

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**



**LA VIOLENCIA: UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA
EN EL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA**

(Estudio Descriptivo-retrospectivo, realizado en el Hospital del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social del Departamento de Escuintla, durante el período de enero a diciembre de 1,999)

LUIS ALBERTO LETONA SIMONS

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, AGOSTO DE 2002

INDICE

Página

I.	INTRODUCCION.....	1
II.	DEFINICION DEL PROBLEMA.....	2
III.	JUSTIFICACION.....	4
IV.	OBJETIVOS.....	5
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA.....	6
VI.	MATERIAL Y METODOS.....	25
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS.....	30
VIII.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	47
IX.	CONCLUSIONES.....	59
X.	RECOMENDACIONES.....	60
XI.	RESUMEN.....	61
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	63
XIII.	ANEXOS.....	69

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación, se realizó para obtener información , acerca del comportamiento presentado por la violencia, como un problema de Salud Pública y reflejado en las consultas por violencia, atendidas y por los ingresos hospitalarios en la emergencia y en los diferentes departamentos Hospital del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de Escuintla.

La importancia del conocimiento del comportamiento de la violencia, radica en que se hace necesario contar con datos fidedignos, que permitan conocer el fenómeno y la forma en que este impacta los recursos hospitalarios, reflejado esto, en los costos de tratamiento curativo, que impiden destinar recursos para programas de prevención en el área de la salud.; esta investigación ha permitido establecer la necesidad de diseñar un instrumento (Sistema de registro) para la recolección de datos de los pacientes que consultan por presentar problemas derivados de la violencia.

Muchas de las variables que podrían ayudar a clasificar el fenómeno violento, son variables de carácter subjetivo difíciles de medir, como la intencionalidad y las variables que miden el ambiente familiar en donde fueron causadas las lesiones físicas.

El problema del etilismo en relación a las consultas por violencia, fue difícil de investigar por no contarse con los registros necesarios.

La conclusiones mas relevantes obtenidas del estudio, son: el problema de la violencia, afecta especialmente a los adultos, con marcado predominio del sexo masculino, que concuerdan con los resultados de otras investigaciones realizadas sobre el problema a nivel nacional y latinoamericano.

El estudio se realizó en el departamento de Escuintla, respondiendo al criterio de selección de poblaciones, del Centro de Investigación de Ciencias de la Salud –CICS-, de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala para el problema específico de la violencia.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

La violencia es definida de muchas formas (2, 6, 28, 29, 30, 43), sin embargo la definición mas aceptable es la presentada en la Clasificación Internacional de enfermedades, que considera como violencia a los eventos que aparecen bajo la categoría general de Causas externas y que incluye a: Todos los accidentes, suicidio, homicidio, lesiones en las que se ignora si fueron accidentales o intencionalmente infringidas y las lesiones por intervenciones legales y operaciones de guerra(2)(Ver : Definiciones en anexo 2)

También existen causas asociadas a la violencia, que aumentan los índices de mortalidad , con la perdida consecuente de años de vida potencial (3) e impacta directamente de forma negativa en las condiciones de vida de las personas (4), lesionando el tejido social, del cuál depende el desarrollo comunitario (5).

La violencia, aunque no determine la muerte del individuo, si altera su bienestar físico, mental y social (8, 7) y le hace menos capaz para el trabajo productivo.

“La mortalidad por causas asociadas con la violencia, es responsable de una proporción creciente de la mortalidad general y de porcentajes significativos de años de vida potencial perdidos”. (3).

El problema de la violencia ha ido en aumento cada día, también lo ha hecho en la población, la conciencia de el grave efecto que esta causa en las diversas áreas de la vida social, en especial en el área de salud.

La violencia tiene ante todo, un impacto negativo y decisivo en las condiciones de vida de las personas, en especial porque atenta fundamentalmente contra su misma integridad física y supervivencia(4) y erosiona la calidad de la vida(5).

El problema de la violencia y especialmente aquella violencia que no termina en muerte, altera directamente ese estado de completo bienestar físico, mental y social de los afectados, que ahora se comprende como “Salud”. (8,7)

Dentro de un contexto general, donde se aprecia una escalada de la violencia en sus diferentes manifestaciones, la región de las Américas y la sub-región Centroamericana contribuyen a engrosar las alarmantes estadísticas que reportan que una de cada cuatro a nueve personas en los países en desarrollo sufren cada año lesiones discapacitantes ocasionadas por violencia.(11)

Los costos sociales y médicos representan una carga económica considerable para estos países (13,14)

Para el costo total Latinoamericano de la violencia, una investigación del BID, calcula que en 1997 fue de el 14.2% del PIB de la región. (15)

En Guatemala, según la MINUGUA, los promedios anuales de delitos cometidos (1992-1996), fueron en promedio de 9 muertos y 16 heridos por día .(12)

El departamento de Escuintla – en razón de su grado de desarrollo agropecuario e industrial – posee un 66% de su PEA asalariada y después de la capital de la República, registra el mayor número de afiliados al régimen de seguridad social. (32)

Escuintla ha figurado entre las áreas mas afectadas por la violencia en el país. Las victimas mas frecuentemente afectadas son adultos jóvenes concordando con las referencias regionales y que nos recuerda el enorme daño causado en razón de los “años potenciales de vida perdidos” . (32)

Derivado de las anteriores consideraciones nos propusimos investigar la situación de las victimas que por causas de violencia fueron atendidas en la emergencia del hospital del I.G.S.S. de Escuintla, durante el año 1999.

III. JUSTIFICACION

La violencia es un problema grave, que limita el desarrollo de una población a través de afectar a los individuos que la conforman, disminuyendo su capacidad de trabajo y por lo tanto su calidad de vida. La violencia es producto de la interrelación de factores de riesgo ambientales y el individuo, factores como la cultura, educación, situación socio- económica, tipo de trabajo, etilismo, etc. (1)

La violencia es un problema de salud pública, en tanto que afecta la capacidad orgánica e intelectual de un individuo, en casos extremos produce su muerte y deteriora por lo tanto del llamado, capital social. (18, 19).

Todas las naciones han estado de acuerdo en cuanto a señalar que la violencia es un obstáculo para el desarrollo y una amenaza para la salud pública en la región de las Américas, dado que estudios realizados demuestran que en Latinoamérica, cerca del 10 % del producto interno bruto de la región, se destina a sufragar gastos ocasionados por la violencia. (17) (ver gráfica No. 1), es necesario que se profundice en el estudio del complejo de factores socioeconómicos, psico-sociales y culturales que se asocian a la violencia para desarrollar un enfoque integrado de prevención. (19)

En Guatemala, la violencia reviste características de gravedad, deducido esto por los informes sobre el problema (Gráfica No.2) y el Departamento de Escuintla presenta datos estadísticos sobre violencia alarmantes como se muestran en las graficas realizadas con datos tomados de la Policía Nacional y el INE para los años 1996 a 1998 (ver tablas No. 2,3 y 4)

Si se tiene en cuenta que la mayoría de los casos de violencia se constituyen en consulta para los sistemas hospitalarios, utilizando los recursos hospitalarios de por si escasos, se justifican los estudios del fenómeno con el fin de conocer su magnitud y así establecer programas de prevención.

IV. OBJETIVOS:

A. GENERAL:

Describir el comportamiento de los motivos de consulta por hechos de violencia, en la emergencia del hospital del I.G.S.S., en el Departamento de Escuintla, Guatemala, durante el tiempo comprendido entre enero a diciembre de 1999.

B. ESPECIFICOS:

- 1. Describir las frecuencias: Absolutas y Relativas de los pacientes atendidos por hechos de violencia en la emergencia del Hospital del I.G.S.S., del Departamento de Escuintla.**
- 2. Describir la tipificación de los hechos de violencia por los que los pacientes asisten a la emergencia del Hospital del I.G.S.S., del Departamento de Escuintla.**
- 3. Describir la atención medica que se presta a los pacientes que demandan el servicio en la emergencia del Hospital del I.G.S.S., del Departamento de Escuintla.**
- 4. Establecer la relación existente entre el motivo de consulta por causas violentas y alcoholismo.**

V. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

A. VIOLENCIA:

1. Definición:

En un diccionario general se puede encontrar la siguiente definición de Violencia:

“ Fuerza intensa, impetuosa, abuso de fuerza, coacción ejercida sobre una persona, para obtener su aquiescencia”(28).

En lo que a la Sociología se refiere, la violencia es definida de la siguiente forma:

“ Característica que puede asumir la acción criminal cuando la distingue el empleo o la aplicación de fuerza física o el forzamiento del orden natural de las cosas o de el proceder. La violencia es elemento constitutivo de numerosos delitos contra las personas, ya afecten su vida, su integridad corporal (homicidio, lesiones), ya su honestidad (violación) y contra su patrimonio (robo, daños, etc.). La violencia caracteriza también todo tipo de criminalidad (violentia), por contraposición según la astucia, el fraude y la simulación (criminalidad fraudulenta). (29)

Según la Organización Panamericana de la Salud, la Violencia: “Tiene que ver con la utilización de la fuerza física o de la coacción psíquica o moral por parte de un individuo o grupo en contra de si mismo, de objetos o de otra persona o grupos de personas produciendo como resultado la destrucción o daño del objeto o negación de cualquiera de los derechos establecidos de la persona o grupo de personas víctimas”.(2)

Sin embargo, la mejor definición adoptada para entenderla como problema de salud publica se refiere al:

“ Uso o amenaza de uso de la fuerza física con la intención de hacer daño o hacerse daño”. (6)

Esta definición es la mas adecuada porque describe los elementos siguientes: Primero, el concepto se refiere a la fuerza física y segundo, incluye la variable de intencionalidad, lo que excluye hechos no intencionados que producen lesiones, es decir, los accidentes. (30)

El término de lesión, secundaria a un acto violento, puede definirse como:

“La lesión propiamente dicha ocurre cuando la transmisión de energía al individuo sobrepasa el umbral de daño a los tejidos; este daño se controla mediante la prevención de la presentación del fenómeno, a través de la reducción de energía al individuo, o mediante la limitación de la intensidad de la lesión cuando ha ocurrido. (43)

Se considera como violencia a los eventos que aparecen bajo la categoría general de Causas Externas y que según la Clasificación Internacional de enfermedades, incluye: Todos los accidentes, suicidio, homicidio, lesiones en las que se ignora si fueron accidentales o intencionalmente infringidas; y las lesiones por intervenciones legales y operaciones de guerra.(2).

“La mortalidad por causas asociadas con la violencia, es responsable de una proporción creciente de la mortalidad general y de porcentajes significativos de años de vida potencial perdidos”. (3).

Así como el problema de la violencia ha ido en aumento cada día, así también lo ha hecho en la población, la conciencia de el grave efecto que esta causa en las diversas áreas de la vida social, en especial en el área de salud.

La violencia tiene ante todo, un impacto negativo y decisivo en las condiciones de vida de las personas, en especial porque atenta fundamentalmente contra su misma integridad física y supervivencia(4), al tiempo que erosiona la calidad de la vida y así a la larga, lesioná gravemente el complicado tejido social del cual depende el desarrollo de la comunidad (5).

El problema de la violencia y especialmente aquella violencia que no termina en muerte, altera directamente ese estado de completo bienestar físico, mental y social de los afectados, que ahora se comprende como “Salud”. (8,7)

Es así pues, como el problema de la violencia, se constituye en las muchas y variadas forma que tiene de expresión, un ente productor de enfermedad (6)

2. Tipos de violencia:

Es difícil describir en su totalidad el fenómeno de la violencia, ya que el Mismo: “ puede manifestarse de distintas formas, afectar a distintas personas, ser motivado por diversas causas y realizarse con distintos objetos, o aún sin necesidad de ellos ” (33).

Una forma adecuada de describirla es:

- a. Según sus causas**
- b. Según su forma de expresión**
- c. Según su gravedad**
- d. Según los grupos afectados**
- e. Según el arma o instrumento utilizado**
- f. Según el compromiso predominante**

a. Segundo sus causas:

En esta clasificación se encuentran todos los factores de índole socioeconómica y étnico cultural y religioso que de una manera u otra intervienen en el fenómeno de la violencia a saber:

a.1. Política (Institucional y otros grupos).

Violencia política es aquella que se define como todas las formas violentas de imponer una posición política determinada.

Todo el mundo se ha visto a través del tiempo, padeciendo de las diferentes formas de represión, de los que intentaron ganar o mantener un sistema político determinado, usando formas que atentaron contra la vida, honor y pertenencias de las personas víctimas. (34)

Este tipo de violencia alcanzó notoriedad en algunos países en épocas recientes y ocasionó múltiples víctimas, entre muertos, heridos, discapacitados y afectados psicológicamente; además de obligar a algunas personas a abandonar sus tierras natales por preservar su vida y la de su familia. (33)

Especialmente, en Latinoamérica, este tipo de violencia ha afectado seriamente a las poblaciones de tal forma, que les ha impedido y en algunos casos retrasado el desarrollo socioeconómico. (los costos se describirán más ampliamente en una sección especial más adelante, así

como también se describirá en el capítulo de Violencia en Guatemala, la forma como la violencia institucional nos ha afectado, pero baste decir que este tipo de violencia ha costado por la guerra interna: decenas de miles de víctimas, dejando entre 100,000 y 125,000 huérfanos y se calcula que el 50% de los refugiados internos y el 60% de los que emigraron a otros países, son niños y adolescentes . (10).

Regularmente. La violencia política tiene relación estrecha con la violencia racial y religiosa.

A continuación se presenta un resumen de lo que fue la violencia institucional en Guatemala, en base a un estudio realizado por la Comisión Internacional para la Investigación de los Derechos Humanos -CIIDH-.

Violencia Institucional.

La CIIDH, define como violencia institucional, aquella que es realizada por las instituciones estatales encargadas de el control sociopolítico y económico de un país, en contra de personas, grupos e instituciones no alineadas.

La CIIDH, también define a la violencia institucional, como aquella ejercida sobre el pueblo de parte de el ejercito, la policía u otros agentes uniformados de el estado; entre los perpetradores también se incluyen las fuerzas paramilitares controladas por el estado, (desde patrulleros de autodefensa civil, por un lado, hasta los altamente entrenados cuasi-oficiales “escuadrones de la muerte”, por el otro).

En Guatemala en la década de los noventa, las organizaciones que subsistieron a la violencia se unieron contra la violencia institucional ejercida represivamente por el estado, como por ejemplo:

AEU Asociación de Estudiantes Universitarios de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

CUC Comité de Unidad Campesina que también reunió a grupos pro derechos humanos en el exilio como:

CDHG Comisión de derechos humanos en Guatemala.

Entre los nuevos grupos formados en Guatemala para la defensa de la violencia se pueden contar:

GAM Grupo de apoyo mutuo

CONAVIGUA Coordinadora Nacional de Viudas de Guatemala

CERG Concejo de Comunidades étnicas: "Runujel Junam"

CPR Comunidades de Población en resistencia.

En Octubre de 1993, algunas de las organizaciones mencionadas arriba, se unieron a otros grupos de derechos humanos para formar la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos en Guatemala (CONADEHGU).

Para 1996, las organizaciones que conformaban la Coordinadora, decidieron reunir la información que cada una de ellas tenía en relación a las violaciones de los Derechos Humanos y se delegó a el CIIDH la tarea de estructurar y analizar la información existente a través de una base de datos computarizada.

Esta designación de la CIIDH para la realización del trabajo (dada su experiencia en el desarrollo de los mismos), se dio en el marco de las definiciones que CONADEHGU estableció para apoyar el trabajo de la comisión de Esclarecimiento Histórico (CEH).

La base de datos de la CIIDH, esta formada por casos seleccionados de testimonios directos y de fuentes documentales y periodísticas.

Los miembros de la CIIDH reunieron mas de 10,000 casos al revisar los diarios Guatemaltecos por cada día de los 36 años que duro el conflicto armado.

Otros 4,000 casos fueron tomados de fuentes documentales , incluidos los archivos de la CDHG y el GAM, así como de las publicaciones del comité de Justicia y paz de la Iglesia Guatemalteca en el exilio (IGE)

La parte central de la base de datos consiste en mas de 5,000 testimonios, algunos de ellos tomados de los archivos de las Organizaciones participantes, pero un 70 % fue recogido directamente por el equipo de la CIIDH.

La base de datos de la CIIDH, sigue los estándares de diseños de bases de datos de derechos humanos.

- Un caso: es definido como la información dada por una sola fuente (Un reporte de prensa o una entrevista) relacionados con violaciones que ocurrieron en un tiempo y lugar en particular.
- Violaciones: son las instancias de la violencia, incluidos en este rango: asesinatos, desapariciones forzadas, torturas, secuestros o heridas.
- Victimas: son las personas que sufrieron las violaciones.
- Un caso de derechos humanos: puede ser muy simple (con una victimas que sufrió una violación), o puede ser muy complejo (con muchas victimas que sufrieron diferentes violaciones)

- La mayoría de los casos son asesinatos y desapariciones. Esto en parte refleja la naturaleza de el terror estatal en Guatemala, ya que las fuerzas de seguridad prefirieron eliminar físicamente a sus victimas antes que mantenerlas detenidas ilegalmente o torturarlas antes de liberarlas.

NOTA: La base de datos de la CIIDH, no presenta un panorama completo de la violencia en Guatemala.

Metodología:

Se realizaron diferentes fases de entrevistas a saber:

- Primera fase de entrevistas fue de 1994-1995, entre los sobrevivientes de la Violencia estatal en las Comunidades de Población en Resistencia, al norte de quiche: los desplazados internos que nunca aceptaron las imposiciones militares.

- Cuando el control militar del resto de Guatemala disminuyo poco a poco, la CIIDH formo equipos regionales para recoger el testimonios por todo el país:

- En la costa sur
- En las selvas del Petén
- En las Verapaces
- En el altiplano Occidental

a.2. Violencia Racial:

La violencia racial es aquella que se da de una persona o pueblo hacia otra persona o pueblo y de diferente raza. En América ha habido ejemplos sobre este tipo de violencia: movimientos como el ku-kux-clan se han caracterizado por su corte racista.

También en Norte América existen datos que indican que hay un gran porcentaje de victimas de la violencia racial:

“ El homicidio es la décima causa de muerte en hombres; es la cuarta causa en hombre negros y la quinta en hombres hispánicos, la octava en indígenas varones o nativos de Alaska y la novena en los hombres Asiáticos o de las islas del pacifico.(35)

a.3. Violencia Sexual:

En este documento no se estudia la violencia sexual ejercida por el hombre sobre su cónyuge, violencia que es secundaria a la idiosincrasia Latinoamericana sobre el sexo e influenciada por factores como el alcoholismo, drogadicción, etc., dado que es muy raro que esos casos se denuncien.

El turismo sexual sobre la base de la explotación de la mujer ha proliferado alarmantemente en Latinoamérica. Actualmente el 90% del turismo sexual que se realiza y estimula, de los países del Hemisferio Norte hacia los del Hemisferio Sur, utiliza al sector femenino a través de multinacionales que operan para explotar sexualmente a mujeres y niñas, violándoles así sus derechos humanos. La industria sexual es promovida hacia los países de Latinoamérica y el Caribe, utilizando la imagen femenina. Cosifica el cuerpo de la mujer, generando grandes sumas de dinero a las transnacionales, que la explotan sin importarles su edad, aprovechándose de la pobreza económica y espiritual en que vive.(3)

En la actualidad, existen problemas que afectan a las mujeres y que son secundarios a lo que ha dado por denominar: violencia de Genero. El SIDA es una expresión de este tipo de violencia a saber,: “ El aumento de casos de mujeres infectadas y enfermas de SIDA en el mundo, ha puesto en evidencia las condiciones de desigualdad social y económica en que vive la mayor parte de ellas.

Actualmente el 42 % de las personas infectadas y enfermas de SIDA a escala mundial, son mujeres. De cada 7,000 nuevas infecciones que ocurren diariamente, el 50% corresponde a mujeres.Dos tercios de ellas son jóvenes, pobres y casadas. En Sao Paulo, el SIDA es la principal causa de muerte en mujeres de 15-19 años. (45)

Se calcula que en América Latina y el Caribe, dos millones de personas han contraído el VIH, el 20% de ellas son mujeres. En la región, mas del 80% de todas las mujeres infectadas, contrajeron el virus a través de su pareja. (46)

En muchos países de América Latina y el Caribe, los patrones legales y la implementación de Justicia siguen siendo discriminatorios entre las mujeres y los hombres, sobre todo en lo que respecta a asuntos relacionados con la familia, como el matrimonio, el divorcio , los derechos a la propiedad, la violencia y a los asuntos laborales, tales como diferencia en la escala laboral, desigualdad en las condiciones de trabajo y las prácticas de contratación y despidos.

En Guatemala, por ejemplo: el artículo 114 del Código Civil, le otorga al esposo el derecho de prohibirle a su esposa que trabaje fuera de la casa, lo que limita drásticamente la capacidad de ganar la independencia económica que una mujer necesita para escapar de una relación abusiva. De acuerdo con un estudio del Banco Mundial, un dia de trabajo de cada cinco perdidos por las mujeres por motivos de salud, es el resultado de problemas asociados con la violencia, específicamente con la violencia doméstica.(48)

a.4. Violencia Urbana:

La “ Violencia Urbana sería aquella ejercida en el marco de las relaciones y dinámicas, mediadas por la convivencia Urbana, cuyas expresiones mas frecuentes son: el robo a mano armada, las amenazas, las agresiones, los golpes, los secuestros y el homicidio”. (37)

Los niveles de victimización por los diferentes tipos de violencia son distintos en cada ciudad. Las variables mas frecuentemente asociadas con las víctima y victimario, son: la edad, el sexo y la mediatización de drogas o/y alcohol. La expresión de la violencia urbana es diferente en cada sitio, por lo que en este caso, las estrategias de atención al problema, deben ser distintas, a fin de que sean efectivas.

En los Estados Unidos de América, la edad, constituye una variable muy importante en la predicción del riesgo de victimización violenta. En la mayoría de los centros urbanos Latinoamericanos, las tendencias respecto a la edad y el sexo son similares. (38)

De acuerdo a 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 mas vulnerables a la violencia(39).

a.5. Violencia Religiosa:

La violencia religiosa es aquella que es ejercida por un individuo o una población, sobre otro individuo o población, con una creencia religiosa diferente. En la historia de el hombre, existen varias épocas que se caracterizaron por el persegimiento que se hacia a personas o poblaciones, con el objeto de hacerles renegar de su creencia y fe, para adoptar una religión y fe diferentes. Un ejemplo se tiene en la historia del papado, o sea la historia de la Santa inquisición.

En Latinoamérica se ha dado este tipo de violencia desde tiempos inmemorables. En Guatemala un ejemplo de la violencia religiosa lo tenemos al leer como en tiempos de la conquista y colonización, se caracterizaron por la represión religiosa. En el libro La Patria del Criollo, se describe los tiempos coloniales y se evidencia como se daba ese tipo de violencia .

En el capítulo 5 se lee, referente a la adoración religiosa : “ se dieron en la patria, fenómenos que es importante escribir: Los indios que habitaban estas tierras eran de esencia politeísta y esta fue una de las razones que arguyeron los conquistadores para desatar sobre ellos una fuerza discriminatoria a través de la cual podían muy bien detractarlos y valerse de ellos para crear la idea de que siendo idolatras, no era malo ningún método que se usara para su conversión y por lo tanto para su explotación. (40)

También se da el caso de que los ritos y ceremonias religiosas, regularmente son el medio para que se den un sinnúmero de accidentes violentos. En un resumen hecho por la prensa Hondureña, se determino que: “ Al menos 447 personas murieron durante el feriado de semana santa en Centroamérica, en su mayoría , víctimas de accidentes de tráfico y por ahogamiento .

- **Panamá: 3 muertos y 14 heridos.**
- **Costa Rica: 15 muertos.**
- **Nicaragua: 30 muertos.**
- **Honduras: 135 muertos y mas de 200 heridos.**

- **El Salvador: 200 muertos y 2,127 heridos.**
- En cuanto al costo : “En Guatemala, mas de 8,000 agentes fueron destacados solo a las carreteras” (44)

b.: Segùn su forma de expresión:

Este tipo de expresión de la violencia, incluye todos los actos violentos que se ejecutan en una persona, ocasionándole lesiones físicas y mentales y en su mayor expresión, la muerte. Así, estas formas pueden ser:

b.1. Suicidio:

El suicidio es definido como: “ Muerte Voluntaria”.(28) y las causas que lo motivan, van desde el contexto socioeconómico en que el suicida se desenvuelve y la personalidad pre-morbosa del mismo, hasta la realización del hecho, o cuando el individuo se encuentra bajo alguna sustancia que altere el buen juicio,(alcohol, drogas, intoxicaciones involuntarias, etc.)

b.2. Homicidio:

b.3. Tortura:

b.4. Desaparición:

b.5. Secuestro:

b.6. Violencia Intra-familiar:

b.7.: Accidentes de tránsito: En un informe de el Banco Mundial, que incluyó el análisis de la carga de morbilidad en el mundo, se destaca la importancia de los traumatismos y la mortalidad ocasionada por

accidentes de tránsito en los países menos desarrollados, hecho que es frecuentemente subestimado como problema de salud, aún cuando entre los varones de la población económicamente activa, los traumatismos ocasionados por accidentes de vehículos de motor ocupan el tercer lugar entre las principales causas de defunción en países en desarrollo. Se calcula también que los choques en las vías públicas implican no solo un gran problema de salud, sino un costo anual para los países menos desarrollados de alrededor de 1 a 2% de se Producto Interno Bruto (PIB); En el Perú, para el período 1980-1995, los accidentes de tránsito registrados por la Policía Nacional, suman 989,mismos que ocasionaron 317,356 víctimas , 278,356 (87.71%) heridos y 39,000 (12.28%) fallecidos.

La razón de accidentes por infracciones al reglamento fue 1:3.85; la de víctimas por accidente de tránsito fue de 1:3.11 y la de fallecidos por accidente fue 1:25.36. (47)

c.: Según su gravedad: c.1.: Leve c.2.: Moderada c.3.: Severa

d.: Según los grupos afectados: d.1.: Mujeres d.2.: Hombres

d.3.: Niños d.4.: Ancianos

d.5.: Trabajadores d.6.: Etnias

d.7.: Minorías

e.: Según el arma o instrumento utilizado:

e.1.: Arma de fuego

e.2.: Arma blanca, contundente y estrangulados

e.3.: Arma química e.4.: Arma biológica

e.5.: Arma nuclear.

f.: Según el compromiso predominante:

f.1.: Físico f.2.: Psicológico.

B. VIOLENCIA Y SALUD PUBLICA

1. Consideraciones Generales:

“La violencia es un creciente problema de Salud Pública, demostrado por los alarmantes aumentos en las tasas regionales de mortalidad, morbilidad y discapacidad, así como por los abrumadores años de vida potencial perdidos y sus efectos psico-sociales”.(2)

“La morbilidad relacionada con la violencia, además, congestiona los servicios de salud, aumenta los costos globales de atención y afecta su calidad y cobertura. Al elevar sustancialmente la demanda de servicios, obliga a asignar recursos adicionales o desviar los asignados a la prevención y atención básica, hacia la satisfacción de la nueva demanda, inducida por hechos violentos.

El sector salud constituye el receptáculo de todos los corolarios de la violencia por la presión que ejercen sus víctimas sobre los servicios de urgencia, la atención especializada, la rehabilitación física y psicológica y la asistencia social. (2)

Por todo lo anteriormente expuesto, en la XXXVII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, se decidió declarar a todas las conductas con características violentas como un problema de salud publica y se instó a los diferentes Gobiernos de la región a establecer políticas y planes nacionales y a movilizar recursos para la prevención y el control de la violencia, haciendo especial hincapié en los grupos mas vulnerables (9)

2. Costos de la violencia:

En estudios realizados en América Latina y el caribe se determinó el carácter endémico de el problema de la violencia para la sociedad. Los datos revelan que en el año de 1993, se registraron en esas regiones un total de 456,000 muertes por actos de violencia, lo que representa un promedio de 1,250 muertes al día. (2,10)

La OMS (Organización Mundial de la Salud), estima que una de cada cuatro a nueve personas en los países en desarrollo sufren cada año, lesiones discapacitantes y que el dos por ciento del total de la población mundial, esta discapacitadas como resultado de lesiones ocasionadas por la violencia.

Se estimó (1989), que dichas lesiones representaban casi la tercera parte de las admisiones a hospitales, cuyos costos sociales y médicos sobrepasaban los 500.000 millones de dólares anuales en todo el mundo.

En el mismo documento se informa que según el Banco Mundial, las causas externas representan el 20.5% del total de años de vida perdidos por muerte y discapacidad por todo tipo de causa en los hombres y el 8.1% en las mujeres de América Latina y el Caribe (11)

Para tener una idea aproximada sobre la carga que representa la violencia para los diferentes servicios de salud existentes en Guatemala, podemos analizar dos ejemplos de países que si han tenido estudios para determinar los costos de la violencia para su economía y un informe de los costos de la violencia para la región Latinoamericana:

a.: En un estudio realizado en los Estados Unidos de Norte América, “Los investigadores estimaron el costo total del crimen en \$425 billones por año. Los costos directos de la actividad policial, las cortes y el sistema penitenciario, llegaron a un total de \$90 billones; \$35 billones correspondientes a la actividad policial.

Los costos indirectos del crimen, que frecuentemente no se toman en cuenta en los estimados del costo del crimen, representaron los restantes \$335 billones: posible número de años de vida perdida y sufrimiento (\$170 billones); deterioración urbana en forma de pérdida de empleo e ida de residentes (\$50 billones); pérdida de propiedades (\$45 billones); tratamiento de víctimas del crimen (\$5 billones) y una creciente industria de seguridad privada (\$65 billones). (business week, etc. doc. Asuntos relacionados) (13)

La tasa de homicidios se elevo en los Estados Unidos, de 5.4 por 100,000habitantes en 1950, a un pico de 10.8 en 1980 y luego declino a 9.4 en 1995. (26)

También se han encontrado enormes diferencias entre tasas de victimización por raza, clase y lugar geográfico. (27).

b. En la República de El Salvador, se han calculado los costos de la violencia. A continuación se presentan los costos totales, determinado en el artículo: Los Costos de La Violencia en El Salvador de Luis Ernesto Romano:

“El producto interno bruto de El Salvador para 1995, ascendió a 5,774,000,000. dólares Estadounidenses. Los datos presentados y resumidos en el cuadro 9, permiten establecer que en 1995 se gasto un aproximado de setecientos setenta y siete millones cuatrocientos ochenta y tres mil seiscientos ochenta y cuatro dólares Estadounidenses (\$777,483,684 dólares), como producto de la violencia en El Salvador.

Eso significa que más del 13 por ciento del producto interno bruto en 1995, se utilizó para cubrir los diferentes costos de la violencia.

Considerando que el crecimiento económico para ese año fue del 6.3 por ciento, es posible afirmar que, por efecto de la violencia, se pierde una proporción del PIB, que es dos veces mayor lo que este se incrementa por efecto del aumento de la inversión, el consumo y/o las exportaciones. (14)

Tabla No. 1 COSTOS DE LA VIOLENCIA EN EL SALVADOR

Rubro	Cifras en Dólares	Porcen-Taje %	Porcentajes del PIB (5,774,000,000.6 Dólares)
Costos Directos			
Costos directos personales	56,646,377	7.28	0.96
Costos Directos institucionales	20,382,161	2.66	0.35
Costos de Rehabilitación	639,572	0.08	0.01
Costos asociados con la prevención	7,207,202*	0.93	0.12
Costos legales	280,953,780	36.14	4.87
Costos Indirectos			
Ingresos perdidos	169,501,778	21.80	2.93
Pérdidas a la economía	11,931,325	1.53	0.21
Pérdidas materiales	230,221,489	29.61	3.99
Total:	777,483,684	100.00	13.46

*Anuales, suponiendo tarifa de 2.86 dólares por hora y la disponibilidad de 7,000 turnos para las 24 horas al día.

Investigaciones recientes en el Salvador, indican que las tasas de homicidio oscilan en alrededor de 117 por 100,000 habitantes (20).

En los años setenta el Salvador presentaba la tasa mas alta de morbilidad que cualquier otro país Americano y superiores a las de Colombia y Nicaragua. (21).

Registros de sondeos de opinión publica, desde 1993, indican que alrededor del 25% de los Salvadoreños, habían sido victimas, directa o indirectamente de algún acto delictivo. (22, 23)

En 1996 se realizó otro sondeo de opinión y evidenció que el 64.4 % de los Salvadoreños, pensaban que el crimen era el principal problema Nacional. (24).

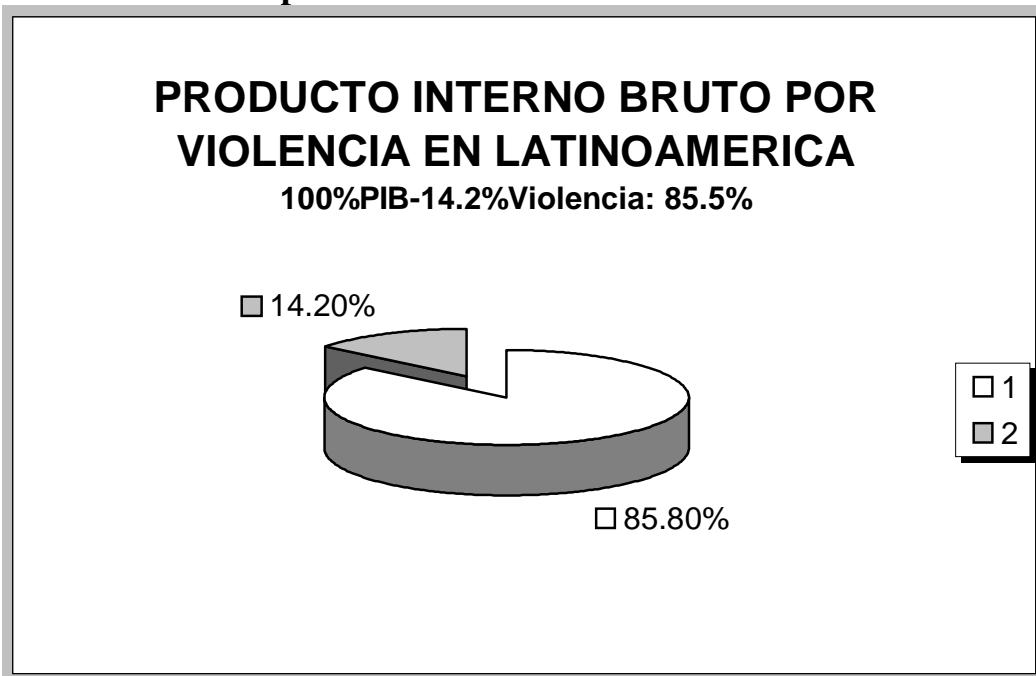
Es así pues, que es en países como: Colombia, El Salvador y Trinidad y Tobago, se registran las tasas de homicidios mas elevadas de la región.

(25)

En lo que se refiere al costo total Latinoamericano de la violencia : “Una investigación del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), calcula que en 1997, el costo de la violencia en América Latina, represento el 14.2 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB), de los países de la región.

Esto equivale a 168 mil millones de dólares gastados en atender a las víctimas de la violencia, intervención policial, costos de reclusión y de procedimientos judiciales y pérdida de productividad.(15)

Gráfica No.1 PIB por violencia en Latinoamérica

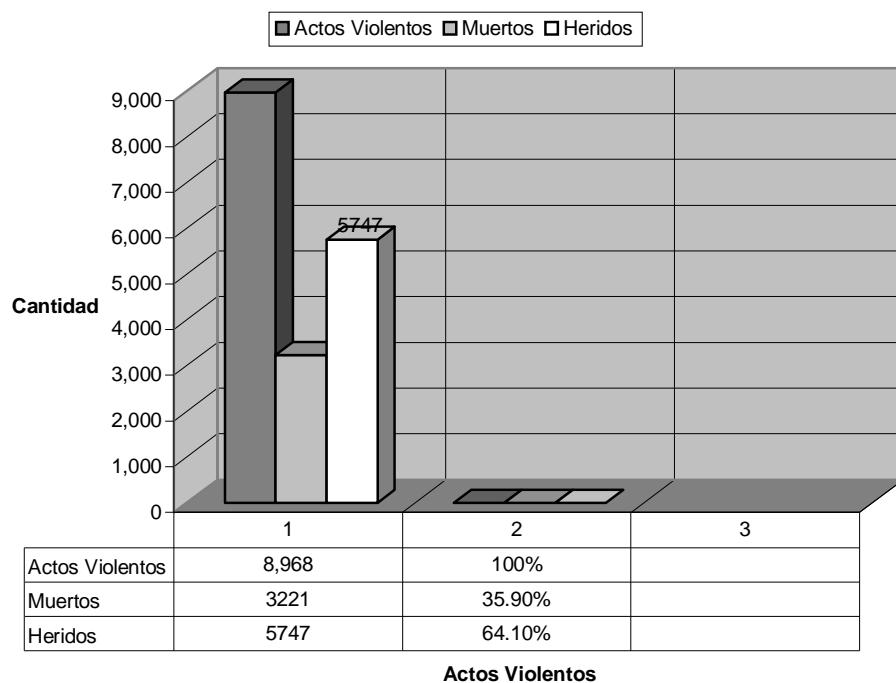


C. LA VIOLENCIA EN GUATEMALA

El Gobierno de Guatemala, a través de su política de salud para los años 1996-2000, busca definir que una población sana es el objetivo del desarrollo del país, sin embargo los índices de morbi-mortalidad siguen aumentando alarmantemente. Según la Oficina de naciones Unidas para Guatemala, los promedios anuales de delitos cometidos en Guatemala de 1992-1996 fueron de 3,221 muertos por actos violentos, 5,747 heridos, lo cual significa un promedio de 9 muertos y 16 heridos al día. (12)

Gráfica No. 2

ACTOS VIOLENTOS : HERIDOS Y MUERTOS 1992-1996



Desde una perspectiva integral, la inseguridad ciudadana y la violencia en Guatemala, aparecen asociadas a los siguientes factores condicionantes:

- a. **Condiciones de vida precarias**
- b. **El conflicto armado interno**
- c. **La violencia Institucional**
- d. **Factores socioculturales**
- e. **Factores Psico-sociales**
- f. **Factores ideológicos del orden económico (neoliberalismo
Y globalización)**
- g. **Factores vinculados a la transición política que vive el país.**
- h. **Incapacidad institucional y de los funcionarios (31)**

D. LA VIOLENCIA EN EL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA

El departamento de Escuintla, con 470,479 habitantes, (proyección 1998 INE) forma parte de la región central del país junto con Sacatepequez y Chimaltenango.

Tiene un 66% de población asalariada y ocupa el segundo lugar de afiliados al I.G.S.S., en el país.

En el año de 1996, Escuintla reporto el primer lugar de tasa por muerte violenta (134 por 100,000 habitantes).

Los grupos etarios mas importantes están entre los 20-29 y los 30-39 años de edad (27% y 21% respectivamente). (32)

Los datos para la elaboración de las siguientes gráficas, fueron tomados de:

Sección de Análisis y estadística, Servicios de Operaciones de la Policía Nacional Civil y el INE (Instituto Nacional de Estadística. (32)

En las siguientes tablas, se entenderá de una mejor forma el problema de la violencia en el Departamento de Escuintla.

Tabla No.2 TABLA DE MUERTES POR TIPO Y AÑO

AÑO	TIPO DE VIOLENCIA	No. DE CASOS
1996	Armas de fuego	281
	Arma blanca, arma contundente y estrangulados	92
	Otros	274
1997	Armas de fuego	350
	Arma blanca, arma contundente y estrangulados	109
	Otros	366
1998	Armas de fuego	238
	Arma blanca, arma contundente y estrangulados	74
	Otros	547

Tabla No.3 TABLA DE HERIDOS POR TIPO Y AÑO

AÑO	TIPO DE VIOLENCIA	No. DE CASOS
1996	Armas de fuego	242
	Arma blanca, arma contundente y estrangulados	144
	Otros	477
1997	Armas de fuego	170
	Arma blanca, arma contundente y estrangulados	99
	Otros	380
1998	Armas de fuego	178
	Arma blanca, arma contundente y estrangulados	119
	Otros	45

Tabla No4 TOTAL DE CASOS VIOLENTOS POR TIPO Y AÑO

AÑO	TIPO DE VIOLENCIA	No. DE CASOS
1996	Armas de fuego	523
	Arma blanca, arma contundente y estrangulados	236
	Otros	751
1997	Armas de fuego	520
	Arma blanca, arma contundente y estrangulados	208
	Otros	746
1998	Armas de fuego	416
	Arma blanca, arma contundente y estrangulados	293
	Otros	592

El Presente estudio enfoca la prevalencia del motivo de consulta por causa de violencia en el departamento de emergencia del hospital del I.G.S.S. de el Departamento de Escuintla, durante el año 1999 y la relaciona con las 9 variables, las que estudian la: frecuencia, como están tipificadas y el tratamiento recibido.

Pretende ser una contribución para la comprensión del complejo problema Nacional-global de la violencia en sus distintas expresiones.

VI. MATERIAL Y METODOS:

A. Metodología:

1. Tipo de Estudio:

Teórico-descriptivo-retrospectivo

2. Sujeto de Estudio:

Registro del Servicio de Emergencia, de pacientes que fueron atendidos por hechos de violencia y expedientes médicos de los que fueron ingresados al hospital del I.G.S.S., del departamento de Escuintla, durante el período comprendido de el 1 de enero al 31 de diciembre de 1999.

3. Muestra:

El 100% del universo que reúna las características descritas

4. Criterios de inclusión:

La totalidad de pacientes que fueron atendidos en la emergencia del hospital del I.G.S.S. de Escuintla.

5. Criterios de exclusión:

Registros de pacientes de el servicio de emergencia del Hospital del I.G.S.S. del Departamento de Escuintla, que estuvieran comprendidos en épocas distintas a las señaladas.

6. Variables del estudio:

VARIABLES

Variable	Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Unidad de Medida
1	Servicio de ingreso	Lugar hospitalario de atención médica especializada	Atención especializada del caso de violencia	Nominal	*E. Adultos E. Pediatría Observación Intensivo Otros(esp.)
2	Fecha	Mediación del momento determinado en el tiempo en que transcurre un hecho	Año, mes, día y hora en que sucedió el hecho violento	Nominal	Año Mes Día
3	Procedencia de la víctima	Lugar de residencia de la víctima	Registrado en la boleta de atención	Nominal	Departamento Municipio Otros
4	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Edad registrada en la boleta	Razón	Años Meses días
5	Sexo	Diferencia física y constitutiva del hombre y la mujer	Sexo registrado en la boleta	Nominal	Masculino Femenino
6	Medio de agresión	Instrumento usado para ocasionar daño	Instrumento que se utilizó en la agresión	Nominal	-Arma fuego -Arma blanca -Vehículo O. Contundente -puños /pies -otros
7	Tipo de lesión	Lesiones provocadas por el acto violento	Características médicas de las lesiones	Nominal	-Física -Psicológica
8	Diagnóstico	Metodología utilizada para caracterizar el tipo de lesiones	Características clínicas de las lesiones encontradas	Nominal	Técnicas semiológicas de diagnóstico de lesiones
9	Tratamiento	Conjunto de medios utilizados para la curación de una enfermedad	Protocolo de atención específico para lesiones por actos violento	Nominal	Técnicas específicas de tratamiento médico, quirúrgico Psicológico conjunto



Emergencia

7. Aspectos éticos de la investigación: Se protegió la privacidad del paciente no haciendo alusión de nombres propios.

8. Ejecución de la investigación e instrumento de recolección de información:

8.1 Ejecución de la investigación: La investigación se realizó a través de las siguientes actividades:

1. Se seleccionó el tema del proyecto de investigación.
2. Se realizó la elección del asesor y revisor
3. Se recopiló y clasificó el material bibliográfico.
4. Se elaboró el proyecto conjuntamente con el asesor y el revisor.
5. Se solicitó la aprobación del proyecto, por la institución en donde se realizó el estudio.
6. Se solicitó la aprobación del proyecto por la unidad de tesis.
7. Se diseñó la papeleta de recolección de datos.
8. Se ejecutó el trabajo de campo.
9. Se procesaron los datos y elaboraron tablas y gráficas.
10. Se analizaron y discutieron los resultados.
11. Se elaboraron las conclusiones, recomendaciones y resumen.
12. Se presentó el informe final para correcciones.
13. Se solicitó la aprobación del informe final
14. Se solicitó la orden de impresión del informe final
15. Los resultados se expondrán en el examen público de defensa de tesis.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES GRAFICA DE GANT

ACTIVIDAD	semanas													
	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 8	9 - 10	11- 12	13- 14	15- 16	17- 18	19- 20	21- 22	23- 24	25- 26	27- 28
Presentación de tema														
Aprobación de tema														
Elaboración protocolo														
Aprob. de protocolo														
Trabajo de campo														
Tabulación de datos														
Elab. Informe Final														
Aprobación de tesis														
Impresión de tesis														

8.2 Instrumento (boleta) de recolección de datos:

La boleta de recolección de datos se elaboró de acuerdo a la cantidad de variables con que se cuenta y de las cuales es necesario tener registro para así poder tipificar de una manera adecuada a la violencia y poder estudiar las relaciones existentes entre las diferentes variables.

Se elaboró una página la cual fué llenada de acuerdo a los registros existentes en los diferentes servicios de emergencia que funcionan en el hospital del I.G.S.S., del departamento de Escuintla. La guía para la elaboración de esta página fue la boleta base, que el -C.I.C.S.- ha utilizado en otros estudios como el presente en otros departamentos del país . (Ver anexo No.1)

9. ANALISIS ESTADISTICO Y PRESENTACION DE RESULTADOS

a. Análisis estadístico:

El análisis estadístico se realizó en base a números absolutos y relativos(porcentajes), del número total de casos incluidos en el estudio y la frecuencia de cada una de las variables estudiadas

b. Presentación de resultados:

Se realizó la presentación teórica del resultado del análisis, de la relación existente entre las diferentes variables estudiadas y se elaboraron las gráficas y cuadros pertinentes.

B. RECURSOS

1. Humano

-Personal del archivo de el Hospital del I.G.S.S. del Departamento de Escuintla

-Asesor de Tesis

-Revisor de tesis

-Director de el área encargada de autorizar el estudio en la Institución en donde se realizó el estudio

- El autor del trabajo de tesis

2.Físicos-materiales:

-Instalaciones del archivo y emergencia del Hospital del I.G.S.S. del Departamento de Escuintla.

-Registros clínicos de emergencia

-Instrumento de recolección de datos

- Equipo de oficina

- Equipo de computación

3. Bibliográficos:

- Biblioteca de la Facultad de Ciencias Medicas de la USAC.

- Biblioteca del Hospital del I.G.S.S.

- Centro de Documentación de la OPS.

-Red informática (Internet)

4. Económicos:

- Los recursos económicos requeridos para la presente investigación, corrieron a cargo del autor del trabajo de investigación .

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS.

LISTA DE CUADROS

Cuadro No. 1: Total de consultas atendidas, por mes y total del año y consultas atendidas por causa de violencia, por mes , año y su % relativo.

Cuadro No. 2: Total de consultas atendidas por causa de violencia, por mes, año y % de cada mes en relación al total anual.

Cuadro No. 3: Ingresos hospitalarios por causa de violencia, distribuidos por mes, total anual y % relativo .

Cuadro No. 4: Distribución de consultas atendidas por causa de violencia por mes, sexo y grupo de edad y totales anuales.

Cuadro No. 5: Hora mas frecuente de ocurrencia de los hechos violentos en pacientes atendidos, distribuidos por mes y totales mensual y anual.

Cuadro No. 6: Distribución de casos atendidos por problema de violencia, por mes y total anual, según su procedencia.

Cuadro No. 7: Medios de agresión mas frecuentemente utilizados en casos atendidos por violencia y distribución por mes, totales y % relativos.

Cuadro No. 8: Diagnóstico de casos atendidos por problema de violencia y su distribución por mes, total anual y % relativo.

Cuadro No. 9: Diagnóstico de casos hospitalizados por problema de violencia y su distribución por mes, total anual y % relativo.

Cuadro No.10: Tratamiento dado a los casos de consulta por problema de violencia, por mes, total anual y % relativos.

Cuadro No.11: Fecha de ocurrencia de los hechos violentos, por día, mes, total anual y % relativo.

Cuadro No.11a: Consultas por violencia, distribuidas por día de la semana, mes y No. de casos.

Cuadro No.12: Frecuencia de la relación entre etilismo y consultas por causa de violencia, distribuidos por mes, total anual y % relativo.

VIII. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

LA VIOLENCIA: UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA, EN EL DEPARTAMENTO DE ESCUINTLA, es un estudio Descriptivo-retrospectivo, realizado en el Hospital del I.G.S.S: del departamento de Escuintla.

En este estudio, se investigaron los registros de la Emergencia de Traumatología, correspondientes a los 12 meses del año de 1999, con el objeto de detectar los casos que consultaron por presentar un problema secundario a la violencia.

Cuadro No.1: El total de consultas atendidas en todo el año, fue de 11,279 y de estas, 7,458 (66% en relación al total), se debieron a problemas secundarios a la violencia y que demuestran la alta incidencia que la violencia presenta en el Departamento En el mismo cuadro puede observarse la cantidad de consultas totales y consultas por violencia atendidas en cada mes.

El promedio mensual de consultas totales atendidas en el año, fue de 939.9.

El promedio mensual de consultas por violencia atendidas en el año, fue de 621.5 .

El mes de agosto, presento el mayor número de consultas por violencia atendidas y fue de 723, seguido de septiembre, julio y junio, con: 688, 687 y 672 respectivamente. El promedio mensual del resto de meses fue de 586.

Puede observarse el comportamiento, tanto del total de consultas atendidas, como el comportamiento de las consultas por violencia, a través de los meses del año, notándose que las consultas totales demuestran un aumento significativo durante los meses de marzo y especialmente en octubre, mientras que las consultas por violencia mantienen una línea mas estable a través de los meses del año, con un leve aumento en los meses de julio, agosto y septiembre.

Los meses con menos cantidad de consultas totales fueron: noviembre, septiembre y febrero, con 784, 800 y 823 respectivamente.

Los meses con menor cantidad de consultas por violencia, fueron diciembre, enero y febrero, con: 505, 543 y 571 respectivamente .

Puede entonces afirmarse, que el problema se presenta de una forma constante a través de todo el año y las diferencias entre meses no son realmente significativas y esto se puede deber a la coincidencia del aumento de la violencia en épocas calurosas (verano) y en las cuales hay celebraciones de diversa índole.

En el cuadro No. 2, pueden verse, además de los datos específicos de las consultas por violencia, los porcentajes correspondientes a cada mes en relación al total anual. En los porcentajes también se ve que al mes de agosto corresponde el mayor porcentaje.

Se puede observar el comportamiento específico de las consultas por violencia a través del año. En este cuadro, puede notarse como el primer pico, se da en el mes de marzo con 643 casos, sin embargo los picos mayores están en los meses de junio y julio agosto y septiembre . Es de tener en cuenta que se están describiendo los picos de acuerdo a su aparecimiento al evaluar el comportamiento de la violencia en orden de enero a diciembre

En el cuadro No. 3, se presentan los ingresos hospitalarios de casos de consultas por violencia y en el, se nota que: de los 7,458 consultas por violencia, 535 (7.17 %), fueron ingresados al hospital. El promedio mensual de ingresos hospitalarios en relación al total anual de ingresos hospitalarios, fue de 44.58 .

Se puede observar la relación existente entre el número de consultas por violencia y el número de los ingresos de consultas por violencia. Es de notar que la cantidad total y mensual de ingresos hospitalarios de consultas por violencia es bajo; el mayor número de ingresos, sucedió en el mes de febrero (69 ingresos) y el menor, en el mes de noviembre (32 ingresos). Sin embargo, es de tomar en cuenta que los ingresos hospitalarios también responden a la disponibilidad de lugar en el hospital para estos pacientes o su origen, ya que dependiendo de esto se realiza la referencia al hospital que corresponde.

En el cuadro No.4, se muestra la distribución de los casos de consultas por violencia, distribuidos por sexo, grupo de edad, cantidad de casos correspondientes a cada mes del año, y los totales para cada grupo de edad, tanto masculino como femenino y el total general dado por la suma de todos los casos.

Se presentan los totales anuales de consultas por violencia en el sexo masculino, correspondientes a cada grupo de edad y se da el No. de casos que corresponden a cada uno.

Es notorio que el mayor No. de casos corresponde al grupo de edad de 21 a 24 años (1,086 casos), seguido de el grupo de 26 a 29 años (918 casos) y el grupo de 16 a 20 años (703 casos).

Por lo anterior se puede deducir que la mayor cantidad de casos de consulta por violencia en pacientes masculinos, se dieron en las edades de 16 a 29 años o sea las edades productivas del ser humano, por lo que es de suponer que estos casos se dieron dentro del ámbito laboral si también esto corresponde a las horas del día en que fueron mas frecuentes los casos de consulta por violencia.

Siguen a estos, los grupos de 31 a 35 años y el de 36 a 40 años (649 y 628 casos respectivamente) ; el grupo de edad que presento el menor No. de casos, fue el de menos de 6 años (17 casos), sin embargo es de tomar en cuenta que estos casos no se registran como producto de violencia intra-familiar, sino mas bien como accidentes lo que hace difícil establecer la causa real.

Se presenta también, la distribución de consultas por violencia en el sexo femenino y la distribución por grupo de edad. los casos se presentaron de la siguiente forma: el grupo de edad mas afectado por la violencia fue el de 26 a 30 años (262 casos), seguido por el grupo de edad de 21 a 25 años (238 casos); le siguen a estos, con similar cantidad de casos, los grupos de edad de 36 a 40 años y el de 31 a 35 años (198 y 196 años respectivamente); los grupo de edad por encima del grupo de 41 a 45 años presentan una cantidad similar, de 124 a 116 casos; el grupo de edad que presento el menor No. de casos fue el de menos de 6 años, con solamente 4 casos. Así fueron las edades de 21 a 30 años las mas afectadas. En el caso de pacientes del sexo femenino se hace difícil establecer si los casos se relacionaron a causas laborales, dado que no se registran como tales.

La distribución mensual de los casos de consulta por violencia atendidos, por ambos sexos, grupos de edad y No. de casos respectivos a cada grupo de edad: puede notarse que el sexo masculino se vio mas afectado en todos los grupos de edad que el sexo femenino; los grupos de edad mas afectados tanto masculino como femenino, son similares, la diferencia es en No. de casos, así: el grupo de edad, de 21 a 25 años fue el mas afectado en ambos sexos, pero el sexo masculino presento 1,086 casos y el sexo femenino 918, diferencia considerable.

En el total anual por cada sexo, correspondiole al sexo masculino 5,841 casos y al femenino 1,397 casos . Es evidente que en la visión de el volumen de casos correspondiente a cada sexo, que el sexo masculino se vio afectado mucho mas significativamente que el sexo femenino, al cual le corresponde una quinta parte del total de casos.

Este cuadro muestra el comportamiento de los grupos de edad, en el sexo femenino a través de los meses del año; se da también, el No. de casos correspondiente a cada grupo de edad y se muestra el comportamiento de los diferentes grupos de edad del sexo masculino, a través de los meses del año; se da también el No. de casos correspondiente a cada grupo de edad.

Cuadro No.5: En este cuadro se presentan las consultas por violencia, distribuidas según la hora en que sucedieron los hechos que motivaron la consulta en los diferentes meses del año; también se presentan los totales por hora y el porcentaje relativo de los mismos.

Se presenta la cantidad de casos totales anuales, distribuidos según la cantidad de casos y hora del día en que se consulto por motivo de violencia ; puede notarse que la mayor concentración de casos, se presento de las 8 a las 13 horas , con un pico máximo de 735 casos a las 9 de la mañana y de las 14 a las 17 horas, con un pico máximo de 631 casos a las cuatro de la tarde.

Se presenta también el comportamiento de las consultas por causa de violencia, a través de las horas del día, siendo aquí, evidentes los picos máximos de concentración de casos.

Es de hacer notar que las consultas por causa de violencia, disminuyeron, a partir de las 19 horas de un día, a las 7 horas del día siguiente, lo que significa que el mayor número de casos se dio dentro del horario laboral o sea de 7 de la mañana a 7 de la noche.

Se hace importante el registro específico de las causas de la violencia, ya que al no determinarse estas, se hace difícil establecer programas específicos de Seguridad Industrial en los lugares de trabajo y por lo tanto seguirán causando perdidas no solamente a la empresa para la cual trabajan sino también a nivel individual y por lo tanto, también para la economía familiar, repercutiendo esto en el desarrollo del país.

Cuadro No.6: En este cuadro se clasificaron las consultas por violencia, en relación al lugar de procedencia y al mes del año; los lugares de procedencia, están clasificados como: Cabecera Departamental, Municipio y Otro; también se presentan los totales por lugar de procedencia y los totales por mes del año y los porcentajes relativos a cada lugar de procedencia.

En este cuadro, se presenta, la cantidad de consultas por violencia, según el mes y el No. de casos; en esta gráfica puede verse claramente que el No. de consultas por violencia correspondientes a la cabecera departamental como lugar de origen, supera en mucho la cantidad de casos procedentes de los municipios y de Otros; la mayor cantidad de consultas por violencia de origen Cabecera Deptal. Se dio en el mes de mayo con 544 casos; luego esta abril con 534 y luego el resto con cantidades similares entre 326 y 486; las consultas de origen Municipio, encuentran su máxima concentración en el mes de junio y enero, con 222 y 217 respectivamente; el mes que presento una menor cantidad de consultas de origen Municipio, fue diciembre con 101 casos; las consultas por violencia de origen Otro, no son significativas; en los meses de enero a mayo, no se reportó ningún caso. La mayor concentración de casos por mes, se dio en el mes de diciembre, con 33 casos y la menor en junio, con 7 casos.

Se presentan los totales anuales por procedencia de las consultas por violencia; el origen de la mayor cantidad de consultas, fue la cabecera departamental, con 5481 casos, seguidamente esta origen Municipio con 1,854 casos; origen Otro, solo presentó la cantidad de 123 en todo el año.

El cuadro, también muestra los porcentajes relativos de cada origen de las consultas por violencia (Cabecera Departamental., Municipio, Otro), al total de consultas por violencia en el año; a procedencia Cabecera Departamental, le correspondió el mayor porcentaje (73%), seguido de procedencia Municipio con el 25 % y procedencia Otro, que representó solamente el 2% del total.

Es de hacer notar que posiblemente las consultas por violencia, correspondieron mayoritariamente en pacientes provenientes del municipio, sin que esto sea del todo la realidad ya que es posible que muchos de los casos de violencia sean tratados en los puestos de salud correspondientes y solo atienda la emergencia del hospital del IGSS de Escuintla aquellos casos que por su gravedad o por limitación de equipo de diagnóstico y tratamiento no puedan ser tratados en estos puestos.

En Otros se incluyen los casos de pacientes que han presentado problema de violencia, cuando se encuentran de paso por la Cabecera Departamental o cuando asisten a los centros vacacionales que allí existen, sin embargo es esto algo difícil de comprobar.

Cuadro No. 7: En este cuadro se muestra la cantidad de casos, correspondientes al medio de agresión específico utilizado en cada caso, y la distribución mensual de los casos correspondientes a cada medio de agresión; también se presentan los totales por cada medio de agresión , los totales de casos por cada mes del año y los porcentajes relativos a cada medio de agresión en relación a la cantidad de consultas (casos) por violencia.

El cuadro, también muestra comportamiento de cada medio de agresión a través de los meses del año, pues proporciona la cantidad de casos por cada medio y mes; puede verse en esta gráfica que el medio de agresión mas frecuentemente usado, fue Objeto contundente, con un pico máximo en el mes de mayo de 423 casos y se mantiene constante en todos los demás meses, por arriba de los 208 casos; en los meses de enero a abril, la categoría Otros fue por encima de los 122 casos, con un pequeño pico en marzo de 205 casos; de abril a septiembre se mantiene constante por encima de los 84 casos y vuelve a elevarse de septiembre a diciembre por encima de los 115 casos y con un pico máximo en noviembre de 202 casos; el medio de agresión, Vehículo automotor no fue muy significativo a principio del año (120 casos) y disminuyo en marzo a 43 casos para subir a 137 en abril y de junio a octubre fue constante por encima de los 89 casos; en diciembre disminuyo; El medio de agresión Arma blanco, fue constante todo el año, por arriba de 51 y debajo de 113. los medios de agresión Mordedura humana y arma de fuego, no fueron significativos, nunca subieron de 6.

El cuadro, muestra los porcentajes correspondientes a cada medio de agresión relacionado a las consultas por violencia en relación al total anual . El medio de agresión que mas porcentaje presento, fue el Objeto contundente con el 45.98%; Otros, presentó un porcentaje de 22.51%; Vehículo automotor: 17.99%; Arma blanca con 12.94%; Arma de fuego: 0.44% y Mordedura humana con .13%.

Hay que hacer notar que el medio de agresión mas frecuentemente utilizado fue el objeto contundente, sin embargo aquí no se determina la intencionalidad de la agresión, ya que son reportados como lesiones contundentes todas aquellas lesiones que causa una persona a otra accidentalmente o a sí misma.

Las lesiones causadas por cualquier objeto cortante es reportado como arma blanca y no se determina la intencionalidad de la acción violenta.

Le sigue en frecuencia la categoría “otros”, sin embargo aquí aparecen todas aquellas lesiones para las cuales no fue registrada la causa específica de lesión.

Cuadro No.8: En este cuadro se presentan las consultas por violencia, distribuidas según el diagnóstico de cada caso y su frecuencia en cada mes del año; se presenta también el total de casos para cada diagnóstico y el porcentaje de cada diagnóstico en relación a la cantidad total de consultas.

Se presenta en el cuadro, el total de casos anuales para cada diagnóstico; así, las lesiones contundentes, ocuparon el primer lugar con 3,761 casos lo cuál corresponde con la cantidad de casos en que el medio de agresión mas frecuente fue el objeto contundente.

El diagnóstico siguiente mas frecuente es heridas cortantes y es significativamente menor (1,991 casos) a lesiones contundente; las fracturas o luxación de extremidades, presentaron una cantidad de 1,018 casos, sin embargo es de aclarar que muchos de estos casos fueron ocasionados por objetos contundentes. a otros le correspondió 245 casos, a trauma óculo-facial 183 casos, a trauma cerrado de tórax 170 casos y por último, trauma craneo-encefálico 90 casos.

Se presentan también, los casos de consultas por violencia correspondientes a los diferentes diagnósticos y distribuidos en los 12 meses del año.

Puede notarse que la mayor cantidad de casos, correspondieron a los diagnósticos Lesiones contundentes y Heridas cortantes, los cuales se presentaron especialmente altos en el mes de mayo, abril, junio y julio, correspondiendo esto con la época calurosa en el departamento. en los otros meses estos diagnósticos se presentaron por encima de 124 casos; los demás diagnósticos, no tienen especial significancia, pues se presentan en constantes bajas y similares en todos los meses, nunca por encima de 99. También, este cuadro, muestra los porcentajes relativos al total de consultas por violencia, de los diferentes diagnósticos en forma anual. A las lesiones contundentes les correspondió el mayor porcentaje 51% y le sigue Heridas cortantes con 27 % o sea que solamente estas dos categorías les corresponde mas de las tres cuartas partes del total de consultas. El 22% restante esta dividido en Fractura o luxación de extremidades 14%; Otros 3%; Trauma oculo-faciál y trauma cerrado de tórax les corresponde 2% a cada uno y a Trauma craneoencefálico 1%. (Como se puede observar, dentro de este grupo, se concentra la mayor parte de los motivos de ingreso hospitalario, por tratarse de lesiones mas graves).

Cuadro No.9: El cuadro muestra los ingresos hospitalarios, por causa de violencia, distribuidos por diagnóstico y en los meses del año; muestra también la totalidad de ingresos por diagnóstico y la totalidad de casos por mes; se dan los porcentajes de cada diagnóstico en relación al total de ingresos hospitalarios.

Se presentan los casos de los ingresos hospitalarios secundarios a la violencia , correspondientes a los diagnósticos y su distribución en los diferentes meses del año; es notorio que la mayor cantidad de casos de ingreso hospitalario corresponden al diagnóstico de Fractura o luxación de extremidades, que tiene tres picos máximos en julio, febrero y enero, con 29,28 y 27 respectivamente; en los demás meses no bajo de 14; el Trauma oculo-facial, se presenta con mayor cantidad de casos de ingreso hospitalario en los meses de septiembre y febrero, con 13 y 14 casos respectivamente; las lesiones contundentes se mantuvieron bajas, solamente en mayo, alcanzaron un pico de 13 casos; Otros, se presento constante todos los meses, por debajo de 10 casos y solamente presentaron un pico de 13 en el mes de marzo.

En este cuadro, se muestran los casos de ingresos hospitalarios totales anuales, distribuidos por diagnóstico y No. de casos. Así, se observa que de los 535 ingresos hospitalarios en el año, la mayor cantidad (264 casos) correspondió al diagnóstico Fractura o luxación de extremidades; las Heridas cortantes causaron 85 casos de ingreso hospitalario; Otros 74 casos; Lesiones contundentes 55; el Trauma craneoencefálico, trauma oculo-faciál y trauma cerrado de tórax, fueron significativamente menores al resto: 27, 24 y 6 respectivamente.

También se presentan, los porcentajes que ocuparon los diferentes diagnósticos de ingreso hospitalario en relación al total de ingresos hospitalarios en el año. Casi la mitad, correspondió a Fractura o luxación de extremidades (49.35%); le sigue Heridas cortantes con el 25.89%, Otros con 13.83% y lesiones contundentes con 10.28%; los diagnósticos que menor porcentaje presentaron fueron Trauma craneoencefálico, trauma oculo-faciál y Trauma cerrado de tórax, con 5.05, 4.49 y 1.12 % respectivamente.

Los casos de ingresos se debe a que estas lesiones requieren de un mayor control y tratamiento en comparación con los casos de lesiones por objetos contundentes leves o cortantes son tratados en la emergencia y rara vez causan ingreso.

Se presentan asimismo, los casos de hospitalizaciones anuales por violencia, distribuidas por No. de casos y mes del año. Febrero fue el mes que mas ingresos hospitalarios presento (69 casos), seguido de abril, mayo, julio y septiembre, que presentaron 49 los dos primeros y 48 los dos últimos; todos los demás meses presentaron cifras no menores de 31 y no mayores de 44. Así, aparte de febrero, la cantidad de ingresos hospitalarios se mantuvieron en cantidades mas o menos constantes a través de los meses del año.

Cuadro No.10: En este cuadro se presenta el tipo de tratamiento brindado a los casos de consultas por violencia, en los diferentes meses del año. Se presenta también el total de casos para cada tipo de tratamiento, por mes y anual y los porcentajes que corresponde a cada tipo de tratamiento en relación al total de consultas por violencia atendidas.

En este cuadro, vemos como están distribuidos los casos de consulta por violencia, por tipo de tratamiento y por mes del año. Es notorio que el tratamiento Traumatológico fue el que se instituyó más frecuentemente y se mantuvo constante en todos los meses del año; presentó un pico máximo en mayo de 502 casos; el tratamiento Quirúrgico fue significativamente menor que el primero, aunque fue constante en todos los meses; no más de 225 casos ni menor que 138. El tratamiento psicológico, si se dio algún caso, no fue registrado y el tratamiento Conjunto aglutinó el menor número de casos en todos los meses: no menos de 5 y no mayor 27 casos.

Se presentan también, los totales anuales de los casos correspondientes a cada tipo de tratamiento brindado a las consultas por violencia; así vemos que el tratamiento traumatólgico fue el que se brindo a un mayor No. de casos de consultas por violencia (5,168 casos), le siguió el tratamiento Quirúrgico con 2,135 casos y por último esta el tratamiento Conjunto con solamente 155 casos. El tratamiento Psicológico o no fue brindado o no se registro.

Este cuadro, muestra los porcentajes de los diferentes tipos de tratamiento en relación al total de consultas por violencia, esto anual. El tratamiento Traumatológico ocupó el 69.29%, el Quirúrgico el 28.63% el Conjunto 2.08% y el Psicológico 0%.

Cuadro No.11 y 11 a: En estos cuadros, se presenta a las consultas por violencia, distribuidas por día del mes y meses del año; también se presentan los totales anuales de cada día del mes y su % relativo al total de consultas.

Se presenta, el total anual de casos de consulta por día de la semana y es notorio que el día 3 es el que reúne el mayor No. de casos: 291, seguido del día 26 con 288 casos y el día 21 con 281 casos y 18 , 12 y 23 con 269 , 264 y 264 respectivamente; los demás días están distribuidos más uniformemente, no más de 257 y no menos de 210; el día con menos consultas en el año, fue el 31, con solamente 122 casos.

Puede notarse el comportamiento de las consultas por violencia a través de los meses del año; se aprecian tres picos principales: en el día 3, 26 y 21; el día con el punto más bajo fue el 31.

Estos datos, orientan a pensar que puede tratarse de un aumento debido a los días de pago, al comienzo, medio y final de mes.

Cuadro No. 11 b: muestra las consultas por violencia, distribuidas por día de la semana y mes del año y presenta los totales anuales por día de la semana y los porcentajes de estos totales en relación a el total de consultas por violencia.

Se muestra el total de consultas anuales, distribuidas por días de la semana; así, vemos como el día con mas casos de consultas por violencia en el año, fue el día lunes, con 1,299 casos; le sigue el martes, con 1,117 casos; el viernes, con 1,107 casos; el jueves con 1,055, el miércoles con 1,031; el domingo con 954 y por último el sábado con 895 casos.

Se muestra también, el comportamiento de los días de la semana, a través de los meses del año y se puede ver la cantidad de consultas por violencia por cada día de la semana y mes del año.

Es notorio el hecho de que es a principios de semana (lunes) y fin de semana (viernes), cuando se da una mayor cantidad de consultas por hechos de violencia.

Cuadro No. 12: en este cuadro se presenta la relación existente entre el etilismo y las consultas por violencia en los meses del año. Se presentan los totales de casos de etilismo por mes y el total de casos con etilismo registrado y el porcentaje de cada caso de etilismo en relación al total de consultas por violencia.

Este cuadro, presenta el comportamiento de casos de etilismo asociado a consultas por violencia a través del año y se puede notar la baja cantidad de casos reportados; el pico mas alto fue en enero con 8 casos; febrero , marzo y abril, no presentaron casos; otros dos picos se encuentran en junio y en agosto, con 6 casos cada uno; en diciembre 5 casos, mayo 4, julio 3 y septiembre, octubre y noviembre con 1 caso cada uno. Es evidente que hay un sub-registro en relación al problema de etilismo, probablemente debido a:

- 1. No existe un espacio específico en la boleta de registro de la emergencia de traumatología del hospital.**
- 2.Se omite intencionalmente por las eventuales implicaciones jurídico-legales para el paciente.**

3. No se le da la importancia que amerita el problema.

El cuadro muestra también, los porcentajes de etilismo en las consultas por violencia, por año y por mes; así, vemos que enero presento la mayor proporción: 24%, seguido de diciembre y agosto con 17%; junio 15, mayo 10, julio 8 y septiembre, octubre y noviembre con el 3% cada uno; febrero, marzo y abril no presentaron ningún caso.

En lo referente a la condición de egreso, no se registro ninguna defunción, sin embargo, no se puede afirmar que no se diera alguna en los casos de consulta por violencia que ameritaron ingreso hospitalario, ya que en esta investigación no se revisaron expedientes hospitalarios de estos pacientes.

Todas las consultas por violencia, presentaron lesión física y definitivamente es de esperar que en toda lesión física se presente algún tipo de alteración psicológica, si embargo la sesión psicológica, dependerá de la gravedad física y las circunstancias en que se dio el hecho violento.

En la boleta utilizada, que fue la propuesta por el C.I.C.S. (Centro de Investigación de Ciencias de la salud), se incluyen variables susceptibles de ser investigadas, sin embargo en la boleta de registro de la sala de emergencia de traumatología, no se encuentran, por lo que fueron excluidas de la presente investigación; estas variables, son:

- Ocupación**
- Grupo poblacional**
- Traslado al hospital**
- Agresor**
- Diagnóstico de egreso**
- Clasificación médico-legal**
- Tipo de agresión**

IX. CONCLUSIONES.

- 1. En el departamento de Escuintla, la violencia es un problema grave; en la emergencia de traumatología del IGSS, el mayor % de casos atendidos en el año de 1999 fueron por esa causa .**
- 2. La mayoría de casos atendidos por problema de violencia procedían de la cabecera departamental.**
- 3. El sexo masculino y los adultos jóvenes fueron el grupo mas afectado, especialmente el grupo de 21 a 25 años.**
- 4. La mayor frecuencia de casos, fue a principio de mes (día 3) y al final (día 26) y en los días lunes, martes y viernes y a partir de las 9 de la mañana y las 4 de la tarde.**
- 5. Los medios de agresión mas frecuentemente usados, fueron los objetos contundentes y los vehículos automotores.**
- 6. Las lesiones mas frecuentes fueron las contundentes y cortantes que ameritaron una mayor cantidad de tratamientos traumatólogicos y quirúrgicos y también una mayor cantidad de ingresos hospitalarios por fractura y/o luxación de extremidades y heridas cortantes.**
- 7. No se encontró constancia de aplicación de tratamiento psicológico**
- 8. Los casos de etilismo asociado a consultas por violencia fueron registrados escasamente y por lo tanto los resultados son dudosos.**
- 9. No fue reportada ninguna defunción en sala de emergencia .**

X. RECOMENDACIONES.

- 1. Establecer programas educativos a nivel poblacional, especialmente dirigidos a la P.E.A. de adultos jóvenes de ambos sexos, con el objeto de disminuir la incidencia de la violencia en sus diferentes manifestaciones en el Departamento de Escuintla y de esta manera contribuir a disminuir el gasto de recursos hospitalarios curativos y poder así, fortalecer los programas preventivos de acuerdo a las políticas estatales de salud pública.**
- 2. Establecer los programas de Seguridad e Higiene Industrial, en las áreas de trabajo.**
- 3. Establecer a nivel hospitalario, programas de asistencia psicológica para los pacientes que consultan por problemas secundarios a la violencia.**
- 4. Mejorar el sistema de registro hospitalario en emergencia de traumatología, para la obtención de datos.**

XI. RESUMEN

La violencia es un creciente problema de salud pública, demostrado en las tasas regionales de morbilidad y discapacidad, así como los abrumadores años de vida potencial perdidos y sus efectos psico-sociales.

La morbilidad relacionada con la violencia, además, congestiona los servicios de salud, aumenta los costos globales de atención y afecta su calidad y cobertura*.

Tal cita, tomada textualmente de la revisión bibliográfica, se vio reflejada en los resultados de la presente investigación, efectuada retrospectivamente en el hospital del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (I.G.S.S.) del departamento de Escuintla, en 1,999.

Se revisó un total de 11,279 boletas del registro del servicio de emergencia de traumatología. Encontrándose que:

Del total de consultas atendidas, dos terceras partes, se relacionaron con problemas secundarios a la violencia.

De estos casos, el grupo adulto joven de ambos sexos, fue el más afectado con el 17.75% en relación al total, el sexo masculino registró una proporción de tres a uno en relación al sexo femenino.

Casi las tres cuartas partes de los casos, procedieron de la cabecera departamental, siendo el medio de agresión más frecuente, fue el objeto contundente y el diagnóstico más frecuente, fue el de lesiones contundentes.

Casi la mitad de los ingresos hospitalarios, fueron por fractura o luxación de extremidades y en correspondencia, el tipo de tratamiento más aplicado, fue el traumatólgico.

La mayor frecuencia de consultas por violencia, se registró entre los primeros días del mes (fecha 3) y últimos (fecha 26).

En frecuencia anual por semana , correspondió la mayor cantidad de casos, al día lunes.

No se encontró evidencia de la aplicación de tratamiento psicológico en ningún paciente.

No se pudo establecer la relación existente entre las consultas por violencia y etilismo, por haber encontrado un increíble 0.47% en el total de consultas por violencia.

Se recomendó, establecer programas de prevención a nivel familiar y laboral, dirigidos especialmente a la PEA de adultos jóvenes y el mejoramiento del sistema de registros hospitalarios.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.() Letona, O.R.
Tesis y monografía: “Programa de atención Materno-infantil y control epidemiológico del Municipio de Santa María de Jesús, basado en las características de la población. Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos.
Guatemala, 1976.
- 2.() Organización Panamericana de la Salud.
“Conferencia Interamericana sobre Sociedad, violencia y salud”.
Washington, D.C., Nov.1994.
- 3.() Organización Panamericana de la Salud.
“Análisis de la situación. Conferencia Interamericana sobre violencia y Salud”. Washington D.C., Nov.1994.
- 4.() Guerra de Macedo, C.
“Sociedad, violencia y salud”.
Editorial Boletín Oficina Sanit Panam.
1994
- 5.() Barol, Martín.
“Acción e Ideología: Psicología Social desde Centroamérica”.
8^a. Edición, UCA Editores. San Salvador, 1997.
- 6.() Organización Panamericana de la Salud.
“La violencia: Un problema de salud pública que se agrava en la región” Boletín Epidemiológico, 1990
- 7.() Guerra de Macedo, C.
“Sociedad, violencia y salud. Una nueva agenda para la Democracia”.
En la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, violencia y salud.
Washington D.C., 1996
- 8.() Organización Panamericana de la Salud.
División de promoción y protección de la salud.
“Salud y violencia, Plan de acción regional”.
Washington D.C., 1994.

- 9.() Adorno, S.
“La criminalidad violenta en Brasil: Tendencias y características”.
Rev Ven Econ Ciencias Sociales. 1997
- 10.() Organización Panamericana de la Salud
“Violencia en Las Américas. La pandemia social del siglo XX”
Publicación de comunicación para la salud No. 10
Washington D.C. 1996.
- 11.() Organización Panamericana de la Salud.
“Mortalidad por accidentes y violencia en Las Americas”.
Boletín epidemiológico Vol.15, No.2
Washington, 1994.
- 12.() The violence prevention task force of the Easter Association for the
sur gery of trauma.
“Violence in América; A public health crisis--The role of firearms”.
J. Trauma., 1995.
- 13.() Business Week (1993).
“The economics of crime” (“La economía de los crímenes”)
Diciembre, Volumen 13 Págs. 72-81.
- 14.() Romano, L.E.
“Los costos de la violencia en el Salvador”
Estudios Centroamericanos, E.C.A. Octubre, No.588.
- 15.() Organización de Naciones Unidas.
“La ONU propone un pacto contra la violencia intrafamiliar”
Brasilia, ju 24 (ALC/tertulia).
- 16.() Organización Panamericana de la Salud.
“La Salud en Las Américas”.
Publicación científica No.569
Washington D.C.,1998.
- 7.() Guerrero, R.
“Resultado de estudio multicéntrico sobre magnitud y costos de la
violencia”.
Del Seminario “Investigaciones en violencia y salud”
Universidad de Harvard, Boston
Febrero 20, 1998.

- 18.() Kawachi, I., Kennedy, B., Lochner, K., Proyhrow-Still, D.
“Social Capital income inequality and mortality”.
87 Pàgs. 1491-1498 Am J Public Health, 1997
- 19.() Pellegrini, F.A.
“La violencia y la salud pública”.
Revista Panamericana de salud pública.
Vol.5 abril-mayo, Pàgs. 220-223, 1999.
- 20.() Cruz, J.M., González, L.A.
“Magnitud de la violencia en el Salvador”.
Estudios Centroamericanos ECA
Vol.2, Pàgs. 953-966, 1997.
- 21.() Organización Panamericana de la Salud.
“Las Condiciones de salud en Las Américas”.
Vol.1. Washington D.C., 1980.
- 22.() Instituto Universitario de Opinión Pública.
“Documento especial: La delincuencia Urbana”.
Encuesta exploratoria. Pàgs. 471-482.
Estudios Centroamericanos ECA, 1993.
- 23.() Instituto Universitario de Opinión Pública.
“Sistema de Justicia, delincuencia y corrupción. La opinión de los Salvadoreños”. 49^a. Ed., Pàgs. 1,057-1,068.
Estudios Centroamericanos ECA, 1994
- 24.() Instituto Universitario de Opinión Pública.
Encuesta sobre la ley de emergencia y opiniones sobre la delincuencia. Serie de Informes No.54
San Salvador:IUDOP-UCA, 1996.
- 25.() Roberts, D.
“Mortalidad por lesiones no intencionales y violencia en Las Américas: libro de referencia”.
Organización panamericana de la Salud
Washington D.C. 1997.
- 26.() The United States Department of Health and the Human Service
National Center for Health Statistics.
Injury Chartbook P. 97-1232, Table 33, Pàgs.117-120, 1997.
Health United States 1996-1997.

- 27.() Zimring, F.E., Hawkins, G.
“Crime is not the problem: Lethal violence in América”.
Oxford University, New Cork, 1997.
- 28.() Diccionario Pequeño Larousse Ilustrado.
8^a. Edición, Argentina 1996.
- 29.() Diccionario de Sociología.
Fondo de Cultura Económica
13^a. Edición. México 1992.
- 30.() Cruz, José M.
“La victimización por violencia Urbana: Niveles y factores asociados, en ciudades de América Latina y España”.
Revista Panamericana de la salud Pública.
Vol.5, abril-mayo, p.160., 1999.
- 31.() Torres R., Edelberto, Fuentes K., Juan Alberto.
“Guatemala: particularidades del desarrollo humano”
Vol.2 Págs.486-488, 1^a. Edición
F y G Editores, 1999.
- 32.() Organización de las Naciones Unidas y la Organización Panamericana de la Salud.
“Guatemala: El rostro rural del desarrollo humano”.
Magna Terra Editores, 1999.
- 33.() Sis García, J.A.
“La violencia como problema de salud pública en Guatemala”
Tesis, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1999.
- 34.() Enciclopedia Encarta 1998.
- 35.() Terris, Milton
“Violencia en una sociedad violenta”.
Sesión "La epidemiología social de la violencia"
Asociación Nacional de Políticas de Salud Pública y Sección de Epidemiología de la Asociación Norteamericana de Salud Pública (APHA) Indianápolis, Noviembre 11, 1997.
- 36.() Ramírez, R.Z.
“ Latinoamérica y el Caribe: viven la violencia de la ideología patriarcal a través del turismo sexual”.
Coalición contra el tráfico de mujeres. Representante Latinoamérica y el Caribe. Marzo, 1998.

- 37.() Cruz, José M.
“La victimización por violencia urbana: niveles y factores asociados en ciudades de América Latina y España”.
Revista Panamericana de Salud Pública.
Vol.5, abril-mayo., p.259., 1999.
- 38.() Levine, J.F., Rosich, K.J.,
“Social Causes of violence: creating a science agenda”
American Sociological Association, 1996.
- 39.() United States Department of Justice and Bureau of Justice Statistics.
“Criminal victimization in the United States” (1994)
U.S. Department of Justice, p.viii
Washington D.C., 1997.
- 40.() Peláez Martínez, S.
"La Patria del Criollo".
Editorial Ediciones en Marcha.
13^a. Edición, México D.F. Enero 1994.
- 41.() Políticas Generales de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala Aprobadas por la Junta Directiva
Acta No.28/99: Punto Segundo, inciso 2.1, subinciso 2.1.1.
Acta No.06/00: Punto Quinto
Consejo Superior Universitario
- 42.() Proyecto de Plan Estratégico de Desarrollo de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
Período del 2,000 al 2,010.
Marzo del 2,000.
- 43.() Sabiston, David.
Patología Quirúrgica.
Editorial McGraw-Hill Interamericana Editores
Tomo 1, Edición No. 14.
- 44.() Diario “La Prensa”, Honduras.
Edición del 31 de marzo de 1997
Art. “Al menos 447 muertos y miles de heridos dejan fiestas religiosas en la región”.Panamá (ACAN-EFE).
- 45.() Octavo encuentro Internacional de Salud de la Mujer.
Río de Janeiro, 1997.

46.() ONUSIDA

“SIDA, una expresión de violencia de género”.

Campaña de las Naciones Unidas por los derechos humanos de las mujeres y las niñas.1998.

47.() Martínez, María A.

“Análisis situacional de la problemática de la violencia y accidentes en el Perú”.

Dir. de Enfermedades no transmisibles, Oficina General de Epidemiología.

Ministerio de Salud del Perú.1998.

48.() Mehrotra Aparna, Banerjee Rini.

“Una vida libre de violencia, es un derecho nuestro”.

Programa de Naciones Unidas para el desarrollo, PNUD.

Latinoamérica y el Caribe. Febrero 27,1999.

XIII. ANEXOS

Anexo 1

Boleta de recolección de datos

Anexo 2

Definiciones

En un diccionario general se puede encontrar la siguiente definición de **Violencia**:

“ Fuerza intensa, impetuosa, abuso de fuerza, coacción ejercida sobre una persona, para obtener su aquiescencia”(28).

En lo que a la Sociología se refiere, la violencia es definida de la siguiente forma:

“ Característica que puede asumir la acción criminal cuando la distingue el empleo o la aplicación de fuerza física o el forzamiento del orden natural de las cosas o de el proceder. La violencia es elemento constitutivo de numerosos delitos contra las personas, ya afecten su vida, su integridad corporal (homicidio, lesiones), ya su honestidad (violación) y contra su patrimonio (robo, daños, etc.). La violencia caracteriza también todo tipo de criminalidad (violentas), por contraposición según la astucia, el fraude y la simulación (criminalidad fraudulenta)”.(29)

Según la Organización Panamericana de la Salud, la Violencia:**“Tiene que ver con la utilización de la fuerza física o de la coacción psíquica o moral por parte de un individuo o grupo en contra de si mismo, de objetos o de otra persona o grupos de personas produciendo como resultado la destrucción o daño del objeto o negación de cualquiera de los derechos establecidos de la persona o grupo de personas víctimas”.**(2)

Sin embargo, la mejor definición adoptada para entenderla como problema de salud publica se refiere al:

“ Uso o amenaza de uso de la fuerza física con la intención de hacer daño o hacerse daño”.(6)

Esta definición es la mas adecuada porque describe los elementos siguientes: Primero, el concepto se refiere a la fuerza física y segundo, incluye la variable de intencionalidad, lo que excluye hechos no intencionados que producen lesiones, es decir, los accidentes. (30)

El término de lesión, secundaria a un acto violento, puede definirse como:

“La lesión propiamente dicha ocurre cuando la transmisión de energía al individuo sobrepasa el umbral de daño a los tejidos; este daño se controla mediante la prevención de la presentación del fenómeno, a través de la reducción de energía al individuo, o mediante la limitación de la intensidad de la lesión cuando ha ocurrido.(43)”

Se considera como violencia a los eventos que aparecen bajo la categoría general de Causas Externas y que según la Clasificación Internacional de enfermedades, incluye: Todos los accidentes, suicidio, homicidio, lesiones en las que se ignora si fueron accidentales o intencionalmente infringidas; y las lesiones por intervenciones legales y operaciones de guerra.(2).

La OPS, caracteriza a la violencia como un fenómeno endémico que forma parte de la problemática de salud pública (9).