

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.

[125]

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 de los períodos en estudio 1988-1991 y 2001-2002 muestra una disminución de los accidentes, estabilidad de los suicidios y el in-

cremento 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 suicidio representan el 22,8% de las muertes violentas del período (1085 casos). Las mayores tasas de suicidio 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 período 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 período 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.

[126]

Los homicidios (no discrimina entre culposos y dolosos) representaron el 17,0% del total de muertes violentas en el período (811 casos). Se observaron tasas de homicidio 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 período estudiado. La distribución porcentual por sexo es mayor en varones, presentando también una tendencia en aumento en el período. En los homicidios el porcentaje de mujeres en relación a los hombres fue marcadamente menor. Los grupos de edades más afectados en el período estuvieron entre 15 y 34 años, con mayor magnitud entre 20 y 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 fue *herida de bala*, y en segundo lugar con un valor menor *herida con arma blanca* (15,9%). La Comisaría 32 presen-

tó 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 el período en estudio.

Los accidentes de tránsito incluyen 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 resultados obtenidos 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 (Mapa 28), 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 la denominación de violencia ignorada pone en cuestionamiento la determinación violenta 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 período 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 muerte.³²

La Tabla 16 presenta los tipos de muertes violentas publicados por la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS) correspondientes al período de esta investigación.³³ Al comparar los resultados de esta investigación con los presentados por la DEIS a través de distribuciones porcentuales por tipo de violencia y período se observa una tendencia temporal semejante en suicidios, con leve tendencia decreciente entre el comienzo y final del período (Tablas 4 y 21). Los homicidios tienen una tendencia temporal semejante en ambas tablas, con un marcado aumento en el período considerado. Los accidentes tienen una tendencia temporal hacia la disminución al final del período, aunque la forma de las curvas temporales sea diferente. Las muertes violentas ignoradas tienen cur-

[128]

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.

vas de tendencia temporal diferentes, diferencia que es muy marcada en el período 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. A pesar de estas diferencias concluimos que los hallazgos de esta investigación son coincidentes con las proporciones calculadas a partir de los datos oficiales en la Tabla 16 y con la tendencia de tasas de mortalidad para los mismos eventos que se observan en la CABA, en la serie cronológica 1988-2002 (Anexo VI). Más allá de las aclaraciones anteriores, es evidente la disminución en el total de muertes violentas pero con comportamientos diferentes según el tipo de muerte analizada.

Tabla 16
Distribución porcentual de los Tipos de Muerte Violenta
según Período, en residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
durante los años 1988, 1991, 2001 y 2002

Tipo de muerte Violenta	Período			
	1988 (Año) % (n)	1991 (Año) % (n)	2001 (Año) % (n)	2002 (Año) % (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)

[129]

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.

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*.

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 cuáles eran, los datos de los mismos constituían las estadísticas oficiales.

[130]

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.

Los sistemas de información geográficos dan cuenta de las heterogeneidades espaciales y la detección de zonas vulnerables que muchos indicadores no permiten detectar, por esto destacamos 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. Si bien el domicilio de la víctima y del lugar de ocurrencia de la violencia constan en el Informe Estadístico de Defunción no se registran 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.

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 muerte violenta, pobreza, delitos y percepción de violencias? La cantidad de hechos delictuosos 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 delictuosos en 1990 a 191.755 en 1999. En términos de tasas, pasó de 2.046 hechos delictuosos por 100.000 habitantes en 1990 a 6.301 por 100.000 habitantes en 1999 (Kessler, 2004). Los datos producto de esta investigación señalan un incremento temporal en el número de homicidios enmarcado en una disminución en los números de muertes violentas, que pasaron de alrededor de 1000 muertes para los semestres 88 y 91 a 1438 y 1304 para la totalidad de los años 2001 y 2002. Estos datos de muertes violentas aparecen como contrastantes con la magnitud en el aumento de la pobreza, de los delitos y de la percepción de la población de que la violencia ha aumentado. En relación con esto último, 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. La relación entre muerte violenta, pobreza y percepción de la violencia amerita otras investigaciones que nos aproximen al conocimiento de la situación actual y la com-

[132]

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, financiadas parcialmente por el Programa VIGI+A del Ministerio de Salud de la Nación (Alazraqui *et al.*, 2003; Alazraqui *et al.*, 2004).

pleja red interpretativa que existe en relación a la violencia. En todo esto recuperamos la afirmación de Hannah Arendt (1999): "la violencia dramatiza causas". 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 de 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.

Los resultados de esta investigación nos permiten validar ciertos perfiles que llaman la atención y debieran ser objetos de políticas, planes y/o acciones a nivel sectorial y extra-sectorial. 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.