

Universidad Nacional del Nordeste.
Facultad de Medicina. Carrera de Licenciatura en Enfermería.

Maestría en Ciencias de la Enfermería Comunitaria

**“Evolución temporal de las lesiones físicas por violencia
interpersonal en la Región de NEA, Argentina
2014-2017.”**



Autora Lic. Lucia Inés Sánchez
Directora Magister Mónica Cristina Auchter
Corrientes, Argentina 2020

Universidad Nacional del Nordeste.

Facultad de Medicina. Carrera de Enfermera.

“Evolución temporal de las lesiones físicas por violencia interpersonal en la Región de NEA, Argentina 2014-2017.”

Directora de la Tesis:

Magister Mónica Cristina Auchter

Miembros de Tribunal Evaluador.

Dictamen y Evaluación del Tribunal Evaluador.

2020

Dedicatoria

Quiero agradecer a mis mentoras, porque son un ejemplo a seguir y las admiro.
La Dra. Mónica Cristina Auchter por su dedicación, paciencia y ayuda permanente.
Y la Magister Viviana Lifschitz por su acompañamiento y enseñanzas en este camino
recorrido durante la elaboración de la tesis.

INDICE DE CONTENIDOS

| | |
|---|----|
| PROLOGO | 10 |
| RESUMEN | 11 |
| CAPITULO I | 22 |
| Introducción y planteamiento del problema | 23 |
| Pregunta de investigación | 27 |
| Objetivos | 27 |
| Marco teórico | 28 |
| CAPITULO II | 55 |
| Estrategia Metodológica | 56 |
| Diseño | 56 |
| Población o universo | 57 |
| Unidad de análisis | 57 |
| Criterios de Inclusión | 57 |
| Variables | 57 |
| Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos | 61 |
| CAPITULO III | 61 |
| Resultados de la investigación | 62 |
| CAPITULO IV | 80 |
| Discusión | 81 |
| CONCLUSIONES | 87 |
| BIBLIOGRAFÍA | 91 |

INDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico 1 Frecuencia de lesiones sin determinar intencionalidad, reportada en las provincias del NEA 2014-2017 | 64 |
| Gráfico 2 Lesiones totales/Interpersonales. NEA período 2014-2017 | 64 |
| Gráfico 3 Porcentaje Lesiones Interpersonales reportadas por provincia 2014-2017 | 65 |
| Gráfico 4 Distribución de casos reportados de lesiones interpersonales 2014-2017 regional NEA | 66 |
| Gráfico 5 distribución lesiones reportadas regional por año 2014-2017 | 67 |
| Gráfico 6 Frecuencia de casos de lesiones. Corrientes 2014-2017 | 67 |
| Gráfico 7 Frecuencia de casos de lesiones. Chaco 2014-2017 | 68 |
| Gráfico 8 Frecuencia de casos de lesiones. Misiones 2014-2017 | 68 |
| Gráfico 9 Distribución del sexo de los casos reportados Promedios 2014-2017 | 69 |
| Gráfico 10 Distribución del sexo de los casos reportados. Chaco 2014-2017 | 69 |
| Gráfico 11 Frecuencia de casos lesiones interpersonales según sexo del agresor por provincia-NEA 2014-2017 | 71 |
| Gráfico 12 Promedios de edad de los casos reportados. Corrientes. Chaco. Misiones 2014-2017 | 71 |

| | |
|--|----|
| Gráfico 13 Porcentaje de casos reportados según rango etario. NEA 2014-2017 | 72 |
| Gráfico 14 Total de casos reportados según rangos etarios. Corrientes. Chaco. Misiones 2014-2017 | 73 |
| Grafico 15 Distribución de frecuencia de edades de casos de lesiones reportados de la Provincia de Corrientes 2014-2017 | 73 |
| Gráfico 16 Frecuencia de casos de lesiones interpersonales según grupo etario NEA 2014-2017 | 74 |
| Gráfico 17 Situación Laboral de los casos. NEA período 2014-2017 | 74 |
| Gráfico 18 Situación laboral de las personas reportadas con lesiones físicas por violencia interpersonal por provincia 2014-2017 | 75 |
| Gráfico 19 Distribución porcentual del Mecanismo de la lesión. NEA 2014-2017 | 76 |
| Gráfico 20 Porcentaje de casos según contexto de la agresión. NEA 2014-2017 | 77 |
| Gráfico 21 Porcentaje de casos según relación víctima/agresor. Corrientes. Chaco. Misiones 2014-2017 | 79 |

INDICE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1 Frecuencia de lesiones totales/Interpersonales Nivel Argentina-NEA 2014-2017 | 63 |
| Tabla 2 Total lesiones sin discriminar intencionalidad Región NEA 2014-2017 | 63 |
| Tabla 3 Frecuencia de lesiones Totales/Interpersonales Región NEA 2014-2017 | 65 |
| Tabla 4 Edad de los casos reportados de lesiones interpersonales. Medidas de tendencia central y de dispersión Provincia de Corrientes, Chaco, Misiones 2014-2017 | 71 |
| Tabla 5 Contexto de la agresión Corrientes-Chaco-Misiones 2014-2017 | 78 |

LISTA DE SIGLAS O ABREVIATURAS

OMS Organización Mundial de la Salud

NEA Noreste Argentino

SIVILE Sistema de Vigilancia de Lesiones

LAC Latinoamérica y el Caribe

SE Semanas Epidemiológicas

SISA Sistema Integrado de Información Sanitario Argentino

UCL Unidades Centinelas de Lesiones

Prologo

La violencia flagelo de la sociedad, omnipresente y crudamente real. A través de la historia del mundo y la humanidad la violencia ejercida sobre los más débiles caracteriza a nuestra raza como signo de poder del más fuerte, del que manda.

Conocer las características de la violencia sus facetas y peculiaridades es fundamental, teniendo conocimiento de ella tomamos conciencia de las características de la sociedad donde se origina y generamos una punta de ovillo para abordarla y combatirla.

La investigación utilizó datos poblacionales de la región NEA de la República Argentina en el periodo 2014-2017, cuyo objetivo principal es describir la evolución temporal de las lesiones físicas por violencia interpersonal en la región NEA en periodo 2014-2017. En cuanto a las limitaciones encontradas la falencia de los registros en las provincias son el principal escollo insorteable, debiendo trabajar con los casos reportados a pesar del sub registro imaginable de casos de lesiones por violencia que no son reportados.

Resumen



El objetivo de la investigación fue comparar la evolución temporal de los casos de lesiones físicas por violencia interpersonal en el periodo 2014-2017, reportados en el Sistema de Vigilancia de Lesiones (SIVILE) en las provincias de la región del NEA Argentino.

La violencia y sus diferentes formas de expresión se han convertido en un problema de Salud Pública para muchos gobiernos, tanto locales como nacionales, constituyendo un problema de magnitud que se extiende con rapidez en distintos lugares y ámbitos.

Según la Organización Mundial de la Salud en el año 2000, entre las principales causas de lesiones en el mundo se encontraban en segundo lugar la violencia autoinflingida (16%) e interpersonal (10%) solo superada por las debidas a vehículo automotor (25%).

Por lo mencionado someramente sobre esta problemática compleja se aprecia a que es necesaria una aproximación pragmática, basada en la observación minuciosa de la realidad a fin de constituir un llamado de atención para entidades estatales y equipos de salud pública sobre un problema que se incrementa año tras año.

La investigación aporta datos singulares del área geográfica donde se realiza el estudio, perfilando a grandes rasgos la tendencia de la población atendida en relación a las lesiones físicas por violencia interpersonal, contribuyendo al acervo de conocimientos sobre el tema en la región.

Respecto al impacto de los resultados del trabajo los mismos podrán ser base para el diseño de políticas y programas de prevención locales y provinciales sobre violencia interpersonal contribuyendo a que estos sean dirigidos de manera pertinente en función de las peculiaridades del fenómeno en esa comunidad.

La violencia, la criminalidad y la inseguridad constituyen un problema de enorme magnitud que se extiende con rapidez en distintos lugares y ámbitos. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año más de 1,6 millones de personas pierden la vida de manera violenta en el mundo, de los cuales 51% corresponden a suicidios, 37% a homicidios y 11% a guerras y conflictos civiles.

Este patrón es diferente en América Latina, donde las tasas de homicidios son casi tres veces mayores que las de suicidios. Partiendo de datos nacionales disponibles en sus países miembros, la OMS ubica a la región de las Américas -16,4 homicidios por cada 100. 000 habitantes en 2004- como la segunda más violenta del mundo, solo superada

por África subsahariana, si bien es cierto que en las Américas el número de homicidios incluye las muertes por guerras y conflictos civiles o armados.

En América Latina la violencia es extensa y tiene inmensos costos, en la región hay 140.000 homicidios por año; cada latinoamericano pierde el equivalente a tres días anuales de vida saludable por causa de la violencia; 28 millones de familias son sujetas a robo o hurto en un año. La violencia medida por cualquiera de estos indicadores es cinco veces más alta en esta región que en el resto del mundo.

En la Región de América del sur la violencia alcanza proporciones epidémicas, constituyendo una de las principales causas de muerte en el grupo etario de 15 a 44 años y resultando responsable de 15% de las defunciones de hombres y 7% de mujeres.

Una de las maneras en las que puede evidenciarse la violencia son las lesiones, en la actualidad existen sistemas de vigilancia de las mismas; en la Argentina, formando parte del sistema de vigilancia del país se encuentran las Unidades Centinela del Sistema de Vigilancia de Lesiones (SIVILE). Empezaron a funcionar en el año 2003 y proporcionan información analizada por el Programa Nacional de Prevención y Control de Lesiones que funciona dentro de la Dirección de Promoción y Protección de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

Las unidades Centinela del Sistema de Vigilancia de Lesiones (SIVILE), proporcionan información sin base poblacional, dando un panorama local e intensivo, de las circunstancias en que se producen las lesiones. Si bien con los datos obtenidos no se pueden construir tasas ni realizar inferencias aplicables al total de la población, si se pueden determinar tendencias y comparaciones en el tiempo, lo cual es útil para tomar acciones de planificación y control a nivel local.

La información obtenida mediante los sistemas de vigilancia del país es divulgada a través de publicaciones como el Boletín Epidemiológico Periódico, que difunde información referida a la situación de la morbilidad y mortalidad observada en el país y sus jurisdicciones, divulga las metodologías utilizadas y promueve su utilización con análisis a nivel local impulsando el trabajo en equipos interdisciplinarios a través de una visión integral del proceso salud – enfermedad – atención.

En estos sistemas de vigilancia, el criterio de clasificación de las lesiones se relaciona con la intencionalidad en la producción de las mismas; de esta manera, se distinguen

lesiones intencionales y lesiones no intencionales. Las lesiones intencionales resultan de relaciones interpersonales violentas o bien de violencia autoinflingida, en el caso de los suicidios.

En el año 2000, según la OMS, la violencia interpersonal se encontraba entre las principales causas de lesiones en el mundo; ese mismo año, en Latinoamérica y el Caribe (LAC) se produjeron 477.000 muertes por lesiones. El 63% de ellas fueron no intencionales mientras que los 37% intencionales, de las cuales el 72% ocurrieron por causa de la violencia interpersonal.

Según la OMS, aproximadamente 16.000 personas mueren por día y casi 6 millones por año a causa de lesiones por causas externas; con una tasa de mortalidad por cada 100.000 habitantes de 97,9. Si esta se especifica por sexo, la que corresponde a los hombres (128,6) es algo más del doble que la de las mujeres (66,7).

En la Argentina, en 2004, las lesiones por causas externas constituyeron la cuarta causa de muerte precedida por las enfermedades cardiovasculares en primer lugar, los tumores como segunda causa y las infecciones como tercera. Las causas externas constituyeron, también en 2004, la primera causa de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP). Las estadísticas tanto mundiales como nacionales, dan cuenta a simple vista de que las lesiones constituyen un grave problema de salud pública.

Respecto al diseño de esta tesis, según la estrategia general la investigación fue de tipo cuantitativo examinando datos de manera numérica mediante análisis estadísticos; según el análisis y el alcance de los resultados fue descriptivo teniendo por objeto determinar la situación de las variables estudiadas en la población específica, la presencia o ausencia de alguna de ellas, la frecuencia y en quienes; según el periodo y la secuencia del estudio fue transversal, midiendo las variables una única vez en el lapso de tiempo determinado; según la intervención del investigador fue observacional, sin manipulación por parte del investigador.

Se trabajaron las variables: semana epidemiológica en que se produjo la lesión, sexo de la víctima/agresor, edad, situación laboral, relación víctima/agresor, mecanismo de la lesión y contexto de la agresión.

La unidad de análisis fueron las lesiones físicas por violencia interpersonal en la región del NEA de Argentina.

El aval del Comité de Ética en Investigación del Hospital José Ramón Vidal contempló el acuerdo de compromiso y confidencialidad vigente.

Los resultados buscaron dar respuesta al objetivo de comparar la evolución temporal de los casos reportados por lesiones físicas por violencia interpersonal en el periodo 2014-2017 en el Sistema de Vigilancia de Lesiones (SIVILE) entre las provincias de la región del NEA, Argentina. Para ello se llevó a cabo el relevamiento de las bases de datos del sistema de vigilancia de lesiones de la Argentina (SIVILE) que registran las lesiones, sus características y circunstancias en que se producen.

De los 17.270 casos de lesiones de la región NEA, fueron lesiones físicas por violencia interpersonal 1.287 (7,45%), si se considera el total de casos de lesiones interpersonales reportados a nivel país en el periodo 2014- 2017 el porcentaje fue de 14,81%.

En relación a las provincias del NEA, Corrientes presentó mayor registro de casos de este tipo de lesiones interpersonales (14,66%), seguido por Misiones (9,24%) y luego Chaco (0,77%).

Al contemplar el periodo 2014-2017 en la región NEA se evidenció que en las cuatrisesmanas epidemiológicas 13, 1, 2 y 9 el número de casos reportados fue mayor, correspondiendo a los meses de Diciembre, Enero, Febrero y Agosto respectivamente.

Con respecto al sexo de las víctimas, en las provincias estudiadas (Corrientes, Chaco y Misiones) por año (2014-2017) los resultados mostraron predominio del sexo masculino en los casos reportados de lesiones físicas por violencia interpersonal, con una razón de 2,77 varones por cada mujer.

Sobre la edad de los casos reportados, el promedio en las provincias de Corrientes y Misiones rondó los 29 y 27 años, a diferencia de Chaco donde se observó un promedio menor de edad (16 años).

A los efectos del estudio se separaron por rangos de edades a la población obteniendo que del total de casos de las provincias Corrientes, Chaco y Misiones los rangos etarios que presentaron más frecuencia de casos reportados fueron los grupos de 15 a 19, de 20 a 24, de 25 a 34 y de 35 a 44 años.

En las variables sociodemográficas, respecto a la situación laboral en todas las provincias estudiadas predominó la categoría sin dato reflejando un vacío en los registros; le continuaron en frecuencia las opciones no trabaja/estudiante y trabaja a

tiempo completo; también se destacaron las categorías no sabe/ no responde, y trabaja a tiempo parcial.

La variable vinculada con el mecanismo de la lesión, mostró en general en todas las provincias y años en estudio las categorías golpe por objetos y personas, trauma con objeto punzo-cortante y arma de fuego.

La agresión sexual se encontró registrada como mecanismo de lesión en las provincias de Corrientes y Chaco presentando una proporción de los casos del 1,71 % para Corrientes y de 0,81 % para Chaco.

En lo referentes al contexto de la agresión de los casos de lesiones físicas por violencia interpersonal, en todas las provincias durante el periodo en estudio (2014-2017) las categorías mayoritarias fueron riñas o peleas no familiares y robo u otros crímenes; en el último lugar se ubicó la violencia doméstica intrafamiliar presente en todos los años con tendencia creciente.

Con respecto a la variable relación víctima/agresor en todas las provincias se destacó la relación persona desconocida (extraño), también estuvo presente la categoría amigos /y conocidos. Dentro del contexto familiar las relaciones víctima/agresor fueron pareja o ex pareja, padres padrastros y otros familiares.

En conclusión, respecto al total de lesiones reportadas en la región del NEA 17.270 casos, correspondieron a las lesiones interpersonales 1287 (7,45%) con mayor frecuencia en la provincia de Corrientes; los meses que se destacaron con más casos fueron diciembre, enero, febrero y agosto en el periodo de estudio. Mayoritariamente las lesiones fueron protagonizadas por hombres, con mayores diferencias entre sexos en Corrientes; respecto a la edad se halló una población joven, con promedio más bajo de edad en Chaco.

La situación laboral predominante fue de estudiante, también se observó la categoría sin datos encabezando la lista; en lo que respecta al mecanismo de la lesión los golpes por objetos o personas fueron mayoría, seguidos de heridas por objetos corto punzantes y armas de fuego, en un contexto de riñas o peleas no familiares y robos.

La evolución temporal de los casos de lesiones físicas interpersonales en las provincias de la región NEA, exceptuando Formosa presentó una tendencia en descenso considerando la frecuencia de los registros desde al año 2014 al 2017.

Palabras claves: Violencia. Lesiones. Físicas. Interpersonal.

Summary

The objective of the investigation was to compare the temporal evolution of the cases of physical injuries due to interpersonal violence in the 2014-2017 periods, reported in the Injury Surveillance System (SIVILE) in the provinces of the NEA Argentine region.

Violence and its different forms of expression have become a Public Health problem for many governments, both local and national, constituting a problem of magnitude that spreads rapidly in different places and areas.

According to the World Health Organization in 2000, self-inflicted violence (16%) and interpersonal violence (10%) were second only to those caused by motor vehicles (25%).).

From the briefly mentioned on this complex problem, it can be seen that a pragmatic approach is necessary, based on the careful observation of reality in order to constitute a call for attention for state entities and public health teams on a problem that increases year after year.

The research provides unique data from the geographical area where the study is conducted, outlining the trend of the population served in relation to physical injuries due to interpersonal violence, contributing to the wealth of knowledge on the subject in the region.

Regarding the impact of the results of the work, they may be the basis for the design of local and provincial prevention policies and programs on interpersonal violence, contributing to their being directed in a pertinent way depending on the peculiarities of the phenomenon in that community.

Violence, crime and insecurity are a problem of enormous magnitude that is spreading rapidly in different places and areas. According to estimates by the World Health Organization (WHO), each year more than 1.6 million people lose their lives violently in the world, of which 51% correspond to suicides, 37% to homicides and 11% to wars, and civil conflicts.

This pattern is different in Latin America, where homicide rates are almost three times higher than suicide rates. Based on national data available in its member countries,

WHO places the Americas region -16.4 homicides per 100,000 inhabitants in 2004- as the second most violent in the world, second only to sub-Saharan Africa, although it is true that in the Americas the number of homicides includes deaths from wars and civil or armed conflicts.

In Latin America the violence is extensive and has immense costs, in the region there are 140,000 homicides per year; each Latin American loses the equivalent of three days a year of healthy life due to violence; 28 million families are subject to robbery or theft in one year. Violence measured by any of these indicators is five times higher in this region than in the rest of the world.

In the South American Region, violence reaches epidemic proportions, constituting one of the main causes of death in the age group of 15 to 44 years and being responsible for 15% of the deaths of men and 7% of women.

One of the ways in which violence can be evidenced is injuries, currently there are surveillance systems for them; In Argentina, the Sentinel Units of the Injury Surveillance System (SIVILE) are part of the country's surveillance system. They began operating in 2003 and provide information analyzed by the National Injury Prevention and Control Program that operates within the Health Promotion and Protection Directorate of the National Ministry of Health.

The Sentinel units of the Injury Surveillance System (SIVILE) provide information without a population base, giving a local and intensive overview of the circumstances in which injuries occur. Although with the obtained data it is not possible to construct rates or make inferences applicable to the total population, if trends and comparisons can be determined over time, which is useful for taking planning and control actions at the local level.

The information obtained through the country's surveillance systems is disclosed through publications such as the Periodic Epidemiological Bulletin, which disseminates information regarding the situation of morbidity and mortality observed in the country and its jurisdictions, discloses the methodologies used and promotes their use with analysis at the local level promoting work in interdisciplinary teams through a comprehensive vision of the health-disease-care process.

In these surveillance systems, the criteria for classifying injuries are related to the intentionality of their production; in this way, intentional and unintentional injuries are

distinguished. Intentional injuries result from violent interpersonal relationships or self-inflicted violence, in the case of suicide.

In 2000, according to the WHO, interpersonal violence was among the main causes of injuries in the world; that same year, in Latin America and the Caribbean (LAC) there were 477,000 deaths from injuries. 63% of them were unintentional while 37% were intentional, of which 72% occurred due to interpersonal violence.

According to the WHO, approximately 16,000 people die per day and almost 6 million per year from injuries from external causes; with a mortality rate per 100,000 inhabitants of 97.9. If this is specified by sex, that corresponding to men (128.6) is slightly more than double that of women (66.7).

In Argentina, in 2004, injuries due to external causes constituted the fourth cause of death preceded by cardiovascular diseases in the first place, tumors as the second cause and infections as the third. External causes constituted, also in 2004, the first cause of Potential Years of Life Lost (APVP). Both global and national statistics show at a glance that injuries are a serious public health problem.

Regarding the design of this thesis, according to the general strategy, the research was of a quantitative type, examining data numerically through statistical analysis; According to the analysis and the scope of the results, it was descriptive in order to determine the situation of the variables studied in the specific population, the presence or absence of any of them, the frequency and in whom; according to the period and the sequence of the study, it was cross-sectional, measuring the variables only once in the determined period of time; according to the researcher's intervention, it was observational, without manipulation by the researcher.

Variables were worked: epidemiological week in which the injury occurred sex of the victim / aggressor, age, employment situation, victim / aggressor relationship, mechanism of injury and context of aggression.

The unit of analysis was physical injuries due to interpersonal violence in the NEA region of Argentina.

The endorsement of the Research Ethics Committee of the José Ramón Vidal Hospital contemplated the commitment and confidentiality agreement in force.

The results sought to respond to the objective of comparing the temporal evolution of the cases reported by physical injuries due to interpersonal violence in the 2014-2017

periods in the Injury Surveillance System (SIVILE) among the provinces of the NEA region, Argentina. For this purpose, a survey of the databases of the Argentine injury surveillance system (SIVILE) was carried out, which records injuries, their characteristics and the circumstances in which they occur.

Of the 17,270 cases of injuries in the NEA region, 1,287 (7.45%) were physical injuries due to interpersonal violence, considering the total number of interpersonal injury cases reported at the country level in the 2014-2017 period, the percentage was 14 , 81%.

In relation to the NEA provinces, Corrientes presented the highest record of cases of this type of interpersonal injury (14.66%), followed by Misiones (9.24%) and then Chaco (0.77%).

When looking at the 2014-2017 period in the NEA region, it was evident that in the epidemiological four-week periods 13, 1, 2 and 9, the number of reported cases was higher, corresponding to the months of December, January, February and August, respectively.

Regarding the sex of the victims, in the provinces studied (Corrientes, Chaco and Misiones) by year (2014-2017) the results showed a predominance of the male sex in the reported cases of physical injuries due to interpersonal violence, with a ratio of 2, 77 men for each woman.

Regarding the age of the reported cases, the average in the provinces of Corrientes and Misiones was around 29 and 27 years, unlike in Chaco where a minor average age (16 years) was observed.

For the purposes of the study, the population was separated by age ranges, obtaining that of the total cases of the Corrientes, Chaco and Misiones provinces, the age ranges that presented the highest frequency of reported cases were groups of 15 to 19, 20 to 24 , from 25 to 34 and from 35 to 44 years old.

In the sociodemographic variables, regarding the employment situation in all the provinces studied, the category without data predominated, reflecting a gap in the records; you are frequently followed by options not working / student and working full time; The categories do not know / do not respond, and work part-time were also highlighted.

The variable linked to the mechanism of the injury showed, in general in all the provinces and years under study, the categories hit by objects and people, trauma with a sharp object and a firearm.

Sexual assault was found registered as a mechanism of injury in the provinces of Corrientes and Chaco, presenting a proportion of cases of 1.71% for Corrientes and 0.81% for Chaco.

Regarding the context of aggression in cases of physical injuries due to interpersonal violence, in all the provinces during the period under study (2014-2017) the main categories were non-family fights or fights and robbery or other crimes; in last place was the intra-family domestic violence present in all years with an increasing trend.

Regarding the variable victim / aggressor relationship in all provinces, the relationship unknown person (stranger) stood out, the category friends / acquaintances was also present. Within the family context, the victim / aggressor relationships were couples or ex-partners, parents, stepparents and other relatives.

In conclusion, regarding the total of injuries reported in the NEA region 17,270 cases corresponded to interpersonal injuries 1,287 (7.45%) with more frequency in the province of Corrientes; The months that stood out with the most cases were December, January, February and August in the study period. Most of the injuries were carried out by men, with greater differences between the sexes in Corrientes; regarding age, a young population was found, with a lower average age in Chaco.

The predominant work situation was student, the category without data was also observed at the top of the list; Regarding the mechanism of the injury, hits by objects or people were the majority, followed by injuries by sharp objects and firearms, in a context of fights or unfamiliar fights and robberies.

The temporal evolution of the cases of interpersonal physical injuries in the provinces of the NEA region, except Formosa, presented a decreasing trend considering the frequency of the records from 2014 to 2017.

Key words: Violence. Injuries Physical. Interpersonal.

CAPITULO I



Introducción y planteamiento del problema

La violencia es un flagelo presente en todos los ámbitos y afecta directa e indirectamente a las personas, en la actualidad nadie está exento de sufrir algún hecho de violencia en su entorno cercano.

La violencia, la criminalidad y la inseguridad constituyen un problema que se extiende con rapidez en distintos lugares y ámbitos. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año más de 1,6 millones de personas pierden la vida de manera violenta en el mundo, de los cuales 51% corresponden a suicidios, 37% a homicidios y 11% a guerras y conflictos civiles. Este patrón es diferente en América Latina, donde las tasas de homicidios son casi tres veces mayores que las tasas de suicidios¹.

Según datos nacionales disponibles en sus países miembros, la OMS ubica a la región de las Américas como la segunda más violenta del mundo con 16,4 homicidios por cada 100 000 habitantes en 2004, solo superada por África subsahariana,^{2,3} si bien es cierto que en las américa las el número de homicidios incluye las muertes por guerras y conflictos civiles o armados.

En América Latina la violencia es extensa y tiene altos costos; en la región hay 140.000 homicidios por año; cada latinoamericano pierde el equivalente a tres días anuales de vida saludable por causa de la violencia; 28 millones de familias son sujetas a robo o hurto en un año. La violencia medida por cualquiera de estos indicadores es cinco veces más alta en esta región que en el resto del mundo.⁴

En América del Sur la violencia alcanza proporciones epidémicas, constituyendo una de las principales causas de muerte en el grupo etario de 15 a 44 años y resultando responsable del 15% de las defunciones de hombres y 7% de mujeres⁵. De acuerdo con la OMS, solo en el año 2000 ocurrieron 199.000 homicidios (92 por 100 000 habitantes) en jóvenes de entre 10 y 29 años de edad⁶. Y si bien es cierto que las altas tasas de homicidios son un fenómeno que afecta a todo el continente, también lo es que hay marcadas diferencias entre los países⁷.

Una de las maneras en las que se evidencia la violencia son las lesiones y en la actualidad existen sistemas de vigilancia de las mismas. En Argentina, formando parte

del sistema de vigilancia del país se encuentran las Unidades Centinela del Sistema de Vigilancia de Lesiones (SI.VI.LE). Empezó a funcionar en el año 2003 y proporcionan información analizada por el Programa Nacional de Prevención y Control de Lesiones que funciona dentro de la Dirección de Promoción y Protección de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

Las Unidades Centinela del Sistema de Vigilancia de Lesiones, proporcionan información sin base poblacional, dando un panorama local e intensivo, de las circunstancias en que se producen las lesiones. Si bien con los datos obtenidos no se pueden construir tasas ni realizar inferencias aplicables al total de la población, si pueden determinar tendencias y comparaciones en el tiempo, lo cual es útil para las acciones de planificación y control a nivel local⁸.

La información obtenida mediante los sistemas de vigilancia del país es divulgada a través de publicaciones como el Boletín Epidemiológico Periódico, que difunde información referida a la situación de la morbilidad y mortalidad observada en el país y sus jurisdicciones. Divulga las metodologías utilizadas y promueve su utilización a nivel local impulsando el trabajo en equipos interdisciplinarios a través de una visión integral del proceso salud – enfermedad – atención. En estos sistemas de vigilancia, el criterio de clasificación de las lesiones se relaciona con la intencionalidad en la producción de las mismas; de esta manera, se distinguen lesiones intencionales y lesiones no intencionales. Las intencionales resultan de relaciones interpersonales violentas o bien de violencia autoinflingida, en el caso de los suicidios.⁹ Estas últimas son el reflejo de los hechos de violencia de la región; por su parte las no intencionales se refieren a los accidentes, de tránsito mayoritariamente.

En el año 2000, según la OMS, la violencia autoinflingida e interpersonal se encontraba entre las principales causas de lesiones en el mundo; ese mismo año, en Latinoamérica y el Caribe (LAC) se produjeron 477.000 muertes por lesiones. El 63% de ellas fueron no intencionales mientras que el 37% fueron intencionales, de las cuales el 72% ocurrieron por causa de la violencia interpersonal⁴.

Según la OMS, aproximadamente 16.000 personas mueren por día y casi 6 millones por año a causa de lesiones por causas externas; con una tasa de mortalidad por cada 100.000 habitantes de 97,9. Si esta se especifica por sexo, la que corresponde a los hombres (128,6) es algo más del doble que la de las mujeres (66,7)¹.

En la Argentina, en 2004, las lesiones por causas externas constituyeron la cuarta causa de muerte precedida por las enfermedades cardiovasculares en primer lugar, los tumores como segunda causa y las infecciones como tercera. Las causas externas constituyeron, también en 2004, la primera causa de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP). Las estadísticas tanto mundiales como nacionales, dan cuenta a simple vista de que las lesiones constituyen un grave problema de salud pública¹⁰.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000, entre las principales causas de lesiones en el mundo se encontraban en segundo lugar la violencia autoinflingida (16%) e interpersonal (10%) solo superada por las debidas a vehículo automotor (25%)¹¹.

El objeto de estudio de la presente investigación son las lesiones físicas por violencia interpersonal.

La violencia y sus diferentes formas de expresión se han convertido en un problema de salud pública para muchos gobiernos, tanto locales como nacionales, constituyendo un problema de enorme magnitud que se extiende con rapidez en distintos lugares y ámbitos.

Sobre esta problemática, hondamente más compleja, se aprecia a primera vista una necesaria una aproximación pragmática basada en la observación minuciosa de la realidad, a fin de que ésta información forme parte de un llamado de atención para entidades estatales y equipos de salud pública sobre un problema que se incrementa año tras año.

Los aportes de esta investigación respecto a la evolución temporal de las lesiones físicas por violencia interpersonal en las provincias del noreste argentino (Corrientes, Misiones, Chaco y Formosa) será útil para futuras investigaciones sobre la temática pudiendo derivar de ella posibles hipótesis.

En el ámbito de la asistencia serán provechosos los resultados para acondicionar los servicios con el equipo multi e interdisciplinario necesario para abordar este fenómeno teniendo en cuenta las características de la población atendida con este tipo de lesiones.

La investigación aporta datos singulares del área geográfica donde se realiza el estudio, perfil a grandes rasgos la tendencia de la población atendida en relación a las lesiones

físicas por violencia interpersonal y contribuye al acervo de conocimientos sobre el tema en la región.

Los resultados del trabajo colaborarán en el diseño de políticas y programas de prevención locales y provinciales sobre violencia interpersonal contribuyendo a que estos sean dirigidos de manera pertinente en función de las peculiaridades del fenómeno en esa comunidad.

La violencia, a pesar de no constituir una enfermedad en el sentido tradicional de su comprensión, donde el elemento etiológico-biológico desempeña como regla un papel fundamental, en sentido social, constituye un problema de salud y un importante factor de riesgo psicosocial, dada la magnitud del daño, invalidez y muerte que provoca, con consecuencias múltiples y diversificadas en el nivel social, psicológico y biológico.

De allí radica la importancia de la investigación sobre el tema cuyo objetivo es comparar la evolución temporal de los casos reportados por lesiones físicas por violencia interpersonal en el periodo 2014-2017 en el Sistema de Vigilancia de Lesiones (SIVILE) entre las provincias de la región del NEA, Argentina; con ánimos de contribuir al acervo cultural de la problemática de la violencia en la región, identificar sus particularidades y colaborar con el delineamiento de las políticas públicas y proyección de líneas de trabajo provinciales.

Pregunta de investigación

¿Cómo es la evolución temporal de los casos reportados por lesiones físicas por violencia interpersonal en el periodo 2014-2017 en el Sistema de Vigilancia de Lesiones (SIVILE) entre las provincias de la región del NEA, Argentina?

Objetivos

Objetivo General

Comparar la evolución temporal de los casos reportados por lesiones físicas por violencia interpersonal en el periodo 2014-2017 en el Sistema de Vigilancia de Lesiones (SIVILE) entre las provincias de la región del NEA, Argentina.

Objetivos específicos

- Determinar la frecuencia de los casos reportados por lesiones físicas por violencia interpersonal en el periodo 2014-2017 en las provincias del NEA, Argentina.

- Describir los casos por lesiones físicas por violencia interpersonal reportados en el periodo 2014-2017 en las provincias del NEA, Argentina.

Marco teórico

La violencia es un rasgo que representa históricamente y desde el principio de los tiempos¹² a los seres humanos por diversos motivos.

Es un fenómeno complejo y pluricausal; afirma la Dra. Gro Harlem Brundtlan, “*La violencia es una constante en la vida de gran número de personas en todo el mundo, y nos afecta a todos de un modo u otro. Para muchos, permanecer a salvo consiste en cerrar puertas y ventanas, y evitar los lugares peligrosos. Para otros, en cambio, no hay escapatoria, porque la amenaza de la violencia está detrás de esas puertas, oculta a los ojos de los demás. Y para quienes viven en medio de guerras y conflictos, la violencia impregna todos los aspectos de la vida*”¹.

No hay país ni comunidad a salvo de la violencia, las imágenes y las descripciones de actos violentos invaden los medios de comunicación, están en calles y en hogares, en las escuelas, los lugares de trabajo y otros centros.

La violencia está tan presente, que se la percibe a menudo como un componente ineludible de la condición humana, suele considerarse además una cuestión de ley y orden en la que el papel de los profesionales de la salud se limita a tratar las consecuencias.

Es un fenómeno complejo que hay que abordar de forma integral y holística¹⁰; lograr una conceptualización de la violencia resulta difícil, a lo largo del tiempo diferentes autores la definieron desde distintas miradas, asociada a la política y el poder trabajada por polítólogos y polemólogos “estudio de los conflictos y de la violencia, en sus relaciones con la vida de los hombres y de los grupos”.

La violencia como mito del origen, ha sido trabajada por antropólogos en las fuentes de la antropología política, por corrientes psicológicas sobre las teorías de la agresión, por la criminología e incluso por teorías psicoanalíticas, y hasta por la agresión animal, pero los autores no llegaron a dar una definición precisa o a ponerse de acuerdo sobre el concepto¹⁰.

Existen variadas concepciones para el término violencia, como lo señala Jacques Sémelin⁴ no hay una teoría capaz de explicar todas las formas que adopta. Ella tiene numerosas caras, fruto de procesos distintos. No se puede explicar con los mismos

conceptos la violencia del criminal, la de una masa en delirio y/o la de una agresión militar.

Es multidimensional y obedece a factores psicológicos, biológicos, económicos, sociales y culturales. Los fenómenos que acompañan al comportamiento violento cruzan, constantemente, las fronteras entre individuo, familia, comunidad y sociedad.

A su vez, la violencia tiene consecuencias que abarcan diversos ámbitos individuales, familiares, comunales y sociales. La propia multidimensionalidad de la violencia genera distintas manifestaciones de la misma, o distintos tipos de violencia.

Desde la antigüedad, la violencia fue asociada a la idea de fuerza física; de ahí que el origen etimológico de la palabra sea –Vis- que dio lugar al adjetivo violentus, que, aplicado a cosas, se puede traducir como violento, impetuoso, furioso, incontenible, y cuando se refiere a personas, como fuerte, violento, irascible. De violentus se derivaron violare –con el sentido de agredir con violencia, maltratar, arruinar, dañar y violentia, que significó impetuosidad, ardor (del sol), rigor (del invierno), ferocidad, rudeza y saña¹³.

La violencia en sentido estricto, la única violencia medible e incontestable es la violencia física. Es el ataque directo, corporal contra las personas. Ella reviste un triple carácter: brutal, exterior y doloroso. Lo que la define es el uso material de la fuerza, la rudeza voluntariamente cometida en detrimento de alguien⁹.

El más pequeño denominador común a la medida global de la violencia, a través del tiempo y el espacio es la muerte violenta. Ella puede provenir de tres fuentes: el crimen, el suicidio o el accidente. Esas son las tres caras de la violencia para las cuales la clasificación es universal. Dicho de otro modo, la característica principal de la violencia es la gravedad del riesgo que ella hace correr a la víctima; es la vida, la salud, la integridad corporal o la libertad individual la que está en juego¹².

Todo análisis integral de la violencia empieza definiendo las diversas formas que ésta adopta con el fin de facilitar su medición científica. Hay muchas maneras de definir la violencia; en el presente trabajo se opta por la dada por la OMS, que la refiere 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 privaciones⁹.

Esta definición vincula la intención con la comisión del acto mismo, independientemente de las consecuencias que se producen. Excluye los incidentes no intencionales, como son la mayor parte de los accidentes de tráfico y las quemaduras. La palabra poder además de la frase uso intencional de la fuerza física amplía la naturaleza de un acto de violencia, así como la comprensión convencional de la violencia para dar cabida a los actos que son el resultado de una relación de poder, incluidas las amenazas y la intimidación.

Decir uso del poder también sirve para incluir el descuido o los actos por omisión, además de los de violencia por acción, más evidentes. Por lo tanto, se entiende que el uso intencional de la fuerza o el poder físico incluyen el descuido y todos los tipos de maltrato físico, sexual y psíquico, así como el suicidio y otros actos de autoagresión¹. Cabe destacar que en el presente estudio no se tendrán en cuenta estos últimos.

La clasificación utilizada en el informe mundial sobre la violencia y la salud la divide en tres grandes categorías según el autor del acto violento: en la dirigida contra uno mismo, la interpersonal y colectiva¹.

Es adecuado en este punto definir el término lesión ya que en la presente investigación se abordaran los casos por lesiones físicas por violencia interpersonal, el cual presenta variadas acepciones. Según el Diccionario de la Lengua Española¹³ el término lesión es un daño o detrimiento corporal causado por una herida, un golpe o una enfermedad.

En derecho y medicina legal, las lesiones comprenden, además de las heridas externas, cualquier daño en el cuerpo que pueda objetivarse debido a una causa externa en la que esté implicada una tercera persona. En términos del Código Penal, lesión es un delito en contra de la vida y la salud personal que se comete por el que cause a otro un daño que deje en su cuerpo un vestigio o altere su salud física o mental.

Para la Real Academia de Medicina¹⁴ una lesión es una alteración de las características morfológicas o estructurales de un organismo en cualquiera de sus niveles de organización (molecular, celular, tisular, anatómico, corporal o social) producido por diferentes causas. Esta última es la que se tomará en cuenta en el presente estudio.

Dicho esto, sobre los distintos tipos de violencia existentes, uno de los más preocupantes es la violencia interpersonal, que es la que se da entre individuos y se ve reflejada en las lesiones.

Las lesiones intencionales y no intencionales han pasado a ocupar uno de los primeros lugares en la morbilidad o mortalidad de varios países de América Latina y el Caribe. La magnitud del problema no sólo se refleja en homicidios, como expresión de violencia extrema en la medida que atenta contra el derecho fundamental a la vida, sino también en otras formas menos visibles como la intrafamiliar contra niños o niñas, mujeres, ancianos; la institucional, la que se da en escenarios públicos y la autoinfligida¹⁵.

La realidad actual de la violencia interpersonal muestra una situación preocupante, ya que a pesar de las mejoras sociales acontecidas en los últimos decenios en vez de remitir parece aumentar. La OMS ha mostrado la importancia de los efectos de la violencia sobre la salud y con ello ha iniciado un nuevo enfoque de análisis con propuestas para combatirla.

La violencia interpersonal que se aborda en este trabajo se divide en dos subcategorías, la violencia intrafamiliar o de pareja que en la mayor parte de los casos se produce entre miembros de la familia o compañeros sentimentales y suele acontecer en el hogar, aunque no exclusivamente; y violencia comunitaria que se produce entre individuos no relacionados entre sí, que pueden conocerse o no y que acontece generalmente fuera del hogar.

El primer grupo abarca el maltrato de los niños, la violencia contra la pareja o los ancianos. En el segundo grupo se incluyen la violencia juvenil, los actos violentos azarosos, las violaciones, las agresiones sexuales por parte de extraños y la violencia en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y residencias de ancianos.

Por otra parte, existe la violencia colectiva o uso instrumental de la violencia por personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo frente a otro conjunto de individuos, para lograr objetivos políticos, económicos o sociales. Adopta diversas formas, los conflictos armados dentro de los Estados o entre ellos; genocidio, represión y otras violaciones de los derechos humanos; el terrorismo; el crimen organizado.

Esta clasificación tiene también en cuenta la naturaleza de los actos violentos, que pueden ser físicos, sexuales o psíquicos, o basados en las privaciones o el abandono,

así como la importancia del entorno en el que se producen, la relación entre el autor y la víctima y en la violencia colectiva, sus posibles motivos³.

En muchos casos, las situaciones violentas responden a una combinación de distintos tipos, por ejemplo, la violencia de las pandillas es mayoritariamente física y psicológica instrumental con fines económicos y sociales, dentro de un contexto urbano. La violencia doméstica contra la mujer por parte de la pareja es, en ciertos casos, violencia instrumental para obtener el control de los recursos económicos del hogar. Pero ambas formas frecuentemente también tienen un componente emocional, el hacer daño, que retroalimenta a la violencia si ella es exitosa⁹.

La violencia es un fenómeno complejo que tiene múltiples causas que a la vez se relacionan entre sí. Desde el punto de vista del diseño e implementación de políticas públicas para combatir la violencia, es necesario identificar los factores de riesgo del comportamiento violento.

Al analizar la conducta violenta utilizando un prisma temporal, los factores asociados se pueden organizar en predisposiciones biológicas, antecedentes sociales, características situacionales y evento desencadenante.

Algunos de estos factores de riesgo son causas directas de la violencia, mientras que otros constituyen factores asociados. Empíricamente, el concepto de factor de riesgo es análogo al de factores que incrementan la probabilidad de ocurrencia de un hecho violento. Desde el punto de vista del diseño de políticas, las acciones sobre factores asociados pueden ser de gran utilidad en la prevención y control de la violencia¹⁶.

Los factores genéticos y biológicos, así como el consumo de bebidas alcohólicas y drogas, aumentan la predisposición a exhibir conductas agresivas y violentas.

Reiss y Roth¹⁷ refieren que las influencias genéticas, si se documentan, involucrarán varios genes y fuertes interacciones con el medio ambiente. Pero los estudios demuestran cada vez más que existe un vínculo entre la violencia y anomalías cerebrales y neurobiológicas, la gran mayoría de ellas prevenibles.

Factores que aumentan la actividad o reactividad del cerebro (traumas) o disminuyen su capacidad moderadora de impulsos (abuso o abandono infantil, abuso de alcohol o drogas) aumentan la capacidad del individuo para responder en forma violenta¹⁸.

Las experiencias de la infancia temprana tienen una importancia desproporcionada en la organización del cerebro adulto. Ambas, la negligencia física o la emocional en las

etapas prenatal y de la infancia temprana, como la exposición del infante a la violencia traumática, alteran el desarrollo del sistema nervioso central, predisponiendo a la violencia. Estos eventos también contribuyen a su aprendizaje, subrayando la interacción entre lo biológico y lo ambiental.

Aun cuando el daño cerebral o el abuso infantil no conducen necesariamente a la violencia y esta se da sin la presencia de daño cerebral o abuso previo, la combinación de anomalías cerebrales y abuso infantil aumenta significativamente la probabilidad de una futura conducta violenta.

La conducta violenta se aprende y la primera oportunidad para aprender a comportarse agresivamente surge en el hogar, observando e imitando la conducta agresiva de los padres, otros familiares o incluso personajes que aparecen en programas de los medios de comunicación masiva^{19,20} refiere que las reacciones de los padres que premian las conductas agresivas de sus hijos y el maltrato infantil por parte de ellos son algunos de los mecanismos mediante los cuales los niños aprenden, a una temprana edad, a expresarse en forma violenta. El niño aprende a asociar estímulos agresivos con conductas violentas y a responder con violencia a frustraciones u otros eventos nocivos.

A pesar de que los niños hayan sufrido abusos no necesariamente repiten cuando crecen el tipo de abuso experimentado, al igual que los adultos violentos no necesariamente han tenido una niñez suficiente, sin embargo los estudios muestran una relación significativa entre la victimización durante la niñez (tanto los niños que son maltratados, como los que son testigos del abuso crónico de otros familiares) y la propensión posterior a conductas violentas. La violencia también se aprende en la escuela y la calle.²¹

La edad, la densidad poblacional y el género influyen en la violencia por medio de mecanismos distintos y pueden servir para predecir, en forma muy general, las tendencias de violencia en la sociedad. En Latinoamérica, como en otras regiones del mundo, los homicidios son perpetrados mayormente por hombres jóvenes. Entre los factores que predisponen a los jóvenes a escoger actividades violentas se encuentran las altas tasas de desempleo juvenil, la impunidad en el sistema judicial y el acceso fácil al alcohol, las drogas y las armas de fuego. A esto se le puede añadir la cultura de

violencia en los medios de comunicación, que lleva a la imitación de la violencia y a la disminución de las inhibiciones sociales¹⁵.

El crecimiento y aumento en la densidad poblacional, especialmente en las grandes ciudades, aumentan el estrés, la frustración y el anonimato que instigan la conducta violenta.

En la actualidad se sabe que²² una de las pocas diferencias entre los sexos que surgen antes de los dos años es la conducta agresiva. Las niñas son menos agresivas que los niños, citado en Buvinic et al¹⁶.

El enfoque económico del crimen se basa en la teoría según la cual el agresor realiza una decisión racional al incurrir en actividades ilegales o violentas, después de examinar el costo-beneficio de las mismas y tratar de maximizar su beneficio. Es decir, dadas las valoraciones y objetivos del agresor potencial, éste responde al beneficio esperado y al castigo esperado del comportamiento violento.

Diversos estudios empíricos en el continente dan soporte a la afirmación de que la violencia (medida utilizando tasas de homicidio, robo y violación) responde a cambios en el castigo esperado²³.

Otro grupo de estudios económicos se concentra en los beneficios del crimen y la violencia, encontrando, en el caso de los actos violentos con motivación económica, que a mayor desigualdad de ingresos el beneficio esperado dado por la diferencia entre el ingreso de la víctima y el ingreso del agresor, y por lo tanto la probabilidad de conductas violentas, es mayor.

Las instituciones efectivas de control social cumplen un papel central en disuadir el comportamiento violento. Estas instituciones incluyen la policía y el aparato judicial y penal en el sector público, así como las iglesias y las organizaciones sociales y comunitarias en el sector privado. En América Latina, la debilidad de las instituciones de control social en el sector público, y la consecuente impunidad de la conducta criminal es vista por muchos como uno de los factores de riesgo principales de las altas tasas de violencia criminal²⁴ referido en Buvinic et al¹⁶.

Aunque hay evidencia creciente de que la severidad de las penas no tiene un efecto de disuasión significativo, la probabilidad de ser aprehendido y procesado puede tener impacto y la probabilidad de actuar en forma violenta aumenta en la medida en que los costos o incentivos negativos disminuyen. Un papel similar de control social juegan

las instituciones y grupos privados que fomentan lo que hoy se llama el capital social, entendido como las características de la organización social, incluyendo la confianza, las normas y las redes sociales, que, al facilitar acciones coordinadas, pueden mejorar la eficiencia del funcionamiento social.

Por lo cual se puede concluir que las comunidades con poco o deficiente capital social son más susceptibles a la violencia. Las altas tasas de migración parecen contribuir a la reducción del capital social, puesto que representan una ruptura de los vínculos comunitarios. La reducción del delito tendrá más éxito cuando las soluciones involucran la participación comunitaria. Asimismo, la atención y prevención de la violencia doméstica será más efectiva cuando existen fuertes redes sociales. El estudio de la relación entre el capital social y la violencia es de carácter reciente y confronta el problema de la doble causalidad existente entre ambas variables.

Estudios en Jamaica²⁵, Guatemala²⁶, y Colombia²⁷, reportan que la violencia destroza el capital social. Estos trabajos también evidencian que la debilidad del capital social y la existencia de capital social perverso para compensar dichas debilidades forman un ambiente propicio para el comportamiento violento.

Una proporción considerable de los costos de la violencia corresponde a su repercusión en la salud de las víctimas y a la carga que impone a las instituciones sanitarias, de ahí que el sector de la salud esté especialmente interesado en la prevención y tenga un papel clave que desempeñar al respecto.

En la dinámica de la delincuencia, la violencia interpersonal, por sus consecuencias, ocupa un lugar importante, afectando a la cohesión social y a la vez es un factor de riesgo para la salud, produciendo elevados gastos económicos debido a sus consecuencias, entre las que destacan las medidas de control y de prevención y las ayudas para reducir su impacto negativo sobre las víctimas².

Las sociedades occidentales se han vuelto muy intolerantes con cualquier fenómeno violento y por ello la problemática que genera reclama una solución urgente que ya se han empezado a aplicar. En las sociedades tecnológicas avanzadas se ha conseguido reducir la violencia interpersonal de forma significativa y este proceso va a continuar.

La violencia uno de los principales problemas de salud pública del mundo. El Director General de Sanidad de los Estados Unidos fue el primero en exponerlo claramente en un informe del año 1979, titulado Healthy People²⁸. El informe planteaba que, en el

esfuerzo por mejorar la salud de la nación, no podían pasarse por alto las consecuencias del comportamiento violento, y convirtió el hecho de enfrentarse a las raíces de la violencia en una prioridad básica para la comunidad sanitaria.

Desde entonces, numerosos médicos e investigadores en salud pública estadounidenses y de todo el mundo se han impuesto la tarea de comprender la violencia y encontrar modos de prevenirla. La cuestión se incorporó a la agenda internacional cuando la Asamblea Mundial de la Salud, en su reunión de 1996 en Ginebra, aprobó una resolución por la que se declaraba a la violencia uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo. Aun así, concienciar sobre el hecho de que la violencia puede prevenirse es sólo el primer paso para estructurar la respuesta al problema².

En la opinión pública existe una creencia generalizada del aumento constante de la violencia. También muchos especialistas y gobernantes aseguran que en el futuro la violencia será más intensa y más frecuente. Un buen ejemplo son las palabras de Nelson Mandela en el Informe Violencia y Salud preparado por la OMS “El siglo XX se recordará como una época marcada por la violencia”¹.

A este pronóstico negativo se une la creencia de que la violencia actual está siendo protagonizada mayoritariamente por jóvenes y por ello se espera un incremento de la misma porque los jóvenes de hoy, formados en el ejercicio de la violencia, serán los adultos que la protagonizarán en los años venideros. Esta es la consecuencia pronóstica de la llamada teoría de la transmisión intergeneracional de la violencia; según esta teoría los niños maltratados o testigos de maltrato serán en el futuro maltratadores y violentos. Si a este pronóstico se le suman cambios sociales como la globalización de la pobreza y agudización de las crisis étnico-religiosas, entre otros, el futuro más probable es que nos dirigimos a una sociedad post-tecnológica cada día más violenta²⁹.

No obstante también hay especialistas que son optimistas, que argumentan que las sociedades humanas actuales ya son menos violentas que las anteriores y las futuras aún serán más pacíficas, en esta visión le acompaña el primatólogo Francis de Waal quién también propone diversas hipótesis evolutivas sobre el futuro de la violencia que justifican un cierto optimismo²⁹.

Formas de violencia

Existen diferentes formas de violencia, entre las que podemos encontrar a la violencia de género, étnica, contra niños, jóvenes y ancianos.

En América Latina, patrones culturales autoritarios en la familia, derivados del Derecho Napoleónico, acentúan y refuerzan esta diferencia entre los sexos.

Según éste modelo el pater familias es dueño de la vida de la mujer y de sus hijos, situación que lleva a éstos a una gran vulnerabilidad frente a la violencia. La mujer está además condicionada por sistemas legales que protegen en forma desigual a hombres y mujeres. Este sesgo legal contra la población femenina se convierte en un obstáculo importante para la prevención de la violencia contra ella³⁰.

Tanto por razones biológicas (hormonales y fisiológicas) como económicas, sociales y culturales, la mayor parte de los agresores son hombres⁶. En muchos casos la violencia se manifiesta contra la mujer constituyendo un tipo de violencia que las Naciones Unidas la define como: *cualquier acto de violencia basada en el género que produzca o pueda producir daños o sufrimientos físicos, sexuales o mentales en la mujer, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada*³¹.

La violencia contra la mujer cuando es de carácter social incluye la violación y el abuso sexual por parte de extraños durante asaltos en la calle, a hogares o como resultado de una estrategia en conflictos armados; robos, mutilación genital, tráfico de mujeres para prostitución forzosa y la violencia psicológica, física y sexual en el lugar de trabajo. También incluye la violencia, que consiste en el maltrato físico, psicológico o sexual de una mujer por parte de un familiar o de su pareja.

Tanto la violencia social como la doméstica están relacionadas con patrones de género que abarcan las estructuras patriarcales y sitúan a la mujer en una posición subordinada con respecto al hombre, lo cual configura la falta de equidad entre los géneros desde un punto de vista legal, económico y social. Estos patrones de género pueden mantenerse en diferentes regiones, culturas, niveles sociales y educativos³¹.

Los patrones tradicionales de género ligan la noción de masculinidad a la autoridad, el honor y la agresión. La violencia contra la mujer se diferencia de la interpersonal contra los hombres en cuanto a las modalidades de la misma, sus efectos y la

tolerancia social y de la víctima ante su presencia. A nivel mundial y en América Latina, los hombres adultos tienden a ser víctimas de un extraño o de un conocido ocasional, mientras que para las mujeres es más probable ser víctima de un familiar o de la pareja³².

De acuerdo con la información disponible, el problema de la violencia doméstica es la forma predominante de violencia contra la mujer en América Latina³¹.

Como resultado de unas 50 encuestas comparables a nivel mundial, entre 10 y 50 por ciento de las mujeres declararon haber sido golpeadas o maltratadas físicamente por su pareja actual o una pareja anterior³².

Adicionalmente, la violencia doméstica física casi siempre está acompañada por manifestaciones de violencia psicológica y sexual (hasta en la mitad de los casos).

Para América Latina, se registra una tasa de hasta 36 por ciento de mujeres víctimas de violencia física por parte de una pareja a lo largo de su vida (Haití).

Los datos en relación con la violencia psicológica y sexual son igualmente alarmantes, sobre todo si se considera que en muchos casos se combinan los tres tipos de violencia.

En relación a la violencia étnica, la diversidad racial es una característica histórica de América Latina, originada por el pasado colonial, los movimientos inmigratorios asociados a las guerras del siglo pasado en Europa y los movimientos migratorios dentro de la región.

En muchos países de América Latina no existen estadísticas censales o levantadas mediante encuestas de hogares que permitan realizar estudios nacionales sobre la existencia de discriminación racial y problemas de convivencia étnica en la región. El caso de la violencia no es la excepción y no se dispone de tasas de homicidio por grupos étnicos. Sin embargo, existe evidencia local sobre los niveles de exclusión social y cultural de ciertos grupos indígenas y de raza africana³³.

En relación con la intolerancia étnica, la encuesta de opinión Latinobarómetro³⁴ encuentra niveles bajos pero significativos en uno de sus cuestionarios. El cuestionario interrogó sobre a quién no le gustaría tener como vecinos y una mayoría de los encuestados en la región (entre 43 y 67 por ciento) respondió que no le gustaría vivir cerca de drogadictos, homosexuales, extremistas políticos, mientras que una minoría

importante (entre 6 y 12 por ciento) señaló que no le gustaría vivir cerca de un grupo étnico específico (africanos, musulmanes, asiáticos o judíos, según el caso).

Otro tipo de violencia étnica con un componente político es el abuso policial y la discriminación judicial en contra de indígenas y personas de raza negra.

En el caso del enfrentamiento entre el estado peruano contra Sendero Luminoso y otros grupos guerrilleros en Perú, se reporta que tres de cada cuatro víctimas fueron campesinos de la región andina y de la región amazónica, en su gran mayoría indígenas¹⁵.

Los casos recientes más documentados de violencia étnica en la región de las Américas están relacionados íntimamente con la violencia política y han tenido lugar durante conflictos armados entre un grupo que detenta el poder político y guerrillas o grupos rebeldes.¹⁵

En el caso de Guatemala, la población indígena fue diezmada y aterrorizada, en un grado mayor al resto de la población, por parte de las fuerzas del Estado durante la guerra civil de 36 años que finalizó en 1996²⁶. La razón para combatir a los indígenas fue el vínculo existente o supuesto entre éstos y el ejército guerrillero Unidad Revolucionaria Nacional Guatimalteca, como parte de una política de contrainsurgencia.

Durante este periodo se ejecutaron indígenas (hasta unos 150 000) y se adoptaron otras políticas de terror como la violación sistemática de mujeres indígenas y el desplazamiento forzado de indígenas que incluyó la destrucción de 440 aldeas y como legado una cultura del silencio para evitar repercusiones violentas, conduciendo a una gran tolerancia ante otras formas de violencia social y doméstica²⁶

Las tensiones étnicas tienen como marco, en algunos países, problemas ancestrales de tenencia de la tierra y la exclusión social y económica³⁵. Por ejemplo, el Ejército Zapatista de Liberación Nacional en Chiapas, México, tiene como objetivo proteger a los indígenas ante la explotación y los problemas de tenencia de la tierra. En Brasil, el Movimiento de los Sin Tierra representa a grupos descendientes de africanos que han sido sistemáticamente excluidos de la propiedad de la tierra o expulsados en forma violenta de las tierras que habitaban^{36,37} Da Silva y Rivera consideran que las reformas agrarias y de tenencia de la tierra son necesarias para mejorar la convivencia entre distintos grupos étnicos, junto con el diálogo y la mediación.

En relación a la violencia contra los niños, la edad es uno de los factores demográficos que más afecta la probabilidad de ser agresor o víctima. La violencia social y doméstica contra los niños y adolescentes (menores de 18 años) se define como *todas las formas de maltrato físico y emocional, el abuso sexual, el abandono, la negligencia en el cuidado, la explotación comercial o de otro tipo, que resulten en daños reales o potenciales para la salud, supervivencia, desarrollo y dignidad del niño, dentro del contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder*³⁸.

Dentro de esta definición, las formas de maltrato infantil presentan algunas peculiaridades que las distinguen del maltrato a los adultos; el maltrato emocional incluye, además de la burla y ridiculización, fallas en proporcionar al niño o a la niña un ambiente apropiado de apoyo para su desarrollo y una figura de referencia.

El abandono incluye la omisión de cuidados de salud y la falta de supervisión y protección apropiadas.

El abuso sexual incluye toda actividad sexual que el niño o la niña no pueda comprender, se encuentre inmaduro físicamente para realizar o no esté preparado para dar su consentimiento al respecto, incluyendo la prostitución y pornografía infantil de cualquier tipo. La explotación comercial incluye el trabajo infantil.

A nivel mundial se calcula que cada año unos 10 millones de niños quedan con secuelas psicológicas como consecuencia de las guerras y otros tipos de violencia³⁹. Solamente en Estados Unidos se denunciaron en 1992 más de 2.9 millones de casos de abuso de niños o negligencia en su cuidado; en Brasil cuatro niños de la calle son asesinados diariamente³⁹.

La violencia doméstica física contra los niños suele ser cometida por la madre, mientras que la violencia doméstica sexual suele provenir del padre u otras figuras masculinas como hermanos, tíos y parientes.

En América Latina y el Caribe se dispone de algunas estadísticas incompletas con respecto al maltrato infantil. En relación con el abuso sexual, hay datos que dan una idea de la magnitud del problema.

En Barbados 30% de las mujeres entrevistadas han experimentado abuso sexual en la niñez; en Costa Rica, 32% de las mujeres y 13% de los hombres han sufrido el mismo abuso, y similares cifras en Nicaragua con 26% de las mujeres y 20% de los hombres³².

Una de las pocas encuestas de niños que se ha llevado a cabo revela que 63% de los niños chilenos en octavo grado (según datos de una muestra representativa nacional de 1.533 niños), indicó que había experimentado violencia física en su hogar y 34% de ellos indicó haber sufrido abuso físico severo. Esto parece indicar que el abuso severo contra los niños es tanto o mayor que el abuso similar contra las mujeres¹⁵.

La existencia de unos siete millones de niños de la calle en la región está vinculada a distintas formas de violencia infantil, como abandono y violencia doméstica que los empuja a huir del hogar o a la explotación³⁹.

Los niños de la calle son objeto también de violencia policial y asesinatos por parte de escuadrones de la muerte. A su vez tienen una alta probabilidad de convertirse en delincuentes, dadas las carencias emocionales y económicas que enfrentan y su falta de oportunidades en la sociedad.

Sobre la violencia doméstica contra los adultos mayores, es común en Estados Unidos, donde se estima que uno de cada 25 ancianos sufre de abuso³⁹.

Aunque no se dispone de datos para América Latina, se sospecha que se trata de un problema relevante por el alto grado de dependencia económica de los ancianos dados los sistemas fallidos de seguridad social y los escasos ahorros de la población.

Respecto a la violencia juvenil, en América Latina, al igual que en el resto del mundo, la mayor parte de los crímenes, sobre todo homicidios, son perpetrados por hombres jóvenes (entre 18 y 24 años de edad). El perfil del aprehendido confirma la afirmación anterior y en Cali, más de un 70% de los homicidas condenados tienen entre 20 y 29 años⁴⁰; en Chile, 48.6% de los homicidas, 28.1% de los violadores y 61.4% de los ladrones, tienen entre 15 y 24 años de edad⁴¹.

Entre los factores de riesgo para criminalidad juvenil se encuentran el abandono de la escuela secundaria (o el bajo rendimiento escolar) y el desempleo juvenil, que conducen a una falta de oportunidades económicas y sociales. También juegan un papel importante en la violencia juvenil la impunidad del sistema, el acceso al consumo de alcohol y drogas, y la disponibilidad de armas de fuego.

Otros factores de riesgo para el joven son el aprendizaje de la violencia como medio para resolver conflictos en el hogar, la escuela, la comunidad y la difusión de actividades favorables a la agresión en los medios de comunicación masiva⁴².

La violencia juvenil es un fenómeno que puede darse a nivel de individuos o en agrupaciones de jóvenes o pandillas urbanas. Estas alcanzan distintos niveles de organización en América Latina y pertenecer a una pandilla constituye no sólo un medio para cometer actos violentos, sino un fin en sí mismo^{42, 43,27}. En la raíz de la conformación de las pandillas se encuentran, además de los factores de riesgo individuales para los jóvenes, la desintegración social, falta de acceso a los servicios públicos, la pobreza y el hacinamiento. Las pandillas surgen, en parte, ante la incapacidad de la sociedad para abordar las inquietudes de la juventud y relacionarse con los grupos juveniles de alto riesgo, en concreto, las fallas del sistema educativo para integrar a los jóvenes de los barrios pobres.

Los jóvenes latinoamericanos miembros de pandillas y grupos similares buscan en ellas un estilo de vida (moda, acceso a drogas, un sentido de pertenencia, vacilar y divertirse) que les sirva como escape y protección ante el duro medio ambiente en el que se desenvuelven. Al defenderse entre sí y crear situaciones violentas con miembros de otras pandillas, estos grupos juveniles constituyen una forma de capital social “perverso”^{26,44} o una especie de sucedáneo para un cierto orden dentro de la caótica vida del barrio y un medio para el desarrollo de la identidad de sus miembros. La pandilla es, a la vez, un producto de la ruptura de un orden social previo (muchas pandillas surgen en barrios de reciente formación durante migraciones a la ciudad) y una forma de socialización que utiliza la violencia para sus propósitos, transmitiendo sus valores a través de una subcultura que incluye música, vestido, jerga propia y el uso de drogas.

Desde el punto de vista económico, estos grupos pueden ofrecer incentivos interesantes a los jóvenes en barrios pobres, pues las pandillas a veces están involucradas con el narcotráfico^{42, 43} y otros mercados negros que reportan inusitadas ganancias, aunque a un riesgo muy alto. Desde un punto de vista psicológico, estudios sobre jóvenes violentos encuentran que ellos justifican su propia violencia achacándosela a los demás y deshumanizando a sus víctimas. Una vez que el pandillero supera la adolescencia y juventud temprana, puede abandonar la pandilla y reintegrarse a la vida de la comunidad, o bien, convertirse en jefe de su pandilla, formar una nueva o pasar a integrar una banda criminal profesional²⁶.

La violencia en sus varias manifestaciones (homicidio, robo, secuestro, violencia doméstica) es uno de los mayores obstáculos al desarrollo y bienestar de la población de América Latina. La región registra, después del África Subsahariana, las tasas de homicidio más altas del planeta⁴⁵. Es un mal en sí mismo desde el punto de vista de los derechos humanos y la pérdida de años de vida saludable por parte de la población.

Sus impactos negativos en el desarrollo económico y social incluyen la reducción de la productividad de la fuerza de trabajo, reducciones en la acumulación de capital humano y capital social, así como reducciones en las tasas de ahorro e inversión.

Según lo expresado primeramente, sobran razones para considerar la reducción de los niveles de violencia como uno de los objetivos primordiales de una estrategia para el desarrollo social en América Latina.

Numerosas son las investigaciones y estudios sobre las lesiones por violencia y el abanico de formas que presenta; autoinflingida, interpersonal y colectiva. Mencionando solo algunas de ellas se citan las siguientes:

Un informe estadístico elaborado en Colombia¹⁹ en el año 2013 sobre el comportamiento de las lesiones por violencia interpersonal, basado en la descripción de datos captados por el Grupo de Clínica Forense a nivel nacional, realizó la descripción estadística de agresiones con naturaleza física; constó del análisis descriptivo de variables sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad, estado conyugal y grupo vulnerable), variables de caracterización del hecho (presunto agresor, circunstancia del hecho, actividad durante el hecho, causa o mecanismo, topografía de las lesiones) y variables espacio temporales del hecho (zona de ocurrencia del hecho, mes, día, hora); con el fin de observar transversalmente los hechos violentos y cómo ellos se ven reflejados en las poblaciones.

Arribaron a las siguientes conclusiones, determinaron que la tendencia del fenómeno violencia interpersonal en Colombia es de aumento constante y a pesar de percibirse como una problemática de naturaleza masculina se observó aumento en la participación de la mujer.

Las personas con edades que oscilaban entre 15 y 34 años fueron las mayores participantes en los escenarios de agresión; según el análisis de la variable, presunto agresor de la víctima, primó la categoría conocidos, seguido de miembros de las fuerzas armadas, de policía, policía judicial, y servicios de inteligencia. De cara al

análisis por grupo vulnerable se halló participación elevada a nivel estadístico de personas adictos y/o consumidores de drogas. Respecto al diagnóstico topográfico, el politrauma fue el de mayor incidencia, seguido del trauma facial, lo que concuerda con la circunstancia más frecuente en la que se produce esta violencia, que son las riñas.

Aunque el comportamiento del fenómeno mostró una línea de distribución relativamente parecida a lo largo de todo el año, los meses de mayor frecuencia fueron julio y agosto. El sábado y el domingo, los días de la semana con mayor número de casos reportados. El rango de hora con mayor frecuencia por lesiones fue de las 18:00 a las 21:00.

Otro estudio sobre las consecuencias de la violencia en México²⁰ realizado en 2012, analizó los datos provenientes de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012), con entrevistas a 50.528 hogares de las 32 entidades federativas del país entre octubre de 2011 y mayo de 2012. Donde se utilizó la información correspondiente al grupo de adolescentes de 10 a 19 años y jóvenes de 20 a 29 años; las variables estudiadas fueron sexo, escolaridad, estado civil, estrato de urbanidad y marginación, y seguridad social.

Los jóvenes reportaron una prevalencia de daños a la salud por violencia interpersonal de 4.1%. Por grupos de edad se observó que los adolescentes (10-19 años) reportaron una prevalencia de 3.9% y los jóvenes (20-29 años) de 4.4%. Se reportó una mayor frecuencia en los hombres (5.0% hombres, 3.3% mujeres) y esto mismo se observó por grupo de edad.

Se apreció que la prevalencia tuvo un comportamiento diferente por grupos de edad y actividad realizada. Los adolescentes que estudian y trabajan tuvieron prevalencias más altas (7.2%) que aquellos que sólo trabajaban actualmente, con una prevalencia de 5.3%.

Entre los adultos jóvenes, aquellos que estudiaban actualmente reportaron la prevalencia más alta (6.3%). Tanto en adolescentes como en adultos jóvenes que vivían en el área metropolitana, en zonas de baja marginalidad y sin seguridad social, se encontraron prevalencias más altas de violencia interpersonal.

El tipo de violencia que causó daños a la salud de los jóvenes en mayor proporción fue la comunitaria, con una prevalencia de 3.4%, seguida de violencia familiar/pareja y por compañero de escuela, con 0.3%. Hombres adultos jóvenes reportaron una mayor

prevalencia de violencia comunitaria (5.6%) en comparación con los adolescentes, en quienes la violencia por compañero de escuela es menor a uno (0.6%). En el caso de las mujeres adultas jóvenes, se observó una mayor prevalencia de violencia comunitaria, seguida de la familiar/pareja (2.4 y 0.7% respectivamente).

Sistemas de notificación

Cuantificar la violencia o construir indicadores precisos de magnitud para cada una de sus múltiples manifestaciones presenta dificultades importantes. Algunas fuentes de información son los organismos de seguridad, estadísticas judiciales y las estadísticas de salud, las cuales presentan notable subregistro. Entre las estadísticas oficiales, la más confiable y utilizada es la tasa anual de mortalidad bruta por homicidios por cada 100.000 habitantes. Sin embargo, las estadísticas de homicidio deben interpretarse con cautela, puesto que son muy sensibles a revisiones en la metodología de recolección que han sido comunes a muchos países de la región. El homicidio es el acto violento de mayor gravedad, pero su relación con otros actos violentos no es necesariamente lineal y en muchos países la incidencia de delitos contra la propiedad, sobre los que se tienen pocas estadísticas confiables en Latinoamérica, no guarda una relación directa con el homicidio.

Adicionalmente, existen hechos violentos, como la violación y la violencia doméstica, que rara vez son denunciados, incluso si son reconocidos por el sistema legal como crímenes. La falta de denuncia se debe, en parte, a la falta de capacidad, real o percibida por la población, de las autoridades para combatir el comportamiento violento y dar protección a la víctima contra futuras represalias por parte de los agresores.

Es por ello que además de las estadísticas oficiales es necesario contar con encuestas de victimización, así como con encuestas especiales para detectar la violencia doméstica.

Aunque existen pocas encuestas de victimización en la región, las que se han realizado dan fe del elevado nivel de subregistro de hechos violentos en las estadísticas oficiales^{3,4}

Se estima que en América Latina la proporción de incidentes violentos que son denunciados fluctúa entre 15 y 30 por ciento de todos los cometidos. La falta de sistemas de información sobre la magnitud de la violencia para cada tipo de comportamiento violento en la región, tanto a nivel agregado como a nivel local obstaculiza el desarrollo de mejores intervenciones de política para su prevención y control¹⁵. Es la región con mayor desigualdad en la distribución del ingreso en el mundo, lo que contribuye a los altos niveles de violencia en la región. La desigualdad genera tensión social e incentivos económicos que son factores importantes para el robo, asalto callejero, secuestro y robo a mano armada. La principal causa de la desigualdad de ingresos en la región es en las remuneraciones, lo cual se debe en parte a los diferenciales en cantidad y calidad de la educación dentro de la población⁴⁶.

A nivel agregado, la pobreza en sí misma no necesariamente causa violencia⁴¹ sin embargo origina sentimientos de estrés y frustración que pueden desencadenar comportamientos violentos si están acompañados por desempleo (exclusión económica) y hacinamiento en barrios urbanos recién conformados (ruptura del capital social)^{16, 44}.

En Latinoamérica, los barrios más pobres y en algunos casos de reciente formación de las ciudades registran niveles de diversos tipos de violencia, superiores al resto del área urbana⁴².

A nivel individual, las diferencias de ingreso y escolaridad distinguen a los grupos más violentos de aquéllos menos violentos, sobre todo en cuanto a la tasa de victimización por homicidio y la probabilidad de cometer homicidios. En las ciudades de Estados Unidos, la probabilidad de ser víctima de homicidio o asalto es tres veces mayor para los individuos que viven en familias con ingresos menores a 7500 dólares al año, con respecto a los individuos cuyas familias registran ingresos superiores a los 50.000 dólares al año⁴⁴.

Los distintos grupos socioeconómicos experimentan la violencia bajo diferentes manifestaciones. Los delitos a la propiedad son más comunes en los barrios latinoamericanos de ingresos medios y altos, mientras que el homicidio, lesiones físicas por conflictos violentos y la violencia doméstica física son más comunes en los barrios de bajo ingreso⁴⁰.

El Boletín de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y Factores de Riesgo Nro. 6 presenta un informe sobre la descripción epidemiológica de la mortalidad por lesiones de causas externas en Argentina con datos actualizados al año 2011.

A nivel mundial, las causas externas de morbilidad y de mortalidad se encuentran desde hace dos décadas entre las primeras causas de muerte, adquiriendo cada vez mayor relevancia por su magnitud, las severas consecuencias que acarrea y el alto costo social que representan. Según datos de la OMS, aproximadamente 5,8 millones de personas mueren por año por esta causa, representando cerca del 10% del total de las muertes que se registran en el mundo⁴⁶.

En el año 2011 fueron registradas 292.379 defunciones de causas definidas en Argentina. Las lesiones por causas externas ocuparon el cuarto lugar (19.818—6,8%), luego de las circulatorias, los tumores y las respiratorias.

Las lesiones por causas externas fueron la primera causa de muerte en personas de 1 a 44 años y están entre las primeras siete para todos los grupos de edad. En particular, las lesiones causadas por el tránsito se ubicaron en primer lugar en edades entre 15 y 34.

La mayor cantidad de muertes por causas externas se registraron en jóvenes. De esta forma, en el año 2011, fallecieron por estas causas 4.142 personas de 15 a 24 años y 3.479 de 25 a 34 años. Para estos grupos etarios, por cada muerte ocurrida en el sexo femenino se produjeron alrededor de 5 en el sexo masculino. Considerando todas las causas de muerte, los jóvenes presentaron mayor proporción de defunciones por causas externas (69% en personas de 15 a 24 años)

Las muertes por causas externas no intencionales fueron las más frecuentes (54.6%), seguidas por las intencionales (24.2%). En un 15.8% de las muertes no pudo determinarse la intencionalidad.

Varias provincias registraron una tasa de mortalidad ajustada por edad (TMAPE) por causas externas superiores a 60 muertes por cada 100.000 habitantes: Santa Cruz, Jujuy, Formosa y San Juan. Por el contrario, las Jurisdicciones con TMAPE menores al total del país, correspondieron en su mayoría a la región del Centro y Noroeste Argentino (NOA).

En el año 2011, hubo 4.789 defunciones por lesiones intencionales, representando un 24,2% del total de muertes por causas externas. Las mayor cantidad de estas, 2.981, fueron suicidios y 1.808 homicidios.

Si se consideran las TMAPE por causas externas por 100.000 habitantes del año 2011 en la región NEA, se aprecian las mayores TMAPE en la provincia de Formosa 65,1 siguiendo las provincias de Misiones 57,4 y Chaco 56,8, finalizando Corrientes con una tasa de 45,3; la TMAPE nacional fue de 46,4.

En cuanto a los homicidios, considerando la TMAPE por 100.000 habitantes, en el año 2011 a nivel país fue de 4,3; las provincias que presentaron mayores TMAPE por esta causa fueron: Misiones con una TMAPE de 9 (seguido por Chubut con 8 y Neuquén con 7,7) Formosa 7,3 Chaco 4,9 y Corrientes la más baja de la región 2,8.

A nivel país en el año 2011, hubo 1.808 homicidios, representando un 9,1% del total de muertes por causas externas y un 37,8% de las intencionales.

La mayor carga de mortalidad se observó en la población de hombres jóvenes. La evolución de las TBM de homicidios desde 1997 al 2011 fue más pronunciada en los de menor edad y similar para los otros grupos etarios y sexo, siendo siempre mayor en hombres y con un pico en los años 2001-2002.

En relación a los mecanismos de muerte, el 46,7% de los homicidios fueron provocados por armas de fuego, mientras que el 32,9% se produjeron con armas blancas. El arma de fuego fue más utilizada en los homicidios de hombres (hombres=50% y mujeres 31%), el arma blanca fue registrada por igual en ambos sexos (33%), mientras que la asfixia, la sofocación y el estrangulamiento fueron más frecuentes en mujeres (hombres=1,9%, mujeres =12,7%).

Respecto a la tasa bruta de mortalidad (TBM) por 100.00 habitantes en Argentina, en relación a las lesiones interpersonales es de 4,4 y por sexo 7,5 para los hombres y 1,4 para mujeres.

Las intervenciones para combatir la violencia están basadas en la prevención del comportamiento violento mediante acciones sobre los factores de riesgo, y el control social (incluyendo acciones policiales y reclusión) que se ejerce sobre individuos que ya han cometido o estén considerando cometer actos de violencia.

Las acciones de prevención primaria están dirigidas a la población en general, con el fin de evitar conductas agresivas. La prevención secundaria está dirigida a grupos de alto

riesgo, y la prevención terciaria a individuos que ya han ejercido conductas violentas o han sido víctimas de la misma.

Estas definiciones señalan diferencias marcadas entre la prevención y el control, pero en realidad, las acciones destinadas a combatir la violencia forman parte de un continuo que va desde la prevención hasta el control. Hay acciones preventivas, tales como la enseñanza de técnicas para resolución pacífica de conflictos, como estrategias de control en el caso de ser aplicadas en grupos de personas que ya han cometido actos violentos. Asimismo, las acciones de control policial, tales como el arresto o las multas, tienen en algunos casos un impacto disuasivo importante que actúa como prevención de la violencia futura por parte de otros actores.

Las estrategias para la prevención de la violencia están basadas en el enfoque epidemiológico que la concibe como un problema de salud pública puesto que causa muerte e invalidez, incrementa la frecuencia en el consumo de alcohol y substancias psicotrópicas, aumenta el riesgo de enfermedades de transmisión sexual (violencia sexual) y tiene impactos sobre la depresión y otros trastornos mentales.

La generación y transmisión social de la violencia se incrementa ante la presencia de ciertos factores de riesgo y se reduce ante ciertos factores de protección^{9,38}. Los factores de riesgo, sean características individuales o del entorno, incrementan la probabilidad de que se produzca un hecho violento, aunque no sean la causa última del mismo. A través de estudios empíricos es posible determinar, en forma bastante precisa, la probabilidad de ocurrencia de ciertos hechos violentos y la incidencia de algunos factores sobre dicha probabilidad.¹⁵ Una vez identificados los factores de riesgo más importantes para una comunidad determinada, la epidemiología propone intervenciones públicas sobre ellos con la finalidad de prevenir la violencia y reducir su frecuencia. La última etapa del enfoque epidemiológico consta del análisis y evaluación de la efectividad de acciones preventivas de violencia realizadas en un contexto determinado.

El enfoque epidemiológico enfatiza una combinación de estrategias múltiples en extensos grupos de la población, puesto que se pueden esperar efectos más amplios cuando se tratan varios factores de riesgo simultáneamente y cuando se realiza una intervención temprana (en los primeros años de la niñez) sobre los mismos¹⁵.

La prevención de la violencia es, en general, más eficiente que las acciones de control de la violencia; en Estados Unidos se estima que por cada dólar invertido en prevención se podrían ahorrar al menos seis dólares invertidos en programas de control¹⁶ comparan la efectividad y los costos de cuatro programas de prevención temprana de la violencia con la ley que requiere arresto permanente después de tres ofensas graves en California. Este estudio concluye que la nueva política de penalización tiene un impacto en la reducción de las tasas de criminalidad; sin embargo, los programas preventivos (especialmente los incentivos para graduarse en la secundaria) tienen notablemente mayor costo-efectividad (evitan más crímenes por dólar invertido).

Un conjunto de políticas han sido implantadas con éxito o pueden serlo en América Latina, enfatizando el rol de las relacionadas con la prevención. En primer lugar, es necesario contar con información oportuna y desagregada tanto de los tipos y nivel de la violencia a nivel local como de los factores principales de riesgo dentro de una comunidad, luego clasificar el abanico de opciones disponibles en políticas con incidencia en el largo, mediano y corto plazo. Por último, se resumen las acciones de control y respuesta a la violencia de mayor relevancia para la región.

Vigilancia epidemiológica

La Organización Panamericana de la Salud ha establecido guías para la creación de Sistemas de Vigilancia Epidemiológica que puedan sustentar las acciones preventivas contra la violencia. Estos permiten la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información y el análisis e interpretación de los datos no sólo para proveer un mejor fundamento analítico en el diseño de estrategias preventivas, sino también para permitir la evaluación de los programas adoptados⁴⁸.

Los sistemas pueden ser de carácter universal o local y estar basados en información muestral o proveniente de registros institucionales, dependiendo del caso. Para algunos tipos de violencia, especialmente la doméstica, resulta apropiado un sistema de vigilancia epidemiológica de carácter centinela, en el cual una o más instituciones escogidas determinan las tendencias de ese tipo de violencia y las reportan a la comunidad y al resto de los organismos dedicados a la prevención de la violencia⁴⁸.

Tanto la OPS como el Banco Interamericano de Desarrollo enfatizan el rol de los municipios como unidad base para programas de vigilancia, prevención y control de la violencia en América Latina con la coordinación y apoyo necesarios a nivel regional y nacional⁴⁹.

En Colombia, las alcaldías de Bogotá y Cali han desarrollado, dentro de sus programas integrales para combatir la violencia, sistemas de vigilancia epidemiológica con información oportuna y periódica⁴⁰.

Disponer de datos fidedignos sobre la violencia, no sólo para planificar y vigilar, sino para sensibilizar a la población. Sin información, poca presión puede ejercerse para que las personas reconozcan el problema o reaccionen ante él. Numerosos actos de violencia no se registran nunca porque no se ponen en conocimiento de las autoridades. En otros casos sí se notifican, pero los archivos no recogen toda la información necesaria para comprender el problema. También, la falta de coherencia en las definiciones y en la recopilación de los datos hace difícil comparar éstos entre comunidades o países.

Hoy día, la recopilación más extensa y accesible corresponde a los datos de mortalidad, obtenidos a partir de certificados de defunción, registros de estadísticas vitales e informes forenses. Sin embargo, representan sólo la punta del iceberg: por cada víctima mortal, muchas más personas resultan heridas, debilitadas psíquicamente o discapacitadas de por vida.¹¹

Las estrategias de prevención se fundan en un conocimiento sólido, respaldado por investigaciones de calidad, sobre los factores que influyen en la violencia y de cómo interactúan. En el ámbito de la salud pública, las intervenciones se clasifican tradicionalmente en tres niveles de prevención.

La prevención primaria con actuaciones dirigidas a evitar la violencia antes de que ocurra. La secundaria que incluye medidas centradas en las respuestas más inmediatas a la violencia, como la atención pre - hospitalaria, los servicios de urgencia o el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual después de una violación. Y la terciaria con intervenciones centradas en la atención prolongada después de actos violentos, la rehabilitación y reintegración, y los intentos por aminorar traumas o discapacidades de larga duración asociadas con la violencia.

En las actividades de prevención participan muchos sectores y organismos diferentes, y todos los programas requieren de un proceso de evaluación.

En la Argentina el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), que monitorea las enfermedades transmisibles y no transmisibles, utilizado actualmente como plataforma oficial de la vigilancia epidemiológica.

Sus inicios datan de mediados del año 2011, en el marco de las actividades del Programa de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades; una de sus estrategias es el Sistema de Vigilancia de Lesiones (SIVILE) que registra la información del Programa Nacional de Prevención y Control de Lesiones con el objetivo de disminuir la morbilidad producto de lesiones por causas externas, principal causa de muerte en personas de 1 a 44 años.

En SIVILE se registran los casos de lesiones por causa externa, atendidos en las Unidades Centinelas de Lesiones (UCL), ubicadas principalmente en guardias de hospitales como también en servicios de emergencia de diferentes provincias del país. Se llevan a cabo acciones de vigilancia epidemiológica y prevención de lesiones coordinando esfuerzos con actores claves tanto del campo sanitario como de la seguridad vial, justicia, educación, entre otros.

El registro de los casos es a través del módulo SIVILE, en el cual las unidades centinela dan de alta la lesión con todas sus características relevantes. Al establecer criterios comunes de registro y permitir la carga descentralizada, se optimiza la gestión de los datos a través del sistema.

El módulo de SIVILE está en funcionamiento en el Sistema Integrado de Información Sanitario Argentino (SISA) desde 2014 con una actualización regular de los datos. Los responsables de la carga son designados en cada UCL por el referente provincial y el referente del establecimiento, según los acuerdos generados en cada provincia.

La carga de información se realiza por importación y por carga manual. La importación es el procedimiento por el cual se descarga la base de datos de otro sistema de información y se carga en el SIVILE. Además de esta modalidad se registran manualmente los casos en el formulario individual, incorporando datos en tiempo real desde los hospitales. Puede existir un diferimiento de tiempo según la UCL que va desde una semana a hasta un mes de la fecha de la lesión.

El registro es utilizado en 20 provincias de manera variada, ya que hay provincias que tienen más de una UCL y otras que tienen sólo una, lo que genera diferentes niveles de registro de información. Actualmente, San Juan utiliza la importación de datos como procedimiento de carga, mientras que Buenos Aires, Catamarca, Chaco, Chubut, Corrientes, Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Luis, Santa Cruz, Santiago del Estero, Tierra del Fuego y Tucumán recurren al formulario de caso individual. A octubre de 2017 se registraron aproximadamente 20.000 registros de casos de lesión por causa externa en todas las UCL que funcionan en el país, que representan un aproximado de 50 registros diarios. Las lesiones por causas externas presentan una elevada carga de enfermedad, no sólo muertes evitables y años potenciales de vida perdidos sino también discapacidad y afectación de la calidad de vida de los involucrados. También explican una gran necesidad de uso de recursos, tanto dentro del sistema sanitario, como generando costos indirectos, entre los que se encuentran pérdida de la productividad y la necesidad de cuidado por su entorno.

En Argentina, las lesiones por causas externas continúan siendo una de las principales causas de muerte, siendo la primera en personas de 1 a 44 años, afectando mayormente a hombres que a mujeres. Dentro de este grupo de muertes, las lesiones ocasionadas por el tránsito son las más frecuentes. En los últimos años se ha incrementado la mortalidad en ocupantes de automóvil, reflejando probablemente la contracara de un mayor número de automóviles circulantes, pero particularmente de motos, donde la mortalidad se ha triplicado. Con relación a las muertes de causa externa intencionales, la mortalidad por homicidios y suicidios ha registrado un pico en las tasas de mortalidad en el año 2002, que coincide temporalmente con una época de crisis política, económica y social en nuestro país. Si bien hubo una tendencia en descenso luego de ese año para ambas causas de muerte, la tasa de mortalidad por suicidios no se ha reducido hasta alcanzar niveles previos.

Dada la carga de enfermedad atribuible a las lesiones, las estadísticas vitales y otros sistemas de información requieren de mejoras continuas para poder contar con información válida y confiable que asista a la toma de decisiones.

La OMS ha propuesto distintas acciones preventivas para combatir la violencia. Entre las medidas activas el combatir la pobreza, el abuso del alcohol y las drogas, la

desestructuración y falta de recursos de las familias, los niños maltratados y abandonados, etc. Estas medidas requieren dirigirse proporcionalmente a los grupos sociales más vulnerables a los factores de riesgo de la violencia. Propone diseñar políticas de actuación contra la tolerancia y la complacencia con ciertas formas de violencia, que empiezan por denunciarlas socialmente y, por último convencer a los agentes sociales de la importancia que tiene la lucha contra la violencia en el marco de unas relaciones sociales basadas en los derechos humanos, la búsqueda de la salud, el bienestar personal y social en un mundo global más justo y pacífico.²⁹

Para incidir efectivamente en las soluciones y en su evaluación posterior, es necesario caracterizar los hechos de violencia. Sin embargo, como regla general, los países de la Región de las Américas carecen de información confiable sobre los hechos violentos. Las entidades responsables de la seguridad ciudadana tradicionalmente manejan su información de manera independiente, sin confrontarla ni compartirla con las otras entidades, razón por la cual resulta con frecuencia disímil y contradictoria. Los criterios y definiciones que se utilizan para registrar un hecho violento varían entre países, ciudades e instituciones, lo que impide comparaciones válidas y confiables⁵⁰. Se subraya la necesidad de tener sistemas de información basados en datos que faciliten la toma de decisiones, con algunas de las características a identificar como el patrón o tipología de las víctimas y victimarios; circunstancias en que se presentaron los hechos, y variables relacionadas con su ocurrencia⁵¹

Se espera que la información del presente estudio sobre la evolución temporal de las lesiones físicas por violencia interpersonal de las provincias del Chaco, Formosa, Corrientes y Misiones constituya un insumo de utilidad para el diseño y monitoreo de políticas públicas orientadas a la prevención de las mismas.

CAPITULO II



Estrategia Metodológica

Diseño

-Según la estrategia general la investigación fue cuantitativa; este tipo de estudio es establecido para ser utilizado en la recolección y análisis de datos, se valida en la medición numérica, el conteo y en el uso de la estadística para determinar con mayor precisión patrones de comportamientos en una población. En el presente estudio se pretendió mostrar de forma cuantitativa y numérica la evolución temporal de las lesiones físicas por violencia interpersonal.

-Según el análisis y el alcance de los resultados la investigación fue descriptiva con el objeto determinar la situación de las variables estudiadas en una población específica; la presencia, ausencia y frecuencia con la que ocurre un fenómeno.

Requiere registrar y constatar el valor de las variables y ordenar los datos sobre el fenómeno en la población elegida. En esta investigación se identificaron y describieron características de una población con el fin de establecer su estructura o comportamiento y realizó un ordenamiento de los resultados observados en la muestra.

Según el periodo y la secuencia del estudio, fue transversal, las variables en estudio se midieron una única vez en un lapso de tiempo determinado. Las unidades de análisis, las lesiones físicas por violencia interpersonal en la región del NEA, Argentino; y unidad de observación grupos, más que individuos por separado.

Se comparó la frecuencia del evento a través del tiempo en la región, con el propósito de buscar patrones espaciales o temporales que podrían sugerir hipótesis sobre las causas.

Según la intervención del investigador fue un estudio no experimental u observacional donde las variables se presentan en la realidad, sin manipulación por parte del investigador.

Se solicitó el aval del Comité de Ética en Investigación del Hospital José Ramón Vidal contemplando el acuerdo de compromiso y confidencialidad vigentes en la institución.

Población o universo

Casos reportados por lesiones físicas por violencia interpersonal en el NEA, argentino.

Unidad de análisis

Caso reportado de lesión físicas por violencia interpersonal.

Criterios de Inclusión

Todos los casos reportados por lesiones físicas interpersonales de las provincias de Corrientes, Misiones, Chaco y Formosa en el Sistema Integrado de Información Sanitario Argentino (SISA), modulo Sistema de vigilancia de lesiones (SIVILE). Periodo 2014-2017

Variables

a- **Sexo de la víctima:** condición anatómico fisiológica que distingue entre masculino y femenino.

Valores:

- Femenino
- Masculino
- Sin dato

Indicador: sexo de la persona con lesiones consignado en los registros del SISA-SIVILE.

b- **Sexo del agresor:** condición anatómico fisiológica que distingue entre masculino y femenino.

Valores:

- Femenino
- Masculino
- Múltiples agresores
- No sabe/no responde

Indicador: sexo de la persona que provoca las lesiones consignado en los registros del SISA-SIVILE.

c- **Edad:** tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la lesión expresado en años.

Valores: años de vida

Indicador: edad en años de la persona con lesiones consignada en los registros del SISA-SIVILE.

d- **Semana epidemiológica en que ocurre la lesión:** momento en que se produce la lesión según calendario de semanas epidemiológicas.

Valores: números de la 1 a la 55.

Indicador: semana epidemiológica en que se produce la lesión según registros del SISA-SIVILE.

e- **Relación víctima/agresor:** vínculo existente entre dos personas en una situación de violencia.

Valores:

-Pareja o ex pareja

-Padres o padrastros.

-Otro familiar

-Amigos/conocidos

-Persona desconocida (extraño)

-Otro

-No sabe/no responde

Indicador: vínculo con el agresor de la persona con lesiones consignado en los registros del SISA-SIVILE.

f- **Situación laboral:** condición que presenta la persona en relación a la actividad laboral.

Valores:

-Trabaja a tiempo completo

- Trabaja a tiempo parcial
- Trabaja esporádicamente
- No trabaja- desempleado
- No trabaja- estudiante
- No trabaja – ama de casa
- No trabaja- jubilado pensionando
- No trabaja – rentista
- No trabaja – otro
- No sabe/no responde

Indicador: condición laboral de la persona con lesiones señalada en los registros del SISA-SIVILE.

g- Mecanismo de la lesión: forma utilizada para producir una lesión en otra persona.

Valores:

- Golpe (por objetos o personas)
- Trauma con objeto punzo cortante
- Arma de fuego
- Exposición al fuego
- Contacto con fuentes de calor
- Contacto con sustancias calientes
- Exposición a la electricidad
- Sofocación o estrangulamiento
- Ahogamiento o sumersión
- Agresión sexual
- Otra lesión
- No sabe/no responde

Indicador: mecanismo de la lesión asignado en los registros del SISA-SIVILE.

h- Contexto de la agresión: circunstancias en la que se produce la agresión.

Valores:

- Violencia domestica/intrafamiliar
- Robo u otros crímenes

-Riñas o peleas (no familiar)

-Otro

-No sabe/no responde

Indicador: contexto de la agresión consignado en los registros del SISA-SIVILE.

Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos

Para el análisis de los datos se utilizaron las siguientes herramientas: tabulación (cuadros de distribución de frecuencias y tabulaciones múltiples), comparación de series temporales, cálculos (tendencia central de datos numéricos, media mediana y moda, y la variabilidad, los límites, intervalos y desviación estándar) y representación de frecuencias absolutas y relativas en gráficos y tablas.

CAPITULO III



Resultados de la investigación

Con el objetivo de comparar la evolución temporal de los casos reportados de lesiones físicas por violencia interpersonal en el periodo 2014-2017 en el Sistema de Vigilancia de Lesiones (SIVILE) entre las provincias de la región del NEA, Argentina, se llevó a cabo el relevamiento de las bases de datos del SIVILE de Argentina donde se registran las lesiones, sus características y circunstancias en que se producen.

Se generaron reportes anuales (2014-2015-2016-2017) por provincia (Corrientes, Chaco, Misiones, Formosa) para armar la base de datos y elaborar la matriz en programa Excel. El acceso al sistema SISA se obtuvo mediante autorizaciones del Hospital Dr. José Ramón Vidal el cual funciona como nodo de notificación y del Departamento de Estadística y Epidemiología además del aval del Comité de Ética de la institución.

Las instituciones que reportan casos de lesiones en las diferentes provincias son en Corrientes seis instituciones de salud, dos de la Capital y cuatro del interior: Paso de los Libres, Bella Vista, Mercedes y Curuzú Cuatiá todas asisten adultos; en la provincia del Chaco dos instituciones de salud de Resistencia, un centro de salud de adultos y uno de atención pediátrica; y en Misiones una institución de salud de adultos de la Capital, Posadas.

En cuanto a Formosa no dispone de nodos de notificación según el programa, por tal motivo no se mencionará esta provincia en el desarrollo de los resultados.

Según el sistema SISA-SIVILE el total de lesiones reportadas en el periodo de estudio en el país fue de 104.418 (100%) casos, de los cuales 17.270 (16,53%) correspondieron a la región NEA. Considerando solo las lesiones interpersonales reportadas a nivel país 8.687 (100%) en el periodo 2014- 2017 el porcentaje para el NEA correspondió a 14,81%. Ver Tabla 1



Tabla 1 Frecuencia lesiones totales/interpersonales nivel Argentina-NEA 2014-2017

| Lesiones/ Región | total País | total NEA |
|---------------------|----------------|-----------------|
| lesiones totales | 104.418 (100%) | 17.270 (16,53%) |
| interpersonales | 8687 (8,3%) | 1287 (14,8%) |

Fuente: **SISA** Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

Al discriminar por provincias las lesiones (sin determinar intencionalidad), Corrientes presentó 7.688 casos reportados, Chaco 8.565 y Misiones 1.017, observando mayor reporte de casos en la provincia de Chaco. Ver tabla 2

Tabla 2 Total de Lesiones- sin discriminar intencionalidad- región NEA por provincias período 2014-2017

| LESIONES TOTALS | CORRIENTES nº7688 | CHACO nº8565 | MISIONES nº1017 | total |
|--------------------|----------------------|-----------------|--------------------|-------|
| 2014 | 3147 | 2808 | 426 | 6381 |
| 2015 | 2807 | 2436 | 261 | 5504 |
| 2016 | 741 | 906 | 198 | 1845 |
| 2017 | 993 | 2415 | 132 | 3540 |
| Total | 7688 | 8565 | 1017 | 17270 |

Fuente:



Sistema Integrado
de Información
Sanitaria Argentino

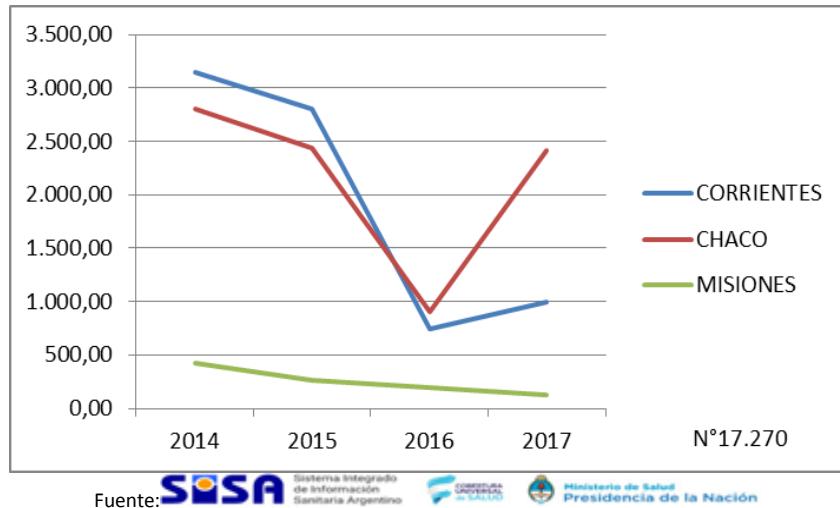


Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

Según la evolución temporal de las lesiones-sin determinar intencionalidad- en la región NEA, Corrientes presentó en el año 2014 el mayor número de casos del periodo en estudio con 3.147, seguido por Chaco con 2.808, con una caída simultánea en el año 2016 con 741 (9,63%) y 906 (10,57%) lesiones, para luego ascender en el 2017 a 993 y 2.415 casos, Chaco de manera más pronunciada que Corrientes; (ver gráfico 1).

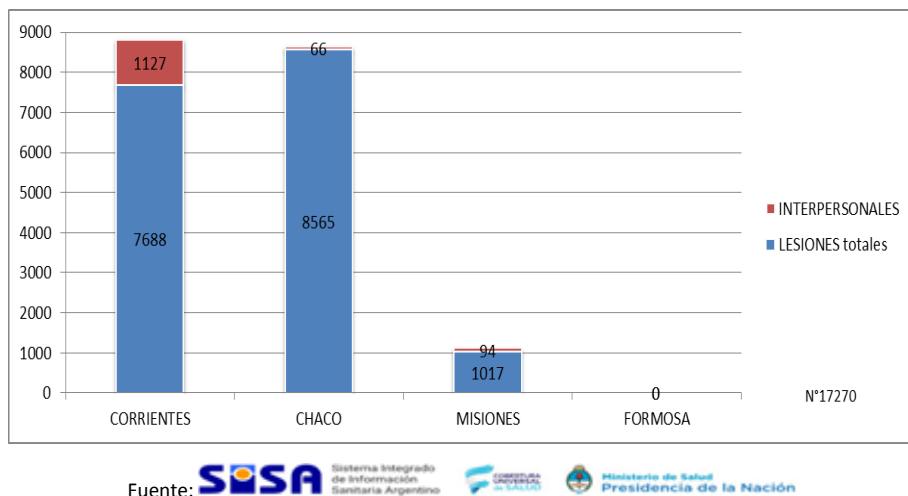
Por su parte Misiones presentó la menor cantidad de reportes con una tendencia al descenso en todo el tiempo estudiado.

Gráfico 1 Frecuencia de lesiones sin determinar intencionalidad, reportada en las provincias del NEA 2014-2017



De los 17.270 casos de lesiones de la región NEA, 1.287 (7,45%) fueron físicas por violencia interpersonal. Gráfico 2

Gráfico 2 Lesiones totales/Interpersonales. NEA período 2014-2017



En relación a las provincias del NEA, Corrientes presentó mayor registro de casos por lesiones interpersonales (14,66%), seguido por Misiones (9,24%) y luego Chaco (0,77%). Tabla 3

Tabla 3 Frecuencia lesiones totales/interpersonales Región NEA por provincia 2014-2017

| TOTAL/PROVINCIA | CORRIENTES | CHACO | MISIONES | FORMOSA | TOTALES |
|-----------------|------------|-------|----------|---------|---------|
| LESIONES | 7688 | 8565 | 1017 | 0 | 17270 |
| INTERPERSONALES | 1127 | 66 | 94 | 0 | 1287 |
| PORCENTAJE | 14,66 | 0,77 | 9,24 | 0 | 7,45 |

Fuente:



Sistema Integrado
de Información
Sanitaria Argentino

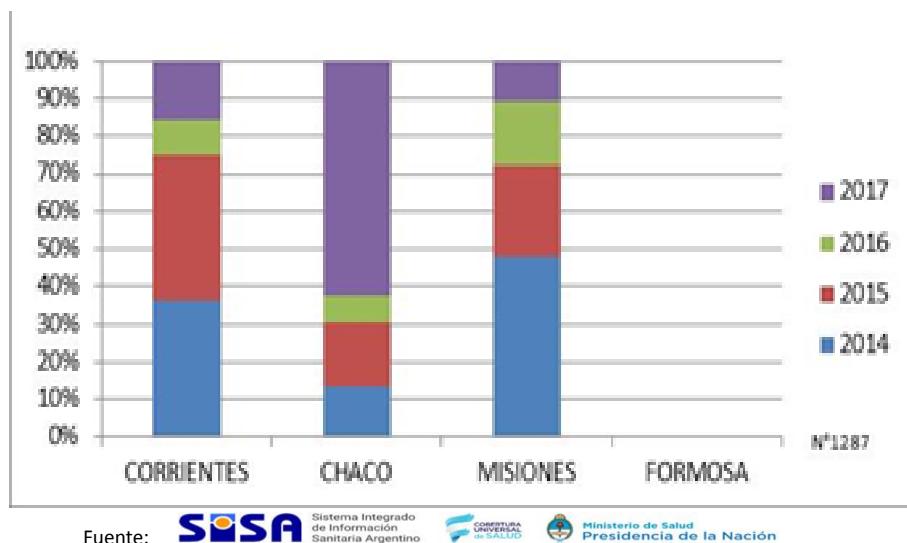


Coordinadora
de SALUD
Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

Apreciando los casos reportados de lesiones físicas por violencia interpersonal por año en las diferentes provincias, en Corrientes y Misiones disminuyeron gradualmente en el periodo 2014-2017, sucediendo lo inverso en la provincia del Chaco, con excepción del año 2016 donde se observó bajo número de casos reportados en esa provincia.

Gráfico 3

Gráfico 3 Porcentaje Lesiones Interpersonales reportadas por provincia 2014-2017



Fuente:



Sistema Integrado
de Información
Sanitaria Argentino



Coordinadora
de SALUD
Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

La provincia del Chaco presentó mayor porcentaje de notificación de lesiones totales (8576), sin embargo al considerar solamente las interpersonales es Corrientes quien encabezó la lista con 1127 reportes, seguido por Misiones 94 y por último Chaco con 66 notificaciones.

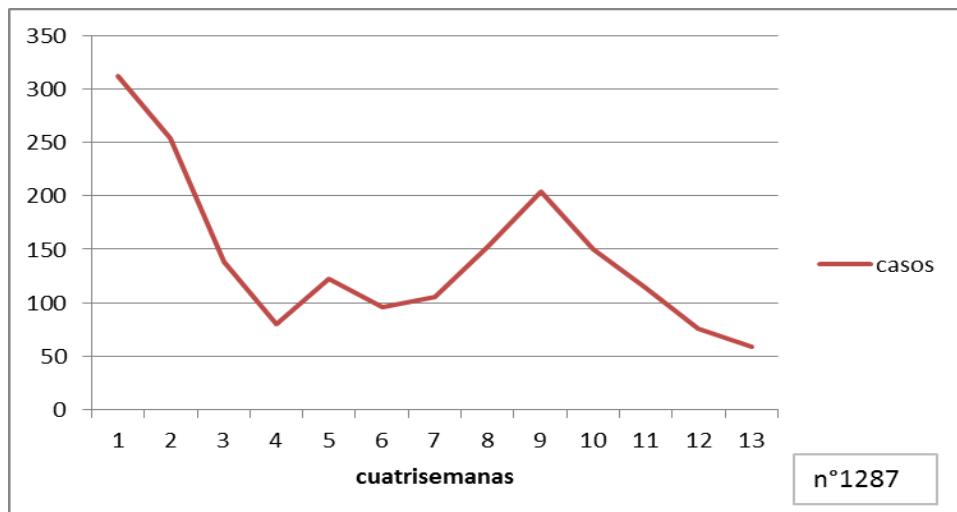
A fin de describir los casos de violencia interpersonal reportados en el periodo 2014-2017 se trabajaron las siguientes variables: semana epidemiológica en que se produjo la lesión, sexo de la víctima y el agresor, edad y situación laboral de la víctima, relación víctima/agresor, mecanismo de la lesión y contexto de la agresión.

Las semanas epidemiológicas (SE), conocidas como calendario epidemiológico, son una estandarización de la variable tiempo con el propósito de la vigilancia epidemiológica; obteniendo así 53 semanas (cada una conformada por siete días) por año calendario, lo cual permitió la comparación de eventos epidemiológicos sucedidos en determinado año o período dentro de un año, con los de años previos; facilita también, la comparación entre provincias.

Se trabajó con cuatrisesmanas (4 semanas epidemiológicas) en las variables que presentaron amplia variabilidad semanal en los registros de casos a fin de poder valorar una tendencia en la notificación.

Al contemplar todo el periodo 2014-2017 en la región NEA se evidenció que en las cuatrisesmanas 1, 2, 5 y 9 el número de casos reportados fue mayor, correspondiendo a los meses de Enero, Febrero, Mayo y Agosto respectivamente. Gráfico 4

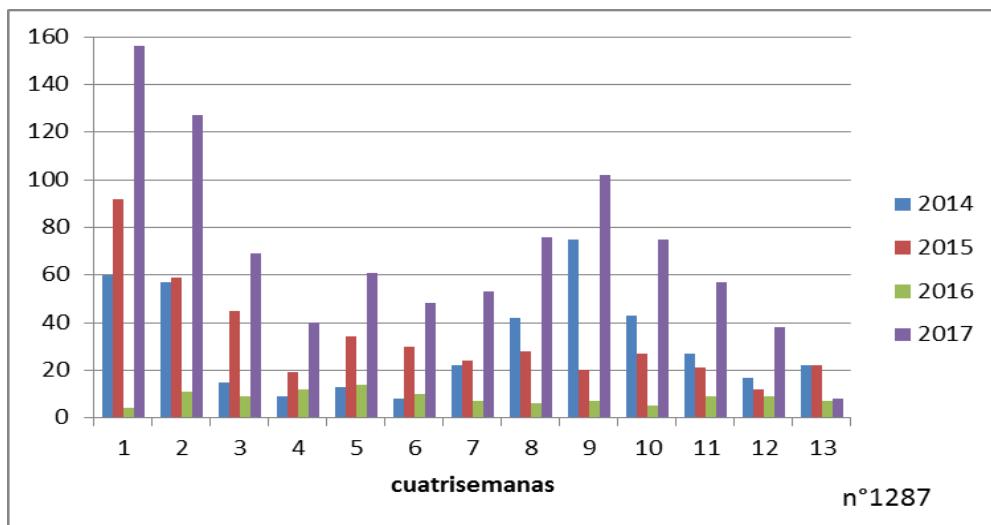
Gráfico 4 Distribución de casos reportados de lesiones interpersonales en periodo 2014-2017 regional NEA



Fuente: **SISA** Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino | **COMISIÓN NACIONAL DE SALUD** | **Ministerio de Salud Presidencia de la Nación**

Al valorar los casos registrados según cuatrisesmanas epidemiológicas se destacaron los años 2015 y 2017 presentando mayores registros. Gráfico 5

Gráfico 5 distribución lesiones reportadas regional por año 2014-2017

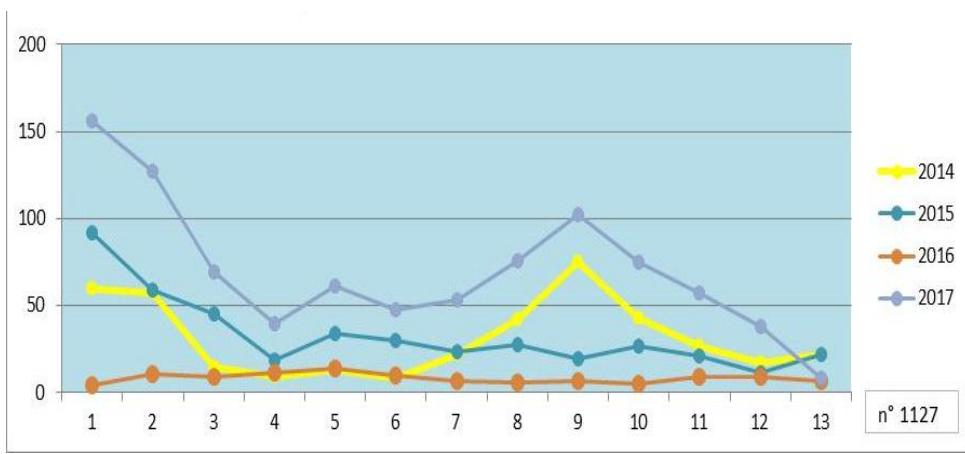


Fuente: SISA Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino CONICET Ministerio de Salud Presidencia de la Nación

Corrientes mostró más casos notificados de lesiones interpersonales en la cuatrisesmana 1, 2 y 13 correspondientes a los meses de Diciembre-Enero – Febrero para luego descender; otro aumento de los casos notificados sucedió en el mes de Agosto (cuatrisesmana 9) en todo el periodo. El resto de las provincias presentaron una estabilidad en los casos reportados, siendo bajos en casi todo el ciclo.

Si se aprecian por año y provincia considerando todas las semanas epidemiológicas del calendario, en Corrientes en las cuatrisesemanas 1 y 9 se presentaron dos pequeños picos de casos reportados en los años 2014 y 2017 principalmente. Gráfico 6

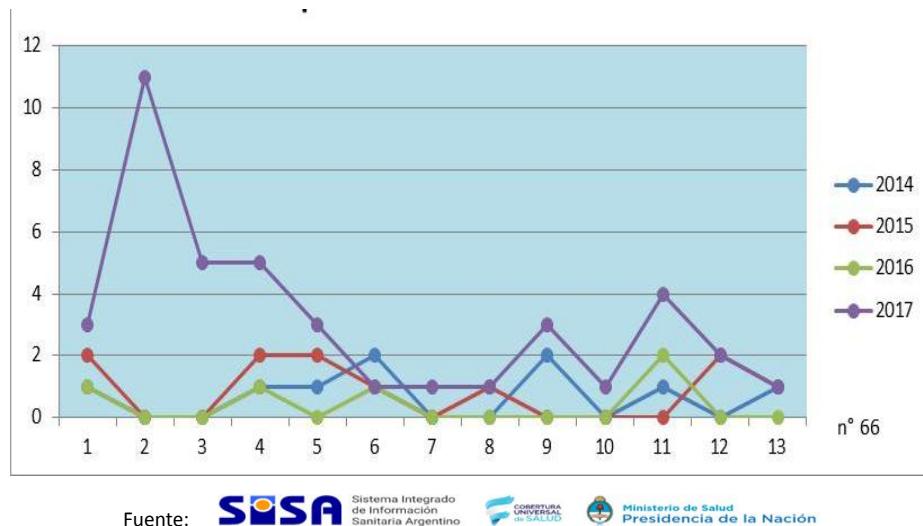
Gráfico 6 Frecuencia de casos de lesiones. Corrientes 2014-2017



Fuente: SISA Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino CONICET Ministerio de Salud Presidencia de la Nación

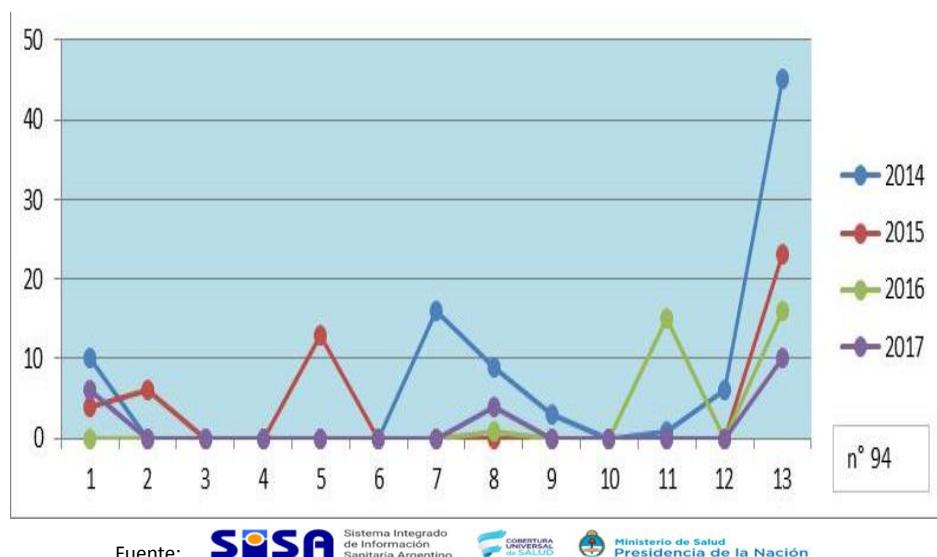
En la provincia del Chaco fue notoria en la línea del año 2017 la semana 2 (Enero – Febrero) que presentó un aumento en el registro de casos; en general los reportes fueron bajos en número e irregulares en el resto de las semanas y años. Gráfico 7

Gráfico 7 Frecuencia de casos de lesiones. Chaco 2014-2017



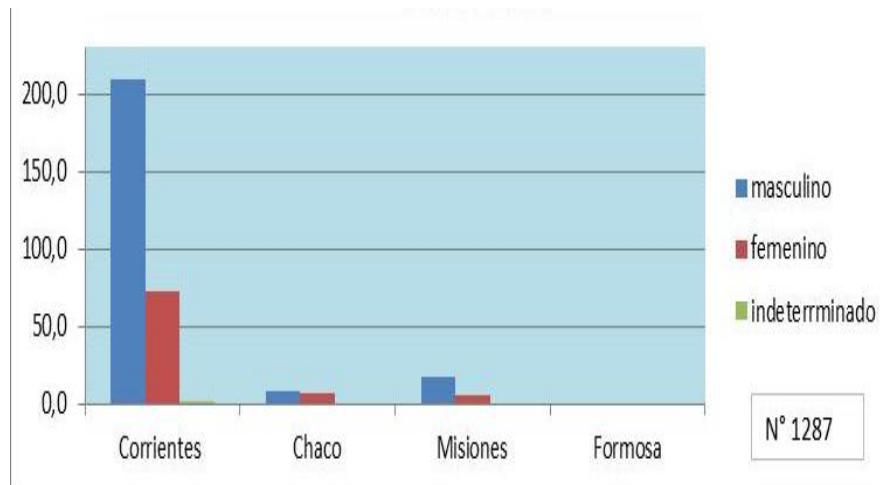
En la provincia de Misiones la notificación de casos por lesiones interpersonales presentó variabilidad marcada en todos los años, con aumentos en los años 2014, 2015 y 2016 en diferentes semanas epidemiológicas; semana 7 (Junio-Julio), semana 5 (Mayo), semana 11 (Octubre) respectivamente. Gráfico 8

Gráfico 8 Frecuencia de casos de lesiones. Misiones 2014-2017



Con respecto al sexo de las víctimas, en las provincias de Corrientes, Chaco y Misiones entre 2014-2017, los resultados mostraron predominio del sexo masculino en los casos reportados por lesiones físicas por violencia interpersonal, con una razón de 2,77 varones por cada mujer. Gráfico 9

Gráfico 9 Distribución del sexo de los casos reportados Promedios 2014-2017.



Fuente:



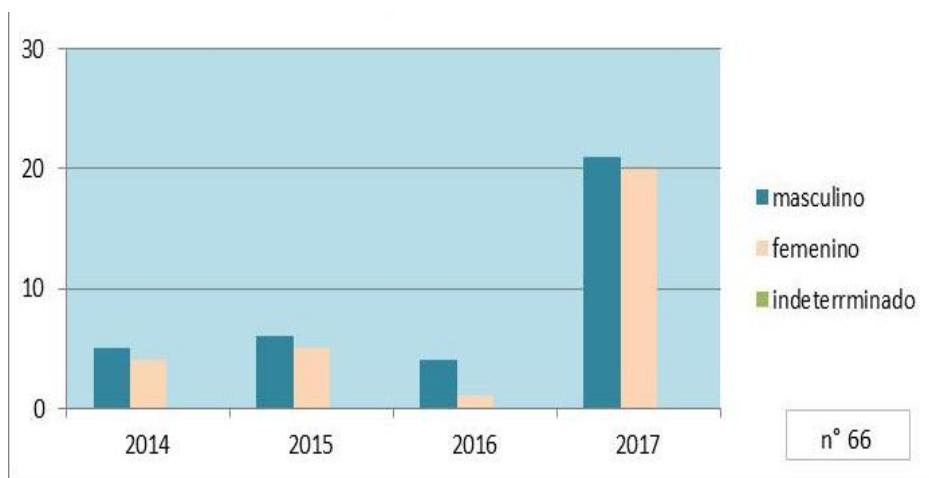
Sistema Integrado
de Información
Sanitaria Argentino



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

Esta situación se repitió en la provincia de Corrientes en todo el periodo de estudio y en Misiones, salvo el hecho llamativo de que en esta última provincia en el año 2017 no se registraron casos reportados del sexo femenino; por otra parte en la provincia del Chaco se apreciaron similares valores entre sexos durante el año 2017. Gráfico 10

Gráfico 10 Distribución del sexo de los casos reportados. Chaco 2014-2017



Fuente:



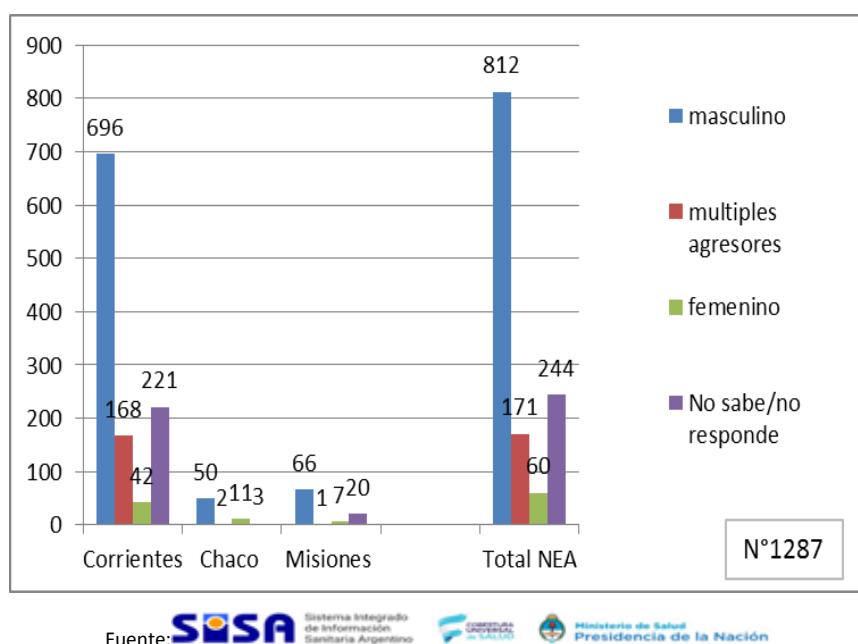
Sistema Integrado
de Información
Sanitaria Argentino



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

En cuanto al sexo de los agresores a nivel país, el masculino predominó en el periodo con el 70% de los casos, le siguió en importancia la categoría múltiples agresores con el 16%, siendo el sexo femenino el 5% y la opción no saben/no responden el 9%. Por provincia se replicó la misma tendencia en Chaco 76% de los agresores eran hombres y el 17% mujeres (valor más alto en esta provincia), en Misiones 70% hombres y 7% mujeres y Corrientes 62% hombres y 4% mujeres; en la categoría múltiples agresores la mayor cantidad de casos se dio en Corrientes con 15% disminuyendo en las demás con 3% Chaco y 1% Misiones. Gráfico 11

**Gráfico 11 Frecuencia de casos lesiones interpersonales según sexo del agresor por provincia-NEA
2014-2017**



En relación a la edad de los casos reportados, el promedio en Corrientes fue de 29 años en todo el periodo, desviación típica de (+-2,3) en los años 2014 y 2017 y ligeramente mayor en los años 2015 y 2016 (+-2,4 y +-2,5), en Misiones el promedio de edad fluctuó entre 26 y 31 años con una desviación típica de (+-11,9 a +-12,2) en los años 2014 y 2015 descendiendo en el 2017 a (+-4,9), en Chaco se observó un promedio menor entre 15 y 24 años con una desviación típica que fluctúa entre (+-1,3) en el año 2015 y (+-3,8) en el 2017 tabla 4

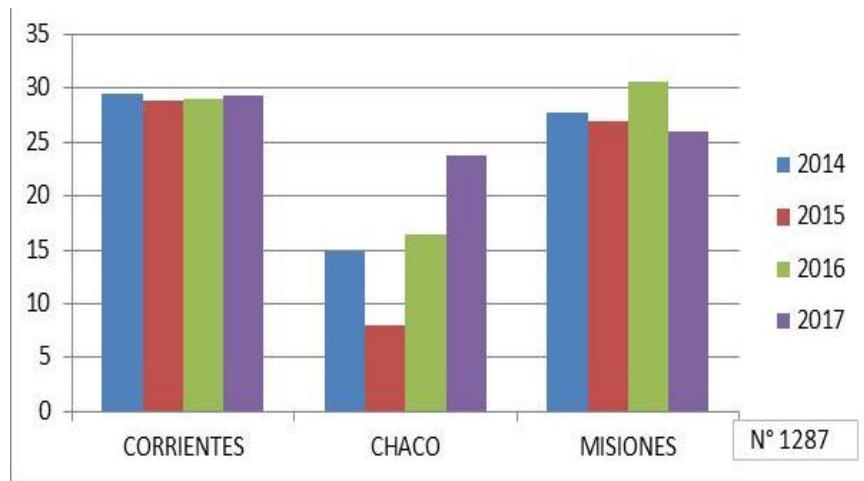
Tabla 4 Edad de los casos reportados de lesiones interpersonales. Medidas de tendencia central y de dispersión Provincia de Corrientes, Chaco, Misiones 2014-2017

| CORRIENTES | PROMEDIO | MEDIANA | 1 CUARTIL | 3 CUARTIL | DESVIACION TIPICA |
|------------|----------|---------|-----------|-----------|-------------------|
| 2014 | 29,5 | 26 | 25 | 36 | 2,3 |
| 2015 | 28,9 | 25 | 20 | 35 | 2,4 |
| 2016 | 29,1 | 30 | 19 | 24 | 2,5 |
| 2017 | 29,3 | 26 | 20 | 33 | 2,3 |
| CHACO | PROMEDIO | MEDIANA | 1 CUARTIL | 3 CUARTIL | DESVIACION TIPICA |
| 2014 | 14,9 | 13 | 10 | 22 | 2,7 |
| 2015 | 8 | 7 | 5 | 12 | 1,3 |
| 2016 | 16,4 | 12 | 9 | 13 | 3,8 |
| 2017 | 23,8 | 13 | 11 | 37 | 3,4 |
| MISIONES | PROMEDIO | MEDIANA | 1 CUARTIL | 3 CUARTIL | DESVIACION TIPICA |
| 2014 | 27,7 | 24 | 22 | 29 | 11,9 |
| 2015 | 27 | 24 | 19 | 33 | 12,2 |
| 2016 | 30,6 | 28 | 21 | 35 | 11,6 |
| 2017 | 26 | 22 | 19 | 27 | 4,9 |

Fuente:  Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino  Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

El menor promedio de edad hallado en la región corresponde a la provincia del Chaco con 8 años y el mayor Misiones con 30,6 años en el periodo estudiado. Gráfico 12

Gráfico 12 Promedios de edad de los casos reportados. Corrientes. Chaco. Misiones 2014-2017



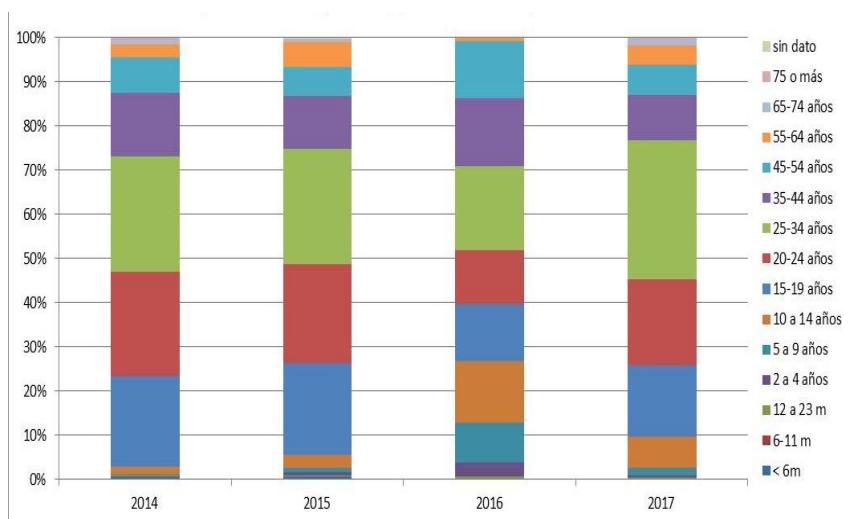
Fuente:  Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino  Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

Las instituciones que reportaron casos en el SISA en la provincia del Chaco entre los años 2014-2017 fueron dos, la Unidad Central de Coordinación de Emergencias Médicas U.C.C.E.M. y el Hospital Pediátrico Dr. Avelino Lorenzo Castelán; de los 66

casos registrados 24 (36%) correspondieron a adultos (mayores de 14 años) y 42 (64%) a menores.

Respetando los grupos etarios del SISA (< 6m, 6-11 m, 12 a 23 m, 2 a 4 años, 5 a 9 años, 10 a 14 años, 15-19 años, 20-24 años, 25-34 años, 35-44 años, 45-54 años, 55-64 años, 65-74 años, 75 o más y sin dato), los porcentajes obtenidos fueron los siguientes: niños hasta 9 años (32) 2,48%; adolescentes de 10 a 19 años (300) 23,31%; jóvenes de 20 a 24 años (272) 21,13 %; adultos jóvenes de 25 a 34 años (339) 26,34%; adultos maduros de 35 a 64 años (318) 24,70 % y mayores, igual o más de 65 años (16) 1,24 %. Del total de casos de las provincias, los rangos etarios con mayores frecuencias de casos fueron de 15 a 19, de 20 a 24, de 25 a 34 y de 35 a 44 años. Gráfico 13

Gráfico 13 Porcentaje de casos reportados según rango etario. NEA 2014-2017



Fuente:



Sistema Integrado
de Información
Sanitaria Argentino

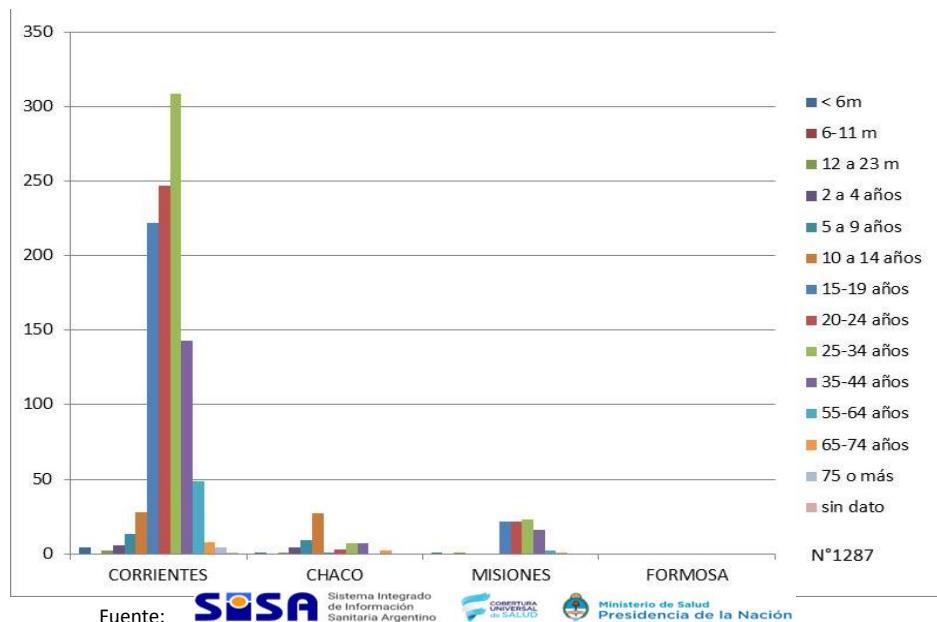


Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

Estos valores variaron al observar los casos totales de lesiones interpersonales por provincia. En la provincia de Corrientes los grupos etarios predominantes fueron de 25 a 34 (309 - 27,4%), 20 a 24 (247 – 21,9%) y de 15 a 19 (222 -19,6%) años en orden decreciente; en Misiones los grupos de 35 a 44(23- 24,4%) 20 a 24 (22 -23,4%) y de 15 a 19 años (22 -23,4%) siguiendo el mismo criterio; y en Chaco se presentó como grupo predominante el de 10 a 14 años (27 – 40,9%) seguido por el de 5 a 9 años (9 – 13,6%).

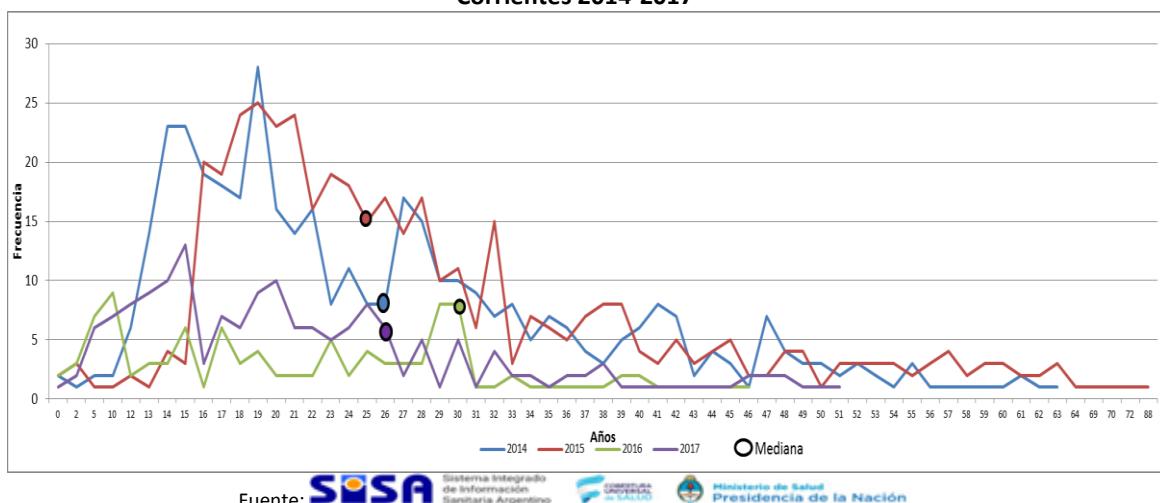
Gráfico 14

Gráfico 14 Total de casos reportados según rangos etarios. Corrientes. Chaco. Misiones 2014-2017



Por ser la provincia de Corrientes la que presenta mayor número de casos reportados en el periodo de estudio se representa la distribución etaria, donde el menor valor encontrado fue 0 y el mayor 88 años, la moda en el 2014 fue de 22 años, en el 2015 19, 2016 36-37 años y 21 para el 2017. Gráfico 15

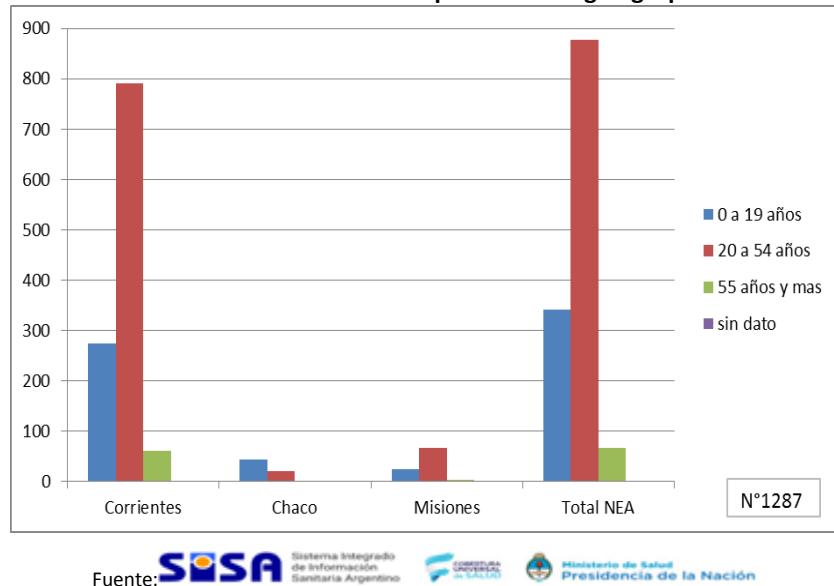
Gráfico 15 Distribución de frecuencia de edades de casos de lesiones reportados de la Provincia de Corrientes 2014-2017



A los efectos del estudio se separaron por rangos de edades a la población del período (2014-2017) de la región NEA, en cuatro grandes grupos a fin de determinar la

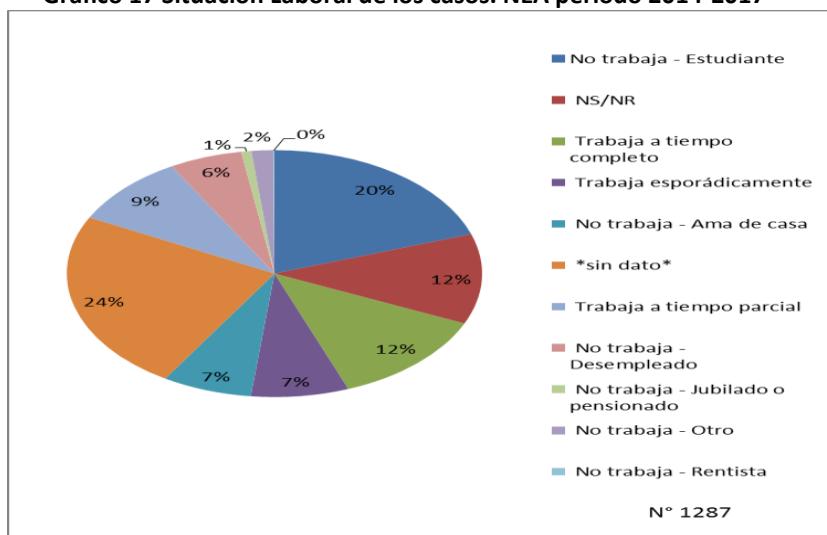
distribución de los mismos. Se obtuvieron estos resultados: 0 a 19 años 27% de casos, de 20 a 54 años 68% y de 55 años y más 5% y predominando el grupo de adultos de 20 a 54 años a nivel regional; se destacó Chaco individualmente por ser la provincia con más casos en el grupo etario de 0 a 19 años. Gráfico 16

Grafico 16 Frecuencia de casos de lesiones interpersonales según grupo etario NEA 2014-2017



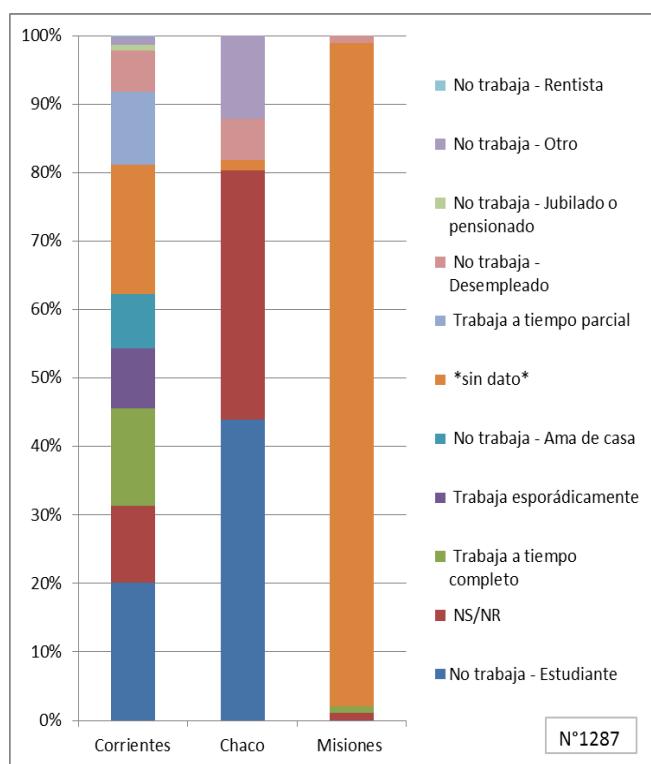
En las variables sociodemográficas, respecto a la situación laboral regional predominó la categoría sin dato (305- 23,6%) reflejando un vacío en los registros; le continuó en frecuencia no trabaja/estudiante (255-19,8%) y trabaja a tiempo completo (162- 12,5%); también se destacaron las categorías no sabe/ no responde (152-11,8%), y trabaja a tiempo parcial (119-9,24%). Ver Gráfico 17

Gráfico 17 Situación Laboral de los casos. NEA período 2014-2017



Por provincia la situación laboral registrada varió. En Corrientes durante el periodo en estudio se apreciaron variadas categorías, destacándose la opción no trabaja/estudiante con el 20% (226), sin dato 18,8% (213), trabaja a tiempo completo 14, % (161), no sabe/no responde 11,2% (127) y trabaja a tiempo parcial 10,5% (119). En Chaco disminuyó la variedad de categorías laborales destacándose no trabaja/estudiante con 43,9% (29), no sabe/no responde 36,3% (24) y no trabaja/ otro 12,1% (8). Finalmente en Misiones en los reportes sobre situación laboral del periodo predominó la categoría sin dato con el 96% (91), ver Gráfico 18.

Gráfico 18 Situación laboral de las personas reportadas con lesiones físicas por violencia interpersonal por provincia 2014-2017

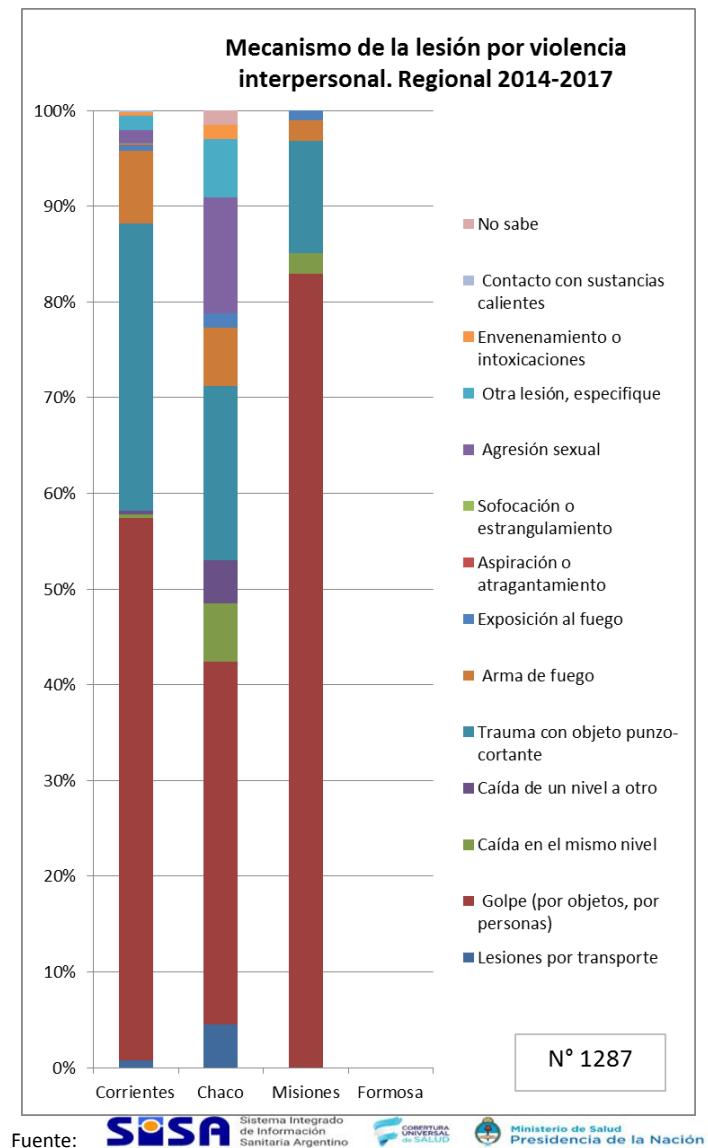


Fuente: **SISA** Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino | **CONSTITUCIÓN ARGENTINA** | **Ministerio de Salud Presidencia de la Nación**

La variable vinculada con el mecanismo de la lesión, mostró en general en todas las provincias y años en estudio como categorías mayoritarias los golpes por objetos y personas 57,65%, el trauma con objeto punzo-cortante 28,04% y las armas de fuego 7,07%.

La agresión sexual se encontró registrada como mecanismo de lesión apreciando valores regionales de 1287 casos en el periodo 2014-2017 con agresiones sexuales 24 (2%); en la provincia de Corrientes se registraron 16 casos (1,3%) de un total de 1227 y en Chaco 8 (12%) de 66. El año de mayor frecuencia de agresiones consignadas fue el 2015 con 13 casos en la región. Gráfico19

Gráfico 19 Distribución porcentual del Mecanismo de la lesión. NEA 2014-2017



Si se considera el sexo de las víctimas de agresión sexual reportados en el periodo 18 (75%) fueron mujeres y 6 (25%) hombres, con una razón de 3 mujeres por cada hombre víctima de agresión sexual.

En lo referentes al contexto de la agresión de los casos de lesiones físicas por violencia interpersonal, en todas las provincias durante el periodo en estudio (2014-2017) las categorías mayoritarias fueron riñas o peleas no familiares 585 (45%) y robo u otros crímenes 415 (32%); en el último lugar se ubicó la violencia doméstica intrafamiliar 137 (11%) presente en todos los años con tendencia creciente. Gráfico 20

Gráfico 20 Porcentaje de casos según contexto de la agresión. NEA 2014-2017



Referente al contexto de la agresión por provincia, en Corrientes hubo mayor frecuencia de riñas o peleas (no familiar) 490 (43%) y robo y otros crímenes 394 (35%) en Chaco 24 (36%) correspondieron a las riñas y 19 (29%) a otros, dejando al robo y otros crímenes en tercer lugar con 10 (20%) casos ; en Misiones predominaron las riñas o peleas no familiares 71 (76%); es importante mencionar que en la categoría otros podrían estar los casos de contexto comunitario y acción por agente policial, opciones que aún no se encontraban en el programa SIVILE a la fecha del registro. Tabla 5

Tabla 5 Contexto de la agresión de los casos. Corrientes. Chaco. Misiones 2014-2017

| CONTEXTO DE LA AGRESIÓN | Corrientes | Chaco | Misiones | Formosa | Totales |
|-------------------------------------|-------------|-----------|-----------|----------|-------------|
| Violencia doméstica / intrafamiliar | 118 | 10 | 9 | 0 | 137 |
| Robo u otros crímenes | 394 | 13 | 8 | 0 | 415 |
| Riñas o peleas (no familiar) | 490 | 24 | 71 | 0 | 585 |
| Otro | 46 | 19 | 1 | 0 | 66 |
| No sabe / No responde | 79 | 0 | 5 | 0 | 84 |
| TOTAL | 1127 | 66 | 94 | 0 | 1287 |

Fuente:



Sistema Integrado
de Información
Sanitaria Argentino



CONIFTERIA
UNIVERSAL



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

Al considerar los casos reportados por violencia interpersonal según su contexto a nivel país en el periodo en estudio 2014-2017 se apreció que las provincias en estudio (Corrientes, Chaco y Misiones) seguían la misma tendencia: riñas 45%, robos y otros crímenes 32%, y violencia domestica intrafamiliar 11%.

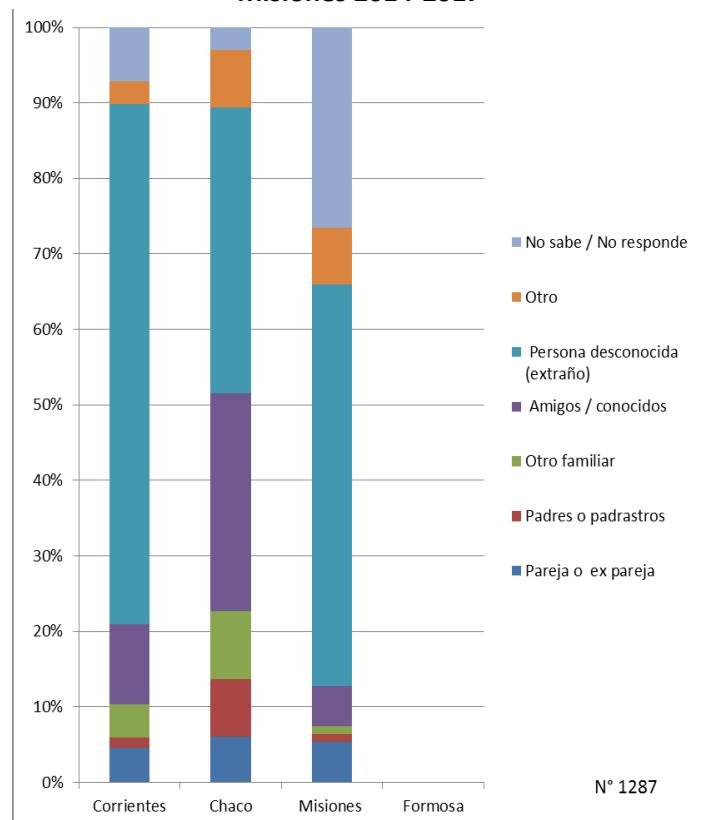
La discriminación por provincias respecto al contexto de la agresión varió según sexos; en los hombres predominaron las riñas o peleas no familiares encabezando Misiones con 87,5%, Corrientes con 51,4% y Chaco con 50%; en las mujeres sin embargo se destacaron los robos u otros crímenes en Corrientes con 43,3%, en Chaco la categoría otros con 31,3% y los robos con 28,1%; y finalmente Misiones coincidió con el sexo opuesto más frecuencia de riñas o peleas no familiares el 36,4%.

Con respecto a la variable relación víctima/agresor en todas las provincias se destacó la relación persona desconocida (extraño) con 72% (851), también estuvo presente la categoría amigos y conocidos 12% (143).

A nivel país los casos reportados de lesiones físicas por violencia interpersonal del periodo 2014-2017 mostraron que la relación víctima agresor más frecuente era la de persona desconocida con el 54,7% y amigos con 21,3%. Considerando la totalidad de casos en las provincias por año la tendencia fue similar.

Dentro del contexto familiar las relaciones víctima/agresor fueron pareja o ex pareja, padres padrastros y otros familiares, correspondiendo al 11% (139) en la región en el periodo estudiado, al discriminar por provincias se distribuyeron en 10% (117) en Corrientes, 23% (15) Chaco y 7,4% (7) Misiones en estas categorías. Gráfico 21

Gráfico 21 Porcentaje de casos reportados según relación víctima/agresor. Corrientes, Chaco, Misiones 2014-2017



Fuente:



Sistema Integrado
de Información
Sanitaria Argentino



CORFUTURA
UNIVERSITARIA
DE GALLIO
Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

A nivel país los casos de violencia doméstica intrafamiliar en el periodo 2014-2017 fueron 1226, donde la población femenina representó el 59 % (721) de los eventos y los hombres el 41% (499).

La relación víctima/agresor de las notificaciones de violencia doméstica intrafamiliar, mostró que las mujeres eran más agredidas por la pareja o ex pareja con el 65% mientras que los hombres lo eran por otros familiares con el 52%.

CAPITULO IV



Discusión

A continuación, expuestos los resultados de la investigación se cotejarán con los antecedentes aportados por el marco teórico. Se puede estimar que el sistema de vigilancia de lesiones (SIVILE) es reciente, puesto que inició hace ocho años; en las provincias integrantes hay diferente número de nodos de notificación, lo que genera diferentes niveles de registro como se aprecia en los datos recabados en el estudio de las provincias del NEA. Corrientes cuenta con seis (6) nodos y 1127 casos de lesiones interpersonales notificados en los años 2014-2017; Chaco presenta dos nodos y 66 casos, Misiones un nodo y 94 casos registrados y Formosa no consigna nodos según el SISA.

El Boletín de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y Factores de Riesgo Nro. 6, de Noviembre 2013⁴⁵ presenta un informe sobre la descripción epidemiológica de la mortalidad por lesiones de causas externas en Argentina. Esta muestra las tasas de mortalidad por causas externas ajustadas por edad (TMAPE) en las provincias del NEA. Los datos son los siguientes, Formosa 65,1; Misiones 57,4; Chaco 56,8 por 100.000 hab. estas provincias presentaron tasas mayores a la tasa país (46,4 por 100.000 habitantes) excepto Corrientes con una tasa menor 45,3 por 100.000 hab.

Se aprecia que las tasas de mortalidad por causas externas en Formosa y Misiones presentan valores mayores a la tasa del país, sin embargo estas provincias mostraron menor frecuencia de casos reportados por lesiones en la presente investigación.

Este escenario que se repite con la tasa de mortalidad por homicidios ajustada por edad por 100.000 hab. Misiones, Formosa y Chaco superan la tasa nacional (TMAPE 4,3 por 100.000 hab.) a diferencia de Corrientes que está por debajo con 2,8 por 100.000 hab.

Los datos expuestos muestran la importancia de la participación de las provincias en el sistema SIVILE considerando las altas tasas de mortalidad por lesiones y homicidios de la región NEA con excepción de Corrientes (7.688 casos) que paradójicamente presenta mejores registros sobre lesiones generales e interpersonales según el número de casos reportados.

La mejora del registro y el registro en sí, posibilitaría la identificación de factores de riesgo asociados a la ocurrencia de las mismas y la elaboración de acciones de

prevención, atención y rehabilitación acorde con las variaciones socioculturales de cada lugar⁴⁶.

Al cotejar los resultados obtenidos en un estudio realizado en Colombia¹⁹, en el año 2013 sobre el comportamiento de las lesiones por violencia interpersonal, según datos en la descripción de los datos captados por el Grupo de Clínica Forense a nivel nacional, que describió las agresiones con naturaleza física, los meses de mayor frecuencia de lesiones fueron julio y agosto coincidiendo solamente este último con los datos obtenidos en la investigación actual, que destacó los meses de enero, febrero, mayo y agosto como los de mayor frecuencia de lesiones reportadas en el periodo de estudio.

Según lo citado en el marco teórico, en la actualidad se sabe que una de las pocas diferencias entre los sexos que surgen antes de los dos años de vida es la conducta agresiva²². Las niñas son menos agresivas que los niños¹⁶; los resultados obtenidos son reflejo de estas afirmaciones mostrando que la mayoría de los reportes de lesiones físicas por violencia interpersonal son protagonizados por agresores hombres con más del 60% de los casos en las provincias en estudio; como se refiere a nivel mundial respecto de violencia y salud de OMS, tanto por razones biológicas como económicas, sociales y culturales, la mayor parte de los agresores son hombres⁶.

En otro estudio realizado en Colombia¹⁶ mostró que la tendencia del fenómeno violencia interpersonal era de aumento constante y a pesar de percibirse como una problemática de naturaleza masculina observó aumento en la participación de la mujer, la cual se aprecia en la evolución temporal de los casos reportados en la provincia del Chaco en todos los años, aunque no presenta diferencias marcadas en la distribución del sexo de las víctimas con 45% femenino vs 54,5% masculino; también que esta provincia presenta el mayor porcentaje de agresoras de la región 17%. Ver Gráficos 7 y 11.

Otra publicación sobre las consecuencia de la violencia en México²⁰ realizado en 2012 con entrevistas en 50.528 hogares de 32 entidades federativas del país reportó una mayor prevalencia de daños a la salud por violencia interpersonal en los hombres 5.0% hombres vs 3.3% de las mujeres, coincidiendo la disposición con los resultados de ésta investigación, en todas las provincias tanto agresores como víctimas son principalmente del sexo masculino.

La amplia gama de datos presentados dan cuenta de que la población en los casos reportados es joven 68% en el rango de 20 a 54 años, como sostiene la OMS, la edad es uno de los factores demográficos que más afectan la probabilidad de ser agresor o de ser víctima³⁸.

En el estudio de Colombia¹⁶ los resultados hablan de que las personas que oscilan entre 15 y 34 años fueron las mayores participantes en los escenarios de agresión. En el presente trabajo los rangos etarios con mayor frecuencia de casos fueron los grupos de 15 a 19, 20 a 24, 25 a 34 y 35 a 44 años, observando similitud con los resultados colombianos.

La investigación de México²⁰, en 2012 sobre las consecuencia de la violencia señaló que los jóvenes reportaron una prevalencia de daños a la salud por violencia interpersonal de 4.1%. Por grupos de edad se observó en los adolescentes (10-19 años) una prevalencia de 3.9% y los jóvenes (20-29 años) de 4.4%, resultados coincidentes con la tendencia obtenida en el presente estudio donde los jóvenes presentan mayor porcentaje de casos.

En cuanto al promedio de edad obtenido en la provincia del Chaco el mismo es preocupante, al considerar el número total de casos reportados de lesiones físicas por violencia interpersonal el 64% corresponden a menores de edad. Perry¹⁸ afirma que el abuso y los traumas entre otros factores, aumentan la reactividad del cerebro o disminuyen su capacidad moderadora de impulso, incrementando la capacidad de los individuos a responder de forma violenta; agrega que las experiencias de los niños son de suma importancia para la organización del cerebro adulto, la violencia ejercida sobre los niños condicionará el desarrollo de su sistema nervioso central predisponiéndolo a la violencia.

Un estudio en Chile reveló que 63 % de los niños en octavo grado (según datos de una muestra representativa nacional de 1533 niños), había experimentado violencia física en su hogar y 34 % de ellos indicó haber sufrido abuso físico severo¹⁵, alineándose con los datos la provincia del Chaco que presenta el mayor porcentaje de niños víctimas de casos de violencia interpersonal con el 65%.

Los resultados sobre la situación laboral de los casos reportados confirman la insuficiencia del registro, con los datos ausentes (24%) sin embargo coincide la situación de estudiante (19%), con la población joven respecto a la edad de los

individuos involucrados en los reportes ya que el 66.5% de los casos ronda las edades de 15 a 34 años.

Estos datos revisten importancia si se considera que entre los factores de riesgo para la criminalidad juvenil se encuentran el abandono de la escuela secundaria (o el bajo rendimiento escolar) y el desempleo juvenil, que conducen a una falta de oportunidades económicas y sociales. También juegan un papel importante en la violencia juvenil la impunidad del sistema, el acceso al consumo de alcohol y drogas, y la disponibilidad de armas de fuego⁴².

Un estudio realizado en 2012 en México²⁰, con análisis descriptivo de los datos provenientes de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 concluyó que entre los adultos jóvenes, aquellos que estudiaban reportaron la prevalencia de daños a la salud por violencia interpersonal más alta (6.3%), dato coincidente con la presente investigación donde la población estudiante es segunda en frecuencia de casos (255) por lesiones físicas por violencia interpersonal en la región NEA en el periodo de estudio.

Cabe mencionar a propósito de los registros sobre la condición laboral de no trabajar o estar desempleado (7%) apreciada en las tres provincias, que la pobreza origina sentimientos de estrés y frustración que pueden desencadenar comportamientos violentos si están acompañados por desempleo.

En el Boletín de Vigilancia de Enfermedades No Trasmisibles y Factores de Riesgo n°6 se realizó la descripción epidemiológica de la mortalidad por lesiones de causa externa en el año 2011, se apreció que en relación a los mecanismos de muerte, el 46,7% de los homicidios fueron provocados con armas de fuego, mientras que el 32,9% se produjeron con armas blancas⁴⁶; comparando estos datos se distingue que el mecanismo de la lesión de los casos reportados en el presente estudio se debieron a golpes por objetos o personas (58%) y ubicados en segundo y tercer lugar según frecuencia se encontraron los traumas con objetos punzocortantes(28%) y armas de fuego con (7%) difiriendo con la tendencia del boletín antes mencionado.

En el informe estadístico de Colombia¹⁹ en el año 2013 sobre el comportamiento de las lesiones por violencia interpersonal el diagnóstico de trauma fue el más frecuente, lo cual coincide con el mecanismo detectado en el presente estudio donde se destacaron los golpes (por objetos o personas) como mecanismo de la lesión predominante (742),

igualmente compatible (como se presentará a continuación) con el contexto de la agresión predominante, las riñas o peleas.

Continuando con el mecanismo de la lesión, en el estudio de Mexico²⁰ el tipo de violencia que causó daños a la salud de los jóvenes en mayor proporción fue la comunitaria, con una prevalencia de 3.4%, seguida de la familiar/pareja, esta última categoría ubicada en tercer lugar en frecuencia en el presente estudio con 10,6 % (137).

A nivel mundial y en América Latina, los hombres adultos tienden a ser víctimas de un extraño o de un conocido ocasional, mientras que para las mujeres es más probable que lo sean de un familiar o de la pareja³² los datos mencionados con antelación son el reflejo de las afirmaciones de Heise y coinciden con los resultados hallados en la presente investigación ya que al enfocar la atención en la categoría violencia domestica intrafamiliar a nivel país, en el periodo 2014-2017 y considerando el total de casos reportados 1226 (14%) del total de lesiones interpersonales 8687 (100%), la población femenina presentó el 59 % (721) de los casos versus el 41% (499) de los hombres, las mismas son más agredidas por la pareja o ex pareja en el 66% de los casos. Estos números concuerdan también con los otorgados por García Moreno en el reporte de violencia contra la mujer donde refiere que entre 10 y 50 % de las mujeres declararon haber sido golpeadas o maltratadas físicamente por su pareja.³²

Recordando la investigación colombiana¹⁹ en el año 2013 sobre el comportamiento de las lesiones por violencia interpersonal, la circunstancia más frecuente en la que se produce la violencia son las riñas, datos que se alinean con los obtenidos en la investigación donde en todo el periodo y provincias de la región predomina la categoría riñas o peleas (45%) como contexto de la agresión.

Se concuerda con lo que refiere MacAlister⁴² en relación a uno de los factores para los jóvenes, como son el aprendizaje de la violencia como medio para resolver conflictos en el hogar (violencia doméstica), la escuela, la comunidad y la difusión de actividades favorables a la agresión en los medios de comunicación masiva.

Los datos no coinciden totalmente con la tendencia que refiere que a nivel mundial y en América Latina, los hombres adultos tienden a ser víctimas de un extraño o de un conocido ocasional, mientras que para las mujeres es más probable ser víctima de un familiar o de la pareja³². Si bien la población femenina a nivel país presenta casi el 60 %

de los casos de violencia doméstica, tanto hombres (41%) como mujeres (59%) son agredidos dentro del hogar en semejantes porcentajes.

La conducta violenta se aprende y la primera oportunidad para aprender a comportarse agresivamente surge en el hogar, observando e imitando la conducta agresiva de los padres, otros familiares o incluso personajes que aparecen en programas de los medios de comunicación masiva¹⁶.

Se estima que en América Latina la proporción de incidentes violentos que son denunciados fluctúa entre el 15 y 30% de todos los cometidos. La falta de sistemas de información sobre la magnitud de la violencia en la región, obstaculiza el desarrollo de mejores intervenciones de política y para su prevención y control¹⁵.

CONCLUSIONES



Con ésta investigación se apreció que los registros de lesiones físicas por violencia interpersonal reportados en el periodo 2014-2017 en la región NEA, fueron mayores en la provincia de Corrientes. La provincia de Formosa como miembro integrante de la región NEA no participa en el sistema SISA SIVILE ya que no se encontraron nodos de notificación y/o registros en el período del estudio 2014-2017.

En relación a los nodos de notificación en Corrientes no se obtuvieron datos de establecimientos de atención pediátrica lo cual dificulta el análisis según edad de los casos reportados.

Al considerar la región NEA, Chaco presentó más lesiones totales reportadas en el periodo 2014-2017, sin embargo es Corrientes la que presentó más casos de lesiones interpersonales. En Misiones la notificación de casos fue irregular en todos los años de estudio.

En cuanto a los meses con más número de casos en la región, coincide frecuentemente con el inicio y fin de cada año, Enero, Febrero y Diciembre.

Sobre el sexo de las víctimas la mayoría de los casos correspondieron al sexo masculino en la región, discriminando por provincias esta tendencia permaneció marcada en Corrientes y Misiones, en Chaco sin embargo las frecuencias de casos entre sexos fueron similares. Respecto al sexo de los agresores también predominó el masculino y se aprecia la categoría múltiples agresores en Corrientes y Misiones.

Según la edad, la población involucrada en los casos de lesiones interpersonales fue joven; entrando en detalle, el Chaco presentó el promedio de edad más bajo con 16 años, afectando a los menores de edad.

Respecto a la situación laboral coincide con la población joven, un porcentaje importante presentó la categoría no trabaja estudiante; también se destacó la población trabajadora a tiempo completo y un número considerable de casos no presentan datos o no saben no responden, lo cual sugiere registros incompletos.

Continuando con la situación laboral en todo el periodo (2014-2017) se distinguió en Misiones ausencia total de datos en los años 2016-2017, se presentó la categoría no trabaja desempleado, también estuvo presente en las demás provincias en menor proporción.

Respecto al mecanismo de la lesión, mayoritariamente fueron golpes por objetos o personas, traumas con objetos punzo cortantes y heridas por arma de fuego; es

importante mencionar la categoría agresión sexual que se destacó en las provincias de Corrientes y Chaco, en el doble de los casos las víctimas fueron mujeres, sin embargo los varones también estuvieron afectados.

Referente al contexto de la agresión en la región predominaron las categorías riñas o peleas no familiares y robo u otros crímenes, apreciando por sexo que los hombres se vieron más involucrados en riñas o peleas y las mujeres con robos y otros crímenes, lo cual dejó entrever la posición vulnerable de la mujer frente a los hechos delictivos.

En la relación víctima agresor en la región se destacó la persona desconocida (extraño) y en segundo lugar amigos y conocidos.

La variación temporal de los casos reportados por lesiones físicas por violencia interpersonal en el periodo 2014-2017 en el Sistema de Vigilancia de Lesiones (SIVILE) entre las provincias de la región del NEA, Argentina fueron similares en las provincias de Corrientes y Chaco con tendencia al descenso; Misiones por su parte se mantuvo con baja frecuencia de casos en todo el periodo; sin embargo se debe mencionar que la disparidad apreciada en los registros de los casos, la ausencia de registros, además de la diferencia en las tipologías y números de nodos de notificación por provincia, imposibilitan confirmar que esta disposición se presente análoga en la realidad, pero si se perfila una tendencia.

A través de SIVILE se vigilan las lesiones por causa externa atendidas en las Unidades Centinelas de Lesiones (UCL), ubicadas principalmente en guardias de hospitales como también en servicios de emergencia de diferentes provincias del país. La heterogeneidad que existe entre las Unidades Centinelas viene dada por la variabilidad en la necesidad y posibilidad de acción.

De este modo es posible contar, de manera continua, con información relativa a los aspectos más relevantes de estas lesiones con un alto nivel de detalle. Esto posibilita la identificación de factores de riesgo asociados a la ocurrencia de las mismas y la elaboración de acciones de prevención, atención y rehabilitación acorde con las variaciones socioculturales de cada lugar.

La reciente incorporación de la violencia en la agenda oficial y la complejidad inherente a este fenómeno se reflejan en la dificultad para abordar el tema, tanto desde lo conceptual como desde lo metodológico. Estos inconvenientes repercuten, a su vez, en el proceso de recuperación de datos y en la información producida sobre los hechos

violentos, porque afectan su calidad y suelen distorsionar el verdadero impacto de las causas y circunstancias en las que se originan.

La violencia es un flagelo, una realidad, un problema ubicuo, aun no se dispone de herramientas para combatirla y se desconoce su amplitud. Es relevante ampliar la base general de conocimientos sobre la misma y adquirir experiencia para combatirla.

BIBLIOGRAFÍA



1. World Health Organization (WHO). Regional burden of disease estimates for 2004. Disponible en:
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimatesRegional/en/index.html Acceso el 5 de enero de 2012.
2. Pan American Health Organization (PAHO). Health Information and Analysis Project. Health Situation in the Americas: Basic Indicators, 2009. Washington, D.C.: PAHO; 2009.
3. Alda E, Béliz G. ¿Cuál es la salida? La agenda inconclusa de la seguridad ciudadana. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2007.
4. Jacques Séminel, Pour sortir de la violence, París, Les éditions ouvrières, 1983.
5. Dahlbergh LL, Krug EG. Violence -a global public health problem. In: Krug EG, Dahlbergh LL, Mercy JA, Zwi A, Lozano R, eds. World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization; 2002.
6. Mercy JA, Butchart A, Farrington D, Cerdá M. Youth Violence. In: Krug EG, Dahlbergh LL, Mercy JA, Zwi A, Lozano R, eds. World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization; 2002.
7. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). 2011 Global Study on Homicide. Trends, Contexts, Data. Vienna: UNODC; 2011.
8. Sistema de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles. Boletín de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y Factores de Riesgo nro 1, octubre 2009, Ministerio de Salud de la Nación.
9. OPS/OMS. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. 2003
10. Blair Trujillo E. Aproximación teórica al concepto de violencia: avatares de una definición Política y Cultura, otoño 2009, núm. 32, pp. 9-33

11. Boletín Epidemiológico Periódico. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2007. Nro. 37 ISSN 1851-295X ISSN 1851-4014 (en línea)
12. Díaz Olivares. J. Etimologías latinas del español. Ed. Universidad Autónoma de Nuevo León. 1990
13. Diccionario de la lengua española. Edición del tricentenario
<http://www.rae.es/diccionario-de-la-lengua-espanola/la-23a-edicion-2014>
14. Real Academia Nacional de Medicina. Anales de la Real Academia de Medicina - 1887 - Tomo VII - Cuaderno 1
15. Violencia, crimen y desarrollo social en América Latina y el Caribe /M . Buvinic et al.
16. Buvinic et al., 1999, Violence in Latin America and the Caribbean: a framework for action, technical study, Sustainable Development Department, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington.
17. REISS, Albert y Jeffery Roth, 1993, Understanding and preventing violence, National Academy Press, Washington.
18. Perry, B. D. 1996, Incubated in terror: neurodevelopmental factors in the cycle of violence. Children, youth and violence: the search for solutions, Guilford Press, Nueva York.
19. Bandura, A., 1973, Aggression: a social learning analysis, Englewood Cliffs/ Prentice Hall, Nueva Jersey.
20. Berkowitz, L., 1996, Agresión: causas, consecuencias y control, Editorial Desclée de Brouwer, Bilbao.
21. Dahlberg, Lina, 1998, "Youth violence in the United States: major trends, risk factors and prevention approaches", en American Journal of Preventive Medicine, 14(4).

22. Maccoby, E. y C. Jadelin, 1974, *the psychology of sex differences*, Stanford University Press, Stanford.
23. Banco Mundial, 2001, *Crimen y violencia en América Latina*, Banco Mundial y Alfaomega Grupo Editor, México.
24. Sanjuan, A., 1998, *Juventud y violencia en Caracas: paradojas de un proceso de pérdida de la ciudadanía. Sao Paulo sin miedo: un diagnóstico de la violencia urbana*, Editorial Garamond, Rio de Janeiro.
25. Moser, C. y J. Holland, 1997, *Urban poverty and violence in Jamaica*, Banco Mundial, Serie de Estudios Latinoamérica y el Caribe, Washington.
26. Moser, C. y C. McIlwaine, 2001a, "La violencia en el contexto del posconflicto: según la percepción de comunidades pobres de Guatemala", en *Sustainable Development, Working Paper* núm. 5, Banco Mundial, Washington.
27. Moser, C. y C. McIlwaine, 2001b, *La violencia y la exclusión en Colombia: según la percepción de comunidades urbanas pobres*, Banco Mundial, Región de Latinoamérica y el Caribe, Washington.
28. Cillo, AB. "Entre Colegas" Tema: *Violencia contra la mujer*. Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires, Distrito I – La Plata. 2003 Páginas: Módulo I, Capítulo II, págs. 27 a 74 ISBN: 987-20786-0-2
29. Pueyo, AA. *Presente y futuro de la violencia interpersonal en las postrimerías del estado del bienestar*. *Universidad de Anuario de Psicología*, vol. 42, nº 2, septiembre 2012, pp. 199-211© 2012, Universidad de Barcelona, Facultad de Psicología
30. Mahoney, K., 1994, *Masculinidad y violencia*, Memorias de la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud, OPS, 16-17 de noviembre, Washington.

31. García Moreno, C., 2000, "Violencia contra la mujer: género y equidad en la salud", en Publicación Ocasional Oficina Sanitaria Panamericana, núm.6, Organización Panamericana de la Salud, Washington.
32. Heise et al., 1999, "Para acabar con la violencia contra la mujer", en Center for Health and Gender Equity Population Reports, vol 27, núm. 4, Maryland.
33. Katzman, R., 1999, "Segregación residencial y desigualdades sociales en Montevideo", Sistema de Monitoreo de los Programas Sociales (Siempro/Unesco), Buenos Aires.
34. Latino barómetro, 2002, Informes opinión pública latinoamericana, <http://www.latinobarometro.org>, visita mayo 2002.
35. Easterly, W., 2002, Can institutions resolve ethnic conflict?. Economic Development and Cultural Change, Forthcoming. 213 enero /marzo 2005
36. Da Silva, J, 2001, Old and new myths about rural Brazil, Latin American Studies Association Conference 2001, <http://lasa.international.pitt.edu>, visita mayo 2002.
37. Rivera, G., 2001, Las comunidades agrarias ante la reforma de la tenencia de la tierra, Latin American Studies Association Conference 2001, <http://lasa.international.pitt.edu>, visita mayo 2002.
38. Organización Mundial de la Salud, 1999, Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, http://www5.who.int/violence_injury_prevention/main.cfm?s=0009, visita mayo 2002.
39. Organización Panamericana de la Salud, 1996, "La violencia en las Américas: la pandemia social del siglo XX", en Serie de Publicaciones Comunicación para la Salud, núm.10, Washington.

40. Banco Interamericano de Desarrollo et al., 2000b, *Asalto al desarrollo. Violencia en América Latina*, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington.
41. Arriagada y Godoy, 1999, *Seguridad ciudadana y violencia en América Latina: diagnóstico y políticas en los años noventa*, Serie Políticas Sociales, Comisión Económica para América Latina, Santiago de Chile.
42. Mcalister, A., 2000, *La violencia juvenil en las Américas: estudios innovadores de investigación, diagnóstico y prevención*, Organización Panamericana de la Salud, Washington.
43. Concha Eastman y Santacruz, 2002, *Barrio adentro: la solidaridad violenta de las pandillas*, Organización Panamericana de la Salud, Washington.
44. Moser, C. y S. Lister, 1999, *Violence and social capital: proceedings of the seminar series 1997-1998*, Banco Mundial, Washington.
45. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2013.“Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence.” Ginebra: OMS. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf.
46. Boletín de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y Factores de Riesgo Nro. 6. Descripción epidemiológica de la mortalidad por lesiones de causas externas en Argentina. Datos actualizados al año 2011. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación.
47. Boletín epidemiológico Nº3. Perfiles provinciales para dar respuesta a Enfermedades No Transmisibles. Noviembre 2010. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación.
48. Concha Eastman y Villaveces, 2001, *Guías para la vigilancia epidemiológica de violencia y lesiones*, Organización Panamericana de la Salud, Washington.

49. Banco Interamericano de Desarrollo et al., 2000a, Notas técnicas. Prevención de la violencia, Departamento de Desarrollo Sostenible, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington.

50. Guerrero R. Epidemiología de la violencia. El caso de Cali, Colombia. En: Banco Interamericano de Desarrollo. Hacia un enfoque integrado del desarrollo: ética, violencia y seguridad ciudadana. Encuentro de Reflexión. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 1996. pp. 45–68.

51. Guerrero R. Epidemiología de la violencia. El caso de Cali, Colombia. En: Banco Interamericano de Desarrollo. Hacia un enfoque integrado del desarrollo: ética, violencia y seguridad ciudadana. Encuentro de Reflexión. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 1996. pp. 45–68.

