el calor o el oxígeno (Baker, O'Neill, Ginsburg & Li, 1992).<sup>5</sup>

El término lesiones implica no solo las adversas consecuencias biológicas o físicas del evento, sino también las psicológicas y sociales.<sup>6</sup> Las lesiones se clasifican en:<sup>7</sup>

- *No intencionales* (accidentes): que ocurren independientemente de la voluntad humana, aunque en su mayoría son producidas por el factor humano, por motivo de negligencia e imprudencia.
- *Intencionales*: que son dependientes de la voluntad humana e incluyen la conducta suicida (el individuo actúa contra sí mismo) y otras violencias (la violencia es dirigida a otra/s persona/s, como pueden ser agresiones, homicidios, etcétera).

### Seguridad

Significa un estado en el cual los riesgos y las condiciones que generan un daño físico, psicológico o material se controlan para preservar la salud y el bienestar de

---

los individuos y la comunidad. La seguridad es un recurso esencial para la vida diaria, necesario para que los individuos y las comunidades alcancen sus aspiraciones y expectativas. Se trata de un proceso dinámico y no tan solo de la ausencia de lesiones o amenazas.<sup>7-10</sup>

Conlleva dos dimensiones: una objetiva (apreciada en función de parámetros conductuales y medio ambientales) y una subjetiva (apreciada en función del sentimiento de seguridad o inseguridad de la población).<sup>10</sup>

### **Promoción de la seguridad**

Es el proceso para desarrollar y mantener la seguridad, y lo aplican los individuos, las comunidades, los gobiernos y otras organizaciones, en los planos local, nacional e internacional. Incluye todos los esfuerzos realizados para la modificación de las estructuras, los ambientes (físico, social, tecnológico, político, económico y organizacional), las actitudes y los comportamientos relacionados con la seguridad.<sup>7,8,10</sup>

### **Prevención de lesiones y promoción de seguridad**

Es necesario tener en cuenta que el concepto de promoción de la seguridad es mucho más amplio que el de prevención de las lesiones, de la misma forma que el concepto de salud es mucho más extenso que la ausencia de enfermedad.<sup>5,7,8,11</sup>

Algunos autores<sup>8</sup> plantean que prevención de lesiones está más enfocada a las soluciones técnicas, y que promoción de seguridad trata de influir fundamentalmente en las actitudes. Sobre este aspecto, otros autores<sup>5,10</sup> refieren que promoción de seguridad incluye una dimensión subjetiva, que es influenciada por experiencias individuales y colectivas, las cuales interactúan en la sensación de seguridad de la comunidad. Esta sensación de seguridad se puede manifestar como mayor percepción de salud, bienestar, menos ansiedad en relación con riesgos de lesiones y mayor compromiso en las actividades comunitarias.<sup>11</sup>

### **Comunidad segura**

Puede ser una municipalidad, condado, ciudad o distrito (comuna) de una ciudad, cuyas poblaciones oscilan generalmente entre 2 000 y 2 000 000 de habitantes (que pueden variar según el tamaño de la comunidad), que trabaje en la promoción de seguridad y la prevención de lesiones (incluidos los desastres naturales), con programas que según prioridades estén orientados a todos los grupos de edad y género, en todas las áreas y que sea parte de una red internacional de programas acreditados.<sup>8,12,13</sup>

### **ANTECEDENTES DEL MODELO DE COMUNIDADES SEGURAS**

Ante el problema de salud ocasionado por los diferentes tipos de lesiones, así como la urgente necesidad de prevenir y disminuir sus graves consecuencias, en el mundo se han desarrollado estrategias, entre las cuales se destaca el Modelo de Comunidades Seguras de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Con respecto a las políticas públicas, las raíces del Movimiento de Comunidades Seguras pueden originarse en los conceptos de la nueva salud pública y la salud para todos, de la OMS, y más tarde en la Carta de Ottawa para la promoción de la salud.<sup>8,14</sup>

La Carta de Ottawa define campos de actividad relacionados con las comunidades seguras, como son: la elaboración y aplicación de políticas públicas saludables, la creación de ambientes seguros y el fortalecimiento de la acción comunitaria.<sup>8</sup>

Los principios de la Carta de Ottawa también se han aplicado en otras iniciativas de base comunitaria para la promoción de salud, tales como las Escuelas Saludables y los Municipios Saludables. Estas iniciativas se desarrollaron paralelamente al Modelo de Comunidades Seguras y son complementarias de este último, ya que aunque se orientan a problemas de salud diferentes, en algunas experiencias también han abordado problemas relacionados con las lesiones.<sup>8</sup>

## COMUNIDADES SEGURAS EN EL MUNDO

Durante la Primera Conferencia Mundial de Prevención de Lesiones y Accidentes de 1989, en Estocolmo, se suscribió el Manifiesto por las Comunidades Seguras, en el cual se declara que "todos los seres humanos tienen el mismo derecho a la salud y la seguridad", y surgió formalmente el concepto de comunidades seguras. Este concepto se refiere a un modelo de intervención de la OMS para el control y la prevención de lesiones, basado en la participación activa de la comunidad.<sup>1,6,8,12,15</sup>

Tuvo sus orígenes en un proyecto piloto para la prevención de lesiones en Falköping, Suecia, en 1975. La experiencia comenzó con la implementación del Programa de Prevención de Accidentes de Falköping (FAPP) y los resultados fueron exitosos, ya que se logró una disminución de 23,0 % en las tasas por lesiones en la población total. Desglosado por tipo de lesión según lugar de ocurrencia, la disminución fue de 26,7 % en el hogar, 27,6 % en el trabajo, 27,7 % en el tránsito y 0,8 % en otras.<sup>1,5,7</sup>

Durante los años 70 y 80, a estas experiencias se incorporaron otras comunidades suecas como Lidköping (con la intervención se observó disminución en ingresos hospitalarios por lesiones de 2,4 % en varones y 2,1 % en niñas), Motala (disminución de 13,0 % para todas las lesiones) y Falun (disminución de 23,8 % en pacientes externos).<sup>1,5</sup>

En comunidades de otros países, también se observó disminución en las cifras de lesionados después de las intervenciones. Por ejemplo, en Harstad (Noruega), hubo disminución en un 26,0 % en las lesiones por tránsito; en New Plymouth (Nueva Zelanda), se observó disminución de 35,0 % en las tasas por lesiones en niños y en Illawara (Australia) hubo reducciones de 17,0 % en atenciones médicas a niños por lesiones y de 14,0 % en ingresos hospitalarios a niños por la misma causa.<sup>1,5</sup> En Wang Khoi (un pequeño pueblo, al norte de Tailandia), los resultados mostraron disminución en las lesiones por objetos cortantes, caídas, envenenamientos y tránsito.<sup>16</sup>

Este modelo de la OMS ha demostrado ser una medida efectiva para la prevención de lesiones, tanto en países desarrollados como en países en desarrollo, con características muy diferentes. Aunque la mayoría de las comunidades seguras se encuentran en estos momentos en países desarrollados, esta metodología tiene en cuenta la limitada disponibilidad de recursos existente en las comunidades de países en desarrollo.<sup>8</sup> Es así que el Modelo de Comunidades Seguras se ha extendido progresivamente por diferentes países y se han certificado 274 comunidades seguras en todos los continentes del mundo (datos reportados el 17 de mayo del 2012).<sup>17</sup>

Las regiones de África y América Latina aún son débiles en la implementación del modelo, pero a pesar del atraso en el inicio de este movimiento en América Latina y

El Caribe, ya se realizan esfuerzos concretos y se han certificado cinco comunidades seguras (datos reportados el 17 de mayo del 2012):<sup>17</sup>

- 1 en Chile: Municipalidad de Peñaflor (Santiago de Chile, 2007).
- 1 en Perú: Municipalidad de San Borja (Lima, 2008).
- 3 en México: Tuxtla Gutiérrez (Estado de Chiapas, 2010), Cuautitlán Izcalli (Estado de México, 2011), Cuajimalpa de Morelos (Delegación de Ciudad México DF, 2012).

Igualmente, en la región se han desarrollado eventos internacionales con muy buenos resultados para el intercambio de experiencias y la unión de esfuerzos comunes como han sido:

- 18 Conferencia Internacional de Comunidades Seguras. Cali, Colombia, 2009.
- Primera Conferencia Regional de Comunidades Seguras para las Américas. Comuna de Peñaflor, Chile, 2011.
- 2ª Conferencia Regional de Comunidades Seguras para las Américas. Comunidades seguras y riesgo climático. Retos y propuestas. San Borja, Perú, 2012.

En Cuba, durante el período 2008-2012, se ha estado desarrollando una etapa de divulgación sobre el modelo a través de 15 talleres, que han tenido como objetivo capacitar especialistas de diferentes sectores de la comunidad, involucrados en el trabajo de prevención de lesiones no intencionales y promoción de seguridad. Estos talleres han sido coordinados por el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM), con apoyo del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). En ellos se han capacitado 304 representantes de: salud, educación, tránsito, transporte, justicia, cultura, deportes, medios de difusión masiva, organizaciones de masas y juveniles, entre otros sectores, para la posterior replicación y formación de promotores en sus respectivas áreas de acción, en todos los territorios del país.

#### CENTRO COLABORADOR DE COMUNIDADES SEGURAS

El Centro Colaborador de la OMS para la Promoción Comunitaria de la Seguridad radica en el Instituto Karolinska, en Suecia.<sup>8</sup> El papel de este centro es el siguiente:<sup>18</sup>

- Coordinar la Red Mundial de las Comunidades Seguras, de los Centros Afiliados de Apoyo a las Comunidades Seguras (ASCSC) y de los Centros Certificadores de las Comunidades Seguras (SCCC).
- Desarrollar los indicadores de las comunidades seguras.
- Organizar cursos de entrenamiento, conferencias y seminarios en el área de la promoción de la seguridad.

## **CENTROS AFILIADOS DE APOYO A LAS COMUNIDADES SEGURAS**

Los Centros Afiliados apoyan al Centro Colaborador de la OMS en el desarrollo del Programa de las Comunidades Seguras, así como aconsejan y asisten en el campo de la prevención de las lesiones y la promoción de la seguridad en su país e internacionalmente.<sup>18</sup>

## **CENTROS CERTIFICADORES DE COMUNIDADES SEGURAS**

Un Centro Certificador, además de la función que le da su nombre, tiene la misión de apoyar y promover el desarrollo de comunidades seguras en la región, evaluar su trabajo y contribuir al conocimiento científico sobre la promoción comunitaria de la seguridad.<sup>8,18</sup>

En este sentido, Colombia tomó el liderazgo a nivel de la región de América Latina y El Caribe, de manera que el Instituto de Investigación y Desarrollo en Prevención de Violencia y Promoción de la Convivencia Social (CISALVA), de la Universidad del Valle, en Cali, fue designado como el primer Centro Certificador de Comunidades Seguras en el continente americano, en el 2007.<sup>8,19</sup>

## **MODELO DE COMUNIDADES SEGURAS**

La característica fundamental del Modelo de Comunidades Seguras es la creación de una infraestructura local, que promueva la cooperación entre los diferentes sectores involucrados en estas acciones para la prevención de lesiones y la promoción de seguridad.<sup>1,8</sup>

Es de destacar que esta iniciativa de comunidades seguras es diferente a otros programas de prevención de lesiones. Su sostenibilidad está favorecida porque la comunidad interviene de forma activa y protagónica en la identificación y solución de los problemas, a través de la interrelación y colaboración entre los diferentes sectores, fundamentalmente con recursos de la propia localidad, así como el empleo de organizaciones y sistemas gubernamentales que estén bien establecidos (arriba-abajo) y el conocimiento y las necesidades de los individuos de la comunidad (abajo-arriba).<sup>2,8,11,12</sup>

Las comunidades seguras cuentan con programas sostenibles a largo plazo orientados a promover la seguridad integral de sus habitantes en los diferentes contextos: tránsito, hogar, lugares públicos, trabajo e instituciones educacionales. La comunidad que se certifica aspira a lograr la seguridad mediante un abordaje estructurado de sus problemas, pero no equivale a que esta sea un lugar totalmente seguro, ya que eso sería muy difícil de conseguir. Es el punto de partida a un proceso de trabajo integral, con el objetivo de que la comunidad se proponga acciones para la disminución de los riesgos. Cada cinco años hay una revisión para analizar si se mantiene la condición de comunidad segura.<sup>8,19,20</sup>

## **EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN LAS INTERVENCIONES**

Las intervenciones pueden ser múltiples (educativas, ambientales, legislativas y otras) y en general, la implementación del modelo requiere de:<sup>11</sup>

- Recoger datos locales.

- Emplear estos datos en el compromiso de los diferentes sectores de la sociedad para el planeamiento y ejecución de programas de prevención.
- Evaluar el resultado de las intervenciones.

Para esto es necesario el desarrollo de sistemas de vigilancia de lesiones que faciliten la recogida de los datos, en estrecha cooperación con servicios de atención primaria, hospitales, centros de emergencia y otras fuentes.<sup>6</sup> Si los datos están disponibles, además de mortalidad, se debe recoger morbilidad, años de vida potencial perdidos, y otras mediciones que reflejen efectos en la vida de los lesionados y sus familias.

La evaluación debe orientarse principalmente a determinar si los resultados que se esperaban se han cumplido. Una evaluación dirigida a resultados supone el establecimiento de claras metas y objetivos, preferiblemente enmarcados dentro de un plan estratégico global que se deriva de la misión y la determinación de indicadores para medir el cumplimiento de estas metas y objetivos. La información que se obtenga debe ser utilizada para ajustar las acciones y mejorar el desempeño.<sup>21</sup>

Un aspecto al que se debe dar la mayor importancia es que, aunque se han realizado estudios sobre el impacto del modelo en diferentes comunidades, estas son todavía insuficientes y es necesario incrementar el número de evaluaciones de la efectividad de las intervenciones.<sup>22</sup>

## GUÍA PARA EL DESARROLLO DE UNA COMUNIDAD SEGURA

Las enseñanzas del Programa de Prevención de Accidentes de Falköping (1978-1991) se aplicaron en Lindköping y Motala (Suecia) y Wang Khoi (Tailandia) para probar el abordaje en contextos social y culturalmente diferentes. Como resultado de estas experiencias, se diseñó la guía para el desarrollo de las comunidades seguras con cinco principios básicos:<sup>8,16</sup>

1. Necesidades organizativas para el trabajo de las comunidades seguras.
2. Fuentes de información necesarias para identificar a los grupos y las áreas más vulnerables, y difusión de la información sobre seguridad.
3. Intervención y participación comunitaria, sus objetivos y fundamentos.
4. Lista de prioridades para las decisiones.
5. Tecnologías, métodos y recursos para instituir los programas e intervenciones.

Para mayor información sobre esta guía, se puede consultar la publicación de *Fandiño* y otros autores.<sup>8</sup>

## ASPECTOS CRUCIALES PARA IMPLEMENTAR UN PROGRAMA EXITOSO DE COMUNIDADES SEGURAS PARA LA PREVENCIÓN DE LAS LESIONES<sup>23</sup>

- Escuchar a la comunidad y dejar que esta defina cuáles son los problemas más importantes, según su punto de vista.
- Coordinar esfuerzos en un nivel regional.

- Incrementar la conciencia del público sobre el problema de las lesiones.
- Incluir la prevención de las lesiones en los problemas nacionales.
- Asegurar que grupos de interés influyentes apoyen los esfuerzos comunitarios.
- Movilizar todos los miembros de la comunidad de manera creativa.

Los métodos creativos de educación para obtener cambios en el comportamiento y en el ambiente, combinados con apropiadas medidas legislativas y empleo de los medios de difusión masiva (como herramienta poderosa para elevar la conciencia pública ante el problema) son importantes para el desarrollo de las comunidades seguras.<sup>23</sup>

## **CRITERIOS PARA UNA COMUNIDAD SEGURA**

Existe un conjunto de indicadores generales para las comunidades seguras, al igual que subconjuntos específicos de indicadores según contexto y grupos de riesgo.<sup>18</sup>

### **INDICADORES GENERALES**

Para su acreditación, los siete criterios que deben poseer las comunidades seguras internacionales de la OMS son:<sup>1,8,14,24</sup>

1. Una infraestructura basada en colaboraciones y asociaciones, gobernada por un grupo representante de varios sectores encargado de la promoción de la seguridad en la comunidad.
2. Programas sostenibles a largo plazo que incluyan a ambos géneros y todos los grupos de edades, ambientes y situaciones.
3. Programas cuyos objetivos sean los grupos y ambientes de alto riesgo, y programas que promuevan la seguridad de los grupos vulnerables.
4. Programas basados en las evidencias disponibles.
5. Programas que documenten la frecuencia y las causas de las lesiones.
6. Medidas de evaluación para valorar los programas, los procesos y los efectos del cambio.
7. Participación continua en las redes nacionales e internacionales de las comunidades seguras.

### **INDICADORES ESPECÍFICOS**

Estos fueron diseñados a partir de los indicadores generales, para facilitar el desarrollo adicional del Movimiento de las Comunidades Seguras según contexto y grupos de riesgo, mediante la mejoría de la calidad de la promoción de la seguridad. Los indicadores específicos están considerados en los siguientes acápite:<sup>18</sup>



- Seguridad en el tráfico.
- Seguridad en los hogares.
- Seguridad en los espacios públicos
- Seguridad en el deporte.
- Seguridad en el lugar de trabajo.
- Seguridad en las escuelas.
- Seguridad para los niños.
- Seguridad para los ancianos.
- Seguridad en el agua.

Hay varios pasos durante el proceso para lograr la certificación de una comunidad segura y esto requiere de elaboración y presentación de la documentación apropiada. Se puede obtener mayor información sobre estos aspectos en el sitio Web: [http://www.phs.ki.se/csp/pdf/guidelines/20120124\\_sp.pdf](http://www.phs.ki.se/csp/pdf/guidelines/20120124_sp.pdf)

## CONSIDERACIONES FINALES

El Modelo de Comunidades Seguras de la OMS es útil para la prevención de lesiones y promoción de seguridad, independientemente del desarrollo económico y características de cada país. Una de sus ventajas es que puede ser aplicado de acuerdo con las prioridades y condiciones socioeconómicas de cada comunidad. Este modelo favorece la motivación y la participación activa de todos los sectores de la comunidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Spinks A, Turner C, Nixon J, Mc Clure RJ. The "Who Safe Communities" model for the prevention of injury in whole populations. (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2009 [cited: 30 Nov 2011]; (3): CD004445. Available from: [http://www.ki.se/csp/pdf/Publications/cochrane\\_library\\_2009\\_issue\\_3.pdf](http://www.ki.se/csp/pdf/Publications/cochrane_library_2009_issue_3.pdf)
2. Nordqvist C, Timpka T, Lindqvist K. What promotes sustainability in Safe Community programmes? *BMC Health Services Research* [Internet]. 2009 Jan [cited: 31 Nov 2011]; 9(4). Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/4>
3. Sklaver BA, Clavel-Arcas C, Fandiño-Losada A, Gutiérrez-Martínez MI, Rocha-Castillo J, Morán de García S, et al. The establishment of injury surveillance systems in Colombia, el Salvador, and Nicaragua, 2000-2006. *Rev Panam Salud*

Pública [Internet]. 2008 [cited: 10 Sep 2012];24(6). Available from: [http://www.ki.se/csp/pdf/Publications/establishment\\_injury\\_surveillance\\_in\\_colombia\\_elsalvador\\_nicaragua.pdf](http://www.ki.se/csp/pdf/Publications/establishment_injury_surveillance_in_colombia_elsalvador_nicaragua.pdf)

4. Barreto SM, Miranda JJ, Figueroa JP, Schmidt MI, Munoz S, Kuri-Morales PP, et al. Epidemiology in Latin America and the Caribbean: current situation and challenges. *International Journal of Epidemiology* [Internet]. 2012 [cited: 16 Sep 2012];41(2):557-71. Available from: <http://ije.oxfordjournals.org/content/41/2/557.full.pdf+html>

5. Welander G, Svanström L, Ekman R. Safety Promotion-an Introduction. 2<sup>nd</sup> Revised edition [Internet]. Stockholm: Kristianstads Boktryckeri AB; 2004 [cited: 10 Sep 2012]. Available from: <http://ebookbrowse.com/gdoc.php?id=275531161&url=ea99554af1e40d0d78cc747a6badbec5>

6. Manifesto for Safe Communities. SafetyA Universal Concern and Responsibility for All. Adopted in Stockholm 20 September 1989 [Internet]. Stockholm. Sweden: WHO/ Karolinska Institute; 1989 [cited: 26 Oct 2011]. Available from: <http://www.phs.ki.se/csp/pdf/Manifesto.pdf>

7. Svanström LO, Haglund BJA. Evidence-based safety promotion and injury prevention-an introduction [Internet]. 2000 [cited: 26 Dec 2011]. Stockholm. Sweden: Karolinska Institutet, SE; 2000. Available from: <http://www.phs.ki.se/csp/pdf/Books/EvidenceBasedSkadeprevEngvers.pdf>

8. Fandiño-Losada A, Bangdiwala SI, Gutiérrez MI, Svanström L. Las comunidades seguras: una sinopsis. *Salud Pública de México* [Internet]. 2008 [citado 26 dic. 2011];50(1). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10608909>

9. Maurice P, Laforest J, Bouchard LM, Rainville M. Promotion de la sécurité et son approche par milieu de vie: considérations théoriques et pratiques. *ReVue de L'IPC Review* [Internet]. 2008 march [citado 29 agosto 2011];2:35-56. Available from: [http://www.socialsciences.uottawa.ca/ipc/pdf/1\\_IPCR2-full-final.pdf](http://www.socialsciences.uottawa.ca/ipc/pdf/1_IPCR2-full-final.pdf)

10. Seguridad y promoción de la seguridad: aspectos conceptuales y operacionales [Internet]. Québec, Canadá: Centro colaborador de la OMS en Québec para la promoción de la seguridad y prevención de traumatismos, Red de Salud Pública y Ministerio de Salud y Servicios Sociales del Québec/ OMS; 1998 [citado 26 dic. 2011]. Disponible en: [http://www.ki.se/csp/pdf/Publications/seguridad\\_promocion\\_de\\_la\\_seguridad.pdf](http://www.ki.se/csp/pdf/Publications/seguridad_promocion_de_la_seguridad.pdf)

11. Johnston BD. Injury prevention in Safe Communities. *Inj Prev* [Internet]. 2011 [cited: 26 dic. 2011];17(1):1-2. Available from: [http://www.ki.se/csp/pdf/Publications/inj\\_prev-2011-johnston-1-2.pdf](http://www.ki.se/csp/pdf/Publications/inj_prev-2011-johnston-1-2.pdf)

12. Timpka T, Ölvander C, Hallberg N. Information system needs in health promotion: case study of Safe Community program using requirements engineering methods. *Health Informatics Journal* [Internet]. 2008 [cited: 15 Dec 2011];14(3):183-93. Available from: <http://www.ki.se/csp/pdf/Publications/HIJproofs08.pdf>

13. Svanström L. Perspectiva mundial de comunidades seguras. En: Congreso Internacional: "Migración y trata de personas": un problema complejo. Certificación de Tuxtla como comunidad segura. Mar 28-29 de 2011. Memorias. Chiapas, México: Gobierno del Estado. Centro de convenciones del Poliforum de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; 2011. p. 54.

14. Hanson D, Hanson J, Vardon P, McFarlane K, Speare R, Dürrheim D. Documenting the development of social capital in a community Safety Promotion Network: it's not what you know but who you know. Health Promotion Journal of Australia [Internet]. 2008 [cited: 15 Dec 2011];19(2):144-51. Available from: [http://www.phs.ki.se/csp/pdf/Publications/health\\_promotion\\_journal\\_of\\_australia\\_2008\\_19\\_2.pdf](http://www.phs.ki.se/csp/pdf/Publications/health_promotion_journal_of_australia_2008_19_2.pdf)

15. Coggan C, Gabites L. Safety and Local Government-Partnerships and Collaboration: How to Find all those Intersections and Actually Do Something about It. Social Policy Journal of New Zealand [Internet]. 2007 [cited 29 Aug. 2012]; (32). Available from: <http://www.msd.govt.nz/about-msd-and-our-work/publications-resources/journals-and-magazines/social-policy-journal/spj32/32-safety-and-local-government-partnerships-and-collaboration-pages94-105.html>

16. Havanonda S. Safe Community. Bangkok, Thailand: Child Safety Promotion and Injury Prevention Research Center; 2011.

17. Safe Communities Network Members [Internet]. Department of Public Health Sciences. Division of Social Medicine. WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion. Designated International Safe Communities. Stockholm. Sweden: Karolinska Institute; 2012 [cited: 10 Sept. 2012]. Available from: [http://www.phs.ki.se/csp/who\\_safe\\_communities\\_network\\_en.htm](http://www.phs.ki.se/csp/who_safe_communities_network_en.htm)

18. Centro Colaborador de la OMS para la Promoción de Comunidades Seguras. ¿Qué es una Comunidad Segura? Poster [Internet]. Department of Public Health Sciences. Division of Social Medicine. WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion. Designated International Safe Communities. Stockholm. Sweden: Karolinska Institute 2009 [cited: 10 Sept. 2012]. Available from: [http://www.phs.ki.se/csp/pdf/handsout/sc\\_poster\\_agosto09\\_spanish.pdf](http://www.phs.ki.se/csp/pdf/handsout/sc_poster_agosto09_spanish.pdf)

19. García MC. Comunidades seguras del mundo están en Cali. 2009 [Internet]. El País.com. Cali: Diario El País SA.; 2005 [citado: 10 sept 2012]. Disponible en: <http://historico.elpais.com.co/paionline/calionline/notas/Agosto132009/cali1.html>

20. Price A. Chelmsford Borough Council: A designated International Safe Community. Commonwealth Journal of Local Governance [Internet]. 2010 [cited: 19 Oct 2011]; 7: 230-4. Available from: <http://epress.lib.uts.edu.au/ojs/index.php/cjlg/article/view/1917/2045>

21. Ospina Bozzi S. Evaluación de la gestión pública: conceptos y aplicaciones en el caso latinoamericano [Internet]. En: V Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, 24 - 27 Oct. 2000. Santo Domingo, Rep. Dominicana: CLAD; 2000 [citado 19 octubre 2011]. Disponible en: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/clad0038514.pdf>

22. Istre GR, Stowe M, Mc Coy MA, Moore BJ, Culica D, Wornack KN, et al. A controlled evaluation of the WHO Safe Communities model approach to injury

prevention: increasing child restraint use in motor vehicles. *Inj Prev* [Revista en Internet]. 2011 [cited: 19 Oct 2011]; 17(1): 3-8.  
Available from: [http://www.ki.se/csp/pdf/Publications/inj\\_prev-2011-Istre-3-8.pdf](http://www.ki.se/csp/pdf/Publications/inj_prev-2011-Istre-3-8.pdf)

23. Comunidades Seguras. Safe Communities Certifying Centre [Internet]. Department of Public Health Sciences. Division of Social Medicine. WHO Collaborating Centre on Community Safety Promotion. Designated International Safe Communities. Stockholm, Sweden: Karolinska Institute; 2009 [cited: 17 Sept 2012].  
Available from: [http://www.ki.se/csp/pdf/indicators\\_sp/comunidades\\_seguras.pdf](http://www.ki.se/csp/pdf/indicators_sp/comunidades_seguras.pdf)

24. The Safe Communities Model [Internet]. Promoting Safety in our Community. Injury Control Council of Western Australia. ICCWA 2012 [cited: 17 Sep 2012]. West Perth Wa, Australia: ICCWA; 1992-2012.  
Available from: <http://www.iccwa.org.au/safe-communities/the-safe-communities-model>

Recibido: 12 de enero de 2013.  
Aprobado: 27 de marzo de 2013.

Dra. *Mariela Hernández Sánchez*. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM). Infanta 1158 entre Llinás y Clavel. Centro Habana. La Habana, Cuba. Correo electrónico: [marielah@inhem.sld.cu](mailto:marielah@inhem.sld.cu)