

# Intervención de SALUD PÚBLICA PARA LA PREVENCIÓN O CONTROL DE LA VIOLENCIA

José William Martínez  
Fundación Universitaria del Área Andina  
Universidad Tecnológica de Pereira

## Introducción

Cada año más de 1,6 millones de personas en todo el mundo pierde la vida violentamente. La violencia es una de las principales causas de muerte en la población entre los 15 y 44 años, responsable del 14% de las defunciones en la población masculina, y 7% de la femenina.

Por cada persona que muere violentamente muchas resultan heridas y sufren diversos problemas físicos, sexuales, reproductivos y mentales. La violencia impone a las economías nacionales cada año una ingente carga financiera de miles de millones de dólares por atención sanitaria, gastos judiciales, policiales y pérdidas de productividad.<sup>1</sup>

La Organización Panamericana de la Salud afirma que para el conjunto de las Américas, la mortalidad por estas causas es 3.7 veces más alta en hombres que en mujeres. En la Región Andina esta proporción ascendió a 4.6, mientras que en América del Norte y el Caribe no Latino fue de 2.8. La mayor mortalidad está ligada a comportamientos estereotipadamente masculinos, considerados y estimulados como varoniles a través

de la socialización de género y control social.<sup>2</sup>

Aunque la violencia ha sido objeto de numerosos estudios desde el punto de vista de diversas disciplinas, su abordaje como problema de salud pública es relativamente reciente y debe tratarse como tal, no sólo porque produce directamente defunciones y lesiones, sino por su influencia en el deterioro del entramado social, solidaridad y cooperación, en lo que hoy se denomina 'capital social'. Varios estudios demuestran que no son necesariamente las sociedades más ricas las que tienen mejores niveles de salud, sino las más igualitarias, es decir, las que también poseen alta cohesión social y fortaleza en la vida comunitaria, porque las desigualdades y la violencia afectan el tejido social, factor importante para la salud colectiva. La violencia interesa como problema de salud pública por su efecto deletéreo en las condiciones generales de la salud y bienestar de las poblaciones.<sup>3</sup>

América Latina en la década de 1990 reporta cerca de 200 millones de pobres; 70 millones por encima de los que tenía en 1970, resultado del incremento de la pobreza urbana por reducción o eliminación de subsidios

para servicios públicos, de alimentos y transporte por ajustes económicos que erosionan los ingresos de la población; la urbanización anárquica caracterizada por la explosión incontrolada de asentamientos, algunos ilegales en condiciones muy precarias, y desempleo en buena parte de los jóvenes, o empleo inestable mal remunerado en el sector informal urbano.

La violencia además se ha diversificado: aparecen violencias desconocidas con un fenómeno delictual en aumento; la población como víctima colectiva la reconoce como problema central; se desmorona entonces el mito o la ilusión que las ciudades son lugares seguros para vivir.<sup>4</sup>

Pero en Colombia además extensas regiones rurales también han sido víctimas de crímenes y masacres, que han concentrado en menos manos, ricas extensiones de tierra.

Para el año 2000 el Instituto Nacional de Medicina Legal reportó que en Colombia hubo 974.698 años de vida potencialmente perdidos por causa de los homicidios y 1.398.985 años de vida perdidos por todas las causas violentas. La mayoría de estas muerte ocurrieron en población entre 15 y 44 años.<sup>5</sup>

En Colombia extensas regiones rurales han sido víctimas de crímenes y masacres, que han concentrado en menos manos ricas extensiones de tierra.<sup>6</sup>

El Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE, reporta en [www.dane.gov.co/estadísticas/estadísticasvtales](http://www.dane.gov.co/estadísticas/estadísticasvtales) la siguiente frecuencia de homicidios en Colombia.

Número de homicidios reportados por certificados de defunción en Colombia 1979-2001

Año	Homicidios
1979	5.342
1980	6.797
1981	8.576
1982	8.715
1983	8.969
1984	9.360
1985	12.101
1986	14.288
1987	15.598
1988	18.783
1989	21.607
1990	24.033
1991	29.413
1992	30.004
1993	29.549
1994	27.620
1995	23.443
1996	24.848
1997	22.748
1998	24.715
1999	25.855
2000	28.789
2001	29.058

FUENTE: DANE [www.dane.gov.co/estadísticas/estadísticasvtales](http://www.dane.gov.co/estadísticas/estadísticasvtales). Consultada en febrero 28 de 2004

Hasta el año 1982 hay tendencia de muertes derivadas del conflicto político liberal-conservador, que se relacionó con la redistribución de la tierra. 1983 incremento en Colombia de homicidios por intolerancia: sindicalistas, trabajadoras sexuales, homosexuales, indigentes. 1988 y 1989 aumentan homicidios por la guerra al narcotráfico. 1993 desciende violencia por el desmantelamiento de los carteles. 1999 incremento de homicidios por resurgimiento de nuevos carteles de la droga y la violencia común. En el área rural y pequeños municipios la guerra con paramilitares y guerrilla parece evocar el recuerdo de la violencia de la década de los cuarenta.<sup>6</sup>

## Criminalidad y Juventud

La relación entre el crimen, el género y la juventud es otro aspecto significativo del fenómeno de la violencia. Los datos sugieren que a medida que la delincuencia aumenta, crece también la proporción de hombres jóvenes socialmente segregados que se convierten en víctimas o victimarios.<sup>7</sup>

## Prevenir la Violencia

La violencia es multifacética; en ella interfieren relaciones biológicas, sociales y ambientales; no hay una solución simple para el problema y debe ser intervenida en múltiples niveles y sectores de la sociedad en forma simultánea, en la perspectiva de un modelo ecológico, con el diseño e intervención de programas para la promoción de la salud individual, comunitaria y colaboración de diferentes sectores como la escuela, el trabajo, el sistema de justicia y control criminal; orientado preferiblemente a niños y jóvenes con intervenciones que perduren en el tiempo para lograr efectividad.<sup>8,9</sup>

El modelo ecológico para la explicación de la violencia plantea:

- **Primer nivel.** Características biológicas y personales que influyen en la forma como se comportan los individuos, y aumentan las probabilidades que un individuo se convierta en víctima o perpetrador de la violencia.
- **Segundo nivel.** Se centra en las relaciones interpersonales como las de la familia y amigos; estas relaciones pueden asociarse con la violencia juvenil o la intrafamiliar.

- **Tercer nivel.** Se define el contexto comunitario que se ve afectado por factores como la presencia de tráfico de drogas.
- **Cuarto nivel.** Factores sociales que propician o inhiben la violencia, por ejemplo la capacidad de respuesta de la justicia.<sup>10</sup>

La búsqueda de alternativas preventivas propone abordar el problema con bases científicas. En síntesis:

- a) Caracterizar el problema en sus variables de persona, tiempo, lugar y variables conexas.
- b) Identificar causas, asociaciones o factores de riesgo.
- c) Proponer intervenciones y evaluarlas.
- d) Extender las intervenciones a otros sectores y difundirlas.

No sólo el sector salud clama por la prevención; hay voces y propuestas de otras disciplinas que ante conflictos sustentan la necesidad de buscar prevención concertada a largo plazo y sostenida muchas veces de manera costosa, que comparada con el sufrimiento humano derivado de la violencia, su costo es minúsculo.<sup>11</sup>

Algunas intervenciones sugeridas:

1. Fortalecimiento de la participación de diferentes instituciones y sectores sociales en el estudio de la epidemiología de la violencia, para contribuir a los procesos de toma de decisiones en el diseño de intervenciones poblacionales más efectivas en diferentes escenarios sociales<sup>12</sup>

2. Proponer la violencia como una emergencia de salud pública que debe intervenir. <sup>13</sup>
3. Evaluar las intervenciones sociales y económicas del Estado, la sociedad civil y la comunidad en general en el impacto de sus intervenciones y la reducción de la inequidad y el desarrollo social. Por ejemplo las obras civiles y su relación con el desarrollo económico y social.
4. Participación organizada de la ciudadanía, para que decida de acuerdo a sus necesidades y prioridades. (Planeación estratégica situacional de intervenciones sociales).
5. Fortalecimiento o implementación de los espacios alternativos de resolución de conflictos.
6. Intervención preventiva con equipos multi e interdisciplinarios a nivel comunitario y familiar, para el diagnóstico de posibles focos de conflictos y la orientación en pautas de crianza.
7. Programas comunitarios con jóvenes y niños a través del deporte, la cultura y el cuidado del medio ambiente.
8. Medidas institucionales: control de consumo de alcohol, sicotrópicos, desarme de la población civil y control al porte de armas.
9. Monitoreo y vigilancia epidemiológica de delitos con el sector judicial, para contribuir al desarrollo de estrategias que disminuyan la impunidad y los niveles de criminalidad. <sup>14</sup>
10. Evaluación de la gestión e impacto de los programas preventivos institucionales.
11. Evaluación de los sistemas en el cuidado de víctimas de la violencia, especialmente aquellas que reingresan por lesiones para identificar su estado emocional, los ciclos de violencia y sus efectos en el núcleo familiar.
12. Definición y formación de competencias en profesionales de la salud para identificar las víctimas de la violencia, aumentar captación de población expuesta y reducir impacto familiar-social. <sup>15-16</sup>
13. Búsqueda activa de víctimas de la violencia en sus diferentes formas, atendidas en la red de servicios de salud de urgencias, consulta externa, atención domiciliaria, medicina interna y gineco obstetricia. <sup>17</sup>
14. Generar espacios de discusión bioético con otras disciplinas como Derecho y el Sector Judicial, acerca de la notificación de los casos de violencia del sector salud, y posterior compromiso de las instituciones para proteger la población.

---

## REFERENCIAS

---

1. Organización Mundial de la Salud. «Información mundial sobre la violencia y la salud. Síntesis». Ginebra 2002
2. Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas. Vol. I. Publicación Científica y Técnica No 587 Washington: 2002, P. 111-113,
3. Pellegrini Filho Alberto. La violencia y la salud pública. Revista Panamericana de Salud Pública, Washington Vol. 5 Nos 4 / 5 Abril Mayo P. 219-221
4. de Roux Gustavo. Ciudad y Violencia en América Latina. Publicado En Ciudad y violencias en América Latina. Ed Alcaldía de Cali, Cali 1994, P. 27-46.
5. Instituto Nacional de Medicina Legal. Forensis 2000 Datos para la vida. Bogotá ED Panamericana septiembre 2001
6. UNDP. El conflicto, callejón con salida. Informe Nacional para el Desarrollo Humano Colombia 2003. Bogotá Segunda Edición diciembre 2003, P. 22-136
7. Castillo Berthier, Héctor. Violencia Urbana y Cultura en La Juventud Contemporánea. Publicado En Ciudad y violencias en América Latina Ed Alcaldía de Cali, Cali 1994, P. 221-234
8. Orpinas Pamela y de Los Ríos Rebecca. La Violencia del conocimiento a la prevención. Revista Panamericana de Salud Pública Washington Vol. 5 Nos 4 y 5 Abril Mayo 1999 P. 211-218.
9. World Health Organization «World report on violence and health: summary».. Geneva, 2000, P.: 25-36.
10. Krug Etienne, James Mercy, Dahlberg Linda. El informe mundial sobre la violencia y la salud. Biomédica, Bogotá, 2002, Publicado en el Suplemento de Violencia y Salud P. 22:327-336
11. Concha, Alberto. Impacto social y económico de la violencia en las Américas» Biomédica, Bogotá, 2002, Publicado en el Suplemento de «Violencia y Salud» P.22:347-361
12. Stuart P Weisberg, Eric P. Wilkinson. The application of preventive medicine to the control of violence JAMA, Chicago: Mar 1, 2000. Tomo 283, No 9, P. 1198-1199
13. Koop C Everett, Lundberg, George D. Violence in America: A Public Health Emergency JAMA. Chicago: Jun 10, 1992. Tomo 267, No 22 P. 3075-3077.
14. D Stanistreet .Violence: Developing a policy agenda. Journal Of Epidemiology and Community Health. London. Jan 1999 Tomo 53 No 1; P. 2-4
15. Kurt r. Denninghoff, Lyndee Knox, Rebecca Cunningham, Sandi Partain. Emergency medicine: Competencies for youth violence prevention and control. JAMA, Chicago: Sep 2002. Tomo 9, P. 947-957.
16. Mary Rose Smochek, Catherine Oblacznski, Donna L Lauck, Patricia T Green, et al Interventions for risk for suicide and risk for violence. Nursing Diagnosis. Philadelphia, Apr-Jun 2000. Tomo 11, No 2; P. 60-69
17. Thomas Tekkez, Kirsten Robison, Marie A. Russell. Domestic violence. Topics in Emergency Medicine. Gaithersburg. Jun 1999. Tomo 21, No 2, p. 70-78