

Investigaciones en Salud Pública

Documentos Técnicos

Proyecto ACTIVA 4

La victimización por violencia
urbana: niveles y factores
asociados en ciudades
seleccionadas de América Latina y
España

José Miguel Cruz



Coordinación de Investigaciones
División de Salud y Desarrollo Humano

Organización Panamericana de la Salud
525 - 23rd Street, N.W.
Washington, DC 20037, EUA

Enero 1999

La Serie de Documentos Técnicos fue creada por la Coordinación de Investigaciones, División de Salud y Desarrollo Humano (HDP/HDR) de la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) para difundir los documentos metodológicos, informes y reportes de las investigaciones que han sido financiadas por el Programa de Subvenciones para la Investigación de la OPS.

Los Documentos Técnicos se conciben como un medio de difusión rápida y oportuna de los resultados de investigaciones y no se constituyen en publicaciones científicamente evaluadas y profesionalmente editadas.

El Proyecto ACTIVA es un estudio multicéntrico que evalúa las actitudes y normas culturales asociadas con los comportamientos violentos en ciudades seleccionadas de América Latina y España. El mismo representa un esfuerzo colaborativo entre centros de investigación e instituciones con reconocida excelencia en el tema, bajo los auspicios y cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud.

Este artículo ha sido sometido y aprobado para su publicación en la *Revista Panamericana de Salud Pública* 1999; Vol. 6(4), Organización Panamericana de la Salud. Sirvase citar esa referencia cuando haga mención del mismo.

Las opiniones expresadas por los autores son de su exclusiva responsabilidad y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la Organización Panamericana de la Salud ni de los Estados Miembros.

© Organización Panamericana de la Salud, División de Salud y Desarrollo Humano, Coordinación de Investigaciones. Enero 1999.

Diseño del logo “Building blocks”, en la cubierta

Coordinación de Investigaciones/Unidad de Diseño Gráfico

Diseño y composición de cubierta y de texto

Clara I. Rodríguez

INDICE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 4 |
| La violencia como problema de salud pública | 5 |
| Violencia y violencia urbana | 6 |
| Victimización | 6 |
| | |
| MATERIALES Y MÉTODOS | 8 |
| | |
| RESULTADOS | 10 |
| Tipos de victimización por violencia urbana en las ciudades | 10 |
| Variables asociadas con la victimización urbana | 11 |
| | |
| DISCUSIÓN | 13 |
| | |
| RECONOCIMIENTO | 16 |
| | |
| REFERENCIAS | 17 |

FIGURAS Y CUADROS

FIGURA

1. Porcentaje de victimización por distintas causas según ciudad 11

CUADROS

1. Índice de victimización global (0-2,5) por ciudad según variables personales y conductuales 12
2. Tasas de homicidio (x 100.000 habitantes) en algunas ciudades
3. seleccionadas de América Latina y España en la década de los noventa 14

La victimización por violencia urbana: niveles y factores asociados en ciudades seleccionadas de América Latina y España

José Miguel Cruz¹

EN este artículo se comparan los niveles de victimización por diversas causas y se identifican los factores asociados con ella en siete ciudades de Iberoamérica. Con este propósito, se utilizaron los datos regionales del Estudio Multicéntrico ACTIVA, que se realizó en 1996 bajo la coordinación de la Organización Panamericana de la Salud. La muestra estudiada estuvo constituida por 10 821 personas repartidas entre las ciudades de Salvador de Bahía, Cali, Caracas, Madrid, Río de Janeiro, San José, San Salvador y Santiago de Chile, que representan a la población de cada ciudad entre 18 y 70 años de edad. Los resultados revelan que los niveles de victimización por diversos tipos de violencia son diferentes en cada ciudad, y que las variables asociadas con la victimización con más frecuencia en las ciudades, aunque no en todas, son el sexo, la edad y el consumo de alcohol.

INTRODUCCIÓN

A finales de 1997, uno de los cables informativos de una agencia de noticias rezaba así: "Cuatro personas que dormían en la calle, entre ellas una mujer encinta y dos menores, fueron asesinados esta madrugada en Río de Janeiro por dos desconocidos que dispararon desde un auto en movimiento, informó la policía." (1). Al año siguiente, otro cable daba cuenta de la siguiente noticia: "Un alto funcionario de la Secretaría de Relaciones Exteriores de México fue asesinado este sábado y su cadáver, con al menos quince heridas con objeto cortopunzante, fue hallado en la vicealcaldía Benito Juárez..." (2). Este tipo de noticias inunda los servicios de noticias de la mayoría de países del continente americano y muestra que la violencia se ha convertido en un mal cotidiano presente en casi todas las sociedades latinoamericanas contemporáneas. Los dos cables anteriores revelan no sólo la ubicuidad contemporánea de la violencia –que la hace presente tanto en la ciudad de México como en la de Río de Janeiro—, sino que además muestra de que la violencia es capaz de generar víctimas de las más distintas características sociales. La violencia que afecta hoy a las ciudades es capaz de convertir en víctima no sólo a los ciudadanos más vulnerables socioeconómicamente, a los más pobres de la Región, sino también a quienes detentan cierto grado de poder.

No es este el espacio para analizar la magnitud de la violencia en cada uno de los países del área, pues se ha tratado extensamente en otros trabajos del estudio sobre

¹ Universidad Centroamericana José Simeón Cañas, Instituto Universitario de Opinión Pública. Dirección electrónica: mcruz@iudop.uca.edu.sv, teléfono: (503) 273-4400, ext. 417, Fax (503) 273-7020.

violencia en que se enmarca esta investigación. Baste recordar que Latinoamérica y el Caribe se consideran como las zonas más violentas del mundo, ya que en ellas la tasa regional de violencia es de aproximadamente 20 homicidios por 100 000 habitantes (cuadro 1) (3, 4). Por otra parte, es posible encontrar diferencias significativas en la dimensión de la violencia entre las ciudades, los países o las distintas subregiones latinoamericanas. Por ejemplo, países como Colombia y El Salvador han tenido a lo largo de los últimos años tasas que superan las 60 muertes por 100 000 habitantes; alrededor del 25 por ciento de dicha mortalidad es atribuible a causas externas. En tanto que en países como Chile y Costa Rica dichas tasas no superan 10 asesinatos por 100 000 habitantes (5, 6).

La violencia como problema de salud pública

En la medida en que el problema de la violencia ha ido aumentando, también lo ha hecho la conciencia de su impacto en diversas áreas de la vida social, en especial el área de la salud. La violencia, ante todo, tiene un impacto decisivo en las condiciones de vida de las personas, máxime porque atenta fundamentalmente contra su misma integridad física y su supervivencia (7) al tiempo que deteriora la calidad de vida y, a la larga, erosiona las redes básicas de interacción social que sustentan el desarrollo de una comunidad (8). Tal como lo plantea la OPS, la violencia, sobre todo aquélla que no concluye con la muerte, afecta directamente a ese “estado de completo bienestar físico, mental y social” de los afectados que ahora se entiende como salud (9, 10). En tal sentido, la violencia, en la mayor parte de sus expresiones, se torna productora de enfermedad (11). En ambientes de violencia las personas deben lidiar con condiciones de morbilidad y riesgos de mortalidad que en otras circunstancias no deberían afrontar. La morbilidad por causas de la violencia tiene a su vez un efecto en los sistemas de salud de una sociedad, pues aumenta la demanda de servicios de salud que muchas veces no están preparados para hacerle frente. La sobrecarga sobre el sistema sanitario no sólo se ejerce en el área de la atención de los traumatismos ocasionados por la agresión –que es por lo general lo más frecuente—, involucra también otras áreas fundamentales para alcanzar la salud: la rehabilitación física, la atención psicológica, la recuperación de las capacidades productivas y la adaptación a las nuevas limitaciones orgánicas.

Es así como en la XXXVII Reunión del Consejo Directivo de la OPS se decidió declarar a las conductas violentas como un problema de salud pública y se instó a los distintos gobiernos de la Región a establecer políticas y planes nacionales y movilizar recursos para la prevención y el control de la violencia, haciendo especial hincapié en los grupos más vulnerables (9). Lo anterior implica definir el problema y conocer, por consiguiente, cuáles son esos grupos más vulnerables.

Violencia y violencia urbana

El concepto de violencia tiene varias acepciones, si bien en su sentido más genérico se refiere al uso de la fuerza extrema. Sin embargo, en la definición adoptada para entenderla como un problema de salud pública la definición se refiere al “uso o amenaza de uso de la fuerza física con la intención de hacer daño a otro o hacerse daño” (11). En este concepto hay dos elementos que es importante destacar. En primer lugar, el concepto se refiere a la fuerza física, y en tal sentido se excluyen otros tipos de agresiones

que no se enmarcan en el ámbito de lo corporal. En segundo lugar, el concepto incluye también la variable intencionalidad, lo cual excluye aquellos hechos no intencionales que producen lesiones como los accidentes. Este fue el concepto adoptado por los investigadores de ACTIVA y el que guió el examen de la violencia y las actitudes y normas que la sustentan (12). Pero al hablar de la violencia urbana se debe hacer una precisión adicional. Muchos autores se refieren al término de violencia urbana aproximándolo a criminalidad (13, 14); aunque la mayor parte de la violencia ejercida en contra de una persona tiene una dimensión delictiva y, por tanto, está penada socialmente, usualmente se ha adoptado el término de violencia urbana para hacer referencia al crimen cometido en los entornos públicos de las grandes ciudades. Así, la violencia urbana sería aquella ejercida en el marco de las relaciones y dinámicas mediatizadas por la convivencia urbana, cuyas expresiones más frecuentes son el robo a mano armada, las amenazas, las agresiones, los golpes, los secuestros y el homicidio.

Victimización

Una vez definida la violencia urbana, la victimización sería el acto en el cual una persona es objeto del uso de la fuerza, que le produce un daño físico o psicológico. ¿Quiénes suelen ser las víctimas de la violencia urbana? En el pasado, según algunos compendios de criminología, se solía abordar el problema de las víctimas, sobre todo el de la propensión a ser víctima (*victim-proneness*), por medio del examen de las “debilidades” biológicas o situacionales que convertían en víctima a una persona (15, 16). En esta perspectiva se suponía, por consiguiente, que las víctimas poseían características personales que, a diferencia del victimario, las hacían vulnerables (ser mujer, joven, anciano, retrasado mental, etc.). En la actualidad, los enfoques adoptados en el examen de la victimización muestran, antes que diferencias, la proximidad en las características demográficas de las víctimas y los victimarios (17). Así, desde la perspectiva de la salud pública, importa más caracterizar quiénes suelen ser las víctimas más frecuentes desde el punto de vista demográfico y conductual que por categorías de la personalidad. Es en ese sentido que la mayor parte de estudios revelan que la victimización por violencia, sobre todo aquella que termina con la muerte o con la afectación física de la persona, se encuentra asociada con ciertas variables demográficas. De hecho, en los Estados Unidos de América, de donde provienen la mayor parte de estudios sobre el tema, la edad constituye la variable singular más importante en la predicción del riesgo de victimización violenta (17, 18). Otras variables que aparecen asociadas con la victimización por la violencia urbana según algunos de los estudios son el sexo, el nivel socioeconómico de la víctima o de la comunidad donde reside la víctima y la raza o grupo étnico de la misma. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Victimización por Crimen de 1994 de los Estados Unidos, “los hombres, las personas de color, los hispanos, los jóvenes, los pobres y los habitantes del centro de las ciudades fueron los más vulnerables a la violencia” (19).

En América Latina, las tendencias de algunas variables parecen ser muy parecidas. En una revisión de las tasas de mortalidad por causas violentas durante la década de los ochenta realizada por Yunes (20) se encontró que en todos los países estudiados de América Latina y el Caribe la razón entre las tasas de mortalidad en hombres y mujeres fue siempre mayor de 1 y en todos—con excepción de Cuba— la diferencia era más alta que la de Estados Unidos. Una investigación realizada en Río de Janeiro reveló que las víctimas más frecuentes de los delitos de robo, agresión y extorsión entre 1995 y 1996 fueron las

personas con menos de 30 años de edad y de ellas, los hombres (21). En Caracas, Sanjuán constató que aproximadamente el 95 por ciento de las víctimas de homicidio son hombres y que el 70 por ciento pertenecía al grupo de edad entre 15 y 29 años (22); mientras que en Cali el 53 por ciento de los homicidios registrados tuvo como víctima a un hombre entre 15 y 29 años de edad (23). En San Salvador, en un hombre entre 16 y 25 años de edad la probabilidad de morir asesinado era 10 veces mayor que la de una mujer del mismo grupo de edad (24). Se podrían seguir citando estudios y revisiones de los registros de distintas ciudades de la Región, pero lo cierto es que en la mayoría de los centros urbanos latinoamericanos las tendencias respecto a la edad y el sexo son similares (25).

En Latinoamérica, los estudios publicados no son concluyentes respecto a otras variables personales que pueden estar asociadas con la victimización por la violencia urbana. Aunque se suele considerar que la pertenencia a un sector socioeconómico bajo es un factor de riesgo de victimización violenta, algunos estudios sugieren que más que la condición personal de la víctima cuenta el contexto ambiental donde el acto violento se produce. Por ejemplo, Akerman (26) encontró que en São Paulo los robos predominan en áreas de mejores condiciones de vida y, en cambio, los homicidios ocurren en áreas periféricas de baja extracción económica. Por otro lado, en un estudio realizado en Santiago de Chile se observó que los “robos con fuerza” se encuentran parcialmente concentrados en áreas de estratos medios y altos, mientras que los “robos con violencia” – que suponen un ejercicio más severo de la violencia y afectan a personas— suelen ocurrir en barrios de clase media y baja (27).

En el orden conductual existen otras variables, como el consumo de alcohol y la tenencia de armas, que parecen estar asociadas con la victimización y, por tanto, su presencia se convierte en factor de riesgo de sufrir una agresión. Por lo general, estas variables se han asociado más con el perpetrador de la violencia que con la víctima (17, 18). Empero, el análisis del problema de la victimización desde otro prisma ha permitido encontrar también ciertas conexiones entre las víctimas, el consumo de alcohol y la tenencia de armas. En Cali se encontró que el 25 por ciento de las víctimas de asesinato estaban intoxicadas de alcohol (28), mientras que en El Salvador se observó que el porcentaje de víctimas por violencia ingresadas en centros hospitalarios intoxicadas con alcohol ascendió del 20 por ciento en una semana normal al 35 por ciento en una semana festiva (29). En el caso de la tenencia de armas, Guerrero sostiene, citando un estudio estadounidense (28), que la posesión de un arma de fuego aumenta 2,7 el riesgo de morir de los integrantes del hogar.

Es en este campo de la victimización por violencia urbana en el cual el presente estudio se propone revisar los resultados regionales del Estudio Multicéntrico ACTIVA. Para ello, en este artículo se realizará, en primer lugar, una comparación de las frecuencias de victimización por robo, amenazas, agresión y heridas, de las ocho ciudades participantes en el estudio, buscando establecer semejanzas y diferencias entre ellas. En segundo lugar, se intentará constatar cuáles son las variables demográficas y conductuales que están asociadas con la victimización por violencia y las características más frecuentes de las víctimas en cada una de las ciudades participantes.

MATERIALES Y MÉTODOS

La descripción de la muestra del Estudio ACTIVA se ha hecho en el capítulo de este mismo libro dedicado al diseño metodológico del estudio regional. Baste entonces decir, para los propósitos de este apartado, que el Estudio ACTIVA se basó en una muestra de 10 821 entrevistas repartidas entre ocho ciudades: Salvador de Bahía, Brasil ($n = 1384$); Cali, Colombia ($n = 2288$); Caracas, Venezuela ($n = 1297$); Madrid, España ($n = 1105$); Río de Janeiro, Brasil ($n = 1114$); San José, Costa Rica ($n = 1131$); San Salvador, El Salvador ($n = 1290$), y Santiago de Chile ($n = 1212$). La muestra fue estratificada por conglomerados según el nivel socioeconómico y la densidad de población. Las personas entrevistadas se seleccionaron en cada hogar por medio de un muestreo sistemático sin sustitución. Se supone que la muestra de cada ciudad es representativa de la población entre 18 y 70 años de edad. En el muestreo se pretendió realizar estimaciones con una confianza del 95 por ciento.

Para los propósitos de los análisis incluidos en este artículo se utilizó la parte dedicada a victimización del cuestionario establecido por el Proyecto ACTIVA. En las ocho ciudades incluidas en la muestra regional se administró un cuestionario integrado por 14 preguntas que recogían diversos tipos de victimización a causa de la violencia criminal. En el presente trabajo se utilizaron variables a partir de algunos ítems y escalas del instrumento. En algunos casos, estas variables corresponden directamente a los resultados de ítems individuales; en otros casos, sobre todo los que se refieren a la victimización, surgen del tratamiento de varios ítems. Algunas de estas variables fueron construidas por Orpinas (30) en su trabajo de compilación y depuración de las bases de datos del Proyecto ACTIVA, mientras que otras fueron desarrolladas por el autor. Asimismo, se omitieron los ítems que reflejan observación de victimización y los referidos a homicidio y suicidio. Los primeros porque no se refieren a victimización directa del entrevistado y los segundos, a pesar de su importancia en la definición de violencia urbana, porque la formulación del reactivo impedía recoger las características propias de la víctima, que es lo esencial para este trabajo. En todo caso, hay que subrayar que el instrumento –dado el carácter del estudio basado en entrevistas– recoge declaraciones sobre las experiencias de victimización y no registra los hechos en sí mismos; por tanto, las variables se refieren a la notificación del evento y dependen de las declaraciones de los encuestados en cada uno de los países.

Las variables demográficas analizadas corresponden a los reactivos del cuestionario que recogían información sobre sexo, edad y estrato socioeconómico del entrevistado. Los valores de la variable edad se recategorizaron para hacer más manejables sus valores en el análisis. Los entrevistados se agruparon en cuatro grupos de edad, tomando en cuenta la distribución en las tendencias de victimización por la violencia: de 18 a 25 años, de 26 a 35, de 36 a 50, y de 51 a 70. Los valores de la variable estrato socioeconómico dividen a la población de cada una de las ciudades en las siguientes categorías: alto, medio y bajo.

Las variables conductuales fueron: a) frecuencia de consumo de alcohol. Esta es una variable ordinal que recoge el consumo de cierta cantidad de alcohol en el lapso de un mes: *¿Cuántas veces en el último mes ha tomado más de cinco tragos de licor o botellas (latas) de cerveza en una sola ocasión?* Sus valores de respuesta se expresaron en: nunca, una vez, tres o cuatro veces, cinco a diez veces, y más de diez veces. b) Tenencia de armas. Variable dicotómica que recoge la posesión de armas de fuego por parte del entrevistado: *¿Tiene usted algún arma de fuego (pistola, revólver, rifle) en su casa?*

Las variables de victimización fueron las siguientes. a) Víctima de robo a mano armada. Variable dicotómica generada a partir del siguiente ítem: *¿Alguien le robó algo a mano armada en los últimos doce meses?* Sus valores denotan la condición de haber sido o no víctima al menos una vez de algún hecho de ese tipo. b) Víctima de amenazas. Variable construida a partir de tres reactivos: *¿En los últimos doce meses, algún policía u otra autoridad pública le exigió dinero?*, *¿Alguien que no era un policía o seguridad pública le amenazó para sacarle o pedirle dinero en los últimos doce meses?* y *¿En los últimos doce meses le amenazaron para forzarle a cambiar su lugar de residencia, cambiar sus opiniones o quedarse callado/a respecto a algo que usted conoce?*, que expresa la victimización o no, al menos una vez, de una victimización por amenazas. c) Víctimas de agresiones. Variable dicotómica construida a partir del siguiente ítem: *¿Fue usted golpeado por otra u otras personas en los últimos doce meses?* Esta variable expresa la condición de haber sido víctima por lo menos una vez de una agresión a golpes por parte de un particular. d) Víctimas de heridas. Variable dicotómica construida a partir de los siguientes reactivos: *¿Fue usted herido con un arma blanca en los últimos doce meses?* y *¿Fue usted herido con un arma de fuego en los últimos doce meses?* Esta expresa la condición de haber sido herido o no, por lo menos una vez, por arma de fuego o arma blanca. e) Victimización global. Variable que reúne en sí misma todas las victimizaciones anteriores (robo, amenazas, agresiones y heridas). Dado que cada una de las victimizaciones incluidas en esta variable son diferentes en cuanto al impacto para la persona que sufre el hecho, cada tipo de victimización se ponderó empíricamente a partir de una proporción inversamente proporcional a la frecuencia de cada uno de los hechos, es decir la victimización más frecuente (robo) tendría un valor igual a 1 y, en la medida en que disminuye la frecuencia de un tipo de victimización, su peso aumenta (por ejemplo, heridas = 15). Con ello se evita atribuir un mismo nivel de afectación a acontecimientos tan disímiles como las amenazas y las heridas. Ahora bien, esta variable de victimización global se utilizó en dos expresiones distintas. En la primera fase del análisis se utilizó en forma dicotómica, donde un valor expresaba al menos una experiencia de victimización y el otro, la ausencia de victimización. En la segunda parte del análisis se utilizó la misma variable de forma continua y normalizada mediante su transformación a escala logarítmica en base 10. Esta variable guardó una correlación aceptable con la variable continua original (r de Pearson = 0,7810).

La descripción de los métodos de recolección de datos de cada una de las ciudades se presenta en el apartado del diseño metodológico de ACTIVA. Aquí sólo es necesario subrayar que en todas las ciudades las entrevistas se realizaron de forma personal y mediante visita al hogar de residencia del entrevistado. Todas las entrevistas fueron codificadas y los resultados se registraron en una base de datos informatizada en la ciudad donde se hizo la encuesta. Por tanto, las bases de datos fueron locales. Éstas fueron revisadas localmente y posteriormente se enviaron al centro de acopio regional donde fueron sometidas a otra depuración y compiladas en una sola base de formato SPSS para Windows (30). Los datos utilizados en este trabajo fueron analizados usando el mismo programa (31).

Dos partes conforman el procedimiento de análisis de estos datos. En primer lugar, se llevó a cabo una comparación general de los distintos tipos de victimización por ciudad, tratando de establecer la magnitud de los diversos tipos de violencia que han sufrido los ciudadanos en cada una de las ocho ciudades del estudio. Para ello, se examinaron los porcentajes de victimización de cada hecho violento estudiado por ciudad y se calcularon los porcentajes de los niveles de victimización por la violencia que afrontan los

habitantes de cada una de las ciudades incluidas en el estudio. En segundo lugar (lo que constituye la parte medular de este trabajo), se averiguó la posible existencia de asociaciones entre los factores demográficos y conductuales y la variable continua de victimización global en cada una de las ciudades. Para ello se realizaron análisis de la varianza. Cuando esto no fue posible, porque las varianzas entre los grupos fueron heterogéneas, se usó una prueba *t* de Student para varianzas no homogéneas (31, 32). Cuando se compararon más de dos grupos, se construyeron análisis de la varianza de Kruskal-Wallis (33). Para evitar el problema de las comparaciones múltiples se aplicó la prueba de Scheffé.

El criterio para utilizar la variable victimización global y no las de agresión y heridas – que tienen mayor relevancia en salud pública— fue que el bajo número de casos de victimización por agresión y heridas en cada ciudad no permitía realizar un análisis estadístico robusto. La variable de victimización global tiene la ventaja de incorporar un buen número de casos por ciudad, además de que, por medio de la ponderación, otorga la relevancia debida a los hechos de victimización más graves y permite establecer en qué medida la gente ha sido victimizada por la violencia urbana según sus propias declaraciones. Por esa razón, en la segunda parte del análisis se decidió utilizar la variable de victimización global en forma de índice y no como porcentajes de valores dicotómicos, y así poder considerar dentro de la relación el peso de las victimizaciones más severas (agresiones y heridas) sin menoscabar la validez del análisis.

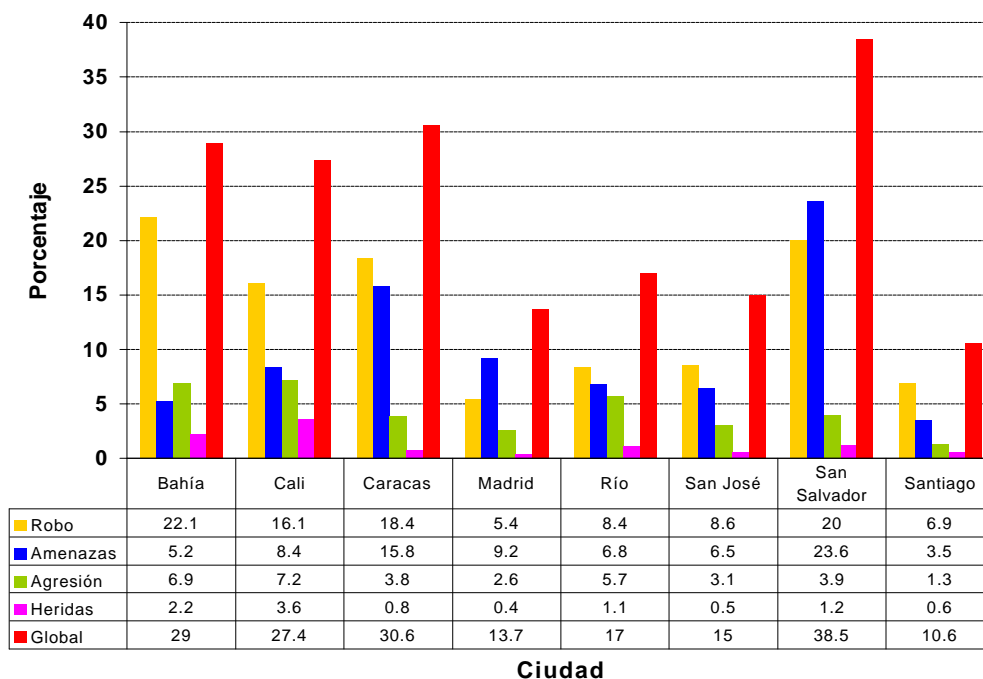
RESULTADOS

Tipos de victimización por violencia urbana en las ciudades

En la figura 1 aparecen los porcentajes de victimización de las distintas causas estudiadas. Mientras que en San Salvador el porcentaje de personas que notificaron haber sufrido cualquier tipo de violencia ascendió a 38,5%, en Santiago esta cifra no superó 11%. Se observa además que, aparte de San Salvador, en otras ciudades como Caracas, Salvador de Bahía y Cali se registraron altos niveles de victimización global (30,6%, 29% y 27,4%, respectivamente), en tanto que en el resto de ciudades los porcentajes fueron más bajos: Río de Janeiro 17%, San José 15%, y Madrid 13,7%.

De acuerdo con las declaraciones de los entrevistados, en la mayoría de ciudades, a excepción de Madrid y San Salvador, el robo a mano armada fue el tipo de victimización más frecuente; en Salvador de Bahía se registró el porcentaje más alto (22,1%) y en Santiago de Chile, el más bajo (6,9%). Las amenazas (de agresión, muerte o extorsión) produjeron en San Salvador un elevado porcentaje de víctimas (cercano a 25%); en cambio en Santiago de Chile y en Bahía esta cifra no superó 6%. Los porcentajes de acciones violentas más graves como las agresiones y las heridas (por arma de fuego o arma blanca) fueron los más bajos. En Cali, Bahía y Río de Janeiro el porcentaje de víctimas por agresión o golpes fue mayor del 5% (en Cali, el porcentaje ascendió a 7,2%), mientras que en Madrid y Santiago esta acción no sobrepasó 2%. Finalmente, la victimización por heridas fue más frecuente en Cali, en tanto que en las ciudades de Madrid, San José, Santiago y Caracas el porcentaje de heridos no alcanzó siquiera 1%.

Figura 1. Porcentajes de victimización por distintas causas según ciudad. Proyecto ACTIVA, 1998



Mediante un análisis de la varianza, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de victimización global de las ciudades de Madrid, San José y Santiago ($P > 0,05$), ni entre las de Bahía, Cali y Caracas. Tampoco se detectaron diferencias entre Río de Janeiro, Madrid y San José. Por el contrario, las diferencias fueron significativas entre San Salvador y todas las restantes ciudades ($P < 0,05$).

Variables asociadas con la victimización urbana

En el cuadro 1 figuran los índices de victimización global para cada una de las ciudades estudiadas según el sexo, la edad, el estrato socioeconómico, el consumo de alcohol y la tenencia de armas por parte de la víctima. Como puede observarse, los índices de victimización global por violencia no variaron siempre de la misma forma en todas las ciudades. En Salvador de Bahía, el sexo de la víctima y su consumo de alcohol constituyeron las variables discriminadoras de los índices de victimización ($P < 0,05$). En los hombres bahianos se detectó un nivel de victimización más alto que en las mujeres, en tanto que aquéllos que suelen consumir alcohol con más frecuencia sufrieron más acciones violentas. Aunque en el caso de la edad es posible advertir un índice más alto en el grupo de 18 a 25 años, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la edad ni entre el resto de variables incluidas en el análisis. En el caso de Cali, las víctimas más frecuentes de la violencia general fueron los hombres más jóvenes, que consumen alcohol con más frecuencia y que poseen un arma de fuego. Asimismo, los

Cuadro 1. Índice de victimización global (0-2,5) por ciudad según variables personales y conductuales, Proyecto ACTIVA, 1998

| Variable | C i u d a d | | | | | | | |
|--------------------------------|-------------------|----------|----------|----------|----------------|----------|--------------|-------------------|
| | Salvador de Bahía | Cali | Caracas | Madrid | Río de Janeiro | San José | San Salvador | Santiago de Chile |
| Todas | 0,156 | 0,177 | 0,174 | 0,072 | 0,106 | 0,078 | 0,306 | 0,054 |
| Sexo | | | | | | | | |
| Masculino | 0,180 | 0,236 | 0,256 | 0,078 | 0,154 | 0,122 | 0,337 | 0,055 |
| Femenino | 0,135 | 0,125 | 0,122 | 0,068 | 0,072 | 0,045 | 0,281 | 0,054 |
| | = 2,71 * | = 59,1 * | t=7,01 * | F=0,63 | t=4,44 * | t=5,51 * | t=2,10 * | F=0,00 |
| Edad (años) | | | | | | | | |
| 18 – 25 | 0,180 | 0,234 | 0,230 | 0,113 | 0,168 | 0,125 | 0,365 | 0,069 |
| 26 – 35 | 0,153 | 0,177 | 0,184 | 0,078 | 0,108 | 0,075 | 0,339 | 0,052 |
| 36 – 50 | 0,158 | 0,144 | 0,162 | 0,052 | 0,109 | 0,070 | 0,289 | 0,052 |
| 51 – 70 | 0,120 | 0,134 | 0,108 | 0,050 | 0,046 | 0,048 | 0,201 | 0,043 |
| | F=1,79 | F=9,24 * | F=7,51 * | F=5,57 * | F=7,41 * | F=5,89 * | F= 6,15 * | F=0,87 |
| Estrato | | | | | | | | |
| Alto | 0,139 | 0,219 | 0,118 | 0,076 | 0,144 | 0,104 | 0,191 | 0,044 |
| Medio | 0,161 | 0,181 | 0,139 | 0,068 | 0,106 | 0,081 | 0,315 | 0,039 |
| Bajo | 0,155 | 0,168 | 0,188 | 0,079 | 0,096 | 0,064 | 0,328 | 0,064 |
| | F=0,25 | F=1,93 | F=3,40 * | F=0,33 | F=1,89 | F=2,02 | F=5,70 * | F=2,36 |
| Consumo alcohol (veces) | | | | | | | | |
| Nunca | 0,123 | 0,134 | 0,135 | 0,063 | 0,086 | 0,066 | 0,290 | 0,048 |
| 1 ó 2 | 0,173 | 0,206 | 0,195 | 0,081 | 0,135 | 0,115 | 0,362 | 0,046 |
| 3 ó 4 | 0,202 | 0,304 | 0,201 | 0,088 | 0,204 | 0,101 | 0,392 | 0,131 |
| 5 a 10 | 0,242 | 0,317 | 0,300 | 0,187 | 0,099 | 0,164 | 0,371 | 0,085 |
| Más de 10 | 0,204 | 0,583 | 0,328 | 0,193 | 0,277 | 0,474 | 0,455 | 0,030 |
| | H=21,41* | H=105,1* | t=18,36* | t=12,32* | H=23,14* | H=19,75* | H=8,60 | t=14,11* |
| Armas | | | | | | | | |
| Sí | 0,226 | 0,304 | 0,252 | 0,070 | 0,127 | 0,124 | 0,333 | 0,081 |
| No | 0,152 | 0,169 | 0,166 | 0,072 | 0,105 | 0,072 | 0,304 | 0,052 |
| | t=1,80 | t=3,19 * | t=2,46 * | F=0,00 | F=0,28 | t=2,20 * | F=0,29 | F=2,44 |

Índices de victimización fueron algo más elevados en el estrato socioeconómico alto, si bien las diferencias observadas no fueron estadísticamente significativas ($P > 0,05$). En Caracas, todas las diferencias entre las variables estudiadas fueron estadísticamente significativas: el sexo de la víctima (los hombres más que las mujeres); la edad (los jóvenes entre entre 18 y 25 años más que los de cualquier otro grupo de edad); el estrato socioeconómico (las personas de estrato bajo en mayor medida que el resto de estratos); el consumo frecuente de alcohol, así como la tenencia de armas. Los índices de victimización global en Madrid sólo variaron significativamente en cuanto a las variables de edad y consumo de alcohol. En el primer caso, el índice más elevado también se encontró entre los jóvenes, mientras que en el segundo los que consumían más alcohol habían sufrido más acciones derivadas de la violencia urbana. En Río de Janeiro, los índices de victimización fueron más elevados y estadísticamente distintos del resto en los hombres, las personas más jóvenes y los que consumen alcohol con más frecuencia. En San José, los hombres, los jóvenes, los que ingieren alcohol más frecuentemente y los que

tienen un arma de fuego fueron los más perjudicados por la violencia. Los resultados del análisis estadístico señalan que en San Salvador las diferencias en los índices de victimización relativas al sexo, la edad y el estrato socioeconómico fueron estadísticamente significativas, y los índices más altos en cada una de esas variables indican una historia más frecuente de victimización que en el resto. Finalmente, en Santiago de Chile la única variable asociada estadísticamente con el índice de victimización general por violencia fue el consumo de alcohol: las personas que consumían alcohol de 3 a 4 veces al mes fueron aquellas en las cuales se registró el mayor nivel de victimización sufrida.

DISCUSIÓN

La comparación entre los niveles de victimización de las ocho ciudades estudiadas en el Proyecto ACTIVA pone de manifiesto, en primer lugar, que las tendencias de victimización registradas en el estudio multicéntrico muestran cierta similitud con las tendencias mostradas por las tasas de homicidios en el Cuadro 2 como indicadores de violencia locales de los cuales se dispone de información. Esto sugiere que detrás de esos niveles de violencia expresados formalmente por las tasas de homicidio también se encuentran otras formas de victimización, que forman parte del problema de la violencia urbana que afecta a cada una de las ciudades y dentro de las cuales el homicidio sería su expresión más palmaria. La comparación de los porcentajes de victimización de las ciudades estudiadas revela que en Santiago, San José y Madrid se registran, al igual que sus tasas de homicidios, los niveles más bajos de victimización por violencia, a diferencia de ciudades como San Salvador, Cali y Caracas, en las cuales los dos sistemas de registro empleados – ACTIVA y tasas de homicidios— permitieron detectar altos índices de victimización. Esto no debe significar que la variable victimización de ACTIVA se construyera con el propósito de que remedara las tasas de homicidios; solamente se pretende señalar la utilidad de medidas como ésta para aproximarse al problema de la violencia y mostrar las distintas dimensiones en que puede expresarse.

En segundo lugar, muestra que los niveles de victimización –expresados como porcentaje de personas que dicen haber sufrido algún hecho de violencia— entre las ciudades no sólo son muy distintos en cuanto a su magnitud, sino también en lo que se refiere a la tipología de la victimización. En otras palabras, los hechos que en una ciudad se conforman como el generador más común de víctimas por la violencia en otra ciudad apenas figuran como causa de victimización. Por ejemplo, los datos muestran que los residentes de San Salvador son víctimas de la violencia general en una proporción dos veces más alta que la de los residentes de Río de Janeiro; sin embargo, estos últimos sufren agresiones en un porcentaje mayor que los habitantes de aquella ciudad centroamericana. Particular atención debe prestarse a los niveles de agresión y lesión por heridas detectados en Cali y Bahía y a los niveles de agresión de Río de Janeiro, que duplican o triplican los de cualquier otra ciudad incluida en el estudio multicéntrico y muestran el impacto substancial que ejercen en la victimización global de esas ciudades. A juzgar por las declaraciones de los entrevistados en Bahía, Caracas, San Salvador y Cali, los ciudadanos están expuestos a un robo a mano armada en una proporción dos veces mayor que en las ciudades de Madrid, Río de Janeiro, San José y Santiago.

Cuadro 2. Tasas de homicidio (x 100 000 habitantes) en algunas ciudades seleccionadas de América Latina y España en la década de los noventa. Proyecto ACTIVA, 1998

| Ciudad | Año | Tasa |
|--|------|-------|
| Cali, Colombia ^a | 1996 | 125,0 |
| Caracas, Venezuela ^b | 1996 | 56,0 |
| Madrid, España ^c | 1997 | 3,9 |
| Río de Janeiro, Brasil ^d | 1996 | 60,7 |
| Sao Paulo, Brasil ^e | 1993 | 50,2 |
| Costa Rica ^f | 1991 | 7,1 |
| San Salvador, El Salvador ^g | 1996 | 84,5 |
| Santiago de Chile ^h | 1996 | 8,0 |

Fuente: Elaboración propia a partir de: a) Rubio M. Criminalidad violenta en Colombia. b) Sanjuán AM. La criminalidad en Caracas: percepciones y realidades. c) Delegación del gobierno de Madrid. d) Soares LE, Sento Sé JT, de Souza Rodrigues JA, Piquet L. Criminalidade urbana e violencia no contexto internacional. e) Adorno S. La criminalidad violenta urbana en Brasil: tendencias y características. f) Roberts D. Mortalidad por lesiones no intencionales y violencia en las Américas. g) Cruz JM y González, LA. La magnitud de la violencia en El Salvador. h) Estadísticas de Carabineros de Chile.

Estos datos subrayan un hecho importante constatado en este estudio: la violencia urbana es diferente en cada sitio, de tal forma que, a pesar de que Cali y San Salvador tengan niveles muy altos de victimización por violencia urbana, ello no quiere decir que la configuración y el impacto de esa victimización sean los mismos para ambas ciudades. En San Salvador, por ejemplo, parece prevalecer un tipo de victimización basado en hechos que pueden ser enmarcados en la delincuencia callejera: robos y amenazas; en cambio, aunque en Cali se registró una proporción elevada de robos, destaca, al igual que en Bahía, el alto porcentaje de victimización por hechos violentos más graves: agresiones y heridas. Al cabo, ambas ciudades se encuentran entre las más violentas de la Región, si bien estas diferencias pueden explicar que los generadores y receptores de la violencia no sean las mismas personas. Esto confirma el supuesto de que no es lo mismo afrontar la violencia en Cali que en San Salvador, y de que cualquier estrategia de atención del problema y sus consecuencias en la salud debe tener en cuenta las diferencias consignadas para hacer más efectivas las tareas de prevención.

Por otro lado, ha de recordarse que, como estos niveles de victimización dependen de las declaraciones que hacen las personas, el registro de victimizaciones notificadas en el estudio puede estar sujeto a errores de la memoria de los entrevistados. Dado el carácter grave de ciertos acontecimientos como las heridas y a pesar del esfuerzo de los investigadores locales por dejar claro el marco temporal en las entrevistas, algunos entrevistados podrían haber sobrenotificado el acontecimiento de los hechos violentos. En tal sentido se estaría sobreestimando la ocurrencia de los mismos. Aunque no es posible confirmarlo, esta posible sobreestimación ha de ser considerada como una limitación consustancial al método de recolección de información por encuestas.

En cuanto a las variables asociadas al fenómeno de la victimización por hechos violentos cabe destacar que la posibilidad de que una característica personal se convierta

en un factor de riesgo de victimización depende también del lugar –de la ciudad—en que habita la persona y, por tanto, de que tenga que ver con el tipo de violencia que prevalezca en esa zona. Esta afirmación se basa en que en el estudio no se encontraron pruebas concluyentes de que una variable concreta (por ejemplo, la edad), a pesar de su importancia reconocida, constituya un factor diferencial en todas las ciudades estudiadas. Los resultados del estudio multicéntrico indican que hay variables, o características personales que se relacionaron con la victimización en la mayor parte de ciudades, aunque no en todas: el sexo, la edad y el consumo de alcohol. En seis de las ocho ciudades (Bahía, Cali, Caracas, Río de Janeiro, San José y San Salvador) las víctimas más frecuentes de la violencia urbana resultaron ser los hombres. Sin embargo, esto no quiere decir que en las restantes ciudades (Madrid y Santiago) las mujeres sean quienes sufran más violencia; sencillamente significa que a partir de los datos disponibles no se dispone de pruebas que respalden que en las capitales de España y Chile el sexo constituya un criterio para diferenciar a las víctimas de la violencia. Esto podría deberse a que en lugares donde los niveles de afectación por violencia son muy bajos las diferencias de victimización en cuanto al sexo no llegan a ser muy grandes y, por tanto, la baja probabilidad de sufrir una agresión es casi igual para hombres y mujeres.

Por lo que respecta a la edad, los resultados del Proyecto ACTIVA confirman en seis ciudades las tendencias reveladas por otros estudios: las personas más jóvenes –entre los 18 y los 25 años de edad— resultaron ser el grupo más victimizado a causa de la violencia. Esto es cierto para los habitantes de Cali, Caracas, Madrid, Río de Janeiro, San José y San Salvador, pero no para Bahía y Santiago. No obstante, el hallazgo de que la edad dependa de la victimización no se limita al grupo de los más jóvenes; en todas las ciudades en que se encontró relación entre la edad y la victimización se observó que a medida que aumenta la edad, disminuye el índice de victimización, de tal manera que la probabilidad de ser víctima de un acto violento desciende con la edad de la víctima.

Por otro lado, en todas las ciudades, con excepción de San Salvador, las personas que consumieron alcohol con más frecuencia notificaron ser víctimas con mayor asiduidad. Más aún, en la mayor parte de ciudades el índice de victimización corrió paralelo con la frecuencia del consumo de alcohol; es decir, a mayor consumo de alcohol, mayor índice de victimización. Estos resultados sustentan la tesis según la cual el alcohol no sólo constituye un factor asociado con el ejercicio de la violencia, sino también con las posibilidades de ser víctima de una acción violenta. Como el consumo de alcohol es una variable conductual y, por tanto, sujeta a modificación, este hallazgo tiene implicaciones para las actividades preventivas que puedan emprenderse con objeto de paliar el problema.

De las restantes variables estudiadas, sólo se encontraron asociaciones entre el estrato socioeconómico y la tenencia de armas de fuego en algunas ciudades. En Caracas y San Salvador la violencia urbana se observó más frecuentemente en los estratos bajos que en los restantes, mientras que en Cali, Caracas y San José la tenencia de armas, además de ser muy frecuente en las tres ciudades, constituye un factor asociado con la victimización.

Para concluir, este trabajo revela que la victimización como consecuencia de la violencia notificada por las personas varía en la mayor parte de las ciudades estudiadas. Estas diferencias no se deben atribuir solamente a los niveles de violencia, ya que éstos pueden ser muy diferentes, sino también a las expresiones de la violencia que afectan de muy diversa manera a las personas. Las diferencias en la magnitud y en las expresiones de la violencia podrían estar relacionadas, hasta cierto punto, con las características de las

víctimas más frecuentes de esa violencia. No obstante, los resultados indican que la edad, el sexo y el consumo de alcohol son las variables que están más claramente asociadas con la victimización: los hombres, las personas de menor edad y los que consumen alcohol constituyen los grupos que padecen agresiones con mayor frecuencia en la mayoría de ciudades estudiadas, al tiempo que definen los grupos de riesgo que precisan la vigilancia más constante en la lucha contra los efectos de la violencia urbana.

RECONOCIMIENTO

Este artículo se ha basado en los datos del Estudio Multicéntrico sobre Actitudes y Normas Culturales sobre la Violencia (Proyecto ACTIVA), que se ha realizado en ocho ciudades de América Latina y España bajo el auspicio y la coordinación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). El autor desea agradecer a Rubí Esmeralda Arana, Giovanni Flores y David Navarro su colaboración en la preparación de este artículo.

REFERENCIAS

1. Agencia de noticias EFE. Asesinan a cuatro indigentes. San Salvador: *El Diario de Hoy*, 10 de diciembre de 1997:22.
2. Agencia de noticias EFE. De quince heridas con arma blanca ultiman alto funcionario mexicano. San Salvador: *La Prensa Gráfica*, 10 de agosto de 1998:50..
3. Banco Mundial. El crimen y la violencia como problemas para el desarrollo en América Latina y el Caribe. Presentado en el seminario El Desafío de la Criminalidad Urbana. Río de Janeiro: Banco Interamericano de Desarrollo; 1997.
4. Bobadilla JL, Cárdenas V, Couttolenc B, Guerrero R, Remenyi MA. Medición de los costos de la violencia. Resultados de un taller organizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Banco Interamericano de Desarrollo. Caracas: OPS; 1995.
5. Roberts D. Mortalidad por lesiones no intencionales y violencia en las Américas: Libro de referencia. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1997.
6. Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo del plan de acción regional sobre violencia y salud. Washington, DC: OPS; 1996. (Documento mimeografiado.)
7. Guerra de Macedo C. Sociedad, violencia y salud. [Editorial.] *Bol Oficina Sanit Panam* 1994; 117 (5): i.
8. Martín-Baró I. Acción e ideología: psicología social desde Centroamérica. 8ava. ed. San Salvador: UCA Editores; 1997.
9. Organización Panamericana de la Salud, División de Promoción y Protección de la Salud. Salud y violencia: Plan de acción regional. Washington, DC: OPS; 1994.
10. Guerra de Macedo C. Sociedad, violencia y salud. Una nueva agenda para la democracia. En: Organización Panamericana de la Salud. Sociedad, violencia y salud. Memorias de Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud. Washington DC: Washington, DC: OPS; 1996: 9-16.
11. Organización Panamericana de la Salud. La violencia: un problema de salud pública que se agrava en la región. *Bol Epidemiol* 1990;11:1-7.
12. Organización Panamericana de la Salud, División de Salud y Desarrollo Humano. Actitudes y normas culturales sobre la violencia en ciudades seleccionadas de la región de las Américas. Proyecto ACTIVA. Washington, DC: OPS; 1996. (Documento mimeografiado.)
13. Carrión F. De la violencia urbana a la convivencia ciudadana. En: Concha Eastman A, Carrión F, Cobo G, eds. Ciudad y violencias en América Latina. Quito: Programa de Gestión Urbana; 1994: 5-22.
14. Vanderschueren F. La violencia urbana, los pobres de la ciudad y la justicia. En: Concha Eastman A, Carrión F, Cobo G, eds. Ciudad y violencias en América Latina. Quito: Programa de Gestión Urbana; 1994: 5-22.
15. Schmallegger F. Criminology today. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1996.

16. Hentig HH. Robo con fuerza en las cosas. Robo con violencia o intimidación. En: Hentig HH. Estudios de psicología criminal. 4a. ed, Vol I. Madrid: Espasa-Calpe; 1980.
17. National Research Council. Understanding and preventing violence. Washington, DC: National Academy Press; 1993.
18. Levine FJ, Rosich KJ. Social causes of violence. Crafting a science agenda. Washington, DC: American Sociological Association; 1996.
19. U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics. Criminal victimization in the United States, 1994. Washington, DC: U.S. Department of Justice; 1997: viii.
20. Yunes J. Mortalidad por causas violentas en la región de las Américas. *Bol Oficina Sanit Panam* 1993;114:302-314.
21. Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil, Instituto de Estudos da Religião. Lei, justiça e cidadania. Direito, victimização e cultura política na região metropolitana do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: CPDOC.FGV/ISER; 1997.
22. Sanjuán AM. La criminalidad en Caracas: percepciones y realidades. *Rev Venezolana Econ Ciencias Soc* 1997; 3:215-254.
23. Concha A, et al. Estrategias de la alcaldía de Cali para enfrentar la inseguridad y la violencia. En: Concha Eastman A, Carrión F, Cobo G, eds. Ciudad y violencias en América Latina. Quito: Programa de Gestión Urbana; 1994;121-153.
24. Cruz JM. Los factores posibilitadores y las expresiones de la violencia en los noventa. *Estudios Centroam ECA* 1997; 52:977- 991.
25. Yunes J, Rajs D. Tendência de la mortalidade por causas violentas en la población general e entre los adolescentes y jóvenes de la região de las Américas 1994. *Cad Saúde Pública* 1994;10(supl. 1):88-125.
26. Akerman M. Mapa de risco da violência da cidade de São Paulo: explorando os diferenciais intra-urbanos. Presentado en Seminario sobre violencia criminal urbana. Rio de Janeiro: Banco Interamericano de Desarrollo; 1997. (Documento mimeografiado.)
27. Oviedo Saavedra ER. Percepción de inseguridad en la ciudad. Entre lo imaginario y lo real. El caso del gran Santiago. En: Concha Eastman A, Carrión F, Cobo G, eds. Ciudad y violencias en América Latina. Quito: Programa de Gestión Urbana; 1994:275-312.
28. Guerrero R. Prevención de la violencia a través del control de sus factores de riesgo. Presentado en Reunión sobre El Desafío de la Violencia Criminal Urbana. Río de Janeiro: Banco Interamericano de Desarrollo 1997. (Documento mimeografiado.)
29. Sisti E. Consideraciones preliminares sobre la investigación de la violencia como problema de salud pública, a través de puntos centinelas. San Salvador: Instituto Universitario de Opinión Pública; 1997. (Documento mimeografiado.)
30. Organización Panamericana de la Salud, División de salud y desarrollo humano. Documentación sobre la base de datos compilada. Estudio Multicéntrico sobre actitudes y normas culturales frente a la violencia. Proyecto ACTIVA. Washington, DC: OPS, División de salud y desarrollo humano; 1998. (Documento mimeografiado.)
31. Ferrán Aranaz M. SPSS para Windows. Programación y análisis estadístico. Madrid: McGraw Hill; 1996.

32. Hopkins KD, Hopkins BR, Glass GV. Estadística básica para las ciencias sociales y del comportamiento. México: Prentice-Hall Hispanoamericana; 1997.
- 33, Siegel S. Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta. México, DF: Editorial Trillas; 1974.

Coordinación de Investigaciones
División de Salud y Desarrollo Humano
Investigaciones en Salud Pública

DOCUMENTOS TÉCNICOS

1. Protocolo del Estudio Multicéntrico: Actitudes y normas culturales frente a la Violencia en ciudades seleccionadas de América Latina y España. Proyecto ACTIVA
2. Cuestionario y manuales del Estudio Multicéntrico: Actitudes y normas culturales frente a la Violencia en ciudades seleccionadas de América Latina y España. Proyecto ACTIVA
3. ¿Quién es violento? Factores asociados con comportamientos agresivos en ciudades seleccionadas de América Latina y España. Proyecto ACTIVA
4. La victimización por violencia urbana: niveles y factores asociados en ciudades seleccionadas de América Latina y España. Proyecto ACTIVA

Para obtener información u ordenar copias de los documentos, favor comunicarse a la siguiente dirección:

Coordinación de Investigaciones/Programa de Subvenciones
División de Salud y Desarrollo Humano
Organización Panamericana de la Salud
525 – 23rd Street, N.W.
Washington, DC. 20037, EUA
Teléfono: 202 974-3117
Facsimile: 202 974-3680
e-mail: RGP@paho.org