

# 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 tan 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.

[18]

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 Enferme-

dades 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)<sup>6</sup>.

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

[19]

---

<sup>6</sup> El subregistro para Suárez (1994) es del 80%, esto debe entenderse en el marco de que Chile es considerado por los Organismos Internacionales como casi sin subregistros en sus estadísticas de salud (OPS, 1995a).

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 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 por ejemplo el caso de las muertes por suicidio que, al negarles algunas iglesias los servicios religiosos al suicida, obliga a la familia a 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 morbimortalidad<sup>7</sup>

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 100.000 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 1070 (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).

[21]

---

<sup>7</sup> 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 en la información disponible. No obstante, sus valores por lo general no son importantes. Las tasas, excepto mención especial, están calculadas por 100.000 habitantes.

La estimación de la relación morbilidad-mortalidad por causas violentas varía según la 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 seleccionados<sup>8</sup>, 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).

[22] 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

---

<sup>8</sup> Australia, Países Bajos, Nueva Zelanda, Suecia y Estados Unidos.

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, ¿sexocidio? (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 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.

[23]

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 femenina<sup>9</sup>. 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 sig-

<sup>9</sup> La misma se realiza bajo tres formas: circuncisión propiamente dicha, clitoridectomía e infibulación.

nifica 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 30<sup>10</sup> (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.

[24]

Otro problema central por su impacto en la morbilidad 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

---

<sup>10</sup> 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 61,95 de las mujeres con cuatro hijos estaba presa por esa causa (La Maga, 1997).



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 se incrementaron en la 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 período 1955-1959 con 1970-1979 (OMS, 1995a). Al analizar el índice de motorización, indicador también 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 cómo 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"<sup>11</sup>.

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.

---

<sup>11</sup> 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.

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.

[26] 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).

### **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 pp.43-4). 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 Aires.<sup>12</sup> 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).

[27]

---

<sup>12</sup> No existen series cronológicas equivalentes construidas para homicidios y accidentes.

**Tabla 1**  
**Tasas Quinquenales de Mortalidad por Suicidio (por 100.000 habitantes)**  
**Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 1880-2002**

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 <sup>13</sup>	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.

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

<sup>13</sup> Los datos del 2003 y 2004 aún no están disponibles.

29 de Octubre de 2000 datos del RENAR<sup>14</sup> 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).

[29]

---

<sup>14</sup> 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](http://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 de 2004 y, al momento de la edición de este libro, no fue contestado aún por las autoridades.

## La traducción económica<sup>15</sup>

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 sí 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 indirectos<sup>16</sup>. 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 estimado es de US\$ 11.400 millones. Si bien los valores varían mucho de un país a

[30]

<sup>15</sup> 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.

<sup>16</sup> 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.

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 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 deben 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 sobretudo 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 período 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 período 1985-2002, podemos apreciar que cuatro de ellas disminuyen sus tasas en el período (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.

**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	1985 Número en miles	1985 Tasa	1990 Número en miles	1990 Tasa	2002 Número en miles	2002 Tasa
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).

[34]

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).

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 período 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, encuentra que la tendencia de las tasas es descendente. Balandier (1988) afirma que es muy difícil comparar la cuantía del problema en 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 ni 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 períodos, los lugares y hasta las afirmaciones de los investigadores acerca de la magnitud de su impacto y sus tendencias, son

disparos. 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:

- a) 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;
- b) 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);
- c) 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 olvidarnos 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.