

La violencia como problema de salud pública

Dr. Edilberto Temoche Espinosa*

34

En 1996, la 49a Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA49.25, en la que se declara que la violencia es un problema de salud pública fundamental y creciente en todo el mundo, por lo que es necesario que los Estados Miembros establezcan actividades de salud pública para abordar el problema. Las metas del informe son aumentar la conciencia acerca del problema de la violencia en el mundo, y dejar claro que la violencia puede prevenirse y que la salud pública tiene el cometido fundamental de abordar sus causas y consecuencias.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Reporte Mundial Sobre la Violencia y la Salud del año 2002, señala que la violencia como parte de la existencia humana, genera para los individuos, las familias, las comunidades y los países, graves consecuencias, tanto a corto como a largo plazo provocando efectos perjudiciales en los servicios de atención de salud. Su impacto se ha visto reflejado en el más de un millón de personas que cada año pierden la vida a causa de ella y muchas más que sufren daños no fatales, como resultado de la autolesión, violencia intersocial y colectiva, en edades comprendidas entre los 15 y 44 años, ocasionando pérdidas de billones de dólares anuales y cifras mayores en horas laborables, intervenciones legales y otras actividades en torno a ellas.

Existe en la mayoría de los países de la región andina un incremento constante de las muertes por violencia, por ello en noviembre de 1994 la Organi-

zación Panamericana de la Salud convocó la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud con el fin de elaborar un Plan de Acción Regional, cuya acción se ha visto mermada por el subregistro en los datos, por la variedad de formas de codificación y análisis. A pesar de ello muchos de los países de la región, conscientes del problema, han desarrollado algunas investigaciones epidemiológicas al respecto. Los reportes señalan que del 11 al 25% de la población mundial sufre lesiones discapacitantes, siendo el 2% resultado de lesiones por accidente o violencia. La mortalidad por causas externas varía de acuerdo a las condiciones propias de cada país, ya que mientras en Estados Unidos de Norteamérica y Canadá es del 7% en Colombia ha llegado a un 25%, como señala la OPS, en las condiciones de salud en las Américas de 1994.

Revisando algunas investigaciones sobre la violencia encontramos:

Reza A. y JA. Mercy, quienes estiman que los costos sociales y gastos médicos por estas causas superaron los US\$500,000 millones en todo el mundo.

El Centro de Control de Enfermedades y Prevención de la OMS, a través de la División de Prevención de la Violencia ha estimado que en 1990, 1'851,000 personas fallecieron por causas de la violencia (35.3 por 100,000 hab.) en el mundo. Estimando en 786,000 los suicidios con rangos que varían de 3.4 por 100,000 en Sub - Sahara África a 30.4 por 100,000 en China y un estimado de 563,000 homicidios con picos en varones de 15 a 24 años; cantidades que varían según la localidad. Considerando a la violencia como el uso actual de

* Editor extranjero. Cirujano de Emergencias, Hospital de la Policía Nacional de Perú.

fuerza o poder sobre otra persona, sobre sí mismo o sobre un grupo o comunidad, dando como resultado un daño, muerte o privación; se han considerado cuatro categorías: el suicidio (E950-E959) definido como los daños fatales infligidos asimismo, especificados como intencionales; la segunda categoría son los homicidios (E960-E9) como daños fatales infligidos por otra persona con intento de daño o muerte, por algún medio, aunque se incluye en esta categoría las muertes no intencionales relacionadas a armas de fuego (E922). La tercera categoría son las muertes relacionadas a la guerra (E990-E999). La cuarta categoría incluye a aquéllas producidas en intervenciones legales. Así concluye que las muertes por violencia representan el 3.7% de todas las muertes ocurridas en el mundo durante 1990; siendo el suicidio la causa más frecuente, sobre todo en aquellos países con economía socialista, seguida del homicidio, que fue más alto en Latinoamérica y África Sub-Sahara, por lo que es necesario establecer sistemas de vigilancia para la prevención de muertes prematuras e innecesarias.

Vincent Brown, en Sudán en 2002, señaló que las muertes por violencia mostraban que el sexo femenino participaba con un 21%.

Bailey James, en EUA en 1997, determinó los factores de riesgo para las muertes por violencia de las mujeres en el hogar, identificando la asociación entre la violencia doméstica y la presencia de armas en el hogar en los homicidios y suicidios; encontrando esta relación en el 46% de los homicidios y 42% de los suicidios; la presencia de enfermedad mental era un factor de riesgo importante en estos últimos.

Csillag Claudio, en 1996; estudió la prevalencia de las muertes por violencia en Brasil, la cual había reducido la expectativa de vida de 66 a 65 años, siendo los jóvenes los más afectados. El homicidio es la tercera causa de muerte después de la enfermedad coronaria y cerebrovascular; y en los niños de 5-14 años la principal causa de muerte fueron los accidentes de tránsito.

Aviña Antia Germán, en Colombia en 2000, identifica las muertes por violencia, como la primera causa de muerte en la zona metropolitana del valle de Aburrá; de éstas el 90% fue por arma de fuego.

Aviña Valencia, en México en 2000; presenta un estudio descriptivo y transversal de la mortalidad por accidentes, homicidios y suicidios en Méxi-

co de 1994 a 1998; siendo la cuarta causa de muerte constituyéndose en uno de los principales problemas de Salud Pública por resolver.

Espita Victoria Eugenia, en Cali Colombia de 1993-96, informó las características de las muertes violentas sucedidas en cuatro años de seguimiento, tanto de homicidios como de accidentes de tránsito; siendo éstas más frecuentes en las horas pico, entre las 6 y las 09 p.m. En los días laborables y en horas nocturnas en los fines de semana. Las armas de fuego son las más empleadas en los suicidios, las muertes accidentales se observan en los ayudantes de construcción y en personas de la tercera edad.

Anon, en Colombia en 1998; señala que la expresión extrema de la violencia es la muerte de un ser humano por acción u omisión de otro o de otros. «Eso se mide en las estadísticas de muertes violentas, que comprenden las que ocurren por negligencia, ocasionando accidentes de tránsito y otros accidentes las que ocurren por acción intencional como el homicidio, en enfrentamiento armado, catástrofes, desastres naturales y por suicidio».

Drumond Júnior Marcos, en São Paulo en 1999; hace un estudio de la epidemiología de los homicidios en la ciudad de São Paulo con énfasis en las desigualdades sociales; concluyendo que un proyecto basado en la solidaridad social con equidad y democracia podrá atender a los sectores más afligidos en defensa de la vida.

Vásquez Rafael en Colombia en un estudio de 1970 a 1990; señala que el suicidio se ha incrementado en la población joven y femenina, siendo el intento de suicidio una medida de alarma, por lo que debe prestarse atención de la Sociedad.

Trucco Burrows Marcelo, en Chile en un estudio de 1971 a 1990; afirma que aunque la tasa de mortalidad por causas violentas o externas en Chile son relativamente elevadas, si se compara con el conjunto de América las tasas de suicidio son relativamente bajas; comprobándose la relación en hombres de 45 a 54 años entre suicidio y desempleo.

Yunes Joao; analizó la mortalidad por causas violentas y sus tendencias en los países de la región; separando las muertes accidentales de las intencionales.

Rendón Aponte Rubén, en Venezuela en 1984, las muertes por violencia eran la segunda causa de muerte en el país; siendo las tasas de accidentes de tránsito, homicidios y suicidios del 28.4, 11.4 y 4.7 respecti-

vamente. Observando la mayor frecuencia de muertes violentas en la zona Andina y el Estado de Mérida y la zona Oriental, el Estado de Sucre la menor.

Como vemos, la violencia requiere la participación de todos los estamentos sanitarios de nuestros países a fin de valorar el real impacto social y económico que genera, así como la repercusión de ésta en las actividades de salud, por lo que es necesario elaborar Programas de Vigilancia Epidemiológica que midan su magnitud y permitan prevenirla.

Referencias

1. OMS. *World report on violence and health*. 2002.
2. Anon. Epidemiología de la violencia en Colombia. Foro Nacional: *El Sector Salud frente a la violencia en Colombia*. Santa Fe de Bogotá, DC., Colombia 1998.
3. Aviña AMG. *Epidemiología de los homicidios en el año 2000: Área metropolitana del Valle de Aburrá*. Tecnológico de Antioquia; Medellín, 2000.
4. Aviña VJ, Meneses G y cols. Accidentes y violencia en México: un problema de salud en los albores del tercer milenio. *Cir & Cir* 2000; 68(3): 93-100.
5. Bailey J, Kellermann A et al. Violent death of women in the home. *Archives of Internal Medicine*; Chicago, Apr. 14, 1997.
6. Csillag C. Violent death and life expectancy in Brazil. *The Lancet* vol. 348. London, Nov. 2, 1996.
7. Drumond JM. Homicidios e desigualdades sociais na cidade de Sao Paulo: uma visao epidemiológica. *Saúde Soc*. 1999; 8(1): 63-81.
8. Espita VE. *Lesiones fatales intencionales y no intencionales en Cali 1993-1996: un estudio descriptivo*. Ministerio de Justicia y del Derecho; Santa Fe de Bogotá, DC; Colombia. 1997: 92.
9. Informe del Taller de Cali. Vigilancia epidemiológica de homicidios y suicidios. *Bol. Oficina Sanitaria Panamericana* 1996; 120(4): 316-24.
10. Mao Y, Hasselback P, Davies JW, Nichol R, Wigle D. Suicide in Canada: an epidemiological assessment. *Can J Public Health* 1990; 81: 324-8.
11. Marín-León L, Barros M. Mortes por suicidio: diferencias de género e nivel socioeconómica. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(3): 357-63.
12. Ministerio de Salud de Argentina. Accidentes y otras violencias. *Descripción de su situación de salud*. Oct. 1985.
13. OMS. División de Prevención de la Violencia-Centro de Control de enfermedades, prevención. 1990.
14. Rendón AR. Las muertes violentas: aspectos epidemiológicos. *Arch Venez Psiquiatr Neurol* 1987; 33(68): 41-9.
15. Reza A, Mercy JA, Krug E. *Epidemiology of violent deaths in the world*. National Center for injury Prevention & Control home page. USA. 1990.
16. Stapleton S. *Tracking violence across the globe*. American Medical News; Chicago, Aug. 20, 2001.
17. Trucco BM. Tendencias del suicidio en Chile, 1971-1990. *Rev Chilena de Neuropsiquiatría* 1993; 31(4, Supl.): 5-17.
18. Vásquez R, Gómez D. Mortalidad y problemas emocionales: el suicidio en Colombia 20 años después (1970-1990). *Acta Méd Colombiana* 1993; 18(2): 1133-8.
19. Brown V, Caron P et al. Violence in southern Sudan. *The Lancet* vol. 359, London, Jan 12, 2002.
20. Yunes J. Mortalidad por causas violentas en la región de las Américas. *Bol Oficina Sanit Panam* 1993; 114(4): 302-16.