



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



111a Reunión
Washington, D.C.
Junio-Julio 1993

Tema 4.12 del programa provisional

CE111/19 (Esp.)
21 mayo 1993
ORIGINAL: ESPAÑOL

VIOLENCIA Y SALUD

Las conductas violentas en la Región de las Américas constituyen un grave problema de salud pública y son causa de deterioro de la calidad de la vida. Sus consecuencias para la salud y el bienestar de las colectividades, su equilibrio social y su estabilidad económica reviste proporciones alarmantes.

La violencia afecta todos los estratos de la sociedad; no obstante, ciertos grupos en situación de alta vulnerabilidad, como las mujeres, los niños y los ancianos sufren desproporcionadamente sus consecuencias. Su prevención es factible en cuanto es la expresión de comportamientos humanos, actitudes y estilos de vida modificables mediante acciones de promoción de la salud.

La información disponible en la Región se refiere principalmente a las consecuencias fatales de la violencia, expresada en tasas de mortalidad y años potenciales de vida perdidos. Los datos sobre morbilidad y consecuencias en víctimas y allegados en el corto, mediano y largo plazo son más escasos y menos fidedignos.

La respuesta del sector salud ha sido insuficiente. Se ha concentrado en la atención inmediata de las lesiones, pero aun en este campo, la cobertura es incompleta y la accesibilidad de los servicios limitada. En menor grado se han enfocado los aspectos psicosociales y de rehabilitación. Las acciones de prevención han sido escasas y, en general, limitadas a experiencias aisladas.

Se impone una revisión de las acciones del sector salud en el campo de la violencia mediante la modificación de la estructura y funcionamiento de los servicios de atención y la introducción de medidas efectivas de prevención primaria, con el concurso de los otros sectores sociales involucrados. El apoyo a la investigación epidemiológica y socioantropológica, la capacitación de personal y la promoción de medidas legales, son algunas de las estrategias que deberán ser consideradas a estos fines.

Los programas de promoción de la salud, al fomentar conductas saludables, desalentar la asunción de riesgos innecesarios y favorecer la solución racional de conflictos, son el principal instrumento de prevención de la violencia en el campo de la salud.

Este documento se presenta al Comité Ejecutivo a fin de que sirva de base para las recomendaciones que el Comité deberá formular sobre este tema.

INDICE

	<u>Página</u>
1. Definición del problema	1
2. Justificación de su inclusión en la agenda del sector salud	1
3. Magnitud y gravedad del problema	2
4. Mortalidad relacionada con la violencia	2
5. Morbilidad relacionada con la violencia	3
6. Grupos especialmente vulnerables	4
6.1 Niños	4
6.2 Mujeres	6
6.3 Ancianos	8
7. Factores ambientales asociados con conductas violentas	9
8. Impacto de la violencia sobre el sistema de servicios de salud	11
9. Bases para la acción	11
Referencias	14
Anexo. Tablas y gráficos	

1. Definición del problema

El Grupo de Trabajo Sobre las Consecuencias Psicosociales de la Violencia, reunido en La Haya en 1981¹, suscribió la definición que establece que "Violencia es la imposición interhumana de un grado significativo de dolor y sufrimiento evitables". Una noción tan amplia, que no incluye la intencionalidad o ejecución deliberada del acto violento, la falta de consentimiento de la víctima o la dimensión temporal de las consecuencias, asigna al concepto la suficiente amplitud para incorporar en él diferentes formas de violencia con efectos definidos en la salud de las víctimas. También permite excluir otros acontecimientos que no califican como expresión de la violencia, como en ciertos accidentes en los que el factor humano juega un papel mínimo, así como las catástrofes y actos de la naturaleza.

Dos aspectos de la definición merecen consideración especial: uno es que la violencia es el producto de acciones realizadas por humanos y que inciden sobre otros seres humanos; el otro se refiere a la evitabilidad del dolor y sufrimiento que la violencia induce. Una tercera faceta implícita en la definición es la inaceptabilidad de la violencia desde el punto de vista ético, en cuanto atenta contra los derechos humanos del individuo.

Los actos violentos se refieren a conductas humanas cuyas consecuencias se revelan en los planos somático, psicosocial y ético, manifestadas en el corto y largo plazo. Sus relaciones con la expresión de la agresividad, la presencia de conflictos y las condiciones socioeconómicas en que se despliegan son muy estrechas, aunque no necesariamente corresponden a una causalidad de naturaleza lineal. Su estudio puede proveer indicadores en relación con los factores de riesgo, la identificación de grupos vulnerables y la formulación de programas de promoción de la salud y de asistencia, prevención y rehabilitación.

La Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud², Bogotá, 1992, sintetiza los principios que subyacen a la prevención de la violencia, al establecer que "el derecho y el respeto a la vida y la paz son los valores éticos de la cultura de la salud" y que la estrategia de promoción de la salud se dirige a "promover la vida, no a degradarla".

2. Justificación de su inclusión en la agenda del sector salud

La violencia afecta diferentes aspectos de la vida del individuo y de las colectividades, siendo, como se señalara, de singular relevancia los atinentes al sector salud. Otros factores, como los económicos, legales y políticos, son igualmente importantes y, en rigor, deben ser tomados en cuenta al considerar los aspectos sanitarios con los que comparten áreas comunes.

El sector salud constituye la "senda final común" en la que convergen la mayor parte de las consecuencias de la violencia sobre la salud y el bienestar del hombre. La salud pública se involucra en el tema de la violencia en tanto sus efectos comprometen la integridad física y emocional de las víctimas. La expresión de su consecuencia en términos de muertes, lesiones, discapacidades y sufrimiento justifican por demás su incorporación en las políticas, planes y programas de salud. De otra parte, el análisis de sus determinantes, la descripción de su historia natural, y el examen de sus consecuencias sobre la estructura y funcionamiento del sistema sanitario, respaldan ampliamente su lugar como capítulo importante de la salud pública.

La atención que el sector salud brinda a las víctimas de la violencia se concentra principalmente en los servicios de emergencia, atención especializada y centros de rehabilitación. También ha establecido sistemas de clasificación y registro³ y ha intervenido en actividades relativas a los aspectos médico-legales de la violencia. Sólo recientemente ha dirigido su interés a los aspectos psicológicos y psicosociales, tanto en relación con el impacto sobre las víctimas cuanto a los factores ambientales, las características de los victimarios y las consecuencias sobre éstos.

Se impone así una ampliación del espectro de acciones del sector salud, de tal manera que los servicios que ofrece incorporen o amplíen la dimensión psicosocial en los programas de tratamiento y rehabilitación. De otra parte, corresponde al sector salud desarrollar acciones de prevención primaria, dirigidas en especial a los grupos de más alto riesgo, mediante la realización de intervenciones orientadas a la modificación de aquellos factores que caen bajo su radio de acción.

3. Magnitud y gravedad del problema

Los diferentes factores que intervienen en la génesis, curso y desenlace de los actos violentos imponen su consideración desde diversos ángulos. Por eso su enfoque debe corresponder a una perspectiva multiaxial que tome en consideración su naturaleza causal aparente, su forma de expresión, los grupos afectados y el carácter y gravedad de los daños infligidos al individuo, la familia y la sociedad. No obstante, la información corrientemente recolectada por los servicios de salud se reducen a la identificación y evaluación de las lesiones físicas, el sexo y edad de las víctimas y, a veces, el medio empleado como agente de la violencia.

4. Mortalidad relacionada con la violencia

Las estadísticas de mortalidad debida a actos violentos son las más accesibles en la Región de las Américas, aunque adolecen de un evidente subregistro. No obstante su importancia, la información refleja sólo en parte la magnitud y trascendencia del problema, por cuanto apenas muestra las consecuencias extremas. En efecto, los datos

se refieren a desenlaces fatales, que no revelan el impacto de la violencia en quienes han sobrevivido a la agresión, ni tampoco sus consecuencias sobre los grupos allegados a las mismas ni sobre los agresores.

En la Región de las Américas, la magnitud de la mortalidad por causas asociadas con la violencia es alarmante⁴. Esas causas configuran un porcentaje apreciable de todas las muertes, que en México, por ejemplo, correspondió en 1982 al 5% del total. Los años de vida potencial perdidos (AVPP) constituyeron el 8% del total. En El Salvador las muertes violentas representaron en 1984 el 9% del total de muertes y el 21% de los AVPP (Tabla 1).

La mortalidad por actos violentos en América Latina muestra una franca tendencia al aumento, como lo demuestra la evolución de las tasas de mortalidad por homicidio (sin incluir muertes por operaciones de guerra) en el período 1968-1987⁵. En general, las tasas más altas de homicidios durante ese período ocurrieron en hombres de 25 a 44 años de edad (110-125 por 100.000 en El Salvador y 75-125 por 100.000 en Colombia). En Colombia las tasas aumentaron un 50% en el lapso 1972-1982 (Gráfico 1).

La mortalidad por suicidio, aunque en general relativamente baja en la Región, muestra en algunos países cierta tendencia al aumento (Gráficos 2 y 3). En varios países y territorios de la Región, entre ellos Canadá, Estados Unidos, Puerto Rico y Suriname el suicidio aparece entre las cinco principales causas de muerte en el grupo de edad de 5 a 14 años. En general el suicidio constituye un problema de importancia creciente en los grupos de mayor edad. En los Estados Unidos de América la tasa de suicidio en el lapso 1981-1985 se mantuvo alrededor de 12 por 100.000, constituyendo la quinta causa de AVPP. En el grupo de 15-24 años ocupó el segundo lugar entre las causas de muerte, luego de las muertes por accidentes de tránsito⁶. En los Estados Unidos de América el homicidio constituyó, en 1987, la 12ª causa de muerte, y la primera causa de mortalidad prematura (AVPP)⁷. El problema del homicidio en este país reviste importancia singular en la población de 15 a 24 años de edad, de raza negra y de sexo masculino, cuya tasa de mortalidad por esta causa pasó de 60,6 por 100.000 en 1984 a 84,7 por 100.000 en 1987.

5. Morbilidad relacionada con la violencia

Las conductas violentas cuyo desenlace no es la muerte pueden, no obstante, provocar lesiones físicas y sufrimientos y trastornos psicológicos, determinantes de compromiso funcional, discapacidades y minusvalías. La información disponible sobre la frecuencia y gravedad de los actos violentos que no culminan en la muerte es mucho menos confiable que la que se tiene sobre mortalidad. No todos los casos en esta categoría recurren a los servicios de salud o son detectados por las fuerzas policiales; aun en el caso de lesiones evidentes, la información suministrada por la víctima o sus

familiares no siempre es completa o fidedigna. Esta situación es particularmente habitual en los casos de violencia intrafamiliar en los que la víctima es con frecuencia una mujer o un niño, incapaz o renuente, por diversas razones, a denunciar la agresión.

A la circunstancia anterior se agrega la relativa debilidad de los registros de las salas de emergencia y consulta externa de los servicios de salud. La mayor parte de la información disponible sobre morbilidad por actos violentos se deriva de estudios en grupos específicos de la población y en estimaciones basadas en observaciones de campo. Por ejemplo, un estudio realizado en Medellín, Colombia, reveló que el 28% de los casos que acuden a los servicios de rehabilitación física sufren enfermedades o condiciones ocasionadas por la violencia⁸. Se ha estimado que para 1985 el 1% de la población centroamericana estaba físicamente discapacitada, como resultado de las guerras en dicha Subregión⁹.

Cabe notar que las muertes por causas violentas tienen efectos secundarios que afectan la salud mental de los sobrevivientes, en particular en relación con el duelo y los efectos psicológicos ulteriores (estados postraumáticos). Esta "victimización secundaria" está suficientemente evidenciada en la literatura, habiéndose demostrado que algunos de los sobrevivientes son especialmente vulnerables a los trastornos emocionales^{10 11}. Esta situación se ve aún más comprometida por la fragmentación de la red de apoyo social que puede coincidir, especialmente en los casos de guerras y persecuciones. Los niños sobrevivientes son especialmente vulnerables, habiéndose realizado estudios que demuestran los efectos de la pérdida violenta de los padres, manifestados en trastornos de conducta hasta cuatro años después de la muerte¹². Es de suponer que cuando la muerte por causa violenta no corresponde a un incidente individual, como es el caso de las guerras, el efecto psicopatológico es más extenso y maligno. A las consecuencias de la pérdida de uno o ambos padres en épocas tempranas de la vida se agregan los efectos de la violencia en sí como fenómeno que propicia su autoperpetuación: "Ser testigo de violencia en el hogar o en el grupo social inmediato, en un contexto que recompensa la conducta violenta, lleva al ulterior riesgo de generar violencia"¹³.

6. Grupos especialmente vulnerables

6.1 Niños

Los niños son un grupo de alta vulnerabilidad frente a los actos violentos. Una alta proporción de los mismos ocurre en el seno del hogar, pero también son de frecuencia elevada los maltratos al niño ocurridos en la escuela, en la calle y en sitios de recreo. Las formas más comunes de la violencia en niños corresponde a agresiones físicas y psicológicas, abusos sexuales, explotación económica y negligencia por parte de los guardianes. Sin embargo, estas modalidades constituyen sólo una fracción de un espectro que va desde las omisiones correspondientes a actitudes de desapego y falta de

interés y estímulos, hasta el abandono y los extremos de agresión física directa que conduce a la muerte.

Existe un evidente subregistro en esta área, aun en los países más desarrollados de la Región. La información procedente de los Estados Unidos puede, no obstante, dar una idea aproximada de las dimensiones del problema. En 1991 se denunciaron en este país 2,7 millones de casos de negligencia y abuso físico y/o sexual en menores de 18 años, correspondiente a una tasa de incidencia del 20 por mil en este grupo de población¹⁴.

Varios estudios sobre el maltrato infantil en América Latina ilustran la situación. Así, una investigación realizada en Colombia¹⁵ demostró que 41 de cada 1.000 niños atendidos en los servicios pediátricos de una ciudad había sufrido alguna forma de abuso. Otro estudio en el mismo país reveló que los riesgos de abuso se potencian cuanto mayor es la vulnerabilidad inicial; así el riesgo de abuso en niños con desempeño intelectual inferior al esperado era 16 veces mayor que un grupo control de escolares.

En un estudio realizado en la República Dominicana sobre modelos de crianza¹⁶ se encontró que la frecuencia de agresiones físicas de los niños en el hogar, perpetrada en la mayoría de las veces por los padres, alcanzaba al 47% de la muestra y que 10% de los agredidos necesitaron asistencia médica. De los niños estudiados, el 33% habían sufrido abusos sexuales.

La Declaración Mundial Sobre la Supervivencia y el Desarrollo del Niño aprobada por la Cumbre Mundial a Favor de la Infancia, celebrada en Nueva York, en septiembre 1990, bajo los auspicios de las Naciones Unidas, representa un compromiso por parte de los países y prescribe medidas concretas para la protección del niño¹⁷. En obediencia a las recomendaciones de esta importante reunión, se celebró en la ciudad de Sao Paulo, Brasil, en Junio de 1992, la reunión de un Grupo de Consulta Regional sobre Maltrato Infantil bajo los auspicios de UNICEF y OPS/OMS. En ese encuentro se destacó la escasez de datos fidedignos sobre la frecuencia y distribución de los actos violentos contra los niños. En ausencia de mejores datos se aceptó la estimación, basada en datos recogidos por UNICEF, de que en América Latina existen cuando menos 6 millones de niños que son objeto de maltrato severo, 80.000 de los cuales mueren anualmente de modo violento por acción de sus familiares y otros miembros de su entorno inmediato.

En los documentos presentados en la reunión^{18,19} se destaca:

- En Centroamérica se estima que alrededor de 1,5 millones de niños han sido desplazados de sus hogares por obra de los conflictos armados.

- Un número considerablemente alto de niños ha sido utilizado en América Central, Colombia y Perú como soldados, mensajeros, enlaces y transportadores de materiales de guerra.
- Se estima que en América Central existen 2,5 millones de personas desplazadas y 316.500 refugiados registrados oficialmente, de los cuales una proporción considerable corresponde a niños. En Nicaragua solamente, se calcula en 7.200 el número de niños muertos, heridos y mutilados a consecuencia de la guerra.
- Se estima que más de 100.000 niños centroamericanos han quedado en condición de orfandad a consecuencia de la guerra. Muchos de ellos han sido testigos de la tortura, violación o asesinato de sus progenitores.
- Estadísticas de 11 países de la Región permiten estimar que entre 7 y 8 millones de niños se encuentran en la condición de "niños de la calle", a menudo víctimas de las modalidades de violencia prevalentes en el medio urbano.
- Se estima que cuando menos 30 millones de niños latinoamericanos en edad escolar están trabajando a tiempo completo y un número indeterminado lo hace a tiempo parcial.
- Información proveniente de ocho países latinoamericanos permite estimar que cerca de medio millón de niños están internados en instituciones cerradas, cuyo funcionamiento, en general, se aparta de los objetivos para lo cuales fueron concebidos.
- En el Brasil, el 15% de las muertes por causas externas ocurridas en 1985 en menores de 19 años eran debidas a homicidios. Una investigación en un área urbana de ese país mostró que el 32% de los adolescentes entrevistados recibían castigos físicos, siendo los más afectados los niños más jóvenes (11-13 años de edad).

6.2 Mujeres

En los últimos 25 años ha crecido el reconocimiento de la violencia contra las mujeres y las niñas como un elemento de deterioro de la calidad de la vida y un obstáculo para su plena incorporación al desarrollo económico y social y para el logro de los objetivos de la igualdad y la paz. Entre los pronunciamientos más importantes sobre el tema se destaca el de la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Naciones Unidas, 1981)²⁰, y las

Recomendaciones de Nairobi (1985)²¹, contenidas en las Estrategias para el Adelanto de la Mujer hacia el año 2000.

La Asamblea General de las Naciones Unidas y sus organismos subsidiarios han abordado el tema en diversas oportunidades, mediante recomendaciones específicas que prescriben la introducción de medidas de justicia y protección contra el abuso y el ejercicio de la violencia en todas sus formas contra mujeres y niños^{22 23 24 25}. Desde finales del decenio de 1980 la OPS²⁶ y, más recientemente, la OMS han abierto líneas de investigación sobre los problemas que afectan a la mujer víctima de violencia, en particular violencia intrafamiliar. En las discusiones técnicas de la OPS sobre Salud, Mujer y Desarrollo (mayo 1992) se recomendó intensificar la recopilación de datos e información sobre problemas de salud de la mujer, entre ellos la violencia²⁷. El XIII Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo del Comité Ejecutivo de la OPS recomendó en abril de 1993 asumir el tema como un asunto de salud pública que requiere respuestas de los organismos de salud tanto en los aspectos de prevención como en los de asistencia y rehabilitación²⁸.

La violencia contra mujeres y niñas afecta no sólo la integridad física de las víctimas, sino también su vida afectiva, sexual, familiar y laboral. La violencia ejercida contra las mujeres las coloca en desventaja en el ejercicio de las relaciones de poder en los distintos espacios sociales. Constituye la expresión más aguda de la inequidad social entre los géneros, y es un instrumento de dominación que se dirige a preservar la subordinación de las mujeres en la vida social. Les niega el ejercicio de su autonomía y libertad y menoscaba la soberanía femenina en perjuicio del pleno ejercicio de sus derechos.

Las respuestas del sector gubernamental a la problemática de la violencia en la mujer son escasas en la Región. La mayor cobertura de programas de atención y prevención proviene de instituciones no gubernamentales. De 109 programas identificados en la Región, 87 son de instituciones no gubernamentales, 15 son de entidades gubernamentales, 4 funcionan en instituciones académicas y 3 son organizaciones de carácter regional²⁹.

Las estadísticas de morbilidad en relación con la violencia en la mujer no reflejan la verdadera magnitud del problema, debido al importante subregistro, tanto en los servicios de salud como en los policiales. Las mujeres que acuden a esos centros en solicitud de asistencia son, en general, las que están en situaciones límites o intolerables. El resto, la gran mayoría, no entra en contacto con ninguno de los dos sistemas o si lo hace, no suministra información suficiente para calificar como actos de violencia o agresión la causa de sus aflicciones.

Según una publicación canadiense³⁰ la violencia en relación al género no solamente es ampliamente aceptada, sino que en algunas culturas es esperada. En Canadá, una de cada 10 mujeres es golpeada por su marido y en los Estados Unidos mueren diariamente cuatro mujeres por efectos de la violencia. La misma fuente señala que de acuerdo con la policía del Perú el 70% de los delitos denunciados a la policía corresponde a mujeres golpeadas por sus maridos. Una investigación realizada en Chile³¹ en 1992 reveló que 33,5% de las mujeres entrevistadas habían sido agredidas psicológicamente y 26,2% habían sido objeto de violencia física.

Entre las razones que explican el subregistro, tanto de violencia familiar como de morbilidad femenina por violencia, está el hecho de que la mayoría de las víctimas no acuden a las instituciones de salud en demanda de servicios. De otra parte, los funcionarios de salud y las mismas víctimas consideran que los eventos violentos escapan de su competencia y son de la jurisdicción exclusiva de la policía. Otro factor de subregistro es la concentración de la práctica sanitaria en el tratamiento de la lesión, sin percibir que ésta es el resultado de procesos interhumanos evitables. La mayor visibilidad de las muertes violentas resta importancia a otras formas de violencia menos tangibles, de naturaleza psíquica o social.

La percepción adecuada de la magnitud y trascendencia de la violencia contra la mujer y los niños se ve dificultada por razones de tipo sociocultural y por distorsiones derivadas de la estructura y funcionamiento de los servicios de salud. Así, la extendida noción de que la masculinidad es por naturaleza violenta y la feminidad sumisa y pacífica, contribuye a legitimizar las conductas agresivas del hombre en perjuicio de la mujer. La concentración de los servicios de salud en la función reproductora femenina resta importancia a otros problemas psicosociales y de salud, particularmente la comisión de actos violentos. La relativa poca relevancia asignada al problema de los embarazos no deseados se constituye en un factor de riesgo de violencia contra el niño y la madre.

6.3 Ancianos

Los ancianos constituyen un grupo particularmente vulnerable frente a los actos violentos; su frecuente situación de dependencia física, psicológica y económica, la disminución de su capacidad física y su progresivo aislamiento social, conforman una situación de alto riesgo. Los cambios demográficos que actualmente ocurren en la Región están determinando el aumento progresivo del número absoluto y relativo de los ancianos en la población y de los problemas de salud pública que esta nueva situación induce. El maltrato de los ancianos y, en general, la comisión de toda clase de actos violentos contra personas de este grupo, constituye así un creciente problema social y de salud pública.

La violencia en ancianos no se restringe al abuso físico y psicológico y la negligencia en los cuidados sino que puede, además, comprender el abuso financiero, la violación de sus derechos y el abuso sexual. Una revisión de 30 encuestas realizadas en los Estados Unidos entre 1979 y 1985, distinguió más de doce categorías de abuso³². La magnitud del problema es grande, especialmente en países que tienen una alta proporción de ancianos. En un informe suscrito en 1985 por el Comité sobre Envejecimiento de la Cámara de Representantes de ese país³³, se estima que anualmente el 4% de la población de ancianos (más de un millón de personas) son atropellados física, emocional y financieramente por familiares y allegados. En una revisión de investigaciones realizadas en ese país, Wolf³⁴ señala que la frecuencia del maltrato físico en los ancianos varía entre el 4 y el 10%. Un estudio nacional sobre maltrato de ancianos, realizado en Canadá³⁵ en 1988 mostró que el 4% de los ancianos de ese país habían sufrido recientemente una o más formas de abuso, siendo los más frecuentes los de carácter financiero (2,5%), verbal (1,4%) y físico (0,5%).

7. Factores ambientales asociados con conductas violentas

Numerosos estudios han revelado la asociación entre la violencia y diversos factores ambientales; no obstante, no en todos los casos se ha llegado a demostrar una relación directa de causalidad. Se han propuesto acciones de prevención primaria basadas en su mayoría en el control de algunos de los factores de riesgo identificados, a saber:

- Armas de fuego. En diversos países se ha señalado la frecuencia con que los homicidios y lesiones a las personas está asociada con la posesión de armas de fuego de fácil adquisición. Según el Departamento de Servicios Humanos y Salud Pública de los Estados Unidos de América³⁶, la mayoría de los 21.000 homicidios cometidos en ese país en 1987 fueron perpetrados en el curso de una disputa entre conocidos, siendo un arma de fuego el instrumento letal. En el mismo país, en el período 1979-1986, las armas de fuego fueron usadas en el 60% de los homicidios y suicidios y en una alta proporción en los casos de lesiones de la médula espinal³⁷. La regulación más estricta de las armas de fuego es aún motivo de controversia en este país.
- Abuso del alcohol y otras sustancias. Otro factor ambiental frecuentemente asociado con la violencia es el abuso del alcohol y otras sustancias psicoactivas por parte de la víctima, el victimario o ambos³⁸. Una investigación de Wolfgang³⁹ demuestra el alto consumo de alcohol por parte de víctimas y perpetradores de homicidio. Hotaling y Sugarman⁴⁰ encontraron una asociación evidente entre consumo de alcohol por parte del hombre y agresiones a la mujer y a los niños. Ladoucer y Temple⁴¹ demostraron la asociación entre

ingestión aguda de alcohol y asalto sexual. Los actos violentos relacionados con el tráfico y consumo de sustancias psicoactivas reviste en algunos países de la Región proporciones epidémicas.

- **Televisión.** Durante varios decenios se han venido realizando investigaciones para evaluar si la televisión (TV) es un factor de riesgo para la producción de actos violentos. Existe consenso en señalar que la exposición a programas de TV en los que predomina la violencia, induce un aumento en la agresividad física de los niños. Canterwall⁴² señala que las variaciones en las tasas de homicidio en la población blanca de Suráfrica aumentaron notablemente a partir de 1975, cuando se levantó la prohibición de la TV existente en ese país. También destaca que las tasas anuales de homicidio en Canadá y los Estados Unidos prácticamente se duplicaron en el término de 10 a 15 años después de la introducción de la TV en ambos países (en los Estados Unidos las tasas subieron de 3 homicidios por 100.000 habitantes en 1945 a 5,8 por 100.000 en 1974; y en Canadá, de 1,3 por 100.000 a 2,5 por 100.000 en el mismo período). Los factores que intervienen en la génesis de la violencia son numerosos y complejos, entre ellos los de carácter demográfico, económico y sociocultural. Sería erróneo atribuir a la TV exclusivamente los aumentos observados en las tasas de violencia en los ejemplos precitados; sin embargo, la evidencia acumulada permite concluir que el efecto de la TV sobre las conductas violentas y la agresividad está plenamente demostrado.

Los factores señalados en los párrafos precedentes son sólo una muestra de las muchas variables asociadas con la violencia, sobre las que se han propuesto diversas acciones dirigidas a su control. Entre estos factores se ha identificado un amplio espectro que va desde los rasgos personales y el perfil psicológico de víctimas y victimarios hasta la historia, las características socioculturales y la economía de las colectividades. Las características personales, determinadas entre otros factores por la carga genética, las experiencias tempranas y el medio en que se desarrolla el niño y el adolescente, han sido el foco de intervenciones que, agrupadas bajo los rótulos de educación, prevención primaria y promoción de la salud, persiguen fomentar conductas pacíficas, por ejemplo, en las relaciones interpersonales, la resolución de conflictos, las relaciones de género, la preservación de la identidad y la lucha por la supervivencia. De otra parte, los factores socio-político-culturales relacionados con la violencia, tales como la pobreza, la marginalidad, el hacinamiento, la persecución política y la falta de oportunidades de grupos minoritarios corresponden a dominios que superan la capacidad inmediata de respuesta del sector salud. Este, no obstante, además de destacar la existencia de la asociación y denunciar sus consecuencias, puede hacer aportes importantes para el desarrollo de políticas, planes y programas de prevención y control, conjuntamente con otros sectores.

8. Impacto de la violencia sobre el sistema de servicios de salud

La violencia en todas sus expresiones impone una carga cada vez mayor a los servicios de salud, requiriéndose una creciente asignación de recursos de todo tipo para hacer frente a la demanda. La atención inmediata de las víctimas de la violencia representa una sobrecarga de los servicios de emergencia, consultorios externos, hospitales generales, centros especializados y servicios de medicina forense, situación que se refleja en la necesidad de asignar a esos servicios recursos humanos y materiales adicionales.

Las consecuencias de la violencia en el mediano y largo plazo también comprometen la estructura y funcionamiento de los servicios de salud. Las secuelas físicas, psicológicas y sociales de la violencia afectan en particular los servicios de rehabilitación física y psicológica y los de asistencia social.

Los costos que la violencia y sus consecuencias imponen a la sociedad y en particular a los servicios de salud, son de enormes proporciones. La más importante pérdida para la sociedad es la que corresponde al costo social, representado en AVPP, sufrimiento y deterioro de la calidad de la vida. El elemento más fácilmente cuantificable, los años de vida potencial perdidos, se manifiesta en las estadísticas de una manera alarmante.

Los costos con que la violencia grava al sector salud corresponde a los gastos directos e indirectos relacionados con la atención inmediata de las víctimas, el tratamiento de las secuelas y la rehabilitación. En los Estados Unidos se estima que para 1985 el costo de los traumatismos y lesiones a personas, ocasionados de manera intencional o no, alcanzó la cifra de US\$158.000 millones⁴³. La violencia puede tener efectos directos sobre la estructura y funcionamiento de los servicios de salud cuyas instalaciones y equipos pueden verse comprometidos. También afecta directamente al personal y a los centros formadores de recursos humanos, en forma de daño físico y psicológico.

9. Bases para la acción

La prevención y control de los actos violentos reclama la acción coordinada de diferentes sectores sociales, entre ellos el sector salud. Un ejemplo ilustrativo de acciones coordinadas orientadas a este fin es el Programa "Paz, Seguridad y Desarrollo" auspiciado por la Alcaldía de la ciudad de Cali, Colombia⁴⁴ de índole primordialmente educativa, fomenta las relaciones entre la policía y la sociedad civil, promueve la convivencia, la civilidad y la democracia, apoya a las familias y recaba la cooperación de voluntarios, la participación ciudadana, la modernización del sistema de justicia y la

involucración de los jóvenes. La iniciativa de comunidades seguras⁴⁵ representa una oportunidad singular para el desarrollo de programas de control de la violencia.

Los fundamentos en que se asientan las proposiciones para la prevención y control de las conductas violentas están conformados por diversas variables, dependientes, entre otras circunstancias, de la gravedad de los problemas, los aspectos legales atinentes y las características socioculturales del medio. Los factores mencionados se distinguen por las siguientes características:

- El conocimiento de la magnitud y distribución del problema de la violencia y de los factores que lo afectan es una condición indispensable para el desarrollo de acciones. La información disponible en este campo es fraccionada, poco confiable y extemporánea. De allí la importancia de promover la investigación epidemiológica, que suministra información fidedigna y oportuna, que puede servir de base tanto para el establecimiento de políticas y estrategias cuanto para el desarrollo de planes y programas operativos. La promoción de la investigación en este campo, dirigida a la identificación de los factores psicosociales, el impacto económico y las repercusiones sociales de la violencia, el control de calidad de los servicios y la evaluación de las intervenciones son una estrategia de alta relevancia para los programas de prevención y control.
- Los ordenamientos jurídicos, que constituyen la base legal de las actividades de control de la violencia, adolecen con frecuencia de imperfecciones, producto en parte de su vaguedad y ambivalencia. No obstante estas dificultades, el derecho provee mecanismos genéricos de protección contra la violencia, aplicables a todos los elementos de la sociedad; algunos se refieren directamente a la violencia y sus consecuencias, en tanto que otros se dirigen a evitar la condición de vulnerabilidad en grupos especialmente expuestos. Así, las disposiciones constitucionales de los países coinciden en reconocer el derecho a la vida y a la personalidad jurídica, frecuentemente violados por los actos de violencia. Otras disposiciones crean instituciones como las procuradurías de mujeres, ancianos o menores, destinadas a recibir denuncias de agresiones contra esos grupos y tomar las medidas correctivas y de prevención que el caso aconseje.

El derecho internacional ha incorporado en el último decenio principios singulares, destinados específicamente a la protección de grupos en situación de mayor vulnerabilidad. Ya se mencionó la Convención en favor de la mujer; existe además la Convención sobre los Derechos del Niño⁴⁶ y la Declaración de Principios de las Naciones Unidas en Favor de las Personas de Edad⁴⁷.

- El análisis de los problemas de la violencia desde una perspectiva socioantropológica constituye el tercer eje en el que debe asentarse el conjunto de acciones que se propongan para la prevención y control de la violencia. Se deben tomar en consideración aspectos tales como la conformación de las relaciones familiares, los patrones de crianza, la estructura y funcionamiento de las redes sociales, el empleo del tiempo libre y las percepciones, actitudes y creencias respecto a la violencia en general y en particular en relación con problemas como el "machismo", la asunción de riesgos y el territorialismo, entre otros. En general, la aplicación de los conocimientos y técnicas de las ciencias de la conducta tienen historia relativamente reciente. Ha sido sólo en los últimos dos decenios cuando se han emprendido algunas iniciativas orientadas a la modificación de comportamientos colectivos relacionados con la salud.

Los programas de promoción de la salud, al fomentar conductas saludables, desalentar la toma de riesgos innecesarios y favorecer la tolerancia y la solución racional de conflictos, son el principal instrumento de prevención de la violencia en el campo de la salud.

Algunos de estos programas, dirigidos a lograr cambios en los estilos de vida mediante intervenciones en las etapas formativas de la persona han probado ser una estrategia efectiva en el control y prevención de numerosos trastornos y condiciones. Su aplicación en el campo de la violencia puede abrir perspectivas promisorias.

REFERENCIAS

1. Helping Victims of Violence. Proceedings of a Working Group on the Psychosocial Consequences of Violence. The Hague. 1983. Sponsored by the government of the Netherlands and WHO.
2. Promoción de la Salud y Equidad. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Santa Fé de Bogotá, Noviembre de 1992. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 1992.
3. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision. WHO. Geneva. 1992.
4. Pan American Health Organization. Health Conditions in the Americas. 1990 Edition. PAHO Scientific Publication No. 524. Washington, D.C. 1990.
5. Anzola-Pérez, E. and Bangdiwala, S.I. The Changing Structure of Deaths from Injuries and Violence in Latin America. In: Adult Mortality in Latin America (in preparation). Edited by IUSSP. Oxford University Press. 1993.
6. The National Committee for Injury Prevention and Control. Injury Prevention: Meeting the Challenge. Am J Prev Med 5(3) (Supplement). 1989.
7. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control. Injury Control MMWR Reprints. Vol. 39/No. 20. Atlanta, Ga. 1990.
8. Franco, S. La Violencia: Un Problema de Salud Pública que se Agrava en la Región. Bol Epid OSP 11(2): 1-7. 1990.
9. Franco, S. Ibid.
10. Levav, I. et al. Mortality and Psychopathology Following the Death of an Adult Child: An Epidemiological Review. Isr J Psychiat Relat Sc 19: 23-28. 1982.
11. Sanders, C.M. A Comparison of Adult Bereavement in the Death of a Spouse, Child and Parent. Omega 10:303-322. 1979-1980.
12. Kaffman, M. and Elizur, E. Bereavement Responses of Kibbutz and Non-Kibbutz Children Following the Death of a Father. Child Psychol Psychiat 24:435-442. 1983.
13. León, C. Observing Violence. The Case of Colombia. "Simón Bolívar" Conference. American Psychiatric Association. Chicago. 1987.

14. Krugman, R. Child Abuse and Neglect. World Health. 46(1): 22-23, 1993.
15. Franco, S. Ibid.
16. ONAPLAN/UNICEF/INTEC. El Menor en Circunstancias Especialmente Difíciles. Informe correspondiente a mayo-agosto, 1989.
17. United Nations. World Declaration on the Survival, Protection and Development of Children. World Summit for Children. New York. September 1990.
18. Espert, F. UNICEF Consultant. Situación del Maltrato Infantil en América Latina y El Caribe. Working document presented at the Grupo de Consulta Regional sobre Maltrato Infantil. Sao Paulo, Brazil, 1992.
19. Minayo, M.C. e Assis, S.M. Violencia contra a Infancia e Adolescencia: Investigacao Interdisciplinar e Estrategia. Working document presented at the Grupo de Consulta Regional sobre Maltrato Infantil. Sao Paulo, Brazil, 1992.
20. United Nations General Assembly. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. New York. 1981.
21. United Nations. Report of the World Conference to Review and Appraise the Achievements of the United Nations Decade for Women. Nairobi 1985. New York. 1985.
22. United Nations General Assembly. Resolution 40/36. New York.
23. United Nations Economic and Social Council. Resolution 1982/22. New York.
24. United Nations Economic and Social Council. Resolution 1984/14. New York.
25. United Nations Economic and Social Council. Resolution 1984/14.
26. Pan American Health Organization. Technical Discussions on Women, Health, and Development. 18-19 September 1989. PAHO. Washington, D.C. 1989.
27. Pan American Health Organization. Technical Discussions on Women, Health, and Development. May 1992.
28. Pan American Health Organization. 13th Meeting of the Special Subcommittee on Women, Health, and Development. Violence Against Women and Girls: Analysis and Proposals from the Perspective of Public Health. April 1993. PAHO.
29. ISIS INTERNACIONAL. Violencia en Contra de la Mujer en América Latina y el Caribe. Información y Políticas. Informe Final. Santiago de Chile. 1990.

30. Violence, Health, and Development. Synergy (Canadian Society for International Health). Winter 1993. Vol. 5, No. 2.
31. Larrain-Heiremans, S. Violencia Familiar y la Situación de la Mujer en Chile. Mimeographed document presented to PAHO. Santiago, Chile. 1993.
32. Johnson, T. Critical Issues in the Definition of Elder Mistreatment. In: Elder Abuse: Conflict in the Family. K.A. Pillemer and R.S. Wolf (edits). Auburn House. Dover, Massachusetts.
33. U.S. House of Representatives, Select Committee on Aging, Subcommittee on Health and Long Term Care. Elder Abuse. A National Disgrace. U.S. Printing Office. Publication No. 99-502. 1985.
34. Wolf, R.S. Maltrato en el Anciano. In: La Atención de los Ancianos: Un Desafío para los Noventa. E. Anzola-Pérez (edit.). Publicación Científica de la OPS (en preparación). Washington, D.C. 1993.
35. Podnieks, E., Pillemer, K., and Nicolson, J.P. National Survey on the Abuse of the Elderly in Canada. Ryerson Polytechnic Institute. Toronto. 1989. Cited by Wolf, Ibid.
36. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. Healthy People 2000. DHHS Publication No.(PHS)91-50213. Washington, D.C. 1991.
37. Mercy, J.A. and Houk, V.N. Firearm Injuries: a Call for Science. N. Eng J. Med. 319(19):1283-1285. 1988.
38. U.S. Department of Health & Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control. Position Papers from the Third National Injury Control Conference. Washington, D.C. 1992.
39. Wolfgang, M.E. Patterns in Criminal Homicide. Philadelphia, University of Pennsylvania Press. 1958.
40. Hotaling, G.T. and Sugarman, D.B. An Analysis of Risk Makers in Husband to Wife Violence: The Current State of Knowledge. Victims of Violence. 1:101-124. 1986.
41. Ladoucer, P. and Temple, M. Substance Abuse Among Rapists. Crime Delinquency. 31:269-294. 1985.
42. Canterwall, B.S. Exposure to Television as a Risk Factor for Violence. Am J Epidem 129(4):643-652. 1989.

43. Rice, D.P., MacKenzie, E.J., et al. Cost of Injury in the United States: A Report to Congress. Institute of Health and Aging, University of California; and Injury Prevention Center, The Johns Hopkins University. 1989. Cited in: Position Papers for the Third National Injury Control Conference, p. 139. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control. Washington, D.C. 1992.
44. Programa Paz, Seguridad y Desarrollo. Mimeographed document. Alcaldía de Santiago de Cali, Colombia. 1992.
45. Olcese, J.M. and Stefani, L. Safe Communities Network: An Answer to Injury Control. Paper submitted to the 2nd World Conference on Injury Control. Atlanta, Georgia, U.S. 20-23 May 1993.
46. United Nations. Convention on the Rights of the Child. New York. 1990.
47. United Nations General Assembly. Resolution 46/91: United Nations Principles for Older Persons. New York. December 1991.

TABLAS Y GRAFICOS

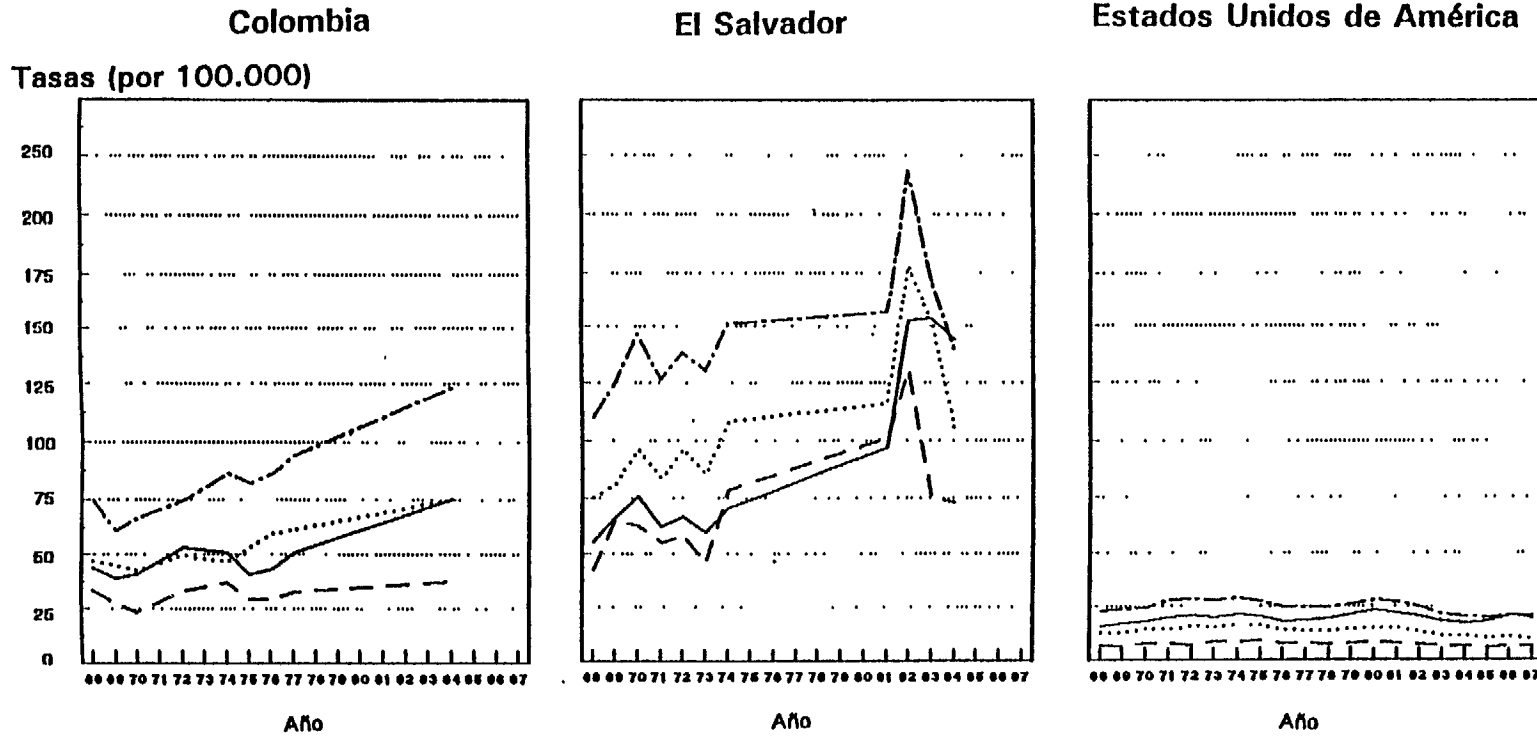
TABLA 1

PORCENTAJE DEL NUMERO TOTAL DE MUERTES Y DE TODOS LOS AÑOS DE VIDA PERDIDOS CAUSADOS POR MUERTES ASOCIADAS CON CAUSAS VIOLENTAS. AMBOS SEXOS Y HOMBRES SOLOS, POR PAISES SELECCIONADOS					
Países	Año	Porcentaje de todas las muertes por causas violentas		Porcentaje de todos los años de vida perdidos por conductas violentas	
		Ambos Sexos	Hombres	Ambos Sexos	Hombres
Paraguay	1985	1,8	3,0	5,9	8,5
Colombia	1981	6,5	10,6	14,3	21,2
Brasil	1983	2,9	4,2	9,8	13,2
El Salvador	1984	8,7	12,6	21,4	26,3
México	1982	3,5	5,5	8,1	11,2
Puerto Rico	1985	3,5	5,4	16,8	20,9
Barbados	1984	1,0	1,5	6,9	9,4
Estados Unidos	1985	2,4	3,4	13,8	16,2

Fuente: OPS, 1989

GRAFICO 1

TASAS ESPECIFICAS DE MORTALIDAD AJUSTADAS POR EDAD PARA HOMICIDIOS EN HOMBRES
COLOMBIA, EL SALVADOR Y ESTADOS UNIDOS, 1968-1987

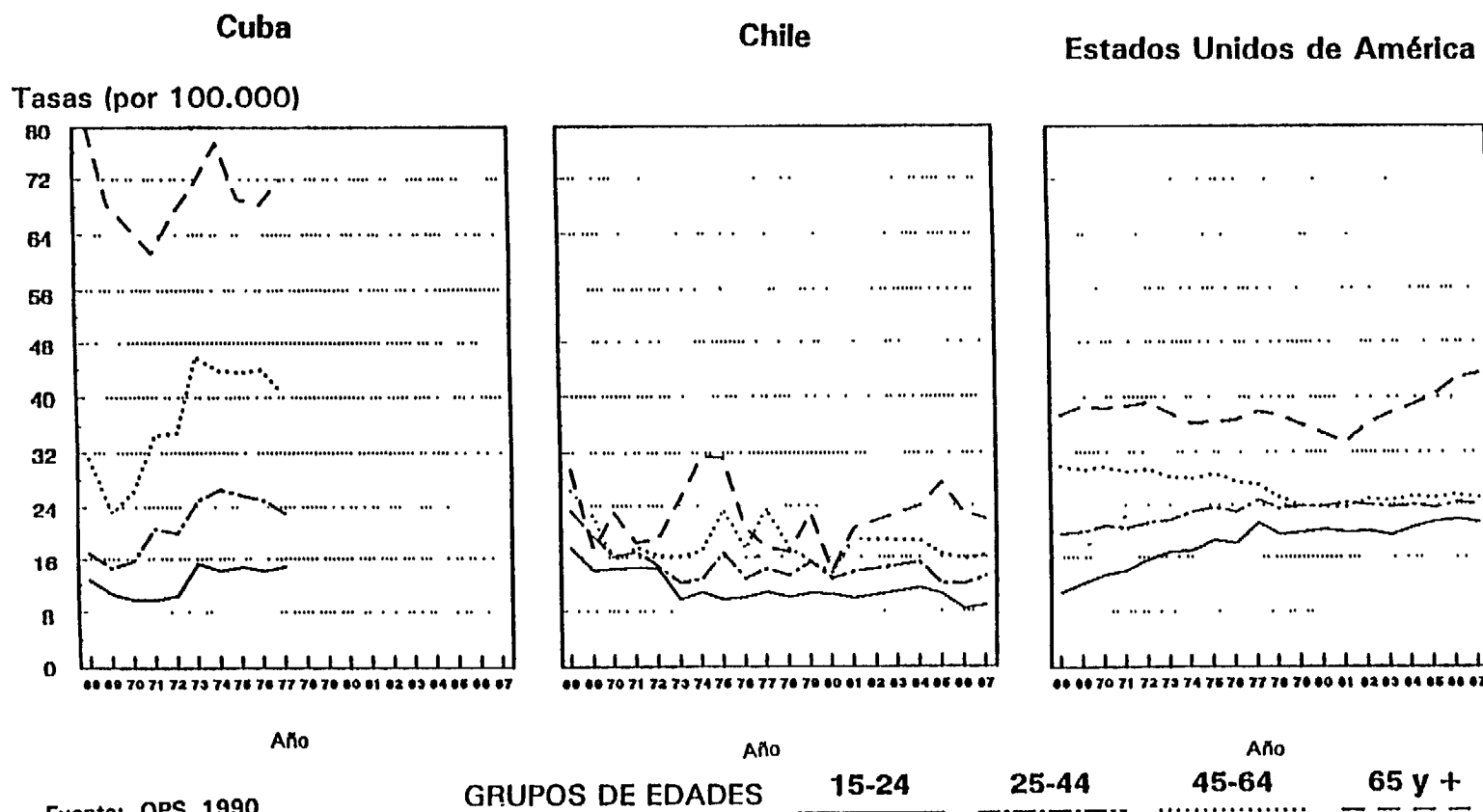


Fuente: OPS, 1990

GRUPOS DE EDADES 15-24 25-44 45-64 65 y +

GRAFICO 2

TASAS ESPECIFICAS DE MORTALIDAD AJUSTADAS POR EDAD PARA SUICIDIOS EN HOMBRES
CUBA, CHILE Y ESTADOS UNIDOS, 1968-1987

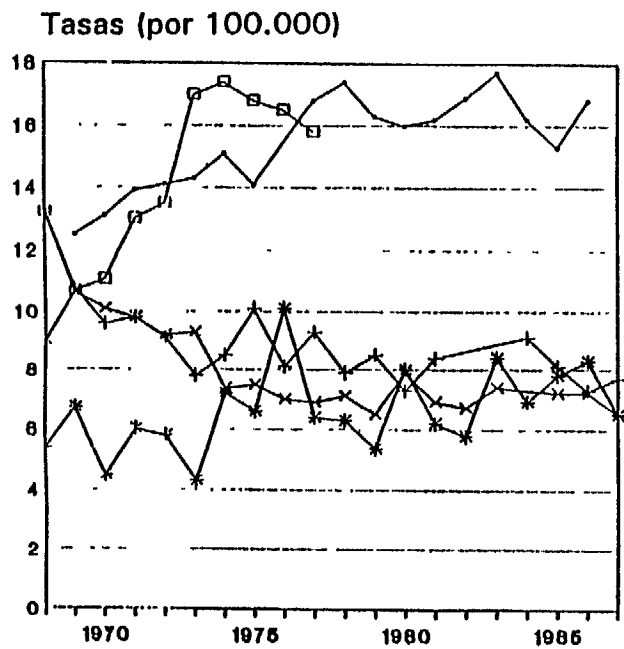


Fuente: OPS, 1990

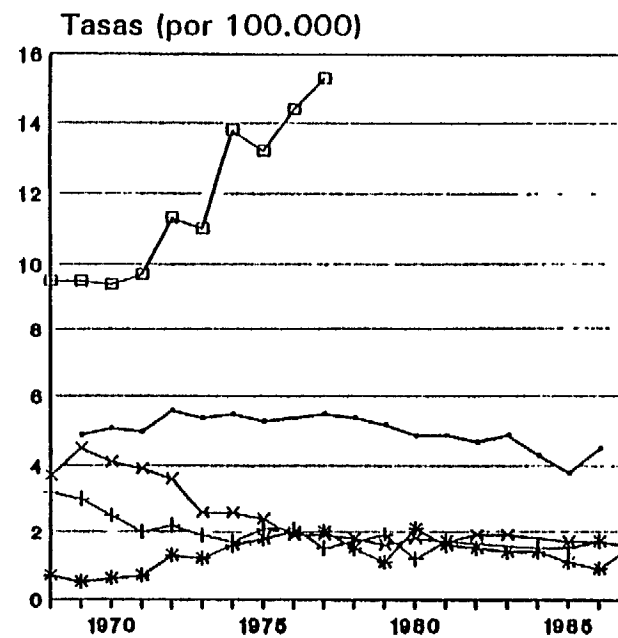
GRAFICO 3

TASAS DE MORTALIDAD AJUSTADAS POR EDAD Y SEGUN SEXO PARA SUICIDIOS EN PAISES SELECCIONADOS DE LA REGION DE LAS AMERICAS, 1968-1987

HOMBRES



MUJERES



— Canadá —+ Chile —* Costa Rica —□ Cuba —x Venezuela

Fuente: OPS, 1990