

Violencia y sus implicancias en la salud: análisis comparativo de hechos de violencia para los ámbitos de la Red de Trauma en hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires, 2010-2017.

Joaquín Baliña y Juliana Arellano.

Cita:

Joaquín Baliña y Juliana Arellano (2019). *Violencia y sus implicancias en la salud: análisis comparativo de hechos de violencia para los ámbitos de la Red de Trauma en hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires, 2010-2017. XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-023/191>

Violencia y sus implicancias en la salud: análisis comparativo de hechos de violencia para los ámbitos de la Red de Trauma en hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires, 2010-2017

Autores: Joaquín Baliña¹, Juliana Arellano, Marilina Santero, Ezequiel Monteverde, Laura Bosque.

Eje 3: Estructura social, demografía, población

Mesa 43: Investigación social en salud

¹ **Institución:** Fundación Trauma. E-mail: joaquinb@fundaciontrauma.org.ar

Resumen:

Introducción y Objetivos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la violencia se considera un problema de salud pública global. El objetivo de este trabajo fue evaluar el impacto de la violencia en las víctimas de trauma, clasificadas como autoagresión (AA) y agresión interpersonal (AI).

Métodos. Estudio retrospectivo observacional (2010-2017) utilizando datos deidentificados de pacientes >= 10 años incluidos en el Registro de Trauma de Fundación Trauma, en 14 hospitales de la Red de Trauma de la provincia de Buenos Aires, Argentina.

Resultados. De 26.696 hechos registrados, 5.775 fueron relacionados a violencia (AI 68% y AA 32%). El 91.3% de las AI correspondió a varones, el rango etario más afectado fue 25-34 años (28.7%), la forma predominante fueron los disparos de arma de fuego (41.5%), y la mortalidad fue 7,8%. Respecto a las AA, el 59.1% fueron en mujeres, el rango etario más afectado fue 25-34 años (22.8%), la forma más frecuente fue el uso de drogas (35,9%) y se registró una mortalidad cercana al 5%.

Conclusión. Se evidencian importantes diferencias que permiten caracterizar epidemiológicamente la violencia como fenómeno social desde la salud pública. Al analizar la población por sexo se establece una relación de afinidad entre tipo de violencia (AA/AI), métodos utilizados y contexto.

Palabras clave: Violencia – Género – Registro Trauma – Salud - Datos

Introducción

Cada año, más de 1,6 millones de personas en todo el mundo pierden la vida violentamente. La violencia es una de las principales causas de muerte en la población de edad comprendida entre los 15 y los 44 años y la responsable del 14% de las defunciones en la población masculina y del 7% en la femenina. Por cada persona que muere por causas violentas, muchas más resultan heridas y sufren una diversidad de problemas físicos, sexuales, reproductivos y mentales. Por otra parte, la violencia impone a las economías nacionales cada año una ingente carga financiera, de miles de millones de dólares, en concepto de atención sanitaria, gastos judiciales y policiales y pérdida de productividad¹.

Dada la importancia que actualmente la violencia reviste como fenómeno, múltiples organizaciones, entre ellas la Organización Mundial de la Salud (OMS), han realizado un llamamiento para que la salud pública desempeñe un papel más amplio y aglutinador en la lucha contra la violencia, siguiendo las cuatro etapas tradicionalmente aplicadas en materia de salud pública, que consisten en: definir y observar la magnitud del problema; identificar sus causas; formular y poner a prueba modos de afrontarlo; y aplicar ampliamente las medidas de eficacia probada.

Fundación Trauma, una organización sin fines de lucro, lleva a cabo desde hace una década un programa de trabajo denominado Programa Trauma, como parte de su compromiso con identificar el impacto de la enfermedad trauma en Argentina y proveer información de calidad para la gestión y la atención. Para ello, el Programa Trauma implementa a su vez un Registro de Trauma (RT), que sistematiza la información de las Historias Clínicas de pacientes atendidos por hechos trauma² en los Hospitales pertenecientes a la Red de Trauma³.

Desde el inicio de su implementación en el año 2010, y a diciembre de 2017⁴, el Registro de Trauma de Fundación Trauma contaba con 26.696 hechos cerrados. Para este análisis se consideró este universo, correspondiente a 14 instituciones hospitalarias: 2 pediátricas y 12 generales de adultos.

¹ Organización Mundial de la Salud (OMS). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, Estados Unidos. 2002.

² Cabe destacar que las bases de datos de Fundación Trauma se encuentran registradas en la Agencia de Acceso a la Información Pública, tal como lo indica la Ley Nacional de Protección de los Datos Personales N.º 25.326.

³ Actualmente la Red de Trauma está constituida por 14 ámbitos hospitalarios: HZGA Dr. Enrique Erill, HIGA Gral. José de San Martín, HZGA San Roque, HIAEP Sor María Ludovica, HZGA González Catán KM 32 "Simplemente Evita", HIGA Dr. L. Güemes, Alta Complejidad en Red "El Cruce", HZGA Dr. A. Eurnekian, HIGA Dr. Oscar Alende, UPA Trauma, HIAC Dr. A. Korn, HIEMI Tetamanti, HM J.C. Sanguinetti, HMP F. Falcón.

⁴ Fecha de carga al 12 de marzo de 2017.

Al analizar los principales mecanismos lesionales⁵ según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición⁶ (CIE10) para los 26.696 hechos, se aprecia que las agresiones interpersonales (AI) y las autoagresiones (AA) figuran dentro de los 7 mecanismos lesionales principales para toda la Red de Trauma. A su vez, considerando específicamente este subgrupo, las AI son las que presentaron mayor mortalidad. Por otro lado, al evaluar la evolución de la distribución de los mecanismos lesionales por año, se evidenció una permanencia (e inclusive en algunos años un aumento) de estos 2 mecanismos lesionales por sobre el total de los mecanismos lesionales de la Red de Trauma. Es decir, considerando este universo, se evidencia la prevalencia y aumento de la violencia entre los principales mecanismos lesionales en trauma.

En este contexto, el objetivo de este trabajo fue evaluar el impacto de la violencia, clasificadas como agresiones interpersonales (AI) y autoagresiones (AA), sobre el total de los hechos de trauma para el período y universo analizado; y en función de ello se decidió realizar un análisis comparativo de estos 2 mecanismos lesionales correspondientes a hechos de violencia con los objetivos secundarios de caracterizar dos aspectos:

1. Los aspectos sociodemográficos de los pacientes atendidos por AI y AA.
2. Los rasgos principales del proceso de atención.

Marco referencial o estado del arte

Argentina no escapa a la realidad de otros países de la región con respecto a la calidad de los registros de monitoreo y vigilancia de los procesos salud-enfermedad. No obstante, en los últimos años se gestaron diversas iniciativas locales que proveen información sistemática y confiable para contribuir con el diseño de políticas eficaces de prevención. La Red de Observatorios Locales sobre Violencias y Delitos está compuesta por observatorios de la República Argentina dedicados a construir conocimiento sobre los fenómenos de violencias y delitos. El observatorio de Seguridad Ciudadana de la provincia de Córdoba que funciona desde 2016, en el ámbito del Ministerio de Gobierno, tiene por objetivo producir conocimiento científico y ser aplicado en las políticas de seguridad ciudadana. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires cuenta con el Observatorio Metropolitano de Seguridad Pública, está formado por un equipo de trabajo multidisciplinario que recopila, produce y analiza información en materia de seguridad pública. A su vez, Santa Fe creó

⁵ Si bien se detalla en el apartado de métodos, cabe destacar que por mecanismo lesional se entiende la mecánica del hecho que genera al menos una lesión o intoxicación en una persona.

⁶ Sistema de codificación usado en todo el mundo y adoptado por la República Argentina para la codificación de motivos de egreso hospitalario y causas de muerte. La clasificación de mecanismos lesionales fue adoptada en base a lo indicado en el capítulo XX de la versión CIE-10 de 1990 (vigente).

por decreto provincial en 2016 el Registro Único de situaciones de Violencia contra las Mujeres (RUVIM) en el marco del Observatorio Provincial de Violencias de Género, para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. A nivel nacional, se destaca el Sistema de Vigilancia de Lesiones⁷ (SIVILE), implementado desde el año 2005 con el objetivo de recolectar información primaria de las lesiones.

En la literatura internacional se encuentran distintos trabajos de los últimos años sobre lesiones y violencia. Para este caso, destacamos aquellos que utilizaron para sus estudios datos provenientes de registros de base hospitalaria^{8,9,10}, como el implementado por Fundación Trauma, y en base al cual se realizó este trabajo.

Marco conceptual

Aunque existe cierto consenso de entender la violencia como “*el uso o amenaza de uso, de la fuerza física o psicológica con la intención de hacer daño*”¹¹ no existe un concepto único de violencia. Sus definiciones pueden variar dependiendo del uso y de la disciplina desde donde se aborde, por ejemplo, del ámbito jurídico al psicológico.

El concepto de violencia acuñado por la OMS es quizá el más usado en documentos e informes relacionados con la violencia, que la define como: “*el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones*”¹². Por su parte, el Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos la define de manera plural como: “*Violencia(s): Acción deliberada que atenta contra la integridad tanto física como psicológica y moral de cualquier persona o grupo de personas. La violencia comporta múltiples dimensiones como la física, la institucional, simbólica,*

⁷ Para más información, consultar el sitio web: https://sisa.msal.gov.ar/sisadoc/docs/050106/sivile_home.jsp

⁸ Nadine Schuurman, Jonathan Cinnamon, Blake Byron Walker, Vanessa Fawcett, Andrew Nicol, Syed Morad Hameed & Richard Matzopoulos. “*Intentional injury and violence in Cape Town, South Africa: an epidemiological analysis of trauma admissions data*”. *Global Health Action*, 8:1. 2015.

⁹ Barbosa KGN, Rodrigues LG, Alencar GP, D'ávila S, Ferreira EFE, Ferreira RC. “*Exploring the effect of time and sex in family and community violence from 2008 to 2014*”. *Rev Saude Publica*. 53:46. 2018

¹⁰ Riley, C. L., et al. “*Critical Violent Injury in the United States: A Review and Call to Action*”. *Crit Care Med* **43**(11): 2460-2467. 2015

¹¹ Buvinic Mayra. “*Violencia, crimen y desarrollo social en América Latina y el Caribe*”. *Papeles de Población*. Vol. 11. N.º 43. (167-214). 2005.

¹² Organización Mundial de la Salud (OMS). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, Estados Unidos. 2002.

*entre otras. Y esta no es siempre penalizada jurídicamente*¹³. De acuerdo con estas definiciones, la violencia es un concepto complejo que atañe a una pluralidad de situaciones, contextos y actores.

Las estadísticas delictivas son utilizadas para tener una aproximación a la dimensión del problema que se quiere intervenir. La utilización de la tasa de homicidios como el indicador por excelencia para medir la violencia obedece al mismo argumento de disponibilidad de información, pues son los datos mejor documentados y con menor cifra oculta. Además, porque en comparación con otros tipos de violencia de menor severidad, la pérdida o arrebato de la vida humana se considera como la máxima expresión de la violencia.

Sin embargo, al referirse a la violencia y la prevención de la violencia, las estadísticas delictivas pueden resultar insuficientes, ya que los registros son elaborados en base a las denuncias, las evidencias y los procedimientos seguidos de oficio por las instancias competentes; y no incluye, por ejemplo, la victimización, la cual según Cruz ¹⁴, es el acto en el cual una persona es objeto del uso de la fuerza, que le produce un daño físico o psicológico, y que no siempre es reportado.

En este sentido, este estudio fue realizado en base a una fuente diferente a la tradicional para el estudio de la violencia: datos provenientes del sector salud. Al disponer de los datos sistematizados por medio de un registro de base hospitalaria, fue posible considerar información del hecho y de la atención para su clasificación, de acuerdo con índices y estándares internacionales.

Métodos

Para este análisis se tomaron todos los hechos de AI y AA correspondientes a pacientes de 10 años en adelante ingresados al Registro de Trauma de Fundación Trauma entre los años 2010 y 2017 en 14 hospitales, constituyendo un universo total de 5.775 hechos: 3.903 correspondientes a AI y 1.872 a AA.

A continuación, se detallan las variables tomadas para la elaboración de este trabajo, que refieren a campos específicos relevados en las Historias Clínicas de Trauma de los 5.775 hechos y volcadas en el Registro de Trauma de cada institución.

¹³ Organización Naciones Unidas. *Guía para la prevención en barrios. Hacia políticas de cohesión social y seguridad ciudadana*. Santiago, Chile. 2010.

¹⁴ Cruz, J. "La victimización por violencia urbana: niveles y factores asociados en ciudades de América Latina y España". *Revista Panamericana de Salud Pública*. Vol.5 n.4-5. Washington D.C. 1999.

Para la caracterización demográfica¹⁵:

- **Edad:** edad del paciente (mayor o igual a 10 años)
- **Sexo:** masculino/femenino
- **Mecanismo lesional 1:** mecánica general del hecho mediante la cual se produce la lesión, de acuerdo con la CIE10.
- **Mecanismo lesional 2:** mecánica específica del hecho mediante la cual se produce la lesión, de acuerdo con la CIE10.

Para la caracterización de la atención hospitalaria:

- **Procedencia:** locación/ubicación desde la cual procede el paciente previo al hecho. Opciones posibles: vía pública, domicilio-institución, institución intermedia, otro, se desconoce.
- **Estadía hospitalaria:** cantidad de tiempo (en días) de la internación. Se calcula en base a las fechas y/u horas de ingreso y egreso.
- **Tipo de egreso:** tipología de desenlace del proceso de atención hospitalaria. Opciones posibles: alta médica, derivación, egreso voluntario, fallecimiento, fuga.
- **Severidad lesional:** grado de severidad de las lesiones, en base al Índice de Severidad Lesional (ISS¹⁶, por sus siglas en inglés).
- **Pase por quirófano:** registra si tuvo lugar al menos una intervención quirúrgica realizada en el quirófano durante la internación.

Resultados

De la totalidad de 26.696 hechos registrados durante el período 2010-2017, 5.775 estuvieron relacionados con hechos de violencia (AI 68% y AA 32%). El 91.3% de las AI correspondió a varones, el rango etario más afectado fue 25-34 años (28.7%), la forma predominante fueron los disparos de arma de fuego (41.5%), y la mortalidad fue 7,8%. Respecto a las AA, el 59.1% fueron en mujeres, el rango etario más afectado fue 25-34 años (22.8%), la forma más frecuente fue el uso de drogas (35,9%) y se registró una mortalidad cercana al 5%. En la tabla 1 se resume la distribución de hechos de violencia según mecanismo lesional.

¹⁵ Cabe destacar que si bien el Registro de Trauma cuenta con campos adicionales para realizar perfiles demográficos y sociales de las poblaciones atendidas (nivel de instrucción, condición laboral, estado civil, zona de residencia), la información no pudo ser utilizada debido al alto nivel de subregistro que presenta.

¹⁶ Puntuación anatómica. Mide la severidad del caso según las lesiones cargadas. Se deriva de la suma de los cuadrados de las puntuaciones AIS más altas de hasta tres regiones del cuerpo.

1. Caracterización sociodemográfica

La mayoría de las AI corresponden a un grupo pequeño de mecanismos lesiones específicos: más específicamente, 4 de ellos concentran el 83,5% del total. Al analizar los mecanismos lesionales específicos de las autoagresiones se aprecia mayor dispersión. Es interesante destacar que para los hechos de AI predomina el uso de armas de fuego y objetos cortantes, lo que en primera instancia es indicio de hechos de violencia que implican alto riesgo para la vida. En cambio, en el caso de las AA se evidencia la tendencia en el uso de drogas y medicamentos, que representan casi la mitad de los hechos (47,7%).

Tabla 1 | Distribución de hechos de violencia según mecanismo lesional, Registro de Trauma Fundación Trauma (2010-2017)

Mecanismo lesional 2 (CIE10)	Varones (n)	Varones (%)	Mujeres (n)	Mujeres (%)	Total* (n)	Total (%)
Agresiones Interpersonales (AI)						
Armas de fuego (X95)	1107	31%	51	15%	1.160	30%
Objetos cortantes (X99)	1027	29%	81	24%	1.110	28%
Fuerza corporal (Y04)	556	16%	86	26%	643	17%
Disparo de arma corta (X93)	374	10%	30	9%	404	10%
Objeto romo o sin filo (Y00)	211	6%	25	7%	236	6%
No especificado (Y09)	167	5%	24	7%	191	5%
Otras**	121	3%	38	11%	159	4%
Total AI	3563	100%	335	100%	3898	100%
Autoagresiones (AA)						
Drogas, antiepilépticos, sedantes, hipnóticas, antiparkinsonianas y psicotrópicos (X61)	169	22%	530	48%	701	37%
Otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas y los no especificados (X64)	50	7%	143	13%	193	10%
Objeto cortante (X78)	89	12%	97	9%	186	10%
Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (X70)	127	17%	33	3%	160	9%
Plaguicidas (X68)	65	9%	62	6%	127	7%
Alcohol (X65)	53	7%	40	4%	93	5%
Otras**	208	27%	202	18%	412	22%
Total AA	761	100%	1.107	100%	1868	100%

Fuente: elaboración propia en base a los datos del Registro de Trauma de Fundación Trauma

* Para la elaboración de esta tabla, del total de 5775 hechos se excluyeron 9 para los que no se pudo identificar el sexo, o bien fueron ingresados como "otro" en el Registro de Trauma.

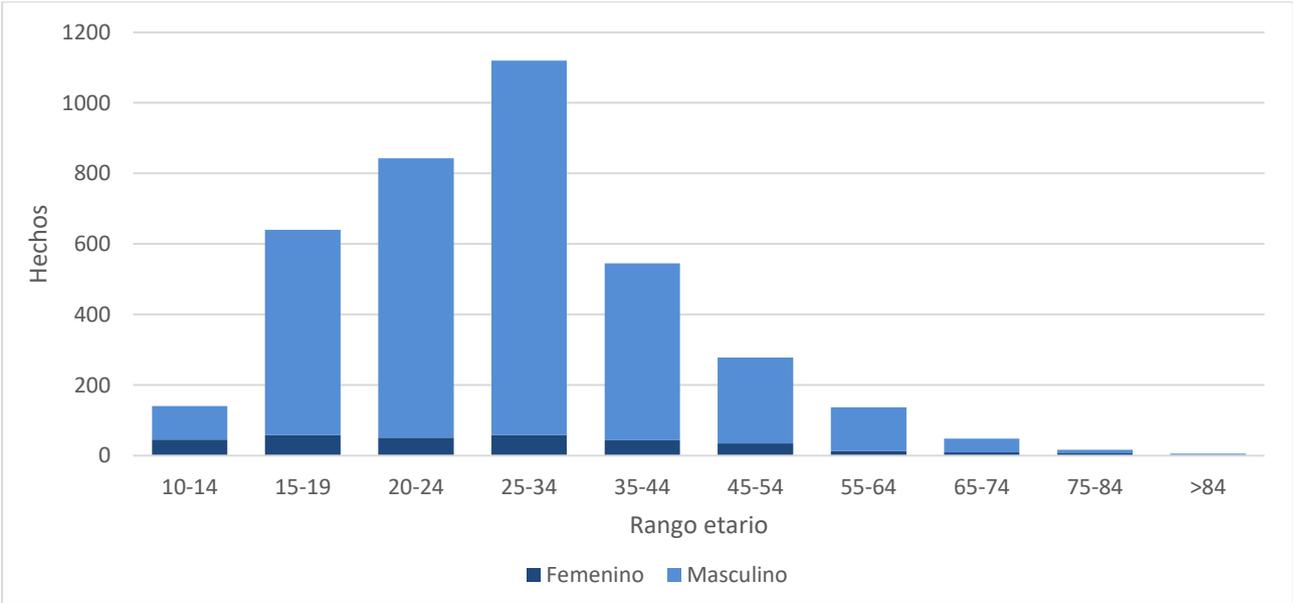
** Aglomera mecanismos lesionales específicos restantes.

Al analizar la relación varón:mujer, para el caso de las AI, en todos los mecanismos lesionales específicos mencionados en la tabla la incidencia de los varones es muy superior a la de las mujeres, ya que para ninguno de éstos las mujeres superan el 14%, y en solo 2 mecanismos lesionales específicos el porcentaje de mujeres iguala o supera al de los hombres. En cambio, para el caso de las AA, el uso de determinados mecanismos lesionales específicos varía en función del sexo y esto da cuenta de mayor dispersión por sexo, a diferencia de las AI.

Por otro lado, al analizar el rango etario para el caso de las AI, se aprecia que el más afectado es el de entre 25-34 años (n=1124), seguido del de 20-24 años (n=843). Ambos rangos constituyen el 50,3% (n=1967) del total de las AI, y se aprecia un leve aumento de lesiones por arma de fuego y objetos cortantes (n=1447). Para el conjunto de los hechos de AI, la incidencia de los mecanismos lesionales específicos vinculados con armas de fuego y objetos cortantes es del 66,6% (n=2731); en cambio, al tomar específicamente los rangos etarios de entre 20 y 34 años (los más afectados por AI) el porcentaje se eleva al 74,8% (n=1472) sobre el total. Por último, al analizar el sexo del conjunto de los hechos de AI, el 91,3% son varones (n=3563) y el 8,58% son mujeres (n=335).

En la figura 1A se detalla la distribución de los hechos de AI según sexo y rango etario. Se aprecia la concentración en los rangos antes mencionada, y la baja incidencia de las mujeres con respecto a los varones:

Figura 1A | Distribución etaria y por sexo de Agresiones Interpersonales (AI), Registro de Trauma Fundación Trauma (2010-2017)¹⁷



Fuente: elaboración propia en base a los datos del Registro de Trauma de Fundación Trauma.

¹⁷ Distribución realizada en base a 3.775 para los que se contaba con información de la edad y el sexo de los 3.903 hechos totales de AI.

Esto equivale a decir que, para las AI, 9 de cada 10 hechos corresponden a varones; 1 de cada 2 tiene entre 20 y 34 años (50%); y prácticamente 3 de cada 4 (74,8%) estuvieron relacionados con el uso de un arma de fuego o un objeto cortante.

Para el caso de las AA, al analizar los hechos por rango etario y sexo, se evidencia la predominancia de mujeres por sobre varones para todos los rangos (salvo el rango de 20-24 años, que está igualado). Por otro lado, se aprecia que el rango etario que presenta mayor cantidad de AA es el de 25-34 años (n=428), lo que representa un 23% del total. A su vez, es llamativa la cantidad de hechos para el rango etario de 10-14 años (218), que representa el 11% del total, e inclusive dentro de este rango la predominancia de las mujeres (vale aclarar, niñas).

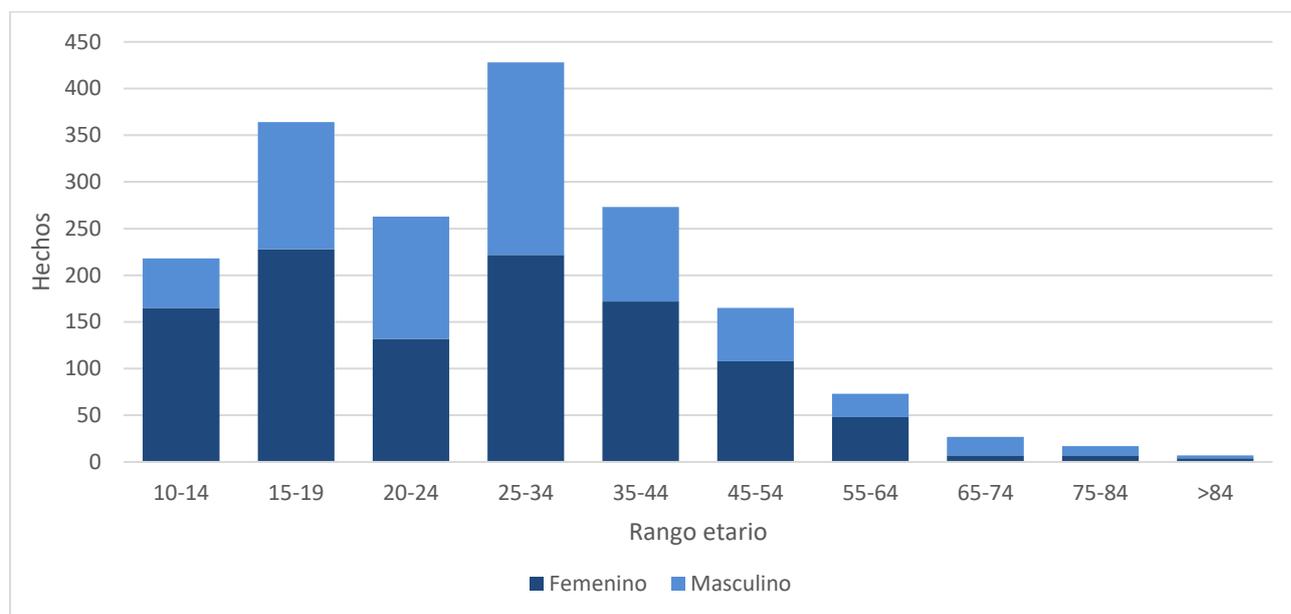
En las AA (consideradas en este momento como intentos de suicidio y no suicidio consumado) predominan las mujeres, aunque para el caso analizado la relación entre hombres y mujeres no es tan marcada, habiendo prácticamente un 60% de mujeres.

Por otro lado, al analizar la relación entre mecanismo lesional específico y sexo, para el caso de las mujeres se aprecia una mayor concentración en el uso de drogas y medicamentos: el 69% de los mecanismos lesionales específicos están vinculados a esta mecánica general; en cambio, para el caso de los hombres el uso de drogas es del 36% y se aprecia el accionar de otros mecanismos, inclusive más letales, tales como estrangulamiento, uso de objetos cortantes y/o armas de fuego¹⁸.

En la figura 1B se muestra lo antes mencionado. Se puede apreciar que la distribución de hechos no presenta la misma estructura piramidal de las AI, lo cual da cuenta de mayor dispersión etaria, y a su vez de la incidencia de las mujeres por sobre los varones:

¹⁸ Cabe destacar que la letalidad de cualquier mecanismo lesional depende tanto del mecanismo en sí como de ciertas características de la persona involucrada. Esto aplica especialmente para el caso de las intoxicaciones, donde la letalidad depende de la dosis y del tipo de sustancia como de las características físicas de quien lo consuma. Sin embargo, para este caso se da por hecho que mecanismos que involucran ahorcamientos, armas de fuego y en cierta medida objetos cortantes son más letales que otros que implican el abuso de sustancias.

Figura 1B | Distribución etaria y por sexo de Autoagresiones (AA) Registro de Trauma Fundación Trauma (2010-2017)¹⁹



Fuente: elaboración propia en base a los datos del Registro de Trauma de Fundación Trauma.

Hasta aquí se concluye entonces que, de cada 10 hechos de AA, 6 son mujeres, de las cuales la gran mayoría acude para ello al uso de drogas, medicamentos o sustancias similares²⁰. Por otro lado, si bien para los varones se registra menor cantidad de hechos, éstos utilizan métodos que pueden ser considerados de mayor letalidad.

1.2 Atención

Al analizar el proceso de atención de los hechos, por un lado, se aprecia que para la mayoría de los casos no se registró en la historia clínica la procedencia del paciente (37,5%); sin embargo, para aquellos casos con los que se cuenta con dicha información, en las AI se evidencia una predominancia de eventos procedentes de la vía pública. Para el caso de las AA, si bien la información correspondiente a la procedencia presenta algunas diferencias importantes con respecto a las AI, no hay variaciones porcentuales en comparación con los hechos para los que se desconoce la procedencia (en ambos casos en torno al 37%).

¹⁹ Distribución realizada en base a 1.835 para los que se contaba con información de la edad y del sexo de los 1.872 hechos totales de AA.

²⁰ Si bien no es objeto central del presente estudio, este resultado puede analizarse tomando en cuenta que el acceso a estas sustancias puede darse en el ámbito del hogar, lo que permite pensar en nuevas líneas de investigación que aborden la relación entre mecanismo lesional específico y acceso al espacio público-privado.

Tabla 2 | Distribución de la procedencia en hechos de violencia (2010-2017)

Procedencia	AI cantidad (n)	AI porcentaje (%)	AA cantidad (n)	AA porcentaje (%)
Se desconoce	1462	37,5%	700	37,4%
Vía pública	1397	35,8%	179	9,6%
Domicilio-Institución	397	10,2%	767	41,0%
Institución intermedia	548	14,0%	183	9,8%
Otro	99	2,5%	43	2,3%
Total	3903	100%	1872	100%

Fuente: elaboración propia en base a los datos del Registro de Trauma de Fundación Trauma

Un aspecto a destacar es que, al considerar a las mujeres, la cantidad de hechos con procedencia domicilio-institución prácticamente se triplica (aumenta de 10,2% a 27,5%), e inclusive para los siguientes mecanismos lesionales específicos es la procedencia con mayor incidencia: fuerza corporal (Y04); objeto romo o sin filo (Y00); y AI con fuerza corporal (Y05). Esto puede ser un indicio de casos de violencia doméstica de género²¹. Por otro lado, se puede apreciar que la mayoría de las AA provienen del domicilio o institución similar, tendencia que no varía significativamente por sexo y que se puede apreciar prácticamente en todos los mecanismos lesionales específicos con mayor incidencia.

Al analizar la estadía hospitalaria correspondiente a los hechos que no fueron derivados a otras instituciones, se aprecia que para ambos casos (AI y AA) la mayoría de los hechos se concentra en estadías de 1 día o internaciones que no superaron la semana.

Tanto para el caso de las AI como para las AA, el sexo no parece alterar significativamente la estadía hospitalaria, aunque vale la pena destacar que, a mayor prolongación de la estadía, se registra una leve mayoría porcentual de mujeres. Sin embargo, se aprecian diferencias significativas al analizar cada grupo de estadía hospitalaria y su relación con el hecho de si tuvo o no un pase por quirófano y el tipo de egreso o desenlace de la atención.

Para las AI, de los 3.903 casos analizados, 669 fueron derivados: 201 antes del día y 468 pasadas las primeras 24 horas de atención. Esto quiere decir que la gran mayoría de los hechos aquí analizados fue atendida en el hospital que les recibió, e inclusive el 65,4% (n=2.554) recibió el alta hospitalaria en la misma institución. A su vez, se registraron 307 muertes, de las cuales 250 sucedieron dentro de las primeras 24 hs de atención, y de estas el 44% tiene registrado un pase por

²¹ Decimos que puede ser indicio y no una certeza porque la forma en que los profesionales registran este tipo de lesiones en las historias clínicas muchas veces es demasiado sintética y se omite, incluso deliberadamente, información respecto al contexto en que se produjo la lesión.

quirófano. Con respecto al sexo, cabe destacar que para las muertes registradas no se aprecia ninguna diferencia en la relación varón:mujer.

En la siguiente tabla se detalla la distribución de los hechos según AI/AA y tipo de egreso:

Tabla 3 | Distribución del tipo de egreso en hechos de violencia (2010-2017)

Tipo de egreso	AI cantidad (n)	AI porcentaje (%)	AA cantidad (n)	AA porcentaje (%)
Egreso con alta	2554	65,4%	958	51,2%
Derivación >23 hs	468	12,0%	268	14,3%
Alta voluntaria	373	9,6%	365	19,5%
Morgue	307	7,9%	93	5,0%
Derivación <23 hs	201	5,1%	187	10,0%
Otro	0	0%	1	0,1%
Total	3903	100%	1872	100%

Fuente: elaboración propia en base a los datos del Registro de Trauma de Fundación Trauma

Para el caso de las AA, al analizar el tipo de egreso se aprecian importantes diferencias. Por un lado, si tomamos en consideración las muertes, la relación varón:mujer cambia drásticamente: casi un 80% de las muertes corresponden a varones (aquí ya hablamos de suicidio consumado), lo cual se corresponde con la tendencia mundial de preponderancia de mujeres en los intentos de suicidio, y preponderancia masculina en los intentos consumados; y por otro lado, cabe destacar que para este conjunto de pacientes fallecidos producto de AA, los pases por quirófano aumentan considerablemente: de un 4,1% para el total de las AA a un 21,5% para los óbitos, y para el caso de los varones muertos en un 23,3%. Esto último debido a que, como se indicó previamente, para los casos con alta mortalidad se registran mecanismos lesionales específicos que requieren mayores intervenciones quirúrgicas, conjunto en el que los varones tienen mayor incidencia producto de la letalidad de los mecanismos, a diferencia del caso de las mujeres donde abundan las intoxicaciones y otros mecanismos lesionales específicos de menor letalidad.

Por otro lado, cabe destacar que al analizar la severidad de las lesiones presentadas para este conjunto de pacientes se evidencia una predominancia de lesiones en el siguiente orden: críticas, severas, moderadas y leves. En cambio, al tomar el conjunto de los pacientes que estuvieron atendidos únicamente 1 día, se aprecia una importante predominancia de lesiones leves, lo cual resulta esperable.

Conclusiones

Se evidencian importantes diferencias que permiten caracterizar epidemiológicamente la violencia como fenómeno social desde la salud pública. Al analizar la población por sexo se establece una relación de afinidad entre tipo de violencia (AA/AI), métodos utilizados y contexto.

Para el caso de las AI se ha podido establecer que:

- El 91,3% de las AI corresponden a varones;
- El rango etario donde se registra mayor cantidad de hechos de AI es en el de 25 a 34 años (28,7%);
- Los mecanismos lesionales específicos más frecuentes son los disparos por arma de fuego (29,7%) y objetos cortantes (28,4%);
- El 43,7% de los hechos por AI tiene registrado al menos un pase por quirófano;
- El 57,7% de los pacientes atendidos por AI recibió el alta hospitalaria y el 17,1% fue derivado;
- El 7,8% de los pacientes atendidos por AI murió;
- El 35,6% estuvo internado 1 día, el 40,9% estuvo internado entre 2 y 7 días, y el 23,4% estuvo internado 8 días o más;
- El 52,5% de los pacientes tenían lesiones leves y el 28,5% lesiones moderadas;
- El 8% tuvo lesiones severas y el 6,4% lesiones críticas.

En cambio, para las AA se puede concluir que:

- El 59,1% corresponde a mujeres;
- El rango etario donde se registra mayor cantidad de hechos de AA es en el rango de 25 a 34 años (al igual que en las AI), con un 22,8%;
- El ML2 más frecuente fue el uso de drogas (intoxicaciones medicamentosas);
- El 4,1% tiene registrado un pase por quirófano;
- El 49,4% de los hechos de AA estuvo internado 1 día o menos y el 35,1% estuvo internado entre 2 y 7 días; el 15,3% restante estuvo internado 8 días o más;
- El 51,1% de los pacientes recibió el alta hospitalaria y el 24,3% fue derivado;
- Casi el 5% de los pacientes atendidos por AA murió;
- Para el 72,5% de los pacientes atendidos por AI no se pudo determinar la severidad de la lesión.

Por último, tomando la violencia en su conjunto (AI+AA) se puede afirmar que:

- El 67,5% de los hechos de violencia registrados corresponde a AI;
- En 74.8% de los hechos corresponde a varones;
- El rango etario en el que la violencia tiene mayor incidencia es en el de 25 a 34 años (26,8%);
- Para el caso de las AA, el mecanismo lesional específico con mayor frecuencia es el uso de drogas, y en el caso de las AI son las armas de fuego y los objetos cortantes;
- El 30,9% de los pacientes atendidos por violencia pasó por quirófano;
- El 60,8% de los pacientes atendidos por violencia recibió el alta hospitalaria y el 19,4% fue derivado;
- El 7% de los pacientes murió por hechos de violencia;
- El 40% de los pacientes estuvo atendido 1 día o menos, y el 39% entre 2 y 7 días;
- El 40% de los pacientes tenía heridas leves y el 21% heridas moderadas;
- El 5% de los pacientes tuvo lesiones críticas y el 6% heridas severas.

Considerando estos puntos, se abre una serie de preguntas con respecto a las posibilidades que brindan los centros de atención de salud como generadores de información para el monitoreo de problemas sociales, como es la violencia, pero también la movilidad, el transporte y el trabajo. De contar con información completa y de calidad no solo de los procesos de atención, sino también de los aspectos demográficos de los pacientes y del hecho, es posible reconstruir tanto en términos individuales como colectivos trayectorias y contextos, en base a los cuales elaborar políticas de prevención y planificación, en articulación con otros sectores.

En este sentido, mención específica merece la problematización de los hospitales públicos como instituciones-indicadoras de las problemáticas sociales que les rodean. El hecho de trabajar con datos actualizados generados por los propios hospitales públicos puede permitir detectar y monitorear el surgimiento y la evolución de diferentes fenómenos sociales y las conductas sociales asociadas a ellos.

Bibliografía

- BARBOSA KGN, RODRIGUES LG, ALENCAR GP, D'AVILA S, FERREIRA EFE, FERREIRA RC. “*Exploring the effect of time and sex in family and community violence from 2008 to 2014*”. *Rev Saude Publica*. Vol. 53. N.º 46. 2018.

- BUVINIC MAYRA, M. B. “*Violencia, crimen y desarrollo social en América Latina y el Caribe*”. Papeles de Población. Vol. 11. N.º 43. 2005. pp: 167-214.
- Cruz, J. “*La victimización por violencia urbana: niveles y factores asociados en ciudades de América Latina y España*”. Revista Panamericana de Salud Pública. Vol.5. N.º 4 Washington D.C. 1999.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, Estados Unidos. 2002.
- ORGANIZACIÓN NACIONES UNIDAS. *Guía para la prevención en barrios. Hacia políticas de cohesión social y seguridad ciudadana*. Santiago, Chile. 2010.
- RILEY, C. L., ET AL. "Critical Violent Injury in the United States: A Review and Call to Action". Critical Care Medicine. Vol. 43. N.º 11. 2015. Pp: 2460-2467.
- SCHUURMAN, NADINE; CINNAMON, JONATHAN; WALKER, BLAKE BYRON; FAWCETT, VANESSA; NICOL, ANDREW; MORAD HAMEED, SYED & MATZOPOULOS, RICHARD. “*Intentional injury and violence in Cape Town, South Africa: an epidemiological analysis of trauma admissions data*”. Global Health Action. 2015.
- UNODC. *Global Study on Homicide 2013*. United Nations publication, Sales No. 14.IV.1. 2014.
- UNODC. *International Statistics on Crime and Justice*. Edited by S. Harrendorf, M. Heiskanen, S. Malby. Helsinki. 2010.