



**ORGANIZACIÓN
PANAMERICANA
DE LA SALUD**

XXXIX Reunión



**ORGANIZACIÓN
MUNDIAL
DE LA SALUD**

XLVIII Reunión

Washington, D.C.
Septiembre de 1996

Tema 5.4 del programa provisional

CD39/14 (Esp.)
17 julio 1996
ORIGINAL: ESPAÑOL

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

La 118.^a Reunión del Comité Ejecutivo tuvo la oportunidad de revisar las acciones desarrolladas en cumplimiento del Plan Regional sobre Violencia y Salud (véase Documento CE118/13, anexo) según lo ordenado por la Resolución CD37.R19 (1993).

La violencia en todas sus formas se ha convertido en un problema prioritario de salud para muchos de los países. Aun cuando existe considerable subregistro y gran heterogeneidad entre los diversos países de las Américas, la tasa de homicidios es la más alta entre todas las Regiones de la Organización Mundial de la Salud. Otras formas de violencia frecuentes, como son la violencia contra la mujer o el niño y el anciano, posiblemente tienen también tasas muy elevadas aunque se desconoce su magnitud.

En los debates del Comité Ejecutivo se hizo énfasis en la importancia de la vigilancia epidemiológica de hechos violentos, como una forma de conocer la verdadera magnitud del problema y de comenzar a generar estrategias de control. Se destacó además la importancia de conocer las normas y actitudes culturales, tal como se propone en el Estudio Multicéntrico sobre Actitudes y Normas Culturales sobre la Violencia que se está realizando, al igual que medir los costos e impacto de la violencia en la sociedad. Se aclaró que las acciones del Plan deben realizarse por iniciativa de los países interesados, los cuales deben ser los principales responsables de la obtención de recursos. El Comité Ejecutivo aprobó la Resolución CE118.R6, como sigue:

LA 118.ª REUNIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el documento "Desarrollo del Plan de Acción Regional sobre Violencia y Salud" (Documento CE118/13),

RESUELVE:

Recomendar a la XXXIX Reunión del Consejo Directivo que apruebe una resolución redactada en los siguientes términos:

LA XXXIX REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el documento "Desarrollo del Plan de Acción Regional sobre Violencia y Salud" (Documento CD39/14);

Teniendo en cuenta la resolución sobre "Apoyo al desminado en Centroamérica", recientemente aprobada por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos;

Considerando las repercusiones de la violencia sobre la salud y el bienestar de las personas y la economía de los países;

Observando que las diversas manifestaciones de la violencia parecen estar extendidas en la Región de las Américas, y

Destacando la necesidad de preparar programas de control y prevención de la violencia,

RESUELVE:

1. Aprobar las actividades propuestas en el Documento CD39/14.
2. Instar a los Gobiernos Miembros:
 - a) A que formulen planes nacionales de acción de carácter intersectorial dirigidos a la prevención de la violencia, haciendo hincapié en el enfoque de salud pública;
 - b) A que establezcan el registro y análisis detallado de la mortalidad por causas externas según las recomendaciones del Taller sobre Vigilancia Epidemiológica de Homicidios y Suicidios (1995);

- c) A que efectúen estudios para medir las actitudes y percepciones de la sociedad con respecto a la violencia, así como los costos sociales de esta;
 - d) A que formulen y ejecuten políticas de prevención de la violencia en los ámbitos familiar y escolar;
 - e) A que inviten a los medios de comunicación a asociarse en los esfuerzos de reducción de la violencia y a incorporar temas de salud en su programación;
 - f) A que obtengan los recursos necesarios para tales actividades, bien sea directamente o por conducto de organismos multilaterales o bilaterales y organizaciones no gubernamentales.
3. Pedir al Director, en la medida que lo permitan los recursos disponibles:
- a) Que continúe proporcionando cooperación técnica para fortalecer la capacidad de los Gobiernos Miembros para realizar la vigilancia epidemiológica de los hechos violentos;
 - b) Que continúe promoviendo la ejecución de investigaciones que arrojen luz sobre la naturaleza y los factores determinantes de la violencia en cada país;
 - c) Que estimule la cooperación técnica entre países y la difusión de las experiencias exitosas en el área de prevención de la violencia.

Se espera que el Consejo Directivo revise la ejecución del Plan Regional y de encontrarse conforme, formule las directrices para asegurar su continuidad.

Anexo

comité ejecutivo del
consejo directivo



**ORGANIZACIÓN
PANAMERICANA
DE LA SALUD**

grupo de trabajo del
comité regional



**ORGANIZACIÓN
MUNDIAL
DE LA SALUD**

118.ª Reunión
Washington, D.C.
Junio de 1996

CD39/14 (Esp.)
Anexo

Tema 4.5 del programa provisional

CE118/13 (Esp.)
10 abril 1996
ORIGINAL: ESPAÑOL

DESARROLLO DEL PLAN DE ACCIÓN REGIONAL SOBRE VIOLENCIA Y SALUD

El presente documento resume las acciones desarrolladas en cumplimiento de la Resolución CD37.R19 aprobada por el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud en septiembre de 1993. En la misma fecha el Consejo Directivo formuló los lineamientos generales para el Plan de Acción Regional sobre Violencia y Salud. El objeto de esta presentación es hacer una revisión de las acciones desarrolladas para someterlas a revisión y consideración del Comité Ejecutivo.

Se hace especial énfasis en las dificultades encontradas para obtener datos confiables sobre las diversas manifestaciones de la violencia (homicidios, suicidios y violencia contra la mujer, el niño y el anciano) y se describen las acciones realizadas para corregir esta deficiencia, lo mismo que otros proyectos de investigación que buscan obtener una mejor comprensión del problema. Dado el respeto a la soberanía de cada país, estas acciones se han realizado buscando un máximo apoyo local.

Se solicita a los miembros del Comité Ejecutivo que revisen el Plan de Acción y su ejecución hasta la fecha, con miras a efectuar recomendaciones al Consejo Directivo.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Resumen ejecutivo	3
1. Antecedentes	4
2. Situación de la violencia en las Américas	4
3. Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud	7
4. Otros desarrollos del Plan de Acción Regional	8
4.1 Vigilancia epidemiológica	8
4.2 Estudio multicéntrico sobre actitudes y normas culturales sobre la violencia	8
4.3 Violencia contra la mujer	9
4.4 Costos de la violencia	9
4.5 Castigo corporal y violencia contra el niño	10
5. Otras actividades	10
6. Resumen y recomendaciones	11

RESUMEN EJECUTIVO

En el mes de septiembre de 1993 el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud aprobó la Resolución CD37.R19 y formuló los lineamientos generales para el Plan de Acción Regional sobre Violencia y Salud. A continuación se presentan las acciones más importantes ejecutadas en cumplimiento del mencionado Plan.

En desarrollo de las recomendaciones, en noviembre de 1994 se realizó la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud, donde un grupo de distinguidos líderes de la Región tuvieron la oportunidad de conocer la magnitud del problema y manifestarse en favor de la prevención y reducción de la violencia.

Para el cumplimiento de los objetivos del Plan, se ha considerado como herramienta fundamental el montaje de sistemas de vigilancia epidemiológica para hechos violentos, con el fin de mejorar la calidad de la información y comenzar a identificar los factores de riesgo. A tal fin se realizó un taller cuyas recomendaciones ya están publicadas en el *Boletín de la OSP*, y se ha venido prestando asistencia técnica a varios países.

El Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo está ejecutando un programa de prevención de la violencia doméstica en 16 comunidades de 10 países de la Región. También se han diseñado y comenzado a ejecutar varias investigaciones que deben arrojar luz sobre las causas y efectos de la violencia y sugerir estrategias para la acción. Tal es el Estudio Multicéntrico sobre Actitudes y Normas Culturales sobre la Violencia, que se está realizando en 11 ciudades de nueve países de la Región, y también un taller, realizado con apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo, que produjo pautas específicas sobre cómo medir el impacto económico de la violencia. Se espera que de la aplicación de sus recomendaciones se muestre de manera convincente la necesidad y urgencia de invertir en la prevención de la violencia.

Se han adelantado gestiones con diferentes agencias para que los respectivos países, de acuerdo con sus planes y dentro de su autonomía, puedan tener acceso a los recursos necesarios para implementar el Plan de Acción Regional.

1. Antecedentes

El Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud en su XXXVII Reunión (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 a establecer políticas y planes nacionales y a movilizar recursos para la prevención de todas las formas de violencia.

Al mismo tiempo el Consejo Directivo aprobó el Plan de Acción Regional sobre Violencia y Salud. Este Plan quedó enmarcado 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*: que logre incorporar la prevención de la violencia en las políticas de desarrollo nacional;
- d) *cultura ciudadana*: fortalecer el desarrollo que favorezca el respeto a la vida y el diálogo como forma de solucionar el conflicto;
- e) *conocimiento en función de la acción*: busca identificar factores de riesgo que permitan tomar las medidas apropiadas;
- f) *participación social*: estimular de manera efectiva la participación de todos los miembros de la sociedad.

De igual manera el Plan determinó objetivos generales y específicos y fijó estrategias para su desarrollo, que han servido de orientación para el trabajo.

2. Situación de la violencia en las Américas

El estudio de la violencia es especialmente difícil dada la extraordinaria multiplicidad de formas en que ésta puede presentarse, a saber: según la persona afectada (hablamos de la violencia hacia el niño, la mujer, o el anciano), o según el tipo de violencia (hablamos de violencia psicológica, física, sexual). También se puede clasificar la violencia según la motivación aparente que la induce (e.g., violencia política, económica, racial), o se puede clasificar según la intencionalidad o el ambiente en el cual se produce (violencia doméstica o en el lugar de trabajo).

Para efectos del desarrollo del Plan, se restringió el ámbito de la violencia al uso (o amenaza de uso) de la fuerza física con la intención de hacerse daño o hacer daño a otro. Esta definición que excluye las lesiones no intencionales, llamadas "accidentes", es la utilizada para el Plan.

Por existir datos fácilmente asequibles, con frecuencia se utilizan los homicidios y suicidios como indicadores de violencia. Debe hacerse énfasis, sin embargo, que éstas dos formas son apenas una pequeña parte del conjunto total de la violencia del cual ellas son su manifestación más extrema. Otras formas de violencia más extendidas, como contra la mujer o el niño, necesitan estudios especiales y por esta razón la información disponible es aún limitada.

Ciertas normas sociales esconden o enmascaran los niveles reales de muchas expresiones de violencia. Así, por ejemplo, la violencia doméstica es 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 el niño. 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 el niño. Estas formas de violencia no han sido suficientemente estudiadas y por lo tanto desconocemos su verdadera magnitud pero hay razones para pensar que pueden también estar muy elevadas.

Las muertes por las causas externas (CE) que corresponden a homicidios, suicidios y otras muertes accidentales —Códigos V01-Y98— ocupan un lugar preponderante en muchos países de la Región y su importancia parece ir en aumento. Así, por ejemplo, en 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, Nicaragua oscilan alrededor del 15%, mientras que en Canadá, los Estados Unidos de América y Uruguay son cercanas al 8%. Aún para los países donde las CE no tienen tanto peso se observa que su importancia relativa ha ido aumentando entre las décadas de los ochenta y los noventa.¹

Al hacer un análisis de los componentes principales de la mortalidad por CE (homicidios, suicidios, accidentes de vehículo a motor y otros tipos de accidentes), puede observarse que las tasas de homicidios en la Región vienen aumentado desde el comienzo de la década de los ochenta, mientras que las tasas de los otros componentes se han mantenido relativamente estables.¹

¹ Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas*. Washington, D.C., 1994 (Publicación Científica 549).

Según puede apreciarse en el cuadro, la Región de las Américas tiene una tasa promedio de homicidios cercana a 17 por 100.000 habitantes. Mientras que América Latina y el Caribe tienen 21,3 por 100.000 habitantes, otros países o regiones tienen tasas inferiores a 5 por 100.000 habitantes, y algunos países asiáticos, cercanas a 1 ó 2 por 100.000 habitantes.

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

	Homicidios		Acc. Vehíc. 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 y Caribe	12,5	21,3	17,0	15,5
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.

** Dentro de América del Norte hay que destacar las diferencias en las tasas de homicidios entre Canadá (2,6/100.000) y Estados Unidos de América (10,1/100.000).

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

La utilización de tasas promedio (ver cuadro) esconde la gran heterogeneidad que existe en la Región. Al tiempo que los Estados Unidos de América tiene una tasa cercana a 10 por 100.000 habitantes, lo cual lo coloca en primer lugar en cuanto a homicidios entre los países económicamente desarrollados, Canadá, también en la América del Norte, tiene una tasa de 2,6 homicidios/100.000 habitantes. América Central tenía, en 1991, una tasa de 27,6/100,000 habitantes mientras que los países andinos tenían 39,5/100.000 habitantes. Colombia tenía, en 1994, una tasa de homicidios alrededor de 80/100.000 habitantes y en este país la violencia se ha constituido en la principal causa de muerte para la población general,² mientras que países como Chile y Uruguay tienen tasas relativamente bajas, cercanas a 5 por 100.000 habitantes.

A pesar de lo elevado que pudieran parecer las cifras de mortalidad por homicidio citadas arriba, 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, y en Santiago, Chile, en 1994, cerca del 40% de las muertes violentas fueron clasificadas de esa manera). Por las anteriores razones, por regla general, las cifras disponibles subestiman la verdadera situación.

3. Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud

En cumplimiento del Plan, que recomendó la realización de una cumbre interamericana, se llevó a cabo la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud (CISOVIS) 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 la oportunidad de escuchar diversas ponencias que pusieron en claro, por primera vez en un foro internacional de esa naturaleza, 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 diversos aspectos de la violencia tales como contra la mujer, la niñez y la adolescencia.

² Mora, I. R. *Informe sobre el comportamiento de las lesiones fatales y no fatales en Colombia, 1994*. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Bogotá, Colombia, 1995.

La División de Promoción y Protección de la Salud 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 en inglés. De igual manera, un resumen de 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 de Acción Regional

4.1 *Vigilancia epidemiológica*

Teniendo en cuenta las dificultades metodológicas mencionadas que dificultan el conocimiento de 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 Naciones Unidas, se realizó un Taller sobre Vigilancia Epidemiológica de Homicidios y Suicidios, en Cali, Colombia, los días 2-5 de mayo de 1995. Asistieron a este taller representantes de nueve países y se contó con la asesoría del Centro para la Prevención de Lesiones de los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades (CDC), de Atlanta, Estados Unidos de América. Las conclusiones de este taller ya fueron aceptadas para su próxima publicación en el *Boletín de la OSP* y han comenzado a servir de base para su aplicación en varios países y ciudades. En Bogotá, Cali, Medellín y otras ciudades de Colombia se ha comenzado a llevar un registro detallado de la mortalidad por CE, según las recomendaciones del citado taller. En las ciudades de Campinas y Rio de Janeiro en el Brasil también han comenzado a llevar un sistema de vigilancia epidemiológica para hechos violentos. En Caracas, con financiación del CONICIT, se está llevando a cabo el montaje de un sistema similar. En Lima, 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 OSP*, se espera que se pueda extender aún más este sistema de vigilancia epidemiológica.

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

Con el apoyo de la División de Salud y Desarrollo Humano se contrató el diseño de un estudio para medir las actitudes y percepciones de la sociedad en relación a la violencia. El Dr. Alfred McAllister, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Texas y Director del Centro Colaborador de la OMS en Política de Salud, Inversión y Desarrollo, fue el encargado de realizarlo, como también del diseño de un formulario inicial. En enero de 1996, representantes de 11 ciudades de 9 países se reunieron en Houston, Texas, 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 el preprueba (pretest) 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 (Rio de Janeiro y Salvador), Canadá (Vancouver), Chile (Santiago), Cuba (La Habana), Colombia (Barranquilla, Bogotá, Cali y Medellín), Costa Rica (San José), El Salvador (San Salvador), Estados Unidos de América (estado de Texas y posiblemente Michigan), Perú (Lima) y Venezuela (Caracas y Maracaibo). Se están haciendo gestiones, a través de Oficina de Relaciones Externas 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.

Hemos considerado este trabajo como de mayor importancia ya que permitirá, por primera vez, tener datos comparables en varias partes de la Región. Por la amplitud de sus objetivos y su cobertura en la Región, éste trabajo es comparable al Estudio de Mortalidad en Adultos y en la Niñez, realizado hace varios años por la OPS.

4.3 *Violencia contra la mujer*

El Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo se encuentra en la primera fase del proyecto para combatir la violencia intrafamiliar contra la mujer. El proyecto se desarrolla en 16 comunidades urbanas y rurales de 10 países, Bolivia, Ecuador, Perú y siete países centroamericanos. Con la colaboración de organismos no gubernamentales de cada país, se adelantan estudios cualitativos sobre la "ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar". Estos proyectos han recibido apoyo de los Gobiernos de Holanda, Noruega y Suecia.

4.4 *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 gobiernos 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 lesiones y de muerte. 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 BID, permitió reunir una serie de economistas destacados de la Región y llegó a un conjunto de recomendaciones precisas sobre la forma de medir los diferentes componentes del costo de la violencia. Al mes de abril de 1996, se espera haber concluido la elaboración de las recomendaciones para enviar a publicación y comenzar gestiones con los diferentes gobiernos para que las apliquen.

Los resultados 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.

4.5 *Castigo corporal y violencia contra el niño*

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 OSP*. 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.

5. *Otras actividades*

Con el Institute of Mental Health Initiatives en Washington, D.C., se está programando un seminario sobre el uso proactivo de los medios de comunicación en la prevención de violencia y el estímulo de los hábitos de vida saludables. Se invitará a los guionistas, programadores y ejecutivos de las grandes cadenas de televisión de América Latina para mostrarles el manejo de temas, como la frustración y la rabia, de manera que estos no inciten a la violencia. Se ha obtenido apoyo de varias fundaciones en Colombia y se ha contratado una persona experta en recaudación de fondos 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, para llevar a un epidemiólogo de cada Representación de la OPS, con el fin de actualizarlos en las técnicas de vigilancia

epidemiológica de causas externas. 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 OPS.

Se ha planteado la necesidad de realizar un seminario para mostrar a 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.

Asimismo, 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 gobiernos puedan presentarles.

6. Resumen y recomendaciones

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 gobiernos de la Región. La OPS, siguiendo las recomendaciones de su Consejo Directivo, ha venido realizando múltiples acciones para apoyar a los gobiernos en el conocimiento de la verdadera magnitud del problema y en la identificación de los factores de riesgo. Simultáneamente, ha acometido varias investigaciones que deben ayudar a los gobiernos a entender las causas y efectos de la violencia y a diseñar intervenciones apropiadas.

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 gobierno. En acuerdo con lo expresado, los recursos para la implementación de los planes deben provenir fundamentalmente de cada país, y en ese sentido se han realizado gestiones con el BID y el Banco Mundial para que puedan responder favorablemente las peticiones que reciban.