

# Plan de Acción Regional del Programa de Salud y Violencia

**Dr. Rodrigo Guerrero, Asesor Regional de Salud y Violencia,  
OPS, Washington, DC**

## ***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 que establezcan políticas y planes nacionales, y a que movilicen 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 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 de 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; y
- 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, las que han servido de orientación para el trabajo.

## ***La epidemiología aplicada al estudio de la violencia***

Al contrario de lo que se piensa generalmente, la epidemiología no es únicamente la ciencia que estudia las enfermedades infecciosas que se presentan de manera más o menos súbita en las poblaciones. La epidemiología es una parte de la medicina que se dedica a estudiar las causas de las enfermedades y, si bien en una etapa temprana estuvo centrada en las enfermedades producidas por agentes infecciosos, posteriormente se aplicó a

las enfermedades producidas por agentes químicos o del ambiente físico y, más recientemente, a aquellas de naturaleza social.<sup>1</sup>

La epidemiología es una ciencia práctica y orientada a la acción. El anestesista inglés, John Snow, considerado padre de la epidemiología, observó que tomar agua del río Támesis, extraída por una cierta bomba, se asociaba con altas tasas de infección por cólera. Se cuenta que, al comenzar una de las muchas epidemias que hubo en Londres, fue a la bomba en sospecha y le arrancó el manguito para prevenir que la gente la usara, con lo cual controló la epidemia. Lo más notable de esta experiencia, es que Snow la realizó muchos años antes de que se conociera la teoría bacteriana de la enfermedad, cuando muchos pensaban que la enfermedad se transmitía a través de emanaciones o miasmas.

Una contribución muy importante de la epidemiología al estudio de la violencia es su concepto de causa y de causalidad. Para la epidemiología, la causalidad se interpreta siempre en términos de probabilidad. Esto quiere decir que para que un determinado factor sea considerado como *causa*, basta solamente con que su presencia aumente (o disminuya, si el factor previene la enfermedad). Sin embargo, aun en ausencia de un factor considerado como causal, la enfermedad puede seguir presentándose, ya que, generalmente, hay otros factores que producen el mismo efecto. Esta característica, llamada multicausalidad, es especialmente aplicable al caso de la violencia, donde una variedad de factores producen un efecto muy similar y, por esta razón, más que buscar la causa de la violencia es mejor pensar en los factores que la producen o se asocian con ella.

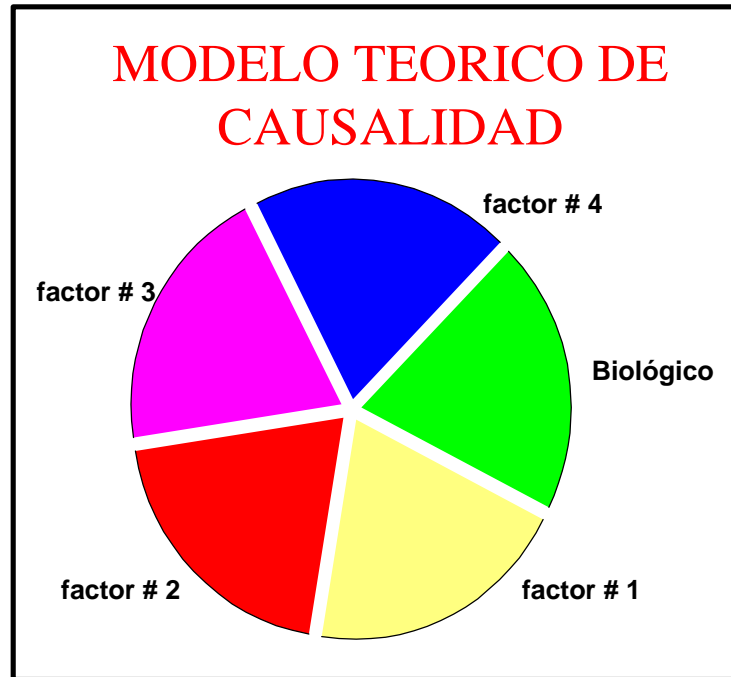
A mayor cantidad de factores presentes en un momento dado, mayor la probabilidad de que la enfermedad o el efecto se produzca. Para entender mejor este concepto, veamos el ejemplo de la tuberculosis. Existe un factor, llamado bacilo tuberculoso, que caracteriza la enfermedad; sin embargo, su sola presencia *no* garantiza que la enfermedad se produzca. De hecho, de la gran mayoría de las personas que se exponen al bacilo, sólo unas pocas desarrollan la enfermedad. Para que la tuberculosis se desarrolle es necesario tener, además de la exposición al bacilo, la presencia de otros factores tales como un sistema inmunitario deficiente, desnutrición, y hacinamiento (Gráfica 1). La epidemiología llama a estos factores, *factores de riesgo*. La importancia de ellos, desde el punto de vista práctico, radica en que se puede disminuir la tuberculosis, aun cuando la exposición al bacilo siga dándose, siempre y cuando se pueda alterar estos factores. En otras palabras, la tuberculosis se puede

---

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

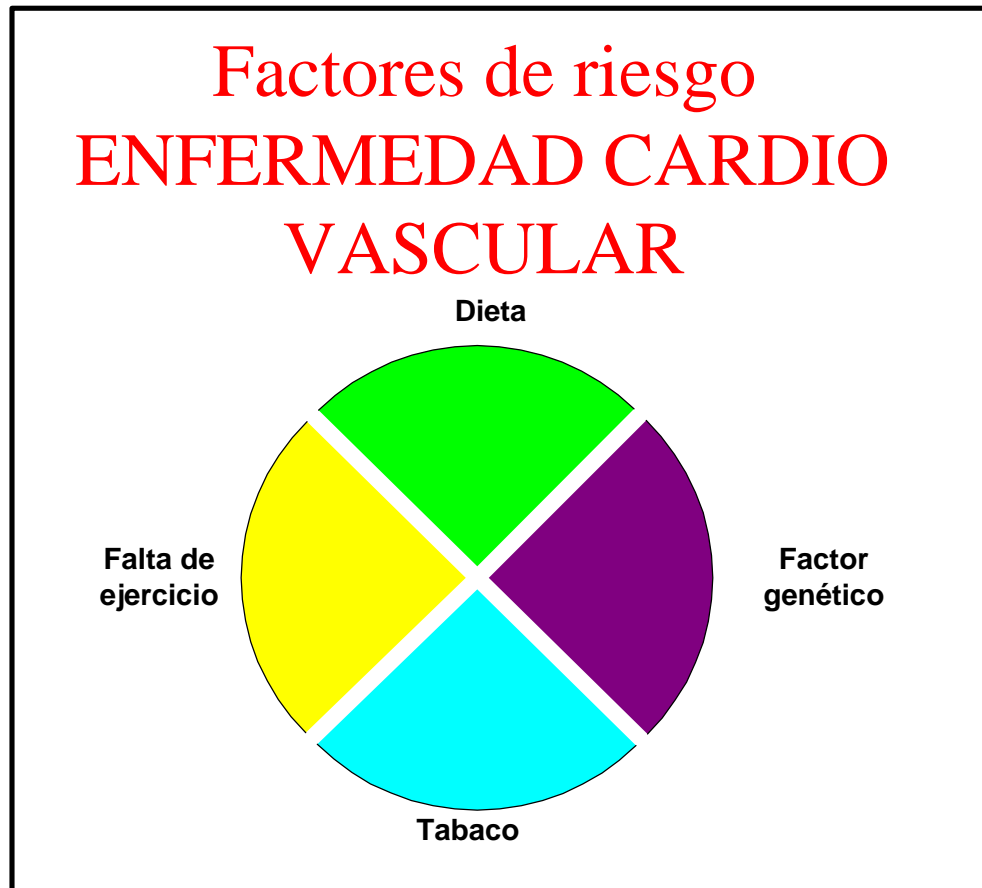
disminuir, bien eliminando la exposición al bacilo (cosa por lo demás difícil en muchos casos) o bien mejorando el estado inmunitario de la población, o mejorando la nutrición y disminuyendo el hacinamiento.

**Gráfica 1**



El caso de la enfermedad cardiovascular (ECV) tiene una analogía de especial aplicación al caso que nos ocupa. Se sabe que la ECV se causa por la acumulación de grasas en las arterias del organismo, por un proceso metabólico propio de cada persona regulado genéticamente. Como tal, el factor genético es, al menos por el momento, imposible de controlar. Pero también se sabe que hay otros factores tales como la dieta, el consumo de cigarrillos, la falta de ejercicio físico, el estrés, etc., que pueden aumentar el riesgo de desarrollar la ECV (Gráfica 2). La forma de controlar la ECV consiste, hasta el momento, en modificar sus factores de riesgo. Con esta estrategia se han logrado resultados muy importantes.

**Gráfica 2**



Si visualizamos la violencia como una enfermedad, podríamos decir que hay un factor genético, la agresividad, que la caracteriza y que la especie humana comparte con otras especies inferiores (Gráfica 3). Sobre la agresividad se ha comenzado a conocer mucho recientemente. Se han identificado los sitios anatómicos donde se asienta y se comienza a conocer la naturaleza de los mediadores químicos, neurotransmisores, que permiten su expresión. Lamentablemente, por el momento, estos conocimientos no han llegado todavía a tener consecuencias prácticas. Pero la experiencia ha mostrado que también existen otros factores que permiten o ayudan a que la agresividad se manifieste, o produzca efectos más nocivos. Dada la incapacidad de alterar el factor genético para el control de la violencia, y desde el punto de vista práctico, la mejor alternativa es trabajar sobre sus factores de riesgo. En esta presentación discutiremos algunos de los factores de riesgo de la violencia, sobre todo aquellos que han mostrado ser de mayor importancia para el caso de las Américas.

Gráfica 3



### 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 intención 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 de Acción Regional.

Por existir datos fácilmente asequibles, con frecuencia se utilizan los homicidios y suicidios como indicadores de violencia. Debe hacerse énfasis, sin embargo, en que estas 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 la infligida 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 aporreo”, 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 practicada 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 también pueden 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 en El Salvador, alrededor de un 25 por ciento de la mortalidad general es por causa externa. Las cifras correspondientes para otros países como Brasil, Ecuador, México y Nicaragua oscilan alrededor del 15 por ciento, mientras que en Canadá, Estados Unidos de América y Uruguay son cercanas al 8 por ciento. Aun en 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.<sup>2</sup>

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 de la Región vienen aumentando desde el comienzo de la década de los ochenta, mientras que las tasas de los otros componentes se han mantenido relativamente estables.<sup>3</sup>

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

---

<sup>2</sup> Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas*. Washington, D.C., 1994 (Publicación Científica 549).

<sup>3</sup> Organización Panamericana de la Salud. *Op.cit.*

**Tasa de homicidio y accidente vehículo a 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 el 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 ni 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 (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 EE.UU. tienen una tasa cercana a 10 por cada cien mil habitantes, lo cual lo coloca en primer lugar en cuanto a homicidios entre los países económicamente desarrollados, Canadá, también en América del Norte, tiene una tasa de 2,6 homicidios/cien mil habitantes. América Central tenía, en 1991, una tasa de 27,6/cien mil habitantes, mientras que los países andinos tenían 39,5/cien mil habitantes. Colombia tenía, en 1994, una tasa de homicidios de alrededor de 80/cien mil habitantes y en ese país la violencia se ha constituido en la principal causa de muerte para la población general,<sup>4</sup>

<sup>4</sup> 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.

mientras que países como Chile y Uruguay tienen tasas relativamente bajas, cercanas a 5 por cada cien mil 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 existentes 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 por ciento de las muertes violentas fueron clasificadas de esa manera). Por las anteriores razones, por regla general, las cifras disponibles subestiman la verdadera situación.

### ***Primera Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud***

En cumplimiento del Plan, que recomendó la realización de una cumbre interamericana, se llevó a cabo la Primera 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 la practicada contra la mujer; la niñez; y la adolescencia.

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 ese medio.

## **Otros progresos del Plan de Acción Regional**

### ➤ Vigilancia epidemiológica

Teniendo en cuenta las dificultades metodológicas mencionadas, que dificultan el conocimiento de la verdadera situación de violencia, se consideró que era prioritario establecer recomendaciones claras y precisas acerca de la forma de registrar las muertes por causa externa. A tal fin, y con la colaboración del Programa de Gestión Urbana de las Naciones Unidas, se realizó un Taller sobre Vigilancia Epidemiológica de Homicidios y Suicidios, en Cali, Colombia, entre los días 2 y 5 de mayo de 1995. Asistieron a ese 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 Enfermedades (CDC), de Atlanta, EE.UU. Las conclusiones de ese taller fueron aceptadas para su próxima publicación en el *Boletín de la OPS* 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, según las recomendaciones del citado taller. En las ciudades de Campinas y Río de Janeiro, 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 OPS*, se espera que se pueda extender aun más este sistema de vigilancia epidemiológica.

### ➤ Estudio multicéntrico sobre actitudes y normas culturales acerca de la violencia

Con el apoyo de la División de Salud y Desarrollo Humano de la OPS, se costó el diseño de un estudio para medir las actitudes y percepciones de la sociedad con relación a la violencia. El Dr. Alfred McAlister, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Texas y Director del Centro Colaborador de la OMS en Política de Salud, Inversión y Desarrollo, fue el encargado de realizar el estudio y del diseño de un formulario inicial. En enero de 1996, representantes de once ciudades, de nueve 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 de disponer de los recursos para realizar el trabajo de campo definitivo, porque los recursos disponibles sólo permitían financiar hasta la preprueba (*pretest*) del cuestionario.

El estudio conducirá a relacionar las respuestas con las tasas de violencia y crimen en cada ciudad y conducirá, por primera vez, a tener datos comparables de victimización y de actitudes hacia las varias formas de violencia doméstica. Hasta

el momento está asegurada la participación de Brasil (Río de Janeiro y Salvador), Canadá (Vancouver), Chile (Santiago), Cuba (La Habana), Colombia (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 para la Salud y la 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 de la Región, este trabajo es comparable con el Estudio de Mortalidad en Adultos y en la Niñez, realizado hace varios años por la OPS.

➤ Violencia ejercida contra la mujer

El Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo se encuentra en la primera fase del proyecto para combatir la violencia intrafamiliar infligida contra la mujer. El proyecto se desarrolla en 16 comunidades urbanas y rurales de diez 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.

➤ Costos de la violencia

No existe duda de que la violencia interpersonal está afectando, de manera importante, no sólo los servicios de salud sino, también, las economías de muchos de los gobiernos de la Región. Por un lado, desafortunadamente, la información existente hasta el momento proviene casi exclusivamente del sector de la 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 métodos diferentes, lo cual hace que sean imposibles 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. Ese 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.

➤ Castigo corporal y violencia contra el niño

Partiendo del supuesto de que el ser humano aprende las formas de

reaccionar frente al conflicto a partir de sus primeras experiencias, se acepta hoy la importancia de la familia y la escuela para determinar el patrón de la respuesta violenta del adulto. Con el fin de sensibilizar la opinión de los educadores y trabajadores de la salud, se preparó un informe acerca de lo publicado sobre el castigo corporal practicado en el sistema escolar, que fue aceptado para su publicación en el *Boletín de la OPS*.

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

➤ Otras actividades

Con el *Institute of Mental Health Initiatives* de Washington, en Cartagena, Colombia, se desarrolló un seminario sobre el uso proactivo de los medios de comunicación en la prevención de la violencia y el estímulo de hábitos de vida saludables. Se invitó 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 éstos no inciten a la violencia. Se obtuvo apoyo de varias fundaciones de Colombia.