

Prevención de la violencia

Guía para aplicar las
recomendaciones del
*Informe mundial sobre
la violencia y la salud*



Organización
Mundial de la Salud

Violencia

Prevención de la violencia

Guía para aplicar las recomendaciones del
Informe mundial sobre la violencia y la salud

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Prevención de la violencia: guía para aplicar las recomendaciones del Informe mundial sobre la violencia y la salud / Departamento de Prevención de los Traumatismos y la Violencia, Organización Mundial de la Salud.

1.Violencia – prevención y control. 2.Delitos sexuales – prevención y control.
3.Recolección de datos – métodos. 4.Implementación de plan de salud. 5.Pautas.
I.Organización Mundial de la Salud.

ISBN 92 4 359207 6

(Clasificación LC/NLM: HV 6625)

ISBN 978 92 4 359207 7

© Organización Mundial de la Salud, 2006

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Diseño: minimum graphics

Impreso en Francia

Índice

Agradecimientos	v
Prólogo	vii
Introducción	1
La violencia interpersonal: naturaleza, magnitud y consecuencias	1
Finalidad, ámbito y público objetivo de esta guía	3
Parte 1: Aumentar la capacidad de recopilar datos sobre la violencia	11
1.1 Aspectos conceptuales	13
1.2 Cuestiones de políticas	18
1.3 Líneas de acción para aumentar la capacidad de recopilación de datos	21
Parte 2: Investigar la violencia: causas, consecuencias y prevención	29
2.1 Aspectos conceptuales	31
2.2 Cuestiones de políticas	31
2.3 Líneas de acción para investigar la violencia	35
Parte 3: Fomentar la prevención primaria de la violencia interpersonal	39
3.1 Aspectos conceptuales	41
3.2 Cuestiones de políticas	48
3.3 Líneas de acción para fomentar la prevención primaria	49
Parte 4: Fomentar la igualdad y la equidad social y entre los sexos para prevenir la violencia	55
4.1 Aspectos conceptuales	57
4.2 Cuestiones de políticas	58
4.3 Líneas de acción para fomentar la igualdad y la equidad social y entre los sexos	61
Parte 5: Reforzar los servicios de atención y de apoyo a las víctimas	67
5.1 Aspectos conceptuales	69
5.2 Cuestiones de políticas	73
5.3 Líneas de acción para reforzar los servicios de atención y de apoyo a las víctimas	73
Parte 6: Reunir todo: desarrollar un plan nacional de acción	79
6.1 Aspectos conceptuales	81
6.2 Cuestiones de políticas	83
6.3 Líneas de acción para desarrollar un plan nacional de acción	83
Conclusiones	87
Anexo: Resumen de las líneas de acción y los cuadros	88

Agradecimientos

Autores y redacción

Este documento fue escrito por el Dr. Alexander Butchart, la Sra. Alison Phinney y la Sra. Pietra Check, del Departamento de Prevención de los Traumatismos y la Violencia (VIP) de la OMS, y por el Dr. Andrés Villaveces, del Instituto Cisalva, Universidad del Valle, Colombia. La redacción estuvo a cargo del Dr. Anthony Waddell.

Cita sugerida

Butchart A., Phinney A., Check P., Villaveces A. *Prevención de la violencia: guía para aplicar las recomendaciones del Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Departamento de Prevención de los Traumatismos y la Violencia, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2004.

Comentarios de los expertos

- Prof. Franz Baro, WHO Collaborating Centre for Health and Psychosocial Factors, Bélgica;
- Sr. Johan Cels, Comisión de Seguridad Humana de las Naciones Unidas, Nueva York, EE.UU.;
- Sr. Mariano Ciafardini, Ministerio de Justicia, Argentina;
- Dr. Bernie Fanaroff, Resolve SA Security Solutions, Sudáfrica;
- Dra. Claudia García-Moreno, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza;
- Prof. James Gilligan, Center for the Study and Prevention of Violence, Universidad de Pensilvania, EE.UU.;
- Dr. Etienne Krug, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza;
- Dra. Bandy Lee, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Yale, EE.UU.;
- Dr. David Meddings, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza;
- Dr. James Mercy, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Atlanta, EE.UU.;
- Sra. Leen Meulenbergs, Ministerio de Salud, Bélgica;
- Sra. Lamis Nasser, Human Forum for Women's Rights, Jordania;
- Sra. Ewa Wodyllo Osiatynska, Stefan Batory Foundation, Polonia;
- Prof.^a Elizabeth Stanko, Policía Metropolitana, Londres, Inglaterra;
- Dr. Tony Van Loon, NGO De Poort, Bélgica;
- Prof. Irvin Waller, Departamento de Criminología, Universidad de Ottawa, Canadá.

Fuentes de los cuadros

- Cuadro 1, tomado del *Informe mundial sobre la violencia y la salud*¹
- Cuadro 2, Irvin Waller, Departamento de Criminología, Universidad de Ottawa, Canadá
- Cuadro 3, Elizabeth Ward, Ministerio de Salud, Jamaica
- Cuadro 4, tomado del *Informe mundial sobre la violencia y la salud*

¹ Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, eds. *World report on violence and health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.

- Cuadro 5, Brett Bowman y Mohamed Seedat, Instituto de Ciencias Sociales y de la Salud, Universidad de Sudáfrica, Sudáfrica
- Cuadro 6, Waters H., et al.¹
- Cuadro 7, Jonathan Shepherd, Grupo de Investigación sobre Violencia y Sociedad; Departamento de Medicina, Cirugía y Patología Oral; Facultad de Medicina de la Universidad de Gales, Cardiff, Gales
- Cuadro 8, Phinney y De Hovre²
- Cuadro 9, Alison Phinney, Departamento de Prevención de los Traumatismos y la Violencia, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza
- Cuadro 10, Axel Heinemann y Dragana Seifert, Instituto de Medicina Forense, Hospital Universitario Hamburg-Eppendorf, Hamburgo, Alemania
- Cuadro 11, Claudia García-Moreno, Departamento de Género y Salud de la Mujer, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza
- Cuadro 12, Mock C.N., et al.³

Financiación

La preparación y publicación de este documento ha sido posible gracias al generoso apoyo financiero del Gobierno de Bélgica.

¹ Waters H, Hyder A, Rajkotia Y, Basu S, Rehwinkel JA, Butchart A. *The economic dimensions of interpersonal violence*. Departamento de Prevención de los Traumatismos y la Violencia, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2004.

² Phinney A, de Hovre S. Integrating human rights and public health to prevent interpersonal violence. *Health and Human Rights*, 2003, 6(2):64–87.

³ Mock CN, Jurkovich GJ, nii-Amon-Kotei D, Arreola-Risa C, Maier RV (1998). Discussion. *Journal of Trauma*, May; 44(5):812–814.

Prólogo

La violencia interpersonal es la violencia entre las personas o entre grupos pequeños de personas. Es un problema social insidioso y con frecuencia mortífero, e incluye el maltrato de los niños, la violencia juvenil, la violencia de la pareja, la violencia sexual y el maltrato de los ancianos. Se produce en los hogares, en las calles y otros espacios públicos, en los lugares de trabajo y en instituciones como las escuelas, los hospitales y los centros de atención permanente. Los costos financieros directos e indirectos de esta violencia son asombrosos, como también lo son los costos sociales y humanos, que causan silenciosos daños en el tejido económico y social de las comunidades.

En el año 2002, la publicación del *Informe mundial sobre la violencia y la salud* ofreció una primera idea del alcance mundial del problema de la violencia interpersonal e hizo explícito el papel central, aunque frecuentemente soslayado, del sector de la salud en la prevención de dicha violencia y la atención a sus víctimas. El informe muestra con claridad que invertir en estrategias multisectoriales para prevenir la violencia interpersonal no sólo es un imperativo moral sino que también tiene sólidos fundamentos científicos, económicos, políticos y sociales, y que el liderazgo del sector de la salud no sólo es adecuado sino esencial, dado que tanto el problema como sus soluciones son, sin duda alguna, aspectos de salud pública. El informe también aborda la creciente constatación de que los esfuerzos en la prevención primaria dirigidos a las causas primarias y los determinantes situacionales de la violencia interpersonal son eficaces y costoeficaces. Para respaldar tales enfoques, el informe recomienda desarrollar a nivel de país las seis actividades siguientes:

1. Aumentar la capacidad de recopilar datos sobre la violencia.
2. Investigar la violencia: causas, consecuencias y prevención.
3. Fomentar la prevención primaria de la violencia interpersonal.
4. Fomentar la igualdad y la equidad social y entre los sexos para prevenir la violencia.
5. Reforzar los servicios de atención y de apoyo a las víctimas.
6. Reunir todo: desarrollar un plan nacional de acción.

En los 18 meses que siguieron a la presentación del *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, la Asamblea Mundial de la Salud, la Unión Africana y la Comisión de Derechos Humanos adoptaron resoluciones urgiendo a los gobiernos a aplicar las recomendaciones del mismo, y la Asociación Médica Mundial publicó una Declaración sobre la Violencia y la Salud instando a las asociaciones médicas nacionales a impartir formación y fomentar la prevención de la violencia en la línea de las directrices formuladas en las recomendaciones del informe. En el curso de las casi 50 presentaciones nacionales del informe que tuvieron lugar, los ministros de salud convocaron a sus homólogos de otros departamentos gubernamentales (como justicia, educación y bienestar), a las organizaciones no gubernamentales (ONG) y a la comunidad investigadora a analizar la aplicación de dichas recomendaciones en sus respectivos países. El informe se distribuyó a otros organismos de las Naciones Unidas y algunos países y fundaciones donantes acordaron constituir una alianza para reforzar las políticas y los programas de apoyo para proyectos a nivel de país y de comunidad que se basaran en las recomendaciones del informe.

Estos esfuerzos por dar a conocer el informe y aumentar el compromiso político para la aplicación de sus recomendaciones dieron como resultado un gran aumento de la demanda de directrices en este campo por parte de gobiernos nacionales, organismos

internacionales, fundaciones y organizaciones no gubernamentales. Este documento, *Prevención de la violencia*, ha sido elaborado por el Departamento de Prevención de los Traumatismos y la Violencia de la OMS, en consulta con expertos en prevención de la violencia de todo el mundo, como una primera respuesta a esta demanda, y proporciona orientación conceptual, de políticas y práctica acerca de cómo aplicar a nivel de país cada una de las seis actividades.

Las **Partes 1 a 6** del documento tratan de las recomendaciones y esbozan los componentes básicos de un enfoque integral en materia de prevención de la violencia interpersonal, así como la más amplia cuestión de unir entre sí estos y otros componentes para conformar un plan de acción a nivel nacional en el que participen diversos sectores. Cada una de estas seis partes se subdivide en las tres áreas siguientes:

- **Aspectos conceptuales:** los principios generales que deben tenerse en consideración para aplicar cada recomendación.
- **Cuestiones de políticas:** la relación de cada recomendación con los instrumentos de políticas y los procesos de desarrollo de políticas en el sector de la salud y en otros sectores; la utilización de las políticas existentes y la creación de nuevas políticas para fomentar mejoras en la prevención y en el apoyo y los servicios a las víctimas.
- **Líneas de acción:** sugerencias prácticas para ir avanzando en la aplicación de cada una de las recomendaciones específicas y, de ser posible, modelos y listas de comprobación para evaluar el trabajo realizado a nivel de país en relación con las recomendaciones de las directrices.

Asimismo, se proporcionan referencias a las versiones electrónicas e impresas de la documentación especializada existente, como son las directrices para la vigilancia de la violencia y los traumatismos, información sobre dónde encontrar ejemplos de prácticas óptimas para los programas de prevención primaria, y directrices para la prestación de los servicios de atención y apoyo a las víctimas.

Por último, las **líneas de acción**, consideradas en su conjunto, constituyen un modelo para preparar un plan nacional de acción completo, y como tal se presentan en el **ANEXO**. El desarrollo y la aplicación de dicho plan pueden ser una contribución primordial para el establecimiento de programas de prevención de la violencia y para la creación de condiciones sociales que puedan llevar a una importante disminución de los niveles de violencia interpersonal y a la mejora de los servicios para las personas afectadas. Un plan de esta naturaleza transmite además con rotundidad el mensaje de que los costos humanos, sociales y económicos derivados de la violencia interpersonal ya no son aceptables.

Etienne Krug

Director

Departamento de Prevención de los Traumatismos y la Violencia

Organización Mundial de la Salud

Ginebra

Introducción

La violencia interpersonal: naturaleza, magnitud y consecuencias

Qué es la «violencia interpersonal»

La violencia interpersonal es una de las tres principales categorías de la violencia identificadas en el *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (CUADRO UNO). Se produce en una gran diversidad de contextos e incluye el maltrato y el abandono de los niños por parte de sus padres o cuidadores; la violencia entre los adolescentes y entre los adultos jóvenes; la violencia en el seno de la pareja; la violencia relacionada con los delitos contra la propiedad; la violación y otras formas de violencia sexual; la violencia en el trabajo, y el maltrato de los ancianos por parte de sus familiares o sus cuidadores. Estos tipos de violencia entre

CUADRO UNO

Definición y tipos de violencia

En esta guía se utiliza la definición de violencia formulada en el *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, a saber:

el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

CAPÍTULO 1 LA VIOLENCIA, UN PROBLEMA MUNDIAL DE SALUD PÚBLICA, PÁG. 5

Dentro de esta definición general, el informe divide la violencia en tres categorías según el contexto en el que se produce.

■ La **violencia autoinfligida** es aquella en la que el agresor y la víctima son la misma persona, y se subdivide en autolesión y suicidio.

■ La **violencia interpersonal** es la violencia entre las personas y se subdivide en «violencia familiar y de pareja»

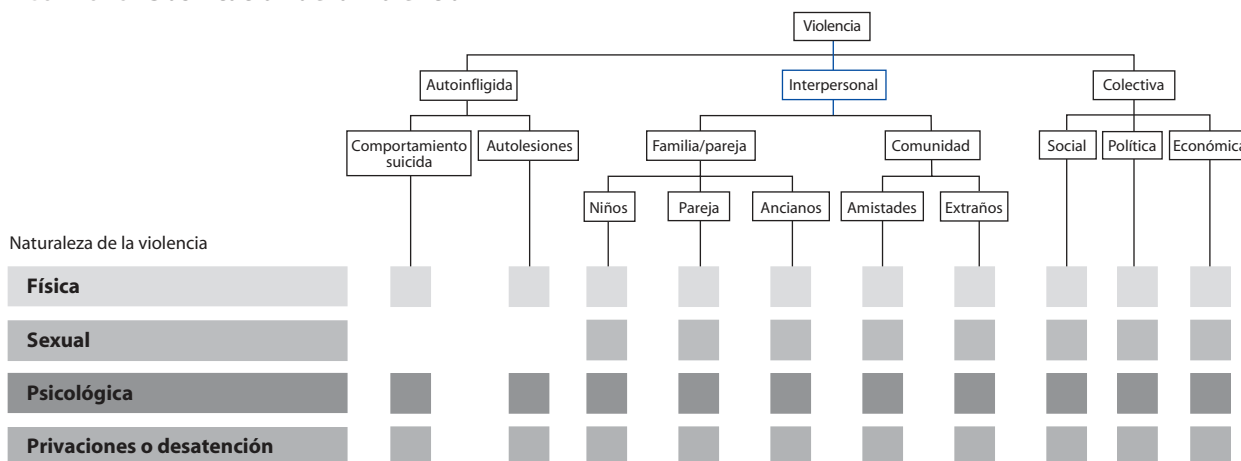
y «violencia comunitaria». La violencia familiar y de pareja incluye el maltrato de los niños, la violencia contra la pareja y el maltrato de los ancianos. La violencia comunitaria se subdivide en violencia de conocidos y violencia de extraños, e incluye la violencia juvenil, las agresiones por parte de extraños, los actos de violencia relacionados con delitos contra la propiedad, y la violencia en el lugar de trabajo y en otras instituciones.

■ La **violencia colectiva** es la perpetrada por grupos más grandes de personas, y se subdivide en violencia social, violencia política y violencia económica.

Transversalmente a cada una de estas categorías, la violencia puede infligirse en cuatro modalidades: agresión física, sexual y psicológica, y privaciones.

La FIGURA UNO muestra esta clasificación de la violencia basada en el tipo de violencia y el modo en que se produce, la cual, si bien no está universalmente aceptada, ofrece un útil marco de referencia para comprender los patrones de la violencia y su frecuente complejidad.

FIGURA UNO Clasificación de la violencia



las personas se producen minuto a minuto día tras día y, de una u otra forma, nos afecta a todos.

¿Es grande el problema de la violencia interpersonal?

Cada año mueren alrededor de 520 000 personas en todo el mundo a consecuencia de la violencia interpersonal. Ello significa aproximadamente 1400 muertes diarias: el equivalente a tres aviones comerciales de transporte estrellándose cada día, semana tras semana, año tras año.

La mayoría de las víctimas¹ y los perpetradores de la violencia interpersonal tienen entre 15 y 44 años de edad. Puesto que con mucha frecuencia se produce entre adolescentes y adultos jóvenes, una elevada tasa de violencia interpersonal puede neutralizar muchos de los logros que las sociedades y las comunidades puedan conseguir en cuestiones sanitarias mediante programas de salud dirigidos a los lactantes y los niños.

La incidencia de la violencia interpersonal mortal presenta, sin embargo, importantes variaciones entre las distintas regiones del mundo y entre los varones, las mujeres y los niños. En todas las regiones las tasas masculinas son considerablemente más elevadas que las tasas femeninas, si bien esta diferencia entre varón-mujer tiende a disminuir en las regiones con tasas generales de muerte violenta inferiores. Las tasas de mortalidad a causa de la violencia interpersonal son mayores en los países con menores niveles de ingresos. Este mismo patrón se repite dentro de los países y dentro de los hogares: los niveles de violencia interpersonal mortal son mayores cuanto mayor es la pobreza.

Pero las muertes representan sólo la punta del iceberg de la violencia interpersonal. Por cada muerte debida a la violencia interpersonal quizás haya centenares de otras víctimas que sobrevivan. En todo el mundo cada año decenas de millones de niños sufren abusos y falta de atención; hasta un 10% de los varones y un 20% de las mujeres afirman haber sufrido abusos sexuales durante su niñez. Entre los jóvenes, por cada caso de homicidio se producen entre 20 y 40 casos no mortales que requieren atención hospitalaria. Además, las violaciones y la violencia doméstica representan entre el 5% y el 16% de los años de vida sana perdidos por las mujeres en edad reproductiva y, según diferentes estudios, entre el 10% y el 50% de las mujeres a lo largo de su vida son objeto de violencia física a manos de su pareja.

Cuánto cuesta realmente la violencia interpersonal

La violencia interpersonal es cara. En una reseña² reciente se calcula que en los Estados Unidos de América (EE.UU.) los costos de la violencia interpersonal alcanzan el 3,3% del producto interior bruto. En Inglaterra y Gales, los cálculos indican que el costo total anual de la violencia (con inclusión de homicidios, lesiones y agresiones sexuales) es del orden de US\$ 40 200 millones. Existen abundantes pruebas de que es el sector público (y, por tanto, la sociedad en general) el que asume mayormente estos costos. En EE.UU., por ejemplo, entre el 56% y el 80% de los costos de la atención por heridas de armas de fuego y de arma blanca se pagan a través de la financiación pública o bien no se pagan en absoluto. En este último caso, son absorbidos por el gobierno y la sociedad en forma de financiación no compensada de la atención de salud y tipos más altos en el impuesto sobre la renta de las personas físicas. En los países con niveles de renta bajos o medianos también es probable que sea la sociedad la que absorba gran parte de los costos de la violencia, a través del gasto público directo y de los efectos negativos sobre las inversiones y el crecimiento económico.

¹ La utilización del término «víctima» para describir a la persona que ha sufrido la violencia y sus consecuencias (o cualquier resultado negativo desde el punto de vista de la salud) en la actualidad está siendo objeto de debate: ¿en qué medida son este tipo de términos en sí mismos incapacitadores? En el presente documento, el término se utiliza para reflejar los efectos de la victimización en todo su alcance, desde los efectos leves a corto plazo, pasando por la incapacidad severa y crónica, hasta la muerte. No se pretende denotar ni se debe interpretar ninguna relación con cuestiones tales como la adaptación personal.

² Todas las referencias están disponibles previa solicitud.

Finalidad, ámbito y público objetivo de esta guía

Finalidad

Esta guía es un complemento tanto del *Informe mundial sobre la violencia y la salud* como de la resolución WHA 56.24 de la Asamblea Mundial de la Salud de 2003, para la aplicación de sus nueve recomendaciones, a saber:

1. Crear, aplicar y supervisar un plan nacional de acción para prevenir la violencia.
2. Aumentar la capacidad de recopilación de datos sobre la violencia.
3. Definir las prioridades y apoyar la investigación de las causas, las consecuencias, los costos y la prevención de la violencia.
4. Promover respuestas de prevención primaria.
5. Reforzar las respuestas a las víctimas de la violencia.
6. Integrar la prevención de la violencia en las políticas sociales y educativas, y fomentar así la igualdad social y entre los sexos.
7. Incrementar la colaboración y el intercambio de información sobre la prevención de la violencia.
8. Promover y supervisar el cumplimiento de los tratados internacionales y la legislación y otros mecanismos de protección de los derechos humanos.
9. Buscar respuestas prácticas y consensuadas a nivel internacional al tráfico mundial de drogas y de armas.

Esta guía analiza de forma detallada las primeras seis de estas recomendaciones y sugiere **líneas de acción** para abordarlas. Ofrece orientaciones que ayudan a tomar conciencia de que la prevención funciona y proporciona conocimientos acerca de cómo hacerlo, y contribuirá a llenar las lagunas que, a pesar de las crecientes pruebas de que las medidas de prevención de la violencia son eficaces y costoeficaces, persisten todavía. Estas lagunas existen en todos los países y, en especial, en muchos de los países en desarrollo y en transición, que son precisamente los que más tienen que perder a consecuencia de los altos niveles de violencia interpersonal y los que más ganarán con la aplicación urgente de estrategias sistemáticas de prevención.

Mediante las **líneas de acción** de cada una de las partes de esta guía, los planificadores sanitarios y los representantes de otros sectores podrán iniciar las actividades que permitan desarrollar programas a nivel nacional y municipal para abordar una o más de las recomendaciones del *Informe mundial sobre la violencia y la salud* analizadas en esta guía. La naturaleza de estas actividades dependerá de la fase de desarrollo y madurez en que se encuentren las actividades de prevención de la violencia existentes. Allí donde la prevención de la violencia aún no haya comenzado, las actividades se limitarán a la preparación de un plan nacional de acción que sirva como base para solicitar asistencia para su aplicación. En otros entornos, por ejemplo, aquellos que cuentan con sistemas de información bien desarrollados pero todavía tienen mucho por hacer en cuanto a la promoción de la prevención primaria, las actividades se centrarán en pasar de los datos a la acción y desarrollar una política de prevención de la violencia.

Ámbito

Además de las partes específicas de las que se compone, el enfoque adoptado en esta guía se basa en cuatro características generales:

- Trata la violencia interpersonal *en su conjunto*.
- Utiliza un *modelo ecológico* para ayudar a comprender las causas, las consecuencias y la prevención de la violencia interpersonal.
- Promueve un *enfoque de salud pública* para el desarrollo de actividades de prevención multisectoriales.
- Aborda la *prevención de la violencia* como una singularidad distinta de la prevención de la delincuencia.

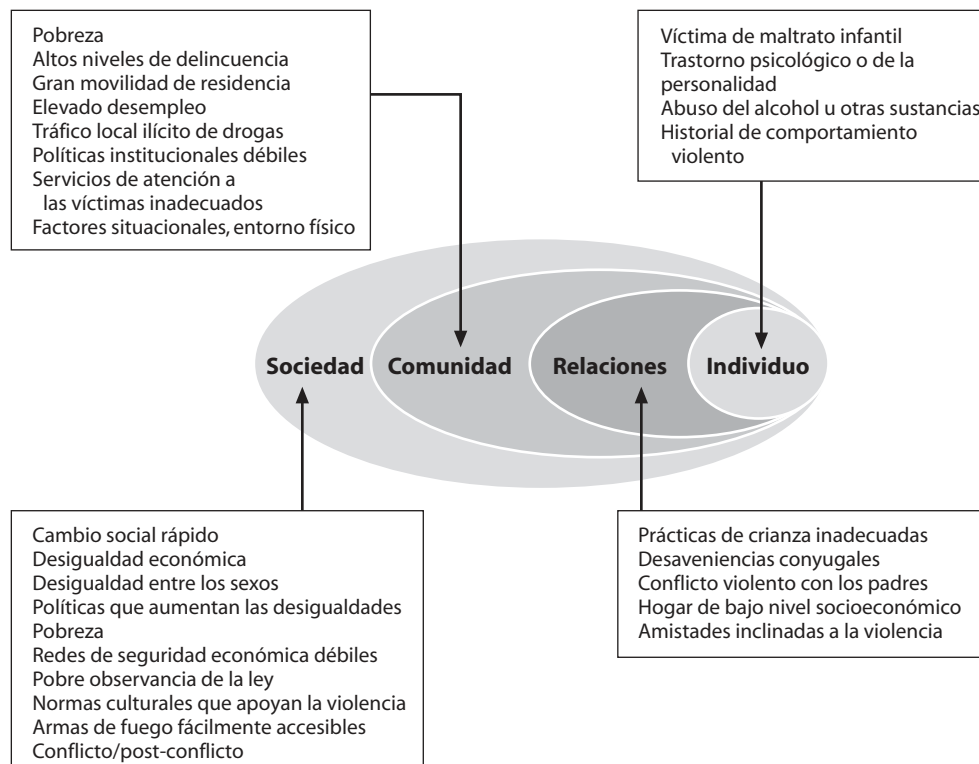
Combatir la violencia interpersonal en su conjunto

Esta guía tiene por finalidad ayudar a prevenir la violencia interpersonal en su conjunto y no centrándose en los subtipos individuales de violencia interpersonal, como son el maltrato de los niños, la violencia contra la pareja, la violencia sexual, la violencia juvenil o el maltrato de los ancianos. Los esfuerzos de prevención especializada centrados en un único subtipo de violencia interpersonal son cada vez más comunes; ello a pesar de que son igualmente crecientes las pruebas que indican que bajo los distintos subtipos hay un conjunto común transversal de causas y factores de riesgo. Por otra parte, las personas afectadas por subtipos diferentes suelen compartir las mismas necesidades en cuanto a servicios de atención médica y psicológica y de bienestar social. La propuesta, en consecuencia, consiste en combatir la violencia interpersonal en su conjunto y abordar las causas y los factores comunes, para reducir así la violencia interpersonal en todas sus formas.

Una perspectiva ecológica

Siguiendo el ejemplo del *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, esta guía se vale de un modelo ecológico para comprender las causas, las consecuencias y la prevención de la violencia (véase la **FIGURA DOS**). El modelo ecológico se basa en la evidencia de que no existe un único factor que explique por sí solo por qué algunas personas o grupos de personas tienen mayor riesgo de violencia interpersonal mientras que otras están mejor protegidas contra ese riesgo. El modelo considera la violencia interpersonal como el resultado de la interacción de muchos factores a cuatro niveles: el individuo, las relaciones, la comunidad y la sociedad. En este modelo, la interacción entre los factores a niveles diferentes tiene la misma importancia que la influencia de los factores a un mismo nivel. Por ejemplo, un estudio longitudinal sugiere que las complicaciones asociadas con el embarazo y el parto (es decir, los factores de riesgo del individuo que pueden conducir a daños neurológicos y psicológicos o a trastornos de la personalidad) parecerían predecir la violencia durante la juventud y los primeros años de la edad adulta fundamentalmente cuando se producen en combinación con otros problemas en el seno de la familia (factor de las relaciones), como serían unas prácticas de crianza inadecuadas.

FIGURA DOS Modelo ecológico de los factores de riesgo compartidos por los subtipos de violencia interpersonal



Como se ha mencionado anteriormente, algunos de los muchos factores de riesgo de los distintos tipos de violencia interpersonal son comunes a la mayoría de los subtipos y constituyen, por tanto, el centro de atención de esta guía. En la **FIGURA DOS** se enumeran algunos de estos factores de riesgo transversales a cada uno de los cuatro niveles del modelo ecológico.

- a) A nivel del individuo, el historial médico personal y los factores biológicos influyen en el modo en que las personas se comportan y en sus probabilidades de convertirse en víctimas o perpetradores de violencia. Entre estos factores se incluyen el haber sido víctima de abusos en la niñez, los trastornos psicológicos o de la personalidad, el abuso del alcohol u otras sustancias y un historial de comportamiento agresivo o de prácticas de abuso.
- b) Las relaciones personales, como las relaciones con la familia, los amigos, la pareja y los compañeros, también puede influir en el riesgo de convertirse en víctima o perpetrador de violencia. Por ejemplo, una persona joven que tiene poca relación con su padre o con su madre y que tiene amigos violentos, puede tener más riesgo de implicarse en la violencia o ser víctima de ésta.
- c) Los contextos comunitarios en los que se crean relaciones sociales (como las escuelas, los barrios y los lugares de trabajo) también influyen en la probabilidad de la violencia. En este caso, algunos de los factores de riesgo son el nivel de desempleo, la densidad y movilidad de la población, y la existencia de tráfico local de drogas o de armas.
- d) Los factores relacionados con la sociedad influyen en la incitación o la inhibición de la violencia. Estos factores comprenden aquellas políticas económicas y sociales que mantienen las desigualdades socioeconómicas entre las personas, la facilidad del acceso a las armas, normas sociales y culturales como las relacionadas con el dominio del varón sobre las mujeres y el de los padres sobre los niños, y las normas culturales que aprueban la violencia como un método aceptable de resolución de conflictos.

El modelo ecológico también es útil para identificar y agrupar las estrategias de intervención en los cuatro niveles diferentes. En la **Parte 3** de esta guía se analizan los modos de fomentar la prevención primaria de la violencia interpersonal y se describen algunas intervenciones probadas y prometedoras a cada uno de los cuatro niveles ecológicos.

Promover un enfoque de salud pública

Esta guía describe un enfoque a la prevención de la violencia interpersonal basado en la salud pública. Un enfoque semejante requiere la participación de muchos sectores y disciplinas, tanto para evitar, en primer lugar, que se produzca la violencia, como para extender a las poblaciones afectadas una mejor atención y mayor seguridad. El líder natural, sin embargo, es el sector de la salud, puesto que está explícitamente diseñado para definir, comprender y abordar los problemas de salud que afectan a toda la población y, por otra parte y a nivel de la sociedad, es el sector que soporta el mayor peso de las necesidades de atención que surgen a consecuencia de la violencia. También es probable que el sector de la salud posea experiencia en la creación de las clases de asociaciones multisectoriales necesarias para prevenir la violencia y mitigar sus consecuencias.

La salud pública, por definición, tiene como objetivo proporcionar el máximo beneficio a la mayor cantidad de personas. En la práctica, un enfoque de salud pública a la prevención de la violencia interpersonal comprende cuatro pasos diferenciados. El primer paso consiste en definir la magnitud, el ámbito, las características y las consecuencias de dicha violencia mediante la recopilación sistemática de información. El segundo paso es identificar e investigar los factores de riesgo y de protección que aumentan o reducen la probabilidad de la violencia, inclusive aquellos que pueden modificarse a través de intervenciones. El tercer paso comporta determinar qué da buenos resultados para prevenir la violencia, desarrollando y evaluando intervenciones adaptadas a las características demo-

gráficas y socioeconómicas de los grupos en los que han de aplicarse. El cuarto paso es aplicar aquellas intervenciones eficaces y prometedoras en una amplia gama de entornos y, mediante la continua supervisión de sus efectos sobre los factores de riesgo y el problema a afrontar, evaluar su impacto y costoeficacia.

Prevención de la violencia y prevención de la delincuencia

El enfoque a la prevención de la violencia basado en la justicia penal opera a nivel individual e intenta disuadir a las personas de comportarse de forma potencialmente violenta amenazándolas con el castigo de los actos de violencia. Es una respuesta a dos preguntas: ¿cómo alcanzar la justicia? y ¿qué castigo merece este delincuente? Aunque esta clase de enfoque está presente, en diverso grado, en casi todos los países, y puede ser eficaz a nivel individual para desistir del comportamiento violento, no es suficiente para la prevención primaria de la violencia interpersonal y para mitigar las consecuencias de ésta sobre la población. Muchos delitos no guardan ninguna relación con la violencia y, si bien la mayoría de las formas de violencia también constituyen delitos penales, en su mayor parte la violencia interpersonal no llega a ser objeto de atención del sistema de justicia penal, ni siquiera en los países que disfrutan de elevados ingresos.

El enfoque de salud pública intenta completar el enfoque disuasorio de la justicia penal respondiendo a preguntas tales como: «¿quiénes son las víctimas de la violencia y quiénes los perpetradores?»; «¿cuáles son las causas de los distintos tipos de violencia?»; «¿cómo varían los distintos tipos de violencia de un contexto a otro?», y «¿cómo podemos usar estos conocimientos para reducir la frecuencia con que las personas emplean la violencia unos contra otros?». Aborda los factores subyacentes en la sociedad, la comunidad y las relaciones que ejercen una influencia a largo plazo en la probabilidad que tienen las personas de comportarse de forma violenta respecto de otras personas. También aborda los factores situacionales que ejercen una influencia a corto plazo en la probabilidad de que se produzca violencia (así como en la cuantía del daño físico y psicosocial infligido), y en los factores posteriores a los incidentes que influyen en la gravedad y el alcance de los daños físicos, mentales y sociales que se producen tras un acto de violencia.

En los últimos años algunos gobiernos, organismos intergubernamentales y grupos del ámbito universitario han completado análisis enciclopédicos de la investigación empírica acerca de los medios para reducir la delincuencia y la violencia interpersonal. Por ejemplo, el Comité Nacional de la Violencia de Australia; el Comité Permanente para la Violencia y el Procurador General del Canadá; la Comisión de Intervención de Cuentas, los Ministerios del Interior y de Hacienda, y el Cuerpo de Inspectores de la Policía de Su Majestad, en el Reino Unido; la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; el Centro Internacional para la Prevención de la Criminalidad; el Congreso y el Director General de Sanidad de los Estados Unidos de América, y el Washington State Public Policy Institute.

Las consideraciones de estos análisis muestran grandes convergencias entre sí y coinciden con el *Informe mundial sobre la violencia y la salud* en que las tasas de violencia interpersonal pueden reducirse en gran medida mediante estrategias multisectoriales bien planificadas que ataquen las diversas causas, empleando marcos como el enfoque basado en la salud pública. Muestran cautela en cuanto a que las crecientes inversiones de carácter policial y correccional logren reducir las tasas de delitos y de victimización, principalmente en razón de que el rendimiento que se obtendrá de tan elevado costo será mínimo (véase el **CUADRO SEIS, Parte 3**). Las principales conclusiones que ponen de relieve estos análisis indican que, si bien las medidas policiales y correccionales son un componente esencial en la prevención, los modelos policiales y los tipos de intervención que supongan serán muy determinantes en su eficacia o ineficacia (**CUADRO DOS**).

Los métodos policiales y correccionales: soluciones caras para la violencia interpersonal

Métodos policiales que *no* reducen las tasas de victimización:

- El aumento de los presupuestos, ni siquiera en grandes cantidades. Por el contrario, distraería los ya de por sí escasos recursos financieros dedicados a los programas de educación y salud pública, que han demostrado reducir de forma importante los delitos y la victimización;
- La continuación de los actuales modelos policiales basados en patrullas, respuesta a las llamadas en demanda de servicio e investigación, todo lo cual va perdiendo eficacia en la reducción de los delitos conforme disminuye la cantidad de víctimas que pasan parte a la policía;
- La utilización de programas populares, como la vigilancia vecinal, los campamentos de entrenamiento y la educación contra la droga, todo lo cual se ha demostrado ineficaz en la reducción de los delitos y la violencia interpersonal (véase la **TABLA TRES, Parte 3**).

Métodos policiales que *sí* reducen las tasas de victimización:

- El despliegue estratégico de los agentes de policía y su asunción de responsabilidad respecto del tratamiento de problemas específicos;
- La adopción de modelos policiales tales como los enfoques estratégicos a la seguridad comunitaria, en los que equipos conjuntos de los ámbitos policial y universitario analizan las causas de la violencia, en especial de los jóvenes homicidas;
- El suministro de datos y la colaboración con asociaciones multisectoriales (por ejemplo, escuelas, asistencia social y vivienda) dirigidas a abordar las repetidas transgresiones de los varones considerados de alto riesgo debido su a temprano abandono de la escuela o su pertenencia a familias disfuncionales;
- El tratamiento de la victimización repetida (la victimización por más de una vez de la misma persona

o en el mismo lugar) mediante una combinación de observancia, prevención situacional del delito y prevención social;

- La capacitación de las víctimas para protegerse a sí mismas, a través, por ejemplo, de la creación de comisarías de policía en las que las mujeres víctimas de la violencia sean atendidas por mujeres policías;
- La responsabilización, por medio de la reparación a las víctimas, de los jóvenes que cometan su primera transgresión; y la prestación a éstos de ayuda, en forma de asesoramiento y participación escolar, para que puedan alcanzar sus objetivos vitales.

Métodos correccionales que pueden ayudar a reducir los delitos y la victimización:

- La inversión en programas que alejen a los transgresores de la prisión y los acerquen a programas comunitarios que cuenten con los recursos adecuados y sean de demostrada eficacia para combatir con éxito las causas de la violencia interpersonal y el abuso del alcohol;
- El aumento masivo del número de personas encarceladas puede, a un costo muy elevado, lograr reducir las tasas de delincuencia; en los EE.UU., se calcula que el aumento de la tasa de encarcelamiento en un 250% de 1974 a 2004 supuso una reducción del 35% en la tasa de delincuencia, pero a un costo que supera los US\$ 20 000 millones (cantidad suficiente para proporcionar un puesto de trabajo a todos los jóvenes desempleados o atención a los niños de las familias pobres, cosas ambas que han demostrado tener una influencia mucho mayor sobre las tasas de delincuencia);
- La inversión en modelos de programas correccionales que hayan demostrado reducir la reincidencia. Estos modelos, empero, son pocos y su proporción de eficacia en la reducción de la reincidencia es baja.

Público objetivo

En todo el mundo, la pesada carga de la violencia interpersonal recae sobre el sector de la salud, en cuyas manos se ponen la atención y el tratamiento tanto de las lesiones, mortales o no, como de los daños psicológicos. En los entornos de los cuales hay datos disponibles, éstos indican que el número de víctimas de la violencia atendidas en las salas de urgencias de los hospitales supera con amplitud el número de víctimas que dan parte a la policía, y existen indicios de que son pocas las víctimas de la violencia que reciben atención tanto de la policía como del sector de la salud. Además, la función del sector de la salud se ha visto ampliada por el creciente reconocimiento de que la violencia es un problema de salud pública que puede prevenirse combatiendo las causas que lo producen. La violencia interpersonal se ha convertido así en un problema que debe prevenirse mediante las mismas herramientas de salud pública que se emplean en la epidemiología, la prevención primaria y la evaluación aplicadas a enfermedades tales como la tuberculosis, la malaria y el VIH/SIDA.

Esta guía, por consiguiente, está dirigida ante todo a las instancias normativas del sector de la salud pública y a los planificadores de programas que trabajen a nivel nacional, estatal o provincial y municipal en campos técnicos relacionados con la prevención de la

violencia interpersonal y la prestación de servicios y apoyo a las víctimas de la violencia. Los campos técnicos pertinentes son los siguientes:

- Políticas y planificación sanitarias
- Epidemiología y sistemas de información sanitaria
- Salud pública y medicina preventiva
- Salud mental y toxicomanías
- Salud de la familia y de la comunidad
- Servicios médicos de urgencias
- Servicios médico-legales.

Si bien el sector de la salud debe llevar la delantera en el establecimiento de una respuesta preventiva al problema de la violencia interpersonal, la participación de muchos otros sectores (tanto dentro del gobierno como entre los grupos no gubernamentales y de la sociedad civil) es un componente esencial para poder crear el tipo de respuesta multi-sectorial y sostenida necesaria para prevenir la violencia interpersonal. A nivel de los gobiernos nacionales, algunos de los posibles sectores que pueden prestar cooperación son los siguientes:

- Educación
- Empleo
- Vivienda
- Justicia
- Higiene y seguridad
- Acción social
- Deportes y ocio
- Asistencia social.

En el sector privado, entre los colaboradores se incluyen los siguientes:

- Proveedores privados de servicios médicos de urgencia
- Grupos privados de atención de salud
- Industria del seguro de vida y de enfermedad
- Medios de comunicación, entre ellos prensa, televisión, radio e Internet
- Corporaciones cuya productividad esté amenazada por la violencia interpersonal.

En el sector no gubernamental, esta guía puede resultar beneficiosa a grupos como las organizaciones que trabajan directamente con las comunidades en la prevención primaria de la violencia y la prestación de servicios a las víctimas, así como a las organizaciones de base comunitaria en las que la prevención de la violencia podría ser un importante efecto secundario derivado de su trabajo, a saber:

- Organizaciones dedicadas a la prevención de la violencia
- Asociaciones de víctimas
- Grupos de atención a las víctimas
- Organizaciones de desarrollo comunitario.

La investigación también juega un papel clave en el desarrollo de programas y políticas eficaces de prevención de la violencia interpersonal. Por tanto, es crucial que el sector de la salud logre un compromiso por parte de la totalidad de la comunidad científica, es decir:

- Universidades
- Consejos científicos
- Institutos de investigación privados y sin fines de lucro
- Grupos de expertos.

Para alcanzar el éxito, un enfoque a la prevención de la violencia interpersonal basado en la salud pública debe estar coordinado y dirigido por un organismo principal claramente

identificado, que sea capaz de establecer el programa de prevención y, al mismo tiempo, de reconocer y reforzar las funciones desempeñadas por cada uno de los otros colaboradores esenciales. Por tanto, es de vital importancia que el sector de la salud, bajo la dirección del Ministro de Salud, abogue por el reconocimiento de la violencia como un problema de salud pública y promueva de forma positiva esfuerzos para aplicar las recomendaciones expuestas en esta guía. Siguiendo las **líneas de acción** sugeridas para cada recomendación, los ministros de salud se convertirán en el punto focal que encabece las acciones puestas en marcha por ellos mismos y por los demás grupos identificados como colaboradores potenciales.

Aumentar la capacidad de recopilar datos sobre la violencia

1.1 Aspectos conceptuales

La capacidad de recopilar datos sobre la violencia interpersonal puede definirse como la posibilidad de reunir, analizar y describir sistemáticamente datos sobre las consecuencias y las causas de la violencia interpersonal. El aumento de la capacidad de recopilación de datos tiene por objetivo crear un sistema que obtenga de modo permanente información descriptiva acerca de un número limitado de factores clave que puedan medirse con precisión y fiabilidad en todos los casos nuevos o en un subgrupo claramente identificable de todos los casos nuevos.

El desarrollo de la capacidad de recopilar datos sobre los factores de riesgo relacionados con la violencia interpersonal y las consecuencias de ésta contribuye de forma directa a su prevención, tanto a nivel nacional como local, por cuanto:

- Proporciona una definición cuantitativa del problema, que puede ser compartida entre los distintos ministerios y sectores;
- Proporciona información continua y sistemática a nivel local, regional y de país sobre la incidencia, causas y consecuencias de los actos de violencia;
- Permite la temprana identificación de las nuevas tendencias en cuestión de violencia y de las nuevas áreas problemáticas emergentes, lo cual permite preparar a tiempo las intervenciones adecuadas;
- Sugiere las prioridades de prevención para quienes tienen un elevado riesgo de sufrir o perpetrar actos de violencia interpersonal, y las prioridades para abordar los factores de riesgo asociados de carácter socioambiental;
- Informa acerca de la distribución geográfica de los servicios médicos de urgencia y otros servicios de apoyo a las víctimas;
- Proporciona información que permite evaluar las medidas de prevención de la violencia directas (por ejemplo, observancia de las leyes que limitan la tenencia de armas de fuego) o indirectas (por ejemplo, la renovación urbanística);
- Sigue de cerca las tendencias estacionales y transversales de la magnitud y las características de la violencia interpersonal y los riesgos asociados.

Es preciso diferenciar el acopio de los datos descriptivos recopilados de forma sistemática (también llamado «sistema de vigilancia») de las actividades de investigación, las cuales se describen en la **Parte 2**. La información reunida a través de la vigilancia se utiliza mayormente en el primer paso del enfoque a la prevención basado en la salud pública, es decir, para definir y describir la magnitud, el ámbito y las características del problema. Por el contrario, la investigación es una actividad que se utiliza con buenos resultados en todos y cada uno de los cuatro pasos. La investigación entraña estudios de duración limitada diseñados para explorar cuestiones científicas a las que no se puede responder mediante el análisis descriptivo de los datos recopilados sistemáticamente. Los dos tipos de recopilación de datos son, por tanto, diferentes pero están relacionados entre sí: la información obtenida por medio de la vigilancia puede informar las cuestiones objeto de investigación e identificar aquellas áreas en las que sea preciso investigar. Por otra parte, los datos recopilados sistemáticamente pueden emplearse como datos de entrada o como resultado de los estudios de investigación. Por ejemplo, se podría investigar la relación existente entre homicidios e ingresos familiares combinando los datos correspondientes a homicidios que se hayan recopilado sistemáticamente con la información sobre ingresos familiares obtenida por medio de un censo.

Fuentes de datos para la vigilancia

Los contextos sociales y ambientales en los que tiene lugar la violencia interpersonal varían de una sociedad a otra y de un grupo a otro dentro de cada sociedad. Un subgrupo de la población podría, por ejemplo, tener fácil acceso a los dispensarios, hospitales y comisarías de policía preparados para manejar casos de violencia, mientras que otros podrían

vivir lejos de este tipo de establecimientos y tener un arraigado sentimiento de recelo de la posibilidad de notificar a cualquier tipo de autoridad. Estas diferencias de contexto determinarán el comportamiento de las personas para procurarse ayuda tras un incidente de violencia y deben tenerse en cuenta al diseñar una estrategia de recopilación de datos. Este objetivo podría perfectamente lograrse mediante una encuesta de población que identificara la incidencia de la violencia y el comportamiento en procura de ayuda por parte de las víctimas y sus cuidadores. Una encuesta de este tipo también podría proporcionar información acerca de la percepción de la comunidad respecto de problemas específicos y de sucesos violentos ante los cuales las personas no hayan recurrido a los servicios de atención de salud. Si bien los resultados de una encuesta de población son de enorme valor para el establecimiento de un sistema de vigilancia de la violencia, es bien sabido que una empresa de este tipo exige ingentes recursos y no suele estar al alcance de la mayoría de los programas, al menos en sus comienzos.

Como se ha mencionado con anterioridad, los dispensadores de atención de salud y las encuestas a las víctimas indican que los casos de violencia interpersonal que se producen son muchos más de los que se ponen en conocimiento de la policía, y son relativamente pocos los casos que llegan a conocimiento tanto de la policía como del sector de la salud. Por otra parte, existen algunos factores sociales y económicos de carácter transversal que actúan a distintos niveles del modelo ecológico promoviendo o evitando la violencia y cuyas características también es preciso reseñar. Los sistemas de recopilación de datos sobre la violencia deben, consiguientemente, ser más amplios que los sistemas de información delictiva y deberían orientarse a copiar información procedente de los sectores de la salud y la policía y la justicia penal, de las encuestas a las víctimas y otros mecanismos de recopilación sistemática de datos, como son las cifras de empadronamiento, las encuestas demográficas y de salud, y los estudios de los ingresos familiares (**CUADRO TRES** y **TABLA UNO**).

Contenido de los datos registrados de forma sistemática

Los datos sobre violencia interpersonal registrados sistemáticamente deben incluir información relativa a cuatro áreas clave:

- **Información basada en la víctima** La mejor manera de medir la existencia de violencia interpersonal y las consecuencias de ésta es combinar entre sí los datos normalizados sobre las víctimas individuales de la violencia y las lesiones que sufren. En las muertes violentas, el cuerpo de la víctima puede ser el único indicio de que se haya producido un acto violento. En los casos sin resultado de muerte que llegan a los centros sanitarios, las señales de heridas y lesiones internas pueden proporcionar indicadores objetivos de que ha habido violencia. Del mismo modo, cuando el agresor no sale a la luz y cuando las víctimas no pueden explicar la causa de sus lesiones (por ejemplo, niños que aún no saben hablar, personas que están inconscientes o intoxicadas, o personas muy mayores y achacosas), el informe médico puede ser la única información disponible.
- **Información basada en el agresor** Como sucede con la información obtenida de las víctimas, la información obtenida del agresor puede ser valiosa a nivel de conjunto para indicar los subgrupos de población que tienen más posibilidades de adoptar un comportamiento violento. En la mayoría de los países, las principales fuentes de esta clase de información son la policía y los sistemas de justicia penal. Sin embargo, en los casos sin resultado de muerte las víctimas también pueden ser una importante fuente de datos acerca del agresor y de la relación víctima-agresor. Aun cuando el temor al castigo puede impedir a los agresores revelar los actos de violencia que han cometido, en algunas encuestas de población, para determinar las tasas de agresión autodeclarada se han empleado instrumentos de indagación no enjuiciatorios bien diseñados y que tienen en cuenta la necesidad de confidencialidad.

Vigilancia hospitalaria de los traumatismos relacionados con la violencia en Jamaica

En la práctica totalidad de los entornos al menos algunas de las fuentes de datos examinadas ya existen, pero es posible que no se hayan tenido en cuenta como fuentes potenciales de información para la prevención de la violencia interpersonal. En estos casos, y a un costo relativamente bajo, se puede hacer el ejercicio de aumentar la utilidad de tales fuentes integrando en el proceso de documentación un formulario diseñado especialmente para recopilar datos sobre prevención de los traumatismos y la violencia. Algunos de los entornos en los que esto es factible son las morgues y los dispensarios médico-legales donde se practican exámenes forenses (por ejemplo, de muertos por causas no naturales, presuntas o conocidas, o de víctimas de ataques sexuales) y, como ilustra este ejemplo de Jamaica, las salas de urgencias de los hospitales que atienden a las víctimas de la violencia.

Desde finales del decenio de 1990, el problema de la violencia en Jamaica está reconocido como un problema primordial de salud pública y es la principal causa de lesiones y defunciones. En un esfuerzo por reducir el impacto de las lesiones relacionadas con la violencia sobre los recursos de atención de salud, el Ministerio de Salud de Jamaica (División de Fomento y Protección de la Salud), en colaboración con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos y el Tropical Metabolic Research Institute de la University of the West Indies, Mona, diseñó y puso en práctica un sistema de vigilancia de las lesiones relacionadas con la violencia. El sistema recopiló datos demográficos, metodológicos y circunstanciales acerca de las personas que se presentaron en el departamento de accidentes y urgencias del Hospital Público de Kingston: lesiones, lugar donde se produjo el incidente, relación víctima-agresor y estado del alta del paciente, al objeto de:

1. Elaborar datos de referencia sobre las lesiones relacionadas con la violencia atendidas en el hospital.
2. Describir los factores de riesgo asociados con dichas lesiones.
3. Reducir el impacto de las lesiones relacionadas con la violencia sobre los recursos de atención de salud en Jamaica.

Entre agosto de 1998 y julio de 1999, el departamento atendió un total de 6107 visitas motivadas por lesiones relacionadas con la violencia. De ellas, el 51,3% correspondió a hombres de entre 25 y 44 años de edad, y el número más elevado de visitas se registró en noviembre (13%) y diciembre (12%) de 1998. Las causas más comunes fueron las heridas por arma blanca (54%), por objetos punzantes (24%) y por disparo de armas de fuego (8%). De los pacientes que presentaban heridas de arma blanca o de arma de fuego, el 18% y el 55%, respectivamente, fue ingresado en el hospital. Las lesiones se produjeron mayormente en el transcurso de peleas espontáneas entre

las personas (70%). En el 13% de los casos los pacientes no estaban seguros acerca de las razones que habían dado lugar a la violencia. En el 6% de los casos ésta se produjo durante un robo y en el 2% de los casos participaron bandas. El examen de la relación víctima-agresor indicó que en el 49% de los casos el agresor era una persona conocida; en el 10,3% de los casos, la pareja o el cónyuge; en el 7,8% de los casos, un pariente; y, en el 18% de los casos, un extraño.

Las preguntas concernientes a la violencia se integraron en el sistema informatizado de administración de pacientes existente. La evaluación del sistema demostró que la recopilación de datos fue eficiente y eficaz en relación al costo. Alargó el proceso de admisión en menos de dos minutos y, al utilizar el personal de los archivos clínicos para recopilar los datos, se redujeron al mínimo tanto los costos de personal como cualquier potencial aumento de la carga de trabajo del personal médico y de enfermería. La preocupación inicial de que los pacientes se negaran a hablar o a revelar información de carácter íntimo al personal de los archivos clínicos se reveló infundada, si bien para preservar la intimidad se utilizó un punto de admisión con un sistema de línea amarilla por el cual los pacientes habían de mantenerse a una distancia determinada mientras esperaban a que el paciente anterior terminara de registrarse.

Los datos se han puesto a disposición de los cuerpos policiales del país, del Instituto de Planificación de Jamaica y de otras organizaciones no gubernamentales y de base comunitaria. Los resultados también se han utilizado para mejorar los servicios de atención traumatológica del Hospital Público de Kingston y para justificar el nombramiento de un asistente social adicional para atender las necesidades de los pacientes. Los medios de comunicación social emplearon la información obtenida para aumentar el grado de sensibilización pública y planificar ambiciosos programas de prevención y control de la violencia en el centro de la ciudad de Kingston. Los datos relativos al lugar donde se produjo el incidente se exportaron a un sistema de información geográfica para ayudar en la preparación de una cartografía de la violencia en el área metropolitana de Kingston. La nueva información hospitalaria, sumada a los datos policiales y a las encuestas sobre exposición a la violencia realizadas entre los escolares del centro de la ciudad, permitió identificar «puntos calientes» de intervención prioritaria.

El sistema de vigilancia de los traumatismos relacionados con la violencia aplicado en Jamaica demuestra que incluso en los entornos con recursos limitados es posible recopilar datos sobre los traumatismos relacionados con la violencia y utilizarlos eficazmente en la elaboración y ejecución de programas y para orientar el desarrollo de las políticas.

TABLA UNO Ejemplos del tipo de información que puede haber disponible a través de las fuentes de datos sistemáticos¹

CATEGORÍA DE LOS DATOS	FUENTE POTENCIAL DE LOS DATOS	EJEMPLOS DE LA INFORMACIÓN RECOPIADA
Mortalidad	Certificados de defunción; registros de estadísticas vitales; informes de morgues, forenses y jueces de instrucción.	Características individuales; causa de la muerte; lugar y hora de la muerte.
Morbilidad y estado de salud	Archivos de hospitales y dispensarios; historiales médicos.	Enfermedades; lesiones; salud física y mental; circunstancias y gravedad de las lesiones.
Autodeclarados	Encuestas; grupos de opinión; medios de comunicación.	Actitudes; prácticas y creencias; victimización y perpetración; exposición a la violencia en la comunidad y en el hogar; comportamientos de riesgo.
De base comunitaria	Registros demográficos; archivos del gobierno local.	Recuentos de población; niveles de ingresos y de educación; tasas de desempleo.
Penales	Antecedentes penales; documentos de la magistratura; archivos de las cárceles; laboratorios criminales.	Tipo de delito; características de los delincuentes; circunstancia de los sucesos; características de las víctimas.
Socioeconómicos	Archivos de instituciones y organismos; estudios especializados.	Gastos en salud; uso de los servicios; acceso a la atención de salud; costo de los tratamientos; ingresos personales y familiares; distribución de los ingresos.
Políticos o legislativos	Archivos del gobierno y del poder legislativo.	Leyes; decretos; políticas y prácticas institucionales.

- **Factores de riesgo** Entre los datos disponibles sistemáticamente en relación con los factores de riesgo se incluye la información recopilada para la elaboración de censos nacionales y municipales; las encuestas periódicas de población y salud, y las encuestas de ingresos familiares. Las tasas de empleo y los archivos del gobierno y del poder legislativo también pueden ser útiles fuentes de información, así como los medios de comunicación, que pueden aportar perspicacia en cuanto a las percepciones y las actitudes en torno a la violencia interpersonal y su prevención.
- **Comportamientos de riesgo** Participar en peleas físicas, bravuconear, llevar armas y abusar del alcohol son considerables comportamientos de riesgo para la mayoría de las formas de violencia interpersonal. En algunos entornos hay disponible información sobre dichos comportamientos obtenida a través de encuestas sistemáticas, como es el caso de las encuestas sobre comportamientos de riesgo entre los jóvenes que se llevan a cabo en los Estados Unidos, mientras que en otros entornos quizás pueda haberse obtenido mediante estudios especializados. La supervisión de los comportamientos de riesgo es esencial para calcular y medir el impacto de las intervenciones dirigidas a los comportamientos en cuestión (por ejemplo, las intervenciones para reducir la proporción de jóvenes escolares que portan armas).

Establecer las prioridades de la recopilación de datos

La gravedad de las consecuencias físicas de los incidentes violentos es muy variable: desde el uso de armas, sean blancas o de fuego, que son las que más posiblemente tengan consecuencia de muerte, pasando por los incidentes cuyas víctimas requieren tratamiento médico de urgencia o internamiento hospitalario, hasta aquellos que entrañan violencia psicológica o emocional pero no causan lesiones físicas. Los distintos subtipos de violencia interpersonal se extienden de forma no uniforme entre todos estos niveles de gravedad

¹ Adapto a partir de Krug EG, et al. (2002).

física. Por ejemplo, la muerte es más probable a consecuencia de la violencia juvenil que de la violencia de pareja, la cual es más probable que cause lesiones de poca gravedad física pero de gran impacto psicológico. Por otra parte, la existencia de servicios de salud y comisarías de policía, así como su facilidad de acceso, influirán en las pautas con que se les suministre información a los mismos y, en aquellas situaciones en las que el acceso sea limitado, es posible que incluso homicidios o lesiones físicas graves no les sean notificados. La recopilación de datos de todos los tipos de violencia demandará, por tanto, un enfoque que adapte los diferentes componentes del sistema de recopilación de datos, de modo de obtener información sobre la violencia a distintos niveles de gravedad física y en entornos con distintos niveles de acceso a los servicios de salud y a las comisarías de policía.

Los costos y los problemas logísticos derivados de la recopilación continuada de datos sobre la violencia interpersonal a todos los niveles de gravedad hacen que, en la práctica, estos datos se obtengan a partir de encuestas de población intermitentes. Así pues, los países han de tomar una decisión respecto de los niveles de gravedad a seleccionar para la recopilación sistemática de datos; a este fin se proponen las prioridades siguientes:

- **Prioridad 1: Recopilar datos sobre los actos de violencia mortales** Cuando debido al deficiente nivel de desarrollo de los sistemas de información sanitaria y criminal oficiales se carece de datos sobre la violencia con resultado de muerte, debe darse prioridad a poner en marcha sistemas para recopilar datos sobre todas las muertes relacionadas probada o presuntamente con traumatismos y violencia. En las muertes por traumatismo no siempre está claro si éste ha sido causado de forma intencional o no intencional y, por ello, la recopilación de datos sobre todas las defunciones presuntamente relacionadas con traumatismos y violencia evita posibles infravaloraciones. Por otra parte, los sistemas de investigación forense y de recopilación de datos necesarios para los casos de defunción por traumatismos y violencia no intencionales son en gran medida similares.
- **Prioridad 2: Recopilar datos sobre los incidentes sin resultado de muerte** En un segundo nivel de prioridad, debe hacerse hincapié en la aplicación de otros tres mecanismos para la recopilación sistemática de datos sobre traumatismos y violencia, a saber: registros de las víctimas de traumatismos y violencia ingresadas en una pequeña muestra (2–4) de salas de urgencia de hospital, elegidas de modo de reflejar toda la variedad de condiciones sociales; sistemas de recopilación de datos en comisarías de policía seleccionadas; y mecanismos de recopilación de datos poblacionales, como la integración de preguntas acerca de la violencia interpersonal en las encuestas demográficas, de salud, etc., que se realicen de forma sistemática.
- **Prioridad 3: Recopilar datos sobre factores de riesgo socioambientales** Los datos recopilados sistemáticamente sobre riesgos del entorno físico y social (por ejemplo, sobre ingresos, educación, empleo y otros factores de interés correlacionados con la violencia) son transversales a la violencia con y sin resultado de muerte. En la mayor parte de los entornos la responsabilidad de la recopilación de este tipo de información no está dentro de la esfera de un solo ministerio. La prioridad en materia de prevención de la violencia interpersonal es, entonces, la negociación de un acuerdo de compartición de datos, que permita la utilización continuada de los datos sobre estos factores de riesgo para, por ejemplo, preparar informes sobre la violencia interpersonal.
- **Prioridad 4: Recopilar datos sobre factores de riesgo comportamentales** Tanto los países en desarrollo como los desarrollados cada vez supervisan más los comportamientos que ponen a las personas en situación de riesgo en una amplia variedad de ámbitos sanitarios. Uno de los objetivos de la vigilancia de los factores de riesgo comportamentales es recopilar datos de forma continuada o repetida sistemáticamente a lo largo del tiempo, para poder obtener valiosa información sobre las

tendencias. Aunque serán relativamente pocas las encuestas que se hayan diseñado de manera explícita para examinar los comportamientos de riesgo en cuestión de violencia, suelen incluir variables de interés (como consumo de alcohol y de drogas) y es posible que puedan adaptarse para incluir preguntas específicas relacionadas con la violencia interpersonal.

1.2 Cuestiones de políticas

La relación entre las políticas y la capacidad de recopilar datos sobre la violencia interpersonal puede analizarse en las tres esferas siguientes:

- a. La política como apoyo de la recopilación de datos
- b. El análisis y la interpretación de los datos en la formulación de políticas
- c. La recopilación de datos para supervisar el efecto de las políticas en la violencia interpersonal.

a: La política como apoyo de la recopilación de datos

La política puede facilitar la recopilación de datos mediante leyes que regulen la recopilación de información acerca de los actos de violencia y las consecuencias de los mismos; leyes relativas al fomento y a la reglamentación del acceso a la información; y políticas que obliguen a los gobiernos a aplicar tales leyes. Por ejemplo, las leyes que rigen las indagaciones y el registro de defunciones; la legislación relativa a la protección y utilización de la información del paciente; las leyes que regulan la libertad de información, y las normas que establecen las pautas a seguir en la notificación de los delitos.

Así pues, para desarrollar la capacidad de recopilación de datos es importante efectuar un examen y un análisis de contenido de los apoyos en materia de políticas y legislación, por el orden siguiente:

1. Determinar la existencia de tales políticas y leyes.
2. Hacer un inventario de las políticas y leyes identificadas.
3. Analizar el contenido y alcance de dichas políticas y leyes respecto de: cobertura poblacional; niveles de gravedad física; información que abarquen acerca de víctimas, perpetradores, y factores y comportamientos de riesgo; y en qué medida permiten emplear los datos con fines de salud pública.

En base a los resultados de un examen de este tipo, se ha de decidir acerca de la necesidad de:

- presionar en favor de la elaboración y promulgación de nuevas políticas en materia de recopilación de datos sobre violencia interpersonal;
- reformar las políticas y las leyes existentes para eliminar sus posibles deficiencias;
- aumentar el grado de sensibilización en torno a las políticas acertadas existentes y reforzar su aplicación.

b: El análisis y la interpretación de los datos en la formulación de políticas

Para abordar un problema a nivel de país es preciso dar notoriedad a su escala y su naturaleza. Para ello se requiere eficacia en el análisis y la interpretación de los datos y presentar adecuadamente los resultados ante las instancias normativas. El análisis y la interpretación de los datos recopilados sistemáticamente acerca del alcance, las causas y las consecuencias de la violencia interpersonal desempeñan un papel primordial en la inclusión de esta cuestión en el programa de políticas, y para que se promulguen y pongan en vigor políticas de prevención (véase la **Parte 3**). Para concitar la atención de las instancias normativas, los datos sobre la violencia interpersonal deben analizarse teniendo como objetivo transmitir los tres mensajes clave siguientes:

- *La violencia interpersonal es un problema sustancial* relacionado con otras cuestiones que son atendidas por las políticas. La magnitud del problema de la violencia inter-

personal puede demostrarse comparándola con la información sobre la magnitud de otras amenazas a la salud pública; con las dimensiones del problema en otros países, y con los costos humanos de los desastres y las tragedias colectivas descritas por los medios de comunicación locales y de todo el mundo.

- *Los niveles de la violencia interpersonal son sensibles a factores económicos, sociales y ambientales* que potencialmente pueden modificarse para reducir su incidencia. Mostrar cómo los niveles de violencia interpersonal son sensibles a factores económicos, sociales y ambientales que potencialmente pueden modificarse, supone analizar los datos según el lugar geográfico en donde se producen o el lugar de residencia de las víctimas o de los perpetradores. Esta información, utilizada para agrupar los casos de las mismas unidades geográficas de análisis empleadas en el censo nacional (o en otros mecanismos nacionales y municipales de correlación de tamaño, riqueza y salud de la población), permite examinar la correlación entre las mediciones de la violencia y los factores contextuales predominantes.
- *Pueden alcanzarse grandes logros* comenzando con programas de prevención dirigidos a grupos, momentos y situaciones de alto riesgo seleccionados. El **CUADRO CUATRO** ilustra cómo, en Colombia, el análisis de los datos sobre homicidios por día de la semana y hora del día permitió elaborar una estrategia de prevención que se aplicó de forma selectiva y con resultados altamente eficaces en los días y horas (noche de los viernes y fines de semana) y las actividades (beber y portar armas) de alto riesgo.

Al intentar transmitir estos tres importantes mensajes es de suma importancia presentar los datos sobre violencia interpersonal en informes que traten el problema de manera exclusiva. Los informes de los funcionarios de estadísticas responsables de la información sobre delitos y salud suelen incluir datos sobre la violencia, pero, al estar enterrados entre datos sobre muchos otros tipos de delitos o cuestiones sanitarias, suele ser difícil captar a simple vista la variación de la magnitud del problema a través del tiempo y entre grupos diferentes. Para asegurar que esta cuestión concite la atención de las instancias normativas y otros grupos de interés, es esencial extraer los datos, analizarlos siguiendo las líneas explicadas anteriormente y presentarlos en un informe bien enfocado, empleando un lenguaje sencillo y gráficos y tablas claros.

Otra forma de mejorar en gran medida la «notoriedad» de la violencia interpersonal como un problema que puede evitarse, es asegurar que tanto los datos como los resultados de su análisis en todas estas esferas estén prontamente a disposición de los medios de comunicación y de las organizaciones de la sociedad civil. Ello precisa de una política de libre difusión de los datos, que reduzca al mínimo posible las barreras de los organismos no gubernamentales para acceder a la información. El número de identificación de caso y cualquier otra información que pueda dar lugar a la identificación de las personas debe quitarse de los datos compartidos, en aras de asegurar el anonimato de los casos.

c: La recopilación de datos para supervisar el efecto de las políticas en la violencia interpersonal

Los factores de riesgo y de protección que determinan los niveles de violencia entre distintos sectores de la población a lo largo de diferentes periodos de tiempo están presentes a todos los niveles del modelo ecológico. Muchos son sensibles a las políticas sociales en esferas como apoyo social y educación, y a las políticas económicas que inciden en la desigualdad de ingresos y en el empleo. Las intervenciones basadas en políticas, como son el sistema de subsidios de bienestar social para las familias con ingresos por debajo de la línea de la pobreza, el acceso universal a la educación primaria y secundaria, y los programas de creación de empleo, pueden combatir los factores de riesgo determinantes de la violencia interpersonal y ayudar a reducir la magnitud del problema. Además, las

Análisis de los datos sobre lesiones mortales destinado a la prevención de los homicidios en Cali (Colombia)

Entre 1985 y 1992, las tasas de homicidio de la ciudad de Cali (Colombia) se quintuplicaron, alcanzando un nivel de 100 homicidios por cada 100 000 personas. Para dar una respuesta a esta situación, en 1992 la ciudad creó la Consejería para el Desarrollo de la Paz y la Seguridad (DESEPAZ) con el fin de aplicar estrategias de prevención de la violencia y reforzar la seguridad de los residentes. Mediante fórmulas de cooperación entre organismos y compartición de datos, se creó un sistema de vigilancia que permitió caracterizar las pautas y los determinantes de los homicidios; la información fue la clave en la formulación de políticas eficaces y de un programa de gran éxito.

Los datos sobre homicidios se recopilaban a diario y cada semana eran revisados por un comité coordinado por un epidemiólogo designado por la oficina del alcalde. El comité estaba integrado por representantes del Departamento de Policía, del servicio de salud pública, de la oficina del fiscal del distrito, de la oficina del defensor del pueblo, del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, y del Departamento de Transporte. A partir de los informes presentados por los distintos representantes del comité se creó una lista de casos y semanalmente se distribuían listas tabuladas y mapas de los homicidios entre los grupos participantes y los medios de comunicación.

El sistema de información reveló factores de riesgo tanto a nivel individual como comunitario. En 1993, en Cali se produjeron en total 1829 homicidios, lo que representa una tasa bruta de 104 homicidios por cada 100 000 residentes. A nivel individual, la tasa más alta de homicidios (450 por cada 100 000), correspondía a los varones de entre 25 y 29 años de edad; y el riesgo general de homicidio entre los varones era 16 veces mayor que entre las mujeres (209 y 13 por cada 100 000, respectivamente). El 79% de todos los homicidios se había cometido mediante el uso de armas de fuego. Durante 1994, en el 98% de las defunciones se determinó concentración de alcohol en sangre; en más de uno de cada cinco casos (23%), ésta excedía ampliamente el límite legal para la conducción de vehículos.

A nivel comunitario, los homicidios se agruparon por zonas específicas de la ciudad: 59 vecindarios, en los cuales residía el 37% de la población, fueron testigos de más de la mitad de los homicidios que se produjeron en la ciudad. Las tasas de homicidio variaban de forma inversamente proporcional al estado socioeconómico del vecindario en donde residían las víctimas, y eran mayores en las zonas más empobrecidas. En el 89% de los casos, los homicidios se produjeron en el mismo vecindario en el que residía la víctima, y casi todos tuvieron lugar en la calle o en otros espacios públicos; sólo el 6% se produjo en los hogares y

otros entornos residenciales. Los homicidios fueron más comunes (43%) durante los fines de semana (viernes, sábados y domingos), especialmente durante los fines de semana que coincidían con los días de paga quincenal. La hora de la muerte, que se supo con certeza en 2631 de los homicidios que tuvieron lugar en 1993 y 1994, fue en el 51% de los casos entre las 9 de la noche y las 6 de la mañana.

El sistema de vigilancia proporcionó una imagen más amplia del problema de los homicidios en Cali y con la información obtenida se desarrollaron los programas y las políticas de prevención DESEPAZ. Las intervenciones incluyeron esfuerzos para mejorar la seguridad pública a través de la puesta en vigor de la normativa existente en la ciudad y en la provincia y la utilización de la oficina del alcalde para dictar nuevas leyes y ordenanzas. Por ejemplo, en respuesta a la relación entre homicidios y consumo de alcohol, el alcalde restringió las horas durante las cuales se autorizaba la venta de bebidas alcohólicas. Asimismo, la elevada proporción de homicidios que se cometían con armas de fuego acarrió la prohibición de portar armas en público durante los fines de semana de alto riesgo, los días festivos y las jornadas electorales.

En razón de las limitaciones en materia de recursos, las diversas intervenciones se aplicaron sólo de forma intermitente, lo que permitió evaluar la eficacia de algunas de ellas. Se compararon las tasas de homicidio de los días de intervención con las tasas de días similares (del mismo mes, mismo día de la semana y misma hora del día) en los que no había habido intervención. Los resultados revelaron que las tasas de homicidio eran el 14% inferiores cuando se observaba estrictamente la prohibición de portar armas en público.

A un nivel más amplio, el análisis continuado mediante el sistema de vigilancia indicó que del programa DESEPAZ se derivaba una notable disminución de los homicidios, y ello permitió a las autoridades responsables de la observancia de la ley dedicar sus escasos recursos a combatir otras formas de delincuencia más organizadas. Ya con el programa en funcionamiento, la tasa de homicidios en Cali disminuyó el 30%, pasando del máximo de 124 por cada 100 000 que había llegado a alcanzar a 86 por cada 100 000 entre 1994 y 1997. En números absolutos, entre 1994 y 1997 se cometieron alrededor de 600 homicidios menos que en los tres años anteriores. Por otra parte, la actitud pasiva de la opinión pública de Cali respecto de la necesidad de abordar la violencia se transformó en una clamorosa demanda de más actividades de prevención.

políticas judiciales que afectan a la disponibilidad de armas de fuego y la eficacia de la policía y del sistema de justicia penal, pueden asimismo influir notablemente en los niveles de violencia imperantes. La recopilación sistemática de datos sobre el alcance, las causas y las consecuencias de la violencia interpersonal es una parte esencial en la supervisión del efecto de los cambios en éstas y otras esferas de las políticas (véase la **Parte 4**).

1.3 Líneas de acción para aumentar la capacidad de recopilación de datos

Para desarrollar la capacidad de recopilación de datos sobre la violencia interpersonal deben seguirse las siguientes **líneas de acción**:

- 1.1 Identificar y revisar las fuentes de información existentes
- 1.2 Realizar un estudio de las políticas y apoyo legal en materia de recopilación de datos
- 1.3 Trazar un perfil inicial del problema
- 1.4 Crear un grupo de trabajo de información
- 1.5 Elaborar un perfil más exacto del problema
- 1.6 Evaluar los procesos de acopio de datos, las políticas y las intervenciones
- 1.7 Modificar el sistema de recopilación de datos en base a los resultados de la evaluación

El **CUADRO DE RECURSOS UNO** muestra algunas directrices y otros recursos que pueden ser de utilidad para llevar a cabo estas acciones.

CUADRO DE RECURSOS UNO

Recursos y directrices técnicas para llevar a cabo las líneas de acción de la recopilación de datos

- WHO Collaborating Centre on Injury Surveillance. *International classification for external causes of injuries*. Amsterdam, Consumer Safety Institute, 2001. <http://www.iceci.org>
- *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. 1989, Revisión. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1992. <http://www.who.int.whosis/icd10/>
- *Injury Surveillance Guidelines*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (WHO/NMH/VIP/01.02; disponible a través del Departamento de Prevención de los Traumatismos y la Violencia, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza). http://www.who.int/violence_injury_prevention/media/en/136.pdf
- Sethi D, Habibula S, McGee K, Peden M, Bennett S, Hyder AA, Klevens J, Odero W, Suriyawongpaisal P, eds. *Guidelines for conducting community surveys on injuries and violence*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004. http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications
- German RR et al., *Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems* (directrices actualizadas para la evaluación de los sistemas de vigilancia de la salud pública). Centros para el Control de Enfermedades, MMWR, 27 de julio de 2001/50(RR13):1-35. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5013a.htm>
- Centros para el Control de Enfermedades, *Epi Info 2002*, revisión 2 (programa informático gratuito de vigilancia de la salud pública). Atlanta, Centros para el Control de Enfermedades, 2003. <http://www.cdc.gov/epiinfo/>

LÍNEA DE ACCIÓN 1.1

Identificar y revisar las fuentes de información existentes

La revisión de las fuentes de datos recopilados sistemáticamente existentes tiene por objetivo determinar «quién sabe qué» acerca del problema de la violencia, lo cual permitirá dar una respuesta a las cuestiones relacionadas con el perfil general del problema y establecer un orden de prioridades para abordarlas. Para obtener una panorámica completa del problema deben compilarse distintos tipos de datos procedentes de diversas fuentes y en la máxima medida posible. Una vez identificadas, todas las fuentes de información podrán describirse de forma práctica tomando como base los cuatro criterios siguientes:

- **Tipo de información** La información, ¿se recopila de manera continuada, como parte de un sistema de información sistemática?, ¿o se recopila mediante encuestas de repetición periódica o de carácter único? La información, ¿es cuantitativa o cualitativa, agregada o desagregada? Estas propiedades permitirán saber si es posible determinar una tendencia o sólo una línea de base, así como los tipos de análisis que puedan llevarse a cabo.

- **Limitaciones de los datos** También deben tenerse en consideración los potenciales sesgos de los datos así como las limitaciones en el alcance de los mismos. Son muchos los factores que influyen en la naturaleza y la integridad de los datos, entre ellos las circunstancias bajo las cuales se recopilaban originalmente, la finalidad con que se recopilaban y las responsabilidades principales del organismo recopilador (por ejemplo, datos sobre tendencias del sector frente a datos sobre el servicio de urgencias). Una encuesta basada en la población como la descrita más arriba también puede ayudar a dejar al descubierto las limitaciones de las fuentes de datos sistemáticos. El informe del perfil debe reconocer las limitaciones y los potenciales sesgos de los datos, ya que pueden incidir en el grado de generalización que alcancen los resultados y ofrecer indicios acerca de aquellas esferas que precisen de una mejora o una intensificación de la investigación y la recopilación de datos.
- **Naturaleza de la información recopilada** La clase de información variará de un organismo a otro y se centrará en aspectos de la violencia tan diversos como las víctimas, los perpetradores, las consecuencias, los factores de riesgo o los costos económicos y sociales. La apreciación de las clases de datos revelará cualquier posible laguna existente en las áreas temáticas comprendidas en el ámbito de los esfuerzos actuales de recopilación.
- **Política de confidencialidad e intercambio de datos** Según la fuente de información y que ésta contenga o no datos que puedan facilitar la identificación de las personas y comprometer así su intimidad, los organismos estarán dispuestos en mayor o menor medida a compartir la información que tengan recopilada. Por otra parte, la existencia de restricciones legales puede dificultar aún más la vinculación de múltiples fuentes de datos.

LÍNEA DE ACCIÓN 1.2

Realizar un estudio de las políticas y apoyo legal en materia de recopilación de datos

El estudio de las políticas y el apoyo legal tiene por finalidad identificar las políticas y leyes existentes, inventariarlas y analizar su contenido y su alcance desde los siguientes puntos de vista:

- la cobertura de población;
- los distintos niveles de gravedad física;
- la información que abarcan en cuanto a víctimas, agresores y factores y comportamientos de riesgo;
- el grado en que permiten emplear los datos con fines de salud pública.

En base a los resultados puede decidirse si es necesario presionar en favor de la elaboración y promulgación de nuevas políticas de recopilación de datos sobre la violencia interpersonal; modificar las políticas y leyes limitadas existentes; o sensibilizar más a la opinión pública y reforzar la aplicación de las políticas existentes acertadas.

LÍNEA DE ACCIÓN 1.3

Trazar un perfil inicial del problema

La unión de los datos ya disponibles, de la mayor variedad posible en cuanto a fuentes y temas de interés de los que traten, puede proporcionar un perfil inicial, si bien incompleto, del problema de la violencia interpersonal. El proceso de identificar las fuentes y reunir los datos que ofrecen entraña establecer lazos de asociación, un elevado nivel de colaboración, flexibilidad y diálogo abierto en relación con los objetivos perseguidos con el acopio de

datos y los resultados que se espera obtener. Puede asimismo proporcionar importantes elementos para comprender cómo distintos grupos o instituciones están abordando y tratando un determinado conjunto de problemas relacionados con la violencia interpersonal.

Al analizar los datos irán saliendo a la luz las limitaciones de las series de datos individuales, así como su compatibilidad y comparabilidad. Un análisis coherente plantea dificultades; pero éstas, si bien pueden obstaculizar la preparación de un informe inicial sumamente preciso, son de gran utilidad porque ponen de relieve las lagunas de la recopilación actual de datos y pueden ayudar a guiar el programa hacia las metas y objetivos que darán como resultado un mejor sistema de recopilación. Además, el análisis inicial de los datos, incluso los preliminares, puede ser de ayuda para señalar un «punto caliente» principal de violencia (ya sea por su contenido o por su ubicación geográfica) y para determinar la prioridades en materia de prevención de la violencia.

Aun no siendo el instrumento ideal para una definición integral del problema de la violencia interpersonal, un perfil inicial puede utilizarse para atraer recursos, acrecentar el interés de los potenciales asociados y establecer comunicación entre grupos que normalmente no participan en ningún tipo de actividad de colaboración, proceso éste que puede luego consolidarse mediante la creación de un grupo de trabajo de información.

LÍNEA DE ACCIÓN 1.4

Crear un grupo de trabajo de información

Bajo el liderazgo del sector de la salud (como se describe en la **Introducción**), el grupo de trabajo de información supervisará el desarrollo y mantenimiento de un sistema de vigilancia de la violencia mediante la vinculación de las series de datos ya reconocidas procedentes de los distintos organismos. El grupo ejercerá sus actividades de forma continuada durante todo el proceso descrito en esta guía.

Un grupo de trabajo de información puede facilitar la iniciación, continuación e intensificación de la colaboración interdisciplinaria en materia de prevención de la violencia interpersonal. Una vez identificadas las fuentes de datos y fomentadas las relaciones con los organismos responsables (a través, respectivamente, de la preparación y la difusión limitada del perfil inicial), los grupos que estén interesados podrán unirse a la respuesta multisectorial al problema de la violencia interpersonal mediante su participación en el grupo de trabajo de información.

La primera tarea del grupo de trabajo de información será evaluar la exhaustividad del perfil inicial e identificar cualquier posible laguna; ello les ayudará en el ejercicio de su responsabilidad de asegurar la calidad, cobertura y sensibilidad de las series de datos existentes bajo su control y de cualquier otro nuevo mecanismo de recopilación de datos que puedan desarrollar. En su análisis de las series de datos disponibles, el grupo de trabajo deberá resaltar aquellas esferas en las que podría ser necesario crear nuevas medidas o modificar las antiguas. El grupo deberá, además, identificar la solidez externa y los obstáculos potenciales de cada fuente de datos, como, por ejemplo, las barreras legales para la vinculación de ciertas series de datos o los obstáculos externos consecuencia de la contraposición de intereses dentro o fuera del gobierno o la comunidad.

El grupo de trabajo de información debe asegurar la amplia difusión de la información reunida y de los análisis efectuados mediante el sistema de vigilancia de la violencia. La difusión de esta información permitirá a la comunidad conocer el alcance del problema y los factores que inciden en él; puede plantear en la comunidad el perfil político del problema; y es esencial para asegurar que los planes futuros para combatirlo se basen en los criterios adecuados. Por último, el grupo de trabajo deberá llevar a cabo de forma continuada una evaluación crítica de la eficacia del sistema creado, así como de la calidad de los datos que éste produzca (véase la **línea de acción 1.6**).

LÍNEA DE ACCIÓN 1.5**Elaborar un perfil más exacto del problema**

El segundo perfil del problema habrá de ser más exacto que el primero y su difusión será más amplia. La colaboración del grupo de trabajo de información asegurará que se hayan investigado todas las fuentes potenciales de datos; que se reconozcan mejor y se tengan en consideración las limitaciones de los mismos; y que los datos en sí sean de mayor calidad. Se ha de procurar utilizar lo más posible la «vinculación de datos», es decir, la integración de dos o más de las series de datos disponibles en una tercera, más grande y más completa. La vinculación de los datos suele producir series de datos con una mayor cobertura de casos y campos temáticos, lo cual permite profundizar en las descripciones, puede potencialmente permitir la identificación de nuevas prioridades o nuevos factores de riesgo a emplear en las tareas de prevención, y puede generar una visión más precisa del problema. Además, la combinación de los datos de entrada suministrados por los distintos participantes favorece en éstos el sentido de implicación y de aceptación sobre los que han de basarse las acciones y las evaluaciones.

La información más fácil de integrar es, posiblemente, aquella recopilada de forma sistemática que en principio representa todos los datos notificados o registrados en un servicio determinado de un municipio. Por ejemplo, dos series de datos que podrían vincularse serían todos los homicidios registrados por la policía y todos los homicidios probados o presuntos examinados por los patólogos forenses del mismo municipio. Suponiendo que cada uno de los casos individuales de ambas series de datos tuviesen un identificador exclusivo, sería posible comparar los casos incluidos en cada una de ellas. Se excluirían las entradas duplicadas del mismo caso y se combinarían las dos fuentes, formando una única base de datos de información a nivel individual.

Los sistemas de información integrados también pueden generar mejores indicadores del problema de la violencia en su conjunto. Estos indicadores pueden estar relacionados directamente con la violencia o bien con los factores de riesgo u otros factores importantes en su prevención. Algunos de los indicadores directos de los niveles de violencia son el número de defunciones por causas externas (inclusive homicidios, suicidios y casos por causas no determinadas); las visitas a las salas de urgencias, y los asaltos u otros delitos violentos notificados a la policía. Los indicadores de los factores de riesgo incluyen la información sobre los comportamientos de riesgo (por ejemplo, la tenencia y la portación de armas de fuego y el consumo de alcohol y drogas) y los riesgos no comportamentales (por ejemplo, el porcentaje de jóvenes escolarizados, la confianza de la sociedad y la desigualdad económica). Entre los indicadores de otros factores relacionados con la prevención de la violencia se incluye la información sobre los recursos humanos, financieros y de políticas destinados a la prevención (por ejemplo, el nivel de formación en materia de prevención de la violencia y el porcentaje de los recursos dedicados a la prevención primaria).

Para crear un perfil más exacto del problema de la violencia interpersonal, también pueden compararse las series de datos no vinculadas para descubrir información útil acerca de los factores que influyen en la violencia interpersonal a nivel de la comunidad y a nivel de la sociedad. Los datos de este tipo pueden combinarse con los resultados obtenidos de las series de datos vinculadas, para crear una definición y una descripción más precisas y completas del problema de la violencia interpersonal, adecuada para su amplia difusión entre las instancias normativas, los investigadores, los responsables del desarrollo de programas y el público en general.

LÍNEA DE ACCIÓN 1.6**Evaluar los procesos de acopio de datos, las políticas y las intervenciones**

La evaluación, tanto del proceso de creación de un sistema de acopio de información similar al descrito en esta sección, como de las políticas, los programas y las intervenciones resultantes, es una importante herramienta para mejorar el sistema de información, atraer recursos para las tareas de prevención de la violencia basadas en datos, y para lograr centrar la atención de las instancias normativas. Una de las responsabilidades primordiales del grupo de trabajo de información es, por tanto, llevar a cabo esta evaluación objetiva y minuciosa. La información resultante de la evaluación en sí también debe difundirse y probablemente, como suele suceder, mejorará el grado de identificación de las distintas partes interesadas.

La evaluación de un proceso determina los aciertos y las dificultades de las actividades que condujeron a la creación del sistema de información, como son el grado de consecución de los objetivos iniciales; la preparación y la difusión limitada del perfil inicial del problema; la creación y el funcionamiento del grupo de trabajo de información; el proceso de vinculación y análisis de los datos, y la preparación y difusión adecuadas del segundo perfil del problema. En la **TABLA DOS** se exponen criterios útiles para evaluar el sistema de acopio de información en su conjunto. Los resultados de este análisis pueden volver a volcarse en el proceso para mejorar el funcionamiento del grupo de trabajo de información, aumentar la calidad de los datos, los análisis y los informes producidos por el sistema, y hacer que la información generada sea útil y esté accesible para los responsables del desarrollo de programas y las instancias normativas.

Además, la valoración de las políticas y los programas originados a consecuencia de la iniciativa de información puede ayudar a las instancias normativas y a los responsables del desarrollo de programas a determinar si sus programas han reportado beneficios a la comunidad. Las constataciones pueden utilizarse como indicación de los efectos perjudiciales o beneficiosos de los cambios en las políticas y para descubrir las características fundamentales de los programas fructíferos, así como las intervenciones que no deben proseguir. Así, la evaluación también será útil para mejorar los programas y avanzar en el desarrollo de otros programas y otras políticas.

TABLA DOS Criterios de evaluación del sistema de acopio de información¹

GRADO DE UTILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> ● Acciones emprendidas a consecuencia del análisis y la interpretación de los datos ● Entidades que han utilizado los datos
ATRIBUTOS DEL SISTEMA
<ul style="list-style-type: none"> ● Simplicidad (estructura y sencillez de funcionamiento) ● Flexibilidad (capacidad de adaptarse a necesidades de información y condiciones de funcionamiento cambiantes) ● Calidad de los datos (exhaustividad y validez de los datos registrados) ● Grado de aceptación (disposición a participar por parte de personas y organizaciones) ● Sensibilidad (proporción de casos individuales e incidentes interrelacionados detectados) ● Valor predictivo positivo (proporción de casos registrados debidos verdaderamente a la violencia interpersonal) ● Representatividad (exactitud con la que el sistema describe los detalles reales de los sucesos vigilados) ● Prontitud (velocidad entre los distintos pasos del sistema de vigilancia) ● Estabilidad (fiabilidad y disponibilidad del sistema)

¹ Adapto a partir de German RR, et al. *Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems*. *MMWR* July 27, 2001; 50(RR13):1-35.

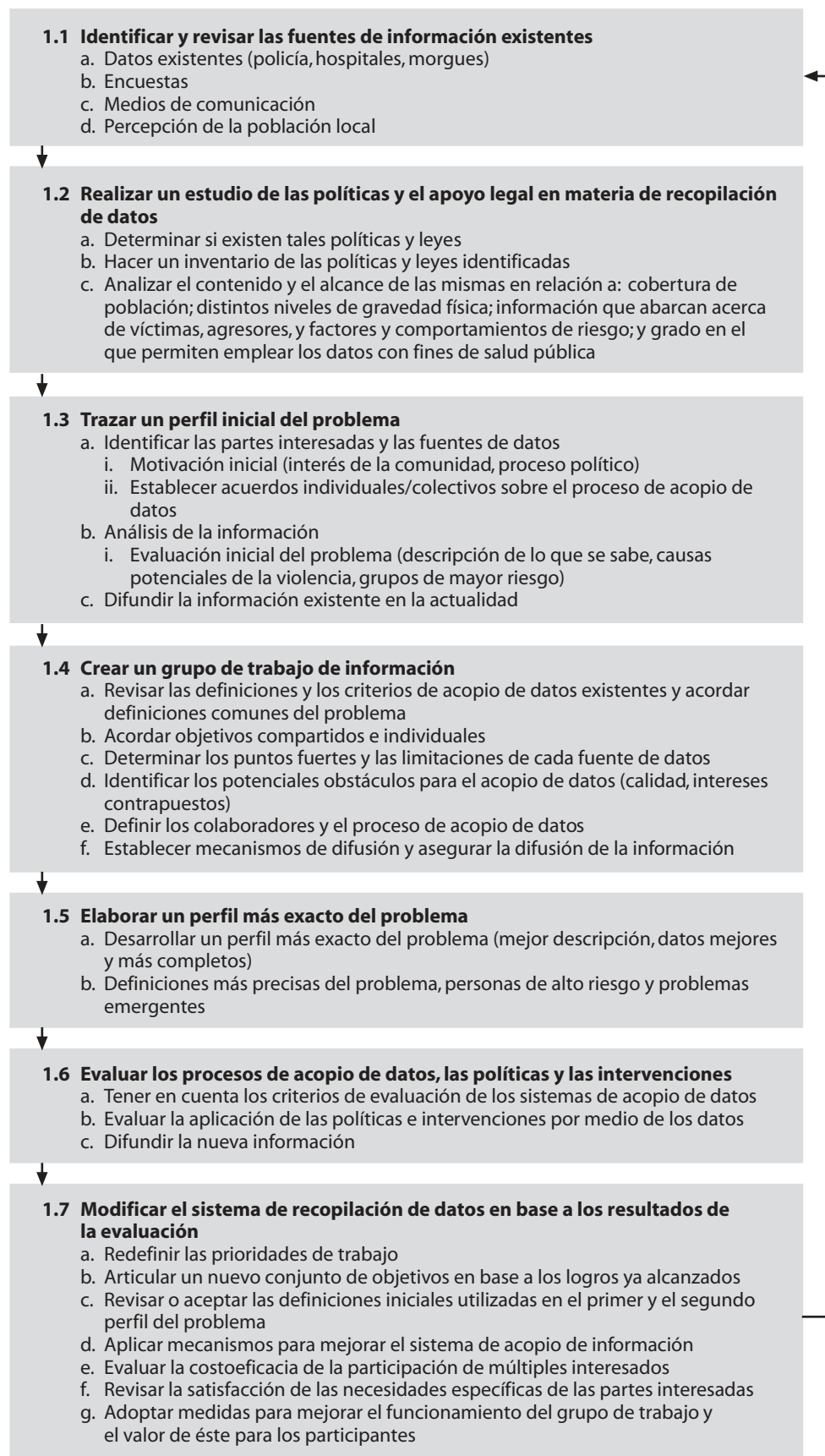
LÍNEA DE ACCIÓN 1.7**Modificar el sistema de recopilación de datos en base a los resultados de la evaluación**

En base a los resultados arrojados por el proceso de evaluación, el grupo de trabajo de información deberá luego volver sobre varias de las cuestiones que abordara durante su constitución y modificarlas según sea preciso. El grupo deberá, en particular:

- volver a definir las prioridades de trabajo;
- articular un nuevo conjunto de objetivos sobre la base de los logros ya alcanzados;
- revisar o aceptar las definiciones iniciales utilizadas en el primer y el segundo perfil del problema;
- aplicar mecanismos para mejorar el sistema de acopio de información;
- evaluar la costoeficacia de la participación de múltiples interesados;
- revisar la satisfacción de las necesidades específicas de las partes interesadas;
- adoptar medidas para mejorar el funcionamiento del grupo de trabajo y el valor de éste para los participantes.

La aplicación de los resultados de esta fase conducirá, a su vez, a mejoras en las fuentes de información y, así, el ciclo de **líneas de acción** que se resume en la **FIGURA TRES** volverá a su punto inicial de partida.

FIGURA TRES Aumentar la capacidad de recopilación de datos sobre violencia interpersonal



Investigar la violencia: causas, consecuencias y prevención

2.1 Aspectos conceptuales

La investigación sistemática de la violencia interpersonal mediante métodos científicos dará lugar a una mejor comprensión del problema en distintos contextos sociales, económicos y culturales, y hará aumentar en gran medida el desarrollo de respuestas adecuadas. La información obtenida a través de una investigación de este tipo se puede utilizar para diseñar programas de prevención, evaluar su eficacia y abogar por mayores inversiones en aquellas estrategias de eficacia demostrada o prometedora. La investigación es un componente esencial para hacer realidad las recomendaciones sustanciales abordadas en esta guía.

Los métodos de investigación utilizados para indagar en la violencia interpersonal son los mismos que los que se emplean para investigar otros problemas de salud pública. Entre ellos cabe destacar, por un lado, los métodos cuantitativos, como los estudios longitudinales, los estudios de casos y controles, métodos de captura-recaptura, ensayos de control aleatorizados y los análisis de costoeficacia; y, por otro, los métodos cualitativos, como son los estudios de casos. Si ya existe personal calificado para llevar a cabo este tipo de investigación, puede aplicarse de inmediato a la cuestión de la violencia interpersonal, puesto que no necesitará ningún plan de formación adicional en nuevos métodos de investigación.

2.2 Cuestiones de políticas

Para poder desarrollar políticas de apoyo a la prevención de la violencia y revisar las políticas existentes que puedan obstaculizar las tareas de prevención o bien exacerbar los factores de riesgo subyacentes, es de importancia primordial comprender, a la luz de la investigación, los factores sociales, económicos y sanitarios que intervienen en la violencia interpersonal. Los procesos de desarrollo y de reforma de las políticas están, sin embargo, sujetos a la influencia de aspectos políticos y culturales, de factores económicos y sociales, y de pruebas científicas y técnicas. La percepción de la violencia suele estar profundamente arraigada en normas basadas en la cultura o en el género, y marcadamente condicionadas desde la perspectiva de la justicia penal. A consecuencia de ello, con frecuencia la violencia queda fuera del discurso político relacionado con la salud y el bienestar públicos, lo cual dificulta las tareas de planificación de políticas que se basen en los resultados de la investigación en materia de prevención de la violencia o que sean un estímulo para ésta.

La resistencia institucional a emplear los resultados de la investigación en cuestiones de salud pública para planificar las políticas se puede contrarrestar creando un sólido punto de enlace entre las instancias normativas y los investigadores en prevención de la violencia. Este punto de enlace entre políticas e investigación debe crearse alrededor de dos características fundamentales:

- un enfoque estratégico a la investigación que centre la atención en un reducido conjunto de prioridades de investigación en prevención de la violencia, las cuales han de ser muy sobresalientes para los líderes políticos y las instancias normativas del sector de la salud y otros;
- un enfoque que aspire a canalizar las investigaciones en materia de prevención de la violencia, integrándolas en los programas nacionales de investigación sanitaria y científica.

Definir las prioridades de la investigación en materia de prevención de la violencia

Los campos de investigación prioritarios enumerados abajo reflejan las necesidades de investigación para inspirar la acción en respuesta a cada una de las otras recomendaciones expuestas en esta guía, y pueden servir de modelo para desarrollar un programa de política de investigación en materia de prevención de la violencia interpersonal. Las prioridades

de investigación de los distintos países dependerán de la etapa de desarrollo y madurez en que se encuentren las actividades de investigación en prevención de la violencia existentes. Se pueden identificar cuatro etapas, que se enumeran más abajo, las cuales representan cada uno de los cuatro pasos del enfoque de salud pública reseñado en la **Introducción**; para que las tareas de prevención de la violencia a nivel de país vayan avanzando, en cada etapa será preciso abordar temas de investigación específicos.

- **Definir el problema** Al comienzo, las investigaciones se centrarán en la definición del problema, atendiendo a cuestiones como la magnitud, los tipos y los costos de la violencia interpersonal. Por ejemplo, se podrían utilizar los datos de la vigilancia para preparar informes epidemiológicos descriptivos de la violencia interpersonal mortal y no mortal, o se podrían estudiar los costos económicos y sociales de la violencia interpersonal.
- **Identificar los factores de riesgo y de protección** Conforme se vaya estableciendo una base de investigación descriptiva más sólida, se podrá poner mayor énfasis en la identificación de los factores de riesgo y de protección. Algunos de ellos podrán modificarse a través de intervenciones y es en éstos donde han de concentrarse los esfuerzos de las instancias normativas y los responsables del desarrollo de programas. Como ejemplo se pueden citar los estudios de casos y controles personales o familiares para determinar el papel que juegan las toxicomanías en la violencia interpersonal, o los estudios acerca de cómo afectan las tasas de desempleo a las tasas de violencia en distintas comunidades.
- **Identificar y evaluar las intervenciones posibles** Las intervenciones en cuestión de servicios de prevención primaria y de atención y apoyo a las víctimas se pueden desarrollar, aplicar y evaluar a nivel local, de la comunidad, regional o nacional. Cualquiera que sea el nivel del programa, éste deberá adaptarse a las circunstancias y a las características de la población en la que vaya a aplicarse, y deberá dirigirse específicamente a uno o más de los factores de riesgo o de protección modificables identificados en la etapa anterior. En este punto son útiles los proyectos de demostración, que permiten probar la eficacia de un modelo de programa específico en un entorno determinado y cuyos resultados podrán incorporarse en la etapa siguiente, al aplicar el modelo a mayor escala. Durante esta etapa, el desarrollo de programas y políticas puede beneficiarse en especial de las investigaciones centradas en adaptar las intervenciones basadas en pruebas de un entorno a otro diferente (por ejemplo, de los países con ingresos elevados a los países con ingresos reducidos); de la evaluación de los programas de prevención primaria existentes; de la evaluación de los servicios de atención y de apoyo a las víctimas; y de las relaciones costo-beneficio y costo-eficacia.
- **Aplicar los programas probados y los prometedores** Los programas basados en constataciones y que, tras una atenta evaluación, arrojen resultados prometedores, pueden adaptarse a distintos entornos y adoptarse a través de una labor de aplicación generalizada. En esta etapa, la supervisión y la evaluación de la investigación tiene como objetivo ajustar los programas a cada entorno individual; supervisar el proceso de aplicación en su conjunto, así como los efectos de los factores de riesgo y de protección identificados; y, por último, calibrar el impacto, la relación costo-beneficio y la costoeficacia de la aplicación generalizada. Aquí, la investigación puede nuevamente ser de utilidad para examinar y determinar el grado de éxito o fracaso de la aplicación a gran escala de un programa y de su trasplante de un entorno a otro. Otro ejemplo del buen empleo de la investigación sería el análisis de series temporales, que en esta etapa podría ser útil para determinar el impacto de la promulgación, la reforma o la entrada en vigor de las políticas.

Canalizar las investigaciones sobre prevención de la violencia

El enfoque estratégico al desarrollo de las prioridades de investigación en materia de prevención de la violencia llevará a «canalizar» la labor de los investigadores en prevención de la violencia, es decir, a integrar sus investigaciones en los programas nacionales de investigación sanitaria y de otras disciplinas científicas. A nivel de país, el diálogo entre políticas e investigación normalmente se realiza a través de mecanismos formales que establecen las prioridades de investigación y de su financiación, y que proporcionan canales de comunicación que enlazan políticas, acción e investigación. Por ejemplo, para establecer sus prioridades en cuestión de investigación sanitaria, muchos países en desarrollo han adoptado el Essential National Health Research (ENHR), un marco aceptado a nivel internacional para la promoción de la salud y el desarrollo. El sistema integrado del ENHR refleja la entrada proporcionada por las partes interesadas, un grupo interdisciplinario e intersectorial, combinando los resultados de la investigación y el análisis con la participación de la comunidad, lo cual permite que amplios y variados sectores de la población se identifiquen y se sientan implicados en el programa. Los mecanismos como el ENHR identifican las prioridades de investigación a las que el gobierno prestará apoyo en función de la probabilidad que tengan los estudios de producir resultados capaces de influir en las instancias normativas sanitarias (véase el **CUADRO CINCO**). La integración de las investigaciones correspondientes a las cuatro etapas presentadas más arriba en los mecanismos del país que determinan las prioridades en cuestión de investigación sanitaria, puede dar más notoriedad a las investigaciones sobre violencia interpersonal, contribuir al aumento de la financiación gubernamental para hacer más sostenibles las tareas de investigación, y asegurar que las constataciones influyan en las políticas.

Si bien el sector sanitario es el principal destinatario de las investigaciones sobre la prevención de la violencia, la complejidad y la naturaleza multisectorial de las causas y las consecuencias de ésta también pueden abordarse de forma positiva en otros foros de investigación a nivel de país. Los consejos nacionales de investigaciones científicas e industriales pueden estar interesados, por ejemplo, en desarrollar sistemas de información geográfica empleando los datos descriptivos y epidemiológicos sobre la violencia; en desarrollar nuevos sistemas de seguridad de las armas que puedan contribuir a las investigaciones relacionadas con la prevención de las heridas por armas de fuego, o en manipular el medio urbano para calibrar su efecto en el número y la intensidad de los determinantes situacionales de la violencia. Con frecuencia ya habrá algunos consejos científicos – en particular los que se ocupen de las ciencias económicas, sociales y humanas – que estén realizando grandes inversiones en investigación estratégica sobre muchos factores de riesgo y estrategias de prevención relacionados con la violencia interpersonal. En muchos países, por último, existen institutos de investigación sin fines de lucro con intereses variados y conocimientos especializados que también podrían participar en el diálogo para canalizar la investigación en materia de prevención de la violencia.

Conseguir la participación de los interesados

Mientras que la investigación propiamente dicha deben llevarla a cabo organismos e instituciones especializados con la capacidad técnica necesaria, la canalización de las investigaciones sobre prevención de la violencia puede lograrse a través de un proceso de planificación y aplicación de un programa de investigación, que cuente con la participación de las instancias normativas y otras partes interesadas en la prevención de la violencia a nivel nacional, regional y local (por ejemplo: investigadores de disciplinas distintas de la salud; responsables del desarrollo de programas pertenecientes a organismos de prestación de servicios; representantes de asociaciones de víctimas). La superación de las barreras entre las instituciones de investigación académicas, el gobierno y la comunidad contribuye a que las partes interesadas asuman como propio el proceso de investigación, lo cual, a su vez, minimiza la resistencia al cambio en las políticas y al cambio social, y promueve

La investigación en materia de prevención de los traumatismos y la violencia en Sudáfrica

A finales del decenio de 1980, grupos de investigación orientados a la salud pública iniciaron en Sudáfrica investigaciones epidemiológicas sobre las causas y las consecuencias de los traumatismos y la violencia como punto de partida para mejorar su prevención y control. Estos investigadores, al poner de manifiesto la masiva pero hasta entonces ignorada carga de las defunciones y las lesiones causadas por la violencia interpersonal, marcaron el comienzo de un cambio de rumbo en la concepción histórica de la violencia como un fenómeno mayormente político o colectivo. Los resultados de estas investigaciones se utilizaron para establecer programas piloto de prevención de la violencia en algunos hogares convencionales y marginales de bajos ingresos en los cuales se habían identificado ciudadanos que presentaban un elevado riesgo de convertirse en víctimas y perpetradores de violencia, y para elaborar argumentos a favor de la inclusión de la prevención de la violencia como una cuestión prioritaria de salud.

Las investigaciones sobre prevención de los traumatismos y la violencia comenzaron a canalizarse a mediados del decenio de 1990, exactamente en 1996, cuando la Essential National Health Research Conference identificó la vigilancia de los traumatismos y la violencia como una de las cinco máximas prioridades sanitarias del país para mejorar la prevención y el control de la violencia en Sudáfrica. Ese mismo año, los Gobiernos de los Estados Unidos de América y de Sudáfrica alcanzaron un acuerdo de cooperación técnica para desarrollar la capacidad de los organismos locales en materia de prevención de la violencia. Con este fin, el Departamento de Salud organizó a nivel nacional una conferencia consultiva sobre violencia y salud durante la cual se examinaron los resultados de las investigaciones en relación con la magnitud, las causas y las consecuencias de la violencia interpersonal en Sudáfrica, y se elaboraron planes para el establecimiento de sistemas continuados de vigilancia de los traumatismos y la violencia y la aplicación a mayor escala de los programas de prevención ensayados.

A consecuencia directa de esta conferencia, el Departamento Nacional de Arte, Cultura, Ciencias y Tecnología asignó una importante partida de fondos para el desarrollo de un sistema de vigilancia de los traumatismos y la violencia a escala nacional. El desarrollo

de este sistema estuvo a cargo de un consorcio formado por el Instituto de Ciencias Sociales y de la Salud de la Universidad de Sudáfrica, el Consejo de Investigaciones Médicas y el Consejo de Investigaciones Científicas e Industriales. En el año 2004, cuando entraba en su cuarto año consecutivo de recopilación de datos, el sistema comenzó a centrarse fundamentalmente en la vigilancia de todas las defunciones cuya causa conocida o sospechada eran los traumatismos (incluidas aquellas debidas a la violencia y las producidas de forma no intencional). La información que había ido recopilando el sistema había sido utilizada por una amplia variedad de organismos gubernamentales y no gubernamentales para diseñar y planificar programas de prevención. Además, los resultados se habían utilizado en diversas iniciativas de prevención, entre ellas la promulgación de nuevas leyes para regular la tenencia y la portación de armas de fuego; para determinar la exhaustividad y sensibilidad de los sistemas nacionales de estadísticas biosanitarias y de información penal de la policía, y para el cálculo de las previsiones de la carga de morbilidad a nivel nacional y municipal sobre las cuales basar la planificación y las políticas sanitarias.

La investigación en materia de prevención de los traumatismos y la violencia en Sudáfrica se había consolidado aún más en el año 2001, cuando a iniciativa conjunta del Consejo de Investigaciones Médicas y del Instituto de Ciencias Sociales y de la Salud de la Universidad de Sudáfrica, se estableció un innovador programa sobre delincuencia, traumatismos y violencia. Este programa, que supuso la equiparación de la prioridad de las investigaciones sobre prevención de la violencia a la de las investigaciones sobre el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria, tiene entre sus objetivos los siguientes:

- llevar a cabo y difundir investigaciones orientadas hacia la salud pública acerca de las dimensiones, causas y consecuencias de los traumatismos y la violencia;
- fomentar la investigación destinada a identificar, apoyar y desarrollar ejemplos de prácticas óptimas para la prevención primaria y para los servicios de apoyo y atención a las víctimas;
- fortalecer la capacidad de los investigadores de Sudáfrica para tratar los traumatismos y la violencia.

el uso rápido y eficaz de los resultados de las investigaciones. Los participantes pueden prestar su colaboración en todos los pasos del proceso de investigación, desde el desarrollo de los temas de investigación hasta la captación de asociados, pasando por la difusión de las constataciones.

La participación en el proceso de investigación de consumidores de investigaciones del ámbito no académico no compromete la objetividad científica. Todo lo contrario, destacará la importancia y la utilidad de las constataciones entre las instancias normativas, los diseñadores de programas y las comunidades a las que se pretende beneficiar mediante las intervenciones. Permitirá ampliar la difusión de los resultados a través de formatos adecuados a los distintos consumidores, y la transición de la investigación a las políticas y la acción será más rápida y más ampliamente aceptada. Si se logra, por ejemplo, que en el

diseño y la aplicación de una encuesta de base comunitaria sobre los riesgos de la violencia interpersonal y su percepción, participen las empresas, las autoridades educativas, los líderes de la comunidad, las organizaciones religiosas y la policía locales, el interés de éstos será mayor e invertirán más, con lo cual aumentarán también las probabilidades de que las políticas y los programas sean productivos.

2.3 Líneas de acción para investigar la violencia

Partiendo de la premisa de que todas las etapas del proceso de investigación: a) deben estar orientadas hacia el usuario final para asegurar que los resultados sean accesibles a todos los públicos posibles y no sólo a la comunidad investigadora; y b) necesitan potenciar al máximo la implicación de las partes interesadas, tanto en el programa de investigación como en cada una de las actividades de investigación, se sugieren las siguientes **líneas de acción**:

- 2.1 Destacar la necesidad de estudiar la violencia interpersonal
- 2.2 Desarrollar un programa de investigación sobre la violencia interpersonal a nivel de país
- 2.3 Identificar los marcos de la política nacional de investigación e integrar en ellos las investigaciones sobre la violencia
- 2.4 Identificar y respaldar un centro nacional de investigación en materia de violencia interpersonal
- 2.5 Establecer mecanismos para asegurar el acceso de los investigadores a las fuentes de información clave
- 2.6 Establecer mecanismos para difundir los resultados de las investigaciones
- 2.7 Integrar las investigaciones sobre prevención de la violencia en los ámbitos de formación de investigadores universitarios y de posgrado.

En el **CUADRO DE RECURSOS DOS** se enumeran directrices técnicas y otros recursos que pueden ser de utilidad para la aplicación de estos pasos.

CUADRO DE RECURSOS DOS

Directrices técnicas y otros recursos para aplicar las líneas de acción para investigar la violencia

- Council for Health Research and Development (documentos e información sobre los países y los asociados internacionales de Essential National Health Research) <http://www.cohred.ch/>
- Global Forum for Health Research (pretende centrar los esfuerzos de investigación en las enfermedades que constituyen la mayor carga para la salud mundial y facilitar la colaboración entre los asociados, tanto del sector público como del privado) <http://www.globalforumhealth.org/pages/index.asp>

LÍNEA DE ACCIÓN 2.1

Destacar la necesidad de estudiar la violencia interpersonal

Es importante centrar la atención de la comunidad investigadora en la necesidad de estudiar la violencia interpersonal. La implicación de las partes interesadas, los medios de comunicación, las instancias normativas y el público en general puede ayudar a elevar el perfil de la investigación sobre la prevención de la violencia interpersonal y poner de relieve su importancia. Sería especialmente útil, además, que el ministro de salud preparase un documento de posición que proporcione argumentos a favor de dicha investigación y explique cómo podría contribuir a fortalecer la capacidad de prevenir la violencia y aumentar la seguridad de las personas.

LÍNEA DE ACCIÓN 2.2**Desarrollar un programa de investigación sobre la violencia interpersonal a nivel de país**

El desarrollo de un programa nacional de investigación sobre la violencia interpersonal es uno de los pasos de la creación de un plan nacional de acción (véase la **Parte 6**). Un programa de estas características establece las prioridades de la investigación en la materia y da más notoriedad a la cuestión de la violencia interpersonal entre la comunidad investigadora. Las esferas de contenido pueden incluir los temas específicos de investigación sugeridos más arriba para cada una de las etapas del proceso de investigación sobre prevención de la violencia, así como cualquier laguna o cuestión que pueda identificar el grupo de trabajo de información (véase la **Parte 1**).

LÍNEA DE ACCIÓN 2.3**Identificar los marcos de la política nacional de investigación e integrar en ellos las investigaciones sobre la violencia**

Como ya se ha mencionado anteriormente, el diálogo a nivel de país entre políticas e investigación puede tener lugar a través de mecanismos formales que establezcan las prioridades de investigación y de financiación de la investigación, y proporcionen canales de comunicación que enlacen políticas, acción e investigación, para asegurar la aplicación pronta y eficiente de los resultados de las investigaciones. Los esfuerzos por canalizar la investigación sobre prevención de la violencia deben tener como objetivo la integración de la cuestión en estos mecanismos formales, para así poder transformar los resultados de las investigaciones en políticas y acciones, y orientarse tanto hacia la investigación en materia de salud como hacia estructuras de investigación científica más amplias.

LÍNEA DE ACCIÓN 2.4**Identificar y respaldar un centro nacional de investigación en materia de violencia interpersonal**

Es preciso identificar una institución de investigación que pueda convertirse en un centro nacional de investigación sobre violencia interpersonal y prestarle apoyo en el desempeño de esta función. Dicha institución ha de pertenecer a una universidad o formar parte del consejo de investigaciones del gobierno y puede tener sólidos antecedentes en la investigación sobre la violencia o bien ser una recién iniciada en la materia. En cualquiera de los casos, es de primordial importancia que tanto las instancias normativas del gobierno como las partes interesadas no pertenecientes al mismo consideren el centro como una fuente imparcial de información científica fidedigna en materia de violencia interpersonal. El apoyo a un centro nacional de investigación de estas características ayudará a estimular la producción y difusión de una investigación de gran calidad y a seguir avanzando en el programa de prevención de la violencia interpersonal.

LÍNEA DE ACCIÓN 2.5**Establecer mecanismos para asegurar el acceso de los investigadores a las fuentes de información clave**

Para que las investigaciones puedan avanzar, es necesario que los investigadores tengan acceso a las fuentes de información clave, en particular a los datos recopilados sistemáticamente enumerados en la **Parte 1**. Los investigadores legítimos deben tener a su disposición datos de gran calidad sobre la violencia interpersonal y los factores de riesgo subyacentes.

Cuanto más estudie estos datos la comunidad científica, mejor se comprenderá la violencia y mayores serán las posibilidades de prevenirla. En muchos países el acceso al censo de población y otra información demográfica y sanitaria por parte de los investigadores está sujeto al pago de elevadas tasas de uso, y para limitar el acceso a los datos relacionados con las causas de las defunciones se esgrime la preocupación por la propiedad de los datos y la confidencialidad de los mismos. Estas barreras pueden suponer un gran obstáculo para el establecimiento de un nuevo campo de investigación y, por tanto, es posible que para fomentar las investigaciones sobre violencia interpersonal sea necesario alcanzar acuerdos especiales con las instituciones correspondientes para eliminar las tasas y garantizar el acceso.

LÍNEA DE ACCIÓN 2.6

Establecer mecanismos para difundir los resultados de las investigaciones

Han de establecerse mecanismos para asegurar la amplia difusión de los resultados de las investigaciones sobre la violencia interpersonal no sólo entre la comunidad investigadora sino también entre los profesionales de la salud, las instancias normativas y el público en general. Éste es un paso importante para conseguir un mayor reconocimiento del valor que tienen estas investigaciones e ir preparando el terreno para aplicar sus resultados. Entre los mecanismos de difusión adecuados a este fin se incluyen las exposiciones, los sitios web, los boletines informativos, las colaboraciones regulares en periódicos u otros medios impresos, los noticieros y los programas de entrevistas.

LÍNEA DE ACCIÓN 2.7

Integrar las investigaciones sobre prevención de la violencia en los ámbitos de formación de investigadores universitarios y de posgrado

Un gran yacimiento de posibles investigadores es el que representan los estudiantes en ámbitos tales como epidemiología; salud familiar y comunitaria; economía sanitaria; psicología clínica, social y comunitaria, y asesoría; sociología; trabajo social; enfermería; educación, y criminología. Los estudiantes pertenecientes a estos ámbitos, ya sean universitarios o de posgrado, por lo general están obligados, como parte de su formación, a llevar a cabo un proyecto de investigación. La adición de la violencia interpersonal a la lista de los temas de investigación posibles puede significar un importante aumento de la capacidad investigadora del país. En este sentido también puede ser útil reservar una parte de los fondos financieros destinados a la investigación para ofrecer becas y bolsas de ayuda que atraigan a los jóvenes científicos al campo de la prevención de la violencia y les permitan desarrollar sus capacidades.

Fomentar la prevención primaria de la violencia interpersonal

3.1 Aspectos conceptuales

Si bien los servicios de apoyo y de atención a las víctimas son importantes para mitigar las consecuencias físicas y psicológicas de la violencia interpersonal y para reducir la vulnerabilidad de las personas (véase la **Parte 5**), antes de nada es preciso prestar una gran atención a prevenir el desarrollo y la perpetración de los comportamientos violentos. Fomentar la prevención primaria de la violencia interpersonal significa estimular y respaldar el desarrollo, la aplicación y la evaluación de programas diseñados específicamente para detener la perpetración de violencia. Para asegurar que las enseñanzas aprendidas de la experiencia y enraizadas en las realidades locales, produzcan el máximo beneficio, es preciso trasladar los resultados de tales esfuerzos al proceso de las políticas. Por otra parte, el éxito de los programas de prevención primaria contribuirá a los esfuerzos por desalentar la violencia interpersonal basados en la promoción de la igualdad y la equidad social y entre los sexos (véase la **Parte 4**). Desde la perspectiva del enfoque basado en la salud pública (véase la **Introducción**), la promoción de la prevención de la violencia interpersonal es una meta general y a la vez específica, en particular en relación con los pasos tres (desarrollo y evaluación de intervenciones preventivas) y cuatro (aplicación de las intervenciones eficaces y prometedoras en una amplia variedad de entornos).

Prevenir la perpetración de la violencia

La efectividad de una determinada estrategia de prevención primaria dependerá de la combinación del tipo de intervención, el ritmo de ejecución y la población de riesgo. Muchas intervenciones son específicas de alguna etapa del desarrollo (por ejemplo, infancia, adolescencia, edad adulta, vejez) y su ritmo de ejecución tiene una importancia decisiva. Los programas de visita domiciliaria y de educación parental, por ejemplo, son eficaces para prevenir el maltrato de los niños y la posterior violencia entre adolescentes y varones jóvenes si se ejecutan durante la infancia (de 0 a 3 años de edad), pero no están diseñados para aplicarse en ciclos biológicos posteriores.

Como muestra la **TABLA TRES**, para que la prevención primaria de la violencia sea eficaz se requiere un conjunto de estrategias que actúan en las distintas etapas del desarrollo y a través de los diversos niveles del modelo ecológico. Han de promoverse aquellas estrategias que hayan demostrado ser de eficacia probada o cuanto menos prometedora. Los recursos destinados a la prevención de la violencia no deben invertirse en programas basados en estrategias que hayan demostrado no ser eficaces para reducir la violencia interpersonal y los factores de riesgo, ni siquiera aunque en un principio parecieran prometer rápidos efectos preventivos a un costo relativamente bajo o cuando sean populares desde un punto de vista político. Ejemplos de ello serían proporcionar a los adolescentes información sobre el abuso del alcohol, enseñar a los jóvenes a utilizar las armas de forma «segura», y la mediación y el asesoramiento entre iguales. Por la promesa inicial que despiertan, es muy probable que estos enfoques poco eficaces para prevenir la violencia se apliquen a gran escala, lo cual suscitará la cuestión del despilfarro de los ya de por sí escasos recursos destinados a la prevención.

En base a la literatura científica relacionada con la epidemiología, la etiología y la prevención de la violencia, se han identificado varios enfoques de carácter general a la prevención primaria de la violencia, a saber:

- **Invertir en las intervenciones tempranas** Las expectativas de los programas de prevención de la violencia dirigidos a los niños o que influyen en ellos en las primeras etapas de su desarrollo son más prometedoras que las de los programas dirigidos a los adultos. Las intervenciones tempranas tienen la posibilidad de moldear las actitudes, los conocimientos y el comportamiento de los niños en el momento en el que éstos están más abiertos a las influencias positivas, y de dejar así en su comportamiento unas huellas que les acompañarán toda la vida. Se ha demostrado, por

TABLA TRES Las estrategias de prevención por etapa de desarrollo, contexto ecológico y eficacia¹

Las estrategias **en fondo negro** han demostrado ser eficaces en la reducción de la violencia o de sus factores de riesgo.

Las estrategias **en fondo gris** han demostrado ser prometedoras en la reducción de la violencia o de sus factores de riesgo.

Las estrategias *en cursiva* han demostrado no ser eficaces en la reducción de la violencia o de sus factores de riesgo.

CONTEXTO ECOLÓGICO	ETAPA DEL DESARROLLO	
	LACTANCIA Y PRIMERA INFANCIA (0-3 AÑOS)	INFANCIA (3-11 AÑOS)
Individuo	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir los embarazos involuntarios • Facilitar el acceso a los servicios pre y posnatales • Programas de tratamiento para las víctimas de maltrato • Servicios para niños que han presenciado actos violentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Formación en desarrollo social • Programas de enriquecimiento preescolar <ul style="list-style-type: none"> • Programas escolares de prevención del maltrato de los niños • <i>Educación contra la droga</i> • <i>Manejo seguro de las armas</i>
Relaciones (p. ej., la familia, los compañeros)	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de visita domiciliaria • Educación parental • Servicios de acogida terapéutica 	<ul style="list-style-type: none"> • Tutorías • Programas de colaboración hogar-escuela para fomentar la participación de los padres
Comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia del plomo y recogida de las sustancias tóxicas • Investigación de antecedentes de maltrato a cargo de los dispensadores de atención de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Puntos de refugio para niños en las rutas de alto riesgo hacia la escuela • Programas extraescolares para ampliar la supervisión por parte de adultos • Programas de actividades recreativas
	<ul style="list-style-type: none"> • Policía comunitaria • Mejorar la respuesta en emergencias y la atención traumatológica • Formar a los dispensadores de atención de salud en la detección y notificación de casos de maltrato de los niños • Fomentar el almacenamiento seguro de las armas de fuego y otras armas letales • Campañas de prevención y educación para sensibilizar a la opinión pública acerca del maltrato de los niños • Programas de servicios de protección a la infancia • Servicios para los agresores encarcelados <ul style="list-style-type: none"> • <i>Recompra de las armas</i> 	
Sociedad/Cultura		<ul style="list-style-type: none"> • Reducir la violencia en los medios de comunicación • Campañas de información pública para fomentar normas prosociales
	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar los sistemas policial y judicial • Desconcentrar la pobreza • Reducir la desigualdad en los ingresos 	

¹ Adaptado a partir de Rosenberg ML, et al. *Violence*. Capítulo remitido a Jamison DT, et al. (eds). *Disease control priorities in developing countries*, segundo edición. Nueva York, Oxford University Press.

CONTEXTO ECOLÓGICO	ETAPA DEL DESARROLLO	
	ADOLESCENCIA (12-19 AÑOS)	EDAD ADULTA (MÁS DE 20 AÑOS)
Individuo	<ul style="list-style-type: none"> • Formación en desarrollo social • Incentivos educativos para los estudiantes de secundaria de riesgo y desfavorecidos • Programas de prevención de la violencia en las citas entre los escolares • Programas de enriquecimiento académico <ul style="list-style-type: none"> • <i>Asesoramiento personal</i> • <i>Libertad vigilada o libertad condicional</i> • <i>Programas de residencia en instituciones psiquiátricas o correccionales</i> • <i>Manejo seguro de las armas</i> • <i>Campamentos de entrenamiento</i> • <i>Juzgar a los delincuentes muy jóvenes en tribunales para adultos</i> • <i>Educación contra la droga</i> • <i>Programas basados en el adiestramiento militar básico</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivos para seguir estudios terciarios o de formación vocacional • Servicios para adultos maltratados durante su infancia • Tratamiento para los autores de maltrato de los niños o contra la pareja • Periodos de espera entre compras sucesivas de armas de fuego • Responsabilidad del propietario por los daños causados por las armas de fuego
Relaciones (p. ej., la familia, los compañeros)	<ul style="list-style-type: none"> • Tutorías • Terapia familiar <ul style="list-style-type: none"> • Programas de acogida temporal para delincuentes severos y crónicos • <i>Mediación y asesoramiento entre iguales</i> 	
Comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de actividades recreativas • Restringir el acceso al alcohol • Dotar a los profesionales de la salud de medios para identificar y derivar a los jóvenes de alto riesgo y a las víctimas de violencia sexual • Detectores de metales en las escuelas • <i>Programas interdisciplinarios de prevención contra las bandas</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Restringir el acceso al alcohol • Programas de actividades recreativas para adultos • Refugios y centros de crisis para mujeres y ancianos víctimas de maltrato • Reformar la justicia penal para castigar el maltrato de los niños y los ancianos y la violencia contra la pareja • Políticas de arresto obligatorio para los actos de violencia contra la pareja • Deshonra pública de los autores de actos de violencia contra la pareja • Servicios de identificación y tratamiento de los ancianos maltratados • Dotar a los profesionales de la salud de medios para identificar y derivar a las mujeres y los ancianos maltratados y a las víctimas de violencia sexual • <i>Leyes de permiso de portación de armas en público</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Policía comunitaria • Mejorar la respuesta en emergencias y la atención traumatológica • Desarticular los mercados ilegales de armas • Prohibir la venta de armas a las personas de alto riesgo • Condena forzosa por el empleo de armas en la comisión de delitos • Coordinar las intervenciones comunitarias de prevención de la violencia • Campañas de prevención y educación para sensibilizar a la opinión pública acerca de la violencia juvenil, la violencia contra la pareja y el maltrato de los ancianos • <i>Recompra de las armas</i> 	
Sociedad/ Cultura	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir la violencia en los medios de comunicación • Promulgar leyes que prohíban la transferencia ilícita de armas a los jóvenes 	<ul style="list-style-type: none"> • Instituir programas de creación de empleo para los desempleados crónicos
	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar los sistemas policial y judicial • Fomentar el almacenamiento seguro de las armas de fuego • Desconcentrar la pobreza • Reducir la desigualdad en los ingresos • Cambiar las normas culturales que respaldan la violencia y el maltrato de niños y adultos 	

ejemplo, que los programas de enriquecimiento preescolar y de visita domiciliaria, así como los programas de desarrollo social en el ámbito escolar que enseñan a los niños habilidades sociales y de resolución de conflictos, son eficaces para reducir, tanto a corto como a largo plazo, la violencia juvenil y sus factores de riesgo (como el abuso de las drogas).

- **Aumentar la participación de los adultos** Es bien sabido que las deficiencias en la supervisión, la vigilancia y el compromiso de los padres en las actividades de los niños y los adolescentes son factores de riesgo para la violencia juvenil. A la inversa, se ha demostrado que una relación afectuosa y de apoyo con los padres u otros adultos es una protección contra el comportamiento antisocial. Dados estos factores, cabe esperar que la violencia juvenil sea mayor cuando la estructura familiar esté desintegrada a causa de guerras, epidemias o cambios sociales rápidos. También existen ciertos indicios, si bien no se han evaluado en profundidad, que los programas de tutoría, que emparejan a los niños y jóvenes de alto riesgo con un adulto que actúa como modelo positivo, podrían ser eficaces para reducir la violencia juvenil. Parece ser que la participación de personas adultas positivas en la vida de los niños y jóvenes es un elemento importante en la prevención primaria de la violencia.
- **Fortalecer las comunidades** La comunidad es el ambiente en el que interactúan las personas y las familias, y su grado de tolerancia o de censura respecto de los actos violentos y los comportamientos de riesgo asociados (como la embriaguez) tendrá gran importancia en los esfuerzos de prevención. Aunque a este nivel aún se requiere más investigación y evaluación, se han identificado algunas intervenciones de base comunitaria que parecen prometedoras para reducir los niveles de perpetración de actos graves de violencia física y sexual y de otros delitos; por ejemplo, intervenciones que intentan dificultar el acceso al alcohol mediante la imposición de restricciones a las campañas de marketing que buscan aumentar el consumo de alcohol por medio de la rebaja de los precios. Además, aumentar la accesibilidad y la calidad de los centros de salud infantil puede ayudar a fomentar el desarrollo saludable y facilitar el buen desempeño escolar, y la creación de rutas seguras para los niños en el camino de su casa a la escuela y a otros centros de actividades de la comunidad puede prevenir la victimización.
- **Modificar las normas culturales** El contexto cultural juega un importante papel en el comportamiento violento. La tradición cultural y las normas sociales a menudo se utilizan para justificar prácticas tales como la mutilación genital femenina, el maltrato de las mujeres, los castigos físicos severos a los niños y la violencia física como un medio de resolución de conflictos entre los jóvenes varones. Las normas culturales también pueden ser una fuente de protección contra la violencia, como es el caso de las antiguas tradiciones que promueven la igualdad de la mujer o el respeto a los ancianos. Para prevenir la violencia es especialmente importante combatir las pautas que asocian el comportamiento violento con la masculinidad y aquellas que fomentan el racismo, el clasismo y el sexismo. Y, por otra parte, han de promoverse aquellas pautas que protejan contra la violencia.
- **Reducir la desigualdad en los ingresos** Aunque no parece que la pobreza en sí misma esté asociada de forma coherente con la violencia, la yuxtaposición de extrema pobreza y extrema riqueza sí parecería estar universalmente asociada con la violencia interpersonal y colectiva. Es posible, por tanto, que los programas y las políticas que reducen o minimizan el impacto de la desigualdad en los ingresos puedan ser valiosos en la prevención de la violencia, si bien aún no se ha establecido la base científica de tales intervenciones.

- **Mejorar los sistemas de justicia penal y de bienestar social** Estudios transnacionales indican que la eficacia y la fiabilidad de las instituciones de justicia penal, así como la existencia de programas que proporcionen redes de seguridad económica están asociados con menores tasas de homicidio. Desde la perspectiva de la prevención primaria de la violencia, el mantenimiento de un sistema de justicia penal justo y eficiente contribuye a la disuasión general de la violencia. Del mismo modo, las instituciones de bienestar social que proporcionen apoyo básico a las personas y familias que se encuentran en situaciones económicas de extrema necesidad pueden mitigar los efectos de la desigualdad en los ingresos. La mejora y la reforma de estos sistemas debe considerarse un aspecto potencialmente importante de las políticas y los programas de prevención de la violencia a nivel de país (véase también la **Parte 4**).

Intervalos de tiempo de la prevención primaria

El tiempo que transcurre entre la aplicación de una intervención y los subsiguientes cambios en las tasas de violencia que produzca, varía en función de las etapas del desarrollo y los niveles ecológicos a los que se dirija la intervención. Es preciso, por tanto, conceptualizar, diseñar y aplicar los programas de prevención primaria en base a un calendario realista que tenga en cuenta los recursos de políticas, financieros, técnicos, etc., de los que deberá disponerse de forma regular a lo largo de todo el programa y hasta alcanzar los resultados. La clasificación de los efectos de las estrategias de prevención primaria en rápidos, semirretardados y retardados es útil para calcular el intervalo de tiempo probable entre la aplicación y el impacto:

- **Efectos rápidos** se producen ya sea simultáneamente a la intervención o bien en un periodo de tres meses a partir de la iniciación de ésta. Se ha demostrado que se obtienen efectos rápidos de las intervenciones que emplean circuitos cerrados de televisión en los espacios públicos para vigilar que no se cometan actos de violencia; de las intervenciones en infraestructuras que abordan factores tales como la iluminación de las calles, la visibilidad y el espacio defendible; y las intervenciones orientadas hacia las armas (como reducir la portación de armas en público). Algunos programas de prevención primaria, como la iniciativa DESEPAZ en Colombia (**Parte 1, CUADRO CUATRO**), han abordado al mismo tiempo la combinación de la portación de armas de fuego con la venta y el consumo de alcohol, obteniendo reducciones rápidas y estadísticamente significativas de las tasas de homicidios. Estas y otras intervenciones con efectos en principio rápidos son fundamentales para que la prevención dé enseguida resultados alentadores que puedan utilizarse para presentar a las partes interesadas de la clase política y de la sociedad civil una prueba de que la violencia puede prevenirse, y para abogar por el aumento y el mantenimiento de las inversiones dedicadas a la prevención. Los inconvenientes de la mayoría de las intervenciones que producen resultados rápidos son que éstas abordan sólo las formas más visibles de la violencia y que los beneficios obtenidos de la prevención tienden a ser efímeros e ir desapareciendo conforme desaparece la intervención.
- **Efectos semirretardados** tienen efecto entre 4 y 36 meses después de la aplicación. En comparación con los conocimientos existentes acerca de las intervenciones de prevención con efectos rápidos o retardados, es poco lo que se sabe acerca de las intervenciones de esta categoría. La limitada literatura disponible y las consideraciones teóricas sugieren que cabría esperar efectos semirretardados de aquellas intervenciones de prevención orientadas a los jóvenes que ofrezcan tutorías y fomenten la participación de los padres; de las intervenciones económicas que reduzcan con prontitud las desigualdades económicas, y de las intervenciones que refuercen la eficacia del sistema de justicia penal y lo hagan más justo. Se ha comprobado que

las intervenciones tempranas para prevenir el maltrato de los niños y su abandono por parte de padres y cuidadores producen efectos apenas 24 meses después del comienzo de los programas.

- **Efectos retardados** son aquellos que se producen tres o más años después de la intervención, si bien los estudios de evaluación sugieren que sería más realista hablar de un intervalo de entre 15 y 20 años. Las intervenciones tempranas, entre ellas las visitas domiciliarias y la educación parental, la formación en desarrollo social y los programas de enriquecimiento preescolar destinados a niños de 0 a 5 años de edad, se han asociado con reducciones significativas en la perpetración de actos de violencia entre adolescentes y adultos jóvenes entre 10 y 15 años después de su exposición a las intervenciones. También cabe esperar efectos retardados de las intervenciones de prevención que abordan las normas sociales, la desigualdad económica, el entorno social y el sistema de justicia penal. En un clima político y económico que favorece los «parches rápidos», un intervalo de más de uno o dos años entre la aplicación de una intervención y sus beneficios en cuestión de prevención representa un grave obstáculo conceptual para la adopción de dicha estrategia. Probablemente los políticos y los planificadores económicos, quienes trabajan con magros recursos financieros y sometidos a fuertes presiones para satisfacer al electorado, argumentarán que las estrategias de prevención de efectos retardados sólo pueden tenerse en consideración al precio de recortar los programas que prometen efectos rápidos; y éste es un costo de oportunidad que muy pocos de ellos aceptarán. En consecuencia, es primordial destacar que si bien el intervalo entre la ejecución y los efectos de tales intervenciones es en verdad prolongado, también es verdad que son las medidas de prevención de la violencia de mayor efectividad y costoeficacia que se hayan identificado hasta la fecha, por lo cual los ahorros que producen son mayores que sus costos en varios órdenes de magnitud (véase **CUADRO SEIS**).

Valor económico de la prevención de la violencia interpersonal

Las evaluaciones económicas de intervenciones preventivas dirigidas a la violencia interpersonal que se han publicado son pocas y en su mayoría corresponden a los Estados Unidos, pero todas ellas muestran que tales intervenciones cuestan mucho menos dinero del que ahorran, siendo la diferencia en algunos casos de varios órdenes de magnitud.

Según las estimaciones, el programa Prenatal/Early Infancy Project (PEIP) de visitas domiciliarias para familias de alto riesgo de Elmira, Nueva York, reportó al sector público un ahorro total de US\$ 27 854 por niño por la menor utilización de los servicios de salud y sociales, y ahorros también para los sistemas de justicia penal y tributario. Según otras evaluaciones, el costo del PEIP para el sector público se calculó en US\$ 6550 por participante, mientras que los ahorros del sector público se calcularon en US\$ 26 200, lo que supone un ahorro neto de US\$ 19 650 por participante.

Un estudio de Rand Corporation comparó cuatro tipos de intervención para reducir la delincuencia juvenil (incluidos los delitos con violencia) en los Estados Unidos: oferta de incentivos a los estudiantes de secundaria para que terminen sus estudios; educación parental; programas de supervisión de delincuentes; y visitas domiciliarias y asistencia ambulatoria. Se demostró que todas las intervenciones, excepto las visitas domiciliarias, eran más costoeficaces que la ley del estado de California conocida

como «*three strikes and you're out*», en virtud de la cual la tercera condena por un delito grave es de 25 años de prisión o a perpetuidad.

En Australia se creó un modelo de los efectos de un programa de tratamiento para presos encarcelados por delitos sexuales, empleando datos obtenidos de programas similares que estaban aplicándose en Nueva Zelanda y Australia. Se demostró que la eficacia del programa dependía del índice de repetición de delitos sexuales una vez excarcelados los presos, y las estimaciones indicaron una razón costo-beneficio de 5,0 (con un 14% de reincidencia) a 0,7 (con un 25% de reincidencia). En general, las predicciones indicaban que el programa sería eficaz y supondría un ahorro neto de US\$ 26 698 por cada preso tratado. El análisis incluía los costos de encarcelamiento y psicológicos que se evitaban por medio del programa.

En Arizona se calculó que proporcionar vivienda a las víctimas de la violencia doméstica supondría un beneficio social neto de US\$ 3,4 millones al año, siendo la relación beneficio-costo de entre 6,8 y 18,4. Un análisis de costo-beneficio de la Ley de Violencia contra las Mujeres promulgada en 1994 en los Estados Unidos, que prevé graves penas para las condenas por acoso y actos de violencia contra la pareja, demostró que la ley reportaba un beneficio neto de US\$ 16 400 millones, con inclusión de US\$ 14 800 millones de costos por víctimas evitados.

Alcance de la prevención primaria

Las iniciativas vecinales y de base comunitaria, así como los programas a gran escala que cuentan con la participación de sociedades enteras, son un medio de alcanzar niveles de prevención de la violencia eficaces e interesantes desde el punto de vista económico. Mientras que algunas intervenciones *universales*¹ (que suponen básicamente reformas legales y de políticas) pueden tener un costo más bien bajo, muchas estrategias universales de prevención que han dado resultados buenos o prometedores exigen altos niveles de inversión, tanto en recursos financieros como humanos, los cuales se recuperan sólo al cabo de muchos años, a la par que el dinero adicional del ahorro que supone para la sociedad la prevención eficaz. En los entornos con pocos recursos en los que es económicamente imposible contemplar siquiera la aplicación de programas universales de prevención de la violencia, las intervenciones *selectivas*² pueden ser una buena opción.

Los entornos con escasos recursos deben considerar seriamente la posibilidad de realizar intervenciones selectivas entre los subgrupos de población y las comunidades geográficas en las que exista el mayor riesgo de violencia interpersonal. Estas intervenciones selectivas, diseñadas, aplicadas y evaluadas de forma adecuada, serán asequibles y capaces de producir efectos apreciables que podrán luego utilizarse para propugnar por aumentar la escala de las intervenciones e ir cubriendo proporciones cada vez mayores de la población.

Evaluación de los programas de prevención primaria

La parte central del paso tres del enfoque de salud pública mencionado con anterioridad (y en la **Introducción**) es la evaluación de los programas, que puede definirse como el proceso sistemático de recopilación y análisis de los datos mediante una metodología científica, con el fin de determinar si un programa está logrando los objetivos planteados. Evaluar de forma correcta los programas de prevención primaria es esencial para documentar la aparición y la magnitud del impacto de una intervención y su costoeficacia, mediciones ambas de gran valor para poder influir en las prioridades en cuestión de políticas y financiación. La evaluación, además, identifica los puntos fuertes y los puntos débiles de los programas, abriendo la posibilidad a las mejoras internas, y contribuye al caudal de conocimientos sobre estrategias de prevención de la violencia interpersonal y reproducción de los modelos de prevención eficaces.

Los expertos en prevención y las instancias normativas por lo general reconocen y aceptan la importancia de la evaluación, y todos los programas de prevención primaria deberían incluir un elemento de evaluación, por limitado que sea. En los países con ingresos bajos o medios es notoria la ausencia de la documentación y evaluación adecuadas en relación con los programas de prevención primaria. Entre las dificultades para llevar a cabo una evaluación científicamente rigurosa de los programas cabe citar las siguientes:

- a) confusión acerca de la finalidad, utilidad y necesidad de evaluar los programas, a menudo motivada por la percepción, por parte del personal, de que su programa es evidentemente eficaz y por tanto no necesita ser evaluado;
- b) resistencia a la evaluación por parte del personal y los gestores del programa, que la perciben como una posible amenaza a sus carreras;
- c) renuencia del gobierno y de los organismos de financiación bilaterales a invertir en la evaluación, dado que se considera una actividad de «investigación» y no indispensable;

¹ Las intervenciones *universales* se aplican a la totalidad de la población, con independencia de las diferencias de riesgo que pueda haber entre los subgrupos de la misma. Las leyes que rigen los permisos de distribución y venta de bebidas alcohólicas y los elementos de prevención de la violencia integrados en los planes de estudios de todas las escuelas primarias son dos ejemplos de intervención universal.

² Las intervenciones *selectivas* operan sobre subgrupos de población con un elevado riesgo de cometer o padecer actos de violencia interpersonal. Algunos ejemplos de intervención selectiva son las visitas domiciliarias a las parejas que están por tener un hijo o acaban de tenerlo y viven en comunidades de alta delincuencia y bajos ingresos; o los incentivos para que los jóvenes de alto riesgo terminen sus estudios secundarios y aspiren a seguir estudios superiores.

- d) falta de conocimientos técnicos para llevar a cabo una evaluación de programa apropiada y provechosa, en especial en cuanto a las iniciativas de base comunitaria, vecinal o local;
- e) falta de recursos humanos para completar las actividades de evaluación, porque el personal suele estar sobrecargado con las tareas propias del programa y puede no tener tiempo para realizar actividades de «evaluación» separadas.

Aunque esta problemática es común, puede superarse. Para evitar sobrecargar al personal y asegurar la asignación de los recursos adecuados, tanto humanos como financieros, es conveniente integrar las herramientas y actividades de evaluación en el diseño del programa y en el plan de trabajo desde el mismo momento en que comience a planificarse el programa. Las alianzas de cooperación con centros de investigación o académicos pueden proporcionar la asistencia y el apoyo técnicos necesarios para diseñar y aplicar la evaluación del modo adecuado. Por último, la participación activa del personal del programa en la planificación, la división del trabajo y la difusión de los resultados puede minimizar la resistencia a la evaluación y quitarle la posible apariencia amenazadora. Compartir los resultados oportunos de la evaluación y las respuestas positivas resultantes del proceso de evaluación (como, por ejemplo, un cambio en las políticas a consecuencia de la eficacia del programa, un aumento de fondos o la repetición del programa en algún otro lugar) también puede ser para los empleados una demostración de la importancia de la evaluación.

Los sistemas de información descritos en la **Parte 1** son una herramienta de evaluación esencial que proporciona a los responsables del desarrollo de programas, a los investigadores y a las instancias normativas los datos necesarios para realimentar el proceso de las políticas y asegurar así el mantenimiento de los recursos y la influencia en el cambio de la política general. Para sacar el máximo partido de los sistemas de información utilizados para supervisar las defunciones, lesiones y otros indicadores de la violencia y sus factores de riesgo que en sí mismos no inciden en las tasas reales de violencia, dichos sistemas deben establecerse antes de que comiencen las actividades de la intervención. El acceso a los datos y su análisis en periodos previos a la intervención permitirá establecer tasas de violencia de referencia muy precisas; luego, el análisis continuo de los datos recopilados con regularidad durante y después de la intervención pondrá de manifiesto las tendencias y detectará el momento exacto en el cual se producen los cambios en las tasas de traumatismos relacionados con la violencia, en los comportamientos violentos o en los factores de riesgo. La capacidad de determinar cuándo empieza el cambio es primordial para establecer una correlación entre una intervención o una medida de política general y el efecto que ésta ejerce.

3.2 Cuestiones de políticas

Con algunas excepciones, en la mayoría de los países no existen instrumentos de política general y legales diseñados de forma explícita para promover los programas destinados a la prevención primaria de la violencia interpersonal. La formulación de este tipo de instrumentos debe considerarse, por lo tanto, como un objetivo a alcanzar, a mediano o largo plazo, a través de la sensibilización derivada de las experiencias de los programas de prevención primaria desarrollados y de la aplicación continuada de un plan nacional de acción para la prevención de la violencia interpersonal (véase la **Parte 6**). Dado que las estrategias de prevención probadas y prometedoras a fomentar abarcan una variedad de sectores diferentes, en la mayoría de los países serán numerosas las políticas y las leyes que, indirectamente, estarán relacionadas con la prevención primaria de la violencia. Para lograr un compromiso inicial y apoyo para los programas piloto de prevención primaria, se puede recurrir a instrumentos de política general y legales de otros sectores, como, por ejemplo, los siguientes:

- Políticas de atención de salud reproductiva
- Leyes sobre la violencia doméstica y familiar

- Normas de los medios de comunicación y de difusión
- Políticas de bienestar y protección social
- Políticas y leyes de distribución y venta de bebidas alcohólicas
- Políticas educativas
- Políticas de empleo
- Leyes de protección y atención de la infancia
- Leyes que regulan la tenencia y portación de armas de fuego.

Para defender la inversión en programas de prevención primaria puede ser de utilidad trazar una cartografía de los programas propuestos y de los instrumentos de política general y legales existentes. Tener disponible esta información reforzará de manera considerable la argumentación en favor de la prevención primaria, y el ejercicio proporcionará una sólida base sobre la cual planificar el proceso de formulación de nuevos instrumentos específicos para la prevención primaria de la violencia.

Niveles nacional, provincial y municipal

Mientras que el apoyo a los programas de prevención primaria mediante políticas y leyes por lo general existe y se formula a nivel de país, es muy frecuente que el trabajo práctico de aplicación de los programas sea responsabilidad de las autoridades municipales y provinciales (**CUADRO SIETE**). La cartografía de las estrategias de prevención primaria en los instrumentos de política general y legales antes mencionada habrá de completarse con procedimientos similares realizados a nivel provincial y municipal.

3.3 Líneas de acción para fomentar la prevención primaria

La promoción de la prevención de la violencia, en su dimensión práctica, se centra en la descripción, aplicación y evaluación de programas de prevención seleccionados de forma estratégica. La finalidad que se persigue es proporcionar una fuente local de datos constatados y experiencia, la cual se utilizará para abogar por la intensificación de la prevención primaria, la integración de ésta en el trabajo sistemático del gobierno, y la formulación de leyes y políticas dirigidas explícitamente a la prevención primaria. Las **líneas de acción** para el fomento de la prevención primaria son, por tanto, las siguientes:

- 3.1** Trazar la cartografía de los programas de prevención primaria existentes
- 3.2** Apoyar y evaluar los programas experimentales de prevención primaria
- 3.3** Difundir las experiencias en cuestiones de prevención específicas de cada país
- 3.4** Abogar por la prevención primaria
- 3.5** Integrar la prevención primaria en el trabajo sistemático de los gobiernos locales y nacionales
- 3.6** Crear mecanismos de sostenibilidad.

En el **CUADRO DE RECURSOS TRES** se enumeran directrices técnicas y otros recursos que pueden ser de utilidad para la aplicación de estos pasos.

LÍNEA DE ACCIÓN 3.1

Trazar la cartografía de los programas de prevención primaria existentes

En todos los países probablemente ya existirá al menos un pequeño número de programas que se autodefinan como dedicados a la prevención primaria de la violencia. Estos programas pueden proporcionar valiosas perspectivas sobre las tendencias locales en la materia, una información de enorme importancia para asegurar que los esfuerzos que en el futuro se dediquen a la prevención se estructuren sobre la base de los aciertos y los fracasos del pasado y se centren en la ejecución de las estrategias de intervención probadas y prometedoras.

Cardiff Violence Prevention Group (CVPG)

De la investigación a la legislación y la aplicación en el país mediante fórmulas de cooperación de la comunidad local

Durante los decenios de 1980 y 1990, la comparación a nivel local y nacional de los datos sanitarios y policiales existentes en el Reino Unido demostró que la mayoría de los actos violentos que daban lugar a tratamiento médico no eran notificados a la policía y no aparecían en los archivos criminales oficiales. Según los datos del servicio de urgencias, entre las fuerzas policiales también existían notables diferencias en la manera de registrar la edad, el sexo y la información específica de hora y lugar. Estas constataciones indicaban con claridad que el sector sanitario podía desempeñar un papel muy valioso para afrontar la violencia a nivel municipal, especialmente compartiendo con la policía y las autoridades municipales los datos anónimos relacionados con la violencia recopilados en los servicios de urgencias. En razón de las pocas probabilidades de que una nueva política de ese tipo pudiera llevarse a la práctica de forma universal, la aplicación se instituyó a nivel local. Funcionarios municipales, oficiales superiores de la policía y profesionales de la salud se unieron para crear un mecanismo local de compartición de datos y acción conjunta integrada. Así nació el Cardiff Violence Prevention Group (CVPG), que se reunió por primera vez en 1996 e impulsó un más profundo cotejo y verificación de los datos locales y la formación de un grupo de tareas especial de la policía para combatir la violencia en el centro de la ciudad. Posteriormente el CVPG obtuvo del Ministerio del Interior una cantidad importante de fondos destinados a combatir la delincuencia callejera relacionada con el alcohol.

Aproximadamente al mismo tiempo, el grupo atrajo la atención del Partido Laborista, entonces en la oposición y que abogaba por abordar la delincuencia desde una perspectiva con amplia participación comunitaria e institucional. Tras obtener el apoyo de un miembro local del Parlamento, el Partido Laborista decidió que el Servicio Nacional de Sanidad debía ser un socio activo de esta iniciativa. El CVPG fue como un anteproyecto de prevención de la violencia a nivel municipal y proporcionó la orientación que llevaría oficialmente en 1998 a la Ley sobre la Delincuencia y Atentados contra el Orden Público, la primera ley en materia penal de importancia promulgada por el Partido Laborista después de asumir el poder en 1997. La Ley otorgó carácter reglamentario a este enfoque asociativo, que incluía la salud, y dio lugar a la formación de 376 asociaciones similares para la reducción de la delincuencia a través de Inglaterra y Gales.

El pilar sobre el que se asienta el trabajo de estas asociaciones es la recopilación de datos provenientes de múltiples fuentes, y la información procedente de los servicios de urgencias locales es clave para orientar los esfuerzos dedicados a la prevención contra la violencia. El núcleo central de los datos de los servicios de urgencias incluye la edad y el sexo de la persona lesionada, el lugar exacto de la agresión, el número de atacantes y su sexo,

el arma empleada y si la agresión fue o no notificada a la policía. Al personal de los servicios de urgencias se le sugiere iniciar el informe policial con el consentimiento del paciente o, si existen indicios de que la agresión pueda repetirse, sobre la base del interés público. La recopilación de estos datos permitió detectar la violencia en determinados bares, clubes nocturnos y calles; detectar las agresiones con armas específicas, como vasos y botellas; y aumentar la cooperación entre las empresas municipales y las industrias del transporte y del ocio. Las notificaciones de actos de violencia a la policía y a las organizaciones de apoyo a las víctimas y de acogida para las mujeres también se incrementaron, gracias a la instalación de líneas telefónicas gratuitas financiadas por el sector privado en las zonas de espera de los servicios de urgencias.

Además de su rol primordial en la prevención de la violencia, el CVPG también desarrolló una innovadora red de servicios para las víctimas. Esta red, que tiene su sede en los servicios de urgencias centrales de Cardiff, presta servicios, por ejemplo, de voluntariado, maxilofaciales, de estrés postraumático y abuso del alcohol, mecanismos de derivación basados en la identificación temprana de problemas de salud mental, etc.

Todas las evaluaciones realizadas, algunas de ellas financiadas por el gobierno, han constatado que el enfoque del CVPG redujo de forma significativa la violencia en los bares y clubes nocturnos, así como las lesiones producidas empleando como arma el vidrio (recurriendo al uso de vidrio endurecido y botellas de plástico e impidiendo que la gente salga a la calle con los vasos y botellas), y supuso una mejora de los servicios locales de transporte. Además, como consecuencia de la participación de los especialistas de los servicios de urgencias, también experimentaron una gran mejora los niveles de violencia resuelta sólo mediante la intervención de la policía (como resultado de la compartición de datos, las visitas a los locales públicos con alto riesgo de violencia, y la publicación de las listas de las lesiones causadas de forma intencional atendidas en las salas de urgencias locales).

El CVPG ha dado valiosas enseñanzas, como que los esfuerzos por combatir la violencia dentro de los bares puede hacer que el problema se desplace a las calles, a no ser que también se establezcan patrullas policiales; y que las noches del fin de semana la policía de los suburbios y de la zona metropolitana debe seguir a los adultos jóvenes en su migración desde sus respectivas poblaciones hacia los centros urbanos de la región. De modo más general, una auditoría de todas las asociaciones de Inglaterra y Gales orientadas hacia la reducción de la delincuencia indica que estos proyectos locales deben tener objetivos prácticos y realistas y que todos los asociados deben comprender cuál puede ser su propia contribución.

CUADRO DE RECURSOS TRES**Directrices técnicas y otros recursos para aplicar las líneas de acción para fomentar la prevención primaria**

- Sethi D, Marais S, Seedat M, Nurse J, Butchart A. *Handbook for the documentation of interpersonal violence prevention programmes*. Departamento de Prevención de los Traumatismos y la Violencia, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2004. http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications
- Grupo de trabajo de evaluación de los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos (incluye manuales con procedimientos paso a paso para llevar a cabo las evaluaciones, y enlaces a otros recursos, revistas y publicaciones en línea) <http://www.cdc.gov/eval/resources.htm>
- Injury Prevention Web (incluye más de 1400 enlaces a sitios web de todo el mundo relacionados con la prevención de los traumatismos y la violencia) <http://www.injuryprevention.org>

Para aprovechar la experiencia de los programas de prevención existentes es preciso aplicar un enfoque sistemático de documentación de los programas, como el descrito en la publicación de la OMS *Handbook for the documentation of interpersonal violence prevention programmes* (véase el **CUADRO DE RECURSOS TRES**), que sugiere seguir los pasos siguientes:

- Identificar todos los programas de prevención primaria de un distrito definido con toda claridad (por ejemplo, dentro de un municipio o una provincia); las listas de direcciones, las redes de prevención y los repertorios existentes pueden ser útiles fuentes de información para identificar los programas.
- Decidir, en función del número y tipo de los programas de prevención identificados, si se investigarán todos ellos o una muestra seleccionada que refleje toda la variedad de programas.
- Ponerse en contacto con los gestores y el personal de los programas a investigar y negociar un «contrato de documentación del programa». Este contrato debe contemplar la compartición de la información oral y escrita acerca del programa de modo tal que sea posible documentarlo sistemáticamente e incluir la información resultante en una base de datos nacional de programas.
- Aplicar un instrumento de documentación de programas normalizado que asegure que la información obtenida de los distintos programas sea comparable; la publicación *Handbook for the documentation of interpersonal violence prevention programmes* contiene un instrumento de este tipo.
- Cotejar y analizar la información de todos los programas documentados y preparar un informe cartográfico que los distribuya según sus características, como los tipos de violencia que abordan, el tamaño de las organizaciones que participan, las estrategias de intervención desplegadas, su cobertura y cómo prevén evaluar su impacto.
- Crear una base de datos de programas de prevención primaria y ponerla a disposición de toda la comunidad dedicada a la prevención de la violencia.

LÍNEA DE ACCIÓN 3.2**Apoyar y evaluar los programas experimentales de prevención primaria**

Los programas experimentales tienen una doble finalidad: sirven como banco de prueba para aplicar y evaluar intervenciones probadas y prometedoras puestas en práctica en otros entornos, y como modelo para alentar a los demás a adoptarlos y adaptarlos a su propio entorno. En muchos casos es probable que entre los programas identificados mediante el informe cartográfico previo haya uno o dos que puedan (o podrían, con un pequeño apoyo adicional) servir como programas experimentales de prevención primaria. Estos programas deberían ser contratados formalmente como proyectos experimentales por

la iniciativa de prevención de la violencia a nivel de país, a cambio de apoyo financiero, técnico y político adicional para mejorar su capacidad y asegurar su viabilidad al menos durante los siguientes 5 ó 10 años.

En el caso de que ninguno de los programas existentes tenga potencial suficiente como para servir como programa experimental de prevención primaria, será necesario identificar un grupo de personas y organismos con los que trabajar al objeto de poner en marcha un programa experimental. La experiencia obtenida en distintos países del mundo sugiere que la mejor manera de lograrlo es mediante la formación de un consorcio de prevención primaria que incluya miembros de la comunidad; representantes del gobierno a niveles local y nacional; investigadores y consejos de investigación; a la policía, los servicios de salud y otras partes interesadas.

LÍNEA DE ACCIÓN 3.3

Difundir las experiencias en materia de prevención específicas de cada país

Desde el principio deben establecerse mecanismos para difundir las experiencias y los resultados de las evaluaciones, tanto del informe cartográfico como de los programas experimentales. La difusión es primordial para:

- a) lograr que la opinión pública tome conciencia de que la violencia puede prevenirse;
- b) integrar la prevención de la violencia en el trabajo y las rutinas políticas del gobierno local y nacional;
- c) mejorar los programas de prevención primaria de la violencia;
- d) fomentar la investigación sobre prevención de la violencia;
- e) aumentar la colaboración y la compartición de información en el campo de la prevención de la violencia.

Algunos usuarios potenciales de la información obtenida a través de los programas experimentales son: los propios programas cartografiados; las partes interesadas que invierten en los programas; los grupos de promoción; los responsables del desarrollo de programas y quienes investigan en ese campo, y los grupos gubernamentales competentes, inclusive las instancias normativas.

Desde el comienzo mismo del proceso es necesario contar con la participación de todos los sectores pertinentes, a los cuales se les pedirá que indiquen cómo desean recibir la información. Con las respuestas recibidas se pueden diseñar varios formatos de presentación diferentes para los informes sobre los progresos realizados y su evaluación, buscando una selección que satisfaga las distintas necesidades y preferencias. Las opciones para los formatos de difusión incluyen un boletín o un sitio web sobre el proyecto; informes regulares; reuniones o teleconferencias; congresos nacionales sobre la prevención primaria de la violencia; artículos en los medios de comunicación, ya sea impresos, radiofónicos o televisivos; y sesiones de información y documentos de posición.

LÍNEA DE ACCIÓN 3.4

Abogar por la prevención primaria

La promoción es fundamental para fomentar la prevención primaria de la violencia interpersonal y será preciso poner en práctica como mínimo los tres enfoques descritos a continuación.

Promoción orientada hacia el gobierno

Los grupos de promoción ajenos al gobierno pueden desempeñar un papel muy influyente en el fomento de la prevención primaria. Los supervivientes de actos de violencia, por

ejemplo, y los familiares de las personas que han sido asesinadas, violadas o sometidas a maltrato o abandono, pueden constituir asociaciones de víctimas. En muchos países estos grupos participan con regularidad en iniciativas para establecer controles más estrictos sobre las armas de fuego, para impedir el maltrato de los niños y para proteger a las personas contra la violencia sexual. Los incidentes trágicos, como los tiroteos en centros escolares o la muerte violenta de una celebridad de gran notoriedad pública, suelen ser catalizadores del interés colectivo y éste, si es canalizado adecuadamente por los grupos de promoción no gubernamentales, puede producir unos réditos rápidos y duraderos para la prevención primaria en términos de voluntad política y compromiso.

Promoción desde el gobierno hacia el público

Las campañas de promoción patrocinadas por el gobierno deben tener como objetivo corregir las ideas equivocadas del público acerca de las causas de la violencia interpersonal y la posibilidad de prevenirla, y deben coordinarse con cambios políticos y legislativos para mejorar el conocimiento público de las nuevas leyes y políticas. Las campañas de este tipo fomentan y popularizan la idea de que la violencia se puede prevenir y lanzan a todos a la labor de conseguirlo.

Promoción dentro del departamento de salud y hacia otros departamentos gubernamentales

Es probable que en muchos ministerios y departamentos técnicos del gobierno a los que se requiera su colaboración para cambiar las políticas y aplicar los programas, la idea de aplicar los principios de la prevención primaria al problema de la violencia interpersonal les resulte enteramente nueva. La promoción dentro del gobierno estará dirigida a explicar el enfoque de la prevención de la violencia interpersonal basado en la salud pública a través de seminarios, talleres y boletines que informarán a las personas competentes sobre la prevención de la violencia, invitándolas a reflexionar sobre la posibilidad de participar de algún modo y asumir alguna responsabilidad.

LÍNEA DE ACCIÓN 3.5

Integrar la prevención primaria en el trabajo sistemático de los gobiernos locales y nacionales

La integración de la prevención primaria de la violencia en los planes de desarrollo social y en los proyectos educativos y de renovación urbana puede alcanzarse exigiendo que dichos planes incluyan la prevención de la violencia como un objetivo explícito y dispongan de indicadores adecuados para medir los niveles de violencia interpersonal antes y después de la aplicación del proyecto.

Asimismo, en la planificación de todos los principales proyectos nuevos de desarrollo social ha de tenerse en consideración la reducción de los factores de riesgo de violencia interpersonal. Los análisis de impacto social permitirán identificar los efectos potenciales de dichos proyectos sobre la violencia interpersonal y sus factores de riesgo; sólo deberían aprobarse aquellos proyectos que demuestren una elevada probabilidad de reducir la violencia interpersonal.

LÍNEA DE ACCIÓN 3.6

Crear mecanismos de sostenibilidad

La prevención primaria de la violencia interpersonal debe tener una partida permanente en los presupuestos de los ministerios de salud, justicia, educación y bienestar y seguridad social, y una parte del presupuesto nacional para investigación y desarrollo se asignará a la

investigación científica sobre la prevención primaria. También se prestará apoyo a la creación de un centro nacional para la prevención de la violencia interpersonal, ya sea como una entidad independiente o bien como una unidad perteneciente a alguna institución o programa previamente existente que posea la infraestructura y la reputación necesarias para poder convertirse en un centro de excelencia de la salud pública.

Fomentar la igualdad y la equidad social y entre los sexos para prevenir la violencia

4.1 Aspectos conceptuales

Si bien los efectos de la igualdad y la equidad social y entre los sexos sobre la violencia interpersonal no constituyen la única ni la principal razón de su importancia, el fomento tanto de la igualdad como de la equidad es un componente esencial en la prevención de la violencia. Las desigualdades y las inequidades sociales y entre los sexos, tal como muestra la **FIGURA DOS** de la **Introducción** de esta guía, están relacionadas con muchos de los principales factores de riesgo comunes a diversos tipos de violencia interpersonal y actúan como factores de riesgo en sí, en especial al nivel de sociedad del modelo ecológico. Esas desigualdades e inequidades pueden exacerbar otros factores de riesgo a todos los niveles ecológicos y propiciar las condiciones en las que puede prosperar la violencia. Por el contrario, mayores grados de igualdad y equidad pueden tener un efecto multiplicador en los factores de protección que reducen los niveles de violencia.

Por sí solo, el fomento de la *igualdad*¹ social y entre los sexos no es suficiente para influir en las condiciones subyacentes que alientan la violencia interpersonal. Podría suceder, por ejemplo, que dos grupos de una misma sociedad consiguieran un estado de igualdad ante la ley y protección legal contra la discriminación pero, a pesar de ello, la inequidad persistiera debido a las diferentes posiciones de los distintos grupos para sacar provecho de las oportunidades. Tomemos el ejemplo hipotético de una fundación que desea conceder subvenciones para desarrollar 10 proyectos de prevención de la violencia en una región específica. La convocatoria de propuestas se envía a todos los países de dicha región que aceptan convocatorias: existe igualdad de oportunidades. Sin embargo, aquellos países que han desarrollado su capacidad en materia de prevención de la violencia y que tienen experiencia en la redacción de escritos de solicitud de subvenciones elaborarán propuestas sólidas y tendrán, por lo tanto, más probabilidades de recibir las subvenciones que aquellos otros países que elaboran una propuesta de esta índole por primera vez. Un proceso de este tipo posiblemente dará como resultado una distribución no equitativa de las subvenciones, que tenderá a favorecer a los países en los cuales ya existe una mayor capacidad. Para evitar esta situación (es decir, para promover la equidad) la fundación debería ofrecer asistencia para la elaboración de propuestas a aquellos países con poca experiencia. Este ejemplo sugiere que la igualdad no siempre es suficiente para asegurar situaciones equitativas y que para alcanzar la equidad a menudo se requiere un trato diferenciado que favorezca a los grupos históricamente desfavorecidos.

Desarrollar y aplicar políticas es un medio importante, si bien no el único, de contribuir a alcanzar la igualdad y la equidad social y entre los sexos. Las políticas pueden ofrecer protección legal contra la discriminación (fomento de la igualdad) y, al mismo tiempo, mejorar el acceso de los grupos a las oportunidades y los recursos (fomento de la equidad). Aunque las medidas políticas positivas son un paso clave hacia unas condiciones sociales equitativas, es importante recordar que las desigualdades no son consecuencia sólo de políticas deficientes, sino también de actitudes y normas sociales discriminatorias. El cambio en las políticas tendrá cierta repercusión en las normas sociales, pero para generar esfuerzos continuados que conduzcan a un cambio social suele ser necesario contar con la adhesión y el compromiso de los líderes y de las instancias normativas, así como con campañas de sensibilización pública, mercadotecnia social y otras estrategias de comunicación.

¹ La *igualdad* es el acceso justo a las oportunidades y los recursos y se produce en ausencia de cualquier discriminación basada en las características de la persona, como son la raza, el sexo o la clase. La *equidad* es la justicia en la distribución de los beneficios, las responsabilidades y los recursos de las estructuras y las instituciones sociales. Las disparidades que son injustas, innecesarias y evitables, especialmente cuando recaen de forma sistemática sobre los grupos vulnerables, constituyen inequidades; por ejemplo, la exclusión de las niñas de la escolarización primaria o la utilización de criterios como el origen étnico, el nivel de ingresos o la educación para la prestación de los servicios sociales.

4.2 Cuestiones de políticas

Política social

La política social puede aumentar el grado de igualdad social y de equidad mejorando el acceso a los servicios esenciales, a saber, salud, educación, vivienda de calidad y servicios sociales, y su justa distribución. Además de satisfacer los derechos humanos básicos (véase el **CUADRO OCHO**), tales mejoras abordan algunos de los principales factores de riesgo transversales de la violencia interpersonal y darán lugar a una reducción de los niveles de violencia.

No existe una definición estándar de lo que sería una «política social», y las instancias normativas y los investigadores tienden a utilizar el término con distintos significados. Aquí lo estamos utilizando en referencia a aquellas políticas que establecen programas de asistencia y protección social para salvaguardar el bienestar de los ciudadanos y que pueden estar dirigidas al público en general o bien a grupos determinados (como ser, los jóvenes o los ancianos). La política social puede ser un instrumento estratégico para modelar las condiciones sociales subyacentes que determinan el bienestar y que, en ese sentido, comprenden la educación, el empleo, la protección social (por ejemplo, a través de pensiones asistenciales o subsidios de desempleo), la vivienda y la salud.

Generalmente se considera que las políticas económicas y fiscales son diferentes de las políticas sociales, aun cuando sus resultados (por ejemplo, distribución de los ingresos, salarios y niveles de empleo) tienen importantes consecuencias sociales. Los ajustes a las políticas fiscales y económicas diseñados para fortalecer la economía no conducen necesariamente a una mejora de la equidad social, sino que pueden incluso agravar la situación de los ciudadanos más pobres de un país. Y allí donde la política económica y fiscal no han logrado asegurar que los residentes satisfagan sus necesidades sociales básicas, la política social puede contribuir en parte a llenar el vacío.

Los resultados que las políticas sociales pretenden obtener tienen especial relevancia para la prevención de la violencia, porque atañen a factores de riesgo transversales, entre ellos los siguientes:

- Facilitar el acceso a la educación y la atención durante la primera infancia, y mejorar la calidad de las mismas

CUADRO OCHO

Los derechos humanos y la prevención de la violencia interpersonal

Si bien varias formas de violencia interpersonal (entre ellas, la violencia contra las mujeres y el maltrato de los niños y los ancianos) se reconocen como violaciones de los derechos humanos, no se comprende tan bien que el grado de protección y cumplimiento de los derechos humanos tiene una influencia directa en las condiciones que dan lugar a dicha violencia.

Los Estados que han ratificado los instrumentos internacionales que proclaman dichos derechos están obligados a *respetarlos* (lo cual significa que los gobiernos se abstendrán de violarlos de forma directa); *protegerlos* (lo cual significa que los gobiernos habrán de aplicar medidas razonables para impedir la violación de esos derechos y, en su caso, ponerle remedio); y *garantizarlos* (dando los pasos apropiados que aseguren su cumplimiento y no su mera protección). Específicamente en cuanto atañe a la violencia, los Estados han de asegurarse de no estar cometiendo actos de violencia contra las personas; de que las víctimas de la violencia tengan acceso a servicios y reparaciones en caso de que se produzcan violaciones (sea por parte de actores pertenecientes al sector público o al

privado); y que las personas, las comunidades y la sociedad disfruten de paz y seguridad.

Las políticas sociales y de género pueden ser mecanismos para cumplir con las obligaciones relacionadas con los derechos humanos y, a la inversa, las obligaciones relacionadas con los derechos humanos de conformidad con la legislación internacional son una justificación para progresar en estas esferas de las políticas. Los derechos humanos básicos incluyen el derecho a un nivel de vida adecuado, el derecho al nivel de salud más alto posible, el derecho a la seguridad social, el derecho a la educación, y el derecho a la igualdad y a la no discriminación. Estos derechos económicos, sociales y culturales están directamente relacionados con la pobreza, la desigualdad económica y entre los sexos, el desempleo, el abuso de sustancias, y las redes sociales y de seguridad deficientes, es decir, con los mismos factores transversales sobre los que se sustenta la violencia interpersonal, tal como ilustra el **FIGURA DOS** (en la **Introducción**). Cuando se respetan, se protegen y se garantizan los derechos humanos, es probable que los niveles de violencia interpersonal disminuyan.

Abordar la pobreza y la desigualdad para prevenir la violencia interpersonal

La pobreza y la desigualdad económica son importantes factores de riesgo de violencia interpersonal, tanto en el nivel de la comunidad como de la sociedad. Muchos estudios han confirmado que elevados niveles de pobreza y desigualdad pueden crear condiciones en las que la violencia crezca con fuerza. La mayoría de los estudios que han explorado los efectos de estos factores de riesgo sobre la violencia interpersonal se centraron en los homicidios. En términos de pobreza absoluta, se ha demostrado que los mayores niveles de pobreza y los menores niveles de desarrollo económico se asocian con mayores tasas de homicidios; y los estudios de pobreza relativa demostraron que la desigualdad económica es un mecanismo aún más potente para predecir las tasas de violencia interpersonal. Este último efecto probablemente se produce cuando la desigualdad económica se asocia a otros factores de riesgo, como desempleo, redes de seguridad económica y social deficientes, privaciones económicas y desintegración social. Dado que estos factores, a su vez, intervienen en la situación de los hogares y de las personas, no es de sorprender que en el nivel correspondiente a las relaciones se haya establecido el bajo nivel socioeconómico del hogar como un factor de riesgo de la violencia. Teniendo en cuenta estas asociaciones, no cabe duda de que las medidas para

aliviar la pobreza y reducir la desigualdad económica contribuirán a la prevención a gran escala de la violencia interpersonal.

Los principales actores internacionales en el ámbito de la salud y el desarrollo ya han reconocido la importancia de la reducción de la pobreza (por ejemplo, el Banco Mundial, en sus documentos estratégicos de lucha contra la pobreza; la OMS, con su labor en cuanto a los determinantes macroeconómicos de la salud, y los Objetivos de Desarrollo del Milenio), y ya hay un gran volumen de trabajo en curso. Estudios correlativos sugieren que la tasa general de crecimiento o declive de la economía de un país predice cambios en las tasas de homicidios. Los rápidos cambios que se están produciendo en las sociedades y las economías de todo el mundo a raíz de la globalización pueden exacerbar la desigualdad y dar lugar a mayores niveles de violencia aun en un contexto general de reducción de los niveles de pobreza. Las mayores ganancias en la prevención de la violencia se obtendrán cuando la reducción de la pobreza y el desarrollo económico vayan acompañados de políticas que fomenten una distribución equitativa de los beneficios derivados del crecimiento económico y reduzcan al mínimo los efectos negativos de la rapidez con que se producen los cambios sociales y económicos.

- Facilitar el acceso (en condiciones de igualdad) a la educación primaria y secundaria, incluida la asignación de los recursos apropiados para la educación
- Reducir las tasas de desempleo
- Fortalecer los sistemas de protección social (por ejemplo, la seguridad social para los ancianos y las personas discapacitadas; el seguro de enfermedad; la atención a los niños; las pensiones asistenciales y alimenticias, y los subsidios de desempleo).

La capacidad que tienen los países de alcanzar estos resultados está determinada por factores tales como la economía nacional, los recursos disponibles, y el contexto y las prioridades de las políticas. Está fuera del ámbito de esta guía recomendar políticas sociales específicas que sean oportunas y eficaces en todos los contextos. En cambio, seguidamente se resumen algunas **líneas de acción** preliminares para abordar la violencia interpersonal mediante políticas sociales.

Puesto que la política social abarca tantas esferas diferentes, es importante tomar una decisión estratégica respecto de cuáles de ellas se abordarán de buen principio. En una situación ideal, esta decisión se basaría en los datos nacionales que indiquen qué factores sociales están más estrechamente relacionados con la violencia interpersonal. En la mayoría de las situaciones, sin embargo, tales datos no existen. En caso de que no se disponga de datos contundentes que permitan orientar las prioridades, esta guía recomienda empezar por la política en materia de educación, protección social y empleo (**CUADRO NUEVE**).

Para que la política económica y la política social ofrezcan el máximo beneficio para el desarrollo humano, han de apoyarse la una sobre la otra y, por lo tanto, estar muy bien coordinadas entre sí. Como ya han expresado en diversos documentos estratégicos y políticos varios órganos regionales, entre ellos la Organización de los Estados Americanos, la Unión Europea y el Consejo de Europa, una buena política social no sólo es buena para la equidad social sino que también contribuye al crecimiento y fortalecimiento de la economía. A la inversa, el crecimiento económico asegura el desarrollo humano mediante la satisfacción de los derechos sociales básicos, como son el derecho a un nivel

de vida adecuado y el derecho a la educación. La coordinación de la política económica y la política social para asegurar los derechos económicos y sociales básicos, reducirá los niveles de pobreza y las inequidades de la sociedad. Las políticas eficaces, al intervenir en los factores de riesgo transversales clave, también originarán una disminución de los niveles de violencia interpersonal, aun cuando la prevención de la violencia no sea uno de sus objetivos declarados.

Política de género

El fomento de la igualdad y la equidad entre los sexos, además de ser esencial para la satisfacción de los derechos humanos básicos, en particular los que conciernen a la mujer, es un componente decisivo en la prevención de la violencia. La discriminación basada en las diferencias entre los sexos y la distribución injusta de las oportunidades, el poder y los recursos entre los hombres y las mujeres, son causas subyacentes de la violencia interpersonal. Las políticas de género ayudan a combatir las desigualdades resultantes de la discriminación basada en las diferencias entre los sexos, porque aseguran igual tratamiento ante la ley, iguales derechos e igual acceso a las oportunidades por parte de hombres y mujeres, y propician una distribución más justa de los beneficios (por ejemplo, el acceso al crédito) y las responsabilidades (por ejemplo, el trabajo doméstico) entre los hombres y las mujeres. Las medidas políticas para fomentar la equidad deben centrarse en las disparidades que existan entre las mujeres y los hombres y que sean injustas, innecesarias y evitables.

La estrategia conocida como «incorporación de una perspectiva de género» persigue lograr la integración de las cuestiones de género en todas las políticas. El Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas define la incorporación de la perspectiva de género con las palabras siguientes:

... el proceso de evaluación de las consecuencias para las mujeres y los hombres de cualquier actividad planificada, inclusive las leyes, políticas o programas, en todos los sectores y a todos los niveles. Es una estrategia destinada a hacer que las preocupaciones y experiencias de las mujeres, así como de los hombres, sean un elemento integrante de la elaboración, la aplicación, la supervisión y la evaluación de las políticas y los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, a fin de que las mujeres y los hombres se beneficien por igual y se impida que se perpetúe la desigualdad. El objetivo final es lograr la igualdad entre los géneros.

E/1997/L.30, adoptado por el ECOSOC el 14 de julio de 1997

El análisis de género, tanto de las políticas como de sus resultados, forma parte del proceso de incorporación de una perspectiva de género. El enfoque más eficaz en pos de la igualdad y la equidad entre los sexos será uno de doble vertiente, que adopte las políticas exclusivamente de género a la vez que preste atención a la igualdad y la equidad entre los sexos en aquellas otras políticas que por lo general se consideran neutrales desde el punto de vista del género.

En la sociedad, la desigualdad y la inequidad entre los sexos funcionan por lo general a favor de los hombres; la salvaguarda de los derechos humanos de la mujer y su igualdad de condición es, por lo tanto, de suma importancia y puede exigir un trato diferenciado a favor de la mujer para corregir las inequidades y desigualdades a las que ha dado lugar la desigualdad histórica de las relaciones de poder entre hombres y mujeres. La Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing, aprobada en 1995 por los gobiernos participantes en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, destaca diversos objetivos y metas de las políticas para mejorar la condición de la mujer, entre ellos asegurar el acceso de las mujeres a los mecanismos y las instituciones de crédito; eliminar el analfabetismo femenino; facilitar el acceso de las mujeres a la atención de salud; garantizar el acceso de las mujeres a los puestos directivos y a las estructuras de poder; y prevenir y eliminar la violencia contra las mujeres. Para formular y evaluar las políticas de género y la incorporación de la perspectiva

de género deben utilizarse como guía las normas establecidas en los documentos finales de la conferencia de Beijing y las reuniones complementarias celebradas posteriormente.

La violencia contra la mujer es transversal a todos los tipos de violencia interpersonal y debe abordarse como un componente de la desigualdad y la inequidad entre los sexos. La violencia contra la mujer no sólo es una manifestación de las desiguales relaciones de poder entre el hombre y la mujer, sino que es un mecanismo de perpetuación de la desigualdad. La violencia dirigida contra las mujeres y las niñas, a menudo sólo por su pertenencia al sexo femenino, puede impedirles alcanzar una posición de igualdad y disfrutar plenamente de sus derechos humanos. Tal como se enunció en la Plataforma de Acción de Beijing, el miedo a esta violencia puede actuar como una barrera y limitar el acceso de la mujer a las oportunidades y los recursos. Todas las estrategias destinadas a fomentar la igualdad y la equidad entre los sexos deben incorporar medidas específicas para combatir y eliminar la violencia contra la mujer.

Si bien las estrategias de prevención de la violencia interpersonal deben prestar especial atención a la violencia contra la mujer, no se deben soslayar las repercusiones que tiene sobre los hombres la distribución irregular de los factores de riesgo y sus consecuencias. La violencia interpersonal es la principal causa de muerte masculina en todas las regiones del mundo. Los hombres tienen mayor riesgo de sufrir actos de violencia con resultado de muerte o lesiones graves perpetrados por extraños o conocidos, mientras que las mujeres tienen más probabilidad de padecer actos de violencia no mortal perpetrados por familiares, amistades y parejas íntimas. Es preciso investigar las causas de estas diferencias, prestando atención tanto a prevenir la violencia contra la mujer como a reducir las tasas de homicidios y de lesiones graves e intencionales entre los hombres.

4.3 Líneas de acción para fomentar la igualdad y la equidad social y entre los sexos

Los métodos fructíferos para fomentar la igualdad y la equidad social y entre los sexos no son necesariamente fáciles de identificar y aplicar, pero tanto las políticas sociales como las de género son instrumentos que permiten alcanzar mayores niveles de igualdad y equidad y prevenir la violencia. Un buen punto de partida para empezar a trabajar en esta esfera es hacer un inventario de las políticas existentes y evaluar el impacto de las políticas propuestas desde una perspectiva social y de género. Las **líneas de acción** correspondientes son:

- 4.1 Promover políticas sociales y de género eficaces
- 4.2 Realizar un examen de la política social existente
- 4.3 Realizar un examen de la política de género existente
- 4.4 Fomentar la incorporación de una perspectiva de género a los programas y las políticas de los ministerios
- 4.5 Supeditar las políticas sociales y de género propuestas a una evaluación de impacto social.

En el **CUADRO DE RECURSOS CUATRO** se enumeran algunas directrices técnicas y otros recursos que pueden ser de utilidad para fomentar la igualdad y la equidad social y entre los sexos, y para integrar la prevención de la violencia en las políticas sociales y de género.

LÍNEA DE ACCIÓN 4.1

Promover políticas sociales y de género eficaces

Fomentar la igualdad y la equidad social y entre los sexos a través de políticas sociales y de género implica convencer a las instancias decisorias de la necesidad de aplicar unas políticas que pueden tardar años en producir los resultados deseados. Los promotores deberán conocer bien la clase de argumentos y justificaciones que pueden ser un estímulo para las instancias decisorias responsables de estas esferas políticas, y adaptar su estrategia

CUADRO DE RECURSOS CUATRO

Directrices técnicas y otros recursos para aplicar las líneas de acción para fomentar la igualdad y la equidad social y entre los sexos

- Departamento de Asuntos Sociales y Económicos de las Naciones Unidas, División de Política Social y Desarrollo. <http://www.un.org/spanish/esa/socdev/socdev.html>
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966). http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/a_ccpr_sp.htm
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966). http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/a_ccpr_sp.htm
- Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (1965). http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/d_icerd.htm
- Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979). <http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/e1cedaw.htm>
- Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Naciones Unidas (1995). Plataforma de Acción en el *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995 (Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta E.96.IV.13), cap. I, resolución 1, anexo II. <http://www.onu.org/temas/mujer/Beijing5/beijing5.htm>
- Landsberg-Lewis I, ed. (1998). *Bringing equality home: the convention on the elimination of all forms of discrimination against women*. Nueva York, NY. UNIFEM. www.unifem.org
- Office of the Special Adviser on Gender Issues and Advancement of Women (2002) *Gender mainstreaming: an overview*. Nueva York, NY. Departamento de Asuntos Sociales y Económicos de las Naciones Unidas. <http://www.un.org/womenwatch/osagi/statementsandpapers.htm>
- Spindel C, Levy E, Connor M (2000). *With an end in sight: strategies from the UNIFEM trust fund to eliminate violence against women*. Nueva York, NY. UNIFEM. www.unifem.org

basándose en una combinación de argumentos en torno a derechos humanos, salud y relación costo-beneficio. Para lograr este objetivo es importante comprender el contexto local en el que el gobierno, junto con el entorno social y político, crean, aprueban y aplican las políticas. El trabajo de los promotores, por otra parte, proseguirá incluso después de la elaboración y aprobación de las políticas, para ayudar a establecer los marcos de aplicación y los mecanismos de supervisión de las mismas. Supervisar la aplicación y los efectos de una política es de máxima importancia para asegurar que produzca los resultados deseados. Una de las características que tienen las políticas dirigidas a reducir las desigualdades sociales y de género a largo plazo (por ejemplo, en 10 ó 20 años) es que pueden proporcionar una excelente estructura de apoyo para los programas de prevención primaria examinados en la **Parte 3**.

LÍNEA DE ACCIÓN 4.2

Realizar un examen de la política social existente

Todos los países tienen políticas que moldean las condiciones de la sociedad, tengan o no un nombre que las designe oficialmente, y, en consecuencia, se valen de algún tipo de política social. El primer paso para examinar una política social consiste en descubrir qué políticas existen en realidad y cómo se están aplicando. La investigación girará en torno a las siguientes preguntas:

- ¿Hay alguna política nacional de educación?
- ¿Qué políticas aplica el Ministerio de Educación?
- ¿Hay alguna política nacional que regule la protección social? ¿Hay más de una?
- ¿Qué políticas aplica el Ministerio de Bienestar Social (o equivalente)?
- ¿Hay alguna política nacional de empleo?
- ¿Qué políticas del Ministerio de Trabajo están relacionadas con el empleo?

Una vez descubiertas las políticas que realmente se han adoptado, es importante llevar a cabo un examen de contenido que proporcione respuesta a las preguntas siguientes:

- ¿Qué cuestiones abordan las políticas sociales existentes y cómo las abordan?
- La reducción de las desigualdades y las inequidades sociales, ¿es una finalidad declarada de las políticas?, ¿va acompañada de objetivos específicos?
- ¿Abordan las políticas explícitamente la discriminación y contemplan medidas para eliminarla (es decir, fomentan la igualdad de acceso a la educación para niños y niñas, y para la población urbana y la población rural)?
- ¿Son de duración limitada las finalidades de las políticas? En caso afirmativo, ¿cuál es la duración?
- ¿Cuáles son las principales lagunas de las políticas?

Por último, cabe destacar que las políticas son ineficaces si no se aplican. Una política puede reflejar sobre el papel cierto compromiso respecto de alguna cuestión; pero el auténtico grado de compromiso sólo se hará evidente tras una evaluación que determine cómo se refleja dicha política en los presupuestos y en las asignaciones presupuestarias reales, y en qué medida se aplica. En el caso de las leyes, también es importante evaluar si se observan o no. Una acción puede estar considerada por la ley como un delito penal, pero en la práctica ello no servirá de mucho si las detenciones son pocas y las condenas todavía menos.

Una política social es una medida de prevención indirecta y, como tal, se necesita alguna manera de vincularla con la prevención de la violencia. El vínculo puede obtenerse a través de mecanismos sistemáticos que analicen los efectos que tienen las políticas existentes y las nuevas sobre la violencia interpersonal. Ello puede hacerse por correlación (en caso de que existan datos estadísticos; véase la sección 1.2) o mediante un análisis de contenido y de impacto basado en modelos teóricos de prevención de la violencia.

Los pasos anteriores en conjunto permitirán evaluar con precisión cuál es el contexto actual de las políticas y cuáles son sus lagunas. Se habrá de elaborar un informe en el que se indiquen con detalle los resultados del proceso de examen de las políticas; el informe también incluirá recomendaciones específicas, en forma de **líneas de acción**, para aumentar la igualdad y la equidad social. En base a los resultados del análisis de contenido se estudiarán cuatro tipos de acciones:

- promover nuevas políticas para llenar las lagunas identificadas en las políticas existentes;
- modificar las políticas existentes que sean perjudiciales para los objetivos de igualdad y de prevención de la violencia;
- incorporar objetivos de prevención de la violencia a las políticas sociales ya existentes;
- observar continuamente las tendencias en las políticas y respaldar la aplicación, observancia y protección de aquellas políticas que favorezcan las finalidades de la prevención de la violencia.

En lo tocante a la formulación de recomendaciones, es oportuno señalar que instituir políticas nuevas y reformar las existentes es un proceso difícil y que insume mucho tiempo. Será preciso sopesar siempre los beneficios y la inversión en recursos, pero posiblemente las dos últimas opciones de acción sean las más prometedoras y productivas.

LÍNEA DE ACCIÓN 4.3

Realizar un examen de la política de género existente

Como se ha mencionado anteriormente, alcanzar la igualdad y la equidad entre los sexos son finalidades valiosas en sí mismas y también un medio de reducir la violencia. Además, una mayor igualdad y equidad entre las personas de distinto sexo puede contribuir a pre-

venir la violencia interpersonal, en particular la violencia contra las mujeres. En esta esfera, por tanto, los resultados que sería deseable obtener a través de las políticas comprenden tanto mejoras de carácter general en las relaciones entre las personas de distinto sexo como la reducción específica de la violencia de género. Los medios políticos de alcanzar estos resultados ya han sido muy bien analizados en el contexto de la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y de la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing (véase el **CUADRO DE RECURSOS CUATRO**), mediante prescripciones que variarán de acuerdo al contexto local.

Al igual que en el caso de la política social, un examen de las políticas de género será un buen primer paso para encaminar los esfuerzos dirigidos a aumentar la igualdad y la equidad entre los sexos, y habrá de comenzar por el planteamiento de las siguientes preguntas:

- ¿Hay algún ministerio que sea responsable de las políticas relacionadas con la mujer?
- ¿Existe una política nacional de género? ¿Aborda ésta tanto las necesidades de las mujeres como las de los hombres?
- ¿Cómo se canalizan las cuestiones de género en los otros ministerios?
- ¿Qué ministerios han adoptado políticas de género que guíen su funcionamiento institucional?
- ¿Ha ratificado el país la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer?
- En caso afirmativo, ¿existe un plan para aplicar dicha convención?
- ¿Firmó el país la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer?
- Tal como lo requería la Plataforma de Acción, ¿ha presentado el país un plan nacional de acción a la División de las Naciones Unidas para el Adelanto de la Mujer?¹
- ¿Cuáles son las leyes y las políticas relacionadas con la violencia contra la mujer?

Nuevamente, después de determinar las políticas existentes se llevará a cabo un examen de contenido de las mismas y un análisis de impacto desde el punto de vista de la prevención de la violencia.

Como sucede con la igualdad y la equidad social, la existencia de una política de género puede indicar cierto grado de compromiso, pero el auténtico grado de éste sólo se hará evidente tras una evaluación que determine cómo se refleja la política en los presupuestos y las asignaciones presupuestarias reales, y en qué medida se aplica. A este fin se utilizarán como referencia tanto la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing como la CEDAW, que proporcionan recomendaciones específicas para mejorar la condición de la mujer y eliminar la violencia que padece; la evaluación de dichas recomendaciones permitirá conocer la medida en que éstas se han integrado en las políticas nacionales y su grado de aplicación y observancia. Es posible que esta información ya esté disponible, porque los países que son Estados Partes de la CEDAW están obligados a presentar, cada cuatro años como máximo, un informe acerca de las medidas que hayan tomado en aplicación de la convención.² Por otra parte, las organizaciones no gubernamentales también suelen presentar informes «paralelos» para complementar la información ofrecida por el gobierno del país. Los informes que elaboran instituciones como Human Rights Watch o la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y que describen el estado de los derechos humanos y los derechos de la mujer en diversos países, también pueden proporcionar otros indicadores del grado de aplicación.

El proceso de examen finalizará, como en el caso de la política social, con la elaboración de un informe en el que se indicarán detalladamente los resultados del examen de las

¹ <http://www.un.org/womenwatch/confer/beijing/national/natplans.htm>

² Algunos de estos informes están disponibles en línea en la dirección <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/reports.htm>

políticas de género; también se incluirán las **líneas de acción** recomendadas para mejorar la igualdad y la equidad entre los sexos. Asimismo, el informe deberá incluir un análisis de la violencia en el país desde la perspectiva de género; estudiará aquellos aspectos de las políticas de género orientados de forma específica hacia la violencia, y mostrará cómo afectan éstos a los hombres y a las mujeres, y cómo pueden aplicarse o adaptarse para mitigar las repercusiones de la violencia sobre unos y otros.

Las acciones posibles para la política de género son las mismas cuatro acciones aplicables a la política social (véase la **Línea de Acción 4.2**), pero, siendo como es la política de género un campo nuevo, se le ha de dar mayor énfasis a la promoción de la nueva política. Desarrollar una política nacional en materia de violencia contra la mujer será, de hecho, el primer paso para aquellos Estados que carezcan de la misma. Los Estados han de dejar bien claro que no tolerarán los actos de violencia contra la mujer, independientemente de dónde y quién los cometa. La violencia contra la mujer, en todas sus formas, debe penalizarse, y deben destinarse fondos adecuados para las tareas de prevención y para prestar a las víctimas servicios de salud, sociales y jurídicos.

LÍNEA DE ACCIÓN 4.4

Fomentar la incorporación de una perspectiva de género a los programas y las políticas de los ministerios

Ofrecer un modelo de incorporación de la perspectiva de género es difícil, porque el proceso de aplicación varía en función de las actividades de que se trate (desarrollo de la política, análisis de la política, investigación, diseño del programa, etc.). El objetivo clave de todas las áreas de trabajo es poner las inquietudes relacionadas con la igualdad y la equidad entre los sexos en la primera línea del proceso de planificación y análisis en vez de abordarlas de forma secundaria. Dado que en el ámbito de esta guía no es posible ofrecer una explicación en profundidad acerca de las estrategias de incorporación de la perspectiva de género, se recomienda a los lectores que utilicen recursos tales como los instrumentos correspondientes disponibles a través del Office of the Special Adviser on Gender Issues and Advancement of Women de las Naciones Unidas (véase el **CUADRO DE RECURSOS CUATRO**) y las recomendaciones elaboradas por la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM).¹

Como parte de la Organización de Estados Americanos (OEA), la CIM ha estado trabajando con los Estados miembros de la OEA en la incorporación de una perspectiva de género a los programas y las políticas de los ministerios de trabajo, justicia y educación, poniendo de relieve la oportunidad que tienen tales sectores de aumentar la igualdad entre los sexos. El trabajo desarrollado por la CIM en cuestiones de género y educación constituye un ejemplo de la labor que puede realizarse para promover y aplicar la incorporación de una perspectiva de género. En el año 2003, la Tercera Reunión de Ministros de Educación de los Estados miembros de la OEA asumió el compromiso de fomentar la equidad, la calidad, la pertinencia y la eficacia del sistema educativo, y de eliminar las desigualdades de género en la educación primaria y secundaria. La CIM elaboró un conjunto de recomendaciones para incorporar la perspectiva de género a la educación:

1. Asegurar la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en el acceso a todos los niveles del sistema educativo
2. Promover una educación no sexista
3. Impulsar, a través de la educación, una mejor inserción laboral de las mujeres
4. Contribuir al fortalecimiento de los ministerios de educación desde una perspectiva de género

¹ Disponible en la dirección <http://www.oas.org/cim/>, en *Ongoing Projects: Incorporation of a Gender Perspective in Ministerial Level Meetings*.

5. Eliminar los mensajes y el material sexistas de los medios de comunicación, y alentar a éstos a que contribuyan a educar a la sociedad en la igualdad de género.

Todas las recomendaciones constan de objetivos específicos y acciones para su aplicación práctica, como son el análisis de las causas de la deserción escolar desde una perspectiva de género; la eliminación de la discriminación por razón del sexo en el currículo educativo, y el aumento de los niveles de educación de las mujeres, planteando incluso la alfabetización de las mujeres en edad adulta. A través de recomendaciones de consenso como éstas, que incluyen las inquietudes de la perspectiva de género en las principales esferas de las políticas en vez de confiarlas a una sola política que sea exclusivamente de género, la CIM está ayudando a los Estados miembros de la OEA a identificar maneras de aumentar la igualdad y la equidad de género.

LÍNEA DE ACCIÓN 4.5

Supeditar las políticas sociales y de género propuestas a una evaluación de impacto social

No sólo han de examinarse las políticas existentes; cualquier política propuesta tendrá un impacto que también será preciso evaluar desde la perspectiva de la igualdad y la equidad social y entre los sexos, así como respecto de los niveles de violencia interpersonal. La evaluación del impacto social es una técnica para predecir las posibles consecuencias sociales que probablemente resulten a consecuencia de la aplicación de una política determinada. El impacto social se define como:

... las consecuencias que tiene para la población humana cualquier acción pública o privada que altere el modo en que las personas viven, trabajan, juegan, se relacionan entre sí, se organizan para satisfacer sus necesidades y, en general, se desempeñan como miembros de la sociedad. El término también incluye las repercusiones culturales que conllevan cambios en las normas, valores y creencias que guían y dan una explicación racional a la percepción que las personas tienen de sí mismas y de la sociedad.

Departamento de Comercio de los Estados Unidos, 1995

No sólo se debe tener en consideración el impacto social en sí, sino también su distribución entre los sexos y a través de los distintos grupos de población (por ejemplo, si las poblaciones rurales tendrán más probabilidades de sufrir los efectos negativos que las poblaciones urbanas). La evaluación de impacto social incluye el análisis de género. Cuando se llevan a cabo apropiadamente, las evaluaciones de impacto social pueden proporcionar información acerca de los probables efectos que tendrá una política sobre los diversos determinantes de la violencia interpersonal, o incluso podrían incluir la violencia como uno de los efectos contemplados en el modelo de evaluación.

Reforzar los servicios de atención y de apoyo a las víctimas

5.1 Aspectos conceptuales

Cualquier respuesta a la violencia interpersonal, además de fomentar los enfoques a la prevención primaria descritos en la **Parte 3**, ha de tener como componente esencial proporcionar a las víctimas servicios de apoyo y atención de gran calidad. La prestación de servicios apropiados a las víctimas de actos de violencia sin consecuencia de muerte puede impedir futuras víctimas mortales, reducir la discapacidad a corto y largo plazo, y ayudar a las personas afectadas a afrontar las repercusiones de la violencia en sus vidas. El fortalecimiento de dichos servicios persigue los siguientes objetivos:

- tratar las lesiones y minimizar el daño y el sufrimiento tanto a corto como a largo plazo;
- reducir la probabilidad de que los dispensadores de servicios causen una victimización secundaria, intencionalmente o no;
- facilitar la reparación por medio del sistema de justicia penal, si fuera posible;
- reducir la probabilidad de que las personas vuelvan a padecer victimización y de que ellas mismas se conviertan en agresoras.

Minimizar el daño

Cuando un acto de violencia es imposible de evitar, la prestación de servicios de alta calidad a la víctima puede reducir al mínimo todos los posibles daños que ésta pueda sufrir. Las consecuencias de la violencia interpersonal son muchas y muy variadas, y con toda probabilidad afectarán a la víctima a largo plazo; pueden llevar a depresión, a un comportamiento suicida, a toxicomanías o a la perpetración de actos violentos contra otras personas. La satisfacción de todas las necesidades de la persona, tanto médicas como psicológicas, sociales y jurídicas, minimiza el daño. Aunque el sector de la salud por sí solo no puede ofrecer los servicios necesarios para satisfacer todas estas necesidades, la interacción inicial con los servicios de salud brinda la oportunidad de remitir a las personas a otros servicios. Los planificadores de los servicios de salud para víctimas de la violencia interpersonal también deben, por lo tanto, tener en cuenta las necesidades no estrictamente médicas de las personas lesionadas y ponerlas en contacto con aquellos sectores que tengan la responsabilidad de satisfacer tales necesidades.

La rehabilitación física y social y la atención a largo plazo son aspectos importantes de la respuesta a la violencia; las recomendaciones de esta guía, no obstante, se centran en los servicios que deben prestarse durante la fase aguda que sucede a la perpetración de un acto violento o tras la revelación de éste. La importancia del acceso a servicios de calidad durante la fase aguda que sigue a un incidente violento suele ser decisiva para minimizar el sufrimiento a largo plazo. Una víctima con lesiones graves tiene mayores probabilidades de evitar la muerte y la discapacidad si recibe servicios médicos de emergencia en el transcurso de la primera hora. Dado que las víctimas y los agresores que padecen lesiones entre moderadas y graves muy probablemente buscarán atención médica en la fase aguda que sigue a un incidente violento, el personal sanitario tiene aquí una vía de oportunidad para informar a las personas y remitirlas a los servicios psicosociales. Desde la perspectiva jurídica, la prestación rápida y eficaz de servicios durante la fase aguda puede ser determinante para iniciar una causa legal y para recoger pruebas (la probabilidad de recoger pruebas admisibles es mayor durante las 72 horas siguientes a la agresión).

El consentimiento razonado es una característica sustancial de todos los servicios a las víctimas de violencia, excepción hecha de los servicios médicos de emergencia, que el personal sanitario está obligado a prestar incluso aunque la persona no sea capaz de dar su consentimiento (por ejemplo, en los procedimientos para salvar la vida a un paciente que está inconsciente). Cuando alguien sufre un acto de violencia, con frecuencia experimenta un sentimiento de desamparo y pérdida de control de la situación. Es importante, por consiguiente, devolverle la sensación de control mientras se le atiende. No se debe forzar

a ningún paciente a que se someta a ningún procedimiento ni servicio (como un examen forense, una prueba de VIH o una sesión de asesoramiento), sino que se le debe dar la oportunidad de que sea él mismo quien decida qué servicios utilizar. El personal sanitario habrá de explicar con claridad, precisión e imparcialidad la finalidad y las implicaciones de cada procedimiento y servicio, para que las personas puedan tomar una decisión razonada acerca de la atención a recibir.

Servicios forenses

Las víctimas de la violencia tienen derecho a una reparación a través de los canales de la justicia penal; a pesar de ello y debido a las innumerables barreras que surgen al intentar notificar, investigar y entablar juicio por un caso de agresión, en especial si se trata de un caso de agresión sexual, son comparativamente pocos los casos que llegan a la sala de tribunal y todavía menos los que acaban con una condena. Esto es así incluso en los países cuyos sistemas de justicia penal gozan de buen funcionamiento y que disponen de servicios forenses solventes. A consecuencia de esta situación, los exámenes forenses a los que son sometidas muchas de las víctimas de la violencia emplean procedimientos invasivos que no aportan ningún beneficio real a las pruebas recogidas. Los gobiernos tienen la responsabilidad de asegurar que los servicios forenses procuren mejorar las posibilidades que tienen las personas de presentar su caso ante un tribunal de justicia, sin causarles ningún otro daño adicional. Las pruebas forenses deben reunirse de forma sistemática y con delicadeza; deben manejarse y guardarse del modo apropiado, y documentarse y notificarse íntegramente y con objetividad.

Las inversiones en los servicios forenses no deben incrementarse a expensas de las mejoras generales de los servicios médicos de emergencia y la atención traumatológica. Las instancias normativas sí pueden, sin embargo, dar algunos pasos para garantizar que los servicios forenses satisfagan las necesidades de las víctimas en relación con el sistema de justicia penal, sin por ello otorgar mayor prioridad a la recogida de pruebas que a las necesidades médicas, psicológicas y sociales de la víctima (**CUADRO DIEZ**):

- aplicar unas normas mínimas para la recogida de pruebas forenses, que especifiquen las pruebas a reunir así como las técnicas apropiadas a emplear, y que indiquen qué personas están cualificadas para realizar un examen forense y dar testimonio ante los tribunales;
- instituir mecanismos que aseguren la formación apropiada del personal sanitario responsable de realizar los exámenes forenses, inclusive formación para elaborar informes y comparencias ante los tribunales;
- permitir que las víctimas de la violencia decidan respecto de si se someterán o no a un examen forense, si presentarán una denuncia o si presentarán cargos; el acceso a los servicios forenses no debe depender de la intención que tenga la persona de notificar el delito;
- coordinar los servicios para reducir al mínimo la cantidad de entrevistas y evitar la realización de múltiples exámenes (evaluaciones forenses y médicas separadas);
- garantizar que los peritos forenses estén suficientemente formados y preparados para poder atender las necesidades de los pacientes a los que asistan, sean éstas de índole forense o no, y proporcionarles la atención directa y de referencia que demanden.

Fortalecer los servicios de apoyo y atención a las víctimas como parte de la prevención primaria

Los servicios de apoyo y atención a las víctimas también pueden contribuir a reducir la aparición de nuevos actos de violencia. La violencia en el seno de la familia y otras relaciones de intimidad suele ser repetitiva y persistir durante largos periodos de tiempo. En muchos casos de violencia juvenil y violencia por odio, la venganza por actos de violencia previos es una motivación importante; por su parte, los niños que observen esta clase de

Eliminar las barreras a la atención médico-legal

Vincular los servicios forenses a la participación de la policía puede crear una barrera que obstaculice el acceso a los servicios médico-legales, porque muchas víctimas de la violencia son reacias a involucrar a la policía por temor a las consecuencias que ello pudiera tener para sí mismos y, algunas veces, para el agresor. Los especialistas en medicina forense de Alemania tienen desde hace mucho tiempo, como parte de los procedimientos legales, la responsabilidad de examinar a las víctimas de agresiones con resultado de lesión. Estos exámenes, no obstante, se han efectuado en raras ocasiones y por lo general sólo por mandamiento de la fiscalía o de la policía. En un esfuerzo por eliminar las barreras a estos servicios, los médicos forenses de Hamburgo han establecido un modelo de práctica voluntaria para examinar y asesorar a aquellos pacientes que hayan sufrido abuso físico y sexual.

El Centro de Competencias Médico-Legales de Hamburgo, una iniciativa conjunta del Instituto de Medicina Forense de Hamburgo y el Hospital Universitario Hamburg-Eppendorf, fue diseñado para proporcionar servicios forenses y médicos a las víctimas de la violencia sin que éstas hayan de involucrar a la policía ni presentar oficialmente una denuncia. El Centro de Competencias de Hamburgo ofrece a los residentes en la ciudad,

durante las 24 horas del día y todos los días de la semana, personal con la formación adecuada para reunir y preservar apropiadamente pruebas forenses, inclusive la documentación correspondiente a las lesiones físicas sufridas a consecuencia de un acto violento. Si las personas deciden no notificar a las autoridades públicas acerca de algún incidente, tanto la documentación forense de las lesiones que hayan sufrido como las pruebas biológicas tomadas quedan sujetas a la confidencialidad del historial médico. Si bien el profesional médico analiza la posibilidad de presentar una denuncia oficial, la decisión última queda en manos de la persona lesionada. Las pruebas biológicas quedan depositadas en el Centro durante un periodo de dos años, durante el cual están a disposición de la víctima en caso de que decida presentar una denuncia oficial.

Además del examen forense, los pacientes que acuden al Centro de Competencias reciben atención médica prestada conjuntamente con otras clínicas y departamentos del Hospital Universitario Hamburg-Eppendorf, y tienen acceso a servicios de asesoramiento psicológico en el mismo establecimiento. El Centro de Competencias trabaja asimismo en colaboración con la policía de la ciudad de Hamburgo.

comportamiento en las personas mayores aprenderán a comportarse de forma violenta. Cuando el personal sanitario, docente, etc., observa lesiones u otros indicios de violencia, tiene ante sí una oportunidad de prevenir futuros actos violentos. En la actualidad hay varios enfoques estratégicos para aprovechar el potencial de prevención que ofrecen estas y otras oportunidades, y constituyen una parte sustancial de la planificación de la prevención de la violencia.

- **Comprometer al sector de la salud en la prevención de la violencia** Como se observa en la **Introducción** de esta guía, el número de casos de violencia interpersonal que llega a conocimiento de los dispensadores de atención de salud es considerablemente mayor que el que se pone en conocimiento de la policía. Sin embargo, el papel potencial que pueden desempeñar los dispensadores de atención de salud en las tareas de prevención primaria no acaban de suscitar la comprensión y adhesión que cabría esperar, y existen muchas barreras institucionales y educativas que pueden limitar su eficacia. Un primer paso esencial para la prevención de la violencia en esta área son los programas de formación para dispensadores de atención de salud y hay diversas iniciativas en desarrollo en todo el mundo. En un número considerable de departamentos de urgencias, consultorios médicos y consultas clínicas se están aplicando programas de detección para identificar a las víctimas de violencia contra la pareja, maltrato de los niños y los ancianos, y violencia sexual, si bien la eficacia que tienen tales intervenciones para reducir los actos de violencia que puedan producirse en el futuro no se comprende del todo (**CUADRO ONCE**). A pesar de la limitada comprensión de la eficacia de las diversas estrategias para lograr la participación del sector de la salud en la prevención de la violencia, los médicos y otros profesionales de la salud deben considerarse como actores principales en el esfuerzo por supervisar, identificar y tratar los casos de violencia interpersonal e intervenir en ellos, y las actividades desarrolladas en esta área deben considerarse componentes importantes de los esfuerzos generales destinados a prevenir la violencia, porque pueden reducir la probabilidad de que la victimización o la perpetración se repita en el futuro.

- **Mediar en favor de los niños víctimas de maltrato** El alcance de las consecuencias de la violencia en la salud y en la sociedad va mucho más allá de la muerte y las lesiones, e incluye daños muy graves en la salud física y mental de las víctimas y en su desarrollo, particularmente en el caso de los niños. Hay estudios que indican que la exposición durante la infancia a malos tratos y otras formas de violencia está asociada a factores y comportamientos de riesgo que se presentarán en etapas posteriores de la vida, como la victimización y la perpetración de actos de violencia, depresión, tabaquismo, obesidad, comportamientos sexuales de alto riesgo, embarazos no buscados, y consumo de alcohol y drogas. Es entonces cuando estos factores y comportamientos de riesgo pueden llevar directamente a algunas de las causas principales de muerte, enfermedad y discapacidad, como son las cardiopatías, el cáncer, el suicidio y las enfermedades de transmisión sexual. El maltrato de los niños, por lo tanto, ocasiona una amplia variedad de resultados sanitarios adversos, tanto para los niños como para la sociedad, a lo largo de toda la vida de la víctima, y las intervenciones terapéuticas para terciar y mediar en estos resultados deben

CUADRO ONCE

Identificación de las mujeres que sufren violencia de pareja y atención por parte del sector de la salud

Gran parte del debate que existe en la actualidad gira alrededor de la conveniencia, oportunidad y manera de «filtrar» a las mujeres para detectar la violencia de género, en particular la violencia de pareja. Algunas organizaciones profesionales de los Estados Unidos y del Reino Unido (American Medical Association, American and Royal Colleges of Obstetricians-Gynaecologists and Nurse Midwives) han instado a los profesionales de la salud a filtrar a las mujeres sistemáticamente para detectar la violencia de género. Además, los defensores de la prevención de la violencia y la salud de la mujer (como el Family Violence Prevention Fund) citan datos experimentales para instar a los profesionales de la salud a continuar con la labor de filtrado para mejorar las respuestas de la atención de salud y ayudar a las mujeres a acceder a los servicios disponibles. Otros, sin embargo, defienden que se interrogue a las mujeres sólo cuando existan sospechas de violencia o cuando la información pueda ser útil para el diagnóstico.

Declaraciones recientes de algunos órganos nacionales (como el grupo Preventive Services Task Force de los Estados Unidos y el National Screening Committee del Reino Unido) no formulan, sin embargo, ninguna recomendación, ni a favor ni en contra, respecto del filtrado sistemático para la detección de la violencia de pareja, argumentando que no hay pruebas disponibles que sustenten ninguno de los dos extremos. Probablemente el debate proseguirá hasta que no se hayan evaluado de forma rigurosa la eficacia y los beneficios y perjuicios potenciales de las intervenciones de filtrado. Desarrollar una base científica de este tipo es crucial para poder determinar el modo más eficaz, seguro y fiable que permita al sector de la salud identificar y apoyar a las mujeres que son víctimas de violencia y sufren sus consecuencias.

Sí existe acuerdo en cuanto a que filtrar la violencia no debe poner a las mujeres en una situación de riesgo. El dispensador de atención de salud puede desempeñar un importante papel en la identificación de las mujeres que padecen violencia y su remisión a los servicios adecuados,

pero el proceso de filtrado debe proteger la intimidad de la mujer y la confidencialidad y realizarse de un modo seguro y no enjuiciatorio. Las investigaciones han demostrado que las mujeres desean que los dispensadores de atención de salud escuchen con imparcialidad el relato de sus experiencias y respeten su control sobre las decisiones acerca de sus modos de vida y sus relaciones. Los dispensadores de atención de salud deben respetar la autonomía de la mujer y su capacidad de decisión a la vez que prestarle asistencia para que pueda acceder a los servicios que busca.

A menudo a los dispensadores de atención de salud les resulta difícil formular a las mujeres preguntas relacionadas con la violencia. Quizás piensen que hacerlo no forma parte de sus obligaciones, que carecen de la formación y las aptitudes para hacerlo correctamente, que no tienen tiempo suficiente, o incluso puede que teman por su propia seguridad. La formación es un instrumento eficaz para ayudar a los dispensadores a superar las barreras que dificultan el filtrado, y ha de proporcionarles la capacidad necesaria para poder realizar el filtrado y responder con eficacia, abordando a la vez las actitudes subyacentes. El apoyo y la supervisión continuos de los dispensadores son un importante complemento de formación en todos los programas de filtrado.

Cuando se identifica un caso de violencia, el dispensador de atención de salud debe responder a las necesidades de la mujer afectada; su respuesta puede consistir en apoyo emocional, información sobre los servicios de apoyo existentes y remisión a los mismos (por ejemplo, alojamiento de emergencia, compensaciones legales o asesoramiento), y puede incluir una evaluación de riesgo y un plan de seguridad. También es importante emplear los sistemas de documentación y registro adecuados que respeten la intimidad de la mujer y la confidencialidad de los datos. Los dispensadores de atención de salud trabajarán en red con otros servicios tanto en los sectores convencionales como marginales, y crearán un directorio de los servicios disponibles con vistas a facilitar las referencias y el seguimiento.

considerarse componentes importantes en los esfuerzos destinados a la prevención. Todavía no se han recopilado sistemáticamente datos científicos sobre los beneficios globales de los enfoques terapéuticos, pero las investigaciones comienzan a sugerir que dichas intervenciones pueden mejorar la salud mental de las víctimas.

5.2 Cuestiones de políticas

Las políticas relacionadas con la provisión de servicios de apoyo y de atención a las víctimas son, entre otras, aquellas que abordan la disponibilidad de servicios médicos de urgencia, los procedimientos de investigación en los casos criminales por agresiones, la estructura de los servicios forenses y la respuesta a la violencia interpersonal, sea de género o de otro tipo.

Los servicios de esta clase se ven afectados por las decisiones políticas tomadas en sectores tan diversos como la salud, la justicia y el bienestar social, y están cada vez más influidos por las prácticas y los programas de trabajo de la sociedad civil y los grupos que suministran servicios con fines comerciales. En muchos contextos no es posible lograr una política amplia e integrada de servicios a las víctimas, pero integrar el desarrollo de las políticas en los distintos sectores que interactúan con las víctimas de la violencia es una estrategia política razonable para reforzar los servicios a las víctimas. Para fomentar esta integración de las políticas es preciso determinar qué sectores son responsables de la prestación de servicios a las víctimas y a qué nivel (nacional, provincial o municipal) se establecen las políticas que estipulan dichos servicios.

Es igualmente importante identificar las políticas institucionales que guían la provisión de servicios a las víctimas de la violencia, por ejemplo, en hospitales, servicios médicos especializados y servicios forenses, comisarías de policía y centros de asesoramiento. Como sucede en otras esferas de actividad, las políticas de servicios a las víctimas sólo son eficaces si los responsables de su aplicación son conscientes de su existencia y trabajan coherentemente de acuerdo con las mismas.

Hay otras esferas de las políticas que, aunque no parezcan tener una relación directa, sí pueden en cambio desempeñar un papel significativo para conformar la gama y la calidad de los servicios disponibles para las víctimas de la violencia. Estas esferas incluyen el aborto; la prevención del VIH/SIDA; el acceso a asesoramiento, pruebas de detección y tratamiento del VIH/SIDA; el tratamiento de las toxicomanías y el abuso del alcohol; el nivel de educación y alfabetización de los trabajadores; las condiciones de trabajo de los prestadores de servicios; y la estructura general de los servicios, en términos de su carácter público o privado, de las ayudas disponibles o de las tasas exigibles.

Algunas políticas pueden, de forma no intencional, producir en las víctimas de la violencia efectos contrarios, especialmente aquellos que dan lugar a la victimización secundaria. Esto puede suceder, por ejemplo, cuando las víctimas de violencia sexual se ven obligadas a someterse a exámenes anogenitales separados (y, por lo tanto, repetidos) con fines médicos y forenses, y a explicar varias veces y a distintas personas las circunstancias en que se produjo la agresión. Algunas políticas también pueden desanimar a las víctimas de procurarse atención (por ejemplo, cuando se exige una denuncia oficial para poder acceder a los servicios médico-legales) o desalentarlas de dar a conocer una situación de abuso o agresión (por ejemplo, cuando existen estipulaciones de notificación obligatoria).

5.3 Líneas de acción para reforzar los servicios de atención y de apoyo a las víctimas

Las recomendaciones prácticas relacionadas con el fortalecimiento de los servicios a las víctimas de la violencia son las cuatro siguientes:

5.1 Promover mejoras en la calidad de los servicios

5.2 Realizar una auditoría de las políticas y un análisis de la situación

- 5.3 Mejorar los servicios médicos de emergencia y la atención traumatológica
- 5.4 Conseguir la participación de la comunidad en el diseño de los servicios especializados.

CUADRO DE RECURSOS CINCO

Directrices técnicas y otros recursos para reforzar los servicios de atención y de apoyo a las víctimas

- Organización Mundial de la Salud. *Surgical Care at the District Hospital*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545755.pdf>
- Mock C, Lormand JD, Goosen J, Joshipura M, Peden M. *Guidelines for essential trauma care*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004. http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications
- Organización Mundial de la Salud. *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004. http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/med_leg_guidelines/en/
- Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki sobre la violencia y la salud, adoptada por la Asociación Médica Mundial. Helsinki, 2003. <http://www.wma.net/s/policy/v1.htm> (disponible a partir del 17 de febrero de 2004).

LÍNEA DE ACCIÓN 5.1

Promover mejoras en la calidad de los servicios

La promoción de la calidad de los servicios prestados a las víctimas de la violencia ha de tener en cuenta todos los niveles de necesidad (médica, psicológica, social, jurídica, etc.) y tener como meta alcanzar un sistema de prestaciones equilibrado y fundado en intervenciones y servicios que se basen en constataciones científicas. Ello exige realizar la promoción a nivel de país, local e institucional, e incluir en ella la labor llevada a cabo por profesionales privados y organizaciones no gubernamentales que probablemente también deseen interactuar con las víctimas de la violencia. Si no existen datos que demuestren la eficacia o la ineficacia de determinados servicios, estrategias o intervenciones, los planificadores deberán proceder con sumo cuidado y basar el proceso de planificación en el consenso de los expertos y la investigación operativa. Los mensajes de promoción deben transmitir que es responsabilidad del gobierno garantizar que se asignen los recursos apropiados para la prestación de servicios de atención y de apoyo a las víctimas y para una investigación continuada que facilite la introducción de mejoras.

El sector de la salud debe promover no sólo mejoras en los servicios de salud prestados a las víctimas de la violencia, sino también mejoras en los servicios psicológicos, sociales y jurídicos, y en la eficacia de los vínculos entre éstos, asegurando así que se abarquen todos los diversos servicios que necesitan las víctimas. Si los servicios y el apoyo disponibles son adecuados, los gobiernos habrán de difundir mensajes transmitiendo la importancia que reviste, tras un acto de violencia, recabar atención con la mayor celeridad posible.

LÍNEA DE ACCIÓN 5.2

Realizar una auditoría de las políticas y un análisis de la situación

La identificación y el análisis de las políticas relacionadas con los servicios a las víctimas se efectuarán al nivel apropiado, bien sea nacional, local o institucional. Las constataciones se difundirán luego mediante un informe sobre los puntos fuertes y los puntos débiles de las políticas, así como los pasos que es preciso dar para mejorar las políticas que determinan los servicios a las víctimas o que influyen en los mismos.

El análisis de situación proporcionará una descripción de los servicios de emergencia a corto plazo disponibles, tanto públicos como privados, y será importante para poder

determinar qué servicios existen, cómo están organizados y su grado de accesibilidad. Se deberán examinar los servicios pertenecientes a todos los sectores asociados (médicos, forenses, sociales, jurídicos, etc.) y se prepararán estudios de casos que muestren la organización y el funcionamiento de los mismos. Es preciso incluir un mapa que indique los hospitales, dispensarios e instalaciones especializadas (como centros de crisis, y comisarías de policía), así como la densidad de población. No obstante, en la evaluación del acceso de la población a los servicios es de máxima importancia no considerar meramente la distribución geográfica y la densidad de población, sino tener en cuenta, además, las barreras financieras, de transporte, de tiempo, culturales, etcétera.

LÍNEA DE ACCIÓN 5.3

Mejorar los servicios médicos de urgencia y la atención traumatológica

Excepto cuando la muerte se produce de inmediato, la consecuencia de una lesión causada por un acto de violencia interpersonal no depende sólo de su gravedad sino también de la celeridad e idoneidad con que se traten. Por consiguiente, establecer sistemas traumatológicos diseñados para tratar y gestionar del modo más eficaz y efectivo a las víctimas que sufren lesiones, entre ellas las causadas por actos de violencia, es un factor importante para reducir la carga global de la violencia sobre la salud. El tratamiento agudo de los lesionados exige un enfoque especial, y algunas investigaciones sugieren que la reducción en los Estados Unidos de las muertes por causa de agresión se explica, en parte, por la aplicación de los avances en la tecnología médica y en los servicios de apoyo médico. La mejora generalizada de los servicios médicos de emergencia y la atención traumatológica beneficiará a todas las víctimas de traumatismos, no sólo a las víctimas de la violencia (**CUADRO DOCE**). Así pues, los promotores deberán fomentar la prestación y el funcionamiento correcto de estos servicios, especialmente porque las víctimas de la violencia suelen ser el punto de entrada al sistema de salud.

El personal de los servicios generales de emergencia debe tener la capacitación necesaria para reconocer y diagnosticar la violencia, comprender sus consecuencias y gestionar éstas del modo apropiado. Ello incluye capacidad para abordar no sólo el trauma físico sino también el trauma psicológico, y capacidad para detectar las lesiones relacionadas con la violencia sin por ello estigmatizar a todos los que se presenten con lesiones «sospechosas». En la capacitación del personal, la formación es el factor clave.

En la realidad, la mayoría de los planificadores y las instancias normativas no estarán en condiciones de aplicar al mismo tiempo todas las medidas que sean precisas. Conveniría, por lo tanto, establecer un orden de prioridades para las tareas importantes a realizar para mejorar los servicios de emergencia destinados a las víctimas de la violencia y añadir valor a los mismos sin un costo excesivo. Las prioridades propuestas son las siguientes:

- Formar un equipo interdisciplinario para elaborar una clasificación de la gravedad de las lesiones de las víctimas mortales, que revele cualquier exceso de mortalidad debido a una inadecuada prestación de los servicios de emergencia y que sugiera cómo deberían reforzarse dichos servicios.
- Reunir a las partes interesadas pertenecientes a los sectores pertinentes, para analizar el desarrollo coordinado de las políticas a fin de fortalecer los servicios a las víctimas.
- Instituir la formación en primera respuesta y apoyo vital de emergencia para quienes tengan mayor probabilidad de exposición a situaciones en las que acabe de producirse violencia (por ejemplo, los policías), y promover el suministro de material y equipo de emergencia a las personas así formadas para que puedan trabajar eficazmente.
- Formar a los agentes de policía y a los trabajadores de la salud en cuestiones de género y violencia, para que respondan con sensibilidad y eficacia a las víctimas

femeninas de la violencia; éstas suelen ser victimizadas nuevamente por los dispensadores de servicios, en especial aquellos que tienen una pobre opinión de las mujeres en general, las culpan de la violencia y ponen en duda que los incidentes se hayan producido según su relato.

- Permitir el acceso a los servicios médicos, forenses, etc., independientemente de que la víctima haya presentado o tenga previsto presentar una denuncia formal del delito.
- Cuando corresponda, incorporar las cuestiones relacionadas con la violencia en los planes de estudios de las escuelas de medicina, enfermería y salud pública, así como en las academias de policía.
- Ofrecer cursos acelerados de capacitación práctica sobre la violencia a quienes estén frecuentemente en contacto con las víctimas durante la realización de sus actividades profesionales.

CUADRO DOCE

Características de la mortalidad por traumatismo en distintos entornos económicos y sus repercusiones en el desarrollo de un sistema traumatológico

Si bien en los países desarrollados (Estados Unidos, en particular) los sistemas organizados de atención traumatológica han reducido de forma significativa la mortalidad por traumatismo, en los países en desarrollo su diseño no se ha abordado correctamente. Con el fin de determinar aquellos aspectos de los sistemas traumatológicos que más necesitaban mejoras, en tres ciudades de tales entornos se compararon todos los casos de adultos no transferidos con lesiones graves (índice de gravedad de la lesión ≥ 9 , o muerte) que fueron ingresados en el periodo de un año. Las ciudades elegidas fueron las siguientes:

■ Kumasi, Ghana - entorno de bajos ingresos; producto nacional bruto (PNB) por habitante: US\$ 310; sin servicio médico de emergencia

■ Monterrey, México - entorno de ingresos medios; PNB: US\$ 3900; servicio médico de emergencia básico

■ Seattle, Washington, Estados Unidos – entorno de altos ingresos; PNB: US\$ 25 000; servicio médico de emergencia avanzado.

Cada ciudad contaba con un hospital principal de traumatología del cual se obtuvieron los datos. El presupuesto anual por cama era de: Kumasi, US\$ 4100; Monterrey, US\$ 68 000; Seattle, US\$ 606 000. Los datos relativos a las defunciones prehospitalarias se obtuvieron de los registros de estadísticas vitales, en el caso de Monterrey y Seattle, y, para Kumasi, de una encuesta epidemiológica.

La edad media (34 años) y los mecanismos de lesión (79% no penetrantes) eran similares en las tres ciudades, pero las tasas de mortalidad disminuían conforme aumentaba el nivel económico. En Kumasi, el 63% de todas las personas con heridas graves murieron, mientras que en Monterrey y Seattle las cifras correspondientes fueron del 55% y el 35%, respectivamente. La disminución se debía fundamentalmente a la menor cifra de defunciones prehospitalarias. En Kumasi, el 51% de todas las personas con heridas graves murió *in situ*; en Monterrey, esto fue así para el 40%; y, en Seattle, para el 21%. El periodo prehospitalario promedio también declinaba progresivamente; las demoras más prolongadas observadas correspondieron a los pacientes con traumatismo de Kumasi (102 ± 126 minutos), seguidos de los de Monterrey (73 ± 38 minutos) y Seattle (31 ± 10 minutos). El porcentaje de los pacientes con traumatismo que murieron en la sala de urgencias era mayor en Monterrey (11%) que en Kumasi (3%) y en Seattle (6%).

La mayoría de las defunciones se produjeron en el entorno prehospitalario, lo cual indica la importancia de la prevención de los traumatismos sea cual sea el contexto económico. En los países en desarrollo, tanto de bajos ingresos como medianos, la labor adicional dirigida a mejorar la atención traumatológica debe centrarse en la atención prehospitalaria y en las salas de urgencias. Mejorar la calidad de la atención en la sala de urgencias es especialmente importante en los entornos con medianos ingresos en los que el servicio médico de emergencia establecido sea de carácter básico.

LÍNEA DE ACCIÓN 5.4

Conseguir la participación de la comunidad en el diseño de los servicios especializados

La participación de las diversas partes interesadas de la comunidad es un eje central de la planificación satisfactoria de los servicios de salud y lo es asimismo en el contexto de la planificación de servicios especializados destinados a las víctimas de la violencia. Las implicaciones de la violencia y las consecuencias de la victimización y la perpetración

pueden variar de una comunidad a otra, de un grupo a otro de la misma comunidad, y entre los hombres y las mujeres. El comportamiento en procura de atención por parte de las víctimas de la comunidad está influido por las normas sociales relacionadas con la violencia y la atención de salud, por lo que éstas han de tenerse en cuenta al planificar y aplicar los servicios. Ha de prestarse especial atención a planificar servicios destinados a aquellas personas que sufren un fuerte estigma social por su condición de víctimas de tipos específicos de violencia, garantizando así que no sean estigmatizadas aún más durante (o por causa de) la prestación de los servicios.

Un factor decisivo para que los servicios proporcionados sean «culturalmente pertinentes» es consultar, a lo largo del proceso de planificación, a las asociaciones de apoyo a las víctimas y otras organizaciones no gubernamentales. Igualmente, las actividades de divulgación en el ámbito comunitario y los encuentros por grupos de interés con los miembros de la comunidad y los usuarios potenciales de los servicios (teniendo especial atención de incluir a los grupos marginados dentro de cada comunidad y a los que tienen una elevada incidencia de la violencia) contribuirá a una mejor comprensión de las normas culturales en torno a los distintos tipos de violencia y a la procura de atención tras un acto violento, y ayudarán a identificar cualquier barrera que impida el acceso a los servicios. En la planificación y evaluación de los servicios también deben participar las comunidades.

Reunir todo: desarrollar un plan nacional de acción

6.1 Aspectos conceptuales

Un plan nacional de acción para la prevención de la violencia interpersonal y la mejora del apoyo y la atención a las víctimas es un modelo que proporciona a los diversos sectores que en él participan un conjunto de metas comunes, un calendario compartido, una estrategia de coordinación de las actividades y un marco de evaluación. Un plan nacional de esta índole es clave para organizar intervenciones a nivel de país y a nivel de comunidad que comprendan más de un objetivo y que dependerán de las aportaciones de participantes procedentes de muchos y variados sectores.

En la mayoría de los países la responsabilidad principal de la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud recae en las autoridades sanitarias nacionales, provinciales y municipales. Por este motivo, es muy probable que éstas dispongan de los recursos humanos y la capacidad técnica necesarios para coordinar los programas multisectoriales de prevención de la violencia y los servicios de atención y apoyo a las víctimas preconizados en esta guía. Siempre que sea posible, es preferible que el desarrollo del plan nacional de acción sea liderado por el ministerio de salud, el cual, a la vez, facilitará la participación multisectorial con los demás grupos de interés identificados en la **Introducción** de la presente guía. La formulación de un plan nacional de acción para la prevención de la violencia interpersonal puede concebirse tanto en términos de *contenido* del plan como de su *estructura*.

Contenido

Por contenido del plan nacional de acción se entienden las esferas precisas de actividad y los temas abordados, y necesariamente reflejará las realidades locales y la evolución en la comprensión y prevención de la violencia interpersonal. Así y todo, será útil considerar como principales esferas de actividad posibles las cinco recomendaciones del *Informe mundial sobre la violencia y la salud* cubiertas en esta guía:

- Aumentar la capacidad de recopilar datos sobre la violencia (**Parte 1**)
- Investigar la violencia: causas, consecuencias y prevención (**Parte 2**)
- Fomentar la prevención primaria de la violencia interpersonal (**Parte 3**)
- Fomentar la igualdad y la equidad social y entre los sexos para prevenir la violencia (**Parte 4**)
- Reforzar los servicios de atención y de apoyo a las víctimas (**Parte 5**).

Un plan de acción también debe especificar las finalidades de cada una de las esferas de actividad anteriores, los objetivos y las estrategias para lograrlos, e indicadores mensurables de los progresos realizados. Para ello será preciso obtener mediciones de referencia, tanto del problema como de las aportaciones para tratarlo, a la vez que se establecerá con precisión un calendario de aplicación y plazos de finalización de las distintas actividades.

Un plan nacional de acción eficaz probablemente será multisectorial y, por ello, el *Informe mundial sobre la violencia y la salud* recomienda explícitamente desarrollar a todos los niveles del programa capacidad de liderazgo intersectorial en materia de prevención de la violencia. Para facilitar una colaboración eficaz y significativa, el plan de acción habrá de identificar con claridad las funciones y responsabilidades de los distintos sectores y disciplinas que participen en todas y cada una de las esferas de actividad. Además, habrá de incorporar expresamente las finalidades y objetivos propios específicos de la colaboración y el liderazgo intersectorial. Por ejemplo, podría formarse un grupo interministerial especial para la prevención de la violencia, mediante un acuerdo que obligara a distintos ministerios a colaborar en la prevención de la violencia interpersonal bajo el liderazgo del ministerio de salud.

Las iniciativas a nivel de país son vitales para determinar los fines, las normas y la dirección general de las políticas; pero quienes llevan a cabo la ejecución de las intervenciones preventivas y la prestación de los servicios de apoyo y atención a las víctimas

propriadamente dichos son los gobiernos provinciales y municipales y, cada vez más, los organismos no gubernamentales. En consecuencia, el plan de acción debe contemplar actividades de prevención y de atención a las víctimas tanto a nivel de país como a nivel local, pudiendo incluir, por ejemplo, la creación de autoridades provinciales que tengan bajo su responsabilidad un número específico de programas de prevención de la violencia a nivel municipal en las ciudades y poblaciones de su jurisdicción.

En cada esfera de actividad se pueden detallar mecanismos destinados a fomentar campañas internas de promoción y a recibir y dar respuesta a las aportaciones de promoción que puedan hacer los grupos de la sociedad civil (véase la **línea de acción 3.4**). Son numerosos los países en los que el programa nacional de prevención de la violencia experimentó significativos avances gracias a las aportaciones de los grupos de promoción, que habitualmente participan poniendo la cuestión de la prevención de la violencia en la agenda de los órganos decisorios de los parlamentos nacionales y provinciales. Las esferas de actividad también pueden incluir procedimientos que permitan identificar las partes interesadas a nivel nacional, regional y, quizás, incluso internacional, y para identificar un conjunto básico de mensajes e información a transmitir. Algunos ejemplos de partes interesadas son los medios nacionales de comunicación; los colaboradores en cuestiones de prevención con otros departamentos, gubernamentales o no; los organismos de las Naciones Unidas y los países donantes.

Estructura

La estructura de un plan nacional es el modo en que éste está organizado y cómo están subdivididas las principales esferas de contenido en esferas más pequeñas. El plan nacional de acción ha de estar redactado y estructurado de modo tal que sea fácilmente comprensible para los participantes, quienes pertenecerán a distintos sectores. También incluirá una concisa versión resumida y estará disponible en forma de tabla para facilitar su presentación.

Como muestra la **FIGURA CUATRO**, un plan de acción estándar consta de *Esferas de actividad*, cada una de las cuales va acompañada de una breve *Exposición del problema*, que plantea las dificultades a abordar. Cada esfera de actividad se subdivide en una o más *Finalidades*. Cada finalidad, a su vez, se divide en uno o más *Objetivos*, y a cada objetivo le corresponden una *Actividad*, *Indicadores de rendimiento*, *Recursos humanos*, *Costo* y *Calendario* específicos. La **TABLA CUATRO** proporciona un ejemplo ya desarrollado para la esfera titulada «Desarrollo del liderazgo intersectorial para la prevención de la violencia».

FIGURA CUATRO Estructura de un plan nacional de acción para la prevención de la violencia

ESFERA DE ACTIVIDAD 1: EXPOSICIÓN DEL PROBLEMA		
FINALIDAD 1.1	Objetivo 1.11	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Actividad ➤ Indicadores de rendimiento ➤ Recursos humanos ➤ Costos ➤ Calendario
	Objetivo 1.12	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Actividad ➤ Indicadores de rendimiento ➤ Recursos humanos ➤ Costos ➤ Calendario
FINALIDAD 1.2	Objetivo 1.21	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Actividad ➤ Indicadores de rendimiento ➤ Recursos humanos ➤ Costos ➤ Calendario

TABLA CUATRO Ejemplo de resumen de un plan nacional de acción, correspondiente a la esfera de actividad «Desarrollo del liderazgo intersectorial para la prevención de la violencia»

Exposición del problema

Ningún ministerio, departamento o persona es responsable individualmente de la prevención de la violencia. En consecuencia, existe poca o nula conciencia de que la violencia se puede prevenir, y no existen mecanismos que permitan abordar la violencia interpersonal y su prevención de forma unificada, combinando las aportaciones de los diversos ministerios y muchas otras partes interesadas de carácter no gubernamental.

FINALIDADES	OBJETIVOS	ACTIVIDAD	INDICADORES DE RENDIMIENTO	RECURSOS HUMANOS	COSTO	CALENDARIO
Crear y cubrir el puesto de coordinador del ministerio de salud para la prevención de la violencia	Identificar un departamento que sirva de base al coordinador; crear el puesto y elaborar las atribuciones del mismo	Preparar una propuesta y un presupuesto para el nuevo puesto, y una descripción del trabajo	Puesto creado; descripción del trabajo y atribuciones disponibles	Liderazgo a cargo de un funcionario de alto rango del ministerio de salud; funcionario de recursos humanos; consultor	Salario y prestaciones según escalas y subsidios del ministerio de salud	Seis meses a partir del comienzo del programa
	Contratar al coordinador	Anunciar el puesto, entrevistar a los candidatos y elegir uno	El coordinador comienza a trabajar	Funcionarios de recursos humanos del ministerio de salud más comité interministerial de selección	Gastos de publicidad y contratación	Nueve meses a partir del comienzo del programa
Formar un comité consultivo intersectorial	Obtener aprobación política a alto nivel y el mandato de convocar el comité y preparar un calendario de reuniones	Preparar una propuesta para formar tal comité y presionar para obtener respaldo y aprobación	Mandato recibido; calendario preliminar de reuniones preparado	Coordinador del ministerio de salud	Tiempo de personal	14 meses a partir del comienzo del programa
	Buscar los ministerios y organismos de interés y, dentro de ellos, a las personas adecuadas	Reunirse con los ministerios y directores competentes, explicar el proyecto de comité y definir las aportaciones y el nivel decisorio exigible a sus miembros	Acuerdo interministerial de creación del comité; finalización de la primera ronda de reuniones del comité consultivo intersectorial	Coordinador del ministerio de salud	Gastos de viaje a las reuniones de los miembros del comité; gastos de las sedes de las reuniones	20 meses a partir del comienzo del programa

Para asegurar que un plan nacional de acción contribuya a una mayor coherencia y coordinación entre los distintos grupos y disciplinas participantes, es importante desarrollarlo a partir de un número limitado de esferas de actividad. Una buena opción es utilizar como principales esferas de actividad las seis recomendaciones a nivel de país del *Informe mundial sobre la violencia y la salud* que se tratan detalladamente en esta guía.

6.2 Cuestiones de políticas

Un plan nacional de acción es un documento estratégico que sienta las bases para el posterior desarrollo continuado de instrumentos formales de políticas y legislativos; para la movilización y asignación de recursos; para el diseño y la aplicación de programas, y para la formación y el desarrollo de capacidad.

6.3 Líneas de acción para desarrollar un plan nacional de acción

Con independencia de la etapa que haya alcanzado el país en el camino hacia la prevención de la violencia, siempre se puede desarrollar un plan nacional de acción. El principal recurso del que se debe disponer es una persona perteneciente al gobierno (y, preferiblemente, al ministerio de salud), o un consultor contratado por el gobierno, que aplique las siguientes seis **líneas de acción** propuestas:

- 6.1 Identificar y consultar a las partes interesadas clave
- 6.2 Elaborar un proyecto de análisis de la situación nacional sobre violencia interpersonal y salud
- 6.3 Convocar una conferencia nacional consultiva
- 6.4 Revisar y completar el plan de acción
- 6.5 Obtener respaldo para el plan de acción
- 6.6 Aplicar y supervisar el plan de acción, e informar acerca de los progresos.

LÍNEA DE ACCIÓN 6.1

Identificar y consultar a las partes interesadas clave

Las consultas con el gobierno y con las partes interesadas no pertenecientes al gobierno acerca de la prevención de la violencia interpersonal y la provisión de servicios de apoyo y atención a las víctimas, reviste una importancia decisiva para garantizar la adhesión al plan nacional de acción. Las partes interesadas (enumeradas en la **Introducción** de esta guía) representarán a muchos sectores y disciplinas. Algunas de ellas tendrán poca experiencia en trabajar en cooperación con las demás y una limitada perspectiva en cuanto a la comprensión y la respuesta al problema de la violencia interpersonal por parte de los otros sectores.

Lograr la identificación y participación de las partes interesadas permitirá alcanzar el consenso suficiente para poder dar comienzo al programa. El intento de conseguir la participación de todos y cada uno de los organismos pertinentes probablemente sea difícil de manejar; por otra parte, también es probable que un proceso consultivo muy amplio y ambicioso se escape de las manos y, en última instancia, dificulte el proceso en vez de facilitararlo. Por el contrario, si no se consulta a todos los grupos clave, éstos podrían rechazar el programa propuesto e impedir su aplicación. Queda claro, pues, que la decisión acerca de qué grupos deben consultarse reviste la máxima importancia y depende de las realidades locales y nacionales del contexto en el que se esté desarrollando el plan de acción.

Al principio de cualquier trabajo intersectorial de prevención de la violencia, las personas que trabajan en los distintos sectores muestran cierta tendencia a restringir el ámbito de su propio pensamiento a la «zona de consuelo» de su competencia sectorial. Así, por ejemplo, los psicólogos tenderán a verse a sí mismos en el papel de asesores de las víctimas de la violencia; los miembros de la policía considerarán que la mejor manera de prevenir la violencia es asignar más recursos para capturar y castigar a los delincuentes; y los médicos estarán preocupados por las cuestiones relacionadas con la atención traumatológica.

Para alcanzar el éxito en la prevención de la violencia es preciso complementar la perspectiva basada en la competencia profesional y los conocimientos prácticos, centrándose en los problemas de máxima prioridad y no en las competencias de base. En el caso de la prevención de la violencia, esto significa que es necesario persuadir a las personas a que vayan más allá de sus zonas de consuelo, dejen de lado todas aquellas cosas con las que no están de acuerdo y se centren en la única en la que todos coinciden, es decir, que las personas no deben matarse unas a otras ni hacerse daño.

Alcanzar un acuerdo de este tipo sienta las bases para que las personas participen en un ejercicio neutral, analítico y orientado hacia la acción, dejando en la puerta los programas personales y de las organizaciones, y reconociendo que ningún organismo ni grupo individual puede solucionar por sí solo el problema de la violencia.

El proceso de consulta con los organismos y las personas identificados debe estructurarse en base a la **línea de acción 6.2** (compilación de un análisis de la situación a nivel de país en relación con la violencia interpersonal y la salud) y a obtener la información pertinente para las principales esferas de actividad del plan nacional de acción. Ello incluirá una evaluación previa de la disposición de los políticos a respaldar un plan nacional de acción para la prevención de la violencia y de la disposición de los ciudadanos a apoyar tales pasos y a presionar para que aumenten las inversiones destinadas a prevenir la violencia.

Elaborar un proyecto de análisis de la situación nacional sobre violencia interpersonal y salud

Uno de los requisitos para elaborar una planificación sistemática es comprender claramente el problema de la violencia interpersonal, las respuestas proporcionadas en la actualidad a dicho problema y las respuestas anticipadas por las distintas partes interesadas. Un modo de obtener tal información es elaborar un análisis de la situación a nivel de país, que puede contribuir a crear una temática común a tratar en las discusiones intersectoriales sobre prevención y servicios de atención a las víctimas. El análisis de la situación ha de basarse en información que ya esté disponible (es decir, que no suponga encargar nuevas investigaciones básicas), pero debe ser más amplio que el perfil inicial del problema descrito en la **Parte 1**. Deberá proporcionar una instantánea de lo que se sabe sobre:

- el tamaño y la naturaleza del problema
- las causas fundamentales del problema
- qué están haciendo los diversos sectores al respecto
- qué están consiguiendo los diversos sectores
- qué función podrían y deberían estar desempeñando los diversos sectores
- qué piensan los diversos sectores que debería hacerse a continuación.

La información disponible se habrá generado por muchos motivos diferentes y por ello es probable que el análisis de la situación revele discrepancias entre fuentes de información distintas que traten del mismo asunto, o que llegue a la conclusión de que no hay información disponible acerca de determinadas cuestiones. También es probable que ponga de manifiesto que existe poca o nula coordinación entre los distintos departamentos o los distintos sectores, debido a la ausencia de liderazgo en materia de prevención de la violencia y la falta de un centro definido con claridad para este fin.

Tales discrepancias y lagunas de información son poderosos incentivos para mantener conversaciones cruzadas sobre el problema de la violencia interpersonal y qué hacer para prevenirlo. Las discrepancias del informe, por lo tanto, deben reconocerse explícitamente como hallazgos importantes y en modo alguno deben desecharse. Las discrepancias en los datos estadísticos y las divergencias respecto de «hechos», como, por ejemplo, quién está haciendo qué y qué consigue con ello, ofrecen poderosos argumentos para invertir en los recursos necesarios para contratar una persona que actúe como coordinadora de prevención de la violencia y para crear un centro nacional para la prevención de la violencia. Identificar las discrepancias y las lagunas de información también ayudará a identificar aquellas áreas prioritarias en materia de recopilación de datos e investigación.

Convocar una conferencia nacional consultiva

La conferencia nacional consultiva tendrá por objeto alcanzar el consenso de las partes interesadas en relación al contenido y la estructura del plan nacional de acción; las partes interesadas dispondrán de un esbozo preliminar sobre el cual tendrán la oportunidad de formular sus comentarios. La conferencia se iniciará con la presentación de una visión general de la violencia interpersonal y la salud en el país, y con posterioridad ofrecerá la oportunidad de analizar a través de grupos de debate las principales esferas de actividad propuestas en el plan. La programación de la conferencia deberá prever posibles tensiones entre los representantes de los distintos sectores y habrá de prestar especial atención a instrumentar estrategias para superarlas.

LÍNEA DE ACCIÓN 6.4**Revisar y completar el plan de acción**

Una vez completado el plan preliminar, éste se hará circular entre las partes interesadas clave, abriendo una ronda más de comentarios al objeto de asegurar que el plan refleje apropiadamente las aportaciones realizadas en el curso de la conferencia consultiva. El plan, ya en su forma final, se publicará en un formato accesible y autorizado.

LÍNEA DE ACCIÓN 6.5**Obtener respaldo para el plan de acción**

Para respaldar el plan nacional de acción, se redactarán cartas formales de adhesión al contenido del mismo y de compromiso con su aplicación, que suscribirán todas las partes interesadas pertenecientes al gobierno que tomen parte en la iniciativa y, en su caso, los órganos estatutarios, organismos internacionales, organizaciones no gubernamentales y otras que puedan desempeñar un papel central en la labor. Además, se obtendrá el respaldo no oficial de la amplia comunidad de profesionales relacionados con la prevención de la violencia y de los grupos de ciudadanos que serán los futuros beneficiarios.

LÍNEA DE ACCIÓN 6.6**Aplicar y supervisar el plan de acción, e informar acerca de los progresos**

La aplicación del plan de acción ha de seguir el calendario establecido para cada esfera de actividad y, si fuera oportuno, seguirá las **líneas de acción** establecidas en las **Partes 1 a 5** de este documento. La supervisión del plan nacional de acción y los informes acerca de los progresos realizados se efectuarán tomando como base la información de referencia, los indicadores y los plazos de tiempo especificados para cada uno de los objetivos del plan. En este sentido, puede ser útil especificar cuándo habrá de prepararse un informe de seguimiento. En la mayoría de los casos, el informe de seguimiento se planificará de modo que se presente a más tardar entre dos y cuatro años después de que comience a aplicarse el plan nacional de acción.

Conclusiones

Cada una de las seis partes de esta guía corresponde a una de las seis recomendaciones a nivel de país formuladas en el *Informe mundial sobre la violencia y la salud* y la resolución correspondiente de la Asamblea Mundial de la Salud instando a los Estados Miembros de la OMS a aplicar dichas recomendaciones (véase la **Introducción** de la presente guía). Cada parte proporciona una serie de actividades sugeridas en las áreas de formulación de políticas, desarrollo de sistemas y aplicación de programas, cuya puesta en práctica ayudará a los países a cumplir dichas recomendaciones y así prevenir la violencia interpersonal y mejorar los servicios de atención a las víctimas.

El mensaje central que la presente guía aspira a transmitir es que para que los esfuerzos para prevenir la violencia que se lleven a cabo a nivel nacional, municipal y comunitario sean fructíferos, es de primordial importancia contar tanto con participación multi-sectorial como con un claro liderazgo. Es sumamente recomendable que el organismo que lidere la labor sea el ministerio de salud, puesto que sobre éste recae mayormente la responsabilidad de la atención a las víctimas de la violencia y es el principal responsable de la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud. También es recomendable establecer mecanismos formales que especifiquen con claridad los roles y las funciones de las partes interesadas, lo cual facilitará la participación interministerial y multisectorial.

Tal como sucede siempre que se presenta un nuevo problema que afecta a la salud pública, es probable que los primeros intentos por aplicar las sugerencias de esta guía encuentren resistencia, con el argumento de que saldrán demasiado caros y no pueden asumirse mientras existan prioridades sanitarias más importantes, como el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis. A pesar de ello, incluso aunque se carezca de recursos para poner en práctica algunos aspectos de las recomendaciones, la información que proporciona esta guía será útil a efectos de planificación. Dado que a las acciones normalmente les preceden planes (que a menudo se utilizan para generar los recursos necesarios para llevar a cabo las acciones), esta guía será de utilidad incluso en los contextos en los que en la actualidad los recursos para destinar a la prevención de la violencia sean escasos.

Además de los beneficios que una eficaz prevención de la violencia puede reportar a la calidad de vida de las personas, las familias, la comunidad y la sociedad, también puede reportar cuantiosos ahorros financieros. Los costos derivados del tratamiento de las consecuencias de la violencia, que en algunas ocasiones duran toda la vida, son asombrosos, por no mencionar los costos indirectos ocasionados por la pérdida de productividad. Con el dinero que actualmente se gasta en tratar las consecuencias de la violencia interpersonal y tomando las medidas de prevención efectivas en línea con las sugerencias de esta guía, podrían mejorarse muchos aspectos de la vida de la población. Prestando mejores servicios de atención a las personas que se convierten en víctimas de la violencia se puede minimizar en gran parte la gravedad de los daños físicos y psicológicos que sufren estas personas y aumentar la probabilidad de que vuelvan a tener una vida productiva y satisfactoria como auténticos supervivientes que son.

La violencia afecta a todos los continentes, todos los países, y casi todas las comunidades. Aunque aparece en todos lados, la violencia no es un rasgo ineludible de la condición humana, ni es un problema irresoluble de la «vida moderna» que no pueda ser vencido por la determinación y el ingenio del ser humano.

Informe mundial sobre la violencia y la salud

Resumen de las líneas de acción y los cuadros

PARTE 1: LÍNEAS DE ACCIÓN PARA AUMENTAR LA CAPACIDAD DE RECOPIRAR DATOS

1.1	Identificar y revisar las fuentes de información existentes	21
1.2	Realizar un estudio de las políticas y apoyo legal en materia de recopilación de datos	22
1.3	Trazar un perfil inicial del problema	22
1.4	Crear un grupo de trabajo de información	23
1.5	Elaborar un perfil más exacto del problema	24
1.6	Evaluar los procesos de acopio de datos, las políticas y las intervenciones	25
1.7	Modificar el sistema de recopilación de datos en base a los resultados de la evaluación	26

CUADRO DE RECURSOS UNO

21

Recursos y directrices técnicas para llevar a cabo las líneas de acción de la recopilación de datos

- WHO Collaborating Centre on Injury Surveillance. *International classification for external causes of injuries*. Amsterdam, Consumer Safety Institute, 2001. <http://www.iceci.org>
- *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. 1989., Revisión. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1992. <http://www.who.int/whosis/icd10/>
- *Injury Surveillance Guidelines*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (WHO/NMH/VIP/01.02; disponible a través del Departamento de Prevención de los Traumatismos y la Violencia, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza). http://www.who.int/violence_injury_prevention/media/en/136.pdf
- Sethi D, Habibula S, McGee K, Peden M, Bennett S, Hyder AA, Klevens J, Odera W, Suriyawongpaisal P, eds., *Guidelines for conducting community surveys on injuries and violence*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004. http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications
- German RR et al. *Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems* (directrices actualizadas para la evaluación de los sistemas de vigilancia de la salud pública). Centros para el Control de Enfermedades, *MMWR*, 27 de julio de 2001/50(RR13): 1–35. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5013a1.htm>
- Centros para el Control de Enfermedades, *Epi Info 2002*, revisión 2 (programa informático gratuito de vigilancia de la salud pública). Atlanta, Centros para el Control de Enfermedades, 2003. <http://www.cdc.gov/epiinfo/>

PARTE 2: LÍNEAS DE ACCIÓN PARA INVESTIGAR LA VIOLENCIA

2.1 Destacar la necesidad de estudiar la violencia interpersonal	35
2.2 Desarrollar un programa de investigación sobre la violencia interpersonal a nivel de país	36
2.3 Identificar los marcos de la política nacional de investigación e integrar en ellos las investigaciones sobre la violencia	36
2.4 Identificar y respaldar un centro nacional de investigación en materia de violencia interpersonal	36
2.5 Establecer mecanismos para asegurar el acceso de los investigadores a las fuentes de información clave	36
2.6 Establecer mecanismos para difundir los resultados de las investigaciones	37
2.7 Integrar las investigaciones sobre prevención de la violencia en los ámbitos de formación de investigadores universitarios y de posgrado	37

CUADRO DE RECURSOS DOS

35

Directrices técnicas y otros recursos para aplicar las líneas de acción para investigar la violencia

- Council for Health Research and Development (documentos e información sobre los países y los asociados internacionales de Essential National Health Research)
<http://www.cohred.ch/>
- Global Forum for Health Research (pretende centrar los esfuerzos de investigación en las enfermedades que constituyen la mayor carga para la salud mundial y facilitar la colaboración entre los asociados, tanto del sector público como del privado)
<http://www.globalforumhealth.org/pages/index.asp>

PARTE 3: LÍNEAS DE ACCIÓN PARA FOMENTAR LA PREVENCIÓN PRIMARIA

3.1	Trazar la cartografía de los programas de prevención primaria existentes	49
3.2	Apoyar y evaluar los programas experimentales de prevención primaria	51
3.3	Difundir las experiencias en cuestiones de prevención específicas de cada país	52
3.4	Abogar por la prevención primaria	52
3.5	Integrar la prevención primaria en el trabajo sistemático de los gobiernos locales y nacionales	53
3.6	Crear mecanismos de sostenibilidad	54

CUADRO DE RECURSOS TRES

51

Directrices técnicas y otros recursos para aplicar las líneas de acción para fomentar la prevención primaria

- Sethi D, Marais S, Seedat M, Nurse J, Butchart A. *Handbook for the documentation of interpersonal violence prevention programmes*. Departamento de Prevención de los Traumatismos y la Violencia, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2004.
http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications
- Grupo de trabajo de evaluación de los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos (incluye manuales con procedimientos paso a paso para llevar a cabo las evaluaciones, y enlaces a otros recursos, revistas y publicaciones en línea)
<http://www.cdc.gov/eval/resources.htm>
- Injury Prevention Web (incluye más de 1400 enlaces a sitios web de todo el mundo relacionados con la prevención de los traumatismos y la violencia)
<http://www.injuryprevention.org>

PARTE 4: LÍNEAS DE ACCIÓN PARA FOMENTAR LA IGUALDAD Y LA EQUIDAD SOCIAL Y ENTRE LOS SEXOS

4.1 Promover políticas sociales y de género eficaces	61
4.2 Realizar un examen de la política social existente	62
4.3 Realizar un examen de la política de género existente	63
4.4 Fomentar la incorporación de una perspectiva de género a los programas y las políticas de los ministerios	65
4.5 Supeditar las políticas sociales y de género propuestas a una evaluación de impacto social	66

CUADRO DE RECURSOS CUATRO

62

Directrices técnicas y otros recursos para aplicar las líneas de acción para fomentar la igualdad y la equidad social y entre los sexos

- Departamento de Asuntos Sociales y Económicos de las Naciones Unidas, División de Política Social y Desarrollo. <http://www.un.org/esa/socdev/>
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966). http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/a_ceschr_sp.htm
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966). http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/a_ccpr_sp.htm
- Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (1965). http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/d_icerd.htm
- Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979). <http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/e1cedaw.htm>
- Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Naciones Unidas (1995). Plataforma de Acción en el *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995 (Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta E.96.IV.13), cap. I, resolución 1, anexo II. <http://www.onu.org/temas/mujer/Beijing5/beijing5.htm>
- Landsberg-Lewis I, ed. (1998). *Bringing equality home: the convention on the elimination of all forms of discrimination against women*. Nueva York, NY. UNIFEM. www.unifem.org
- Office of the Special Adviser on Gender Issues and Advancement of Women (2002) *Gender mainstreaming: an overview*. Nueva York, NY. Departamento de Asuntos Sociales y Económicos de las Naciones Unidas. <http://www.un.org/womenwatch/osagi/statementsandpapers.htm>
- Spindel C, Levy E, Connor M (2000). *With an end in sight: strategies from the UNIFEM trust fund to eliminate violence against women*. Nueva York, NY. UNIFEM. www.unifem.org

PARTE 5: LÍNEAS DE ACCIÓN PARA REFORZAR LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN Y DE APOYO A LAS VÍCTIMAS

5.1 Promover mejoras en la calidad de los servicios	74
5.2 Realizar una auditoría de las políticas y un análisis de la situación	74
5.3 Mejorar los servicios médicos de emergencia y la atención traumatológica	75
5.4 Conseguir la participación de la comunidad en el diseño de los servicios especializados	76

CUADRO DE RECURSOS CINCO

74

Directrices técnicas y otros recursos para reforzar los servicios de atención y de apoyo a las víctimas

- Organización Mundial de la Salud. *Surgical Care at the District Hospital*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545755.pdf>
- Mock C, Lormand JD, Goosen J, Joshipura M, Peden M. *Guidelines for essential trauma care*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004. http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications
- Organización Mundial de la Salud. *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004. http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/med_leg_guidelines/en/
- Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki sobre la violencia y la salud, adoptada por la Asociación Médica Mundial. Helsinki, 2003. <http://www.wma.net/s/policy/v1.htm> (disponible a partir del 17 de febrero de 2004).

PARTE 6: LÍNEAS DE ACCIÓN PARA DESARROLLAR UN PLAN NACIONAL DE ACCIÓN

6.1 Identificar y consultar a las partes interesadas clave	84
6.2 Elaborar un proyecto de análisis de la situación nacional sobre violencia interpersonal y salud	85
6.3 Convocar una conferencia nacional consultiva	85
6.4 Revisar y completar el plan de acción	86
6.5 Obtener respaldo para el plan de acción	86
6.6 Aplicar y supervisar el plan de acción, e informar acerca de los progresos	86



**Organización
Mundial de la Salud**

Avenue Appia 20

1211 Ginebra 27

Suiza

Tel +41-22-791-2064

Fax +41-22-791-4332

www.who.int/violence_injury_prevention

violenceprevention@who.int

ISBN 92 4 359207 6

