



Centro de Estudios de Estado y Sociedad

SEMINARIO VI – 2005

Hugo Spinelli¹

Marcio Alazraqui²

Guillermo Macías³

Gabriela Zunino⁴

Juan Carlos Nadalich⁵

**Muertes Violentas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Una Mirada desde el Sector Salud⁶**

Con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud

¹ Doctor en Salud Colectiva, Universidad de Campinas, Brasil. Director de la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús.

² Doctor en Salud Colectiva con orientación en Epidemiología, Universidad Federal de Bahía.

³ Magister en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús. Doctorado en curso en la Universidad Federal de Bahía, Brasil.

⁴ Licenciada en Ciencias Biológicas, Facultad de Ciencias Exactas y Naturales, UBA. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús; tesis en curso.

⁵ Ministro de Desarrollo Social de la Nación. Ex-Subdirector Ejecutivo del INSSJP-PAMI.

⁶ El equipo de investigación forma parte del plantel docente-investigador de la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, del Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús.

Este texto constituye un resumen del publicado en: Spinelli H., Alazraqui M., Macías G., Zunino MG. y Nadalich JC. (2005) Muertes violentas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Una mirada desde el Sector Salud. Buenos Aires. Representación OPS/OMS en Argentina. Publicación N° 60. pp. 160.

Parte del trabajo de esta investigación fue realizado en el marco de la beca Ramón Carrillo - Arturo Oñativia otorgada por la Comisión Nacional de Investigaciones Sanitarias (CONAPRIS) del Ministerio de Salud de la Nación, durante el periodo Mayo de 2003 a Mayo de 2004 y dirigida por el Dr. Juan Carlos Nadalich.

Este trabajo se realizó con el apoyo brindado por GEOTARGET S.A. mediante la cesión del software MAPINFO Profesional versión 7.0, que contiene cartografía de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires elaborada por la Dirección de Geodesia e información del Censo Nacional de Población y Vivienda 1991.

MUERTES VIOLENTAS EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES **UNA MIRADA DESDE EL SECTOR SALUD**

INTRODUCCIÓN

El uso de la epidemiología en el análisis de problemas de salud viene siendo propuesto a través de estudios que permitan investigar perfiles epidemiológicos y su relación con las condiciones de vida a fin de permitir la adecuada formulación de políticas públicas.

Diferentes estudios a nivel internacional vienen señalando desde hace ya décadas el impacto significativo de las violencias en el Proceso Salud-Enfermedad-Atención (PSEA), lo que se evidencia también en la Argentina y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Los eventos producto de hechos violentos impactan de manera en los indicadores de morbimortalidad y en los servicios de atención a la salud con el consiguiente impacto social y económico provocando un incremento sostenido en el gasto en salud. Actualmente es escasa la información desagregada disponible sobre las muertes violentas como un problema del PSEA en el espacio urbano.

Este trabajo busca problematizar la importancia de la violencia como grave problema de salud que enfrentan las sociedades actuales, en este caso partiendo de la pregunta ¿Cuál es el perfil de mortalidad por violencias en la CABA y su evolución en la última década?.

La investigación se realizó con los siguientes objetivos:

- Analizar la situación de las muertes violentas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en las diferentes zonas que la componen en los primeros semestres de 1998 y 1991 y en los años 2001 y 2002.
- Analizar las diferentes formas en las que se expresan las muertes violentas (accidentes, homicidios, suicidios y muertes violentas ignoradas) y su relación con atributos sociodemográficos, biológicos y espaciales.

Estos objetivos tienen el propósito de sustentar la formulación de propuestas para el diseño de acciones, programas y/o políticas públicas, sectoriales y extrasectoriales, que den cuenta y/o aborden los problemas señalados.

El texto se estructura bajo la siguiente forma. En el marco conceptual se abordan las diferentes conceptualizaciones y expresiones de la violencia y sus formas de afectar la salud de las personas y el impacto en los servicios de atención. Se realiza una descripción sucinta de las características sociodemográficas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En materiales y métodos se presentan las fuentes de datos y los procedimientos utilizados en la investigación. En resultados se presentan los hallazgos considerados más relevantes del trabajo, a través del análisis descriptivo y georreferencial de las muertes violentas por lugar de ocurrencia del hecho violento. Por fin en la discusión se revisan los hallazgos a partir de otras investigaciones y se señalan "pistas" para posibles acciones dentro del sector salud, principalmente en la búsqueda del diálogo extrasectorial (sociedad civil) y con los gobiernos, a través de las políticas públicas que puedan impactar en el problema.

VIOLENCIA: UN CONCEPTO POLISÉMICO⁷

¿Qué entienden por esa palabra los seres humanos del siglo XX, y cómo han llegado hasta el punto de utilizar una sola palabra para designar cosas tan diferentes? Joxe Alain.

¿De qué hablamos cuando nos referimos a la violencia? ¿Cuál es su significado? Alain Joxe señala que la violencia en tanto concepto se ha ido desprendiendo de la explicación behaviorista (que la reduce a conductas), para dar paso a enfoques funcionalistas y estructuralistas (1981). En los últimos años, la Racionalidad Médico Científica (RMC)⁸ ha intentado construir una definición de violencia alejada del biologicismo que estigmatizó las aproximaciones que tuvo sobre este problema. Así en el encuentro patrocinado por el Gobierno Holandés y la Organización Mundial de la Salud (OMS), realizado en La Haya en el año 1981 bajo el título *Helping Victims of Violence Proceeding of a Working Group on the Psychosocial Consequences of Violence* se elaboró la siguiente definición: "Es la imposición interhumana de un grado significativo de dolor y sufrimiento evitable" (OPS, 1993b)⁹. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) la utiliza en algunos de sus documentos, y según la ex Directora de Promoción y Protección de la Salud de la OPS, Helena Restrepo, tiene la virtud de poder separar las violencias de las autoagresiones y de las muertes provocadas por catástrofes y aquellos accidentes en los cuales el rol humano es mínimo (OPS, 1993a). Para nosotros, esto último sólo es correcto desde el punto de vista semántico, ya que como veremos más adelante, la realidad nos enfrenta a suicidios que son homicidios o que es imposible evaluar el grado de responsabilidad de las personas intervinientes si consideramos las dimensiones del inconsciente, como la pulsión de muerte. ¿O acaso podemos rotular como un simple accidente sin violencia a aquel provocado por un automóvil que se desplaza a alta velocidad?, ¿Cuántos de estos hechos podríamos adjudicar a la combinación de una serie de circunstancias fortuitas? Creemos que los menos.

La OMS recientemente la define como "El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, 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" (WHO, 2003). Algunos de los aspectos que dificultan definir la violencia, son aquellos que impiden reducirla a un carácter unívoco, por ejemplo, si se trata de un hecho voluntario o involuntario; el uso en función del ataque o la defensa, si es individual o colectiva y la singularidad o pluralidad de la misma, es decir ¿violencia o violencias? (Franco, 1989). Al plantear su carácter polisémico no pretendemos hacer de esto un aspecto central de nuestro trabajo, en el sentido de encontrar una definición totalizante. Sólo buscamos mostrar la complejidad de circunstancias y hechos que abarca este concepto. Tampoco es nuestra postura creer que la definición de un término cierre un problema.

La violencia debe ser analizada por las dimensiones y no transformarla en una variable más. Desde este planteo sostenemos una serie de acuerdos y diferencias con diversas posiciones teóricas. Nuestra postura es la de entender a la violencia como una construcción social e histórica¹⁰ y por lo

⁷ Esta sección está basada en un capítulo de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor en Salud Colectiva en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Campinas, UNICAMP, Brasil (Spinelli, 1998).

⁸ Entendemos por Racionalidad Médico Científica a un modelo de conocimiento que sigue la medicina científica basada principalmente en el modelo flexneriano (Spinelli, 1998).

⁴ Esto no significa desconocer la existencia y el valor de otras definiciones como por ejemplo: "Uso de una fuerza, abierta u oculta, con el fin de obtener de un individuo, o de un grupo, algo que no quiere consentir libremente" (Domenach, 1981); "el ejercicio de la fuerza física con el fin de hacer daño o de causar perjuicio a las personas o a la propiedad; acción o conducta caracterizada por esto; trato o manejo que tiende a causar daño corporal o a coartar por la fuerza la libertad personal" (Rasheeduddin, 1981); "el ejercicio humano del poder por la vía de la fuerza al servicio del mantenimiento, la destrucción o la construcción de un determinado orden de derechos y apropiaciones produciendo la restricción o negación de la integridad y derechos del otro (individual o colectivo)" (Franco, 1989); "the use of physical force with the intent of causing harm, injury or death" (Jeanneret O. *et al.* 1993).

⁵ Afirmar que la violencia es un hecho histórico y social significa entender que "las sociedades humanas existen en un determinado espacio, en un determinado tiempo, que los grupos sociales que la constituyen son mutables y que todo, instituciones, leyes, visiones de mundo, son provisorias, pasajeras, están en constante dinamismo y potencialmente todo está para ser transformado" (Minayo, 1997).

tanto humana, de allí que su definición dependa del momento histórico y social que se esté viviendo; diferenciándola de la agresión por ser ésta propia del instinto animal. Reconocemos que su vigencia permite una visión del mundo que legitima el uso de la fuerza, la desconfianza y el egocentrismo, por ello Sartre señala que la "violencia hace cultura", y en ese proceso toda una serie de actitudes como la envidia, los celos, el resentimiento y el odio se transforman en violencia funcional al sistema (Roux, 1993). No se trata de un problema entre buenos y malos, entre víctimas y victimarios, ya que ello la estigmatiza e impide pensarla en su verdadera y compleja dimensión, a su vez que niega su carácter dual (resistencia-confrontación). Por todo esto, es que no aceptamos las siguientes posturas: las que la reducen a una cuestión moral o producto del destino y la trivializan bajo explicaciones mágicas o astrales; aquellas concepciones de la modernidad que la describen como producto de la ignorancia y por lo tanto superable con el desarrollo económico-social; o las corrientes de la biología y de la genética que la presentan como un hecho inevitable negando toda interpretación que se pretenda social e histórica. Su reducción a mera criminalidad con el tratamiento sensacionalista de sus efectos, lleva a otorgarle un carácter policial que la simplifica tanto de una manera burda como peligrosa, terminando por criminalizar manifestaciones sociales. También cuestionamos el manejo del concepto violencia en singular, el que intenta reducir las violencias a violencia, lo que tiende a su simplificación y asociación con grupos marginales, la pobreza o "desequilibrados mentales". Violencias y accidentes, son para nosotros dos conceptos distintos, pero señalamos la dificultad de establecer límites precisos entre ambos. También rechazamos los planteos que entienden a la violencia como un producto de comportamientos instintivos, nosotros por el contrario adherimos a la tesis que la considera producto de comportamientos alienados (Roux, 1993). Por todo ello es que resulta absurdo condenar toda violencia, como criminal el hacer su apología (Domenach, 1981). En esa línea recuperamos la siguiente cita: "la utilización eventual de la violencia no implica la barbarie, entendemos que no se trata de condenar su uso en un proceso revolucionario, sino de denunciar que la barbarie, consiste en negar el carácter ontogénico del sujeto humano, su ser objetivo de palabra y pensamiento" (Benasayag *et al.*, 1993).

Un problema complejo

Una de las principales dificultades que presenta la violencia para ser analizada por la Racionalidad Médico Científica es su carácter de problema complejo, caracterización dada por las numerosas dimensiones ignoradas que la conforman. Ello es evidente, si tenemos en cuenta que la medicina es una disciplina de enfermedades, de ahí que se vea incapacitada de ver problemas que no se estructuran bajo características biológicas pasibles de ser reducidas a enfermedad. Por eso, cuando la RMC enfrenta cuestiones que no cumplen las características tradicionales, las ignora o intenta "biologizarlas" y transformarlas en situaciones estructuradas (donde todas las variables son conocidas). Ese proceso parece desconocer los fracasos de las intervenciones médico-sanitarias que han demostrado la imposibilidad de reducir un problema complejo a un problema estructurado¹¹.

En la multiplicidad de dimensiones que intervienen en la violencia, no podemos dejar de mencionar diferentes situaciones que si bien corresponden a distintos niveles de análisis conforman la red explicativa del problema: su carácter estructural (desigualdad y exclusión); el alcoholismo; el consumo de tóxicos permitidos y prohibidos; ciertas formas de urbanización; ciertos mensajes de los medios de comunicación social; el estímulo a estilos de vida donde la agresividad se relaciona al éxito; la industria del crimen y ciertas dimensiones de los procesos subjetivos. Al sostener estas circunstancias no lo hacemos en el sentido de causalidad lineal de las mismas, sino planteándolas como situaciones interactuantes que desde diferentes niveles de complejidad nos aproximan a esa

¹¹ La dificultad que tiene la RMC para entender la violencia queda reflejada en esta anécdota que relata Milton Terris, prestigioso epidemiólogo norteamericano, quien encontrándose en una reunión con varios viceministros de salud de América Latina que desconocían el valor de la epidemiología, pretendió mostrarles la importancia de las tasas de mortalidad por violencia, sin encontrar ninguna respuesta por parte de sus interlocutores. El mismo Terris explica ello de la siguiente manera: "Resultaba difícil para ellos aceptar el concepto de que las lesiones son importantes. Son médicos y para los médicos las lesiones no son enfermedades; son otro tipo de problema. No les pude convencer" (Buck, 1988).

red explicativa que constituye a la violencia en problema.

EL IMPACTO EN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN

Las formas de la violencia

De las numerosas “causas” violentas que impactan el Proceso Salud Enfermedad Atención, las tres principales son los accidentes de tránsito, los homicidios y los suicidios. Pero están las otras formas, que si bien no siempre se traducen en mortalidad sí pueden hacerlo como morbilidad. Nos referimos a los “otros” accidentes como asfixias por sumersión, caídas, envenenamientos, golpes, explosiones, fuego, shock eléctrico, iatrogenias y radiaciones. Los distintos “cidios”, infanticidios, sexocidios, politicidios, etnocidios y genocidios. Los tumultos, actos de vandalismo, el robo y el secuestro. Las heridas de guerra, la tortura, el exilio, la violación de los derechos humanos, la invasión a países y la desaparición de personas. Las distintas formas de discriminación: social (minorías, grupos estigmatizados, etc.), racial (apartheid, racismo, etc.), de género (machismo), de edad (adultocentrismo). La violencia contra la mujer: violación, acoso, discriminación, subvaloración, tráfico, violaciones masivas, embarazo forzado en situaciones de guerra, mutilación genital, abuso sexual, chantaje sexual, incesto. La violencia contra el niño: *battered child*, abuso sexual, Síndrome de Münchhausen *by proxy*. La violencia intrafamiliar con sus distintos tipos: física, psíquica, por descuido, sexual, incesto. La violencia interpersonal, física, verbal o simbólica. El impacto en la salud mental de familiares y allegados de las víctimas, efecto postraumático y otras formas que podrían extender aun más esta lista numerosa como incompleta (Franco, 1989). Todas estas formas no pueden considerarse como expresiones del mismo orden, pero sí tienen en común el impactar el PSEA.

También existen grupos más afectados que otros y cumplir con algún estigma social en determinadas circunstancias y/o lugares aumenta la probabilidad de transformarse en objeto de la violencia.

La violencia se expresa en diferentes espacios sociales. En distintas instituciones, lo instituido, a veces lo es bajo la forma de violencia (física o psíquica), ejemplos de ello pueden encontrarse en el ejército, la iglesia, la escuela, las prisiones, los asilos, los reformatorios y no pocas veces la propia institución de salud. Otros espacios donde la violencia se expresa son los núcleos familiares, el trabajo, el transporte, las subculturas (machismo, patotas, barras bravas, hampa), el tiempo libre y la práctica de deportes. Los espacios musicales también pueden ser formas o expresiones de violencia. Un análisis realizado en 1985 sobre una muestra de 139 videos musicales encontró que la violencia y la delincuencia aparecían retratados en más de la mitad de las grabaciones (UNESCO, 1990); estos hallazgos y análisis se repiten en otros trabajos (Leymarie, 1993). Ciertas formas de la música *hard-rock*, *rap*, o *hip-hop* son retratos o exaltación de formas de violencia (homicidios, violación sexual) en que muchas veces los propios artistas han participado como victimarios.

En el afán de aproximarnos al problema y fieles a la lógica clasificatoria de la razón moderna, podríamos continuar con otras tipificaciones, como por ejemplo en función de la gravedad; de los grupos afectados; del arma o instrumento empleado; del nivel donde se ejerce; del compromiso predominante u otros (OPS, 1990b).

También están las formas silenciosas o mejor dicho las formas silenciadas de la violencia. Son aquellas situaciones que no aparecen a diario registradas como tales, pero que cumplen en millones de personas con la definición de violencia que hemos tomado. Aludimos a las consecuencias en los conjuntos sociales de las políticas neoliberales impulsadas por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, con sus secuelas de desempleo, miseria y marginación a través de sus medidas econométricas como la dolarización de la economía, el incremento del costo de vida, privatizaciones, ajustes fiscales y recorte del gasto público.

La violencia se presenta con una diversidad tal, que atraviesa distintas manifestaciones de una sociedad y en esa dinámica nos constituye en victimarios, víctimas o espectadores.

Las opacidades en las estadísticas

Las dificultades históricas que ofrecen el registro y la interpretación de las estadísticas en salud, producto de la omisión voluntaria e involuntaria de numerosas variables o de las formas de su interpretación, son las mismas que se encuentran en las muertes violentas. En la Clasificación Internacional de Enfermedades existe un grupo titulado "Lesiones o eventos de intención no determinada" que reúne aquellas muertes donde no se puede establecer si fueron o no accidentales.

Son numerosas las citas bibliográficas que señalan la mala calidad y el subregistro de las estadísticas de violencia (Ministerio de Salud y Acción Social de Argentina, 1990; Menéndez, 1990; Barros, 1991; Restrepo, 1993; OPS, 1994c; OPS, 1996a; Franco, 1996). A manera de ejemplo, podemos recuperar que en EUA el número real de suicidios es de 25% a 33% más alto que el registrado, mientras en Nueva York de 7% a 10% de las muertes atribuidas a accidentes automovilísticos y de 11% a 15% de los accidentes en el hogar son suicidios (OPS, 1979). En América Latina y El Caribe se estima que más de la tercera parte de las muertes violentas (excluye accidentes) no son registradas por las estadísticas (Suárez, 1994). Otras publicaciones colocan que 50% de los suicidios realizados con "éxito" son asumidos como accidentes (Toolan, 1975) y que 25% de los accidentes automovilísticos tendrían un componente suicida consciente (Hart *et al.*, 1979). En Chile, en más del 50% de la mortalidad por causas externas se ignora si fue intencional o accidental (OPS, 1994c)¹².

Los problemas de registro no se deben a que la clasificación de las muertes violentas sea ignorada por la RMC. A partir de 1975 las mismas fueron incorporadas como un capítulo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, donde recibieron un exhaustivo tratamiento tanto en la novena revisión, CIE IX (OPS, 1978), como en las modificaciones que contiene la décima revisión CIE X (OMS, 1995b). En la CIE IX, el capítulo Traumatismos y Envenenamientos (XII) está compuesto por 24 subtemas, que en total contienen 200 códigos diferentes a nivel de tres dígitos. Esta lista posee una clasificación suplementaria titulada "Causas Externas de Traumatismos y Envenenamientos" que dividida en 23 subtemas, contiene 200 códigos distintos. Además está la clasificación por cuatro dígitos, que se desagrega en 612 códigos posibles que subdividen el capítulo de traumatismos y envenenamientos en categorías muy amplias agrupadas en grandes temas como: todo tipo de accidentes (códigos E800-E949); suicidios y lesiones autoinfligidas (códigos E950-E959); homicidios y lesiones infligidas (códigos E960-E969) y otras violencias (E970-E999). Este último grupo, a su vez comprende: intervención legal (E970-E978); lesiones resultantes de operaciones de guerra (E990-E999) y lesiones en que se ignora si fueron accidental o intencionalmente infligidas (E980-E989). En la CIE X se observa que el capítulo que en la CIE IX era suplementario (causas externas) pasa ahora a ser uno nuevo llamado "Causas Externas de Morbilidad y de Mortalidad" y que lleva el número XX. Como se puede apreciar, el subregistro de la violencia no es por falta de una norma de referencia para su clasificación. Recordemos además que cada código es una forma de muerte por una causa externa producto de una circunstancia diferente y que existen situaciones que pueden ser codificadas de diferentes maneras, por ejemplo la muerte por arma de fuego puede ser considerada: un accidente (códigos W32-W34), un homicidio (códigos X93-X95) o una lesión de intención no determinada (Y22-Y24). Una muerte provocada por un policía en cumplimiento de su deber no se considera homicidio, sino aplicación de la ley (código Y35-Y36). Los ajusticiamientos, en los países donde están permitidos, no son considerados homicidios (código Y355) (OPS, 1996a). La pregunta es si la herramienta clasificatoria y el rótulo para cada evento violento existen ¿por qué se da el subregistro de la muerte violenta?

Hace cuatro décadas, una investigación multicéntrica demostró que para conocer la causa de la muerte, la historia clínica y la necropsia aportan más conocimientos que el certificado de defunción (Puffer *et al.*, 1965). Pese a esto, en la problemática de la mortalidad por violencia muy pocas veces

⁷ El subregistro para Suárez (1994) es del 80%, esto debe entenderse en el marco que Chile es considerado por los Organismos Internacionales como casi sin subregistros en sus estadísticas de salud (OPS, 1995a).

encontramos una historia social y por el contrario la mayoría de las veces la necropsia nos habla de las causas biológicas de una muerte que reconocemos como eminentemente social. De ahí que los informes estadísticos de defunción constituyan la única fuente de información para las estadísticas de mortalidad por violencias, a pesar de ser evidente que son parte de un expediente administrativo con limitada utilidad para el abordaje de la compleja dimensión de una muerte violenta.

La mala calidad de los registros es un aspecto que no puede atribuirse únicamente a la desidia de los médicos ya que son numerosos los factores que hacen a la inconsistencia de los mismos. Entre ellos podemos reconocer condicionantes políticos, socioculturales e institucionales. En relación a estos últimos, tenemos el caso de las muertes por suicidios que al negarles por ejemplo algunas iglesias los servicios religiosos al suicida, obliga a la familia solicitar se cambie la causa de muerte para poder sepultarlo bajo las costumbres de esa religión. En cambio, otras veces, el motivo de la adulteración del certificado es para evitar la “vergüenza social” que ocasiona el suicidio.

No podemos dejar de señalar las limitaciones de los instrumentos actuales producto del sesgo cuantitativo. Esto refuerza la necesidad de profundizar abordajes de tipo cualitativo del impacto de la violencia en el PSEA que nos aproximen a recuperar dimensiones imposibles de abordar con métodos basados exclusivamente en la lógica cuantitativa.

Las expresiones en la morbimortalidad¹³

El impacto de la violencia no se conoce en su verdadera dimensión. No obstante la riqueza de formas en que ella se presenta y su impacto en el PSEA, existe una insuficiente conceptualización de las consecuencias negativas que tiene sobre las condiciones de salud y enfermedad de los conjuntos sociales.

En 1993 la OMS informaba que 3,5 millones de personas morían cada año por causas violentas en el mundo, casi diez años después una publicación del mismo organismo ubica esa cifra en 5 millones de muertes anuales (OMS, 1993; Peden, 2002a). Ello significó en 1985 el 7% de las muertes mundiales (OPS, 1994a), y el 12% para el año 2000 (Peden, 2002b). Sólo en el continente americano se registra un promedio anual de 122 mil homicidios y 113 mil muertes por accidentes de tránsito (OPS, 1995a). La tasa de homicidios en América en las últimas décadas alcanzó valores próximos a los 20 por 100.000 habitantes (hab.), con países que la superan ampliamente como Colombia, Honduras y Guatemala, con 65, 55 y 50 homicidios por 100.000 habitantes respectivamente (OPS, 2003). Estos datos la colocan como la región del mundo con la tasa más alta de homicidios. En América Latina y El Caribe las muertes por violencia, sin incluir a accidentes, en las últimas dos décadas mostraron valores importantes. En 1980 ocurrieron 115.923 muertes con una tasa de 33.3 por 100.000 hab., en 1993 el total fue de 202.008 con una tasa de 44,4 por 100.000 hab., descendiendo para el año 2000 a 171.000 con una tasa de 34,3 por 100.00 hab. El incremento en los '90 se debe fundamentalmente a los homicidios, responsables del 63% del total de las defunciones violentas de 1993, mientras que en el 2000 representaron sólo el 43,9%. El resto se divide en un 12% para suicidios (6,3% para el 2000) y un 25% (49,8% en el 2000) para otras formas de violencia (Suárez, 1994; Krug, 2002). En esa misma región, en 1993 el número de muertes por violencia fue de 456 mil incluyendo accidentes, lo que da un promedio diario de 1.250 muertes, mientras que para el año 2000 las estadísticas revelan un promedio de 390 mil con una media diaria de 1.070 (OPS, 1996b; Krug, 2002). La concentración de muertes por violencia en los grupos más jóvenes tiene un alto impacto social. El costo en Años de Vida Perdidos Potenciales (AVPP) presenta una pérdida promedio de 30 a 40 AVPP por cada defunción (OPS, 1990a).

La estimación de la relación morbilidad-mortalidad por causas violentas varía mucho según la

⁸ Salvo que se aclare lo contrario, al referirnos a las causas externas quedan incluidas las cifras por desastres naturales dado que generalmente resulta imposible separarlas de la información disponible. No obstante, sus valores por lo general no son importantes. Las tasas, excepto mención especial, están calculadas por 100.000 habitantes.

referencia bibliográfica que se utilice y el tipo de violencia que se analice. En general para accidentes se refiere una relación mortalidad/morbilidad de 1/50, 1/100 o 1/400 (Norman, 1963). La OMS calculó que en 5 países seleccionados¹⁴, por cada muerto por violencia alrededor de 30 personas son hospitalizadas con lesiones graves, 300 son tratadas y dadas de alta el mismo día por lesiones leves, y muchos más son tratados en consultorios médicos privados y clínicas de primeros auxilios (Holder, 2001). En la niñez, algunos trabajos dan relaciones que van desde 200 a 1.200 lesionados por cada caso mortal (OPS, 1993a). Otra relación hallada en una investigación en niños y adolescentes de cuatro países de América, fue que por cada menor muerto por una lesión traumática, quince quedaron muy afectados y otros 30 a 40 sufrieron lesiones menos serias (OMS, 1995a). En la región de las Américas, cada año, uno de cada diez niños sufre algún tipo de accidente que requiere atención especializada (OPS, 1995c). En Río de Janeiro, un trabajo en menores de 5 años encontró que a pesar de haber numerosos casos de caídas, quemaduras y heridas, el nivel de consulta a los servicios asistenciales era muy bajo, sólo un 12,1% de los afectados recibe atención y un 0,5% queda internado (Assis, 1994).

En el mundo, cada año, 10 millones de niños quedan con secuelas psicológicas producto de guerras u otras violencias (OPS, 1996b). En nuestro continente, los casos notificados de niños maltratados se han incrementado y parecieran seguir en aumento (Levav *et al.*, 1996). UNICEF estima en seis millones los niños que sufren maltrato severo en Latinoamérica (OPS, 1993b). La información de algunos países de esa región, coloca en 500 mil los internados en instituciones asilares, las que en general se caracterizan por sus malos tratos (OPS, 1993c). En Inglaterra, uno de los primeros países en recabar información sobre abusos sexuales, negligencia y violencia en niños/as entre los años 1977 y 1984; se encontraron 5.708 casos de lesiones físicas, 185 de deficiencias de crecimiento, 250 de abuso sexual, 204 de negligencia, 70 de maltrato emocional y 2.343 de otras formas de violencia. Eso significó un total de 8.760 casos con un promedio de 1.000 casos anuales (Creighton, 1988). Gran parte de esta violencia reconoce en los padres a los responsables.

Una lectura humanista del problema de la violencia en la niñez se detendría en ellos como víctimas. Pero en los últimos años, en diferentes países del mundo, se vio que los niños/as podían también ser victimarios (no sólo de sus padres). Esto llevó en algunos casos, como señala E. Giberti, a una lectura paranoide, que considera que la niñez se ha vuelto mala, ya que no se comporta de acuerdo a la definición que los adultos le hemos asignado y que la imagina como un momento puro y angelical al cual todos pertenecemos, "la edad de la ilusión". En esa decepción, la respuesta es paranoide ya que concluye que la responsabilidad es de otros (Página/12, 1996). En ese falso dilema de víctimas y victimarios, en el que también quedan atrapados los niños/as, se juegan muchas otras cosas, mas allá de la responsabilidad real o supuesta de los otros. Los códigos y valores culturales de estos "tiempos posmodernos", como de aquellos modernos, nos servirán más adelante para entender los dispositivos que se juegan en estas dinámicas, que para sorpresa de muchos presenta hoy a la niñez como capaz de realizar "crímenes espeluznantes" y/o agredir a sus padres. Los clásicos dilemas buenos-malos, víctimas-victimarios, edad de la inocencia-edad de la maldad, se derrumban y con ellos, caen las certezas que nos obligaban a tomar posición ante ellos.

En América Latina, las tasas de homicidio de mujeres a pesar de ser inferiores a las de los hombres, están entre las más altas del mundo. También es significativa su situación en determinados países de África y Asia, donde la población que debería estar viva sería de 100 millones de mujeres más que las existentes, ¿sexicidio? (PNUD, 1993). Los antecedentes de nuestras sociedades patriarcales se remontan a más de 12 mil años, donde el ideal andrógino representado tanto por Buda como por Jesús sirve de claro y fuerte antecedente para asignar a nuestras sociedades el calificativo de patriarcales, situación que sustenta la relación asimétrica entre los géneros y donde la violencia es ejercida sobre la mujer (UNESCO, 1981). Con la modernidad el papel del hombre y de la mujer sufre modificaciones radicales. La concepción actual de "hombre" es una construcción de la modernidad que la coloca como la figura viril capaz de razonar, situación que relega a la mujer al espacio de la

¹⁴ Australia, Países Bajos, Nueva Zelanda, Suecia y Estados Unidos.

tradición y la pasión, ligada a un papel reproductivo y limitando su territorio a lo doméstico (Touraine, 1994). En ese contexto se establecen muchas situaciones de violencia que tienen a la mujer como objeto.

En la década del 60 un estudio en países desarrollados encontró que las muertes por accidentes en el hogar eran responsables del 32% al 70% de la mortalidad en mujeres (OPS, 1993b). La mecanización del trabajo doméstico implicó un aumento de los mismos. En contraste con el “esplendor moderno”, millones de niñas y mujeres enfrentan prácticas culturales milenarias que provocan la mutilación genital a través de la circuncisión femenina¹⁵. En la década del '80 se calculaba una cifra entre 85 y 114 millones de mujeres mutiladas genitalmente, para 1998 los valores estimados ascendían a 130 millones. Esto significa que cada año 2 millones de niñas enfrentan este problema (OMS, 1985; OMS, 1998; Banco Mundial, 1993).

El espacio de lo doméstico y familiar puede ser también un espacio de violencia. Se calcula que entre el 20% y 60% de los hogares de América son lugares donde se producen hechos violentos en mujeres y niños (OPS, 2003). Una investigación del año 1991 realizada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, dirigida por la Dirección de Reincidencia del Ministerio del Interior de la Nación, encontró que el 24% de los asesinatos ocurridos en esta ciudad fueron entre parejas o matrimonios, mientras un 11% ocurrió entre parientes. En 1992, las cifras pasaron al 22% y 17% respectivamente (DNPC, 2001). Otro estudio, realizado en Suecia entre los años 1971-1980, en relación a homicidios ocurridos en niños menores de 14 años, refiere que de los 96 casos registrados, 82 eran intrafamiliares (Somander *et al.*, 1991).

También se debe reconocer que las mujeres desde su función de madres o esposas participan en la producción de machos violentos por “la educación, o por su inserción en los ejércitos y los aparatos de represión” (UNESCO, 1981), o por la inhibición de las emociones en el hijo varón (los hombres no lloran). Distintas publicaciones corroboran que las mujeres son las principales responsables de los infanticidios y aparecen también como agresoras físicas o psíquicas de sus maridos o compañeros. En Argentina, al igual que en otros países, se ha observado un incremento en la participación de las mujeres en hechos violentos. En 1984, había 100 internas en el Servicio Penitenciario Federal y en 1995 pasaron a ser 592. De ellas, el 73% eran menores de 40 años, y la mitad no había cumplido aún los 30¹⁶ (La Maga, 1997). El aumento de las tasas de delincuencia en las mujeres es considerado por Rita J. Simon en su libro *Women and Crime* como “una indicación de la liberación de la mujer” (Boulding, 1981). Mas allá de intentar una conclusión sobre la mujer en cuanto sujeto de violencia, buscamos con este abordaje romper explicaciones lineales y abrir la discusión.

Otro problema central por su impacto en la morbimortalidad es el de los accidentes que “en muchos países representan hasta la mitad del total de defunciones de personas entre 10 y 24 años” (OMS, 1995a). Sólo los accidentes de tránsito ocasionaron la muerte de aproximadamente 500 mil personas en los países periféricos y de 200 mil en los países centrales durante los inicios de la década del '90, con más de 7,5 millones de heridos por año a nivel mundial (OPS 1993a). Para el año 2000 los muertos ascendieron a 1.200.000 y entre 10 y 15 millones de heridos (Peden, 2002b). El aumento de los accidentes de tránsito entre 1968 y 1983 fue superior al 200% en África, el 150% en Asia y bajó más del 20% en Europa. Esto derrumba la creencia de que en los países desarrollados este tema es más grave, lo que no es cierto, si se analizan las muertes en función de las tasas del parque automotor existente en cada país (Söderlund *et al.*, 1995). México es un claro ejemplo de lo anterior, dado que los accidentes de tránsito por vehículos de motor presentaron un gran aumento de la

¹⁵ La misma se realiza bajo tres formas: circuncisión propiamente dicha, clitoridectomía e infibulación.

¹⁶ Otros hallazgos significativos de la investigación que llevó a cabo la Procuración Penitenciaria del Ministerio de Justicia, el Consejo Nacional de la Mujer y la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, fueron: la mitad de las detenidas tenía algún tipo de actividad remunerada al momento de ser detenida; de ellas, el 41,8% vivía con su pareja; el 45,7% estaba presa por violación a la ley de estupefacientes; el 27,1% por robo y el 17,8% por homicidio; el robo era el delito más frecuente entre las menores de 24 años; la infracción a la ley de estupefacientes tenía una relación directa con el número de hijos y la edad y el 61,9% de las mujeres con cuatro hijos estaba presa por esa causa (La Maga, 1997).

década del 70 al 80, se pasó de 3.391 muertes a 15.421. Sólo en el grupo de 15 a 24 años aumentó un 450%, al comparar el periodo 1955-1959 con 1970-1979 (OMS, 1995a). Al analizar el índice de motorización, indicador usado para medir el desarrollo de un país, se encuentra que el mismo tuvo un incremento de 206,4% entre 1969 y 1980, el segundo más alto de toda América (OPS, 1993a; Bangdiwala *et al.*, 1987). Allí vemos como un indicador de desarrollo aumenta acompañando un índice de violencia, realidad aparentemente paradójica para la lógica de la razón moderna y que entendemos traduce las consecuencias de la ambición de Le Corbusier de transformar el “hombre de la calle” en el “hombre del coche”¹⁷.

Hoy aparece inscripto en el imaginario social que la vida pasa rápido y hay que alcanzarla. La velocidad es un símbolo que permite alcanzar los ideales que plantean estos tiempos de “turbocapitalismo y posmodernidad”. Con la velocidad se pertenece.

Un número importante de personas que intervienen, activa o pasivamente, en procesos violentos, quedan con una “pesada herencia”. Se calcula que el 2% de la población mundial está discapacitada por lesiones producto de violencias, en tanto una de cada 4 a 9 personas de países desarrollados sufre anualmente alguna lesión discapacitante (OPS, 1994c).

El suicidio se presenta como una de las principales “causas” de muerte violenta. En 1975, la OMS calculó que se producían mil suicidios diarios a nivel mundial (1975). Para el año 2000, los muertos estimados por esta causa fueron 815.000, lo que equivale a una defunción cada 40 segundos (Krug, 2002). Más allá del subregistro de los mismos, debido a prejuicios religiosos y/o hábitos culturales, las cifras en las Américas son preocupantes desde hace décadas. En algunos países de alto ingreso per cápita llegan a representar cerca del 20% del total de muertes por causas externas (Bahamas, Canadá y Estados Unidos) (Krug, 2002). A nivel mundial las tasas de suicidio en jóvenes están en aumento, con grupos de mayor riesgo (OMS, 1995a). En Canadá por ejemplo, la incidencia es mayor en las comunidades indígenas. En Quebec, la tasa de suicidios de esos jóvenes es tres veces mayor que la media quebequense y entre los 15 y 24 años la relación es de seis a uno. Recordemos que por cada suicidio hay en promedio unos diez intentos, los cuales en su mayoría son protagonizados por mujeres (OPS, 1994b).

La violencia afecta de manera significativa a la tercera edad. Este es un tema de larga data que permaneció oculto dentro del ámbito de lo “privado” hasta los últimos veinticinco años del siglo 20, momento en el que emergen junto con las iniciativas llevadas a cabo contra el abuso infantil y la violencia doméstica. Este tema ha traído una gran preocupación en el mundo. En Canadá, a partir de varias investigaciones se halló que del 4 al 10% de las personas en dicho grupo etario sufren algún tipo de violencia (Krug, 2002). El Congreso de Estados Unidos de América (EUA), a través de una serie de estudios, concluyó que cerca del 4% de las personas en la tercera edad sufren alguna forma de violencia física, emocional o financiera (Minayo, 1994). En otra investigación sobre el tema, realizada en Boston (EUA) se encontró que de 2.020 personas no institucionalizadas, 32 de cada mil habían sufrido maltrato, 20 de cada mil maltrato físico, 11 de cada mil agresión verbal y 4 de cada mil descuido, cifras que al proyectarse a nivel nacional arrojan un total de casi un millón de afectados (Wolf, 1994). También en EUA se estima que cada año una de cada 25 personas mayores sufre un abuso (OPS, 1996b). No es necesaria mucha imaginación para plantear que estos datos deben ser muy superiores en nuestras sociedades, más si consideramos la situación social de la tercera edad.

La violencia no sólo se encuentra en los espacios públicos o domésticos. En 1995, la OMS denunció 120 millones de accidentes en el trabajo (WHO, 1995); siete años después la Organización Internacional del Trabajo (OIT) reportó una cifra anual de 270 millones de accidentados (OIT, 2002a). También se debe considerar violenta la situación que enfrentan los casi 186 millones de niños menores de 15 años que trabajan en el mundo, en condiciones de alta peligrosidad para la salud (OIT, 2002b).

¹⁷ Para un análisis epidemiológico correcto del tema se debe tener en cuenta la tasa de automóviles por 1.000 habitantes, el número de accidentes en relación a la población y el índice de accidentes por unidad de distancia recorrido.

Las estadísticas sobre violencia en Argentina

En Argentina el número de muertes por violencias en 1966 fue 10.461 (tasa de 48,2 por 100.000 habitantes), de 16.669 en 1986 (tasa de 55,0 por 100.000 habitantes); de 16.979 muertes en 1990, 17.201 en 1991 y 19.916 en 2001 (WHO, 1966; Ministerio de Salud y Acción Social, 1990; Ministerio de Salud y Acción Social, 2003; OPS 1995a). Estas defunciones representan la primera causa de óbito para el grupo etario entre 1 y 34 años en los últimos veinticinco años (Ministerio de Salud y Acción Social, 1990; Ministerio de Salud y Acción Social, 2003). En 1985, los egresos hospitalarios por causas externas fueron 110.336, cifra superior a la de 1981 (101.892). En 1986, el 45,9% de esos egresos se ubicó entre los 15 y 49 años de edad.

El primer accidente automovilístico con consecuencias fatales ocurrió en 1905, producto del choque de un taxi con una columna de alumbrado en la actual Avenida del Libertador, el pasajero era Nicolás Vignole, nadie sospechaba que se inauguraba allí una forma de morir y de matar. Datos actuales de la Dirección Nacional de los Registros Nacionales de la Propiedad del Automotor y Créditos Prendarios (DNRPA) señalan que, tanto en el 2001 como en el 2002, el 53% (6.175.214) de los propietarios de automotores y motovehículos perteneció a la Provincia y Ciudad de Buenos Aires y de éstos el 30% (1.838.361) se registró en la CABA (DNRPA, 2004). Según registros de la misma Dirección, la cantidad de automotores y motovehículos aumentó en la CABA desde 1.412.425 a 1.864.763 entre 1996 y 2002. Las estadísticas correspondientes a 1994 ubican a los accidentes como la cuarta causa de mortalidad para todas las edades (Ministerio de Salud y Acción Social de Argentina, 1995). El análisis de las diez principales causas de AVPP entre 1 y 64 años del trienio 1980-1982 muestra que los accidentes ocupan el primer lugar y representan el 20,9% de los AVPP, el suicidio ocupa el sexto lugar y el homicidio el octavo (OPS, 1990a). Entre 1980 y 1990, la tasa de mortalidad general por accidentes bajó de 42,6 a 32,6 por 100.000 habitantes, pero dentro de ciertos grupos etarios creció (menores de 1; 1 a 4 y 15 a 49 años) (OPS, 1994a). Las estadísticas de los últimos años señalan un número de muertos por accidentes de tránsito que oscila en alrededor de 6.000 anuales. Ello significa para el país un promedio de 30 AVPP por cada individuo muerto, en tanto una muerte por enfermedad tumoral determina la pérdida de 10 AVPP o de 7 AVPP si la causa es cardiovascular.

En relación a los suicidios, en la Tabla 1 podemos apreciar una serie cronológica de cien años en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires¹⁸. El valor máximo se ubica entre 1930-1934, y a partir de 1940 la tasa decrece y se mantiene estable, con valores altos. En el año 2001 la tasa de suicidios en la CABA se mantenía estable (10 por 100.000 habitantes) (DNPC, 2001).

Las estadísticas criminales tienen un importante incremento en las últimas décadas. En 1974 el número de hechos delictivos con intervención policial, a nivel nacional fue 322.262, en 1989 fue 658.560 (más del doble), en 1992 de 519.139, en 1995 de 710.467 y en el 2000 fue de 1.129.900 (DNPC, 2001). Si analizamos las personas inculpadas en los mismos, encontramos 187.712 para 1975 y 238.566 para 1989 (89% hombres y 11% mujeres) (INDEC, 1996; Delito y Sociedad, 1992). A su vez, la tasa de delincuencia por 10.000 habitantes tiene la siguiente evolución en las dos últimas décadas: 80,0 en 1980; 141,9 en 1985; 172,1 en 1990; 148,5 en 1991; 154,3 en 1992; 164 en 1993; 182,8 en 1994; 204,3 en 1995 y 305,1 en el año 2000 (INDEC, 1996; DNPC, 2001). Todas las estadísticas, desde el número de delitos hasta el de víctimas producto de la delincuencia, han mostrado un crecimiento sostenido desde la década del 90. La curva ascendente del delito en la Argentina coincide con los años de gestión menemista durante los cuales "los beneficios" de la estabilidad determinaron una marginación social desconocida hasta entonces. Aunque pueda ser ésa una razón de raíz, hay otras que potenciaron el fenómeno: la justicia por mano propia comenzó recientemente a volverse más popular. El Diario Clarín publicó el 29 de Octubre de 2000 datos del

¹⁸ No existen series cronológicas equivalentes construidas para homicidios y accidentes.

RENAR¹⁹ según los cuales el número de armas en manos privadas pasó de 1.100.000 en 1994 a 1.938.462 en 1999 y la cantidad estimada de armas no registradas fue de 100.000, teniendo en cuenta los diez mil requerimientos por año que la Justicia eleva al RENAR (Kessler, 2004). La cantidad de armas no registradas es información difícil de obtener y como explicita Kessler (2004) no se logra acuerdo al respecto. Según información de un estudio realizado por el Programa de Seguridad y Armas Livianas del Instituto de Seguridad de la Provincia de Buenos Aires, la cantidad de armas en circulación llegaría a 2 millones (Kessler, 2004). Otra razón producto de la complejidad social que potencia el fenómeno es la expansión del narcotráfico que incidió en la degradación general y en formas nuevas y más crueles de delincuencia.

En relación con algunas de las formas de violencia hacia la mujer recuperamos una casuística construida en base a denuncias realizadas ante la Policía en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en 1995, donde se registra una violación cada tres días. Una publicación del Centro de Encuentros Cultura y Mujer (Chejter, 2002) precisa que, según el Registro de Estadística Criminal, en el año 2000 el promedio diario de denuncias por delitos contra la integridad sexual fue de 1,7 (en su gran mayoría mujeres). La misma publicación informa que durante los últimos 30 años se observaron en Argentina cifras anuales entre 5.000 y 8.000 denuncias por este tipo de delitos. Como en otros países, la mayoría son cometidas por personas allegadas a la mujer. En realidad, se considera que estas cifras son cuatro veces más altas, dado que por lo general la violación no se denuncia.

En 1997 la Superintendencia de Riesgos del Trabajo informó que en el país ocurren más de mil accidentes de trabajo por día, de ellos, unos 20 son graves y 4 mortales (cifras que no comprenden la totalidad de los siniestros por la falta de notificación de muchas empresas y Aseguradoras de Riesgos del Trabajo). Asimismo, las cifras oficiales muestran que entre julio de 2001 y junio de 2002 se produjeron en Argentina más de 358.000 accidentes laborales. La mayoría está causado por la falta de cumplimiento de las mínimas medidas de seguridad e higiene, por parte de los empleadores (SRT, 2003).

**Tabla 1. Tasas Quinquenales de Mortalidad por Suicidio (por 100.000 habitantes)
Ciudad de Buenos Aires, 1880-2002²⁰**

| Quinquenio | Tasa | Quinquenio | Tasa |
|------------|------|------------|------|
| 1880-84 | 8 | 1945-49 | 9 |
| 1885-89 | 13 | 1950-54 | 9 |
| 1890-94 | 14 | 1955-59 | 10 |
| 1895-99 | 16 | 1960-64 | 10 |
| 1900-04 | 14 | 1965-69 | 10 |
| 1905-09 | 16 | 1970-74 | 11 |
| 1910-14 | 19 | 1975-79 | 10 |
| 1915-19 | 14 | 1980-84 | 10 |
| 1920-24 | 13 | 1985-89 | 13 |
| 1925-29 | 23 | 1990-94 | 12 |
| 1930-34 | 25 | 1995-99 | 9 |
| 1935-39 | 19 | 2000-02 | 10 |
| 1940-44 | 12 | | |

Fuente: Mazzeo V. 1993 (modificada) y elaboración propia a partir de los datos proporcionados por Dirección de Estadística e Información en Salud del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación.

¹⁹ Durante esta investigación se realizó una búsqueda de datos que indicaran la cantidad de armas registradas existentes en la CABA. Primero se buscó en el sitio web del Registro Nacional de Armas (RENAR, www.renar.gov.ar), resultando ésta negativa, es decir, los datos no están publicados. Entonces se solicitó la información telefónicamente al organismo, obteniendo como respuesta que debíamos dirigir una carta a las autoridades del Registro indicando el motivo del pedido y la institución a la que representamos. Ese escrito fue recibido por el RENAR en mayo del 2004 y, al momento de la edición del libro, no fue contestado aún por las autoridades.

²⁰ Los datos del 2003 y 2004 no estaban disponibles al momento de la publicación del libro.

La traducción económica²¹

En el mundo se gasta cada año en salud un monto estimado en 8% del Producto Bruto Interno (PBI) mundial (Banco Mundial, 1993). ¿Cuánto de ello se destina a problemas relacionados con la violencia? Es difícil saberlo, pero si queda claro, que el sector salud con su función tradicional de reparación es un cuello de botella donde confluyen las consecuencias de los hechos violentos, con una fuerte demanda en los servicios de urgencias, terapias intensivas y de atención especializada como traumatología, neurocirugía, quemados, salud mental y rehabilitación. Ello determina un importante impacto económico y organizacional en los sistemas de salud. No obstante, es significativa la escasa información que existe al respecto, situación verificable en distintas publicaciones, inclusive de Organismos Internacionales, que repiten las mismas y escasas citas bibliográficas.

Una dificultad que se encuentra al pretender realizar una cuantificación económica del impacto de las violencias en el PSEA, está dada en poder calcular tanto los costos directos como los indirectos²². En los accidentes de tránsito calcular los costos indirectos significa contemplar también el sufrimiento y el shock de los lesionados, la alteración en las actividades rutinarias, los sentimientos de pérdida en familiares, la falta de orientación y apoyo en niños que pierden un progenitor, los sentimientos de culpa en quienes lo hayan causado, el shock emocional en los testigos y la pérdida de apoyo económico en dependientes de la víctima (OPS, 1993a). Resulta indudable que tener en cuenta el impacto indirecto lleva a cifras no sólo muy elevadas sino de muy compleja elaboración.

El costo directo de las muertes por causas violentas para la región de las Américas se calculó en 1994, en US\$ 10 mil millones anuales, lo que representa alrededor del 20% del gasto total nacional en salud de los países (Guerra, 1994). En una publicación realizada en base a estudios de casos en ciudades de Brasil, México y Perú se estimó ese costo en 4% a 7% del gasto nacional en salud; US\$ 3.600 a 5.600 millones anuales. Esto se hizo en base al cálculo de la atención de sólo el 50% de los casos fatales y el total de los casos severos y leves, tanto del subsector público como privado. Si en las estimaciones anteriores se incluye el valor de la muerte prematura y las discapacidades el estimativo es de US\$ 11.400 millones. Si bien los valores varían mucho de un país a otro, se estimó un promedio de US\$ 20 a 25 por la atención de cada caso leve, entre US\$ 500 y 700 por cada caso severo y entre US\$ 500 y 2.000 por cada caso fatal (Suárez, 1994). Estas cifras son menores a las encontradas en EUA, donde se estimaban los siguientes valores: por muerte US\$ 317 mil; por hospitalización US\$ 34 mil y por atención sin hospitalización US\$ 500 (OPS, 1994c). En Inglaterra, en 1987, se estimaba que una muerte representaba unas 500 mil libras esterlinas, un herido grave 15.190 libras esterlinas y un herido leve 310 libras esterlinas (OPS, 1993a). Al analizar el gasto en violencias por determinados problemas encontramos que la atención del abuso a los niños y la violencia doméstica son responsables de casi un tercio de los gastos totales provocados por la violencia, mientras los gastos por crímenes violentos representan de 10% a 20% de los gastos en salud mental (OPS, 1996b).

En las Américas, actualmente, para violencias y accidentes los servicios de urgencia destinan aproximadamente entre 8% y 10% del presupuesto total hospitalario, que representa un gasto que oscila entre US\$ 185 y 244 millones al año (OPS, 1996b).

En los países del primer mundo se encuentra que una de cada diez camas de internación es ocupada por una persona que sufrió un accidente (OMS, 1995a). En 1989, la tercera parte de las admisiones hospitalarias a nivel mundial fueron por causas violentas y los costos sociales y médicos de las

²¹ El análisis de los gastos en salud, como consecuencia del impacto de la violencia en el PSEA encuentra como dificultad que por lo general se refiere a los accidentes automovilísticos (a lo sumo incluye suicidios y homicidios). Otras veces, no pocas, no se aclara de qué tipo de violencia se está hablando.

²² En los costos directos en general se incluyen los gastos médicos, los daños materiales y los gastos administrativos (seguro, tribunales, policía y otros); en los costos indirectos se valora la producción perdida tomando para ello el nivel de ingreso, el empleo y un coeficiente de actualización.

mismas superaron los US\$ 500 mil millones anuales (OPS, 1994a). Para tener algún parámetro de comparación de esta cifra con otro problema que impacte al PSEA, podemos referir que los gastos directos e indirectos de la epidemia de SIDA a nivel mundial ocasionó un gasto de US\$ 240 mil millones para toda la década del 80 (PNUD, 1993).

La estimación del costo total de los accidentes de tránsito a nivel mundial es calculado, en una publicación del año 1976, en el orden del 1% del PBI de cada país (OPS, 1993a). Datos posteriores lo ubicaban en el 2% del PBI de cada país, estimándose que anualmente se gastan US\$ 520.000 millones en el mundo, aunque algunos expertos opinan que estas cifras son demasiado bajas (OMS, 2004). El costo en los países de ingresos bajos y medios fue calculado en US\$ 65.000 millones, lo que significa más de lo que reciben en ayuda para el desarrollo. El gasto directo de las familias se calcula que es de 1.2 a 2 veces mayor que el efectuado por las instituciones del sector público, lo que significa entre US\$ 210 y 410 millones anuales en el continente americano (Suárez, 1994).

La violencia doméstica determina un alto costo económico a la sociedad por el ausentismo laboral y por la pérdida de producción. Se estima que uno de cada cinco días activos que pierden las mujeres por problemas de salud se debe a la violencia doméstica. Esta última ocasiona gastos superiores a los causados por la atención de enfermedades cardíacas, oncológicas y el SIDA en esos mismos grupos.

En Canadá los traumatismos son responsables de un 10% de los días de hospitalización y de un 20% del tiempo de rehabilitación en el hogar (OPS, 1994c). En EUA, 54 millones de personas son asistidas por el sector médico, producto de violencias. De este total, 2,3 millones son hospitalizadas cada año y miles de ellas quedan con discapacidades permanentes. La erogación por atención de esas personas para el año 1985 se calculó en US\$ 107.300 millones (Etter, 1987). En 1985, sólo por productividad perdida, asistencia médica y rehabilitación, se calculó un gasto de US\$ 158 mil millones (Robertson, 1992); en 1988, la cifra llegó a US\$ 180 mil millones (Rosemberg, 1991).

En EUA, el *National Safety Council* estimó que en 1986 las lesiones por accidentes de vehículos provocaban un costo de US\$ 57,8 billones, cifra que después se interpretó como subestimada (Agran *et al.*, 1990). En tanto el *U. S. Department of Health & Human Services* calculó que para mediados de la década del 80 las pérdidas anuales por esos accidentes fue de US\$ 75 billones (Yunes *et al.*, 1994). Una investigación realizada en la Universidad de California entre 1990 y 1992 sobre 750 heridos por armas de fuego encontró un gasto promedio de US\$ 13.794, con una mediana de US\$ 7.964. El departamento de Justicia de EUA, encontró que las violencias le cuestan al país US\$ 450 mil millones cada año, cifra que se eleva a 500 mil millones si se suman los costos de las prisiones y de los sistemas de libertad condicional (OPS 1996b). La *Blue Cross/Blue Shield* de Pennsylvania estimó en cerca de US\$ 32 millones al año el gasto en el tratamiento de las lesiones por violencia doméstica (Flitcraft, 1993).

En Brasil, el Ministerio de Salud, calculó que para 1992 hubo un gasto de US\$ 300 millones por la internación hospitalaria de un millón de víctimas de violencia y accidentes de trabajo, de las cuales 110 mil murieron. En la región metropolitana de Río de Janeiro la atención a las personas que sufrieron violencias en los hospitales públicos y privados representó para el año 1993 un gasto de US\$ 804.261, mientras que en 1991 había sido de US\$ 642.909 (un aumento del 25%) (Ugá, 1994). En un estudio de las internaciones en ese país, en un mes de 1994, tomando como fuente las autorizaciones de internación hospitalaria (que representan el 80% del total de las internaciones) se encontró que las causas externas eran responsables del 5 al 6% de las internaciones, predominando en los varones y sobretodo entre los 15 y 29 años (Lebrão *et al.*, 1997). El gasto anual de las internaciones fue estimado en 287 millones de reales al año (0,07% del PBI); este cálculo no contempla el gasto en la emergencia, los gastos de los servicios complementarios, ambulatorios y de rehabilitación (Lunes, 1997).

En el Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan" principal institución pediátrica de referencia en Argentina, en el año 1993 de los 33.110 egresos anuales clasificados por causas según frecuencia, muestran en los primeros cinco lugares a los traumatismos y envenenamientos. Si el

análisis se limita sólo a las intervenciones quirúrgicas, de las 7.272 operaciones realizadas, la segunda en importancia fue traumatismos (19,3%) después de cirugía general (26,5%) (O'Donnell, 1994). Esto no sólo nos indica la importancia del tema en un hospital de muy alta complejidad, sino el gasto que ocasionan las violencias.

La atención a las consecuencias de la violencia, y por ende el mayor gasto, recae en su mayoría en el sector público. Los accidentes de tránsito en Argentina provocan la ocupación del 15% de la capacidad hospitalaria pública, pero el impacto va más allá del sector salud. Las pérdidas, sólo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por destrucción de vehículos se estiman entre US\$ 3 y 5 mil millones en gastos directos e indirectos, con 30% de la capacidad operativa del sistema judicial ocupada en la resolución de juicios derivados de esos accidentes.

En un periodo histórico en que el crecimiento del PBI es considerado un éxito nacional, bien vale la pena detenerse a pensar que la violencia por sus numerosos efectos favorece su crecimiento a través del aumento de la producción en distintas áreas de la economía. Ese aporte muchas veces lo realiza a partir de aquellos individuos que desde hace décadas son el objetivo de las políticas de ayuda humanitaria y de desarrollo. Esto permite plantear el interrogante de si ello representa el cumplimiento o el fracaso de dichas políticas.

Las tendencias de la mortalidad

El conocimiento acumulado y las inversiones realizadas en infraestructura han conseguido reducir las muertes causadas por enfermedades infectocontagiosas y problemas perinatales. Hoy, a nivel mundial se observa una disminución de la mortalidad general, pero en la composición actual de la estructura de mortalidad de la mayoría de los países, la mortalidad por violencia aparece como un problema central con tendencia al aumento de sus tasas (OPS, 1994a).

Al analizar la situación de los grandes grupos de causas de muerte a nivel mundial en el periodo 1985-2002 podemos apreciar cuatro de ellas descienden sus tasas en el periodo (Tabla 2). Ellas son, las enfermedades infecciosas y parasitarias (en forma considerable), las causas perinatales, las causas maternas y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, (EPOC); mientras que las neoplasias malignas, las enfermedades del sistema circulatorio y las causas externas aumentan sus tasas. De la Tabla 2 surge que las causas externas tienen una tendencia a incrementar sus valores, y esto sucede aún con un descenso de la tasa bruta de mortalidad.

Después de todos los datos recolectados y más allá de su evidente magnitud y trascendencia, surge el interrogante: ¿se puede afirmar que la violencia ha aumentado? Las posiciones en torno a esto difieren, podemos encontrar bibliografía que expresa que es indudable que se ha incrementado a nivel urbano, no sólo en cantidad sino en intensidad (Roux, 1993). Inclusive algunos autores hablan de una guerra civil molecular (Enzensberger, 1993). En la introducción al libro *Historia del Siglo XX*, un conjunto de personalidades reflexionan sobre ese siglo de la siguiente manera, "Lo recuerdo como el siglo más terrible de la historia occidental" (Isaiah Berlín - filósofo); "no puedo dejar de pensar que ha sido el siglo más violento en la historia humana" (William Holding - premio Nobel de Literatura); "Es simplemente un siglo de matanzas y de guerras" (René Dumont - agrónomo y ecologista francés) (Hobsbawm, 1994). Distintos trabajos de la década del setenta refieren un aumento de los homicidios, agresiones, violaciones y robos en los países desarrollados y en algunos en desarrollo (Poklewski, 1981). La declaración de la Conferencia Interamericana sobre Sociedad y Violencia concluyó que "la violencia es un creciente problema de salud pública demostrado por los alarmantes aumentos de las tasas regionales de mortalidad, morbilidad y discapacidad" (OPS, 1994a). En la década de los ochenta el suicidio aumentó en 21 de los 24 países de las Américas que reportan sus estadísticas vitales (Guerra, 1994). También se comprueba desde el punto de vista epidemiológico un mayor impacto de la violencia en América Latina en comparación con el resto del mundo, así las muertes por causas externas representaron el 12% en el mundo y el 15% en América Latina, mientras por homicidios representaron el 1% en el mundo y el 3% en nuestra región. Un informe de la OMS de

1996 coloca que la mortalidad por accidentes de tránsito pasará del puesto undécimo en 1990 al segundo en el 2020. Distintos autores en las últimas décadas vienen sosteniendo el aumento de la violencia (Fromm, 1974; Rifkin, 1994).

Tabla 2. Tasa anual estimada por 100.000 habitantes según grandes grupos de causa de muerte a nivel mundial, 1985-2002

| Principal causa de muerte según CIE IX | Número en miles 1985 | Tasa 1985 | Número en miles 1990 | Tasa 1990 | Número en miles 2002 | Tasa 2002 |
|--|----------------------|-----------|----------------------|-----------|----------------------|-----------|
| Enfermedades infecciosas y parasitarias | 17.506 | 361 | 17.499 | 331 | 11.122 | 179 |
| Causas perinatales | 3.300 | 68 | 3.116 | 59 | 2.464 | 40 |
| Causas Maternas | 504 | 10 | 504 | 10 | 510 | 8 |
| Neoplasias Malignas | 4.793 | 99 | 5.121 | 97 | 7.106 | 114 |
| Enfermedad pulmonar crónica obstructiva | 2.685 | 55 | 2.888 | 55 | 2.746 | 44 |
| Enfermedad del sistema circulatorio | 11.931 | 246 | 11.931 | 225 | 16.655 | 268 |
| Causas Externas | 3.172 | 65 | 3.466 | 65 | 5.188 | 83 |
| Otras y causas desconocidas | 5.213 | 107 | 5.413 | 102 | - | - |
| Todas las causas | 49.104 | 1.012 | 49.936 | 944 | 5.7027 | 916 |

Fuente: WHO 1994b y WHO 2003 (modificada).

Desde otras concepciones se argumenta que “existe una escalada de pacificación”, producto no de una posición “ética” sino como resultado de la propia posmodernidad que sitúa el objetivo de hombres y mujeres en satisfacerse de una manera hedonística y no enfrentarse físicamente. Inclusive niegan que en los países desarrollados, sobre todo en Europa, exista un aumento de la violencia (Lipovetsky, 1983). Otras publicaciones sostienen el interrogante de si es mayor la violencia en este momento histórico, o si sólo se trata de una mayor conciencia de los derechos y por lo tanto se exige una sociedad sin violencia. Una conferencia de directores de institutos de investigación criminológica de Europa, al analizar el periodo 1966-1974, concluyó que no existían pruebas objetivas de un aumento de la violencia criminal a nivel mundial (Poklewski, 1981). Joxe alerta sobre el no apresurarse en concluir que nuestro siglo es más violento que otros ya que según el método que se utilice se puede llegar a conclusiones que contradigan dicha hipótesis. Yunes *et al.* (1994) al analizar la mortalidad por causas externas en 15 países de América, que representan el 87% de la población total del continente, encuentran que la tendencia de las tasas es descendente. Balandier (1988) afirma que es muy difícil comparar la cuantía del problema entre épocas distintas y que si bien él, no puede reconocer a estos tiempos como más violentos, afirma que vivimos un cambio que es el de la “conciencia de la violencia”. Maffesoli (1984) sugiere que al abordar este tema no se pierda la “neutralidad axiológica” que tanto sostenía Weber y se caiga en el alarmismo político y/o periodístico.

Como vemos no se puede llegar a “una” conclusión ya que según la definición, el tipo de violencia, los periodos, los lugares y hasta las afirmaciones de los investigadores acerca de la magnitud de su impacto y sus tendencias, son dispares. Pero sí es indudable que la violencia como problema que afecta el PSEA ha sido llevada a niveles de problematización insospechados en décadas pasadas.

En relación a la polémica anterior, queremos colocar las siguientes premisas para caracterizar su situación actual:

- existe a nivel de la sociedad un mayor rechazo de la violencia y una mayor conciencia sobre su carácter negativo, lo cual no significa necesariamente una conciencia solidaria;
- si bien se plantea que las tasas por muertes violentas pueden ser menores que en épocas anteriores, dudamos que se pueda decir lo mismo con respecto a las tasas de morbilidad; en relación a esto podemos citar estudios de unidades de salud que encuentran un aumento significativo de las consultas por hechos violentos (Pinheiro, 1994);
- al extenderse el derecho a la ciudadanía, creemos se incrementarán las denuncias sobre situaciones de violencia;

- d) existe un creciente sentimiento de inseguridad que excede, en muchos casos, el peligro real provocando gran ansiedad. En nombre de la seguridad aparecen discursos y /o acciones que pretenden poner límites a las libertades individuales.

En relación a todo esto, no podemos olvidar de relacionar el tratamiento que los medios de comunicación dan al tema y la reacción de la población, muchas veces desmedida en función de los índices de criminalidad existentes. En ese sentido un informe de la UNESCO afirma “El delito y la violencia absorben alrededor del diez por ciento de las noticias de radio y televisión. La frecuencia y los tipos de violencia descritos en las noticias no guardan ninguna relación (o guardan una relación inversa) con la violencia registrada por las autoridades” (1990). En todo ello concurre el interés de sectores ligados a empresas de seguros y fuerzas de seguridad privadas que buscan vender “seguridad”.

Las cifras y datos podrían extenderse por hojas y hojas, pero no es nuestro objetivo realizar una versión académica del amarillismo periodístico. Estos miles y miles de muertos tampoco pueden reducirse a mera abstracción cuantitativa. Eran mujeres y hombres con proyectos y esperanzas. Eran personas que no pueden quedar subsumidas en megacifras, porque el padecimiento de los individuos no puede, ni debe, ser transformado en un número, nada puede resumir esa vivencia. Ese dolor, fue y es, único e irrepetible.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo es un estudio epidemiológico, abordado desde el sector salud, de las muertes violentas ocurridas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) a residentes y no residentes de la misma, durante el primer semestre de 1988 y 1991 y los años 2001 y 2002.

La información se obtuvo de los Informes Estadísticos de Defunción (IED) del primer semestre de los años 1988 y 1991²³ correspondientes a las muertes ocurridas en la CABA e ingresadas a la Morgue Judicial de la Nación. La información correspondiente a los años 2001 y 2002 también se obtuvo a partir de los IED proporcionados, esta vez, por la Dirección General de Estadística y Censos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (DGEC), para los residentes en la misma, y por la Dirección de Información Sistematizada de la Subsecretaría de Planificación de la Salud de la Provincia de Buenos Aires, para los no residentes en la CABA.

El formato de los IED fue modificado entre los periodos que comprende esta investigación, por ejemplo, en los años 2001 y 2002 se agrega explícitamente a la variable Tipo de Muerte Violenta la opción *se ignora*, que se suma a las tres que originalmente contenían los informes (*accidente*, *suicidio* y *homicidio*). Estas modificaciones tienen que ver con las dificultades para encontrar una definición para las violencias. En la introducción mencionamos la definición que OMS adoptó recientemente (página 2); concordamos con esta definición conceptual aunque reconocemos algunas limitaciones en ella y, para los fines de este estudio, tomamos la definición de los Tipos de Muerte Violenta según la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud Décima Revisión (CIE X).

Los Tipos de Muerte Violenta fueron definidos a partir de la CIE X como: a) *accidentes*; b) *suicidios*; c) *homicidios*; y d) *muertes violentas ignoradas*²⁴. Las variables utilizadas a fin de caracterizar a las

²³ Los datos del primer semestre de los años 1988 y 1991 fueron recopilados en un estudio anterior. En vista de que los registros de mortalidad son incinerados periódicamente no hubo posibilidad de recuperar los correspondientes a los segundos semestres de los años correspondientes; un subconjunto de estos datos fue analizado y publicado en De Sarrasqueta et al. (1991).

²⁴ En esta investigación se considera Muerte Violenta Ignorada al conjunto de muertes violentas que comprende: *sin información*, *se ignora* o *muerte dudosa*; es decir, al conjunto de muertes violentas donde no se conoce el tipo de violencia (suicidio, homicidio o accidente).

muertes violentas fueron: sexo, edad, tipo de violencia, año de defunción, circunstancia, dirección del hecho violento, sitio de la violencia y comisaría interviniente.

Los resultados se presentan en forma de tablas, gráficos y mapas. En éstos últimos, las muertes violentas se georreferenciaron según la dirección de ocurrencia del hecho violento. El análisis georreferencial se basó en la distribución geográfica de los tipos de violencia según calle o barrio como se observa en el Mapa 1. Los mapas presentan la magnitud de un evento en el espacio en estudio, como los barrios, en forma de intervalos de clase definidos por septiles.

Se utilizaron tasas para los mapas solamente con la intención de contrastar los cúmulos de puntos en determinadas áreas con la población subyacente a las mismas. En este trabajo la utilización del término tasa "se refiere únicamente a cocientes que representan cambios relativos (reales o potenciales) en dos cantidades" (Last, 1989). En este caso para su interpretación se debe tener en cuenta que la tasa tiene en el numerador solamente las defunciones violentas en que fue posible la georreferencia de la dirección del hecho violento, en residentes y no residentes, y por otro lado que los denominadores utilizados correspondieron a la población de residentes por radio censal de la CABA obtenidos del Censo Nacional de Población y Vivienda 1991 del INDEC²⁵. A pesar de sus limitaciones consideramos que el cálculo de tasas aporta información valiosa en este punto por los siguientes motivos: a) la mayoría de las muertes violentas registradas en este trabajo ocurrieron a residentes de la CABA; y b) el número total de habitantes censados en 1991 y 2001 no difirió en forma importante; más aún teniendo en cuenta el bajo número de casos de muertes violentas en relación a la magnitud de la población.

La densidad poblacional de la CABA a nivel de radio censal en base a la información del Censo 1991 se muestra en el Mapa 2. Como puede observarse, existe un cono de alta concentración de habitantes en el noreste de la ciudad y que se afina hacia el sudoeste por la línea correspondiente a la Avenida Rivadavia y el Ex Ferrocarril Domingo Faustino Sarmiento. Para el análisis georreferencial es importante tener presente la densidad poblacional de la CABA a fin de evitar sesgos de interpretación de los resultados.

El ingreso, procesamiento y análisis de los datos fueron realizados con los programas Excel 2000 y Epiinfo versiones 6.04d y 2002, y el georreferenciamiento con el programa Mapinfo Professional ® 7.0.

En relación con el resguardo de aspectos éticos se respetó estrictamente el cumplimiento de la Ley de Secreto Estadístico 17.622/68 referida a la confidencialidad de la identidad de las personas que aparecen en las bases de datos analizadas. No se utilizó ni divulgó ninguna variable que permita la identificación de la persona y se almacenó la base de datos con un código de ocultamiento.

La comparación entre los resultados de este estudio y los aportados por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación se realizó tomando en cuenta las siguientes consideraciones: a) los datos proporcionados por la Nación corresponden a la totalidad de los años 1988 y 1991²⁶, por lo que la comparación con los valores oficiales se realizó únicamente a través de proporciones; y no a los valores absolutos registrados en estos periodos; b) mientras la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS) utiliza en sus publicaciones la causa básica de defunción codificada por la CIE X²⁷, esta investigación utilizó la variable tipo de violencia²⁸; c) los

²⁵ Única información del INDEC disponible a ese nivel al momento de realizar la investigación.

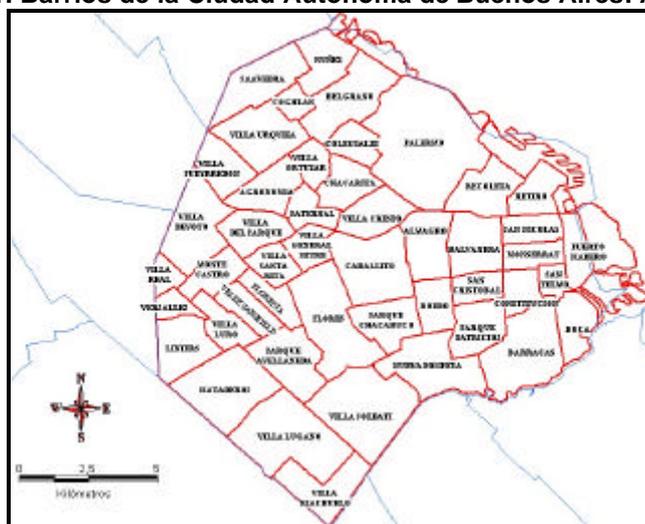
²⁶ El Ministerio de Salud cuenta con una base de datos que contiene sólo algunas de las variables de los IED y como fue mencionado estos fueron incinerados. Entre las variables ausentes se encuentra la correspondiente a la dirección de ocurrencia de la violencia imprescindible para realizar el análisis georreferencial; parte fundamental de este trabajo.

²⁷ Es decir, la DEIS utiliza un conjunto de variables del IED para codificar la muerte violenta, entre ellas el tipo de muerte violenta.

²⁸ Los IED de los semestres 88 y 91 fueron obtenidos de la Morgue Judicial de la Nación y no contaban con la codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades correspondiente a esos años. A fines de realizar la comparación de los datos de los periodos considerados en este estudio, se utilizó la información proveniente de la variable Tipo de Muerte Violenta solamente, que es similar en los IED de todos los periodos estudiados.

resultados de Nación fueron calculados en base al lugar de residencia habitual mientras que en este estudio se utilizó el lugar de ocurrencia de la violencia; esto implica también que la DEIS incluye defunciones de residentes ocurridas fuera de la CABA; y d) además, Nación publica entre sus categorías del tipo de muerte violenta a las clasificadas como *demás causas externas*.

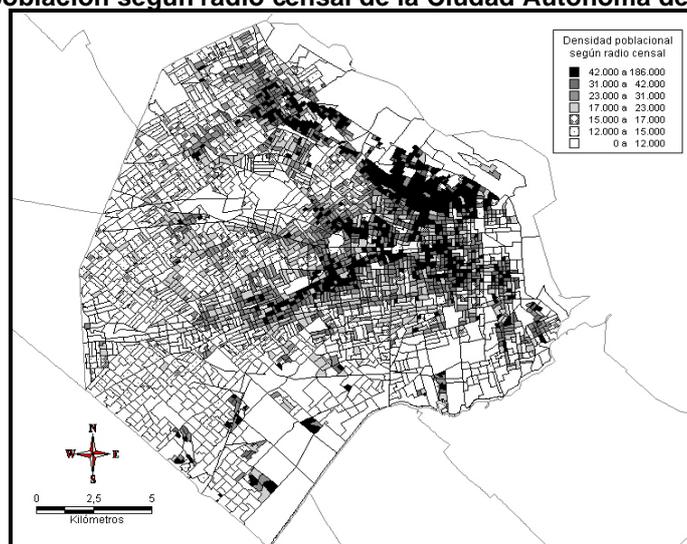
Mapa 1. Barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2003.



Fuente: Elaboración propia a partir de información cartográfica escala 1:10.000 de Geodesia, programa Mapinfo Professional © 2003.

Por otra parte, al comparar los resultados de esta investigación con publicaciones del sector Justicia se debe tener en cuenta que este sector clasifica a los homicidios en culposos y dolosos, en relación a la intencionalidad del hecho. Esta no es una terminología utilizada por el sector Salud y puede explicar en parte algunas diferencias entre las publicaciones de Salud y Justicia, como por ejemplo en la magnitud de homicidios detectados en esta investigación que es mayor que los publicados por el sector Justicia.

Mapa 2. Densidad de población según radio censal de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 1991.



Fuente: Elaboración propia a partir de información cartográfica escala 1:10.000 de Geodesia, programa Mapinfo Professional © 2003 y Censo Nacional de Población y Vivienda 1991.

RESULTADOS

Resultados generales

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) el número total de muertes violentas ocurridas en los cuatro periodos que abarca este estudio fue 4759. El número de muertes registradas en el primer semestre del año 1988 fue 1077, durante el primer semestre de 1991 fue 940 y para los años 2001 y 2002, fueron 1438 y 1304 respectivamente. El 32,5% del total de muertes violentas analizadas correspondió a muertes de causa *violenta ignorada*, el 27,7% a accidentes, el 22,8% a suicidios y el 17,0% a homicidios (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución porcentual de los Tipos de Muerte Violenta según Periodo, ocurridas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el primer semestre de 1988 y 1991 y los años 2001 y 2002.

| Tipo de muerte Violenta | PERIODO | | | |
|--------------------------|------------------------|------------------------|-----------------|-----------------|
| | 1988 (1er Semestre) | 1991 (1er semestre) | 2001 (Año) | 2002 (Año) |
| | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) |
| Accidente | 33,8 (364) | 29,3 (275) | 25,8 (371) | 23,5 (306) |
| Suicidio | 22,5 (242) | 17,2 (162) | 25,9 (372) | 23,7 (309) |
| Homicidio | 8,4 (91) | 7,8 (73) | 24,1 (346) | 23,1 (301) |
| Muerte Violenta Ignorada | 35,3 (380) | 45,7 (430) | 24,3 (349) | 29,7 (388) |
| TOTAL | 100,0 (1077) | 100,0 (940) | 100,0 (1438) | 100,0 (1304) |

Fuente: Elaboración propia a partir de los Informes Estadísticos de Defunción (IED) obtenidas en: Morgue Judicial de la Nación, Dirección General de Estadística y Censos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Dirección de Información Sistemática de la Subsecretaría de Planificación de la Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Se destacan los homicidios que se incrementaron en forma importante de 1988-1991 a 2001-2002 (8,4% y 7,8% a 24,1% y 23,1% respectivamente). Los suicidios se mantuvieron en valores casi constantes, con una disminución en 1991. Los porcentajes de accidentes tuvieron una tendencia decreciente en el periodo (de 33,8% a 23,5%); y los de muertes violentas ignoradas variaron tendiendo a la disminución al final del periodo de estudio (35,3 y 45,7% a 24,3% y 29,7).

Como resultado del análisis de la distribución geográfica de los tipos de muerte violenta, se observó una distribución semejante de los tipos de muerte en todos los periodos en estudio, con una alta concentración en la zona céntrica de la CABA y a lo largo de la línea definida por la Avenida Rivadavia, el Ex Ferrocarril Domingo Faustino Sarmiento y la Avenida General Paz; disminuyendo hacia la periferia de la ciudad. Esta misma distribución se observó en 2001 y 2002 a pesar de que se pudo geocodificar el 52,2% y 55,8% respectivamente, debido a la ausencia de la dirección de ocurrencia del hecho violento en una parte de los registros.

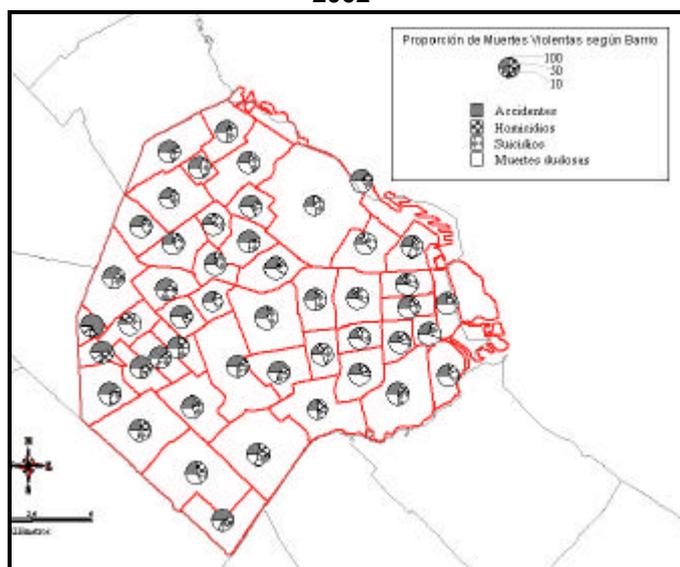
En el Mapa 3 se puede observar del total de muertes violentas al interior de cada barrio su distribución porcentual. Los barrios con porcentajes de accidentes superiores respecto al resto de los tipos de muerte violenta correspondieron a aquellos en los que se encuentran vías de comunicación importantes. El barrio Villa Real presentó la mayor proporción de accidentes (66,7%), en él convergen la Avenida General Paz y la Avenida Francisco Beiró. Es seguido por Villa Luro (46,3%), en el que se interceptan la bajada de la Autopista Perito Moreno, la Avenida Rivadavia y el Ex Ferrocarril Domingo Faustino Sarmiento, y luego el barrio de Chacarita (46,2%) en el que también convergen avenidas con alto movimiento de tránsito y la vía del Ex Ferrocarril General San Martín.

Versalles y Nueva Pompeya presentaron altas proporciones tanto de accidentes como de homicidios (44,4% y 33,3% y 28,0% y 29,3% respectivamente). Recoleta (40,1%), Almagro (39,0%), Retiro

(38,2%), Coghlan (36,8%) y Boedo (36,2%) presentaron proporciones superiores de suicidios respecto al resto de los tipos de muertes violentas.

En todos los periodos estudiados, la mayor proporción de muertes violentas ocurrió a personas residentes de la CABA, siendo este porcentaje cercano o mayor al 70% en los cuatro periodos. La proporción de residentes muertos en hechos violentos en la CABA disminuyó en un 10% a lo largo de los periodos. La mayoría de las muertes en los no residentes se produjeron a lo largo de la Avenida General Paz y Rivadavia y el Ex Ferrocarril Domingo Faustino Sarmiento, importantes vías de comunicación entre la Capital Federal y la provincia de Buenos Aires.

Mapa 3. Distribución Porcentual de los Tipos de Muerte Violenta al interior de cada Barrio, ocurridas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el primer semestre de 1988 y 1991 y los años 2001 y 2002²⁹



Fuente: Elaboración propia a partir de los Informes Estadísticos de Defunción (IED) obtenidos en: Morgue Judicial de la Nación, Dirección General de Estadística y Censos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Dirección de Información Sistemática de la Subsecretaría de Planificación de la Salud de la Provincia de Buenos Aires.

El análisis de tendencia indicó que los homicidios fueron el tipo de muerte que presentó mayor variación al considerar la “serie” de periodos estudiados (Gráfico 1). El porcentaje de homicidios se incrementó en forma importante pasando de valores cercanos al 8,0% para los semestres de 1988 y 1991 al 24,1% en el 2001 y 23,1% en el 2002. Este aumento ocurrió principalmente a expensas de las muertes violentas ignoradas que, por el contrario, disminuyeron en un 13,5% en promedio hacia el periodo 2001-2002. La proporción de accidentes disminuyó en un 10% y la de suicidios se mantuvo sin variaciones importantes a lo largo de los periodos.

El análisis dentro de cada periodo mostró que durante los primeros semestres de 1988 y 1991 el porcentaje de accidentes fue superior al de suicidios, respectivamente: 33,8% y 22,5% en el 88 y 29,3% y 17,2% en el 91. El porcentaje de homicidios, en cambio, fue llamativamente inferior al resto de los tipos de muerte violenta: 8,4% para el 88 y 7,8% para el 91. En los años 2001 y 2002 la distribución de los tipos de muerte violenta fue homogénea: los porcentajes de todos los tipos de muerte variaron entre el 25,9% y 24,1% para el 2001 y 29,7% y 23,7% para el 2002.

De las 4759 muertes por violencia en el conjunto de los periodos estudiados, el 70,6% ocurrieron en hombres; esta relación entre los sexos se mantuvo al interior de cada periodo.

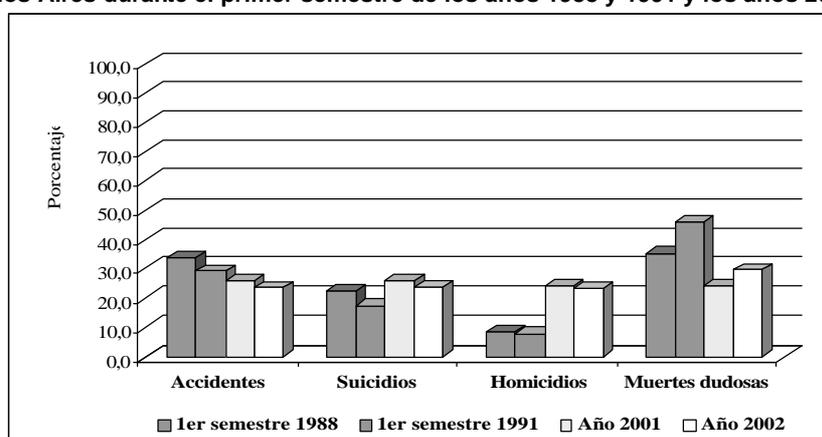
²⁹ En este mapa cada gráfico de torta presenta la distribución porcentual de los tipos de muerte violenta ocurridos al interior de cada barrio. El tamaño del gráfico de torta que se encuentra en cada barrio es proporcional a la magnitud de muertes violentas ocurridas en el barrio en relación al total de la CABA.

La proporción de varones muertos por homicidio en relación a las otras muertes violentas se incrementó considerablemente durante los años 2001 y 2002, registrándose una diferencia superior al 20% entre los periodos 1988-1991 y 2001-2002 (9,3% y 28,5% en promedio respectivamente) (Tabla 4). En el caso de las mujeres se registró también un aumento pasando de 5,8% en promedio para el periodo 1988-1991 a 9,7% en 2001-2002.

Para ambos sexos, la primera causa de muerte en todos los periodos fueron las muertes violentas ignoradas a excepción del primer semestre de 1988 en el que el porcentaje de accidentes fue superior para el sexo femenino.

El análisis de la distribución porcentual de las muertes según edad para el conjunto de los periodos mostró que la mayor proporción de muertes violentas ocurrió en personas de 75 y más años (18,2%). Recordamos que este resultado no indica un mayor riesgo de morir por violencia para los mayores de 75 años, dado que los resultados descriptos no corresponden a tasas sino a las proporciones calculadas como el número de muertes violentas según edad en el total de muertes del conjunto de los periodos.

Gráfico 1. Distribución porcentual de los Tipos de Muerte Violenta según Periodo, ocurridas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el primer semestre de los años 1988 y 1991 y los años 2001 y 2002³⁰



Fuente: Elaboración propia a partir de los Informes Estadísticos de Defunción (IED) obtenidos en: Morgue Judicial de la Nación, Dirección General de Estadística y Censos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Dirección de Información Sistemática de la Subsecretaría de Planificación de la Salud de la Provincia de Buenos Aires.

La distribución de los porcentajes de muertes violentas ocurridas en el rango de 15 a 74 años fue relativamente homogénea (5,0% a 7,8%). El porcentaje superior de este rango correspondió a muertes ocurridas en jóvenes de 20 a 24 años, siendo cercanos a éste los registrados para los grupos etarios de 60 a 64 (7,4%), 70 a 74 (7,3%) y 25 a 29 años (6,9%).

Para los menores de 14 años los porcentajes de muertes violentas fueron bajos, variando de 0,5% a 1,5%. El valor superior de este rango correspondió al intervalo de 1 a 4 años.

³⁰ El porcentaje total corresponde a cada periodo, semestre o año según corresponda, y se obtiene de la suma de los tipos de violencia (suicidio, homicidio, accidente y muerte violenta ignorada) del periodo correspondiente.

Tabla 4. Distribución porcentual de los Tipos de Muerte Violenta según Sexo y Periodo, ocurridas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el primer semestre de los años 1988 y 1991 y los años 2001 y 2002

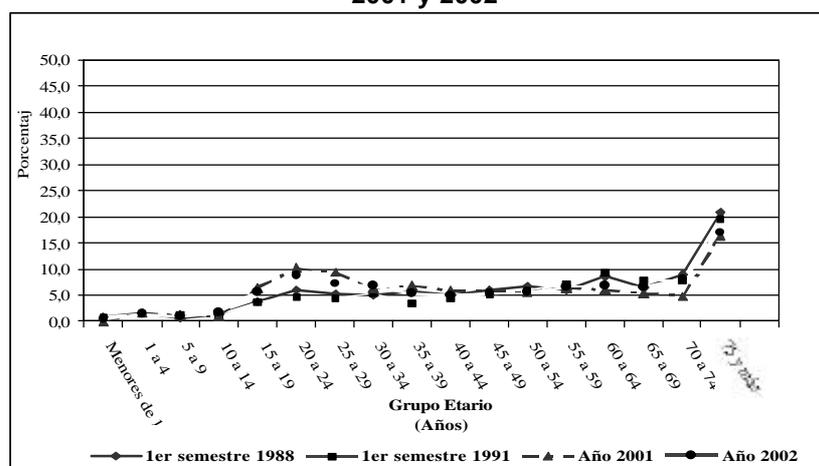
| Tipo de muerte violenta | PERIODO | | | | | | | |
|------------------------------------|------------------------|----------------|------------------------|----------------|----------------|-----------------|----------------|----------------|
| | 1988 (1er Semestre) | | 1991 (1er Semestre) | | 2001 (Año) | | 2002 (Año) | |
| | FEM | MASC | FEM | MASC | FEM | MASC | FEM | MASC |
| | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) |
| Accidentes | 34,6 (121) | 33,4 (243) | 31,3 (101) | 28,2 (174) | 25,7 (105) | 25,9 (266) | 21,9 (69) | 24,0 (237) |
| Suicidios | 29,1 (102) | 19,3 (140) | 19,2 (62) | 16,2 (100) | 28,6 (117) | 24,8 (255) | 25,4 (80) | 23,2 (229) |
| Homicidios | 5,7 (20) | 9,8 (71) | 5,9 (19) | 8,8 (54) | 12,0 (49) | 28,9 (297) | 7,3 (23) | 28,1 (278) |
| Muertes Violentas Ignoradas | 30,6 (107) | 37,6 (237) | 44,7 (141) | 46,8 (289) | 33,7 (138) | 20,5 (211) | 45,4 (143) | 24,8 (245) |
| TOTAL | 100,0 (350) | 100,0 (727) | 100,0 (323) | 100,0 (617) | 100,0 (409) | 100,0 (1029) | 100,0 (315) | 100,0 (989) |

Fuente: Elaboración propia a partir de los Informes Estadísticos de Defunción (IED) obtenidos en: Morgue Judicial de la Nación, Dirección General de Estadística y Censos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Dirección de Información Sistemática de la Subsecretaría de Planificación de la Salud de la Provincia de Buenos Aires.

En relación con el análisis según grupo etario dentro de cada uno de los periodos, se encontró una distribución similar a la descripta para el conjunto de ellos (Gráfico 2).

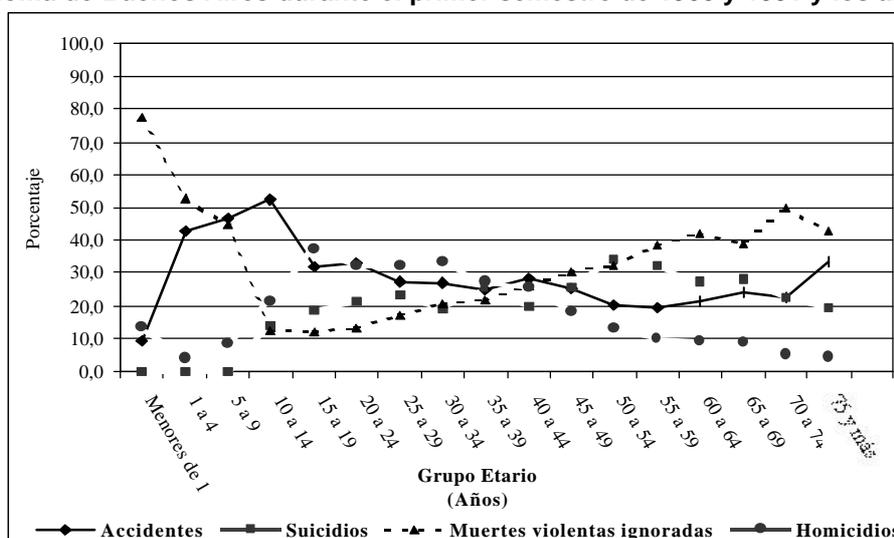
El Gráfico 3 muestra la distribución porcentual de los tipos de muerte violenta según grupo etario. Destaca en primer lugar el alto porcentaje de muertes no determinadas (muertes violentas ignoradas) en menores de 1 año (77,3%) y en niños de 1 a 4 años (52,8%), aunque los números absolutos en estos casos son pequeños. Entre todos los tipos de muerte violenta, los accidentes fueron la principal causa en los niños de 10 a 14 años (52,3%), seguido por el de 5 a 9 años (46,8%) y finalmente el de 1 a 4 años (43,1%). Los homicidios fueron la causa de defunción más importante en adolescentes de 15 a 19 años (37,5%), seguidos por los jóvenes de 20 a 34 años. Los suicidios presentaron una distribución homogénea entre los distintos grupos de edades comprendidos entre los 10 y 75 y más años; registrándose los mayores porcentajes en personas de 50 a 64 años. No se registraron suicidios para los menores de 10 años.

Gráfico 2. Distribución porcentual de las Muertes Violentas según Grupo Etario y Periodo, ocurridas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el primer semestre de los años 1988 y 1991 y los años 2001 y 2002



Fuente: Elaboración propia a partir de los Informes Estadísticos de Defunción (IED) obtenidos en: Morgue Judicial de la Nación, Dirección General de Estadística y Censos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Dirección de Información Sistemática de la Subsecretaría de Planificación de la Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Gráfico 3. Distribución porcentual del Tipo de Muerte Violenta según Grupo Etario, ocurridas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el primer semestre de 1988 y 1991 y los años 2001 y 2002



Fuente: Elaboración propia a partir de los Informes Estadísticos de Defunción (IED) obtenidos en: Morgue Judicial de la Nación, Dirección General de Estadística y Censos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Dirección de Información Sistemática de la Subsecretaría de Planificación de la Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Con relación a la circunstancia en que ocurrieron las defunciones, del número total de defunciones para el conjunto de los periodos (4759) las *heridas de bala* (19,1%), los *accidentes de tránsito* (11,2%) y las *caídas* (10,5%) aparecieron como las circunstancias de muerte de mayor proporción en la población estudiada.

Como *otras circunstancias* se agruparon aquellos eventos que aparecieron en proporciones menores al 1,0%, entre ellos se encontraron a las muertes por *electrocución* (0,8%), *asfixia* (0,4%) y *agresión física* (0,3%).

Los sitios más frecuentes de ocurrencia de muertes violentas para el conjunto de los periodos fueron, con muy poca diferencia, la vivienda (31,5%) y la vía pública (30,6%). Los *establecimientos públicos* también fueron sitios en los cuales las defunciones ocurrieron en un porcentaje considerable (19,1%), mientras que en los *establecimientos privados* se registraron en una proporción menor (8,5%). El resto de los sitios se registraron en proporciones menores al 2%, e incluye las muertes ocurridas en aguas del Riachuelo o Río de La Plata.

Muertes por Suicidio

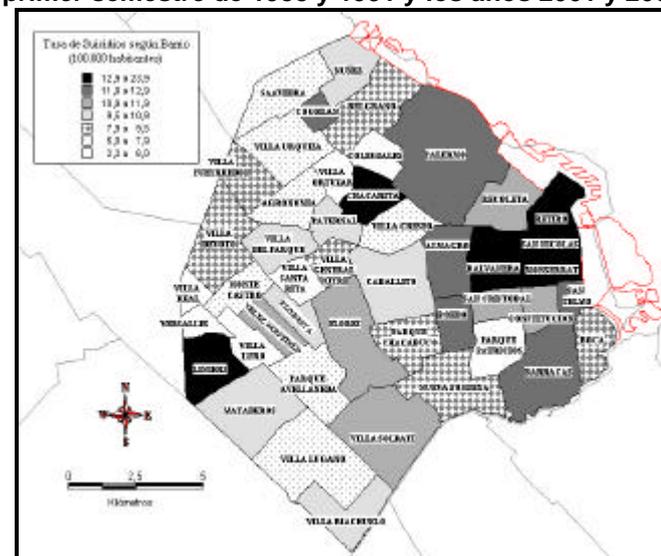
El número total de suicidios para el conjunto de periodos estudiados fue 1085, lo que representó el 22,8% del total de las muertes violentas. En los semestres de 1988 y 1991 fueron 242 y 162 respectivamente, y en los años 2001 y 2002 fueron 372 y 309 respectivamente (Tabla 3).

A partir del análisis georreferencial del conjunto de suicidios se observó un patrón de distribución predominante hacia la zonas noreste de la ciudad. Una mayor concentración de muertes por suicidio se presentó en los siguientes barrios: Recoleta, Balvanera, Almagro, Caballito, Flores, Palermo, Belgrano y una zona de Retiro. Estos barrios tienen predominantemente una alta densidad poblacional.

En el Mapa 4 se observan tasas de mortalidad por suicidio en cada barrio de la CABA. Los barrios que presentan más altas tasas de suicidios son los siguientes: San Nicolás (22,9 por 100.000 habitantes), Retiro (20,8 por 100.000), Chacarita (14,9 por 100.000), Balvanera (14,5 por 100.000) y Liniers (13,4 por 100.000). El cálculo de tasas se realizó a partir de los datos geocodificados y la de

población residente en la CABA por radio censal. El 80,3% de los registros correspondientes a las muertes por suicidio pudo ser geocodificado.

Mapa 4. Tasa de Suicidios según Barrio, ocurridos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el primer semestre de 1988 y 1991 y los años 2001 y 2002



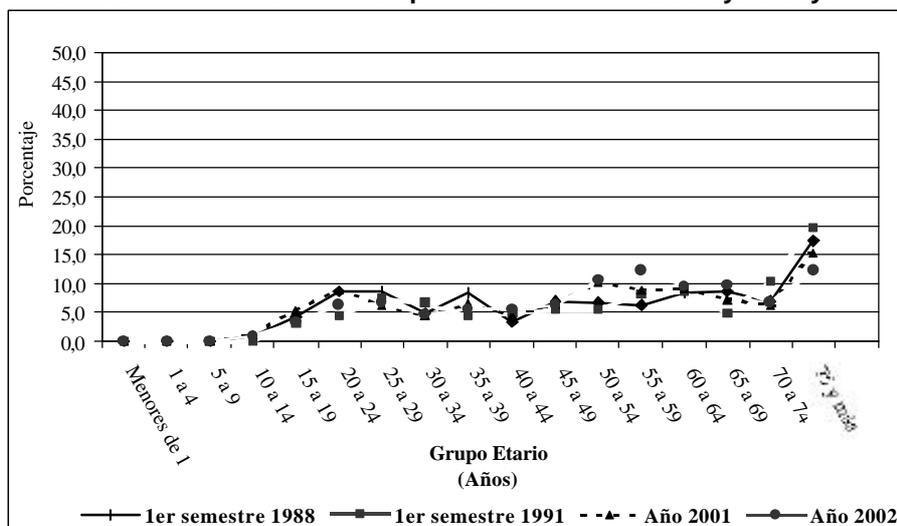
Fuente: Elaboración propia a partir de los Informes Estadísticos de Defunción (IED) obtenidos en: Morgue Judicial de la Nación, Dirección General de Estadística y Censos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Dirección de Información Sistemática de la Subsecretaría de Planificación de la Salud de la Provincia de Buenos Aires. Censo Nacional de Población y Vivienda, 1991.

El 85,6% del total de muertes por suicidio correspondió a residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el 10,0% a residentes de la Provincia de Buenos Aires y un bajo porcentaje de suicidios se registró en residentes de otros sitios (1,2%). El porcentaje de registros sin información para el lugar de residencia fue 3,2%. Los suicidios ocurrieron en el domicilio de residencia con mayor frecuencia (55,3%).

El 66,7% (n=724) de los muertos por suicidio fueron varones y el 33,3% (n=361) mujeres. En el año 2001 y más marcadamente en el 2002, aumentó la diferencia en el porcentaje de suicidios entre hombres y mujeres; registrándose para este último año, un porcentaje del 74,1% en hombres en contraste con un 25,9% en mujeres.

En relación a la distribución de suicidios según la edad, el grupo etario de mayor importancia fue el de personas mayores de 75 años (15,6%), seguidos por los grupos etarios comprendidos entre los 50 y 64 años con porcentajes cercanos al 9%. Las proporciones para los intervalos entre los 15 y 49 años de edad fueron menores y variaron entre un 4,1% y 7,4%; dentro de este rango, los jóvenes de 20 a 29 años presentaron la mayor proporción de muertes por este tipo de muerte violenta (7,4% y 7,1% para los grupos de 20 a 24 y 25 a 29 años respectivamente). Por último, la proporción de muertes por suicidio en el grupo de 10 a 14 años fue del 0,8%, lo que corresponde a 9 casos en adolescentes.

Como muestra el Gráfico 4 el análisis de cada uno de los periodos reveló un patrón homogéneo de distribución de los suicidios según la edad. En todos los periodos el grupo de 75 y más años presentó los más altos porcentajes.

Gráfico 4. Distribución porcentual de Muertes por Suicidio según Grupo Etario y Periodo, ocurridas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el primer semestre de 1988 y 1991 y los años 2001 y 2002

Fuente: Elaboración propia a partir de los Informes Estadísticos de Defunción (IED) obtenidos en: Morgue Judicial de la Nación, Dirección General de Estadística y Censos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Dirección de Información Sistemática de la Subsecretaría de Planificación de la Salud de la Provincia de Buenos Aires.

En relación a la circunstancia de ocurrencia de la violencia, la mayoría de los suicidios fueron consumados por *disparo con arma de fuego*, *caídas* y *ahorcaduras*. En la categoría *otras circunstancias* se encontraron las muertes por *ahogamiento*, *asfixia* y *accidentes de tránsito*, registradas en porcentajes inferiores al 1%.

El patrón de circunstancia recién descrito para el conjunto de los periodos fue semejante al encontrado al interior de cada uno de ellos. Las *caídas*, primera circunstancia en los semestres 1988 y 1991, disminuyeron considerablemente en los años 2001 y 2002. A la inversa los *disparos con arma de fuego* aumentaron de 1988-1991 a 2001-2002 primera circunstancia en el 2001 y 2002, de forma semejante a las *ahorcaduras*.

La proporción de los *suicidios en las vías de ferrocarril e intoxicaciones* disminuyó de 1988-1991 a 2001-2002; mientras que la proporción de *sin información* aumentó a lo largo del periodo.

Del análisis de la circunstancia de ocurrencia de la violencia según sexo resultó que las *caídas* representaron la primera circunstancia en mujeres (44,0%) y los *disparos con arma de fuego* en varones (40,5%). Los suicidios por *ahorcadura* fueron también una circunstancia más importante en el sexo masculino (25,8%), mientras que en el femenino ocurrieron en proporciones similares a los *disparos con arma de fuego*. El resto de las circunstancias se presentaron en porcentajes menores al 4% entre sexos, a excepción de las *intoxicaciones* en mujeres que se presentaron en un 6,9%.

En relación a la edad se observó que el mayor porcentaje de *caídas* ocurrió en ancianos de 75 y más años (21,3%). Los grupos comprendidos entre los 50 y 74 años presentaron porcentajes de menor magnitud, variando entre un 9,7% y 7,9%. Los *disparos de arma de fuego* fueron la segunda circunstancia de suicidios en mayores de 75 años (14,9%) y la primera para los intervalos de 20 a 24 años y 55 a 69 años. Con respecto a los suicidios por *ahorcadura*, las mayores proporciones se registraron en los mayores de 75 años (11,1%) y entre los jóvenes de 20 a 34 años, con porcentajes cercanos al 10%.

Muertes por Homicidio

El número de homicidios para el conjunto de los periodos fue de 811, lo que representó el 17,0% del total de muertes violentas (n=4759). En los semestres de 1988 y 1991 fueron 91 y 73 respectivamente, y en los años 2001 y 2002 fueron 346 y 301 respectivamente (Tabla 3).

La distribución espacial de los homicidios tiene un patrón disperso con cierta tendencia hacia las zonas noreste y sur de la ciudad. Para este tipo de muerte se observó alta dispersión de los casos en la ciudad donde se destacan los barrios de Palermo, Recoleta, Balvanera, Almagro, Caballito, Boedo, Nueva Pompeya, Villa Soldati y Villa Lugano.

Sin embargo, a partir del cálculo de tasas pueden identificarse zonas de riesgo de homicidios (Mapa 5). El barrio de Nueva Pompeya fue el que presentó la mayor tasa de homicidio (15 por 100.000), seguido por Villa Riachuelo (13,5 por 100.000), Constitución (12,8 por 100.000) y Villa Soldati (11,3 por 100.000). El 68,7% de los homicidios pudo ser geocodificado e incluidos en el cálculo de las tasas.

El 62,1% del total de muertes por homicidio ocurrió a residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y un 28,9% a residentes de la Provincia de Buenos Aires. Sólo un 1,2% de los homicidios ocurrió a residentes de otros sitios y el porcentaje de registros sin información para el lugar de residencia fue 7,8%.

El análisis de la distribución proporcional de homicidios, en cada uno de los periodos estudiados, mostró que en los primeros semestres de 1988 y 1991 se registraron porcentajes llamativamente inferiores (8,4% y 7,8% respectivamente) que en los años 2001 y 2002 (24,1% y 23,1% respectivamente).

De los 811 muertos por homicidio en los cuatro periodos, la mayor proporción correspondió a varones (86,3%). A lo largo de los periodos estudiados se registró un incremento en la diferencia entre las proporciones de muerte de cada sexo. La mayor diferencia entre la proporción de varones y mujeres se registró en el año 2002, 92,4% de varones en contraste con un 7,6% correspondiente a las mujeres.

Los grupos etarios más representados fueron los comprendidos en el rango de edades de 15 a 39 años; dentro de este rango, la mayor proporción se registró en jóvenes de 20 a 24 (14,7%). En los adolescentes la proporción de homicidios se incrementó considerablemente a partir de los 15 años.

De la comparación entre los periodos estudiados resultó que, en todos ellos, el número de homicidios se incrementó en forma importante a partir de los 15 años y los altos porcentajes se mantuvieron hasta el grupo de 30 a 34 años inclusive. Las mayores proporciones dentro del rango de 15 a 34, se encontraron en el intervalo de 20 a 24 años (Gráfico 5).

En relación a las circunstancias en que ocurrieron los homicidios, la más frecuente fue *herida de bala* con 66,2%. La segunda circunstancia en importancia fue *herida con arma blanca*, aunque se encontró en una proporción menor (15,9%).

La categoría *otras circunstancias* incluye a las que se encontraron en proporciones inferiores al 1%, entre ellas los *homicidios en vías del ferrocarril*, los ocurridos en centros de atención o *intranosocomiales*, las *quemaduras*, *ahogamientos*, *caídas* y *homicidios por electrocución*.

El análisis de la circunstancia de ocurrencia de la violencia dentro de cada uno de los periodos estudiados mostró que, en todos ellos, la circunstancia de mayor frecuencia fue también la *herida de bala*, con valores cercanos al 70% para los años 2001 y 2002 e inferiores para el semestre de 1988 (61,5%) y aún más de 1991 (42,5%). A excepción de 1991, en el que los *homicidios en accidentes de*

En 1991, la proporción de *heridas de bala* disminuyó a expensas de los *homicidios en accidentes de tránsito* y de la categoría *otras circunstancias* que agrupó a una cantidad mayor de diversas modalidades que el resto de los periodos.

Tanto para los varones como para las mujeres las *heridas de bala* y *de arma blanca* fueron la primera y segunda circunstancia de muerte por homicidios, siendo la proporción de varones muertos por ambos métodos, muy superior al de mujeres (92,4% de varones con *heridos de bala* y 82,9% *heridos con arma blanca*). Estas circunstancias fueron seguidas por homicidios por *agresión física*, por *accidentes de tránsito* y por *estrangulamiento*.

En relación con la edad, las *heridas de bala* y *arma blanca* fueron la primera y segunda circunstancia de muerte en los grupos comprendidos entre los 15 y 44 años. En adolescentes, jóvenes y adultos hasta los 34 años, las *heridas de bala* se registraron en un valor promedio de 14,9%. Para las *heridas de arma blanca* los mayores porcentajes se presentaron en jóvenes y adultos de 20 a 44 años con un valor promedio de 10,9%.

Muertes por Accidente

Durante los cuatro periodos del estudio se registró un total de 1316 accidentes, lo que representó el 27,7% de las muertes. En los semestres de 1988 y 1991 fueron 364 y 275 respectivamente, y en los años 2001 y 2002 fueron 371 y 306 respectivamente (Tabla 3).

Las muertes por accidentes se distribuyen de manera generalizada en la CABA, aunque de forma preferencial siguiendo los trayectos de importantes vías de comunicación. Los barrios con las mayores proporciones de muerte por accidente sobre el total de accidentes del periodo fueron Palermo (7,1%), Flores (6,9%) y Caballito (5,1%). Es posible que en los barrios con más alta densidad poblacional tengan mayor tránsito de personas, pero no necesariamente concentran más muertes por accidentes debido a que entran en juego otros factores como la buena señalización, vigilancia del tránsito, calidad de las vías, entre otros.

Los barrios con las tasas de mortalidad por accidente más elevada fueron los siguientes: Chacarita (29,8 por 100.000 habitantes), Villa Real (28,1 por 100.000 habitantes), Villa Riachuelo (27 por 100.000 habitantes) y Liniers (20 por 100.000 habitantes); seguidos por Villa Luro y Montserrat (20, 19,5 y 19,2 por 100.000 habitantes) (Mapa 6). El 66,2% de los registros correspondientes a las muertes por accidentes pudo ser geocodificado.

El 63,0% del total de muertes por accidente ocurrió a residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el 29,9% a residentes de la Provincia de Buenos Aires y un porcentaje inferior al 2,3% a residentes de otros sitios. El porcentaje de registros sin información para el lugar de residencia habitual fue 4,8%.

El número de accidentes para el primer semestre de los años 1988 y 1991 fue 364 y 275, y para los años 2001 y 2002 se registraron 371 y 306 respectivamente. La proporción de este tipo de muerte varió de 33,8% al comienzo del periodo a 23,5% al final del mismo.

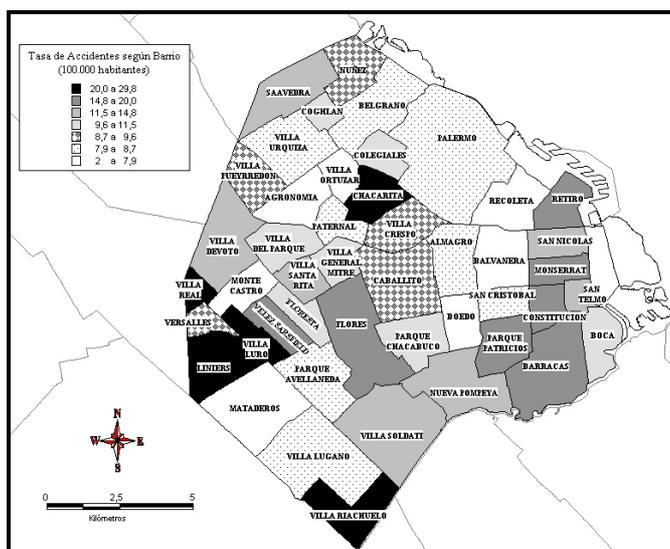
El 69,9% (n=920) de los muertos por accidente fueron varones y el 30,1% (n=396) mujeres para el conjunto de los años. En los años 2001 y 2002, aumentó la diferencia en el porcentaje de accidentes entre hombres y mujeres; esta diferencia fue más marcada en el 2002, registrándose porcentajes del 77,5% en hombres y 22,5% en mujeres para dicho año.

En relación con la distribución de accidentes según la edad, el grupo etario de mayor importancia fue el de personas mayores de 75 años (21,9%), seguido por los grupos de 20 a 24 años (9,3%) y 25 a 29 (6,9%). Para el resto de los intervalos las proporciones variaron entre un 0,2% y 5,9%. El menor porcentaje correspondió a los menores de 1 año; para los grupos comprendidos entre 1 y 14 años los porcentajes fueron inferiores al 3%. Los adolescentes de 15 a 19 y adultos de 30 a 34 presentaron porcentajes cercanos al 6%.

La distribución de accidentes según edad al interior de cada uno de los periodos estudiados fue homogénea y en todos los periodos el grupo de 75 y más años presentó los más altos porcentajes (Gráfico 6).

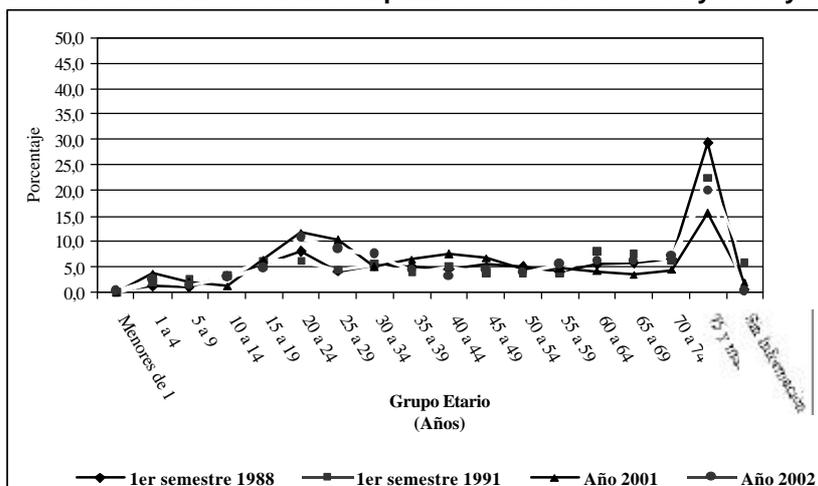
Los *accidentes de tránsito* fueron la circunstancia que se presentó en mayor proporción (35,2%). Los *accidentes ferroviarios, caídas y quemaduras* se presentaron a continuación con porcentajes menores (17,6%, 15,3% y 7,5% respectivamente). Entre las otras circunstancias de muerte por accidente se registraron las *electrocuciones, muertes intranosocomiales, intoxicaciones y ahogamientos* (con porcentajes cercanos al 2%), y *heridas de bala, asfixias y ahorcaduras* (con porcentajes inferiores al 0,6%).

Mapa 6. Tasa de Accidentes según Barrio, ocurridos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el primer semestre de 1988 y 1991 y los años 2001 y 2002



Fuente: Elaboración propia a partir de los Informes Estadísticos de Defunción (IED) obtenidos en: Morgue Judicial de la Nación, Dirección General de Estadística y Censos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Dirección de Información Sistemática de la Subsecretaría de Planificación de la Salud de la Provincia de Buenos Aires. Censo Nacional de Población y Vivienda, 1991.

Gráfico 6. Distribución porcentual de Muertes por Accidente según Grupo Etario y Periodo, ocurridas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el primer semestre de 1988 y 1991 y los años 2001 y 2002



Fuente: Elaboración propia a partir de los Informes Estadísticos de Defunción (IED) obtenidos en: Morgue Judicial de la Nación, Dirección General de Estadística y Censos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Dirección de Información Sistemática de la Subsecretaría de Planificación de la Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Respecto a la *circunstancia de ocurrencia* de la violencia al interior de cada uno de los periodos. En todos ellos el mayor porcentaje fue el de *accidentes de tránsito*, circunstancia que incluye accidentes de automóviles, colectivos, motos, bicicletas y los atropellamientos a peatones. Es de destacar que la proporción de *accidentes de tránsito* en el año 2002 fue inferior al resto de los periodos; disminución que ocurrió a expensas de las *quemaduras* y los registros *sin información*.

Las proporciones de muertos por accidente en *caídas* fueron variables entre los periodos. El porcentaje superior se registró para el primer semestre de 1988, con una diferencia del 18,0% respecto al registrado en el 2001.

Finalmente, cabe destacar el aumento de los registros *sin información* en el 2001 y 2002; en el 2001 este aumento podría explicar la disminución en el porcentaje de *caídas* y en el 2002 el bajo porcentaje de *accidentes de tránsito*.

Del análisis de la circunstancia de ocurrencia de la violencia según sexo resultó que, los *accidentes de tránsito* fueron la primera circunstancia para ambos sexos, con porcentajes similares entre sí y cercanos al 35%. Las *caídas* seguidas por los *accidentes ferroviarios* fueron la segunda y tercera circunstancia en el caso de las mujeres (18,9% y 15,9% respectivamente); y ocurrieron con porcentajes similares pero en el orden inverso, en el caso de los varones (18,3% para los *accidentes ferroviarios* y 13,8% para las *caídas*).

En relación con la edad, los *accidentes de tránsito* se registraron en mayor proporción en el grupo de 10 a 14 (47,1%), seguido por el intervalo de 20 a 24 (42,6%) y los grupos de 25 a 29 y 45 a 59 años, con porcentajes cercanos al 40%. Para el resto de los adultos, excepto para los de 40 a 44 años (21,7%), los porcentajes de esta circunstancia variaron entre un 31,9% y 38,2%. Para los menores de 1 año no se registraron accidentes en esta circunstancia y los grupos de 1 a 4 y 5 a 9 años con proporciones cercanas al 20%.

No fueron registrados *accidentes ferroviarios* en menores de 4 años; se registró una proporción del 9,1% en niños de 5 a 9 años, y para el resto de los grupos las proporciones de esta circunstancia variaron entre un 13,5% y 30,3%. El porcentaje superior de este rango correspondió al grupo de 15 a 19 años. Finalmente, las *caídas* fueron la principal circunstancia de muerte por accidente para los de 75 y más años (36,1%).

Muertes Violentas Ignoradas

El número de muertes violentas ignoradas para el conjunto de los periodos fue de 1547, lo que representó el 32,5% del total de muertes violentas (n=4759); en los semestres de 1988 y 1991 fueron 380 y 430 respectivamente, y en los años 2001 y 2002 fueron 349 y 388 respectivamente (Tabla 3).

Las muertes violentas ignoradas se distribuyen de forma predominante en las zonas central y noreste de la ciudad, con preferencia en los barrios de alta densidad poblacional, entre los cuales destacan: Recoleta, Balvanera, San Nicolás, Montserrat, Constitución, San Cristóbal, Almagro, Caballito, parte de Flores, Villa Crespo, Palermo y Belgrano. Los barrios con mayor tasa de muerte violenta ignorada fueron San Nicolás (34,4 por 100.000 habitantes), Constitución (32,0 por 100.000); seguidos por Parque Patricios (23,7 por 100.000), Monserrat (21,3 por 100.000) y Balvanera (20,5 por 100.000) (Mapa 7). El 69,2% de los casos de muertes violentas ignoradas pudo ser geocodificado para el total del periodo en estudio.

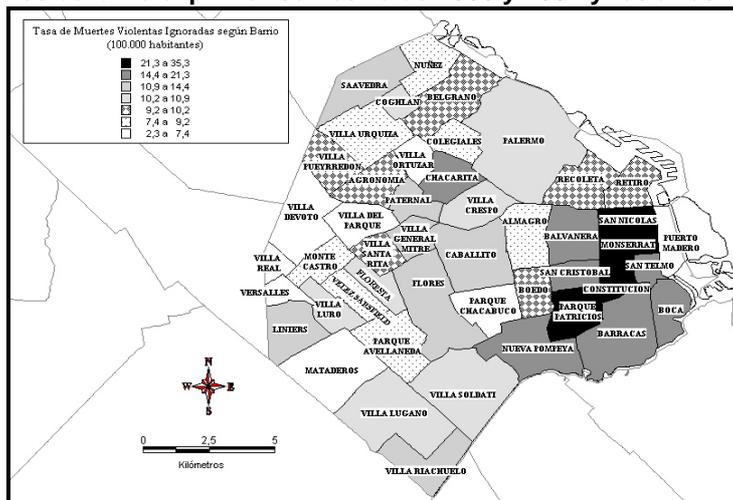
El 77,0% del total de las muertes violentas ignoradas ocurrió a residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, un 13,9% a residentes de la Provincia de Buenos Aires y un 1,5% a residentes de otros sitios. El porcentaje de registros *sin información* para el lugar de residencia fue 7,6%.

En el primer semestre de 1988 y 1991 se registraron mayores porcentajes de muertes violentas ignoradas (35,3% y 45,7% respectivamente) que en los años 2001 y 2002 (24,3% y 29,7% respectivamente), evidenciando una tendencia decreciente de este tipo de muerte en el periodo estudiado.

Por otro lado, la mayor proporción de las muertes violentas ignoradas ocurrió en varones (65,8%). En mujeres el porcentaje de muertes aumentó desde 1988-1991 a 2001-2002; el menor valor porcentual correspondió a 1988 (28,2%) y el mayor a 2001 (39,5%).

Los grupos de edad más afectados fueron los mayores, donde el grupo de 75 y más años posee el 24% de los casos. Las cifras aumentan paulatinamente a partir del grupo 10 a 14 años (0,5%). Es interesante observar que el 60,2% de los casos ocurrió en personas de más de 54 años, y que el 3,9% se produjo en menores de 5 años.

Mapa 7. Tasa de Muertes Violentas Ignoradas según Barrio, ocurridas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el primer semestre de 1988 y 1991 y los años 2001 y 2002



Fuente: Elaboración propia a partir de los Informes Estadísticos de Defunción (IED) obtenidos en: Morgue Judicial de la Nación, Dirección General de Estadística y Censos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Dirección de Información Sistematizada de la Subsecretaría de Planificación de la Salud de la Provincia de Buenos Aires. Censo Nacional de Población y Vivienda, 1991.

La distribución de muertes violentas ignoradas según la edad al interior de cada periodo fue similar a la registrada para los cuatro años. Se registraron mínimas diferencias entre los distintos periodos en todos los grupos etarios, salvo en el de 75 y más años, donde la diferencia entre el menor y el mayor valor es de 11,6 puntos porcentuales (Gráfico 7).

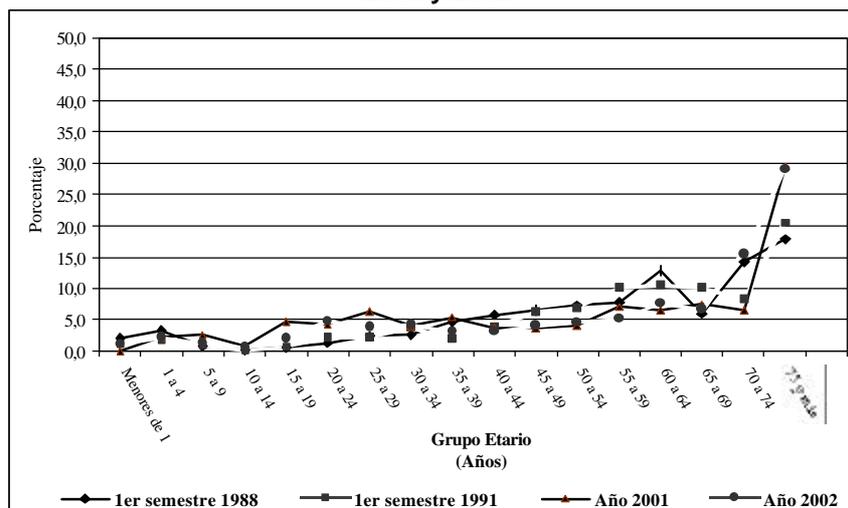
Con relación a las circunstancias en que ocurrieron las muertes violentas ignoradas la más frecuente fue *intranosocomial*, que presentó un porcentaje del 11,5%; y luego *quemado* (5,9%) y *ahogado* (4,3%). La mayoría de los casos clasificados como *intranosocomial* se debió a complicaciones postoperatorias inmediatas o tardías. El 81,5% de los casos se produjo en mayores de 60 años. Dentro de la categoría *ahogado* se encuentran cuatro *pensionadas* que fallecieron el 24 de enero de 2001 en un geriátrico, durante una gran tormenta que inundó el sótano donde dormían.

Es importante aclarar que la variable circunstancia de ocurrencia de la violencia presentó una baja calidad en este tipo de muerte. El 66,1% de los registros carecían de información acerca de la circunstancia en la que se produjo el hecho y esta información tampoco se pudo establecer a partir de otras variables (las opciones más frecuentes fueron *hallado sin vida*, *se descompuso*, *no consta*, *no hay información* o *sin información*). Esta falta de precisión en el tipo de muerte y la baja calidad en otras variables se presentó como una situación relacionada en nuestro estudio. Dentro de este grupo aparecen siete casos (4 en el '88 y 3 en el '91) donde se señala que la muerte ocurrió mientras *estaban detenidos* (cuatro por edema agudo de pulmón (EAP), dos por dilatación cardíaca aguda y uno por fractura de cráneo) en personas entre 20 y 45 años. En algunos casos se encontraron causas de muerte como politraumatismos, fractura de cráneo y otros, que indicarían *caídas* o *accidentes de tránsito*.

La categoría *otras circunstancias* incluye a los muertos por *electrocución* (9 casos), *ahorcados* (6), *heridos de arma blanca* (2), *agresión* (1) y otros.

El análisis de la circunstancia de ocurrencia de la violencia dentro de cada uno de los periodos estudiados mostró que la circunstancia de mayor frecuencia fue *intranosocomial*, salvo en 1988 que fue *intoxicación*. En los años 2001 y 2002, el resto de las circunstancias presentó una distribución semejante a la general. Esto no sucedió en 1988 y 1991, debido a que en estos periodos se registraron los porcentajes más altos de IED *sin información* para esta variable (90,0% en ambos semestres).

Gráfico 7. Distribución porcentual de las Muertes Violentas Ignoradas según Grupo Etario y Periodo, ocurridas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el primer semestre de 1988 y 1991 y los años 2001 y 2002



Fuente: Elaboración propia a partir de los Informes Estadísticos de Defunción (IED) obtenidos en: Morgue Judicial de la Nación, Dirección General de Estadística y Censos del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Dirección de Información Sistemática de la Subsecretaría de Planificación de la Salud de la Provincia de Buenos Aires.

En todas las categorías la proporción de varones fue mayor, salvo en *quemados*, donde el porcentaje fue similar en ambos sexos. Las cuatro circunstancias más frecuentes se observaron en mayores de 60 años; el resto se distribuyó en forma homogénea entre los distintos grupos etarios.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En esta investigación se registraron 4759 defunciones por violencias ocurridas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el primer semestre de los años 1988 y 1991, y los años 2001 y 2002. Los tipos de violencias más frecuentes encontrados fueron: muerte violenta ignorada (32,5%), accidentes (27,7%), suicidios (22,8%) y homicidios (17,0%). En promedio ocurren en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 4,3 muertes diarias por causas violentas. El 72,5% corresponden a residentes en la ciudad y el resto a no residentes; fueron más frecuentes en hombres y en el grupo de edad de 75 y más años. El análisis de las circunstancias más frecuentes para el total de los tipos de violencia presentó la siguiente distribución: *herida de bala* (19,1%), *accidentes de tránsito* (11,2%), *caídas* (10,5%), y *accidentes ferroviarios* (6,2%); un 24,4% correspondió al siguiente grupo de circunstancias: *ahorcaduras*, *intranosocomiales*, *quemaduras*, *heridas de arma blanca*, *intoxicaciones* y *ahogados*; en el resto, de los registros se ignora la circunstancia (28,6%). En relación al lugar de ocurrencia de la muerte se observa que en la vivienda se produce el 31,5%, en la vía pública el 30,6%, en establecimientos públicos el 19,1%, en establecimientos privados 8,5% y el restante 10,3% se registró en proporciones menores al 2% en una serie de lugares como las muertes ocurridas en aguas del Riachuelo o Río de la Plata entre otros sitios.

Los perfiles de muertes violentas en jóvenes y adultos mayores, los dos grupos más impactados por estos fenómenos, presentan estructuras muy diferentes. En los jóvenes predominan claramente las

muertes por homicidios, seguidas por accidentes y suicidios. En los adultos mayores encontramos predominio de muertes violentas ignoradas, accidentes, suicidios y en menor medida los homicidios.

La tendencia general del periodo en estudio 1988-1991 y 2001-2002 muestra una disminución de los accidentes, estabilidad de los suicidios y el incremento de homicidios, sobre todo en hombres y en zonas de villas de emergencia que podría asociarse al empeoramiento de las condiciones de vida.

Las muertes por suicidios representan el 22,8% de las muertes violentas del periodo (1085 casos). Las mayores tasas de suicidios se encontraron en los siguientes barrios: San Nicolás (22,9 por 100.000 habitantes), Retiro (20,8 por 100.000), Chacarita (14,9 por 100.000), Balvanera (14,5 por 100.000) y Liniers (13,4 por 100.000). El 85,6% de los suicidios correspondió a residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el porcentaje más alto como causa de muerte violenta para los residentes de la ciudad. Las defunciones por suicidio fueron más frecuentes en hombres (66,7%), en el grupo de edad de 75 y más años, y se produjeron en el propio domicilio en el 55,5% de los casos. Las muertes por suicidio tuvieron una razón hombre/mujer en aumento durante el periodo en estudio. Las circunstancias de la violencia más relacionadas con los suicidios fueron: *disparo con arma de fuego, caídas y ahorcaduras*, representando en conjunto el 78,7%. La tendencia temporal de los suicidios por *disparo con arma de fuego y ahorcaduras* fue en aumento durante el periodo en estudio, mientras que las *caídas* tuvieron una tendencia decreciente. Mientras el *disparo con arma de fuego* fue predominante en varones, las *caídas* lo fueron en mujeres. En este apartado se debe destacar un 3,3% de *suicidios en vías del ferrocarril*. En relación a la actividad ocupacional los *jubilados* presentaron la mayor proporción de suicidios en mayores de 75 años (48,0%); las *amas de casa* de 45 a 64 años; los *estudiantes* de 15 a 19 años y los *oficinistas* de 20 a 29 años.

Los homicidios (no discrimina entre culposos y dolosos) representaron el 17,0% del total de muertes violentas en el periodo (811 casos). Se observaron tasas de homicidios por barrio más elevadas en la zona sur de la ciudad, donde se encuentran mayores niveles de pobreza. El barrio de Nueva Pompeya fue el que presentó la mayor tasa de homicidio (15 por 100.000), seguido por Villa Riachuelo (13,5 por 100.000), Constitución (12,8 por 100.000) y Villa Soldati (11,3 por 100.000). La tendencia del número de defunciones por homicidio fue en aumento durante el periodo estudiado. La distribución porcentual por sexo es mayor en varones, presentando también una tendencia en aumento en el periodo. En los homicidios el porcentaje de mujeres en relación a los hombres fue marcadamente menor. Los grupos de edades más afectados en el periodo estuvieron entre 15 y 34 años, con mayor magnitud entre 20 a 24 años.

Los datos anteriores vuelven a ratificar tendencias mundiales donde los homicidios afectan más a hombres y sobre todo a jóvenes. La circunstancia en el 66,2 % de las muertes por homicidio fueron *heridas de bala*, y en segundo lugar con un valor menor *herida con arma blanca* (15,9%). La Comisaría 32 presentó el mayor número de homicidios en su área de influencia, con el 5,3% de los homicidios; esta comisaría tiene jurisdicción sobre el barrio Nueva Pompeya donde se registraron las tasas más altas de homicidio.

El análisis de las muertes por accidentes representó el 27,7% de las muertes violentas (1316 casos). La georreferencia de los accidentes presenta un predominio en los espacios de la ciudad donde se encuentran vías de comunicación importantes; de forma semejante se distribuyen las mayores tasas de accidentes por barrio. La proporción de defunciones por este tipo de violencia es mayor en hombres, como en los otros tipos de violencia. Los grupos de edad con mayor frecuencia de muertes por accidentes son los de 75 y más años, seguidos por el grupo de 20 a 24 años. El 63,0% del total de muertes por accidentes ocurrió a residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Las principales circunstancias relacionadas con los accidentes son: *accidentes de tránsito* (35,2%), *accidentes ferroviarios* (17,6%), *caídas* (15,3%) y *quemaduras* (7,5%), que en conjunto representan el 75,6% de las defunciones por accidentes en la ciudad en el periodo en estudio.

Los accidentes de tránsito incluyen a accidentes de automóviles, colectivos, motos, bicicletas y los atropellamientos a peatones. Los accidentes fatales en motocicleta fueron menores que los esperados dado que presuponíamos que el número creciente de "motoqueros", a partir de los

noventa, con tareas de cadetería y entrega de productos a domicilio (delivery) arrojarían un mayor número de muertes. En este caso queda abierta una futura línea de investigación dado que los hallazgos de la investigación contradicen nuestra hipótesis.

Los accidentes de tránsito y las muertes por atropellamiento son circunstancias que requieren mayor atención. Debe señalarse desde el punto de vista urbanístico que la circulación de tránsito, sobre todo de transporte público, por calles con veredas angostas en el microcentro representa un riesgo potencial que debe tenerse en cuenta. La georreferencia de las muertes por accidentes de tránsito debiera permitir la acción inmediata sobre aquellas calles donde aparecen con frecuencia hechos mortales.

El impacto que tiene el trazado de la línea del FFCC Ex Sarmiento en la ubicación de diferentes tipos de muerte violenta a lo largo de su trayecto, es uno de los hallazgos que más impactó a los investigadores y donde más evidente, en la investigación, resulta la utilidad del proceso de georreferencia. Los datos hablan “per se” y la necesidad de una política pública sobre esta línea férrea aparece con una definida prioridad a ser discutida por los habitantes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en conjunto con las autoridades de los distintos poderes de la ciudad.

En futuras líneas de investigación se debería tener en cuenta la magnitud de muertes violentas por accidentes debidas a “*accidentes de trabajo in itinere*” (Hennington et al., 2004).

La *muerte violenta ignorada* fue el tipo de violencia más frecuente en los años en estudio y representó el 32,5% del total de muertes violentas (1547 casos). Si bien el adjetivo de violencia ignorada pone en cuestionamiento la determinación violenta específica del proceso, el análisis de la mayoría de ellas no deja dudas de su claro carácter de muerte violenta. En este tipo de muerte se encontró la mayor diferencia con los datos oficiales del Ministerio de Salud. Es llamativo el porcentaje de muertes violentas ignoradas en el año 1991, donde llegan a representar en el semestre un 45,7% del total. En este trabajo la tendencia de muertes violentas ignoradas fue decreciente en el tiempo, mientras que las estadísticas oficiales señalan su incremento. Los varones fueron los más afectados con el 65,8% de las muertes violentas ignoradas, aunque las mujeres presentaron un incremento en el periodo en estudio. La distribución etaria de las muertes violentas ignoradas muestra un claro sentido progresivo a medida que aumenta la edad, alcanzando así su mayor valor en el grupo de edad de 75 y más años. Las circunstancias más frecuentes en este tipo de violencia fueron *intranosocomial* (11,5%), *quemado* (5,9%) y *ahogado* (4,3%). Es importante destacar como se señaló en el apartado correspondiente el deficiente llenado de las circunstancias en este tipo de muerte³².

La Tabla 5 presenta los tipos de muertes violentas publicados por la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS) correspondiente al periodo de esta investigación³³. Al comparar los resultados de esta investigación con los presentados por la DEIS a través de distribuciones porcentuales por tipo de violencia y periodo se observa una tendencia temporal semejante en suicidios, con leve tendencia decreciente entre el comienzo y final del periodo. Los homicidios tienen una tendencia temporal semejante en ambas tablas, con una tendencia hacia un marcado aumento en el periodo considerado. Los accidentes tienen una tendencia temporal hacia la disminución al final del periodo, aunque la forma de las curvas temporales sea diferente. Las muertes violentas ignoradas tienen curvas de tendencia temporal diferentes, muy marcada en el periodo inicial (1988-1991). Los valores absolutos difieren entre ambas tablas; de forma menor en suicidios y homicidios, y de forma más marcada en accidentes y muertes violentas ignoradas. Se debe tener en cuenta las diferencias

³² La alta proporción de muertes violentas ignoradas puede relacionarse con diversas cuestiones. La más relevante se refiere a la confección de los Informes Estadísticos de Defunción por médicos dependientes del Poder Judicial en el caso de una muerte violenta. Este Sector tiene objetivos, intereses, circuitos administrativos y pactos corporativos, diferentes al Sector Salud. Por ejemplo, existe la posibilidad de que algunos médicos que confeccionan los Informes Estadísticos de Defunción en muertes violentas prefieran no tomar posición ante el tipo de violencia en virtud de cuestiones legales implicadas. Esto sucede a pesar de que la Ley de Secreto Estadístico protege esta información de forma explícita.

³³ En la sección de “Materiales y métodos” se mencionaron las diferencias en la elaboración de los resultados de esta investigación y los publicados por la DEIS.

mencionadas en la elaboración de las tablas al explicar estas diferencias. A pesar de las cuales, concluimos que los hallazgos de esta investigación son coincidentes con las proporciones calculadas a partir de los datos oficiales en la Tabla 5 y con la tendencia de tasas de mortalidad para los mismos eventos que se observan en la CABA, en la serie cronológica 1988-2002.

En este trabajo se detallan una serie de situaciones específicas que tienen en común la presencia de serios problemas de concordancia entre tipo de violencia, causa de la muerte y circunstancia de la violencia. Por ejemplo, mientras se encuentra solamente un caso en que se sospecha la muerte por sobredosis en un adicto, existen varios casos de personas jóvenes halladas muertas con diagnóstico de "edema agudo de pulmón" o "dilatación cardíaca" que podrían corresponder a muertes por sobredosis de drogas no permitidas. No obstante, reconocemos que la violencia se relaciona más con el narcotráfico que con el consumo de drogas no permitidas.

En el análisis de las defunciones de personal de las fuerzas armadas o de organismos de seguridad encontramos que los policías fallecieron en su mayoría jóvenes y por homicidios debidos a heridas de bala, en tanto los militares murieron predominantemente añosos por suicidios resultado también de herida de bala.

Tabla 5. Distribución porcentual de los Tipos de Muerte Violenta según Periodo, en residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante los años 1988, 1991, 2001 y 2002

| Tipo de muerte Violenta | PERIODO | | | |
|---------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | 1988 (Año) | 1991 (Año) | 2001 (Año) | 2002 (Año) |
| | % (n) | % (n) | % (n) | % (n) |
| Accidente | 52,0 (841) | 53,8 (712) | 29,5 (353) | 36,9 (457) |
| Suicidio | 26,7 (431) | 22,2 (294) | 26,9 (322) | 24,4 (302) |
| Homicidio | 8,7 (141) | 7,0 (93) | 18,6 (223) | 19,1 (237) |
| Muerte Violenta Ignorada | 3,8 (62) | 7,0 (93) | 19,6 (234) | 11,2 (139) |
| Demás Causas Externas | 8,7 (141) | 9,9 (131) | 5,4 (64) | 8,4 (104) |
| TOTAL | 100,0 (1616) | 100,0 (1323) | 100,0 (1196) | 100,0 (1239) |

Fuente: Elaboración propia a partir de bases de datos de mortalidad suministradas por la Dirección de Estadística e Información en Salud, Ministerio de Salud de la Nación (años 1988, 1991 y 2002) y "Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo - República Argentina Año 2001" (Mayo 2003). Ministerio de Salud de la Nación.

Es sabido que el llenado de los certificados de defunción y de los informes estadísticos de defunción no alcanza siempre la calidad deseada, lo cual no puede atribuirse solamente a la desidia de los médicos. Muchas veces ambos instrumentos son parte de un expediente administrativo que tiene serias restricciones en acercarnos hacia las verdaderas determinaciones del hecho violento. Los únicos datos que se pueden relevar con cierta regularidad son de carácter biológico o los que hacen a la identidad civil de la víctima, dado que los datos de antecedentes y/o características sociales son incompletos o directamente no existen. En todo esto, se hizo público en los últimos años algo que era conocido en medios técnicos, y refiere a la venta de certificados en blanco con la firma del médico. Estos eran usados con fines no legales y donde el verdadero sentido del instrumento quedaba absolutamente desvirtuado; no obstante, por imposibilidad de discernir cuales eran, los datos de los mismos constituían las estadísticas oficiales.

Han sido ya señalados los problemas originados por la calidad de los registros y las dificultades para la realización de la georreferencia debido a la ausencia sistemática en el Sistema Estadístico Nacional de la carga del domicilio del lugar de ocurrencia de la violencia, de la defunción y el lugar de residencia de las personas que sufren una muerte violenta. La mala calidad del dato correspondiente

a la dirección del hecho violento fue responsable de la menor capacidad para georreferenciar las muertes violentas, principalmente en los años 2001 y 2002.

La importancia que poseen los sistemas de información geográficos para dar cuenta de las heterogeneidades espaciales y la detección de zonas vulnerables, y que muchos indicadores no permiten detectar, señalan la importancia de los mismos para el monitoreo de situaciones territoriales o problemas específicos y su relación con el ámbito geográfico. Es de mucha importancia para trabajos como estos tener el registro del lugar de ocurrencia de la violencia, ya que a diferencia del resto de las otras muertes, en las muertes violentas este registro es de utilidad para el análisis de las mismas. El registro del domicilio de la víctima y del lugar de ocurrencia de la violencia si bien constan en el Informe Estadístico de Defunción no se registra en los consolidados en resguardo del principio de confidencialidad según lo indica la Ley 17622 acerca del Secreto Estadístico. Sin ignorar los fundamentos constitucionales del Habeas Data y adhiriendo al total respeto a los derechos individuales pensamos que la codificación del domicilio y de la identidad de la víctima bajo un código alfanumérico podría facilitar la georreferencia. Estos procedimientos permitirían respetar los principios de confidencialidad del Secreto Estadístico, que con justo fundamento busca proteger la Ley 17.622/68 y avanzar en la implementación de procesos de georreferencia de manera rutinaria. De cumplirse lo anterior también en el ámbito de la Justicia podría cruzarse la información entre Salud y Justicia, no solo para mejorar la calidad de las estadísticas, sino para integrar lo relacional de las muertes violentas (Alazraqui et al., 2003; Alazraqui et al., 2004; Minayo, 2004). La existencia de registros que forman parte del Sistema Nacional de Estadísticas pero que carecen de fases de integración dificulta determinados tipos de análisis. En el caso de las muertes violentas, se observa que mientras el Ministerio de Salud lleva el registro de la muerte de la víctima, el Ministerio de Justicia lleva en su lógica el registro del victimario. Ambos procesos, al carecer de fases de integración determinan la imposibilidad de un análisis del proceso relacional que tiene a nuestro entender la violencia, como hecho social.

La mirada desde el sector salud no puede obviar la asimétrica carga que la atención de la violencia representa para los distintos subsectores de atención donde los egresos por muertes violentas del sector público más que duplica los del sector privado. Los comentarios en relación a la calidad de los datos señalan algunas limitaciones de este trabajo, que no pretende ser una “radiografía” de las muertes violentas sino una aproximación que destaca muchas cuestiones, de diversa complejidad. Estas debieran apuntar a ser parte de la agenda de discusión de los actores sociales de la ciudad, que además debieran preguntarse ya que no hay trabajos de este tipo: ¿cómo se toman entonces las decisiones?, y ¿cuál es la relación entre investigación, políticas y el rol de la universidad en este contexto actual de la Argentina? En esta mirada tampoco podemos obviar las implicancias de lo social y de las fuertes inequidades que soporta nuestra sociedad como elementos interpretativos de los hechos violentos descriptos.

Como conclusión podemos decir que esta experiencia de trabajo y sus resultados nos llevan a realizar algunas propuestas para enriquecer los datos que aporta el IED:

- La complementación de la calidad de información en violencias a través de recabar distintas fuentes, como por ejemplo la investigación sistemática en los medios de comunicación escritos (diarios, revistas, etc.);
- La coordinación con otros organismos productores de información en violencias (Policía, Poder Judicial, etc.)³⁴;
- La implicación de los médicos que confeccionan los IED en la importancia de los sistemas de información, y en el correcto llenado del mismo.

³⁴ Este equipo de investigación de la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud desarrolló dos líneas de investigación sobre circuitos de información intersectorial en muertes violentas entre los sectores Salud y Justicia, financiado parcialmente por el Programa VIGI+A del Ministerio de Salud de la Nación (Alazraqui et al., 2003; Alazraqui et al., 2004).

El objetivo sería mejorar, complementar y enriquecer la calidad del dato estadístico, fundamental en el momento del análisis de situación para la elaboración de planes, programas o políticas, tendientes al control de uno de los problemas más importantes del PSEA como es la violencia. También resulta necesario rescatar la importancia del Sistema Estadístico Nacional y de su trabajo sistemático como creemos queda demostrado en este trabajo.

¿Cuál es la relación entre violencia, pobreza, delitos y percepción de violencias? La cantidad de hechos delictivos cometidos en la Argentina casi se duplicó de 560.240 en 1990 a 1.062.241 en 1999 (Kessler, 2004). En la Ciudad de Buenos Aires, el incremento fue de 61.203 hechos delictivos en 1990 a 191.755 en 1999. En términos de tasas, pasó de 2.046 hechos delictivos por 100.000 habitantes en 1990 a 6.301 por 100.000 habitantes en 1999 (Kessler, 2004). Los datos producto de esta investigación señalan una disminución en los números de muertes violentas, pasando de alrededor de 1000 muertes para los semestre 88 y 91 a 1438 y 1304 para la totalidad de los años 2001 y 2002. Esta disminución, contrasta con el aumento de la pobreza, el aumento de los delitos y la percepción de la población de que la violencia ha aumentado. En relación con la percepción del aumento de las violencias por la población hay diferentes aspectos a tener en cuenta, sin ánimo de abordar todos ellos, no queremos dejar de mencionar el interés de las empresas relacionadas con la “venta de seguridad” respecto de la instalación del problema. Estas reflexiones ameritan otras investigaciones que nos aproximen al conocimiento de la situación actual y la compleja red interpretativa que existe en relación a la violencia. Nuestra postura, siguiendo las palabras de la investigadora brasileña María Cecilia Minayo es que, lo contrario a la violencia no es la paz sino la ciudadanía; y no la ciudadanía como expresión limitada a una mera situación individual sino, como plantea Pierre Rosanvallón (2004), la ciudadanía social.

Somos conscientes que esta investigación presenta una aproximación al abordaje de la violencia que posee sus límites. Lamentablemente, al menos en nuestro país, una investigación que pueda relevar las múltiples dimensiones de la violencia como problema complejo aparece con posibilidades limitadas debidas al acceso y la calidad de las fuentes de información. No obstante, nos propusimos recuperar los métodos más tradicionales de la epidemiología, usados en Inglaterra a mediados del siglo XIX por William Farr al describir causas de mortalidad y por John Snow al georreferenciar las muertes por la epidemia de Cólera en Londres, o en 1960 por el Dr. Carlos Alberto Alvarado en Jujuy para orientar las rondas de los agentes sanitarios. Con ello, buscamos demostrar cómo se puede, aún con el uso de la epidemiología descriptiva (Barata, 1997), generar conocimientos para la gestión y el diseño de políticas que superen lo meramente sectorial.

Si bien los resultados de esta investigación, no permiten concluir sobre relaciones causales lineales, validan ciertos perfiles que llaman la atención y debieran ser objetos de políticas, planes y/o acciones a nivel sectorial y extra-sectorial. En todo esto recuperamos la afirmación de Hannah Arendt (1999): “la violencia dramatiza causas”. Estas evidencias producidas podrían orientar políticas públicas buscando la equidad y la mejoría de las condiciones de vida de la población.

La violencia es hoy uno de los grandes problemas que impacta el PSEA de los conjuntos sociales e incrementa significativamente el gasto del sector salud. La necesidad de pensar y actuar sobre este problema aparece como imperiosa. Este es nuestro pequeño y modesto aporte para dicho proceso.

BIBLIOGRAFÍA

- Agran P. Castillo D. & Winn D.** (1990) "Childhood motor vehicle occupant injuries". *American Journal of Diseases of Children*, 144. pp. 653-662.
- Alazraqui M. Spinelli H Wilner A. Nadalich J. Olaeta H. & Urquía M.** (2003) "Análisis de la calidad de las estadísticas sanitarias oficiales de mortalidad por causas externas: propuesta de un circuito de información intersectorial". Buenos Aires. Mimeo.
- Alazraqui M. Spinelli H. Wilner A. & Olaeta H.** (2004) "Análisis Cualitativo de la Calidad de Información de los Sistemas Estadísticos de Salud y de Justicia sobre Muertes Violentas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en 2001". Buenos Aires. Mimeo.
- Arendt H.** (1999) Los orígenes del totalitarismo. España. Editorial Alianza.
- Assis S.G.** (1994) "Crianças e Adolescentes Violentados: Passado, Presente e Perspectivas para o Futuro". *Cadernos de Saúde Pública*, 10(1). pp. 126-134.
- Balandier G.** (1988) El Desorden, la teoría del caos y las ciencias sociales. Elogio de la fecundidad del movimiento. 2da. ed. Barcelona, España. Gedisa.
- Banco Mundial** (1993) Invertir en Salud. Informe sobre el desarrollo mundial. Washington D.C., USA.
- Bangdiwala Shrikant I. & Anzola Perez E.** (1987) "Accidentes de Tránsito, Problema de Salud en Países en Desarrollo de las Américas". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 103(2). pp. 130-138.
- Barata R.C.B.** (1997) "O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva". *Rev. Saúde Pública* 31 (5). pp. 531-537.
- Barros M.B.** (1991) "As mortes por suicidio no Brasil". En: **Roosevelt Cassorla M.S.** Do Suicidio. Campinas, Sao Paulo, Brasil. Papirus.
- Benasayag M. & Charlton E.** (1993) Esta dulce certidumbre de lo peor. Buenos Aires, Argentina. Nueva Visión.
- Boulding E.** (1981) "Las mujeres y la violencia social". En: La Violencia y sus causas. París, Francia, UNESCO.
- Buck C. Llopis A. Nájera E. & Terris M.** (1988) El Desafío de la Epidemiología: problemas y lecturas seleccionadas. Publicación científica 505. Washington D.C., USA. OPS.
- Creighton S.** (1988) "Evaluación cuantitativa del maltrato contra los niños". En: **Peter M.** (coord.) El abuso contra los niños. México, México D.F., Grijalbo.
- Chejter S. & Ruffa B.** (2002) Mujeres víctimas de violencia sexual: Proteger, recuperar, reparar. Buenos Aires, Argentina. Centro de Encuentros Cultura y Mujer.
- De Sarrasqueta P. Bilisky P. Martín H. Nastro M. & Spinelli H.** (1991). "Mortalidad de Niños y Adolescentes (1-19 Años) en la Ciudad de Buenos Aires en 1988". Archivos de Pediatría Revista de la Sociedad Argentina de Pediatría. Número 5/6, vol. 89. pp.303-318.
- Delito y Sociedad** (1992) Revista de Ciencias Sociales, Año 1, N° 1, primer semestre.
- DNPC (Dirección Nacional de Estadística y Censos)** (2001) Anuario Estadístico 2000/2001 Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.. URL:http://www.buenosaires.gov.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/anu_estadistico/capitulo%205.htm
- DNPC (Dirección Nacional de Estadística y Censos)** (2002) Demografía 2000-2001. Año 2. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- DNPC (Dirección Nacional de Política Criminal)** (2001) Sistema Nacional de Información Criminal: Informe Anual de Estadísticas Policiales. Año 2000. Sistema Nacional de Estadística Criminal, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.
- DNRPA (Dirección Nacional de los Registros Nacionales de la Propiedad del Automotor y créditos Prendarios)** (2004) Índice de Boletines Estadísticos Ministerio de Justicia Seguridad y Derechos Humanos URL:<http://www.dnrpa.gov.ar>
- Domenach J.M.** (1981) "La Violencia". En: La Violencia y sus causas. París, Francia. UNESCO.
- Enzensberger H.M.** (1994) Perspectivas de Guerra Civil. Barcelona, España. Anagrama.

- Etter I.B.** (1987) "The National Safety Council's Estimates of Injury Costs". Public Health Reports. Journal of the U.S. Public Health Service. 102(6). November-December. pp.634-636.
- Flitcraft A.** (1993) "Physicians and Domestic Violence: Challenges for Prevention". Health Affairs, winter. pp. 154-161.
- Franco S.** (1989) Violencia y/o Salud. Elementos preliminares para pensarlas y actuar. En: Presentación al grupo de trabajo Violencia y Salud en América Latina, Río de Janeiro. Diciembre 11-14 de 1989, Washington, D.C. OMS/OPS. Mimeo.
- Franco S.** (1996) "Violencia y Salud en Colombia". En: Colombia Contemporánea. Santa Fe de Bogotá, Colombia. IEPRI y ECOE Ediciones.
- Fromm E.** (1987) Anatomía de la destructividad humana. 15ta. ed. Madrid, España.
- Guerra de Macedo C.** (1994) Sociedad, Violencia y Salud: Una Nueva Agenda para la Democracia. En: Discurso Magistral en la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud. 16-17 de Noviembre, Washington, D.C. mimeo.
- Hart N.A. & Keydel G.C.** (1979) "The suicidal adolescent". American Journal Nursing. 79. pp. 80-84.
- Hennington E.Z. Cordeiro R. & Moreira Filho D.C.** (2004) "Trabalho, violencia e morte em Campinas, Sao Paulo, Brasil". Cadernos de Saúde Pública, 20(2). pp. 610-617.
- Hobsbawm E.** (1996) Historia del Siglo XX (1914-1991). Barcelona, España. Grijalbo Mondadori.
- Holder Y. Peden M. Krug E. et al.** ed. (2001) Injury Surveillance Guidelines. Geneva, Switzerland. World Health Organization.
- INDEC** (1991) Censo Nacional de Población y Vivienda. Ministerio de Economía de la República Argentina. URL: http://www.indec.mecon.gov.ar/principal.asp?id_tema=75
- INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos)** (1996) Anuario Estadístico de la República Argentina. Ministerio de Economía. Buenos Aires, Argentina. p. 574.
- INDEC** (2001) Censo Nacional de Población Hogares y Vivienda. Ministerio de Economía de la República Argentina. URL: http://www.indec.mecon.gov.ar/principal.asp?id_tema=75
- INDEC** (2003) Encuesta Permanente de Hogares, Mayo 2003. Ministerio de Economía de la República Argentina.
- ISEV (Instituto de Seguridad y Educación Vial)** (2004) **Accidentes graves y muertes en el País**. Comunicado Nro. 41 [Publicación on line]
URL: <http://www.isev.com.ar/Comunicados/detalle.asp?Id=41>
- Iunes R.** (1997) "Impacto econômico das causas externas no Brasil: um esforço de mensuração". En: Revista de Saúde Pública. 31(4). Agosto. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. pp. 38-46.
- Jeanneret O. & Sand E.A.** (1993) "Intentional violence among adolescents and young adults: an epidemiological perspective". En: Violence and Health, World Health Statistics Quarterly. 46(1). Geneve, Suiza.
- Joxe A.** (1981) "Examen crítico de los métodos cuantitativos aplicados a las investigaciones sobre las causas de la violencia". En: La Violencia y sus causas. París, Francia. UNESCO.
- Kessler G.** (2004) Sociología del delito Amateur 1era Edición. Buenos Aires, Argentina. Editorial Paidós.
- Kizer K.W. Vassar M.J. Harry R.L. & Layton K.D.** (1995) "Hospitalization charges, costs, and income for firearm-related injuries at a University Trauma Center". JAMA. 273. pp. 1768-1773.
- Krug, EG et al.** ed. (2002) World Report on violence and health. Geneva, Switzerland, World Health Organization.
- La Maga** (1997), periódico semanal, Buenos Aires, Argentina.
- Last J.M.** (1989) Diccionario de Epidemiología. Salvat Editores, Barcelona.
- Lebrão M.L. Mello J.M. Prado H & Laurenti R.** (1997) "Morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos". En: Revista de Saúde Pública. 31(4). Agosto. Univ. de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. pp. 26-37.
- Levav I. Guerrero R. Phebo L. Coe G. & Cerqueira M.T.** (1996) "El castigo corporal en la niñez: ¿endemia epidemia?". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 120(3). Marzo. pp. 229-239.

- Leymarie I.** (1993) "Violencia de la música". En: Correo de la UNESCO. Febrero. pp. 35-39.
- Lipovetsky G.** (1983) La era del vacío. 6ta. ed. Barcelona, España. Anagrama.
- Maffesoli M.** (1984) Dinámica da Violencia. São Paulo, Brasil. Vertice.
- Mazzeo V.** (1993) "Mortalidad por Suicidio en la Ciudad de Buenos Aires. Su magnitud y características. Transformaciones en el periodo 1980-1991". Mimeo. pp. 22.
- Mello J.M. Prado H. & Laurenti R.** (1997) "Apresentação" En: Revista de Saúde Pública. 31(4). Agosto. Univ. de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. pp. 1-4.
- Menéndez E.** (1990) Morir de Alcohol. México D.F., México. Alianza Editorial.
- Minayo M.C.** (1994) "AViolencia Social sob a Perspectiva da Saúde Pública". Cadernos de Saúde Pública. 10(1). pp. 7-18.
- Minayo M.C.** (1997) El Desafío del Conocimiento, investigación cualitativa en salud. Buenos Aires, Argentina. Colección Salud Colectiva, Lugar Editorial.
- Minayo M.C.** (2004) "A difícil e lenta entrada da violencia no agenda do setor saúde". Cadernos de Saúde Pública, 20(3). pp. 646-647.
- Ministerio de Salud y Acción Social de Argentina** (1990) Mortalidad y Morbilidad por Accidentes 1970, 1980, 1985 y 1986. Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Análisis de Datos., Serie 8, N° 9. Buenos Aires, Argentina. Buenos Aires, Argentina. Secretaría de Salud. pp. 33.
- Ministerio de Salud y Acción Social de Argentina** (1995) Estadísticas Vitales, Información Básica, Serie 5, N° 38. p. 65.
- Ministerio de Salud de la República Argentina** (2001) Informe Estadístico de Defunción. Guía para los médicos sobre el empleo del Modelo Internacional para el registro de la causa de muerte.
- Ministerio de Salud de la República Argentina** (Mayo 2003). Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo, República Argentina Año 2001.
- Njaine K. & Minayo M.C.S.** (2002) "Análise do discurso da imprensa sobre rebelioes de jovens infratores em regime de privação de liberdade". Ciência & Saúde Coletiva. 7 (2). pp. 285-297.
- Norman L.** (1963) "Los accidentes del tráfico: epidemiología y prevención". Cuadernos de Salud Pública. N° 12. OMS.
- O'Donnell J.C.** (1994) "Estudio de Caso: Hospital de Pediatría, SAMIC Prof. Dr. Juan P. Garrahan". El Hospital Público Tendencias y Perspectivas. Washington D.C., USA. OPS (Organización Panamericana de la Salud). Paganini Jose María y de Moraes Novaes Humberto editores, HSS/SILOS-39. pp. 323.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo)** (2002a) Dos millones de muertes por accidentes laborales cada año. Comunicado de prensa del 24-05-2002. URL: <http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/inf/pr/2002/23.htm>
- OIT** (2002b) "Un futuro sin trabajo infantil." En: Conferencia Internacional del Trabajo, 90ª reunión 2002, Informe I[B]. Ginebra, Suiza.
- OIT** (1988) "Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones." Ginebra.
- OMS (Organización Mundial de la Salud)** (1975) "Comparabilidad de las estadísticas sobre el suicidio". Crónica de la OMS, 29. pp. 201-207.
- OMS (Organización Mundial de la Salud)** (1985) "La circuncisión femenina, una costumbre tradicional peligrosa para la salud". Crónica de la OMS. 39(6). pp. 34-39.
- OMS** (1993) "La Violencia: aspectos de salud". Salud Mundial. Año 46, N° 1. Enero-Febrero. pp. 31.
- OMS** (1995a) La Salud de los Jóvenes: Un reto y una esperanza. Madrid, España.
- OMS** (1995b) Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud Décima Revisión. Washington D.C. Publicación Científica 554. OPS.
- OMS** (1998) Violencia contra la Mujer, un tema de salud prioritario. Informe del WHO Department of Women's Health and Development, URL: http://www.who.int/entity/gender/violence/violencia_infopack1.pdf
- OMS** (2004) World report on road traffic injury prevention. Geneva, Switzerland.

- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (1978) Clasificación Internacional de Enfermedades**. Washington, USA. Publicación Científica N° 353, Revisión 1975, Volumen I y II.
- OPS/OMS (1979) Condiciones de salud del niño en las Américas**. Publicación Científica N° 381. Washington D.C., USA.
- OPS/OMS (1990a) Las Condiciones de Salud en las Américas**. Publicación Científica N° 524, tomos I y II. Washington D.C., USA.
- OPS/OMS (1990b) "La violencia: un problema de salud pública que se agrava en la Región"**. Boletín Epidemiológico. 11(2). pp. 1-6.
- OPS/OMS (1993a) Prevención de accidentes y lesiones**. Serie Páltex, N° 29. Washington D.C., USA. pp. 343.
- OPS/OMS (1993b) Violencia y Salud**. Serie documentos reproducidos, (HPP2/93). Washington D.C., USA. División de Promoción y Protección de la Salud. Junio.
- OPS/OMS (1993c) "Temas de actualidad"**. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 114(6). pp. 555-559.
- OPS/OMS (1994a) "Las Condiciones de Salud en las Américas."** Washington D.C., USA. Pub. Cient., N° 549, Vol. I y II.
- OPS/OMS (1994b) La política de salud y del bienestar (Gouvernement du Quebec, Ministère de la Sante et des Services sociaux)**. Serie Documentos Reproducidos, N° 50. Washington D.C., USA. 2da. ed. Abril 1995.
- OPS/OMS (1994c) "Mortalidad por accidentes y violencia en las Américas"**. Boletín Epidemiológico. 15(2). Junio. pp.1-8.
- OPS/OMS (1995a) Situación de Salud en las Américas**. Indicadores básicos. Washington D.C., USA. Programa de Análisis de la Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano, PAHO/HDP/HDA/95.03.
- OPS/OMS (1995b) "Estadísticas de Salud de las Américas."** Pub. Cient., N° 556. Washington D.C., USA.
- OPS/OMS (1995c) "La salud de los niños en las Américas: un compromiso con nuestro futuro" Comunicación para la Salud**, N° 7. Washington D.C., USA. p.42.
- OPS/OMS (1996a) "Vigilancia Epidemiológica de homicidios y suicidios"**. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 120 (4). pp.316-324.
- OPS/OMS (1996b) La violencia en las Américas: la pandemia social del Siglo XX**. Serie de Publicaciones: Comunicación para la salud, N° 10. pp. 32.
- OPS/OMS (2002) "Sistemas de Información Geográfica en Salud. Conceptos Básicos"**. Washington D.C., USA. p. 92.
- OPS/OMS (2003) Repercusión de la violencia en la salud de las poblaciones americanas**. En: Documento de la 132ª Sesión del Comité Ejecutivo, 5 de mayo del 2003. Washington D.C., USA.
- Página/12 (1996)** diario del 15 de septiembre, Buenos Aires, Argentina.
- Peden M. McGee K. & Sharma G. (2002a) The Injury Chart Book: a graphical overview of the global burden of injuries**. Geneva, Switzerland, World Health Organization.
- Peden M. McGee K. & Krug E. Ed. (2002b) Injury: A leading cause of the global burden of disease. 2000**. Geneva, Switzerland, World Health Organization.
- Pinheiro P. (1994) "A Violencia do Rio as Portas da Emergencia"**. Cadernos de Saúde Pública. 10(1). pp. 223-225.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (1993) Informe sobre desarrollo humano**. Madrid, España. CIDEAL. Centro de Comunicación, Investigación y Documentación entre Europa, España y América Latina.
- Poklewski-Koziell K. (1981) "Estudio de la violencia desde la perspectiva de la defensa social"**. La Violencia y sus causas. París, Francia. UNESCO. pp.171-183.
- Puffer R. Griffith G. Wynne C. & Stocks Percy D. (1965) "Investigación Internacional Colaborativa sobre Mortalidad"**. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Enero. pp.1-16.
- Rasheeduddin K. (1981) "La violencia y el desarrollo económico social"**. La Violencia y sus Causas. París, Francia. UNESCO. pp.191-216.

- Restrepo H.E** (1993) "Propuesta de Acción para la Reducción de los Factores de Riesgo de Accidentes y Violencia". En: Seminario Latinoamericano de Urgencias en Salud, 4-6 de Octubre, Medellín, Colombia. pp. 15.
- Rifkin J.** (1994) El fin del trabajo. Barcelona, España. Paidós.
- Robertson L.** (1992) Injury Epidemiology. New York, United States. Oxford University Press, pp. 241.
- Rosanvallón P.** (2004) La nueva cuestión social. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Manantial.
- Rosenberg M. & Fenley M.** (1991) Violence in America. New York, USA. Oxford University Press. p. 199.
- Roux G.I.** (1993) "Ciudad y Violencia en América Latina". Documento de la División de Promoción y Protección de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. pp. 24.
- Söderlund N. & Zwi A.B.** (1995) "Mortalidad por accidentes de tránsito en países industrializados y en desarrollo". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 119(6). Diciembre. pp. 471-480.
- Somander L.K. & Rammer Lennart M.** (1991) "Intra and Extrafamilial Child Homicide en Sweden, 1971-1980". Child Abuse & Neglect. 15. pp. 45-55.
- Spinelli H.** (1998) "Razón, Salud y Violencia o la (im)potencia de la racionalidad Medico-Científica." Tesis de doctorado. UNICAMP. Brasil.
- SRT (Superintendencia de Riesgos del Trabajo)** (2003) Anuario Estadístico sobre Riesgos del Trabajo (Junio 2001 – Julio 2002). Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.
- Suárez R.** (1994) "El impacto económico de la violencia sobre las instituciones de salud en países de América Latina y El Caribe: informe preliminar". INTERACT Consulting Group, INC para la División de Promoción y Protección de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud. Noviembre. pp. 38.
- Toolan J.M.** (1975) "Suicide in children and adolescents". American Journal Psychotherapy, 29. pp. 339-344.
- Touraine A.** (1994) Crítica de la Modernidad. Buenos Aires, Argentina. Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A.
- Ugá Domínguez M.A.** (1994) "Impacto económico de la violencia sobre los servicios de salud en Río de Janeiro" p .23. En: **Suárez R.** (1994) "El impacto económico de la violencia sobre las instituciones de salud en países de América Latina y El Caribe: informe preliminar". INTERACT Consulting Group, INC para la División de Promoción y Protección de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud. Noviembre.
- UNESCO** (1981) La Violencia y sus causas, París, Francia, UNESCO.
- UNESCO** (1990) "La violencia y el terror en los medios de comunicación de masas". Estudios y Documentos de Comunicación Social, 102. pp. 9-49.
- WHO (World Health Organization)** (1994) Progress Towards Health for All Statistics of Member States. Geneva, Switzerland. pp.191.
- WHO** (1995) The World Health Report 1995, Bridging the gaps, Geneva, Switzerland, Media Information.
- WHO (World Health Organization)** (1966) World Health Statistics Annual. Geneva, Switzerland. pp.715.
- WHO** (2003) The World Health Report 2003, Shaping the future. Geneva, Switzerland. World Health Organization.
- WHO** (2003) "Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority." Ginebra. OMS, 1996 (documento WHO/EHA/SPI.POA.2). En: Informe Mundial sobre la violencia y la salud 2003. Publicación Científica y Técnica, N° 588. Washington D.C. OPS/OMS.
- Wolf R.S.** (1994) "Maltrato del Anciano". En: La Atención de los Ancianos: un desafío para los años noventa. Publicación científica, N° 546. Washington D.C., USA.
- Anzola Perez E. Galinsky D. Morales Martinez F. Salas Aguilar R. & Sanchez A.** editores. OPS. pp. 488.
- Yunes J. & Rajs D.** (1994) "Tendencia de la Mortalidad por Causas Violentas en la Población General y entre los Adolescentes y Jóvenes de la Región de las Américas". Cadernos de Saúde Pública, 10(1). pp. 88-91.

Centro de Estudios de Estado y Sociedad
Sánchez de Bustamante 27
C1173AAA – Buenos Aires – Argentina
Teléfonos (54 11) 4861-2126 / 5204
Fax (54 11) 4862-0805
www.cedes.org