



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
COMITÉ EJECUTIVO DEL CONSEJO DIRECTIVO

26.ª REUNIÓN DEL SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN

Washington, D.C., 25 al 27 de marzo de 1996

Tema 4 del programa provisional

SPP26/4 (Esp.)  
20 febrero 1996  
ORIGINAL: ESPAÑOL

**PROGRESO EN LA EJECUCIÓN DEL PLAN REGIONAL DE ACCIÓN  
SOBRE VIOLENCIA Y SALUD**

Con excepción de los países del Cono Sur, Canadá y el Caribe no latino, todos los países de la Región muestran niveles elevados de violencia en comparación con el resto del mundo. El Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud aprobó, en su XXXVII Reunión en septiembre de 1993, la Resolución CD37.R19, dando lineamientos generales para el Plan Regional de Acción para la Lucha contra la Violencia. El presente documento resume las acciones desarrolladas en cumplimiento del Plan Regional para someterlas a revisión y consideración del Subcomité de Planificación y Programación.

En noviembre de 1994 la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud revisó diferentes experiencias sobre el tema. La estrategia adoptada se fundamenta en el montaje de sistemas de vigilancia epidemiológica para hechos violentos, con el fin de mejorar la calidad de la información y comenzar a identificar factores de riesgo. Para este fin se ha venido prestando asistencia técnica a varios países.

También se han diseñado varias investigaciones sobre las causas y efectos de la violencia, para sugerir estrategias de acción, y se han producido recomendaciones específicas sobre cómo medir el impacto económico de la violencia. Se espera que su aplicación muestre de manera convincente la necesidad y urgencia de invertir en la prevención de la violencia.

Se han adelantado gestiones con diferentes agencias para buscar los recursos necesarios para implementar el Plan de Acción, aunque se piensa que su ejecución plena deberá ser siempre responsabilidad de cada país.

## CONTENIDO

	<i>Página</i>
1. Antecedentes . . . . .	3
2. Situación de la violencia en las Américas . . . . .	3
3. La Conferencia Interamericana sobre Violencia y Salud . . . . .	4
4. Otros desarrollos del Plan Regional de Acción . . . . .	5
4.1 Vigilancia epidemiológica . . . . .	5
4.2 Estudio multicéntrico sobre actitudes y normas culturales sobre violencia . . . . .	5
4.3 Costos de la violencia . . . . .	6
4.4 Castigo corporal y violencia contra la niñez . . . . .	7
4.5 Otras actividades . . . . .	7
5. Resumen . . . . .	8
Cuadro . . . . .	9
Referencias . . . . .	10

## 1. Antecedentes

El Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud en su XXXVII Reunión en septiembre de 1993, considerando el aumento de las conductas violentas como un problema de salud pública de gran importancia, emitió la Resolución CD37.R19 mediante la cual instó a los Gobiernos de la Región de las Américas a establecer políticas y planes nacionales y movilizar recursos para la prevención de todas las formas de violencia.

En la misma resolución, el Consejo solicita la formulación de un Plan Regional sobre Violencia y Salud basado en los principios generales que se mencionan a continuación: a) *integralidad*: habida cuenta de la etiología multicausal de la violencia; b) *equidad*: en la perspectiva de disminuir la vulnerabilidad de los sectores más afectados; c) *compromiso político*: logrando incorporar la prevención de la violencia en las políticas de desarrollo nacional; d) fortaleciendo el desarrollo de *una cultura ciudadana* que favorezca el respeto a la vida y el diálogo como forma de solucionar el conflicto; e) obteniendo *conocimiento en función de la acción*, al identificar factores de riesgo que permitan tomar las medidas apropiadas, y f) buscando *la participación social* efectiva de todos los miembros de la sociedad.

## 2. Situación de la violencia en las Américas

Las muertes por las llamadas *causas externas* (CE) —Códigos V01-Y98— ocupan un lugar preponderante en muchos países de la Región y su importancia parece ir en aumento. Así por ejemplo, para países como Colombia y El Salvador alrededor de un 25% de la mortalidad general es por causa externa. Las cifras correspondientes para otros países como Brasil, Ecuador, México, y Nicaragua oscilan alrededor del 15%, mientras que para Canadá, los Estados Unidos de América, y Uruguay andan cerca al 8%. Aún para los países donde las CE no tienen tanto peso, se observa que su importancia relativa ha ido aumentando entre los años ochenta y los noventa (1).

Según puede apreciarse en el Cuadro, al hacer un análisis de los componentes principales de la mortalidad por CE (homicidios, suicidios, accidentes de vehículo a motor y otro tipo de accidentes), puede observarse que las tasas de homicidios en la Región han aumentado en forma drástica desde el comienzo de la década de los ochenta, mientras que las tasas de accidentes de vehículo a motor se han mantenido relativamente estables (1).

La Región de las Américas tiene una tasa promedio de homicidios cercana a 17 por 100.000 habitantes, América Latina tiene 21,4 por 100.000, mientras que otros países o regiones tienen tasas inferiores a 5, y algunos países asiáticos, cercanas a 1 o 2 por 100.000. Existe, sin embargo, una gran heterogeneidad en la Región. América Central tenía, en 1991, una tasa de 27,6 al tiempo que los países andinos tenían 39,5. Colombia tenía en 1994 una tasa de homicidios alrededor de 80 y en este país la violencia se ha constituido la principal causa de muerte para la población general (2). Los Estados Unidos de América tiene una tasa cercana a 10 por 100.000, lo cual lo coloca en primer lugar en cuanto a homicidios de todos los países económicamente desarrollados. Países como Uruguay y Chile tienen tasas relativamente bajas, cercanas a 5 por 100.000.

A pesar de lo elevado que pudieran parecer las cifras de mortalidad por homicidio, las cifras reales parecen estar por encima de las estadísticas oficiales. Esto posiblemente se deba a las diferencias en la definición de homicidio (por ejemplo, de acuerdo con las recomendaciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades, las muertes ocurridas en acción de guerra o en uso de la fuerza pública no son contabilizadas como homicidios) y al uso muy difundido del código Y10-Y34, muertes violentas cuya intención es desconocida, que impide conocer la totalidad de homicidios y suicidios (en Río de Janeiro, más de la mitad de las muertes ocurridas en el primer trimestre del año 1995 fueron así clasificadas; en Santiago, Chile, para el año 1994, cerca del 40% de las muertes violentas fueron clasificadas de esa manera). Por las anteriores razones, por regla general, las cifras disponibles no reflejan la verdadera situación.

El homicidio y el suicidio se constituyen en la forma más extrema de la violencia por cuanto eliminan la vida. Sin embargo existen otras formas de violencia, como la violencia contra la mujer y el niño, que siendo muchísimo más frecuentes, son mucho más difíciles de detectar ya que solo producen lesiones físicas o psicológicas. La violencia doméstica es frecuentemente avalada por patrones culturales muy arraigados en la Región: "por que te quiero te aporrio", justifica la violencia contra la mujer; "la letra con sangre entra", justifica la violencia contra la niñez y otras expresiones similares. El castigo corporal sigue siendo muy prevalente dentro del sistema escolar. Existe un muro de silencio (muro de la vergüenza) alrededor de la violencia sexual, tanto contra la mujer como contra la niñez. Estas formas de violencia no han sido suficientemente estudiadas y por lo tanto no se conoce su verdadera magnitud. Hay razones para pensar que puedan también estar proporcionalmente elevadas.

### **3. La Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud**

Merece consideración aparte la realización de la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud, llevada a cabo en la Sede de la OPS en Washington, D.C., en noviembre de 1994. Durante tres días los líderes más destacados de la Región

tuvieron lo oportuno de escuchar diversas ponencias que pusieron en claro, por primera vez en un foro internacional de esa magnitud, la importancia de la violencia y la necesidad y urgencia de adoptar medidas para controlarla. Con posterioridad inmediata a la Conferencia se realizaron Jornadas Técnicas con el fin de profundizar en los diversos aspectos de la violencia, tales como contra la mujer, contra la niñez y la adolescencia.

La División de Promoción y Protección de la Salud (HPP) estuvo encargada de la organización de la Conferencia y de la publicación de sus memorias. Un libro con las diferentes ponencias, discusiones y recomendaciones acaba de ser publicado en español y la versión en inglés aparecerá en breve. De igual manera, la versión española, fue puesta a disposición del público a través del Internet, convirtiéndose así en una de las primeras publicaciones de la OPS en estar disponible por este medio.

#### **4. Otros desarrollos del Plan Regional de Acción**

##### **4.1 *Vigilancia epidemiológica***

Teniendo en cuenta las dificultades mencionadas en cuanto a conocer la verdadera situación de violencia, se consideró prioritario establecer recomendaciones claras y precisas acerca de la forma de registrar las muertes por causa externa. A tal fin y con la colaboración del Programa de Gestión Urbana de las Naciones Unidas, se realizó un Taller sobre Vigilancia Epidemiológica de Homicidios y Suicidios, en Cali, Colombia, los días 2 a 5 de mayo de 1995. Asistieron a este taller representantes de nueve países y se contó con la asesoría del Centro Nacional para la Prevención y Control de Lesiones de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Atlanta. Las conclusiones de este Taller ya fueron aceptadas para próxima publicación en el *Boletín de la OPS* y ya han comenzado a servir de base para su aplicación en varios países y ciudades. Bogotá, Cali, Medellín y otras ciudades de Colombia han comenzado a llevar un registro detallado de la mortalidad por CE, según las recomendaciones del Taller. Río de Janeiro y Campinas, en Brasil, también han comenzado a llevar un sistema de vigilancia epidemiológica para hechos violentos. En Caracas, Venezuela, con financiación del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICIT), se está llevando a cabo el montaje de un sistema similar. En Lima, Perú, con el apoyo entusiasta de la Representación de la OPS, se llevó a cabo un seminario para difundir las recomendaciones del Taller de Cali. Cuando aparezcan las recomendaciones del Taller en el *Boletín de la OPS*, se espera que se pueda extender aún más este sistema de vigilancia epidemiológica.

##### **4.2 *Estudio multicéntrico sobre actitudes y normas culturales sobre violencia***

Con el apoyo de la División de Salud y Desarrollo Humano (HDP) se contrató el diseño de un estudio para medir las actitudes y percepciones de la sociedad en relación

a la violencia. El Dr. Alfred McAlister, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Texas y Director del Centro Colaborador de la OMS en Promoción de Salud, Investigación y Desarrollo, fue el encargado de hacerlo, como también del diseño de un formulario inicial. En el mes de enero de 1996, representantes de 11 ciudades de 9 países se reunieron en Houston a fin de discutir los lineamientos del estudio y escoger las preguntas del formulario. Las ciudades y países participantes respondían al doble criterio de tener interés y capacidad académica para hacer el estudio, al tiempo que disponer de los recursos para realizar el trabajo de campo definitivo, pues los recursos disponibles solo permitían financiar hasta la prueba previa del cuestionario.

El estudio permitirá relacionar las respuestas con las tasas de violencia y crimen en cada ciudad y permitirá, por primera vez, tener datos comparables de victimización y actitudes hacia las varias formas de violencia doméstica. Hasta el momento está asegurada la participación de Brasil (Río de Janeiro y Salvador), Canadá (Vancouver), Chile (Santiago), Cuba (La Habana), Colombia (Bogotá, Cali y Medellín y Barranquilla), Costa Rica (San José), El Salvador (San Salvador), Estados Unidos de América (Estado de Texas y, posiblemente, Michigan) y Venezuela (Caracas y Maracaibo). Se están haciendo gestiones, a través de la Oficina de Relaciones Externas (DEC) y la Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF), para conseguir recursos adicionales que permitirán incluir otros sitios que tienen extraordinario interés pero que no han podido conseguir los recursos suficientes para realizar el trabajo de campo.

Se ha considerado este trabajo como de la mayor importancia ya que permitirá, por primera vez, tener datos comparables en varias partes de la Región. Para el trabajo de violencia es comparable únicamente al Estudio de la Mortalidad en Adultos y en la Niñez realizado hace varios años por la OPS.

#### **4.3 Costos de la violencia**

No existe duda de que la violencia interpersonal está afectando de manera importante no solo los servicios de salud sino también las economías de muchos de los países de la Región. Por un lado, desafortunadamente, la evidencia existente hasta el momento proviene casi exclusivamente del sector salud y está expresada en los términos tradicionales de tasas de muerte, de lesiones, etc. Por otro lado, los estudios hechos en varias partes del mundo utilizan metodologías diferentes, lo cual hace imposible las comparaciones.

Con el fin de tener un instrumento único y estandarizado para medir los diferentes costos de la violencia, se realizó un taller en Caracas en diciembre de 1995. Este taller, que tuvo apoyo económico del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), permitió reunir economistas destacados de la Región y llegó a unas recomendaciones muy precisas sobre la forma de medir los diferentes componentes del costo de la violencia. Se espera

en febrero de 1996, tener listas las recomendaciones para enviar a publicación y comenzar gestiones con los diferentes países para que lo apliquen.

Los datos provenientes de la aplicación de las recomendaciones del taller mencionado serán de importancia fundamental para mostrar a los gobiernos, a través de los ministerios de finanzas y de planeación, la importancia de invertir en la prevención de la violencia.

#### **4.4 *Castigo corporal y violencia contra la niñez***

Partiendo del supuesto de que el ser humano aprende las formas de reaccionar ante el conflicto a partir de sus primeras experiencias, se acepta hoy la importancia de la familia y la escuela en determinar el patrón de respuesta violenta del adulto. Con el fin de sensibilizar la opinión de los educadores y trabajadores de la salud se preparó una revisión de la literatura sobre el castigo corporal en el sistema escolar, que ya fue aceptada para publicación en el *Boletín de la OPS*. Igualmente se han iniciado contactos para financiar varios proyectos de intervención en el tema.

Se tradujo y adaptó al español un protocolo, desarrollado por OMS Ginebra, para medir la prevalencia del maltrato infantil en el medio hospitalario. A pesar de que este protocolo mide únicamente maltrato físico y solo en el medio hospitalario, se ha estimulado a muchas instituciones de la Región a que lo apliquen, ya que produce información valiosa, al tiempo que sensibiliza al personal de salud a este gravísimo problema.

#### **4.5 *Otras actividades***

Con el Mental Health Initiatives Institute de Washington, se está programando un seminario sobre el uso proactivo de los medios en la prevención de violencia y el estímulo de los hábitos de vida saludables. Se invitarán los guionistas, programadores y ejecutivos de las grandes cadenas de televisión de la Región para mostrarles el manejo de temas como la rabia y la frustración, de manera que no inciten a la violencia. Se ha obtenido apoyo de varios grupos fundacionales en Colombia y se ha contratado una persona experta en "fund raising", para que ayude a conseguir el dinero faltante.

Existe el plan de realizar un seminario de una semana de duración en el Centro para la Prevención de Lesiones del CDC, en Atlanta, para llevar un epidemiólogo de cada Representación de país, con el fin de actualizarlos en las técnicas de vigilancia epidemiológica para causa externa. El CDC ofrece el entrenamiento sin costo alguno, y se está en el proceso de conseguir los recursos para financiar el viaje y el alojamiento de los funcionarios de la OPS.

Se ha planteado la necesidad de realizar un seminario para mostrar a los jefes de estado, ministros y alcaldes programas que han sido exitosos en la prevención de la violencia. Se han comenzado gestiones tendientes a conseguir los recursos para esa reunión.

Se han realizado múltiples gestiones con el BID y el Banco Mundial para interesarlos en el tema de tal manera que apoyen las iniciativas que los países puedan presentarles.

## **5. Resumen**

La violencia, según puede medirse por las tasas de homicidios y lesiones, es un problema de salud pública de gran importancia para la mayoría de los países de la Región de las Américas. La OPS, siguiendo las recomendaciones del su Consejo Directivo, ha venido realizando múltiples acciones para apoyar a los gobiernos en el conocimiento verdadero de la magnitud del problema y en la identificación de los factores de riesgo. Simultáneamente, ha acometido varias investigaciones que deben ayudar a los países a entender las causas y efectos de la violencia y a diseñar intervenciones.

Por tratarse de un problema muy sensible, de incumbencia nacional y que afecta la soberanía, las acciones propuestas se han limitado a facilitar el conocimiento de la situación respetando siempre la autonomía de cada país. En acuerdo con lo expresado, los recursos para la implementación de los planes deben provenir de cada país, pero se han realizado gestiones con el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo para sensibilizarlos al problema y a responder favorablemente las peticiones que reciban.

**Tasa de homicidio y accidente de vehículo a motor (por 100.000 habitantes)  
 para la Región de las Américas\***

REGIÓN	HOMICIDIO		ACCIDENTES DE VEH. A MOTOR	
	1980	1991	1980	1991
Región de las Américas	11,4	16,6	19,4	15,8
América del Norte	9,8	9,7	22,7	16,4
América Latina	12,8	21,4	17,1	15,6
México	18,1	19,6	22,8	16,5
América Central	35,6	27,6	15,1	13,5
Caribe Latino	5,1	8,8	13,2	14,7
Brasil	11,5	19,0	16,4	19,1
Países Andinos	12,1	39,5	18,3	13,2
Cono Sur	3,5	4,2	9,5	9,2
Caribe no latino	3,1	3,5	10,2	7,6

\* No están incluidos Bolivia y Haití

Fuente: *Situación de la salud en las Américas: Indicadores básicos*, 1995, OPS, en lo que se refiere a la mortalidad registrada; y *Population Prospects, 1994 Revision*, Naciones Unidas, en lo que se refiere a datos de población.

## REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas*. Washington, D.C., OPS, 1994 (Publicación Científica 549).
2. Mora, I. R., *Reporte del comportamiento de las lesiones fatales y no fatales en Colombia, 1994*. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 1995, Bogotá, Colombia.