

Aumenta la mortalidad por violencias

Dr. J.M. Avilán Rovira

Individuo de Número

Desafortunadamente los datos más confiables disponibles para tratar de medir la violencia en nuestro país, como en otras partes del mundo, son las estadísticas de mortalidad.

La mortalidad no revela la verdadera magnitud del problema. De acuerdo al Dr. Hernán Méndez Castellano “se calcula que por cada muerte accidental se suceden de 100 a 150 accidentes de importancia que provocan lesiones susceptibles de requerir atención médica”. A pesar de que en 1958, al observarse la gravedad del problema de los accidentes en el país, el entonces Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, por recomendaciones de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría, decidió hacer obligatoria la notificación de accidentes en los menores de 14 años, esta disposición no ha constituido un medio eficaz para el conocimiento del problema.

Sólo se dispone de cifras parciales de morbilidad por accidentes, entre ellas las que se registran como “heridas y lesiones” en la morbilidad atendida en los ambulatorios urbanos y rurales del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) y que publica anualmente la División de Enfermedades Transmisibles. Las estadísticas de morbilidad hospitalaria se continúan recopilando en los certificados de egreso, pero no se procesan ni publican desde 1983. La morbilidad y mortalidad por accidentes del trabajo se conocen mediante el registro que a tal efecto verifica el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, desde 1948.

De acuerdo a las cifras de la Inspectoría General de Tránsito Terrestre, de accidentes, heridos y muertes, en los últimos 5 años, la tasa de letalidad al ocurrir al accidente, osciló entre el 12 % y el 9 %, Es decir, en el promedio, por cada 10 heridos en accidentes de tránsito ocurrió una lesión fatal (1).

Mucho menos se conocen con precisión las cifras de los intentos suicidas y homicidios frustrados. Es pues, sólo mediante el certificado de defunción y los datos de los homicidios investigados por la Policía Técnica Judicial (PTJ) y en la actualidad por el Cuerpo de investigaciones científicas, penales y criminalísticas (Cicpc), como se conocen parcialmente las características de los suicidios y homicidios en el país.

Con los datos recogidos en los certificados de defunción atribuidas a suicidios y homicidios, sólo es posible obtener información sobre las variables elementales, género, edad, lugar de ocurrencia y en algunos casos, los medios para consumarlos. En los homicidios se obtienen datos de la víctima únicamente. Las características de los agresores se conocen por la investigación policial, que es la que en definitiva puede determinar las circunstancias y motivos del hecho.

Es de notar que la clasificación de la mortalidad por causas violentas, en accidentales, autoinfligidas o producto de la agresión por otros, es la que registra la autoridad civil en el momento de la elaboración del certificado, para poder efectuar la inhumación del cadáver. Esta clasificación puede cambiar posteriormente por la investigación policial.

Tenemos que observar en este punto, que a partir de 1968, con el uso de la VIII Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), se introdujo un conjunto de categorías para clasificar aquellas “lesiones en las que se ignora si fueron accidental o intencionalmente infligidas”. Dichas categorías deben usarse cuando se declara que, después de una completa investigación, el médico u otra autoridad legal no puede determinar si las lesiones son debidas a accidente, suicidio u homicidio.

EDITORIAL

Sin embargo, no siempre se cumple con el requisito de la investigación y se decide clasificar en estas categorías “indeterminadas” cuando no se dispone de información sobre las circunstancias en que se produjo la muerte por causa violenta.

En el Cuadro 1, puede observarse que antes de 1970 no figuran tasas por “violencias no determinadas”, pues por disposición de la CIE, antes de 1968 cuando no se disponía de información, la lesión se consideraba producto de un accidente. Hasta ese año en los certificados de defunción la autoridad civil disponía de 3 casillas solamente. A partir de allí y para cumplir con los nuevos criterios

de la CIE, se agregó la casilla para “indeterminado”.

La tasa por “violencias no determinadas” fue relativamente baja hasta 1990, pero a partir de allí ha aumentado 4,5 veces para el 2000. Pareciera que en la actualidad no se realiza por parte del MSDS ningún tipo de investigación en aquellas muertes violentas en las cuales se carece de información suficiente en el certificado de defunción para su correcta clasificación. En la actualidad, una de cada cinco defunciones por causas violentas, es “indeterminada”, cuando se estima su proporción sobre el total de estas muertes.

Cuadro 1

Tasas de mortalidad por cien mil habitantes por accidentes, homicidios, suicidios y causas no determinadas. Venezuela 1950-2000.

Años	Accidente del tránsito	Resto de los accidentes	Homicidios	Suicidios	No determinadas
1950	7,9	32,0	8,2	3,8	-
1955	10,8	31,8	5,3	5,1	-
1960	16,5	27,2	7,5	5,6	-
1965	21,3	27,3	10,7	7,3	-
1970	25,2	24,5	7,9	6,8	2,0
1975	33,4	22,3	7,8	5,0	4,3
1980	34,7	25,9	11,7	4,8	0,1
1985	23,1	24,2	9,6	4,6	0,4
1990	20,9	18,8	13,1	5,1	4,0
1995	21,2	15,9	14,3	4,7	13,4
2000	21,5	11,3	26,4	5,2	18,1

Fuente: tasas calculadas con las cifras de los Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital, hasta 1995. Las cifras de 2000, no publicadas, se obtuvieron en la División de Estadística del MSDS.

Al respecto, es importante notar la discrepancia creciente del registro de mortalidad por homicidios, entre el MSDS y la PTJ, a partir de 1991, como observamos a continuación:

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
MSDS	13,1	10,5	13,2	14,8	15,7	14,3	14,9	12,6	12,1	16,9
PTJ	12,7	12,5	16,5	20,5	22,1	20,5	22,2	18,5	19,6	19,5

Se trata de tasas por cien mil habitantes calculadas con las cifras de ambos organismos. La tasa de 1999 fue estimada con las cifras de la PTJ hasta el 30 de junio de ese año (2).

La diferencia casi inexistente en 1990, ha variado entre 2 y 7,5 puntos a favor de las cifras de la PTJ.

No parece existir pues, ningún intento por parte del MSDS para solicitar información en la PTJ o el Cicpc, para corregir las cifras por estas causas de muerte. Este intercambio de información entre ambos organismos, tal como ocurría en el pasado, podría conducir eventualmente, a disminuir la mortalidad violenta atribuida a intención desconocida o "indeterminada" y a conocer mejor la magnitud de la mortalidad por causas violentas intencionales.

Continuando con la descripción de las tasas, observamos como en el año 2000 la tasa de mortalidad por homicidios es la más alta de todas las causas violentas, prácticamente 10 muertes más por cien mil habitantes que en 1999.

Contrasta este ascenso brusco con el comportamiento de las tasas por las demás muertes violentas. Las tasas de mortalidad por suicidios han mostrado relativamente poca variación durante el período estudiado. Las tasas por el "resto de accidentes" o "no del tránsito", como también se les llama, se han reducido en forma casi constante alrededor del 2 % anual en los mismos años.

Las tasas de mortalidad por accidentes del tránsito muestran el ascenso sostenido hasta 1980, cuando alcanzan su máximo valor en el período estudiado y de donde comienzan a descender hasta llegar en el 2000 a valores similares a los de 1965. Ya en comunicaciones anteriores nos hemos referido a este brote epidémico de la mortalidad por accidentes del tránsito (3,4) y su relación con los períodos de recesión y expansión económica. En efecto, el descenso que ocurre actualmente puede explicarse por la fuerte recesión económica que atraviesa el país.

El precio de la gasolina influye definitivamente: a más bajo precio mayor mortalidad. En 1980 el único país en América Latina con una tasa superior a la de Estados Unidos fue Venezuela, donde la gasolina era 10 veces más económica (5). Fue alrededor de ese año que el PIB alcanzó su máximo valor.

Por el contrario la recesión económica parece coincidir con el aumento de la mortalidad por homicidios.

Si sumamos todas las muertes violentas (accidentes, suicidios, homicidios y las no determinadas), para el año 2000, tendríamos 19 942 defunciones por estas causas, lo que representaría prácticamente el 19 % del total de la mortalidad por todas las causas registradas ese año. Es decir, que casi 1 de cada 5 muertes por causas generales, sería el producto de la violencia, sea accidental, autoinfligida o debida a la agresión de otros.

Esta cifra de defunciones solamente estaría superada ese año, por las muertes debidas a enfermedades del corazón, que alcanzaron a 22 091 y que representaron el 21 % del total de defunciones registradas por todas las causas.

Esta agrupación de todas las defunciones atribuidas a causas externas, o violentas, no sería del todo arbitraria. En realidad, la Oficina Sanitaria Panamericana, desde 1991 ha propuesto una llamada "lista corta" para el análisis de mortalidad en la región de las Américas, que consta de 6 grandes grupos de causas: infecciosas y parasitarias; todos los neoplasmas; todas las enfermedades del sistema circulatorio; las originadas en el período perinatal; todas las causas externas de injuria y envenenamiento; el resto de las enfermedades (6). En estos 6 grupos de causas se clasifican las muertes por causas diagnosticadas. El número de las no diagnosticadas o por causas desconocidas se reportan en forma separada.

Entre las razones para esta propuesta está la formulación de políticas que se beneficia con una lista corta de grupos de causas que permite una panorámica amplia de la situación general, que favorece la visualización de los problemas de mortalidad prevalecientes o emergentes, sus cambios en el tiempo, con atención especial a la mortalidad que puede prevenirse a la luz de los conocimientos actuales y la tecnología disponible.

Para tratar de conocer la posible causa de las defunciones por "violencias indeterminadas", comparamos su distribución por género y grupos de edades, con la distribución conocida de la mortalidad por homicidios en 1999, que presentamos en las Figuras 1 y 2.

Como puede observarse lo primero que llama la atención es la diferente magnitud de las tasas, por ambos tipos de violencia, entre los varones y las hembras. Mientras en las hembras las tasas son menores a 5 por cada cien mil hembras, hasta el grupo de 45 a 64 años, las de los varones alcanzan a

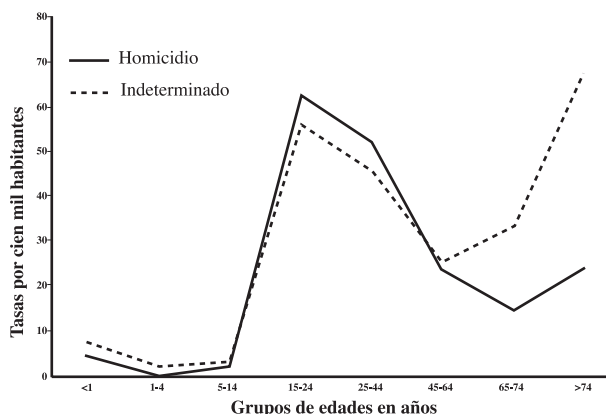


Figura 1. Mortalidad por homicidios y violencias indeterminadas en varones. Venezuela 1999.

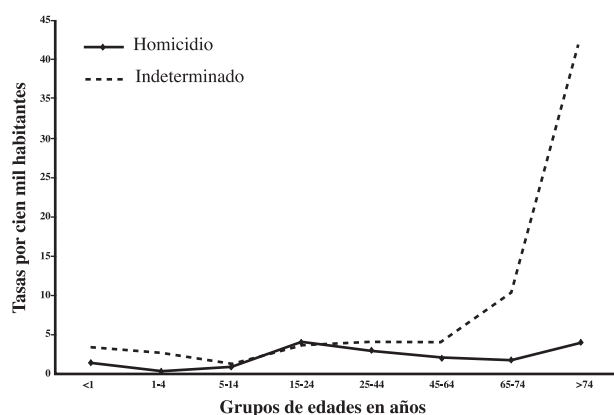


Figura 2. Mortalidad por homicidios y violencias indeterminadas en hembras. Venezuela 1999.

60 por cada cien mil varones en el grupo de 15 a 24 años, es decir, hasta 12 veces más altas.

En la Figura 1 de los varones, podemos observar claramente como se superponen las curvas de las tasas de mortalidad por homicidios y violencias indeterminadas, hasta el grupo de 45 a 64 años, justamente en los grupos de edades más afectados por los homicidios.

En ambos géneros la similitud de la distribución de ambos tipos de violencias por grupos de edad, desaparece a partir de grupo de 65 años y más, en especial en los mayores de 74 años. Debemos tomar en cuenta que entre estas muertes deben haber algunas por accidentes del tránsito, cuyas tasas son más elevadas en los grupos de mayor edad.

Esta semejanza de distribución por grupos de edad, no prueba de manera fehaciente que la

mortalidad por violencias indeterminadas sea debida a homicidios, pero probablemente lo sean gran parte de ellas, al menos las comprendidas entre el grupo de 5 a 14 años y el de 45 a 64 años de edad. Las muertes ocurridas entre las edades extremas de ambos grupos, representaron en 1999 cerca del 90 % del total de muertes por violencias indeterminadas.

Si sumamos estas muertes a las registradas ese año por homicidios, la tasa estimada estaría cerca de 30 por cien mil habitantes. Esto volvería la tasa de Venezuela, la segunda más alta, en las Américas, superada únicamente por la de Colombia. De hecho, la calculada con los homicidios registrados en 2000, ya lo sería, si la comparamos con las disponibles para algunos países *circa* 1997 (7).

Al señalar esta grave situación, la Academia Nacional de Medicina cumple con el compromiso contraído al firmar la Declaración de San Francisco de Quito, en enero de este año, con las demás Academias Nacionales de Medicina de Iberoamérica, cuya primera decisión fue: "Rechazar todo acto de violencia que atente contra la vida del ser humano".

Resta ahora la vigilancia activa para lograr que las autoridades competentes cumplan con el deber elemental de preservar la vida de los ciudadanos.

REFERENCIAS

1. Accidentes de tránsito. En: Anuario Estadístico de Venezuela, 1994-1998. OCEI. Caracas: Div de Publicaciones y Artes Gráficas.
2. El Nacional. Año LVII, N° 20 112, Caracas: 28-08-99; D/12.
3. Avilán Rovira JM. Producto interno bruto y mortalidad por accidentes de tránsito. Rev Fac Med 1995;18:170-173.
4. Avilán Rovira JM. Trauma. Magnitud del problema en Venezuela. Gac Med Caracas 2000;108(1):41-50.
5. Tapia-Granados JA. Reducing automobile traffic: An urgent policy for health promotion. Am J Public Health 1998; 3 (4): 227-240.
6. Plaut R, Roberts EN, Silvi JJ. Cause-specific mortality analysis as a component of health situation assesment. A regional experience. Documento presentado y distribuido en la reunión anual de los jefes de los Centros colaboradores de la OMS para la Clasificación de Enfermedades. Sao Paulo (Brasil):9-15 abril 1991.
7. Mortalidad por accidentes y violencias. Organización Panamericana de la Salud. Boletín Epidemiológico 1997;18(1):1-8.