

Lesiones

La mortalidad por causas externas abarca las lesiones no intencionales, que comprenden accidentes de transporte, ahogamientos, caídas, y sofocación, y las lesiones intencionales, que pueden ser autoinfligidas (suicidio) o causadas a terceros (homicidio). En la Región de las Américas las lesiones ocasionan 13,2% del total de defunciones. En esta sección se examinará la violencia (lesiones intencionales) y la mortalidad por lesiones no intencionales debidas a accidentes de transporte.

Violencia

La violencia se ha definido como “un acto intencional de fuerza o poder por el cual una o más personas producen lesiones físicas, psicológicas o sexuales, o la privación de libertad de movimiento o la muerte, a otra persona o a ellos mismos, con o sin un fin predeterminado” (168). En términos de salud pública, la violencia es una pesada carga sobre la mortalidad y la morbilidad evitable, especialmente entre las mujeres, los niños y los jóvenes. También ocasiona altos costos de salud, lo que algunas veces impide la atención oportuna y adecuada de los pacientes que llegan al hospital por otros motivos de consulta. La violencia no solo afecta a la víctima, sino también a su familia y a su entorno; además, perjudica la vida económica, social y psicológica de una comunidad e incluso los procesos más amplios de la sociedad, ya sean políticos o económicos.

Violencia contra niños y niñas. La OMS clasifica el maltrato contra los niños y las niñas en cuatro niveles: internacional, social, institucional e interpersonal (169). Aunque en este momento no hay ningún estudio que pueda ofrecer cifras precisas e integrales sobre la magnitud de la violencia en cada uno de estos niveles, una combinación de datos ofrece una perspectiva combinada de la situación en América Latina y el Caribe. La prevalencia del castigo corporal contra los menores está aumentando en América Latina, como se muestra en el estudio ACTIVA sobre actitudes, habilidades y normas culturales para contrarrestar la violencia, que fue coordinado por la OPS y realizado en 1996 y 1997 en siete ciudades de América Latina y en Madrid, España. Se encontró que el porcentaje de personas entrevistadas que estaban de acuerdo en utilizar el castigo corporal para corregir o disciplinar los niños fue de 28,4% en Salvador, estado de Bahía, y 7,6% en Río de Janeiro (Brasil); 31,8% en Cali (Colombia); 7,3% en Caracas (Venezuela); 16,3% en San José (Costa Rica); 15,3% en San Salvador (El Salvador), y 6% en Santiago (Chile), (170) (cuadro 51). La mayoría de los menores sujetos a castigo corporal se encontraban entre los 2 y los 7 años de edad, pero los más afectados tenían de 3 a 5 años, y la violencia decrecía a medida que aumentaba la edad. Los padres o los miembros más jóvenes de la familia y los que tienen menor escolaridad son los más propensos a considerar el castigo físico como una forma válida de disciplina (171). Una actitud interesante observada en este estudio es el porcentaje de las personas entrevistadas que pensaron que los niños de la calle deben ser encarcelados, con respuestas que variaban de 10% en Santiago, Chile, hasta 33,7% en Río de Janeiro, Brasil. Otro estudio realizado en Costa Rica y en Santiago, Chile, aportó información útil relativa a los comportamientos y las acciones que los padres consideran que deben castigarse corporalmente. Por ejemplo, el estudio encontró que entre 23% y 45% de los padres en Santiago golpearían a los niños si corrieran hacia la calle, golpearían a otros niños o se negarían a acostarse para dormir. En Costa Rica, 20% de las personas entrevistadas indicaron que a

menudo golpeaban a los niños para controlarlos cuando se comportaban mal (172). Estos tipos de estudio ayudan a los profesionales de salud a darse cuenta de la importancia de proporcionar educación acerca de métodos alternativos para disciplinar a los niños y a las niñas.

Además de la agresión física en el hogar, la violencia contra los menores también es un problema grave en la calle. En Brasil, se calcula que hay entre 7 y 8 millones de niños de 5 a 18 años que viven y trabajan en las calles de ciudades, y que por lo menos 800.000 niñas viven en la calle, principalmente dedicadas a la prostitución (173). Estos menores a menudo son víctimas de persecución violenta de los grupos “vigilantes”, los traficantes de drogas y la policía. Muchos de estos niños terminan en las calles porque las inequidades y la pobreza los obligan a trabajar en la calle para contribuir al ingreso familiar.

La violencia doméstica contra las mujeres también puede afectar a los niños, ya sea directamente por la agresión perpetrada por el atacante o indirectamente debido al trauma causado cuando los niños presencian el maltrato. A pesar de la información disponible es limitada o poco confiable, se sabe que el abuso sexual es frecuentemente una forma de violencia contra los niños en muchas sociedades. En Barbados, por ejemplo, 30% de las mujeres entrevistadas informaron haber sido víctimas de abuso sexual en su infancia (174). Una encuesta retrospectiva entre estudiantes universitarios de Costa Rica encontró que 32% de las mujeres y 13% de los hombres habría sufrido abuso sexual en su niñez. Una encuesta similar realizada en Nicaragua halló abuso infantil en 20% de los hombres y 26% de las mujeres (175).

Violencia contra las mujeres. Tal como se definió en la Convención de Belém do Pará de 1994, la violencia contra las mujeres comprende “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”. Esta definición incluye acciones dentro o fuera del hogar de una mujer, y el perpetrador puede o no ser su esposo o compañero, o tal vez sea un extraño. Cabe señalar que 85% de los ataques físicos en la familia ocurren en el hogar, y el cónyuge es el atacante más frecuente.

En Nicaragua, se encontró que la violencia predominaba en las mujeres jóvenes con cinco o más hijos, que tenían una historia de violencia en su hogar de origen, eran pobres, no trabajaban fuera del hogar, tenían poca o ninguna escolaridad y vivían en zonas urbanas (175).

Las comparaciones válidas entre diferentes estudios se dificultan por las diversas metodologías y definiciones del tipo de lesiones o agresiones. Si la observación de la violencia doméstica se restringe al maltrato físico o sexual, se excluye el factor psicológico. El abuso emocional y psicológico suele notificarse con menor frecuencia, lo que hace todavía más difícil determinar cuál es la incidencia real del maltrato a las mujeres. Los grupos que luchan contra el maltrato de las mujeres y los niños por

medio de redes nacionales o internacionales, están tratando de lograr una mayor toma de conciencia acerca de la equidad de género. Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Perú y otros países de América Latina han aprobado leyes que protegen a las mujeres y a los niños de la violencia doméstica.

Violencia juvenil. Los estudios acerca de la violencia juvenil muestran que los hombres jóvenes de bajo nivel socioeconómico sufren las mayores tasas de homicidio. Los jóvenes no solo son víctimas, sino también perpetradores que participan en pandillas responsables de gran parte de la violencia urbana. En 1998, la tasa de homicidios en San Pedro Sula, Honduras, una ciudad que está asediada por la violencia juvenil, fue de 95 por 100.000 personas (176). Los estudios realizados en la sala de urgencias del hospital de San Pedro Sula mostraron que la mayoría de las personas que buscaban tratamiento por lesiones eran hombres jóvenes de 16 a 29 años de edad, y 70% de las lesiones tratadas se atribuyeron a la violencia social (177). La tasa de homicidio en 1997 en los jóvenes de 15 a 19 años y de 20 a 24 años en Cali, Colombia, fue de 250 y 340 por 100.000 personas, respectivamente (178). Un estudio realizado en un hospital suburbano de Cali acerca de las lesiones debidas a la violencia mostró que 78% de 712 atacantes eran hombres, de los cuales 16% se encontraban entre las edades de 10 y 19 años. El estudio mostró también que 39% de las víctimas estaban bajo la influencia del alcohol cuando fueron atacadas; casi todos eran miembros de pandillas (179). En Caracas, Venezuela, entre 1992 y 1996 hubo unos 6.300 homicidios que afectaron a los jóvenes de 10 a 24 años de edad, con una razón hombre/mujer de 19; esta razón fue consistente cada año durante ese período (180). En São Paulo, Brasil, la razón de homicidio hombre/mujer aumentó con la edad y fue de 6,3 en el grupo de 10 a 14 años; 15,6 en el de 15 a 19 años, y 16,2 en el de 20 a 24 años (181).

En El Salvador y Honduras combinados, la policía calcula que hay aproximadamente 30.000 personas jóvenes que participan en las pandillas de jóvenes, conocidas como *maras*. En Managua, Nicaragua, hay una cantidad estimada en 110 pandillas juveniles compuestas de unos 8.200 jóvenes (182). Un estudio realizado en la zona metropolitana de El Salvador identificó factores de riesgo de la vida familiar que facilitan la incorporación de los jóvenes en las pandillas, entre ellos la pobreza (82,9% de los entrevistados); la falta de una figura paterna y la madre como cabeza de familia; la cantidad y calidad del tiempo que los padres o guardianes pasan con los niños (más probablemente en familias donde los padres trabajan más de nueve horas al día y desconocen lo que hacen sus hijos en su tiempo libre); presenciar la violencia o ser víctima de ella (8 de 10 miembros jóvenes de pandillas fueron víctimas o testigos de violencia en el hogar), y la exclusión del sistema educativo y laboral (para ser miembro de una pandilla a menudo se requiere tener tatuajes, los cuales generan estigmas sociales que impiden que los jóvenes consigan trabajo) (183). La comparación entre un estudio realizado en 1996 y una encuesta

reciente en San Salvador, El Salvador, en la que se entrevistó a 930 jóvenes que formaban parte de pandillas, reveló que ha habido un aumento cualitativo y cuantitativo en los diferentes factores de riesgo asociados con la pertenencia a una pandilla y la violencia (184, 185).

Violencia política, guerras y desplazamiento forzado. La violencia política está enfocada a los dirigentes políticos, los dignatarios, los jueces y los jefes de diversas causas y organizaciones. Casi todos los países han experimentado alguna forma de violencia política en diferentes momentos de su historia, lo que ha producido diversos efectos en la forma de gobierno y, en ocasiones, ha contribuido a otras formas de violencia. El sector salud ha demostrado que puede funcionar como un medio estratégico para disminuir o poner fin a esta forma de violencia, puesto que a menudo todos las partes de un conflicto demuestran respeto por este sector. En la Región de las Américas, el papel del sector salud se puede observar en las diversas guerras civiles en América Central, en las cuales la OPS y otros organismos internacionales negociaron treguas para distribuir sales de rehidratación oral, ampliar el uso de los anticonceptivos orales y ejecutar los programas de vacunación (186). Más recientemente, la OPS ha contribuido a las campañas de vacunación y a las brigadas de salud que trabajan en las zonas de conflicto en Colombia.

Las guerras y los conflictos armados usualmente obligan a la gente a trasladarse a otros sitios por razones de seguridad. El grupo de población más afectado es el de los campesinos, que deben abandonar su tierra, su hogar y sus pertenencias para buscar refugio en centros urbanos. En Colombia, Guatemala, El Salvador y Nicaragua, se calcula que entre 1,2 y 1,5 millones de personas se han desplazado para huir de las confrontaciones y las persecuciones perpetradas por la fuerzas guerrilleras o paramilitares, siendo las masacres de campesinos la manifestación más cruel de esta situación. Por lo general los campesinos que huyen ocupan espacios urbanos inusuales, mendigan y tratan de vender diversos objetos en los semáforos para ganar un ingreso mínimo. Muchos son niños y niñas pequeños o madres con bebés.

Homicidio y otras formas de violencia social. De acuerdo con informes oficiales recibidos por la OPS, en los últimos 10 años han habido en las Américas un promedio de casi 120.000 homicidios, 55.000 suicidios y unas 125.000 defunciones debidas a accidentes de tránsito. La tasa bruta de homicidios registrados es de 14 por 100.000 habitantes, una de las más altas notificadas en diferentes regiones del mundo (se dispone de pocos datos de los países del África Subsahariana o de la antigua Unión Soviética) Los homicidios ocurren con mayor frecuencia en las zonas urbanas. La figura 12 presenta la tasa estimada de homicidios para ciudades de los Estados Unidos y América Latina de 1991 a 1999.

Las defunciones por accidentes de tránsito fueron levemente más altas que las debidas a homicidios, mientras que son meno-

res en el caso de los suicidios (187). Casi 81% del total de 120.000 homicidios en la Región ocurre en el Brasil (37.151); Colombia (23.466); los Estados Unidos (20.984) y México (15.625) (188). Las tasas de mortalidad por homicidios en varios países de las Américas en años recientes se muestran en la figura 13.

A pesar de la continua incidencia de homicidios alta en toda la Región, las tasas de mortalidad se han reducido en muchos casos. En los Estados Unidos, por ejemplo, la tasa de mortalidad por homicidio disminuyó de 11 por 100.000 en 1991 a 7 por 100.000 en 1997; en Colombia la tasa bajó de 80 por 100.000 a 54 por 100.000 durante el período 1991–1998. No obstante, las tasas de homicidio notificadas son superiores a 10 por 100.000 en más de 12 países latinoamericanos y caribeños. De acuerdo a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, en 1997 este país tuvo la tasa de homicidios más alta entre los países desarrollados, con una tasa de 7 por 100.000. En 1995 la tasa más baja de la Región fue la notificada por Canadá, poco menos de 2 por 100.000 (189). México tiene la tasa de homicidios más alta en América del Norte, Brasil en el Cono Sur y Colombia en el Área Andina.

No obstante la subnotificación y del registro inexacto de las defunciones, los grupos nacionales y municipales han realizado estudios y actividades de seguimiento diseñadas especialmente para determinar con mayor precisión el nivel de homicidios, y estos esfuerzos han logrado mostrar la profundidad y la magnitud del problema. En Argentina, por ejemplo, el Ministerio de Justicia, por medio de la Dirección Nacional de Política Criminal, realizó un examen exhaustivo de los archivos judiciales y encontró que la tasa de homicidio para 1997 era de 8,8 por 100.000 habitantes, considerablemente más alta que la tasa de 4,5 que se había notificado anteriormente (190). En Cali, Colombia, se creó en 1993 un sistema de vigilancia epidemiológica para las defunciones por causas externas, que ha sido sumamente útil para obtener mejores datos (178). De acuerdo con los datos analizados por el sistema, entre 1983 y 1994 la tasa de homicidios en Cali aumentó cinco veces, de 23 por 100.000 a 124 por 100.000; en 1997 disminuyó a 86 por 100.000, antes de aumentar una vez más a 102 por 100.000 en 2000. La fluctuación observada entre 1992 y 2000 se ha atribuido a la falta de continuidad en las intervenciones preventivas, así como a otros factores tales como la crisis económica y la guerra civil.

En El Salvador los datos sugieren que la violencia social ha ido en aumento desde los Acuerdos de Paz de Chapultepec, firmados en 1992 (186). Los datos de la Oficina del Fiscal General del país indican que la tasa de homicidios en 1995 fue de 139 por 100.000 habitantes. Esta cifra puede compararse con el registro oficial de defunciones, que coloca la tasa de mortalidad por homicidios en 40 por 100.000. Utilizando el nuevo sistema, se ha observado que la tasa de homicidios de El Salvador disminuyó a 70 por 100.000 en el año 2000. Es necesario llevar a cabo el seguimiento cuidadoso de la integridad y la calidad de los datos, con miras a evaluar la magnitud y la distribución del

problema, de tal forma que pueda aplicarse un enfoque de salud pública para combatirlo.

Accidentes de transporte

Un examen sistemático reciente de los factores de riesgo para accidentes de vehículos automotores identificó las siguientes causas principales (191).

- Individuales: consumo de alcohol, uso de drogas que pueden alterar el nivel de atención de una persona (tanto conductores como peatones); falta de uso del cinturón de seguridad para los conductores de automóviles o pasajeros o de cascos protectores para motociclistas y ciclistas; exceso de velocidad; falta de conciencia de la presencia de otros vehículos o motociclistas; poca experiencia como conductores, y uso de teléfonos celulares mientras se maneja.
- Vehiculares: cinturones de seguridad ausentes o inapropiados; exceso de pasajeros; diseño inadecuado del vehículo en cuanto a la visibilidad o la posibilidad de maniobrar.
- Ambientales: alta velocidad y densidad de tráfico; zonas poco seguras para cruzar las calles (para los niños), y áreas de juego no separada de las entradas de automóviles (para los niños).
- Otros problemas: calles poco seguras y cruces peatonales o paradas de autobús inadecuados. Estas privaciones ocurren más frecuentemente en países de ingreso medio o bajo (192).

En los países de altos ingresos de la Región (Bahamas, Canadá y los Estados Unidos), murieron 45.664 personas debido a accidentes de tránsito y en todos los otros países, de ingreso medio o bajo, hubo 83.179 defunciones por la misma causa (193). Es importante señalar que en los países desarrollados la mortalidad por accidentes de tránsito ha disminuido, a pesar del aumento en el número de pasajeros durante las tres últimas décadas. La mortalidad por esta causa no ha disminuido en los países en desarrollo, a pesar de su gran interés por resolver este problema de salud pública. Los países pueden clasificarse en alguna de cinco categorías, sobre la base del nivel de defunciones registradas por accidentes de vehículos automotores. Algunos de los países más pobres de la Región se encuentran en el nivel más alto de mortalidad, y algunos en el más bajo, aunque esto puede ser resultado de la subnotificación (cuadro 52).

Estrategias de prevención. En Costa Rica, el Plan Nacional para la Prevención de Accidentes de Transporte 1995–2000 (194) abarca un sistema de vigilancia epidemiológica, reglamentos para acreditar a los conductores, control policial y normas sobre el nivel de alcohol en la sangre, notificación obligatoria de accidentes y estrategias para la comunicación y el mercadeo social. Luego de la introducción del plan, la mortalidad por accidentes de vehículos automotores disminuyó de aproximadamente 7 por

10.000 vehículos en circulación en 1990 a 5 en 1996. En los mismos años la tasa de lesiones leves aumentó de 176 por 10.000 vehículos a 199 y la tasa de lesiones graves aumentó de 28 por 10.000 vehículos en 1996 a 38 en 1990. Más aún se estima que murió una de cada seis personas con lesiones, la mayoría peatones. El sistema de vigilancia ha hecho posible la identificación de las causas de estos accidentes en Costa Rica, tales como adelantar otro auto sin cuidado, no mantener una distancia segura con respecto a otros vehículos, no respetar la señalización, exceso de velocidad, y manejar bajo la influencia de alcohol.

En Trinidad y Tabago, un estudio de la prevalencia de los factores que determinan el uso del cinturón de seguridad mostró que solamente 42% de los conductores, 35% de los pasajeros adultos en el asiento delantero y 31% de los niños en el asiento delantero utilizaban los cinturones de seguridad; la mayoría de las mujeres (56%) más que los hombres (40%) utilizaban cinturones de seguridad (195). En Tijuana, México el Concejo Municipal de la ciudad ha establecido una oficina para coordinar proyectos de seguridad social, una de cuyas actividades es el desarrollo de sistemas de vigilancia para los accidentes de transporte. En 1999 publicó su primer "atlas", que indicaba la ubicación y características de los accidentes; de acuerdo con este informe, la tasa de accidentes disminuyó de 91 por 10.000 habitantes a 78 por 10.000 entre 1995 y 1999. Los hombres participan más en los accidentes de vehículos automotores que las mujeres, con una razón que varía de 6 a 9 hombres por cada mujer. Se detectó alcohol en el aliento del conductor en 18,6% de los hombres y en 5,1% de las mujeres involucradas en accidentes (196).