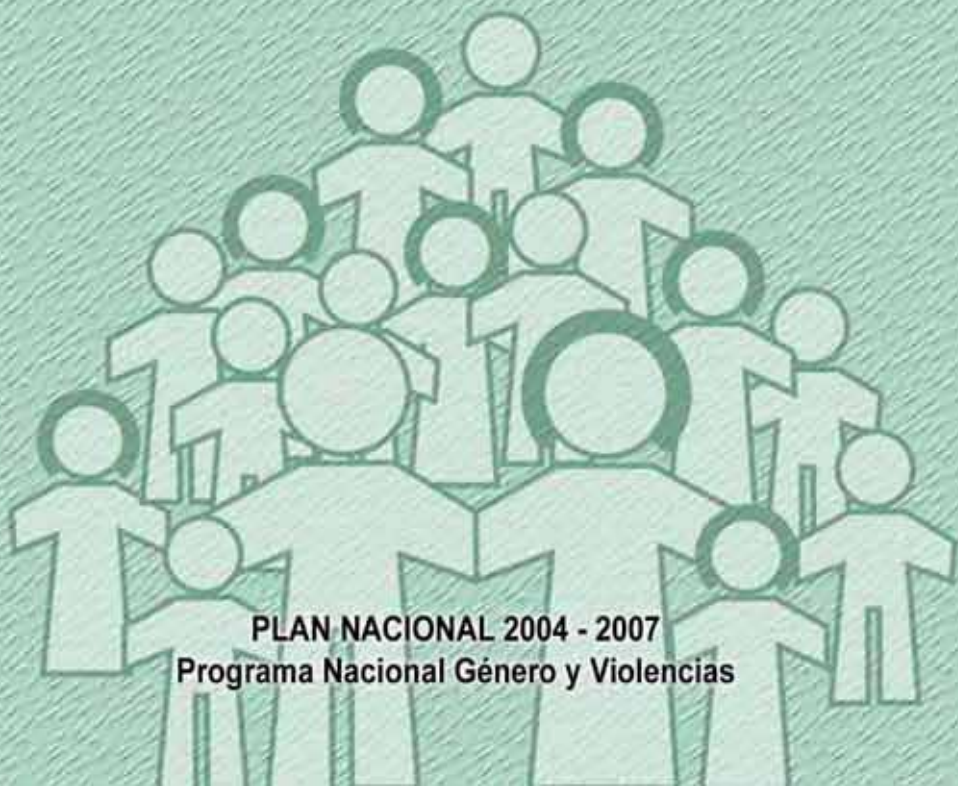




MINISTERIO DE SALUD
Y DEPORTES



Prevención y Atención de Violencias



PLAN NACIONAL 2004 - 2007
Programa Nacional Género y Violencias

AUTORIDADES NACIONALES

Dr. Fernando Antezana Aranibar
Ministro de Salud y Deportes

Dra. Rosario Quiroga Morales
Viceministra de Salud

Dr. Eduardo Chávez Lazo
Director General de Servicios de Salud

Dra. Jaqueline Reyes Maldonado
Directora Técnica de Servicios de Salud

Lic. Ruth Barral
**Responsable Nacional del
Programa Género y Violencias**

**Prevención y Atención de Violencias
Plan Nacional 2004 - 2007**

**Ministerio de Salud y Deportes
Programa Nacional de Género y Violencias**

Coordinación Institucional:

Lic. Ruth Barral - MSD

Dra. Dora Caballero - OPS/OMS

Elaboración y Sistematización:

Dra. Dora Caballero - OPS/OMS

Lic. Wilma Vargas MSD

Depósito legal N°

ISBN N°

FICHA BIBLIOGRAFICA

**BO
HM281
M665s**

Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes ; Dirección General de Salud; Programa Nacional de Género y Violencias.
Salud y violencias: plan nacional 2004 – 2007 . / Ministerio de Salud y Deportes, Dirección General de Salud, Programa Nacional de Género y Salud. - - La Paz: OPS/OMS, 2004.
34 p.

- I. SALUD PUBLICA
- II. VIOLENCIA DOMESTICA
- III. SERVICIOS DE SALUD
- IV. t.



COPIA LEGALIZADA

RESOLUCION MINISTERIAL

Nº 05 1 2

11 AGO. 2004

VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que, en 1993 la OPS y los Ministros de Salud de la Región, reconocieron la gravedad y la urgencia del problema en las Americas, considerándola como un problema de salud pública que afecta a la salud y al desarrollo social y económico de amplios sectores de la población. En 1996 la Asamblea Mundial de la Salud, declaró a la Violencia como un grave problema para la salud de las personas, estimándose que un 4% de todas las muertes en el mundo, son producidas por causas intencionales (OMS) Reunión Consultiva Red Andina 2001).

Que, es problema de salud pública por que; las lesiones y la muerte que produce, la demanda en servicios de salud que congestiona los mismos y genera mayores necesidades de recursos y la magnitud creciente en nuestras sociedades.

Que, la violencia constituye un fenómeno histórico que se relaciona con condiciones sociales y económicas particulares. Las causas de la violencia resultan complejas pero se identifican a partir del cruce de factores negativos del individuo y del entorno social. A nivel individual el comportamiento humano (violento o pacifico) responde a modelos sociales aprendidos del entorno, que producen procesos cognitivos y efectivos en la persona, que conducen ante un evento de conflicto a una reacción agresiva o pacífica de resolución.

Que, la violencia ha sido definida como el uso de amenazas o uso intencional de la fuerza, la coerción o el poder, bien sea fisico, psicológico o sexual, contra otra persona, grupo o comunidad y/o contra sí mismo, produciendo alta probabilidad de daño en la salud y aún en la libertad de movimiento de la victima (Oxford University 1991).

Que, en nuestro país, hace cinco años atrás el problema ha sido visibilizado a partir de hechos protagonizados por movimientos reivindicatorios de grupos sociales y por la situación alarmante de violencia doméstica y el maltrato infantil, entre otros tipos como Violencia autoinfringida, interpersonal, delitos contra la familia, violencia colectiva, violencia juvenil, violencia sexual, delincuentes habituales, robo agravado, abuso de alcohol, mortalidad por suicidios y asesinatos.

Que, dentro de los instrumentos legales en vigencia la Constitución Política del Estado que garantiza el ejercicio de derechos sin distinción de raza, sexo o condición económica. El Código Penal, el nuevo Código de Procedimiento Penal, incorpora ciudadanos / as en los procesos de sentencia, el Código de Familia, el Código Niño (a) y Adolescente, la Ley 1674 Contra la Violencia en la Familia o Doméstica, la Ley N° 2494 de Seguridad Ciudadana.

Que, en este marco es necesario emitir instrumentos normativos que permitan al personal de salud del sistema tener la información adecuada y oportuna para la prestación en los establecimientos de salud.

POR TANTO;

EL MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES, en uso de sus facultades que le confiere la Ley 2446 de 19 de marzo de 2003;

RESUELVE :

Autorizar la publicación y difusión del Plan Nacional de Salud y Violencia 2004 – 2007.



RESOLUCION MINISTERIAL

La Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, queda encargada de la ejecución y cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, hágase saber y archívese.

Dra. Rosario Quiroga Morales
VICEMINISTRA DE SALUD
Ministerio de Salud y Deportes

Dra. Daen Becerra Torres Genuini
DIRECTORA GENERAL DE
ASUNTOS JURIDICOS B. I.
Ministerio de Salud y Deportes

Dr. Fernando S. Antezano Arantibar
MINISTRO DE SALUD
Y DEPORTES

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Silala Quintela Lopez
RESPONSABLE DE ARCHIVO
Y DOCUMENTACION
Ministerio de Salud y Deportes



Prevención y Atención de Violencias

Plan Nacional 2004-2007

Contenido

Presentación	7
I. La violencia, un problema de Salud Pública.....	9
II. Aspectos conceptuales del problema	10
II.1. Definición, causas y factores de riesgo.....	10
II.2. Tipos de violencias	12
III. El contexto boliviano.....	14
III.1. La información disponible.....	14
III.2. La comunidad y sus percepciones.....	19
III.3. Las instituciones relacionadas con el problema.....	21
III.4. Los instrumentos legales en vigencia	22
IV. La violencia y sus repercusiones en los servicios de salud.....	22
IV.1. Modelo explicativo	22
IV.2. Análisis FODA	23
IV.3. Identificación de ejes de intervención.....	24
IV.4. Un marco para trabajar desde el sector salud.....	25
V. Componente de prevención y atención de las violencias en la política de salud "Plan Nacional 2004-2007"	26
V.1. Pertinencia.....	26
V.2. Propósito y objetivos	27
V.3. Acciones prioritarias para el período	28
V.4. Mecanismos operacionales.....	30
V.5. Estrategias	31
V.6. Indicadores para el monitoreo y la evaluación	31
V.7. Presupuesto.....	32
Anexos	33
Bibliografía	35

Prevención y Atención de Violencias Plan Nacional 2004-2007

Presentación

En nuestro país, cambios significativos en los últimos 20 años relacionados con la mayor esperanza de vida, la declinación de algunas enfermedades infecciosas y la persistencia de otras, la urbanización acelerada, la migración interdepartamental, la emergencia de enfermedades no transmisibles, entre otras; están determinando una transición epidemiológica particular con la coexistencia de problemas infecciosos y de otros como los traumatismos y lesiones por violencias que afectan los indicadores de morbilidad y mortalidad general de nuestra población.

Ante esta realidad, el compromiso de este Ministerio, por la salud del pueblo boliviano no solo está empeñado en mejorar sus respuestas ante los daños producidos por enfermedades sino tiene especial énfasis en la afectación de aquellos determinantes de la salud que impactan en el bienestar y la vida misma de las personas.

De esta manera, bajo el enfoque de la salud pública, la violencia y sus efectos constituyen una preocupación y un desafío que requiere de nuestros esfuerzos. En tal sentido, el presente Plan Nacional se constituye en un paso inicial que proporciona información técnica, lineamientos y directrices para el accionar del sector salud, particularmente en el ámbito público por las competencias que varias normas legales le confieren.

Estamos seguros, que su utilización en el presente y próximos años, mostrará resultados alentadores ya que contamos con recursos humanos que día a día trabajan comprometidamente por la salud de nuestro pueblo.

Dr. Fernando Antezana Aranibar
Ministro de Salud y Deportes

I. La violencia un problema de Salud Pública

La violencia representa un fenómeno que se está convirtiendo en un problema cada vez más serio en la Región de las Américas y a nivel mundial, afectando particularmente a grupos más vulnerables de la sociedad como los niños/as, adolescentes y jóvenes, adultos mayores y a las mujeres. En 1993, la OPS y los Ministros de Salud de la Región, reconocieron la gravedad y la urgencia del problema en las Américas, considerándola como un problema de salud pública que afecta a la salud y al desarrollo social y económico de amplios sectores de la población. En 1996 la Asamblea Mundial de la Salud, declaró a la Violencia como un grave problema para la salud de las personas, estimándose que un 4% de todas las muertes en el mundo son producidas por causas intencionales (OMS, Reunión Consultiva Red Andina, 2001).

Algunos estudios, aunque no comparables entre sí mismos, señalan que el abuso sexual en niños se encuentra en rangos que van desde 3 al 29%, y en niñas entre el 7 y el 36%. Se estima que una de cada tres mujeres son afectadas por violencia en el hogar y la familia. Para América Latina y el Caribe las tasas de homicidios producidos por armas de fuego se encuentran en alrededor de 12 x 100.000 habitantes; mientras que para el Japón, por ejemplo, llegan a 0.6 x 100.000 habitantes¹.

Según la OMS, cada año mueren más de 1.6 millones de personas y muchas más sufren lesiones no mortales como resultado de la violencia autoinflingida, interpersonal o colectiva. En general, la violencia es una de las principales causas de muerte para la

población entre 15 y 44 años. Aunque es difícil obtener cálculos precisos, los costos de la violencia se expresan en los miles de millones de dólares que cada año se gasta en asistencia sanitaria, además de días laborales perdidos, medidas para hacer cumplir las leyes, y las inversiones malogradas².

En América Centro, Caribe y Sur, las tasas de homicidios por 100.000 habitantes son variables, así para algunos países, fueron:

País	Tasa por 100.000 habitantes	Año
Cuba	6.2	1997
Colombia	61.6	1995
El Salvador	55.6	1993
Brasil	23.0	1995
Chile	3.0	1994
Argentina	4.7	1996

Fuente: Informe Mundial sobre Violencia y Salud. OMS, 2003

Si bien la violencia fue siempre un problema importante para las Américas, los cambios políticos, económicos y sociales de las últimas décadas, asociados a comportamientos culturales, parecen haber contribuido a su aumento (OPS, La Violencia en las Américas, 1996). La situación a nivel continental ha adquirido tal gravedad que la tasa de mortalidad por causas asociadas a la violencia ha comenzado a afectar en forma clara la tasa de mortalidad general.

En el caso de Bolivia, para el 2002 se estimó una tasa de homicidios de 8.2 x 100.000 habitantes y para el 2003 esta tasa se encontró en 9.4 también por 100.000. La violencia intrafamiliar y doméstica, es una de las formas

¹OMS, Reunión Consultiva Red Andina, 2001.

²OMS, Informe Mundial sobre Violencia y Salud, 2003.

más comunes, y se encontraría afectando alrededor 55.4% de la población de mujeres y hombres casados o unidos (entre 5 y 6 personas de cada 10, en edad fértil y económicamente activa) con un predominio de victimización casi exclusivo hacia la mujer. Esta situación repercute de manera indirecta y directa en aproximadamente 4 a 5 niños/as por cada familia (nº de hijos x mujer según Censo Nacional del 2001) y por lo tanto contribuiría dramáticamente a la reproducción social de la violencia.

Si bien es necesario reconocer debilidades en los sistemas de información existentes (problemas en la captura del dato, denuncias incompletas, registros incompletos, procesamientos limitados, etc.) así como, deficiencias en el desarrollo de políticas y programas; esta magnitud de la violencia en Bolivia, se constituye en un reto para la salud pública, ya que vista como una “enfermedad social aprendida”, impone la búsqueda de mecanismos efectivos para prevenirla, controlarla y lograr su reducción.

II. Aspectos conceptuales del problema

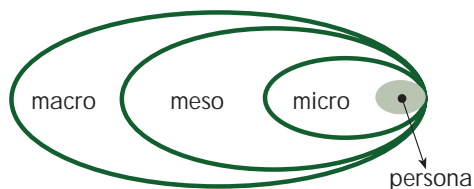
II. 1. Definición, causas y factores de riesgo

La violencia ha sido definida como el uso de amenazas o uso intencional de la fuerza, la coerción o el poder, bien sea físico, psicológico o sexual, contra otra persona, grupo o comunidad o contra sí mismo, produciendo o con alta probabilidad de producir daño en la salud y aún en la libertad de movimiento de la víctima (Oxford University, 1991).

La violencia constituye un fenómeno histórico que se relaciona con condiciones sociales y económicas particulares. Las causas de la violencia resultan complejas, pero se identifican a partir del cruce de factores negativos del individuo y del entorno social.

A nivel individual, investigadores como Bandura y MacAlister, consideran que el comportamiento humano (violento o pacífico) responde a modelos sociales aprendidos del entorno, que producen procesos cognitivos y afectivos en la persona, y que conducen ante un evento de conflicto, a una reacción agresiva o pacífica de resolución.

Por ello, sin desestimar que en un número reducido de patologías psiquiátricas o mentales es posible encontrar causas de comportamientos violentos; se asume que las mayoría de los condicionantes de la violencia se encuentran en el entorno micro (entorno inmediato, familia, vecinos), meso (instituciones de la comunidad) y macro (normas e instrumentos legales) .



Por lo tanto, un fenómeno complejo como la violencia, puede reconocer variados elementos causales, los cuales asumen distinta importancia de acuerdo al contexto en el cual se sitúen. Así por ejemplo, las brechas de injusticia social y económica, la discriminación, el ejercicio del poder en forma autoritaria y el debilitamiento de las instituciones del Estado,

³Elaboración de OPS/OMS-Bolivia en base a datos de la Policía Nacional

⁴Estudio comparativo de Prevalencia de la Violencia Doméstica e Intrafamiliar en 6 municipios del país. 2003 - Facultad de medicina, UMSA - MSD y OPS/OMS-Bolivia.

actúan como “telón de fondo” en este fenómeno. A su vez, factores predisponentes y desencadenantes, que podrían llamarse factores de riesgo, actúan sobre aquel “telón”, facilitando la aparición de hechos violentos.

La pobreza en sí misma, no es necesariamente un elemento causal, pero constituye un factor de riesgo cuando la violencia ocurre en un ambiente de desigualdad manifiesta y creciente, cuando alcanza situaciones extremas, y cuando está asociada al desempleo y a que los jóvenes con escasa educación no encuentran otra oportunidad para generar ingresos. Se dice, que los pobres son, a la vez, víctimas y actores predilectos de la violencia.

Otros factores de riesgo para la violencia, particularmente juvenil, son los lazos familiares frágiles, el abuso físico y sexual de niños y adolescentes, el bajo rendimiento escolar, la asociación en “pandillas” con comportamiento delincinencial, o la vida en barrios con alta criminalidad.

Existe consenso también sobre elementos que condicionan una cultura vertical y autoritaria, sin capacidad de resolver conflictos pacíficamente y que no acepta la equidad. Esta cultura, tiene su origen en el derecho napoleónico, según el cual el “pater familias”, es el dueño de la vida de la mujer y de sus hijos/as. En el plano familiar, esa tradición se traduce en una falta de ejercicio de derechos de la mujer, su dependencia social frente al hombre, y la existencia del comportamiento “machista” que facilita la violencia del hombre hacia la mujer.

Por otra parte, varios investigadores han coincidido en señalar la influencia de los

medios de comunicación, tanto del cine como de la televisión, como un factor de riesgo para la generación de violencia, especialmente en cuanto puede modelar la mente de niños/as y adolescentes, y en consecuencia un comportamiento agresivo.

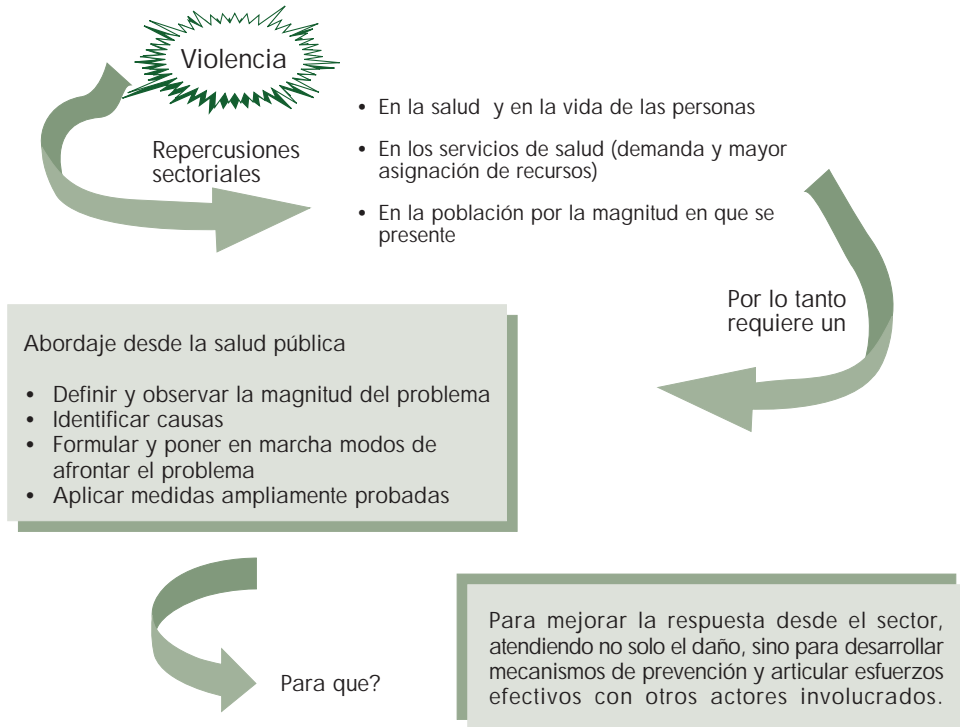
Otros factores, que se constituyen en un riesgo, son el acceso fácil a las armas (de fuego o corto-punzantes), el consumo de bebidas alcohólicas y drogas, así como la disponibilidad sin control de sustancias tóxicas.

Si bien los asesinatos (hechos con premeditación) y homicidios (hechos sin premeditación) constituyen los efectos más evidentes de la violencia, estos no son la única expresión de ella; ya que aún sin producir la muerte, la violencia puede producir lesiones y dejar secuelas tanto físicas como psicológicas, permanentes o transitorias.

Las lesiones físicas producen discapacidades transitorias o permanentes en las víctimas, mientras que las lesiones psicológicas se presentan tanto en víctimas directas de violencia como en personas que fueron testigos de la misma. En el caso de niños/as, estas secuelas pueden afectar su desarrollo físico y emocional y alterar profundamente su vida de relación futura.

Por otra parte, algunos estudios a nivel internacional señalan que la violencia produce una carga considerable en servicios de salud, ya que al aumentar la demanda, aumenta la necesidad de asignar mayores recursos y también, disminuye la posibilidad de responder eficazmente a otros tipos de problemas de salud prevalentes y propios de ciertas características epidemiológicas. En base a consideraciones de salud pública de la OPS/OMS, se entiende que:

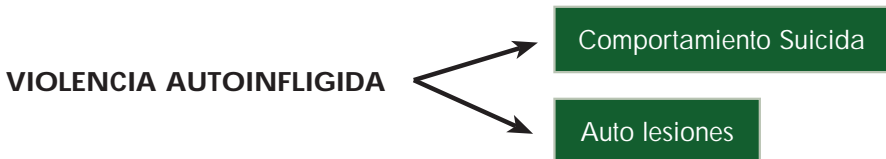
⁵ Tomado del Informe Mundial sobre Violencia y Salud – OMS, 2002



II. 2. Tipos de violencias

Según la OMS, existe una tipología de la violencia que permite caracterizar los diferentes tipos del problema. La clasificación divide la violencia en tres categorías generales y estas se subdividen a su vez para reflejar tipos de violencia más específicos:

Violencia Autoinfligida: violencia que una persona se provoca a sí misma y comprende



Violencia interpersonal: violencia impuesta por otro individuo o un número pequeño de individuos y se divide en dos subcategorías

VIOLENCIA INTERPERSONAL

Familiar. Entre los miembros de la familia, de pareja, hacia menores, hacia mayores.

Comunitaria. Entre personas que no guardan parentesco, pueden conocerse o no, y generalmente fuera del hogar (v. juvenil, asaltos, violación, v. en la escuela, trabajo, etc.)

Violencia Colectiva: Es la provocada por grupos más grandes, como el Estado, contingentes políticos organizados, tropas irregulares y organizaciones terroristas. A diferencia de las otras dos categorías generales, las subcategorías de la violencia colectiva indican los posibles motivos de la violencia cometida por grupos más grandes de individuos o por el Estado. Esta violencia se subdivide en tres subcategorías

VIOLENCIA COLECTIVA

Social. Promueve intereses sociales Sectoriales, incluye (acciones terroristas violencia de masas)

Política. Violencia del Estado y actos similares llevados a cabo por grupos más grandes, incluye la guerra.

Económica. Comprende los ataques motivados por el afán de lucro económico

Respecto a la naturaleza de los actos de violencia, ésta puede adquirir la forma de:

Respecto a la naturaleza de los actos de violencia, ésta puede adquirir la forma de:

- Física
- Sexual
- Psicología
- Que incluye privaciones y descuido

Estas cuatro formas de violencia, pueden suceder en cada una de las categorías descritas con anterioridad –excepto en la autoinfligida-. Por ejemplo, la violencia contra los niños cometida en el seno del hogar puede incluir abuso físico, sexual, psicológico, así como negligencia o descuido. La violencia comunitaria puede incluir agresiones físicas entre jóvenes, violencia sexual en el lugar de trabajo y descuido de las personas mayores en los establecimientos asistenciales de largo plazo. La violencia política puede incluir la violación durante conflictos armados, y la guerra psicológica.

III. El contexto boliviano

III. 1. La información disponible:

La violencia en Bolivia ha sido visibilizada con mayor énfasis en los últimos cinco años, especialmente a partir de hechos protagonizados por movimientos reivindicatorios de grupos sociales y por la situación alarmante de violencia doméstica y el maltrato infantil, entre otros tipos. Una revisión de la información disponible, nos reporta el siguiente panorama actual:

Violencia Autoinfligida: Suicidios

Según la Policía Nacional, esta modalidad de violencia, se relaciona con problemas o

eventos estresantes que afectan a personalidades sumidas en la desesperanza, angustia, y /o con consumo de sustancias, determinando reacciones de autodestrucción.

En los últimos 5 años, se observa el siguiente comportamiento de casos:

Casos de suicidios por años a nivel nacional

Año	1999	2000	2001	2002	2003
Número de casos	361	225	315	460	269

FUENTE: en base a datos de la Policía Nacional.

Según la Policía Nacional, el 34% de estos hechos corresponde a ahorcamiento y el 33% a ingestión de raticida. El 67% son varones el resto, mujeres. El 42 % ocurre entre los 18 y 24 años. Santa Cruz, El Alto y La Paz, son las principales ciudades de ocurrencia. En el 53 % de los casos de suicidios, se deben a razones sentimentales y familiares.

Violencia interpersonal: Violencia intrafamiliar y doméstica

Según la Brigada de Protección a la Familia (instancia policial responsable de la atención de hechos con lesiones que no se constituyen en “delito” de acuerdo al Código Penal), los casos atendidos por demanda espontánea en sus servicios a nivel nacional, en los últimos 5 años, fueron:



Formas de violencia intrafamiliar por años, a nivel nacional

Año	1999	2000	2001	2002	2003	TOTAL
Agresión Física (*)	11.223	12.513	8.308	6.605	9.312	47.961
Agresión Psicológica	10.856	12.040	11.744	13.544	12.595	60.779
Agresión Sexual	866	1.302	82	88	126	2.464
Agresión Física y Psicológica	7.969	9.198	7.497	9.071	9.617	43.352
Total casos atendidos	30.914	35.053	27.631	29.308	31.650	154.556

FUENTE: datos de la Policía Nacional - Brigadas de protección a la Familia. (*Se cataloga como violencia física, cuando en la denuncia prevalece las lesiones sobre otro tipo de traumas como los emocionales).

El primer estudio de prevalencia de la violencia doméstica en tres municipios en 1999 (OPS/OMS, MSPS y VAGGF), señalaba que aproximadamente 5 a 6 mujeres casadas o unidas, de cada 10 reconocían ser víctimas de violencia doméstica. El mismo estudio reporta que entre 1 y 2 hombres de cada 10, dicen ser víctimas de violencia en el hogar, particularmente psicológica. Del total de personas víctimas actuales, un tercio señala haber sido "víctimas" de violencia en la niñez y más de dos tercios señala, haber sido "testigos" de hechos de violencia en el hogar en su infancia. En el año 2003, luego de 5 años de aplicación de diversas políticas en el país, se realizó un segundo estudio de prevalencia encontrándose que, existe una disminución en la prevalencia total de casos de violencia especialmente a partir de una disminución de violencia física (68% en 1998 y 55% en el 2003), sin embargo, las mujeres siguen siendo las principales víctimas.

Delitos contra la familia

Un reporte de la Policía Nacional de 1999, menciona que ese año se registraron estos hechos reconocidos como "delitos" por el Código Penal en un total de 5.903 casos a nivel nacional. Dentro de los cinco tipos más

frecuentes de delitos contra la familia, se encontraron: amenazas, lesiones, tentativa de homicidio, difamación y calumnias.

Maltrato infantil

Si bien no existen estudios sobre prevalencia, se asume que aproximadamente 1 de cada 3 niños/as, es víctima de maltrato (Defensa de los Niños Internacional, 1991). Según un estudio de percepciones del año 2000 (VAGGF, UNDCP, UNICEF), los niños/as señalan en un 44%, que la madre es la persona que más castiga. Casi un 60% de los niños/as entrevistados reciben maltrato físico.

Otro estudio, cualitativo del 2000 (OPS/OMS, VAGGF, Policía Nacional y MSPS, De abusos y silencios), señala que la mayor parte de los delitos sexuales contra la niñez y adolescencia, son cometidos por personas allegadas a la víctima, parientes en línea directa o colateral, y se suceden principalmente en el domicilio de la misma. Los ámbitos donde mayormente se producen hechos de maltrato son el hogar, la escuela y la calle.

En el 2003, se realizó en Cochabamba - Pucarita - un estudio que permitió desarrollar una metodología que permitiera aproximarse

⁶ Estudio comparativo de la violencia doméstica e intrafamiliar en 6 municipios. 2003. Facultad de medicina UMSA, MSD, OPS/OMS - Bolivia

al tema desde la percepción de diferentes actores. Esta investigación, realizada a través de un esfuerzo conjunto de OPS/OMS – MSD –UMSA (Facultad de medicina)- Cruz Roja boliviana; permitió identificar una prevalencia general de maltrato de 76%. La mayoría de estos niños y niñas expuestos al maltrato físico y a partir de agresores del sexo femenino (63%) .

Datos obtenidos de las denuncias realizadas ante las Defensorías de la Niñez y Adolescencia para el año 2003, sobre un total de 220 oficinas en diferentes municipios del país, muestran las formas de maltrato de menores más frecuentes en nuestro medio:

Casos de maltrato a niños/as y adolescentes Nivel nacional - Gestión 2003

Formato de Maltrato	Nº de Casos	Porcentaje %
Maltrato físico	668	50.4
Maltrato psicológico	363	27.4
Explotación laboral	30	3.2
Otros (*)	264	19
Total	1.325	100%

FUENTE: en base a datos del Viceministerio de la Juventud, Niñez y Tercera Edad – Ministerio de Desarrollo Sostenible.
(* Adolescentes en conflicto con la ley).

Según esta fuente, quién se registra como principal agresor, es el padre (45%), le sigue la madre (23%) y otros adultos con un 9%.

Asimismo, los datos de las Defensorías de la Niñez y Adolescencia, aportan sobre las denuncias de violencia sexual efectuadas ante sus oficinas: La violación es la más frecuente de las categorías de la violencia sexual contra este grupo poblacional:

Casos de violencia sexual en niños/as y adolescentes Nivel nacional - Gestión 2003

Categorías de Violencia Sexual	Nº de Casos	Porcentaje %
Tentativa de violación	28	21
Violación	75	56
Abuso deshonesto	6	5
Acoso sexual	23	17
Estupro	1	1
Total	133	100%

FUENTE: Datos del Viceministerio de la Juventud, Niñez y Tercera Edad, Ministerio de Desarrollo Sostenible.

De acuerdo a la misma fuente, un elemento importante relacionado con la violencia sexual ejercida hacia los niños, niñas y adolescentes; es el consumo exagerado de alcohol y sustancias. En unos casos, porque el o la niña se encuentra bajo el efecto del consumo; o porque un adulto habiendo consumido estas drogas ejerce violencia hacia los menores.

Violencia colectiva: Lesiones por riñas y peleas

Según la Dirección Nacional de la Policía Técnica Judicial, en un 97% de los casos de personas con denuncias por riñas y peleas; se trata de "lesiones leves" de acuerdo a la clasificación del Código Penal (Lesiones leves: hasta 29 días de impedimento para la persona afectada)

Lesiones por riñas y peleas por años a nivel nacional

Años	1999	2000	2001	2002
Lesiones Graves	97	141	210	34
Lesiones Leves	4.600	4.794	4.728	4.623
Total lesiones	4.697	4.935	4.938	4.657

FUENTE: Datos de la Policía Nacional, Dirección Nacional de la Policía Técnica Judicial (PTJ), Departamento Nacional de Estadística Criminal.

Violencia Juvenil

Según la Policía Nacional, muchos adolescentes y jóvenes comenten acciones reñidas con la ley. En el 85% de los casos los autores fueron varones menores de edad. En el 48% de los casos, las edades oscilaban entre 17 y 20 años.

Por otra parte, las Defensorías de la Niñez y Adolescencia, informan que entre las diferentes categorías que se atienden en sus servicios se encuentran:

Adolescentes en conflictos con la ley Nivel nacional - Gestión 2003

Violencias	Nº de Casos	Porcentaje %
Robo	35	27
Homicidio	1	1
Abuso Sexual	11	8
Pandillas	45	34
Agresiones	36	28
Intento de Suicidio	3	2
Total	131	100%

Fuente: Datos del Viceministerio de la Juventud, Niñez y Tercera Edad, Ministerio de Desarrollo Sostenible.

Violencia Sexual

La violencia sexual, es definida como “todo acto sexual, la tentativa de hacerlo, los comentarios e insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de otro modo la sexualidad de otra persona –independientemente de la relación de ésta con la víctima-, en cualquier ámbito incluidos el hogar y el lugar de trabajo”.

La mayor parte de las agresiones sexuales tienen como víctimas a mujeres y niñas/os y adolescentes, y son perpetrados por hombres y adolescentes. Sin embargo, la violación de hombres y niños por otros hombres, es un problema constatado, y se registran igualmente coacciones a hombres jóvenes por parte de mujeres mayores para mantener relaciones sexuales.

En las tablas que siguen, se observa información disponible obtenida de la Policía Nacional y de Dirección Nacional de Policía Técnica Judicial (PTJ) sobre denuncias en estos delitos.

CASOS DE VIOLACIÓN, ESTUPRO Y ABUSO DESHONESTO POR AÑOS A NIVEL NACIONAL

Tipos \ Años	1999	2000	2001	2002	2003	TOTAL
Violación	1.462	1.331	1.198	926	1.151	6.072
Estupro	214	189	131	118	137	789
Abuso Deshonesto	121	121	91	97	109	539
TOTALES	1.797	1.641	1.420	1.141	1.397	7.400

Fuente: Dirección Nacional de la P.T.J.

CASOS DE VIOLACIÓN, ESTUPRO Y ABUSO DESHONESTO POR DEPARTAMENTOS DE LAS GESTIONES 1999 AL 2003

	VIOLACIÓN	ESTUPRO	ABUSO DESHONESTO	TOTAL
La Paz	1.667	195	199	2.061
Santa Cruz	2.309	413	232	2.954
Cochabamba	677	47	41	765
Oruro	451	16	25	492
Potosí	172	25	6	203
Sucre	233	13	8	254
Tarija	350	50	20	420
Beni	151	17	5	173
Pando	62	13	3	78
TOTAL	6.072	789	539	7.400

Fuente: Dirección Nacional de la P.T.J.

Delincuentes habituales

En 1999, la Policía Nacional refirió que el 82,6 % de los delincuentes prontuariados eran varones entre 30 y 40 años. El 18 % eran analfabetos y el 56% habían realizado estudios primarios. Al momento de ocurrir el hecho violento, el 22% se encontraban en estado de embriaguez, mientras que 74% fue declarado "normal" desde el punto de vista psicológico. En el 4% restante no se encontraron datos.

Robo agravado

Este tipo de violencia, ocurre con el uso de armas y tiene una alta probabilidad de producir daños físicos y muerte en las personas víctimas. Según la Policía Nacional, esta forma de violencia se encuentra con una tendencia en incremento.

ROBO AGRAVADO POR AÑOS A NIVEL NACIONAL

AÑO	2000	2001	2002	2003
N° CASOS	288	602	996	1311

Fuente: con datos de la Policía Nacional.

Abuso de alcohol

El consumo y abuso de alcohol en la población boliviana parece estar asociado a variadas situaciones de violencias, y de hecho se lo reconoce con un factor de riesgo tanto para violencias intencionales como no intencionales. A continuación se muestra la evolución de la prevalencia del consumo de alcohol y su crecimiento en los últimos años.



**Prevalencia de mes, año y vida del consumo de alcohol
Estudio urbano
Información 1992 -1996 -1998 -2000**

	Prevalencia					
	Porcentaje %			Absoluto		
	Mes	Año	Vida	Mes	Año	Vida
1992	42.1	58.9	68.7	919.255	1.286.083	1.500.067
1996	44.2	66.9	79.2	1.137.735	1.722.047	2.038.656
1998	45.9	67.7	77.9	1.324.545	1.953.632	2.247.976
2000	47.9	71.3	79.3	1.416.826	2.110.021	2.344.008

Fuente: CELIM - Bolivia, Publicación 26.

Según la misma fuente, los indicadores de consumo crece tanto en varones como en mujeres. En jóvenes y estudiantes, el consumo es más acelerado entre las mujeres.

Mortalidad por homicidios y asesinatos

Con base a datos de la Policía Nacional, se identifica en los últimos cuatro años, una tendencia de incremento de hechos con muertes violentas intencionales como lo demuestran las siguientes tasas.

Mortalidad por homicidios y asesinatos por años a nivel nacional

Años	2000	2001	2002	2003
Nº casos	352	353	713	812
Población	8.328.700	8.509.895	8.695.032	8.884.197
Tasa por 100.000 hbt.	4.1	4.3	8.2	9.2

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Policía Nacional

Según la Policía Nacional, el uso de armas de fuego es más frecuente en Santa Cruz y le sigue La Paz. En el año 2003, se tiene una tasa estimada de 9.2 x 1000.000 habitantes (Japón tiene 0.6 y EEUU, 7).

III. 2. La comunidad y sus percepciones

Respecto a la comunidad, un diagnóstico de la situación actual sobre violencias a partir de sus percepciones, se realizó en el Distrito Sanitario Centenario OPS del municipio de El Alto (Dirección Municipal de Salud-Dirección del Distrito Centenario-OPS/OMS, 2001/02). Fue seleccionado este municipio porque de acuerdo a datos de la Policía Nacional, se conoce que el mismo se encuentra entre las tres ciudades del país con mayor frecuencia de hechos violentos y con cifras que demuestran además una tendencia ascendente.

Así por ejemplo, los casos de muertes por violencias intencionales y no intencionales se encuentran en un segundo lugar después de la zona central de La Paz. Los hechos protagonizados por armas de fuego en El Alto, se encuentran en un tercer lugar después del municipio de Santa Cruz y de La Paz.

Los casos atendidos que se presentan asociados con estados de ebriedad, así como los casos de suicidios, de igual manera se

encuentran en un tercer lugar. En términos generales, se estima una tasa de homicidios de 14 x 100.000 habitantes (con datos 2001 de la Policía Nacional), muy por encima de la media nacional.

El diagnóstico realizado fue especialmente dirigido a aquellos sectores de la comunidad que por su ubicación en el sistema social no tienen capacidad de hacerse escuchar, de utilizar mecanismos de presión o de hacer llegar sus puntos de vista, pero que sin embargo vivirán o vivieron directamente situaciones de violencia y reciben directamente el impacto de las decisiones institucionales que se toman. Los participantes fueron hombres y mujeres en edad reproductiva, y adolescentes

de ambos sexos del ciclo secundario insertos en el sistema educativo público.

Mediante grupos focales, se trabajó con representantes de juntas de vecinos, mujeres agrupadas en trabajo informal, representantes de agrupaciones que forman parte de estrategias comunitarias en salud (“manzaneras” y “defensores”); y personas que trabajan en el sector salud, policial, legal y en ong’s.

Las principales conclusiones estuvieron referidas a: formas y tipos de violencias más frecuentes en la comunidad, factores causales y/o desencadenantes, el trabajo de las instituciones responsables de atención, y participación de la ciudadanía.

Entre los hallazgos más relevantes, se encontró:

Temas tratados	Conclusiones
Tipos y formas de violencias más frecuentes	<ul style="list-style-type: none"> • “...la violencia es más física y más contra mujeres y niños...” • “...la violencia intrafamiliar es la forma más frecuente...” • “...las riñas y las peleas se producen entre los vecinos, especialmente cuando hay fiestas...” • “...hay robos y pandilleros que asaltan...”
Factores causales y/o desencadenantes	<ul style="list-style-type: none"> • “...el alcohol y las discusiones por problemas económicos, son la causa...” • “...las discusiones empiezan cuando cada una de las partes quiere hacer prevalecer su opinión...aunque esté equivocado...” • “...los tilines y las tiendas que venden alcohol especialmente a jóvenes..son lugares que deberían cerrarse...” • “...los lugares donde más hay violencia son la casa, la calle (baldíos y lugares oscuros), y también en las instituciones...” • “...se vende puñales en las aceras de La Paz, y también raticidas, hay gente que se envenena...”
Trabajo de las instituciones responsables de atención	<ul style="list-style-type: none"> • “...existe mal trato en las instituciones que dan servicios...” • “...hay 35 grupos pandilleros que operan en el distrito...” (con un promedio de 20 jóvenes c/u y una población de alrededor de 200.000 hbs.) • “...hay mala calidad y maltrato en los servicios (de salud, policía, escuelas, Defensoría de la Niñez y Adolescencia, Servicio Legal Integral y otros de ong’s)...” • “...en la policía, piden plata para arreglar...”



Temas tratados	Conclusiones
Participación de la ciudadanía	<ul style="list-style-type: none"> • "...se debería orientar a la comunidad..." • "...a veces la gente no sabe cuando hay un caso de violación, si ir a la policía o a la defensoría o al servicio de salud..." • "...es necesario capacitar a la comunidad y mejorar los conocimientos en los funcionarios de servicios..." • "...a veces la gente no quiere meterse..." • "...nosotros como Juntas podemos, si nos orientan, hacer algo por la violencia..." • "...creemos que hace falta reunirse y hablar, trabajar con la gente, hablar con los jóvenes, conversar con la pareja..."

Fuente: Consultoría OPS/OMS, Dirección Municipal de Salud y Distrito Centenario – UCO's, El Alto. 2001/02

III. 3. Las Instituciones relacionadas con el problema

La **Policía Nacional** atiende todos los hechos de violencias intencionales a través de diferentes divisiones, y de accidentes de tránsito. Cuenta con un sistema de información con limitaciones tanto en el registro como en el procesamiento de datos. Actualmente cuenta con un Plan de Seguridad Vecinal destinado, entre otros aspectos a mejorar el patrullaje en vía pública.

El **Ministerio de Salud y Deportes**, a través de la red de servicios públicos atiende casos de víctimas de violencias, pero en la mayoría no los diagnostica como lesiones intencionales en el marco del CIE-10. Desde 1997, se registran casos de Violencia Intrafamiliar con ciertas dificultades por carencia de capacitación a operadores. Para este tema se han desarrollado también, normas de atención y prevención.

Desde el 2001, se cuenta con un nuevo modelo para la Vigilancia de la Salud a nivel nacional, que incorpora variables de accidentes y violencias pero no se ha implementado.

En el año 2003, se han elaborado y validado normas para la atención para el maltrato de menores.

El **Viceministerio de la Mujer**, y el **Viceministerio de la Niñez**, Juventud y Tercera edad; conjuntamente con municipios (alrededor del 50%) implementaron Servicios Legales Integrales y Defensorías de la Niñez y Adolescencia para la atención (orientación y consejería) de la problemática de violencia contra la mujer y maltrato en la niñez y adolescencia respectivamente. Sus sistemas de información son incipientes.

El **Ministerio de Educación y Cultura**, ha comenzado a incorporar algunos temas de prevención de violencias a partir de la Reforma Educativa en la escolaridad primaria y en unidades educativas piloto. No se conocen evaluaciones al respecto.

Dependientes del Poder Judicial, se encuentran **Servicios Médico-Forenses** principalmente en ciudades capitales del país. Estos atienden hechos de violencia para la clasificación de lesiones, certificación, determinación de impedimentos y defunciones, enmarcados en el Código Penal.

También dependiente del Poder Judicial se encuentran las **Cortes Superiores de Justicia** en cada departamento con juzgados de familia, penales y del menor, instancias encargadas de administrar justicia ante hechos conocidos.

Por otra parte, existen algunas **ONG's** y agrupaciones de voluntarios que con un reducido alcance (local) trabajan en temas relacionados a maltrato infantil, violencia contra la mujer y personas encarceladas, principalmente.

Más recientemente, la **Universidad** Mayor de San Andrés (Facultad de Medicina), en coordinación con el Ministerio de Salud y Deportes y el apoyo de la OPS/OMS, se encuentra abocada al desarrollo de la Unidad de Estudios Especiales sobre Violencias, orientada a mejorar el conocimiento sobre la problemática en el país. Esta misma universidad implementó desde el año 2000 la primera Maestría en Medicina Forense en Bolivia.

En algunos espacios locales (alrededor de 50 municipios), han desarrollado iniciativas de concertación interinstitucional y multisectorial a través de **Redes de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar** y estrategias de prevención primaria a través de la comunidad organizada como las **Unidades Comunitarias de Orientación vecinal** (UCO's)⁹.

Si cada una de estas instituciones, realiza esfuerzos e iniciativas para prevenir y atender el problema, en términos generales, no se observa un trabajo articulado entre los actores citados.

III. 4. Los instrumentos legales en vigencia

La normativa legal en el país está basada en la Constitución Política del Estado que garantiza el ejercicio de derechos sin distinción de raza, sexo o condición económica. Se suma a este instrumento, el Código Penal, el Nuevo Código de Procedimiento Penal (2001, incorpora ciudadanos/as en los procesos de sentencia), el Código de Familia, el Código Niño, Niña y Adolescente y un variado número de leyes como la Ley 1674/95 contra la Violencia en la Familia o Doméstica. Asimismo, recientemente se ha promulgado -2003-, la Ley N° 2494 de Seguridad Ciudadana la cual se establece con fines de articular y coordinar las políticas, planes, proyectos y programas emergentes del poder público y de todas las personas de la comunidad en el país.

IV. Las repercusiones en servicios de salud

IV. 1. Modelo explicativo

De la información antes presentada, se organiza a continuación un modelo explicativo del problema de violencias en nuestro medio:



⁸ Iniciativa que surgió a partir del Proyecto "Violencia contra la mujer y la niña" MSD-OPS/OMS y VAGGF.

⁹ Iniciativa surgida en el Municipio de El Alto a partir de diferentes actores institucionales y OPS/OMS.

Presencia de diversos tipos de violencias: violencia doméstica, violencia intrafamiliar, maltrato infantil, violencia juvenil, maltrato al adulto mayor, maltrato institucional, violencia social. Formas físicas, sexuales y psicológicas.



Niños/as huérfanos, abandonados, comportamientos antisociales, familias fracturadas, gastos, problemas económicos, mayor pobreza,

Servicios de salud

Crecimiento en la demanda, congestión de servicios, necesidad de mayor asignación de recursos y presupuesto

Factores de riesgo identificados

Individual	Entorno
Exceso de consumo de alcohol	Barrios sin iluminación
Baja escolaridad y pobreza	Tiendas venden alcohol a menores de edad
Dificultades para el manejo de conflictos	Tilines abiertos sin control
Baja información sobre sus derechos y cómo buscar atención	Se vende armas en vía pública
	Familias disfuncionales
	Vecindario sin organización
	Debilidades institucionales para la sanción y el control
	Debilidades institucionales para la atención y prevención del problema
Causas Identificadas	
Discriminación, tolerancia social a la violencia, ejercicio de poder autoritario	

IV. 2. Análisis FODA en el sector salud

A partir de la información recogida y sistematizada, se realizó un análisis grupal, del cual surgen las siguientes consideraciones:

Fortalezas

Existe un Programa Nacional de Género y Violencias de reciente creación

Existen servicios de primer, segundo y tercer nivel de complejidad en todo el país

Existe un SNIS que registra casos de VIF de manera incipiente

Existen normas para atender la VIF y el maltrato de menores

Oportunidades

Leyes asignan responsabilidades al sector salud en el sistema público y respaldan su accionar

Hay algunos equipos de salud que fueron capacitados

Hay predisposición de apoyo internacional

Otros sectores, se encuentran comprometidos

Datos e información insuficientes para toma de decisiones

Servicios de salud no cuentan con una respuesta adecuada y organizada para atender y contribuir a la prevención del problema

No se generan respuestas articuladas con otros actores para la prevención y atención.

Deficiencias en normas e instrumentos

Deficiencias en la capacitación y entrenamiento de rrhh en salud

No se cuenta con un plan que guíe el accionar del Ministerio de Salud, en este tema en el marco de su política nacional.

Precaria asignación presupuestaria

Débil desarrollo de políticas públicas

Debilidades**Amenazas****IV. 3. Identificación de ejes de intervención**

Bajo este razonamiento, se identificó elementos que por su magnitud e importancia deben constituirse en ejes de intervención para que, desde el sector salud, -y en el corto y mediano plazo- contribuyan a mejorar la situación actual:

1 **Potenciamiento individual y comunitario para la prevención primaria**

La escasa participación comunitaria organizada para abordar este tipo de problemas, asociada al conocimiento precario de las personas sobre sus derechos, manejo de conflictos; y sobre la necesidad de cambiar hábitos y aún aspectos culturales que ponen en desventaja a la mujer, niños/as, adolescentes, jóvenes y adultos mayores frente a la violencia.

2 **Fortalecimiento de la respuesta del sector salud en el sistema público y particularmente en la atención primaria de salud**

La elaboración y aplicación de normas y procedimientos; son aún muy incipientes y no sistémica. Existen debilidades en los actuales sistemas de información y vigilancia lo cual limita el conocimiento sobre los problemas de violencias y la evaluación de intervenciones, asociado a bajo nivel de investigación con respecto a consecuencias, físicas, psicológicas, sociales y económicas.

3 **Desarrollo de recursos humanos**

También es débil la incorporación de temas sobre violencias, tanto en programas de educación continua, formación y capacitación de los recursos humanos del sector salud, limitación que afecta el desarrollo de políticas públicas y la calidad de servicios que se otorga.

4 **Articulación con otros actores y sectores**

El trabajo multisectorial aún no se encuentra desarrollado y por lo general, se observa que las formas y tipos de violencia solo quedan bajo la atención policial y/o legal. Escaso desarrollo de políticas y planes a nivel nacional, departamental y local dirigidos hacia la prevención y el control de los problemas de violencia.

IV. 4. Un marco para trabajar el problema desde el sector salud

Como se mencionó Bolivia cuenta actualmente con una Ley N° 2494 de Seguridad Ciudadana promulgada en la cual se crea el Sistema de Seguridad Ciudadana, con la finalidad de articular y coordinar las políticas, planes, proyectos y programas emergentes del poder público y de todas las personas de la comunidad, en el país y en los diferentes

departamentos. Al mismo tiempo, varios instrumentos legales asignan responsabilidades al sector, especialmente público de Salud como por ejemplo: la Ley 1674 de Violencia en la Familia y Doméstica, y las Leyes 2026 y 2175 conocidas como Código Niño, Niña y Adolescente.

Por otra parte, de acuerdo a lo establecido por la Ley de Organización del Poder Ejecutivo N° 2442 -LOPE-; el Ministerio de Salud y

Deportes dentro de sus atribuciones tiene la facultad de formular políticas, supervisar y evaluar la ejecución de programas de prevención y control de enfermedades así como las atribuciones de formular políticas y ejecutar programas de promoción de la salud.

En el sistema nacional de salud se encuentra en vigencia un modelo de gestión destinado a garantizar el derecho a la salud de toda la población e involucra a todos los establecimientos públicos y de la Seguridad Social de corto plazo; Iglesia; Instituciones Privadas Con y Sin Fines de Lucro y Terapeutas de la Medicina Tradicional; todos ellos regulados por el Ministerio de Salud y Deportes.

El modelo establece cuatro ámbitos de gestión:

1. Nacional: correspondiente al Ministerio de Salud y Deportes (MSD).
2. Departamental: correspondiente al Servicio Departamental de Salud – SEDES-, dependiente de la Prefectura.
3. Municipal: correspondiente al Directorio Local de Salud-DILOS.
4. Local: correspondiente al establecimiento de salud en su área de influencia y brigada móvil como nivel operativo.

Así mismo, el Ministerio de Salud y Deportes basado en las normativas legales nacionales, emitió la Resolución Ministerial N° 0422 de Agosto de 2002 que instruyó la creación de la Unidad Nacional de Género y Violencia (UGV). Posteriormente, con la Ley de

Organización del Poder Ejecutivo (Ley N° 2442, del 19 de marzo de 2003) y su Decreto Reglamentario N° 26973, se establece la necesidad de realizar una reingeniería organizacional. En aplicación de esta última, es que el Ministerio de Salud y Deportes, establece que la UGV pase a constituirse en el Programa Nacional de Género y Violencias dependiente de la Dirección General de Servicios de Salud, en actual vigencia.

En este marco, la misión del Programa Nacional de Género y Violencias fue establecida como la de “generar políticas, normas y estrategias que contribuyan a disminuir la incidencia de todos los tipos de violencia e inequidades de género, acciones orientadas a mejorar la salud de la población en general y grupos especialmente vulnerables de la comunidad” .

V. Componente de Prevención y Atención de la Violencia en la política de salud “Plan Nacional 2004-2007”

V. 1. Pertinencia

Aún con datos insuficientes y con la existencia de subregistros, es posible establecer que la violencia es un serio problema en Bolivia, que afecta principalmente a la población joven y adolescente y a las mujeres; y en conjunto a la población económicamente activa y en edad fértil, lo cual implica repercusiones en el desarrollo económico y social. Este problema es agravado en la medida que existen debilidades institucionales de los sectores involucrados (salud, policía, legal) para la atención, el tratamiento de la problemática y el desarrollo de políticas adecuadas a nivel



municipal, departamental y local.

Si consideramos que la complejidad de la violencia en sus distintas manifestaciones requiere enfoques multifacéticos para enfrentarla, éstos enfoques deberían ir desde lo general hasta acciones más puntuales y específicas, desde acciones que le corresponde asumir al Estado hasta aquellas que involucran a las comunidades, a las familias, y a los individuos. Es claro, por otra parte, que los mecanismos punitivos tradicionales no han logrado combatir este problema ya que las cifras de las violencias han llegado a niveles cada vez más altos, y que por lo tanto es necesario poner énfasis en alternativas orientadas a su prevención.

Tanto la Organización Panamericana de la Salud como la Organización Mundial de la Salud, han definido a la violencia como un problema de salud pública y ha exhortado a la búsqueda de respuestas urgentes. En este sentido, existen aspectos fundamentales donde la perspectiva y los métodos de la salud pública pueden contribuir significativamente a enfrentar y combatir el problema. Básicamente haciendo énfasis en la prevención antes que en el tratamiento, favoreciendo un enfoque multidisciplinario y multisectorial en su abordaje, y estimulando el uso de métodos que le son tradicionales (definición del problema, recolección de información confiable, identificación de causas y factores de riesgo, desarrollo de intervenciones y evaluación de acciones).

Bajo estas consideraciones, el presente documento - Plan Nacional - pretende señalar los temas acuciantes en relación a Violencia y Salud, e identificar una serie de acciones destinadas a modificar la situación actual en función a las atribuciones del Ministerio de Salud y Deportes para el período 2004 – 2007.

V. 2. Propósito y objetivos del Plan Nacional 2004-2007

Propósito

Contribuir al desarrollo de la política nacional de salud, generando y aplicando mecanismos para la prevención y control de violencias intencionales, que permitan -con enfoque multisectorial y con participación social – atacar aquellas condiciones que afectan a la salud y bienestar de la población boliviana.

Objetivos

- Implementar estrategias para el fortalecimiento individual y comunitario que permitan la promoción de comportamientos y ambientes seguros y saludables.
- Fortalecer la respuesta del sector salud, especialmente a través de la atención primaria de salud y en los procesos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación (basada en la comunidad).
- Desarrollar las capacidades técnicas del recurso humano en salud para la conducción de respuestas y la implementación de estrategias de intervención con participación social.
- Articular esfuerzos con actores y sectores estratégicos involucrados para el intercambio de información y acciones de prevención de la violencia de acuerdo a contextos propios.

V. 3. Acciones prioritarias para el período

Para alcanzar los objetivos planteados en el plazo establecido, se han identificado una serie de acciones prioritarias. Esas acciones serán desarrolladas a través de la POA (Programación Operativa Anual).

Ejes de intervención	Objetivo de proceso	Acciones prioritarias	Población y ámbito priorizado
Potenciamiento individual y comunitario	Implementar estrategias para el potenciamiento individual y comunitario que permitan la promoción de comportamientos y ambientes seguros y saludables.	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategia de sensibilización y abogacía para la mejor convivencia ciudadana: "Buen trato y Resolución adecuada de conflictos". • Promoción de organizaciones de carácter vecinal como instancias de información, consejería, conciliación y acercamiento entre institucionales policiales y la comunidad (UCO's) • Programas de Hábitos y Competencias de Convivencia para jóvenes y adolescentes especialmente en riesgo, programas de control de riesgos (disponibilidad de alcohol, armas y sustancias). • Grupos de ayuda mutua para víctimas de violencia en sus diferentes formas (estrategia de rehabilitación basada en la comunidad). • Encuentros de información y sensibilización para personal gerencial y operativo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capitales de departamento (áreas urbanas, hombres y mujeres, adultos y jóvenes) La Paz – Cochabamba – Santa Cruz – El Alto



Ejes de intervención	Objetivo de proceso	Acciones prioritarias	Población y ámbito priorizado
Fortalecimiento de la respuesta del sector salud	Fortalecer la respuesta del sector salud, especialmente a través de la atención primaria de salud y en los procesos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación (basada en la comunidad).	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de normas y protocolos para el desarrollo de servicios de emergencia en el primer y segundo nivel de complejidad y la detección precoz de signos de incidentes violentos y la referencia oportuna. • Implementación de mecanismos de supervisión y articulación con actores claves (redes de prevención y atención multidisciplinaria) <p>Implementación de un sistema de vigilancia epidemiológica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capitales de departamento (áreas urbanas, hombres y mujeres, adultos y jóvenes) La Paz – Cochabamba – Santa Cruz – El Alto
<p>Desarrollar las capacidades técnicas del recurso humano en salud para la conducción de respuestas y la implementación de estrategias de intervención con participación social.</p> <p>Articulación con otros actores y sectores estratégicos</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de programas de educación continua -no tradicionales- en atención primaria de salud que incorpore tanto aspectos cognitivos como valores y destrezas y habilidades; por niveles organizacionales. • Desarrollo y aplicación de módulos sobre el abordaje de Violencia física, sexual y psicológica además de el componente legal en la práctica diaria, incorporando un enfoque estratégico. 	

Ejes de intervención	Objetivo de proceso	Acciones prioritarias	Población y ámbito priorizado
Articulación con otros actores y sectores estratégicos	Articular esfuerzos con otros actores y sectores involucrados para el intercambio de información, acciones conjuntas de prevención de la violencia y desarrollo de políticas públicas de acuerdo a contextos propios.	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de políticas locales para la prevención y control de Violencias en municipios seleccionados (factores de riesgo: consumo y expendio de alcohol, venta de armas, iluminación de predios). • Producción, análisis y difusión de información para tomadores de decisión nacionales, departamentales y locales. • Promoción de redes locales interinstitucionales de lucha contra la violencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capitales de departamento La Paz – Cochabamba – Santa Cruz – El Alto

V. 4. Mecanismos operacionales

- El Programa Nacional de Género y Violencia, incorporara en sus Planes Operativos Anuales acciones prioritarias definidas en este Plan Nacional para el período 2004-2007.
- El Programa Nacional de Género y Violencia desarrollara instrumentos normativos, materiales de información y guías para el seguimiento, monitoreo y evaluación del cumplimiento de objetivos.
- El Programa Nacional de Género y Violencia, organizará y estimulará la coordinación interna en el Ministerio de Salud y Deportes (comisión

interprogramática) con instancias relacionadas en el abordaje de la violencia: Salud Mental, Salud Sexual y Reproductiva, Servicios, Recursos Humanos, SNIS.

- Los Servicios Departamentales de Salud elaboraran sus Planes Operativos Anuales en coordinación con el Programa Nacional de Género y Violencias, en base a los lineamientos de este Plan para el período 2004-2007, tomando en cuenta sus propios contextos.
- Los servicios de salud del sistema público, involucrados con la atención primaria de salud -y que constituyen la base de sustentación del sistema-; serán los protagonistas y líderes en la implementación de iniciativas enmarcadas en las acciones prioritarias de este Plan.



V. 5. Estrategias

- Alianzas estratégicas que permitan aunar esfuerzos con actores nacionales claves.
- Difusión masiva con contenidos informativos y educativos sobre violencias en coordinación con los sectores involucrados.
- Priorización de ámbitos en base a datos de incidencia y prevalencia de violencias, buscando la construcción y desarrollo de modelos demostrativos (La Paz, Cochabamba, Santa Cruz y El Alto).

- Atención primaria de salud como elemento de asistencia sanitaria esencial estrechamente ligada a la promoción de la salud y la prevención del daño a la salud.

V. 6. Indicadores para el monitoreo y la evaluación

El Programa Nacional de Género y Violencia dependiente del MSD en coordinación con actores nacionales y el apoyo de la OPS/OMS y cooperación internacional; supervisara y evaluara los avances y cumplimiento de los indicadores establecidos.

EJES DE INTERVENCIÓN	Indicadores de Resultados
Potenciamiento individual y comunitario	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de UCO's para la prevención comunitaria de violencias , funcionando en municipios urbanos de los departamentos priorizados. • Estrategia comunicación e informativa desarrollada e implementada en los departamentos priorizados.
Fortalecimiento de la respuesta del sector Salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Modelos demostrativos de servicios de primer y segundo nivel de complejidad funcionando en departamentos priorizados. • Sistema de vigilancia epidemiológica implementado en los departamentos priorizados. • Paquete de instrumentos desarrollados e implementados con Resolución ministerial -normas y protocolos- para el desarrollo de servicios en el primer y segundo nivel de complejidad. • Redes de prevención y atención multidisciplinaria, trabajando en los departamentos priorizados.
Desarrollar las capacidades técnicas del recurso humano en salud	<ul style="list-style-type: none"> • En aplicación de un programa de educación continua -no tradicionales- en atención primaria de salud. • Implementados módulos sobre el abordaje de violencias física, sexual y psicológica además de el componente legal en la práctica diaria (con base en la tipología prevalente).

¹⁰ Afectando tipología y formas más frecuentes en cada contexto.

EJES DE INTERVENCIÓN	Indicadores de Resultados
Articulación con otros actores y sectores	<ul style="list-style-type: none"> • Compromisos, agendas de trabajo establecido con instituciones, organizaciones y sectores. • Encuentros nacionales realizados con declaraciones y acuerdos. • Iniciativas implementadas para el desarrollo de políticas locales para la prevención y control de Violencias en municipios seleccionados (factores de riesgo: consumo y expendio de alcohol, venta de armas, iluminación de predios). • Producción y difusión de información para tomadores de decisión nacionales, departamentales y locales.

V.7. Presupuesto (Expresado en dólares americanos)

Ejes de intervención	2004	2005	2006	2007	Total
Potenciamiento individual y comunitario	33.000	35.000	30.000	25.000	123.000
Fortalecimiento de la respuesta de servicios	25.000	23.000	28.000	20.000	96.000
Desarrollar las capacidades técnicas del recurso humano en salud	20.000	15.000	10.000	10.000	55.000
Articulación con otros actores y sectores	18.000	20.000	20.000	15.000	73.000
Total General	96.000	93.000	88.000	70.000	347.000*

*Valores de referencia



ANEXOS

GLOSARIO

Suicidio: Homicidio de uno mismo; la acción de quitarse la vida por un acto voluntario y violento.

Asesinato: Acción y efecto de matar a otra persona, con perversidad y alevosía según califica el Código Penal.

Homicidio: El hecho de privar de la vida a un hombre o mujer, sin premeditación.

Lesiones graves y leves: Lesiones tipificadas en el Código Penal, para referirse a los daños injustos causados en el cuerpo o salud de una persona.

Robo agravado: Hecho en el cual una persona se apodera de una cosa ajena con violencia y con armas.

Delinquentes habituales: Personas que por costumbre adquirida, se encuentran arrastradas al delito.

Agresión: Es toda acción contraria al derecho de otro, y en sentido estricto la acción o efecto de atacar.

Maltrato infantil: Es toda agresión o daño producido al niño/a y adolescente por sus padres, hermanos, familiares, maestros, cuidadores y otras personas, aunque este hecho sea con intención de disciplinarlos o educarlos en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

Maltrato adulto mayor: Es todo tipo de maltrato o situación negligente que ocasiona algún tipo de daño en una persona mayor de 60 años de edad y que impide su bienestar físico y emocional sufriendo la falta de afecto como cuidado, lo cual repercute en su salud integral.

Violencia sexual: Es definida como todo acto sexual, la tentativa de hacerlo, los comentarios e insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de otro modo la sexualidad de otra persona independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito incluido el hogar y el lugar de trabajo.

Violencia juvenil: Se aplica el término Violencia Juvenil para pandillas de jóvenes que cometen actos de violencia.

¹⁰ Afectando tipología y formas más frecuentes en cada contexto.

Modelo ecológico: El modelo ecológico presentado por la OMS para explicar la violencia, explora la relación entre los factores individuales y contextuales, plantado en cuatro niveles:

- El nivel individual: pretende identificar los factores biológicos y la historia personal que influyen en el comportamiento de una persona para perpetrar actos violentos.
- El nivel de las relaciones: el segundo nivel indaga el modo en que las relaciones sociales cercanas, por ejemplo, amigos, la pareja, los miembros de la familia; aumentan el riesgo de convertirse en víctimas o perpetradores de actos violentos.
- En el nivel de la comunidad: este tercer nivel examina los contextos de la comunidad en los que se inscriben las relaciones sociales, como la escuela, el lugar de trabajo y el vecindario, y busca identificar las características de estos ámbitos que se asocian con ser víctimas o perpetradores de actos violentos.
- El nivel social: es el cuarto y último nivel del modelo ecológico, examina los factores sociales más generales que determina las tasas de violencia. Se incluye aquí los factores que crean un clima de aceptación de la violencia (ej.: la debilidad en la jurisprudencia).

Comprender la forma en que estos factores están vinculados con la violencia es uno de los pasos importantes en el enfoque de salud pública para prevenir la violencia. Por lo tanto, un fenómeno complejo como la violencia, puede reconocer variados elementos causales, los cuales asumen distinta importancia de acuerdo al contexto en el cual se sitúen. Así por ejemplo, las brechas de injusticia social y económica, la discriminación, el ejercicio del poder en forma autoritaria y el debilitamiento de las instituciones del Estado, actúan como “telón de fondo” en este fenómeno. A su vez, factores predisponentes y desencadenantes, que podrían llamarse factores de riesgo, actúan sobre aquel “telón”, facilitando la aparición de hechos violentos.



BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bolivia. Ministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia. Convención internacional Sobre los derechos del niño. - - La Paz: MAGGF, 2000.
- 2.- Bolivia. Ministerio de Desarrollo Humano. Ley 1674 contra la violencia en la familia o doméstica: Ley No. 1674 del 15 de diciembre de 1995. - - La Paz: MDH, 1996.
- 3.- Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes; Organización Panamericana de la Salud; Coordinadora de Mujer. Salud y equidad de género: plan nacional 2004 – 2007. - - La Paz: OPS, 2003.
- 4.- Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes; Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Prevención del maltrato de menores: manual de normas y procedimientos para el personal de salud. - - La Paz: OPS/OMS, 2003.
- 5.- Bolivia. Honorable Congreso Nacional. Ley No. 2494 de 4 de agosto 2003. Ley del Sistema de Seguridad Ciudadana. - - La Paz: HCN, 2003.
- 6.- Bolivia. Viceministerio de la Juventud, Niños y Tercera Edad. Violencia hacia la niñez y adoles- Cencia en base a los resultados del sistema de información de defensorías (SID). - - La Paz: VJNTE, 2004.
- 7.- Bolivia. Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas. Dossier de estadísticas sociales y Económicas . - - La Paz: UDAPE, 2001. (V.11)
- 8.- Borth Sanchez Peña, Nancy; Caballero Valdivieso, Dora; Rivero, Martha; Romero Fernandez, Katia. Guía jurídica sobre violencia intrafamiliar. - - La Paz: MSPS, OPS/OMS, 1998
- 9.- Caffey, J. On the theory and practice of shaking infant: its potencial residual effects of permanent Brain damage and mental retardation. En: Am J Dis Chile. - - s.l.: s.e., 1972 (124), 161-169
- 10.-Caballero, Dora S.; Mercado, Guadalupe. Hablemos amigablemente: Manual II para el desarrollode Unidades Comunitarias de Orientación UCO. - - La Paz: OPS/OMS, 2002
- 11- Dávalos , Guillermo; Vera, Gustavo. Diagnóstico y abordaje del maltrato en Bolivia. - - La Paz: MDS, 2002.

- 12- Dubowitz , H. ; Giardino, A.; Gustavson, E. Abandono infantil: guía para pediatras .
En: Pediatric in Review. - s.l.,s.e., 2000 , 21(4), 111-116
- 13.- Kempe RS.,; Kempe, Ch. Niños maltratados. - - Madrid: Morata, 1985.
- 14.- Lopez Garcia, JJ.; Lopez, Martin. Guía de maltrato infantil para maestros. - - s.l.,s.e.,
1996
- 15.- Mercado Vera, G.; Aliaga Brunch, S. De abusos y silencio... un estudio descriptivo sobre
abuso Sexual en niños (as) y adolescentes en las ciudades de La Paz, Cochabamba y
Santa Cruz. - - La Paz: MSPS/VAGGF/OPS/OMS, 1999.
- 16.- Onostre Guerra, Raul D. Maltrato del niño y adolescente: guía médica para la detección,
atención y Seguimiento. - - La Paz: VAGGF, 1998.
- 17.- World Health Organization. Informe mundial sobre violencia y la salud. - - Geneva:
WHO,2002
- 18.- Rayas, Lucia. Violencia contra las mujeres: marco normativo. - - La Paz: IPAS, 2002.

