



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



132.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 23-27 de junio de 2003

Punto 4.14 del orden del día provisional

CE132/22 (Esp.)
5 mayo 2003
ORIGINAL: ESPAÑOL

REPERCUSIÓN DE LA VIOLENCIA EN LA SALUD DE LAS POBLACIONES AMERICANAS

El Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud asumió en 1993, y lo ratificó en 1996, que la violencia en todas sus manifestaciones es una prioridad de salud pública que amenaza el desarrollo de los pueblos, afecta la calidad de vida y erosiona el tejido social. La Región de las Américas es una de las más afectadas por la violencia, con un impacto negativo de gran magnitud especialmente en los países más afectados. Se estima que más de 120.000 personas son asesinadas y más de 55.000 cometen suicidio cada año. Las mujeres y los niños y niñas sufren violencia intrafamiliar, los jóvenes son víctimas y victimarios de la violencia en las calles, y la violencia sexual o en el lugar de trabajo afectan la salud física y psicológica de las personas perjudicadas. Las minas antipersonal dejan graves secuelas en las víctimas.

Los actos violentos se definen como actos intencionales “aprendidos”, de causa múltiple pero por ello mismo prevenibles, evitables, o “desaprendibles”. Diversas actividades se han impulsado en los países o se han llevado a cabo en el interior de la Oficina Sanitaria Panamericana siguiendo los mandatos del Consejo Directivo. Se necesita continuar desarrollando proyectos preventivos y aplicar los lineamientos del Plan Estratégico 2003-2007, y disponer de un segundo plan de acción que actualice las recomendaciones del primer Plan aprobado en 1994. Además, se cuenta hoy en día con el *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud* y otros documentos que son herramientas de consulta y trabajo sobre diversas formas de violencia, las prácticas exitosas o las que no funcionan.

Es necesario un mayor compromiso de los gobiernos nacionales y municipales para la ejecución de planes y programas intersectoriales y sostenidos. El sector de la salud desempeña un papel fundamental no sólo en la atención y rehabilitación de las víctimas sino también en la puesta en práctica de proyectos de prevención, desarrollo de sistemas de información e impulso a la investigación causal y de factores de riesgo. Las comunidades y sus organizaciones civiles tienen el derecho de participar en la búsqueda y aplicación de proyectos preventivos.

Se solicita al Comité Ejecutivo que analice este documento como base para la definición de un Segundo Plan de Prevención Regional de la Violencia.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Introducción	3
Por qué la OPS debe continuar su compromiso para la prevención de la violencia	3
Avances de los programas	5
Violencia de género. Violencia contra la mujer. El programa Mujer, Salud y Desarrollo.....	5
Salud y desarrollo del adolescente.....	6
Espacios saludables.....	7
Estudio multicéntrico sobre actitudes y normas culturales frente a la violencia - ACTIVA	8
Coalición Interamericana para la Prevención de la Violencia (CIAPV)	9
Relaciones y colaboración con la OMS	9
Situación actual.....	9
Magnitud del problema.....	9
Muertes por homicidios y suicidios.....	9
Violencia intrafamiliar.....	10
Violencia juvenil.....	10
Violencia sexual.....	11
Violencia ocupacional.....	12
Violencia y salud mental.....	13
Víctimas de minas antipersonal	13
Clasificación de la violencia (tipología).....	14
Acciones propuestas	15
Cuáles pueden ser las contribuciones, los valores añadidos y las ganancias para la OPS	15
Propuestas Internas a la Oficina Sanitaria Panamericana: mejorar la cooperación en las unidades, entre ellas y con las representaciones	16
Propuestas a los Estados Miembros	17
Puntos clave para discusión	17
Intervención del Comité Ejecutivo	18

LA VIOLENCIA ES PREVENIBLE

“Violencia es el uso intencional de la fuerza o el poder físico, en forma de amenaza o efectivamente, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que ocasiona o tiene grandes probabilidades de ocasionar lesión, muerte, daño psíquico, alteraciones del desarrollo o privaciones”
OMS, *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*, 2002

Introducción

Por qué la OPS debe continuar su compromiso para la prevención de la violencia

1. La violencia es un problema social y de salud que amenaza el desarrollo de los pueblos, afecta la calidad de vida y erosiona el tejido social. Si bien es un fenómeno mundial, no hay duda de que la Región de las Américas es una de las más afectadas por la violencia, y sufre por ello, especialmente en algunos países, un impacto negativo de gran magnitud.
2. Para la OPS la violencia ha sido un tema de alta preocupación, cosa que queda demostrada por su compromiso asumido para trabajar por su solución en asociación con todos los interesados desde hace diez años, cuando en 1993, en el 37.º Consejo Directivo la OPS aprobó la Resolución XIX, en la cual “...insta a los gobiernos a establecer políticas y planes nacionales para la prevención y control de la violencia con énfasis especial en los grupos más vulnerables”. Posteriormente, en noviembre de 1994, organizó la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud, donde por primera vez en las Américas se propuso un Plan de Acción Regional sobre Violencia y Salud.
3. El 39.º Consejo Directivo de la OPS (documento CD39/14) de 1996 reiteró que la violencia en todas sus manifestaciones es una prioridad de salud pública, al tiempo que solicitó al Director proveer cooperación técnica para fortalecer la capacidad de los Estados Miembros para desarrollar sistemas de vigilancia epidemiológica de la violencia, promover la investigación, diseminar la información y promover la cooperación entre los países.
4. El enfoque de la salud pública en el caso de la violencia se basa en requisitos rigurosos del método científico. Así, se proponen cinco pasos fundamentales para pasar del problema a la solución¹

¹ Para una más amplia caracterización del concepto ver Violencia, un problema mundial de salud pública (capítulo 1). En: *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.

- a) Obtención de conocimientos acerca de todos los aspectos de la violencia, mediante la recopilación sistemática de datos sobre la magnitud, alcance, características y consecuencias de la violencia a los niveles local, nacional e internacional. Esto permite definir el problema según sea violencia intrafamiliar, juvenil, contra niños, sexual o de otra índole.
 - b) Investigación para obtener pruebas que permitan determinar:
 - los factores que aumentan o disminuyen el riesgo de la ocurrencia de actos violentos;
 - los comportamientos, actitudes y creencias que podrían modificarse mediante intervenciones intersectoriales y/o de salud.
 - c) Diseño de estrategias e intervenciones para prevenir la violencia, usando la información descrita en el paso anterior, y que permitan la ejecución, vigilancia y evaluación de intervenciones.
 - d) Aplicación, en diversas circunstancias, de intervenciones probadas o prometedoras, acompañada de una difusión amplia de información y la determinación de la eficacia en función de los costos de los programas.
 - e) Evaluación de resultados y reformulación según el caso.
5. Desde la perspectiva de la salud pública, la violencia es un problema porque:
- a) Produce una alta carga de mortalidad y morbilidad evitable que afecta especialmente a los niños, las niñas, las mujeres y los jóvenes, y se recrudece donde se producen desplazamientos forzados.
 - b) Requiere grandes recursos financieros para la atención médica de los afectados, distorsionando con frecuencia la atención de otros pacientes.
 - c) Afecta no sólo a la víctima sino también a su familia y entorno, con efectos negativos inmediatos en los planos económico, social y psicológico, y también con impactos de mediano y largo plazo.
 - d) Afecta también al individuo responsable del acto de violencia, a su familia y a la sociedad, ya que no solamente conlleva costos de encarcelamiento, sino que esta persona no está en condiciones de contribuir al desarrollo social y económico de su familia, comunidad y país.
 - e) Afecta de manera negativa al desarrollo social y económico de las comunidades y países.
 - f) Afecta la cotidianidad, la libertad de movimiento y nuestro derecho a disfrutar los bienes públicos.

6. Además del impacto en la salud, la violencia social e interpersonal provoca efectos sociales y para el desarrollo. Así, por ejemplo:

- a) En los aspectos sociales y culturales, reduce significativamente la calidad de vida de la población. En el caso de la violencia intrafamiliar, restringe la participación política y económica de las víctimas, así como su desarrollo intelectual.
- b) En los aspectos económicos, incrementa los costos de las actividades económicas, reduce las posibilidades de inversión externa, y disminuye la rentabilidad social del capital.
- c) En lo que se refiere a la seguridad urbana, la violencia reduce sensiblemente espacios recreativos en la ciudad así como el tiempo para disfrutarla, lo cual también afecta la salud al limitar los lugares seguros donde la gente pueda realizar actividades físicas o deportivas.
- d) En relación con la estructura social, la violencia produce y genera daños al fomentar comportamientos y actitudes que socavan las bases y principios de convivencia y resolución de conflictos y destruye el capital social. La ética social, del respeto al derecho ajeno, o lo que Savater define como la “búsqueda por mejorar a las personas”² en su relación con los demás, se encuentra seriamente afectada, en particular en países donde los niveles de violencia son altos y sus expresiones son múltiples y cotidianas. La violencia intrafamiliar erosiona el espacio que siempre se consideró el más seguro en la sociedad, con miembros ligados por el amor, el respeto y la protección.

7. En resumen, la violencia tiene altos costos sociales, psicológicos y económicos para toda la sociedad, tanto desde el punto de vista de la víctima como del que ocasiona el daño.

Avance de los programas

8. Varios programas de la OPS han recibido el encargo de promover la adopción de diferentes estrategias para reducir los actos violentos, siguiendo las resoluciones del Consejo Directivo. Se presenta un resumen de los avances realizados.

Violencia de género. Violencia contra la mujer. El programa Mujer, Salud y Desarrollo

9. La Unidad de Género y Salud (antes programa Mujer, Salud y Desarrollo), junto con instituciones nacionales e internacionales, ha logrado colocar en los planes públicos

² Savater F. *Ética, política y ciudadanía*. México: Editorial Grijalbo; 1998.

el tema de la violencia contra la mujer como una de las más importantes acciones en la búsqueda de la equidad de género. Se han promulgado nuevas leyes o decretos nacionales en reconocimiento del problema. Se ha estimulado la creación de comisarías o consejerías de la mujer y la familia donde las mujeres afectadas, o sus hijos, tengan el espacio para ser atendidas en forma apropiada.

10. La investigación realizada en diversos países, conocida como “La Ruta Crítica que Sigue la Mujer que Sufre Violencia”, es un ejemplo del aporte de la investigación aplicada a la lucha por la no violencia contra la mujer. Las actividades y estudios se han concentrado en los siete países de América Central y en otros tres del área andina de América del Sur (Bolivia, Ecuador y Perú). En esos países, los logros incluyen: más de 170 redes comunitarias funcionando con la participación del sector de la salud, de la educación, de grupos de mujeres, de líderes comunitarios, de iglesias y de otras entidades comunitarias; instrumentos para la prevención y atención de la violencia, como normas, protocolos y sistemas de información y vigilancia; capacitación de más de 30.000 trabajadores de salud; y desarrollo del problema en los planes de estudios de las escuelas primarias, universidades y escuelas de policía.

11. La evaluación externa del proyecto *Prevención y atención de la violencia intrafamiliar* llevada a cabo en 2001 y documentada en una reciente publicación, *Violencia contra la Mujer: el Sector Salud Responde*, ofrece importantes enseñanzas y recomendaciones a proveedores, activistas y responsables de adoptar decisiones, así como a personas víctimas de la violencia, sobre cómo abordar este grave problema de salud pública.

12. La página de Internet <http://www.paho.org/genderandhealth> incluye material de sensibilización y hojas informativas mensuales sobre cuestiones de género y salud. Las últimas se refieren a: Tráfico de mujeres para explotación sexual, Género y VIH/SIDA en las Américas, y Equidad de género en salud. La Unidad tiene una lista de distribución, GenSalud (gensalud@paho.org), que disemina información sobre sitios web, publicaciones, conferencias y talleres entre sus mil subscriptores.

Salud y desarrollo del adolescente

13. El Programa de Salud y Desarrollo del Adolescente ha celebrado varios actos y realizado actividades en los países de América Central y del Sur más afectados por la violencia juvenil. Además, en 1997 realizó el Taller sobre la Violencia de los Adolescentes y las Pandillas (“maras”) Juveniles, en San Salvador, en colaboración con la Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en el que se abordó la situación y las enseñanzas adquiridas con diferentes expertos. La participación de jóvenes pandilleros en este taller fue bien

recibida. Se hizo una revisión sobre estudios innovadores en investigación, diagnóstico y prevención de la violencia juvenil.

14. Se realizó una encuesta de salud de adolescentes y jóvenes en 11 países del Caribe que incluyó el componente de violencia, factores protectores y de riesgo. Con el Organismo de Cooperación Técnica Alemana (GTZ) se está llevando a cabo la primera etapa del proyecto “Promoción del desarrollo juvenil y la prevención de la violencia” en cinco países (Argentina, Colombia, El Salvador, Nicaragua, y Perú). En breve se publicarán los estudios correspondientes en los que se sustentaron las propuestas a la GTZ. El Área de Salud Familiar y Comunitaria (FCH)³ realizó la Conferencia Internacional sobre Violencia y Medios de Comunicación, en Cartagena (Colombia), en octubre de 1996, en la que se abordó el tema de cómo lograr la participación de los medios en las campañas de prevención de la violencia.

Espacios saludables

15. Los esfuerzos se han concentrado en el desarrollo y aplicación de sistemas de vigilancia epidemiológica (SVE) y en el apoyo a la identificación adecuada de intervenciones preventivas. Se publicó el documento *Guías para el diseño, implementación y evaluación de sistemas de vigilancia epidemiológica de violencia y lesiones*, que se distribuyó y ha sido utilizado por diversos sectores. Se han logrado desarrollar SVE en hospitales de Colombia, El Salvador y Nicaragua, en alianza con los Centros para Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), y estudios transversales en Honduras sobre lesionados por causa intencional y no intencional. Asimismo, se ha colaborado con países del Caribe oriental para el diseño de sistemas de información de la violencia y lesiones. También se revisaron los sistemas de vigilancia epidemiológica de lesionados que acuden a las emergencias de 11 hospitales de Jamaica, trabajo que es pionero en el Caribe, y en 2002 se elaboró y entregó una propuesta de “Plan estratégico para la prevención de la violencia”. En El Salvador, Honduras y Nicaragua se han creado Comités Nacionales de Prevención de la Violencia, y en algunas ciudades se impulsan grupos similares desde las alcaldías. En la ciudad de San Pedro Sula y el Valle Metropolitano de Sula (Honduras), la OPS impulsó un Plan de Prevención de la Violencia, para cuya ejecución el BID aprobó un préstamo. La Alcaldía de Quito (Ecuador) ha organizado un equipo de trabajo que ha logrado aglutinar a diversos sectores en un Comité Técnico de Apoyo a la Seguridad y Convivencia y ha realizado dos TCC con las ciudades de Bogotá y Cali, de Colombia.

16. En Cali (Colombia), juntamente con el Instituto CISALVA de la Universidad del Valle, Centro Colaborador de la OPS/OMS, se creó la Red Andina, con su sitio en Internet (<http://www.redandina.org>), para la prevención y vigilancia epidemiológica de la

³ En la estructura anterior “División de Promoción de la Salud”.

violencia, desde la cual se promueve la difusión e información de los trabajos que se desarrollan en los países.

17. En colaboración con el programa de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) se publicó la primera *Bibliografía sobre maltrato infantil*, que contiene más de 700 referencias de los últimos cinco años sobre el tema y que se ha distribuido a todos los Estados Miembros.

18. En San Salvador (El Salvador), se culminó y publicó el estudio *Barrio Adentro. La solidaridad violenta de las pandillas*, realizado conjuntamente con la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas. Con este estudio se contribuyó al esclarecimiento del problema de las pandillas juveniles o “maras”, que afecta especialmente a este país y Honduras. En ese último país, el Gobierno anterior, con la asesoría de la OPS, aprobó el Plan Nacional para el Abordaje de la Violencia Social en Honduras 2001-2005, que aún no ha sido ejecutado.

19. Especial mención merece el *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, publicado por la OMS con el concurso de todas las Oficinas Regionales. La OPS contribuyó en forma especial a este documento no sólo durante su preparación sino que también se encargó de su traducción al español y de su impresión. También imprimió el resumen del mismo. Con el objeto de difundir ese *Informe*, se han hecho presentaciones en Costa Rica (para los países agrupados en la Reunión del Sector Salud de Centroamérica y la República Dominicana (RESSCAD), Brasil, Colombia, Honduras, Nicaragua y Perú, y se han programado lanzamientos en El Salvador, Jamaica, México, Panamá y Puerto Rico, en la sede de la OPS en Washington, en el Canadá y de nuevo en Bogotá con ocasión de una conferencia internacional organizada por la Alcaldía de la capital de Colombia. Este documento es una herramienta de trabajo para la prevención de la violencia.

Estudio multicéntrico sobre actitudes y normas culturales frente a la violencia - ACTIVA

20. En el plano investigativo regional, se destaca la realización del *Estudio multicéntrico sobre actitudes y normas culturales frente a la violencia - ACTIVA*. Ese estudio, resultado de un trabajo de equipo de grupos de investigación coordinado por la OPS, a través de encuestas a 10.821 adultos, permitió conocer cómo se percibe y se vive la violencia y la inseguridad en siete ciudades de América Latina y en Madrid (España). ACTIVA es una contribución de gran valor al esclarecimiento del problema de las actitudes y normas frente a la violencia, y también permitió establecer líneas de base para futuras investigaciones en el área de la victimización.

Coalición Interamericana para la Prevención de la Violencia (CIAPV)

21. La OPS ha apoyado desde sus inicios a la Coalición Interamericana para la Prevención de la Violencia (CIAPV), lanzada oficialmente en junio de 2000 en la sede de la OPS y en la cual participan también el BID, la Organización de Estados Americanos (OEA), el Banco Mundial, la Organización de las Naciones Unidas para la Cultura, la Ciencia y la Educación (UNESCO), los CDC y la Agencia para el Desarrollo de los Estados Unidos (USAID). Esta iniciativa refleja la voluntad de las organizaciones mencionadas de trabajar unidas para cooperar con los gobiernos, la sociedad civil y el sector privado con el propósito de unir esfuerzos encaminados a prevenir y reducir los niveles de violencia en las Américas. La CIAPV elaboró la propuesta de indicadores para el monitoreo de la violencia, documento que está en proceso de publicación.

Relaciones y colaboración con la OMS

22. Se mantienen relaciones permanentes y constructivas con el Departamento de Prevención de la Violencia y Lesiones de la OMS, participando activamente en diferentes reuniones consultivas y con los asesores regionales a nivel mundial. Se destaca el trabajo conjunto para la elaboración del *Informe mundial sobre la violencia y la salud*.

Situación actual

Magnitud del problema

23. A pesar de los esfuerzos de los gobiernos, organismos internacionales y ONG, actualmente se registran altos índices de violencia en las Américas. Se destacan a continuación datos sobre diversas formas de violencia.

Muertes por homicidios y suicidios

24. Las tasas de mortalidad se utilizan por lo general y son apropiadas para estimar la magnitud de la violencia. Según los informes oficiales registrados en la OPS, en las Américas se producen anualmente cerca de 120.000 homicidios y 55.000 suicidios, con un subregistro estimado del 10%. Más de 12 países de la Región tienen tasas de homicidios por 100.000 habitantes que superan los dos dígitos. Algunos tienen tasas que se valoran como muy elevadas o críticas, entre ellos Brasil (28), Colombia (65), El Salvador (45), Guatemala (50), Honduras (55), Jamaica (44) y Venezuela (35).

25. Cuando los conflictos armados internos se logran resolver, se observa un progreso en la esperanza de vida en cifras significativas. Dos ejemplos ilustran la situación: en El Salvador, durante el período de inicio de la década de 1980 hasta el fin de la de 1990, se ha producido un incremento de 12 años de vida para los varones y de 9,4 para las mujeres, atribuibles a la situación que se vivió inmediatamente después de la firma de los

Acuerdos de Paz en 1992. En Colombia, por su parte, donde el conflicto armado continúa, sólo se ha logrado un incremento, en el mismo período, de 2,8 y 4,1 años para los varones y las mujeres, respectivamente⁴.

26. En lo que hace a los suicidios, cabe señalar que se producen con mayor frecuencia en el Canadá, Cuba, Granada, los Estados Unidos y Uruguay, aunque en los últimos años se han observado brotes de suicidios o de intentos de suicidio entre jóvenes en algunos países de Centroamérica.

Violencia intrafamiliar

27. Los datos nacionales extraídos de las encuestas demográficas y de salud señalan que el porcentaje de mujeres que fueron víctimas de la violencia física por parte del cónyuge o de otra persona alcanza el 41,10% en Colombia (2000), el 2,3% en Haití (2000), el 28,7% en Nicaragua (1997-1998) y el 41,2% en el Perú (2000). Por medio de encuestas y estudios se ha determinado que entre el 20% y el 60% de los hogares de la Región son escenario de violencia contra mujeres, niñas y niños, tanto físicos como psicológicos.

Violencia juvenil

28. En El Salvador y Honduras, se estima por parte de la policía que hay alrededor de 30.000 jóvenes involucrados en maras o pandillas juveniles en cada uno de esos dos países. Esas pandillas son responsables de una gran parte de la violencia. En Managua (Nicaragua), se estima que hay 110 pandillas juveniles que agrupan a unos 8.200 jóvenes⁵. También se sabe que hay pandillas en Argentina y Perú, (en estos países se conocen como las *Barras bravas* identificadas con equipos rivales de fútbol), Brasil, Colombia, Estados Unidos, Guatemala, Jamaica, México, Panamá, Perú, Venezuela, y en los últimos años se han descrito en Chile⁶ y Costa Rica. El estudio *Barrio adentro, la*

⁴ Para mayor información sobre esperanza de vida por países ver *La salud en las Américas*, capítulo 1, cuadro 9. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2002:29. (Publicación Científica de la OPS 587).

⁵ Policía Nacional de Nicaragua, 2000. *Informe del Taller Nacional de Prevención y Vigilancia Epidemiológica de la violencia*. OPS, Managua (Nicaragua), 24 al 27 de abril de 2000. ERIC Honduras, IDESO UCA Nicaragua, IDIES URL Guatemala, IUDOP UCA El Salvador. *Maras y pandillas en Centroamérica, Vol. I*, pp. 218-323. UCA publicaciones, Managua, 2001. ACJ, *Save the Children*. Las maras en Honduras. Investigación sobre pandillas y violencia juvenil, consulta nacional. Plan Nacional de Atención. Ley especial. Frinsa Impresos, Tegucigalpa, 2002.

⁶ Ver Salazar G. Origen y motivos de la violencia urbana en Santiago y Rancagua (Chile, 1980-1999). En: Bodemer K, Kurtenbach S, Meschkat K, eds. *Violencia y regulación de conflictos en América Latina*. Caracas: Asociación alemana de Investigación sobre América Latina—Adlaf. Editorial Nueva Sociedad; 2001:91-110.

*solidaridad violenta de las pandillas*⁷ en el área metropolitana de San Salvador identificó diversas razones por las cuales los jóvenes se vinculan a las pandillas, sus vivencias y expectativas. Con base en este trabajo y otros estudios hechos en la Región centroamericana, se propone considerar esta situación como un conflicto social de alto riesgo y por tanto adoptar políticas de estado para su intervención preventiva.

Violencia sexual

29. La violencia sexual despierta gran preocupación en cuanto a la salud y la seguridad, que afecta a los hombres y a las mujeres durante toda su vida. Estudios realizados en diferentes países ponen de manifiesto que hasta 36% de las niñas y 29% de los niños han sufrido abusos sexuales. La violación y la violencia doméstica son responsables de entre 5% y 16% de los años de vida saludable perdidos por las mujeres de edad fecunda⁸. A pesar de la falta de fiabilidad y de la escasez de la información, se sabe que el abuso sexual es una forma común de violencia contra los niños en muchas sociedades.

30. El personal de atención de salud puede prestar servicios integrales y sensibles al género a las víctimas de violencia sexual; puede recoger y documentar las pruebas necesarias para establecer las circunstancias de la agresión y ser un punto importante de referencia para otros servicios que la víctima necesite, pues las víctimas suelen buscar ayuda médica, aunque tal vez no denuncien lo sucedido. En cambio, hay desfase entre las necesidades de estas víctimas y el nivel de la oferta de servicios de salud en la mayoría de los países.

31. La violencia sexual tiene importantes consecuencias para la salud, como el suicidio, el estrés postraumático, otras enfermedades mentales, el embarazo no deseado, las enfermedades de transmisión sexual, como la infección por el VIH/SIDA, las autolesiones y, en el caso del abuso sexual a niños, la adopción de comportamientos de alto riesgo, como la promiscuidad y el recurso a las drogas. Además, se ha observado que las mujeres víctimas de agresión física o sexual buscan asistencia sanitaria con mayor frecuencia que las que no lo han sido^{9, 10}. Hay que hacer frente a todos los problemas

⁷ Se entrevistaron 938 pandilleros, activos y “calmados”, por otros ex pandilleros vinculados a la ONG por la no violencia juvenil *Homies Unidos*, quienes fueron capacitados y supervisados por la Universidad Centroamericana de San Salvador. Ver Santacruz M, Concha-Eastman A, Cruz JM. *Barrio adentro, la solidaridad violenta de las pandillas*. San Salvador: Organización Panamericano de la Salud/UCA; 2002.

⁸ OMS, Banco Mundial, Facultad de Salud Pública de Harvard. *La carga mundial de la enfermedad*. Ginebra, 1990.

⁹ Sansone RA, Wiederman MW, Sansone LA. *Health Care Utilization and History of Trauma among Women in a Primary Care Setting*. *Violence and Victims*; 1997;12:165-172.

¹⁰ Koss MP, Woodruff WJ, Koss PG. *Criminal victimization among primary care medical patients: prevalence, incidence, and physician usage*. *Behav Sci Law* 1991; invierno; 9(1): 85-96.

asociados con la violencia sexual, como los comportamientos de alto riesgo físico o psicológico atribuidos al maltrato.

Violencia ocupacional

32. Una forma de violencia ocupacional es la perpetrada por una persona armada contra un empleado o cliente. Otra forma más común se refiere a los actos violentos contra empleados (amenazas verbales o físicas, coerción, intimidación y otras formas de “acoso”), que crean un ambiente hostil de trabajo y producen en el trabajador efectos físicos y psíquicos. A esta última se le conoce como “acoso psicológico” (*mobbing*).

33. En los Estados Unidos se registran cerca de 20 asesinatos de trabajadores cada semana y cerca de un millón de asaltos a trabajadores cada año¹¹. Entre los sectores económicos más frecuentemente afectados figuran: las empresas de servicios, como los hospitales y agencias de servicios sociales, y de negocios. El “acoso psicológico” causa altos niveles de estrés y diferentes enfermedades, y se calcula que en los Estados Unidos uno de cada cinco trabajadores lo experimenta cada año. Los asaltos no mortales a trabajadores en ese país conllevan pérdidas de 876.000 días de trabajo y de US\$ 16 millones en salarios.

34. En Colombia, el porcentaje de trabajadores fallecidos por homicidio en su sitio de trabajo fue del 2,6% en 2000. Se estima que la proporción de trabajadores víctimas de agresiones no mortales fue del 6% durante 2000¹².

35. En Argentina, el 6,1% de los varones y el 11,8% de las mujeres indicaron haber sufrido agresiones. El 16,6% de las mujeres dieron cuenta de incidentes de carácter sexual durante 1995. Argentina es uno de los países con las tasas más elevadas de agresiones y acoso sexual en el lugar de trabajo, según indica la Oficina Internacional del Trabajo. En Bolivia, el 0,4% de los varones y el 0,9% de las mujeres sufrieron agresiones. El 1,3% de las mujeres fueron víctimas de algún tipo de incidente sexual durante 1996. En Costa Rica, el 0,8% de los varones y el 1,4% de las mujeres sufrieron agresiones, mientras que el porcentaje de mujeres que sufrieron incidentes sexuales fue del 2,2%¹³.

36. Una tercera forma de violencia ocupacional involucra a los niños trabajadores, que trabajan en lugares de alto riesgo para sus vidas y en condiciones de abuso y de

¹¹ What is workplace violence? <http://civil.nih.gov/whatis/facts.html>.

¹² FISO; Instituto Nacional de Medicina y Ciencias Forenses. Caracterización de diferentes formas de violencia en el lugar de trabajo y exploración de sus factores asociados, primera etapa: Colombia 2002 – 2003. Bogotá, Julio 25 del 2002. Grupo Investigador: Dra. Julieta Rodríguez Guzmán, Luz Janeth Forero Martínez, Héctor Wilson Hernández Cardoso, Patricia Castillo Valencia.

¹³ Violencia en el trabajo: un problema mundial. Lunes 20 de julio de 1998 Publicación simultánea en Ginebra y Washington D.C. (OIT/98/30) Comunicado de prensa de la OIT.

explotación. Se calcula que en países de América Latina y el Caribe 17,4 millones de niños trabajan más de 45 horas a la semana expuestos a peligros físicos, psicológicos y sociales y a formas de explotación intolerables, como la esclavitud, el trabajo por servidumbre, los trabajos forzados y el abuso sexual. En varios países, se involucra a los niños trabajadores en el tráfico de drogas y en las redes del crimen organizado¹⁴.

Violencia y salud mental

37. A menudo la violencia y los problemas de salud mental están asociados, por cuanto son su expresión y pueden ser, a la vez, su causa. Las relaciones entre ambos son complejas, pero hay pruebas de que los diversos tipos de violencia pueden contribuir a un aumento significativo de varios trastornos mentales, entre ellos, la depresión, la ansiedad, el abuso del alcohol y drogas, los trastornos psicósomáticos y el suicidio.

38. Los datos indicativos del impacto real de la violencia en la salud mental en los países de América Latina y el Caribe son escasos. En Brasil, un estudio realizado en una población pobre de niños de 4 a 12 años de edad mostró que el 10,1% eran víctimas de agresiones severas, y que, entre éstos, el 22,4% presentaron trastornos del comportamiento. En relación al impacto de la violencia política, un estudio realizado en Guatemala señaló como problemas más importantes de las víctimas de la guerra civil el miedo (31%), la tristeza (29%), las enfermedades psicósomáticas (15%), la impotencia (12,5%), las perspectivas negativas en relación al futuro (8,1%), y el duelo complicado (8%). Otro estudio, específicamente dedicado a los problemas de los niños y adolescentes, realizado en el año previo a la encuesta en el mismo país en una muestra de niños y adolescentes víctimas de varias formas de violencia política, destacó los trastornos de déficit de atención (27,6%), la conducta oposicional desafiante (25,5%), la ansiedad grave (13,3%) y la depresión aguda (7,1%).

Víctimas de minas antipersonal

39. Una parte del legado de la guerra civil en Centroamérica son varios miles de minas terrestres antipersonal y de artefactos explosivos no detonados. Quedan actualmente 73.000 minas en Nicaragua, entre 5.000 y 8.000 minas y otros explosivos en Guatemala, 2.000 en Honduras, y menos de 1.000 a lo largo de la frontera de Costa Rica y Nicaragua. Además, se calcula que en esta subregión hay entre 4.456.000 y 5.855.000 personas con discapacidades debidas no sólo a la guerra y las minas terrestres antipersonal, sino también a los desastres naturales y otras causas. La mayor prevalencia del problema se da en grupos en edad de trabajar, de limitado acceso a programas educativos y de inclusión socioeconómica.

¹⁴ *Every Child Counts: New Global Estimates on Child Labour*. OIT, www.ilo.org.

40. La OPS aunó esfuerzos con la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, mediante la unidad canadiense de acción contra las minas, y con el Gobierno mexicano para ayudar a los sobrevivientes del conflicto y los afectados por las minas terrestres, en particular las personas discapacitadas, en Nicaragua, El Salvador y Honduras. Las metas de la iniciativa eran fortalecer las capacidades nacionales e institucionales, involucrando a los afectados y a las comunidades locales en la planificación y la ejecución.

41. Esta iniciativa tripartita abordó los problemas físicos, sociales y económicos de los supervivientes de minas terrestres y de las personas con discapacidades. Ha desempeñado una función decisiva abogando por la creación de comités coordinadores nacionales de los sectores público y privado (que engloban al gobierno local, a la sociedad civil, a miembros de asociaciones a favor de los discapacitados y a las propias personas con discapacidades) para incluir los elementos necesarios para la prevención y el tratamiento de las discapacidades en todos los niveles de los servicios de salud, las prácticas de desastres, la educación básica y la planificación familiar. Los comités coordinadores nacionales han hecho suya la responsabilidad de velar por la sostenibilidad de estas actividades.

42. Los esfuerzos de promoción de la causa desde el inicio del proyecto prepararon las condiciones para un mejor ambiente y entorno de trabajo con ciertas contrapartes clave en los países. El resultado fue un diálogo más abierto y la voluntad de colaborar para facilitar la preparación de actividades.

Clasificación de la violencia (tipología)

43. Hay diversas formas de expresión de la violencia. Algunos la clasifican según los actores o víctimas involucrados (juvenil, de género, infantil, contra el adulto mayor), o según el lugar donde se desarrolla (en la calle, doméstica, laboral), o según el ámbito al que se refiera (público, privado) o según las motivaciones (sociales, psicológicas, económicas, políticas), y finalmente la autoinfligida. La OMS propone una clasificación en tres niveles: interpersonal, autoinfligida y colectiva¹⁵ en la que se agrupan las diversas expresiones de la violencia.

¹⁵Ver *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. OMS, Ginebra, 2002;1:6-7.

Acciones propuestas

Cuáles pueden ser las contribuciones, los valores añadidos y las ganancias para la OPS

44. La labor preventiva y la responsabilidad de la OPS se concentran con mayor énfasis en la violencia social o interpersonal, la violencia de género, la económica con mínima o ninguna organización jerárquica, y la autoinfligida. Se sabe que una forma de violencia puede estimular la aparición o permanencia de otra u otras formas. Esta relación permite ver además la necesidad de actuar intersectorialmente, puesto que las causas de estas formas de violencia tienen raíces en situaciones que no son sólo de la competencia de la salud pública ni de sector alguno aislado.

45. La misión de la Organización Panamericana de la Salud guía nuestras acciones hacia los sectores más necesitados y a los escenarios con mayor impacto negativo sobre su salud y calidad de vida, procurando la eficacia y sostenibilidad de las propuestas.

46. Para el caso de la violencia, las propuestas se corresponden con los lineamientos del Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el período 2003-2007, o sea que persiguen el desarrollo social y del ser humano, la lucha contra la inequidad, y el fortalecimiento institucional del sector de la salud con base en la cooperación fundada en las prioridades y decisiones de los países. En términos metodológicos se parte de la definición de estrategias, programas y proyectos basados en buena información y en el análisis de los factores protectores y/o de riesgo de violencia.

47. La OPS contribuye a la disminución de hechos violentos promoviendo la adopción de estrategias y líneas de acción diseñadas de común acuerdo con las autoridades y comunidades. Su función se orienta a:

- a) promover la adopción y ejecución, por parte de los gobiernos nacionales o municipales, de planes o programas específicos que respondan a la magnitud y caracterización del problema en cada país o ciudad;
- b) promover la investigación, el análisis de la situación y la evaluación y difusión de los programas y proyectos que hayan mostrado ser más exitosos¹⁶;

¹⁶En América Latina y el Caribe hay muchos programas y proyectos en curso, la mayoría de ellos aún sin evaluar y no publicados, pero que responden a sus necesidades y condiciones particulares. Una acción de la OPS es evaluar esos programas y difundir sus resultados.

- c) mejorar y desarrollar sistemas de información sobre las distintas expresiones de violencia interpersonal y social;
- d) fortalecer la respuesta del sector de la salud tanto con los pacientes víctimas de violencia como con los programas preventivos que desarrolle a nivel comunitario;
- e) fortalecer el trabajo en red y la creación de alianzas estratégicas, y
- f) apoyar a los países en sus necesidades de capacitación y fortalecimiento institucional para abordar la violencia.

48. La definición de prioridades se basa en:

- a) formas particulares de violencia: social o interpersonal, de género, psicológica y autoinfligida, y
- b) los grupos sociales que tanto por la inequidad y vulnerabilidad específica en que viven como por el análisis de género se identifican como de mayor riesgo, esto es: niños/as, mujeres, adultos mayores y jóvenes sobre los que la violencia tiene mayor impacto.

49. La OPS comparte la tesis de que la violencia y las lesiones son prevenibles. El enfoque para ello es multisectorial y con respuestas a las múltiples causas que generan violencia. La OPS ratifica en el presente documento su compromiso de trabajar por la solución del problema de la violencia y las lesiones en asociación con todos los interesados.

Propuestas Internas a la Oficina Sanitaria Panamericana: mejorar la cooperación en las unidades, entre ellas y con las representaciones

50. Es necesario continuar el proceso con un segundo plan. Con el primer plan se dispuso de una guía de acción que ha servido para la formulación de políticas y la visibilización del problema, con miras a aumentar la conciencia y necesidad de unir esfuerzos en la búsqueda de soluciones a la violencia y sus consecuencias, tal como se ha mostrado en la síntesis mencionada. El énfasis en lo preventivo contenido en el primer plan es un criterio que se mantiene. Se define el papel de la OSP, se proponen prioridades y estrategias de trabajo y se adecua el programa de la OSP a la evolución de la situación.

Propuestas a los Estados Miembros

51. El IMVS propone nueve recomendaciones, algunas de las cuales se mencionan a continuación:

- a) Labor de sensibilización y acompañamiento para la elaboración de planes nacionales y/o municipales de prevención de la violencia. Inclusión de la cuestión de la prevención de la violencia en los planes públicos. Deberá incorporar género y violencia sexual.
- b) Creación o fortalecimiento de sistemas de información a nivel de:
 - hospitales para los lesionados;
 - grupos de trabajo conjuntos con médicos forenses y la policía (para los muertos por cualquier causa externa);
 - los que existen sobre violencia intrafamiliar;
 - monitoreo de brotes (el suicidio es un problema creciente en América Latina y el Caribe);
 - monitoreo de la violencia juvenil;
 - monitoreo de las lesiones ocupacionales.
- c) Impulsar la investigación y la diseminación de información.
- d) Definir planes de atención y prevención (secundaria o terciaria) a víctimas.
- e) Proponer redes, y hacer un trabajo intersectorial y de coalición en los países.

52. Las acciones propuestas tendrán que adaptarse a los países y habrá que iniciarse su aplicación en ellos y en la Secretaría, lo cual implica la necesidad del fortalecimiento de las unidades responsables con respecto al tema, particularmente a base de fondos extrapresupuestarios.

Puntos clave para discusión

53. Alcanzar el compromiso efectivo de los gobiernos nacionales y municipales para la definición de planes y proyectos preventivos intersectoriales de la violencia social e interpersonal y la autoinfligida. Esos planes y proyectos deben ser sostenidos en el tiempo y contar con la asignación de recursos financieros y humanos.

54. Definir la contribución del sector de la salud a la detección, prevención, atención y referencia de las víctimas de la violencia.
55. Necesidad de definir y poner en práctica sistemas de información, indicadores y análisis de datos sobre las distintas formas de violencia.
56. Coordinación entre sectores de gobierno y con la sociedad civil y sus organizaciones.

Intervención del Comité Ejecutivo

57. Se solicita al Comité Ejecutivo que analice este documento como base para la definición de un Segundo Plan de Prevención Regional de la Violencia.

- - -