

V. Problemas sociais

la violencia homicida y su impacto sobre la salud en América latina

Saúl Franco

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MINAYO, MCS., and COIMBRA JR, CEA., orgs. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 708 p. ISBN 85-7541-061-X. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

34. LA VIOLENCIA HOMICIDA Y SU IMPACTO SOBRE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA

Saúl Franco

Qualquier forma de violencia altera negativamente las condiciones y la calidad de la vida humana y, por lo tanto, la salud de las personas y de las colectividades. Desde los niveles físicos del daño orgánico, la alteración funcional o la incapacidad laboral, pasando por las alteraciones psico-afectivas y los trastornos del comportamiento, hasta culminar en graves implicaciones en la vida social, la violencia produce siempre saldos y consecuencias desfavorables a todo nivel.

Sin desconocer la seriedad y las implicaciones de ciertas formas tan graves de violencia como el secuestro, las desapariciones forzosas y la tortura, el homicidio –por su carácter irreparable y el hecho de constituir una negación definitiva de la totalidad de los derechos– constituye el hecho violento más grave y de mayores implicaciones humanas y sociales. Esta constatación y el hecho de haber dedicado la mayor parte del trabajo de investigación previo al problema del homicidio, hacen que la presente reflexión tenga como punto de partida y como eje principal, pero no único, la violencia homicida.

Una característica propia de la violencia es su gran diversidad y su permanente variabilidad. Es decir: la violencia –mejor aún: las violencias– se manifiestan de muy diversas maneras y con muy distintas intensidades en diferentes momentos y contextos. Es por esto que cualquier intento de trazar un perfil global de la violencia y sus implicaciones tiene un margen de riesgo muy grande, más aún en una región tan heterogénea como América Latina. El riesgo es mayor si uno ha estado muy cerca de una de las múltiples realidades particulares, tal como yo lo he estado de la violencia colombiana en las últimas dos décadas. Y el riesgo es aún mayor si no se dispone de información suficientemente rigurosa y completa en los períodos requeridos, como es todavía el caso en casi todas las formas de violencia, incluyendo la homicida. Sin desconocer lo aprendido de la muy violenta situación colombiana, ni pretender extrapolar los análisis y las interpretaciones de lo que pasa en Colombia a toda América Latina, y consciente de las limitaciones en la información disponible, el presente material intenta presentar algunos hechos y datos, y algunos elementos para la comprensión de la violencia homicida en la región y de su grave y creciente impacto a diferentes niveles.

Dentro de los lineamientos anteriores y tratando de cumplir el objetivo enunciado, el documento se desarrolla en cuatro partes, así: Perfil de la situación de violencia homicida en la región; Hacia un contexto explicativo; Niveles de impacto sobre la salud; Algunas acciones posibles desde la salud pública.

PERFIL DE LA SITUACIÓN

Asumiendo el promedio anual de 120.000 homicidios para América sugerido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2002) tendríamos que América aporta la cuarta parte de los 520.000 homicidios estimados para el mundo por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2002). Para la región esto significaría además un total de 1.200.000 homicidios en la última década, una cifra preocupante que representa un grave problema de salud pública continental y que refleja algunos de los más complejos problemas que enfrenta la región.

La cifra bruta de homicidios dice mucho, pero oculta al mismo tiempo aspectos esenciales de la realidad homicida continental. Una mirada que intente desagregar esa cifra y distribuirla por países y por grupos de edad, sexo y condiciones socio-económicas de las víctimas ayuda a introducir elementos tanto aclaratorios como interrogantes aún no resueltos de la situación. A continuación se avanza un poco en esa dirección.

Con la información disponible se construyó el Cuadro 1, que representa la evolución de las tasas de homicidio en la región en las décadas del 80, 90 y comienzos del año 2000. Con las limitaciones ya anotadas y ciertas dudas sobre la veracidad de algunos de los datos, puede apreciarse un panorama complejo e ilustrador del problema del homicidio. Para el comienzo de los años 80, El Salvador presentaba la tasa más alta –41.1 homicidios por cada 100.000 habitantes– seguido muy de cerca por Colombia –37.2. En el nivel inferior se encontraban Panamá y Canadá, con una tasa de 2.1 homicidios/100.000 habitantes.

Una década después, al empezar los 90, Colombia pasa a ocupar el primer lugar en la magnitud del problema homicida al duplicar su tasa, llegando a 74.4 homicidios por cada 100.000 habitantes. Para entonces, los países de la región pueden reunirse en tres grupos en función de la tendencia de su tasa de homicidios. En primer lugar, los que aumentan la tasa de manera importante entre los que se encuentran –además de Colombia– Argentina, Brasil, República Dominicana, Ecuador, Panamá y Uruguay. En segundo lugar, el grupo de los que mantienen tasas estables, a saber: Canadá, Chile, El Salvador, México y Venezuela. Y en tercer lugar, aquellos que reducen sus tasas significativamente –como el caso de Nicaragua que, al superar su guerra, logra la más dramática reducción en las tasas de homicidio regionales, de 26.0 en 1977 a 4.0 en 1990– o inician una tendencia hacia descensos moderados, tales como Costa Rica y Estados Unidos.

El tercer grupo de datos mostrado por el Cuadro 1 corresponde a las tasas de homicidio actuales en la región, la mayoría al empezar la primera década del nuevo milenio. En compa-

ración con la década anterior y utilizando las mismas tres categorías anteriores –países con tendencia al incremento, a la estabilización y al descenso en sus tasas de homicidio– pueden observarse importantes variaciones. Colombia, a pesar de lograr cierta disminución en su tasa, mantiene un solitario primer lugar, con 64 homicidios por cada 100.000 habitantes. Brasil, Ecuador, Panamá y Venezuela registran los mayores incrementos en sus tasas. Mientras tanto, Canadá, Estados Unidos, El Salvador y México logran reducciones importantes de sus tasas de homicidio. Por otro lado, Argentina, Chile y Costa Rica se mantienen relativamente estables.

En el conjunto del período considerado por el Cuadro 1, el mayor factor de incremento lo tiene Panamá que multiplica su tasa por 5.1, seguida de Ecuador, Venezuela, Brasil y Colombia que prácticamente duplican sus tasas. Chile, Costa Rica y El Salvador las mantienen relativamente estables. El mayor descenso se registra en Nicaragua, mientras Canadá, los Estados Unidos y México logran reducciones importantes.

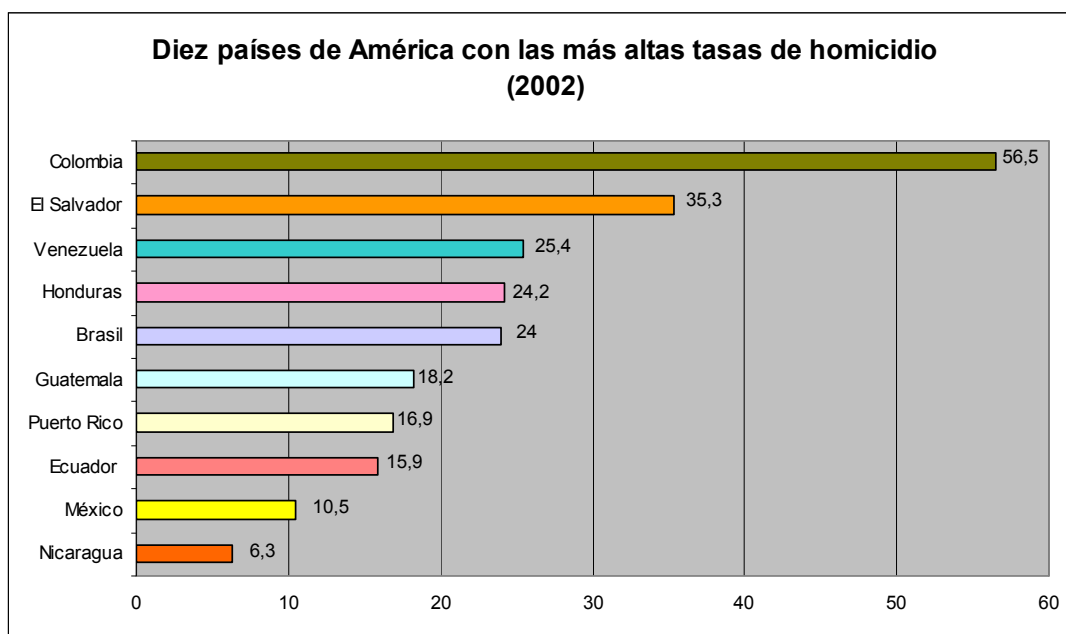
Cuadro 1 - Tasas de homicidio en América al iniciar las tres últimas décadas

PAÍS	AÑO	TASA	AÑO	TASA	AÑO	TASA	Fx de Variación
Argentina	1980	3.0	1990	5.2	1996	4.7	1.6
Brasil	1980	11.5	1989	19.6	2002	24.0	2.1
Canadá	1980	2.1	1990	2.1	1997	1.4	0.7
Chile	1980	2.8	1989	2.9	1994	3.0	1.1
Colombia	1981	37.2	1990	74.4	2002	64.0	1.7
Costa Rica	1980	5.7	1990	4.4	1995	5.4	0.9
Estados Unidos	1980	10.5	1990	9.8	2000	5.5	0.5
República Dominicana	1980	3.3	1993	4.8	2002		
Ecuador	1980	6.2	1990	10.1	2002	15.9	2.6
El Salvador	1981	41.1	1984	41.1	2002	35.3	0.9
México	1980	18.2	1990	18.2	2002	10.5	0.6
Nicaragua	1977	26.0	1990	4.0	2002	6.3	0.2
Panamá	1980	2.1	1989	5.2	1997	10.9	5.1
Uruguay	1980	2.6	1990	4.4	2002		
Venezuela	1980	11.7	1989	12.1	2002	25.4	2.2

Fuentes: OPS. Base de datos del sistema de información técnica; OPS. Indicadores básicos 2002; WHO. World Report on Violence and Health, 2002.

La Gráfica 1 representa los diez países de la región con las tasas más altas de homicidio al empezar la década actual. Colombia y El Salvador ocupan los dos primeros lugares con tasas muy superiores a las del resto de los países. Sigue un grupo de tres países, integrados por Venezuela, Honduras y Brasil con una tasa promedio de 24.5 homicidios por cada 100.000 habitantes. En tercer lugar, un grupo con una tasa promedio de 17 homicidios por cada 100.000 habitantes, integrado por Guatemala, Puerto Rico y Ecuador. Finalmente, México y Nicaragua con las tasas más bajas del grupo de países.

Gráfica 1



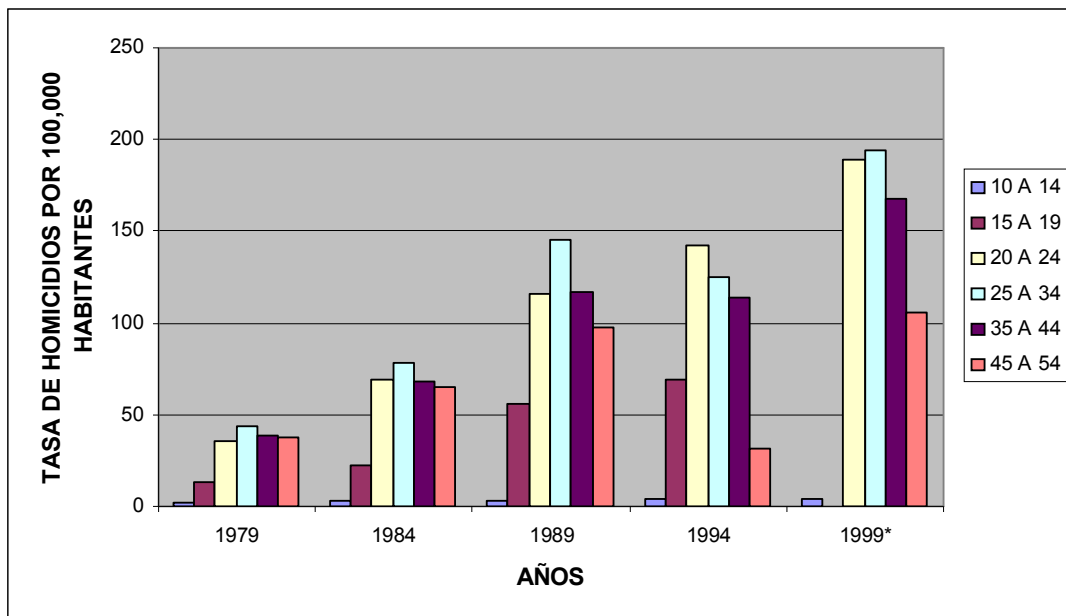
En conjunto, la tasa de homicidios para la región en la actualidad es de 14 por cada 100.000 habitantes, una tasa que resulta ser prácticamente igual a la tasa mundial de 13.7 homicidios por cada 100.000 habitantes, basada en los datos suministrados por la Organización Mundial de la Salud en el Informe Mundial sobre la violencia y la salud ya citado (WHO, 2002:10). Conviene aclarar que en el cálculo anterior se suman a los homicidios la categoría denominada por dicho Informe como “defunciones causadas por acciones bélicas” (WHO, 2002:10) por considerarlas también como homicidios.

Al igual que en el resto del mundo, en toda América las principales víctimas del homicidio son los hombres. A nivel mundial, el 77% de las víctimas de homicidio son hombres y el 23% mujeres (WHO, 2002:11). Este porcentaje varía mucho entre países y regiones. En Colombia, por ejemplo, el 93% de las víctimas de homicidio son hombres y el 7% mujeres (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, INMLCF, 2001), porcentajes práctica-

mente iguales a los de El Salvador en 1999: 92% de las víctimas de homicidio eran hombres y 8% mujeres. Obviamente estas marcadas diferencias porcentuales se expresan también en las tasas. Así, en Puerto Rico en 1999 la tasa masculina de homicidio fue de 34 homicidios por cada 100.000 habitantes, mientras la femenina fue de 3 homicidios por cada 100.000 habitantes.

Por grupos de edad, los jóvenes y los adultos jóvenes son las víctimas más frecuentes de la violencia homicida. Pero también aquí hay diferencias importantes. Mientras a nivel mundial la tasa más alta corresponde a los hombres entre 15 y 19 años de edad –19.4 homicidios por cada 100.000 homicidios–, en América los adolescentes entre 10 y 19 años de edad aportan el 29% del total de homicidios, y en Colombia los jóvenes entre 18 y 24 años presentaron en el año 2001 una alarmante tasa de 253 homicidios por cada 100.000 hab. El mismo grupo etario (18 a 24 años) pero ya no en todo Colombia sino en una de sus regiones más afectadas por la violencia, el Departamento de Antioquia, cuya capital es la ciudad de Medellín, presentó en el mismo año una tasa realmente escandalosa: 728 homicidios por cada 100.000 habitantes (Franco & Forero, 2003). En Colombia existe además el agravante de que las víctimas de homicidio son cada vez más jóvenes, pudiéndose observar en la secuencia de veinte años mostrada por la Gráfica 2 tanto el acelerado incremento de las tasas de homicidios en la población masculina joven en el período estudiado, como el hecho de la mayor juventud progresiva de las víctimas, haciéndose cada vez más visible el grupo infantil de 10 a 14 años.

Gráfica 2 - Mortalidad por homicidio en hombres, por grupos etarios y períodos quinquenales. Colombia, 1979-1999



Fuente de datos: Dane-INMLCF. Cálculo y diseño: S. Franco.

Al mirar tanto el panorama brevemente expuesto de la violencia homicida como los datos y análisis realizados por diferentes autores sobre diferentes formas de violencia en la región (De Roux, 1993; Minayo, 1994; Franco, 1997; Minayo et al., 1999), pueden enunciarse algunas características generales de dicha violencia que contribuyan a su comprensión y, sobre todo, a su enfrentamiento y eventual superación. Sin ninguna pretensión dogmática o excluyente, me atrevo a destacar aquí ‘sólo tres de las características fundamentales de la actual violencia en América Latina, a saber: generalización, banalización y complejidad creciente’.

‘La generalización’ se refiere al proceso mediante el cual las formas violentas de relación –y para el caso paradigmático que nos ocupa, el de los homicidios– penetran la casi totalidad de los espacios, el tiempo y los escenarios de la vida individual y social. Es decir: una generalización espacial, temporal y relacional. Como se confirma cotidianamente en la experiencia individual de las latinoamericanas y los latinoamericanos en los diferentes medios de comunicación, hay cada vez menos espacios de la geografía continental, nacional y local que no estén cada vez más teñidos de sangre y violencia. Lo mismo acontece con el tiempo: no hay mes del año o día del mes en el cual no padezcamos o recibamos información de hechos violentos de diferente gravedad y a distancia variable de nuestra propia vida. También los diferentes escenarios en los cuales se desarrolla la vida de las personas y de las colectividades –tales como la política, la economía, el trabajo, la religión y hasta el deporte– han venido siendo progresivamente penetrados por las formas violentas de relación en la región. Esto hace que ya sea casi imposible encontrar países, individuos, lugares y organizaciones cuya historia reciente no esté relacionada con algún proceso o acontecimiento violento. Acontecimientos que, además, han contribuido de manera significativa a modificar las expectativas, los ambientes y las formas de comportamiento y de acción.

‘La banalización’ tiene que ver con la aceptación pasiva, la intrascendencia con la que se asume y su conversión en algo cotidiano con lo cual se convive. A fuerza de frecuente y polimorfa y de un manejo ligero por parte tanto de los medios como de las autoridades y hasta de los intelectuales, la violencia se va volviendo invisible, común e intrascendente. Convertida en parte rutinaria del noticiero o del periódico, en acontecimiento normal que sólo impacta si toca al círculo más próximo o a los personajes de la vida nacional e internacional, la violencia pierde su capacidad movilizadora y la sociedad, su capacidad de reacción frente a ella.

Un factor adicional contribuye a la banalización de la violencia: es el estereotipo socialmente dominante sobre la violencia como el resultado de la confrontación entre buenos y malos (policías contra asaltantes, soldados contra guerrilleros, la civilización contra el terrorismo). Se produce entonces un doble efecto: el suponer que uno siempre es parte de los buenos y el sentir el problema de la violencia como algo ajeno, lejano, una especie de expropiación de la violencia. En estas condiciones, el desinterés por el problema es mayor y las posibilidades de reacción, menores.

‘La complejidad creciente’ tiene que ver con la diversidad de factores y actores implicados en el origen, la dinámica, las manifestaciones y las consecuencias de la actual violencia en la

región. La violencia que vivimos hunde sus raíces en el entrecruzamiento de diversos factores y situaciones que, en cada momento, se relacionan y se hacen sentir de manera muy distinta. Es también compleja en su dinámica en la medida en que las fuerzas e intereses en tensión, los escenarios de los conflictos y la respuesta de los distintos actores van tomando ritmos, direcciones y modalidades también múltiples, cambiantes y, en ocasiones, relativamente imprevisibles. Son también muy complejas las consecuencias de la violencia actual en cuanto implican, como ya se señaló, casi todos los escenarios de la vida individual y social, afectan con diferente intensidad intereses particulares nacionales e internacionales y generan serios cuestionamientos al ordenamiento establecido en los campos jurídico-legal, ético-político, económico y cultural. La difusa frontera entre violencias políticas, sociales, estatales, familiares y delincuenciales; la relación de doble vía entre violencia e impunidad; el entrecruzamiento de intereses de los tráfico de armas y de narcóticos en la región; la rotación de actores entre los distintos grupos sociales y organizaciones político-militares en conflicto; la difusa frontera entre intereses nacionales y ciertos intereses transnacionales; los abigarrados circuitos de razones políticas, situaciones económicas y pasiones acumuladas en las motivaciones para el actuar violento, son apenas algunas de las manifestaciones de la complejidad de la violencia actual.

Obviamente, el proceso de solución y superación de una situación o conflicto complejo es también complicado. Cuando existe tanto entrecruzamiento de intereses, motivaciones, actores, escenarios y consecuencias, es imposible pensar en una salida simple, de corto plazo y bajo costo. Lo complejo requiere soluciones complejas. Complejo no quiere decir imposible de resolver sino solucionable abordando los diversos factores, por los distintos actores, en tiempos reales y a costos proporcionales a los daños producidos y a los logros por obtener, que es el tipo de enfrentamiento que requiere la polimorfa violencia que se vive en la región.

HACIA UN CONTEXTO EXPLICATIVO DE LA VIOLENCIA EN LA REGIÓN

A partir de la investigación y la reflexión sobre el problema de la violencia en América Latina, y particularmente en Colombia, he venido planteando las limitaciones de quedarse sólo en la descripción de las violencias y las dificultades de trabajar con el concepto de 'causa', cuyo origen del griego *aitía* tiene un significado de acusación, de atribuirle algo a alguien en un contexto de predominio jurídico-penal, y cuyas principales acepciones en latín se relacionan con: origen o principio, razón o explicación, y motivo o dirección de un determinado fenómeno. Además de la desviación hacia la culpabilidad, que en el campo de la salud concentró durante muchos años el trabajo explicativo en la búsqueda de agentes etiológicos, el trabajo con el concepto de causa ha llevado a frecuentes uncausalismos, totalmente contrarios a fenómenos tan complejos como la violencia. Por lo anterior, he venido proponiendo (Franco, 1996, 1999) la categoría 'contexto explicativo' como un recurso conceptual y metodológico más adecuado para tratar de entender fenómenos como la violencia.

¿Qué es un contexto explicativo? “Entiendo por contexto explicativo a un conjunto específico de condiciones y situaciones culturales, económicas y político-sociales en las cuales se hace racionalmente posible entender la presentación y el desarrollo de un fenómeno” (Franco, 1996:5). Entonces no es sólo el entorno situacional del acontecimiento sino también el entramado relacional que lo hace posible y entendible. Se trata, en términos lógicos, de una especie de punto intermedio entre la descripción y la causalidad. Intenta ir más allá de la primera, pero acepta con realismo quedarse más acá de la segunda. Difiere de la descripción en la medida en que, a partir de ella y del conocimiento disponible sobre el fenómeno en cuestión, intenta establecer relaciones, condiciones de posibilidad y explicaciones lógicas. Pero no se desvela por la causalidad ni pretende sustituirla.

En el desarrollo de las múltiples discusiones sobre la categoría en cuestión, sus posibilidades y sus dificultades, he logrado precisar que, ‘esencialmente, lo que pretende el contexto explicativo es identificar los procesos y las condiciones que hacen históricamente posible y racionalmente comprensible un fenómeno’. Obviamente, esto abriría las puertas para acciones de transformación de la realidad.

Puede establecerse una especie de ‘tipología de contextos’ en el sentido de diferenciar los diversos contextos en función de su naturaleza, de su sustancia constitutiva. Así puede hablarse, por ejemplo, de ‘contexto económico, contexto político, contexto cultural, contexto religioso’, etc. Y, por la complejidad misma de la realidad, es frecuente que los contextos no se encuentren puros, sino en diferentes y cambiantes composiciones. Así, nos encontramos con contextos económico-políticos, o socio-culturales, o jurídico-penales. Igualmente, al hablar del contexto explicativo de un fenómeno puede encontrarse que haya un contexto particular que en buena medida dé cuenta de él (un evento particular puede entenderse, por ejemplo, en un contexto de franco predominio religioso). Pero parece más frecuente que la explicación de eventos complejos se encuentre en la intersección de varios contextos. Creo que es el caso de la violencia en América Latina. Es tal su fuerza y complejidad actual que parecería ingenuo pretender explicarla a partir de una variable, de un factor o de un contexto particulares.

Por su propia naturaleza, el/los contexto(s) explicativo(s) de un fenómeno actual es ‘provisional’. En presente, su validez se la otorga su propia capacidad explicativa, su textura lógica, su consonancia con el desarrollo y las tendencias del acontecimiento. En perspectiva, se la confiere su confirmación histórica. Esta se logra en la medida en que, al irse desarrollando y superando el fenómeno, se vayan esclareciendo de forma definitiva su dinámica y sus perfiles y, por lo tanto, resulten consistentes las relaciones lógicas formuladas en los contextos explicativos. Este carácter provisorio desestimula a los buscadores pragmáticos tanto de respuestas definitivas como de acciones y curaciones inmediatas. Pero parece estar más próximo de la realidad, de la exigencia de búsquedas permanentes y de la necesidad de ensayar-corregir respuestas y soluciones tanto globales como puntuales.

En la aplicación de la categoría ‘contextos explicativos’ a la realidad colombiana se fue identificando también la importancia de diferenciar en cada contexto las ‘condiciones estructurales’ – entendidas como las raíces y expresiones más profundas y constantes de los contextos explicativos enunciados– de los ‘procesos coyunturales’, considerados como detonantes y como el combustible más próximo e inmediato del problema en estudio. Esta diferenciación es de especial importancia tanto para evitar confusiones explicativas y exclusiones deliberadas de ciertos factores, como para aportar a la superación de la histórica confrontación entre los ‘estructuralistas’ y los ‘coyunturalistas’ en el abordaje analítico y propositivo de problemas como la violencia.

Existen muchos elementos, aportados por el trabajo de varios investigadores e investigadoras que sirven para construir los contextos explicativos e identificar sus condiciones estructurales y sus procesos coyunturales de la violencia en la región. Pero es un trabajo que realmente exige un esfuerzo colectivo paciente y sistemático de quienes trabajamos y quienes trabajarán en este campo. Dicho esfuerzo supera cualquier pretensión y trabajo particular. Sólo a manera de estudio de caso y sin pretender sugerir ningún modelo generalizable o alguna extrapolación indebida a la situación latinoamericana, me permito enunciar sintéticamente algunas de las formulaciones logradas en torno a los contextos explicativos de la violencia colombiana actual.

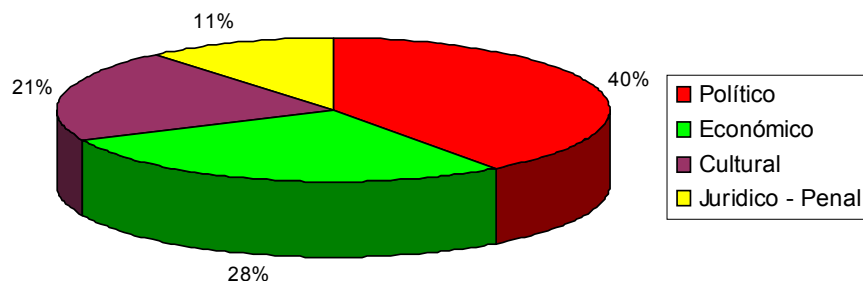
Como puede apreciarse en la Gráfica 3, construida a partir de entrevistas a diferentes actores, cruces de información y aportes teóricos previos de muchos autores, se han perfilado cuatro contextos principales de la violencia en el caso colombiano: uno predominante de carácter ‘político’, otro ‘económico’, un tercero ‘cultural’ y el cuarto, ‘jurídico-penal’.

El contexto ‘político’ tiene que ver fundamentalmente con el conflicto armado interno que vive el país; con la progresiva ausencia, suplantación y pérdida de legitimidad del Estado, agravada por los procesos de corrupción y la hipertrofia de los imperativos macroeconómicos sobre las respuestas a las necesidades sociales; con la intolerancia en el reconocimiento y la tramitación de las diferencias, y con el bajo nivel de organización y participación social y política del conjunto de la población.

El contexto ‘económico’ se relaciona en particular con la creciente inequidad en la distribución tanto de la riqueza, la tierra y los ingresos como del poder, los bienes sociales y los recursos de todo tipo. Forma también parte de este contexto el grave problema narco, que incluye los procesos de producción, procesamiento y mercantilización de sustancias psicoactivas que producen dependencia, problema que ahora se extiende también a las formas con las cuales el Estado lo ha venido enfrentando bajo las orientaciones e intereses de los Estados Unidos.

El contexto ‘cultural’ tiene tres componentes fundamentales, a saber: la cuestión de los valores (crisis, desfases, moral múltiple, falta de valores y pautas comunes); los problemas educativos, en especial la cobertura, calidad y métodos de los sistemas educativos formales e informales; y las dimensiones psicoafectivas.

Gráfica 3 - Contextos explicativos de la violencia en Colombia



Finalmente, el contexto 'jurídico-penal' tiene que ver con la impunidad dominante y casi interiorizada e institucionalizada, con el sistema judicial en buena parte inadecuado e infuncional, y con un sistema penitenciario desbordado y en crisis.

A la luz de los contextos explicativos anteriores, se identificaron tres condiciones estructurales: inequidad, impunidad e intolerancia, y tres procesos coyunturales: el conflicto armado interno, la actual configuración y funcionamiento del Estado, y el problema del narcotráfico. Esta matriz interpretativa, provisional e incompleta, permite sin embargo aportar elementos importantes para el abordaje del complejo problema de la violencia colombiana y, ojalá, para avanzar en el estudio y la comprensión de la violencia latinoamericana.

NIVELES DE IMPACTO DE LA VIOLENCIA SOBRE LA VIDA Y LA SALUD

En principio pueden diferenciarse 'tres niveles' principales en los cuales se percibe el impacto negativo que tiene la situación de violencia tanto sobre la vida como sobre el bienestar de la población y sobre el sector de la salud.

En primer lugar, la violencia está produciendo 'la pérdida de un gran número de vidas humanas en la región'. Ya se señaló que sólo por homicidios la región pierde 120.000 vidas humanas cada año. Pero, además, por suicidios se pierden en promedio 55.000 vidas más anualmente (OPS, 2002:305), especialmente en Cuba, Uruguay, Canadá y Estados Unidos, países que ocupan los primeros lugares en las tasas regionales de suicidio.

Pero no se trata sólo del número de vidas perdidas. Se trata además de que son vidas de altísimo costo social, pues dada la juventud de la mayoría de las víctimas –especialmente en el caso del homicidio– y el significado de muchas de ellas en diferentes campos, resultan pérdidas afectivas, económicas y políticas muy grandes e imposibles de recuperar. El indicador del número de años de vida potencial perdidos es muy elocuente. En el caso colombiano, por ejemplo, si la edad promedio de las víctimas es de 30 años, la esperanza de vida al nacer

es –para los hombres– próxima a los 68 años y se producen 25.000 homicidios al año, el país está perdiendo anualmente 950.000 años de vida potencial. ¿Y cómo medir además el impacto de la orfandad, la viudez, la tristeza y la descomposición familiar producidas por las violencias?

En segundo lugar: no cabe duda de que ‘la violencia constituye un serio factor de deterioro de la calidad de vida de la población’. Este efecto puede observarse tanto a nivel individual como colectivo. A nivel individual, las víctimas directas e indirectas de las diferentes formas de violencia experimentan sensaciones de dolor, impotencia, pérdida, tristeza, miedo, intranquilidad e inseguridad, todas ellas negativas para una vida digna y amable. El impacto se extiende entonces desde el nivel físico, en el cual se registran lesiones, se incrementan patologías y se pueden dar incapacidades y disfunciones de diferente tipo, hasta el psico-emocional, en el cual se producen alteraciones que pueden llegar hasta situaciones incompatibles con el normal desempeño cotidiano. Las alteraciones de los apetitos, del sueño, la ansiedad y la depresión son algunos ejemplos frecuentes de este tipo de consecuencias. La generalización de la violencia puede llevar también a cambios importantes en los estilos de vida de las personas. De hecho en ciertos casos se han modificado los horarios de algunas actividades sociales, se han reducido los espacios de movilización y recreación, y un número cada vez mayor de personas se ve forzado a recurrir a complejos mecanismos de seguridad, con la consiguiente pérdida de privacidad y el incremento de tensiones. A nivel colectivo, la violencia contribuye a destruir el tejido social, a desarticular los valores y las normas socialmente pautadas, a dificultar el funcionamiento de los mecanismos de reacción social, a generar actitudes de desconfianza, a deslegitimar ciertas instituciones y a crear un clima generalizado de desesperanza e incertidumbre. El exilio y los desplazamientos que produjeron las guerras y los conflictos político-militares en algunos países centroamericanos y del Cono Sur en las décadas de los 70 y los 80 del siglo pasado más el masivo desplazamiento actual de población colombiana como consecuencia del conflicto armado interno, son evidencias dolorosas del total deterioro de la calidad de la vida producido por ciertas formas de violencia.

En tercer lugar: ‘son múltiples y graves las consecuencias de la violencia actual sobre el sector Salud’. El sector se ha ido sobrecargando por la demanda asistencial a las víctimas directas e indirectas de la violencia, tanto en la fase aguda de los problemas –atención de urgencias, remisión inmediata, necropsias– como en el manejo de las secuelas físicas y psico-sociales, individuales y colectivas. Por el tipo de armas empleadas y por los incrementos de la crueldad, la atención de urgencias requiere niveles cada vez mayores de complejidad, con el consiguiente incremento de costos y recursos. Con un método y con indicadores bastante discutibles, un estudio en tres países de la región (Suárez, 1994) se arriesgó a estimar entre US\$ 3.600 millones y US\$ 5.600 millones el costo de las atenciones a las víctimas de la violencia. Según el mismo estudio, “este monto representa entre el 4 y el 7% del gasto nacional en salud (público y privado) del conjunto de países de la región” (Suárez, 1994:36). Un estudio realizado a finales del siglo pasado en seis países de América Latina (Londoño, & Guerrero, 1999) estimó los costos de la atención médica a las víctimas de las violencias en US\$ 2.000 millones, y la pérdida

de capital humano por la muerte o discapacidad de las víctimas en US\$ 17.000 millones. Para 1997, se estimaba que la atención a las víctimas de la violencia en Colombia consumía entre una tercera y una cuarta parte de los recursos y de la planta instalada tanto física como de recursos humanos de las instituciones de salud.

El carácter generalmente urgente de la demanda asistencial por violencia hace también que se desplace la atención de otras patologías y de otro tipo de pacientes, generándose una postergación de problemas de alta prevalencia, de gran importancia social y, en ocasiones, de mal pronóstico.

Hay un aspecto al cual, en mi concepto, no se le ha prestado suficiente atención: es el impacto que la violencia está teniendo sobre los contenidos y los procesos de formación del personal de salud. En la práctica, al enfrentar el personal sanitario su papel en la atención a las víctimas de las diferentes formas de violencia y –más aún– al ejercer su profesión en situaciones y áreas de conflicto armado, evidencia una serie de carencias, desconocimientos e inadecuaciones que en algunos casos tienen consecuencias graves tanto para el propio personal como para las instituciones sanitarias y la población atendida. El cuestionamiento implica los contenidos transmitidos en el proceso de formación, los métodos de aprendizaje, las destrezas adquiridas, los valores cultivados y las prácticas institucionalizadas del ejercicio profesional.

Finalmente, en casos de conflicto armado interno o internacional, se registran con frecuencia graves infracciones la Misión Médica. Lo sucedido recientemente en la invasión de los Estados Unidos y Gran Bretaña a Irak, y lo que sucede casi cotidianamente en el conflicto colombiano, obliga a una breve consideración sobre el tema. Se entiende por Misión Médica (MM) el conjunto de personas, acciones, instituciones y recursos dedicados a atender los problemas de salud de la población y, en momentos de conflicto, a atender las víctimas de todos los frentes. Pues bien, la información de prensa fue suficientemente explícita en el desconocimiento sistemático del Derecho Internacional Humanitario y en las graves violaciones a la MM por parte de las fuerzas enfrentadas en territorio iraquí. Según un estudio realizado por el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR, 1998) sobre infracciones a la misión médica en el conflicto armado colombiano, entre 1995 y 1998 se produjeron 468 infracciones. La mayor parte de ellas se refería a acciones contra la vida y la integridad personal, seguidas por los atentados contra la infraestructura sanitaria. En el mismo período, 341 personas vinculadas al sector fueron víctimas directas del conflicto, 56 de ellas asesinadas. Según la entidad gremial que agrupa a los trabajadores de hospitales y clínicas del país (Anthoc, 2003) en los 30 meses comprendidos entre 2001, 2002 y hasta junio de 2003, se registraron un total de 654 infracciones contra la MM en Colombia, incluyendo 93 asesinatos de funcionarios o de personal bajo protección médica. Un estudio reciente sobre el tema, realizado en 11 municipios de dos departamentos del país (Báez, Madroñero & Franco, 2003) llama la atención sobre dos aspectos de especial importancia: el desconocimiento generalizado del Derecho Internacional Humanitario y de la Misión Médica por parte del personal que trabaja en el sector Salud incluso en áreas de intenso conflicto armado –el 52% del personal interrogado manifestó no tener ningún

conocimiento sobre el DIH y otro 44% afirmó tener escaso conocimiento del mismo– y la casi total ausencia de apoyo por parte del Estado y de entidades no gubernamentales: el 98% de los entrevistados manifestó no haber recibido ningún tipo de apoyo y sólo un 2% reconoció haber recibido algún apoyo de índole laboral.

ALGUNOS RETOS Y PROPUESTAS DESDE LA SALUD PÚBLICA FRENTE A LA VIOLENCIA EN LA REGION

Como se ha ido viendo a lo largo de este documento, son múltiples tanto los desafíos como las posibilidades que la violencia le plantea al sector Salud en la región. Antes de enunciar algunos de ellos, conviene insistir en dos de los errores más frecuentes en el abordaje de la violencia desde la salud.

Posiblemente la respuesta más inadecuada que puede dar el sector Salud a la violencia es ‘el desconocimiento, la inconsciencia y la apatía ante el problema’. Como consecuencia tanto del actual proceso formativo de los profesionales y técnicos del sector como del mecanismo psicológico de negación del problema, agravado en ocasiones por el papel inadecuado de algunos medios de comunicación al convertir la violencia en mercancía que vende en acontecimiento ajeno y distante, varias instituciones y muchas personas del sector actúan como si el problema de la violencia fuera ajeno y hubiera que esperar a que la respuesta y la solución vinieran de otras personas, instituciones o países. Es preciso reconocer que esta actitud de inconsciencia y apatía sigue predominando en buena parte de las instituciones dedicadas a la formación del personal de salud y en muchas de las que tienen a su cargo la orientación y la administración sectoriales. La gravedad de la situación hace tiempo que demanda un cambio fundamental de este tipo de actitudes.

La otra respuesta inadecuada del sector Salud consiste en tratar de ‘medicalizar la violencia’. Es decir: pretender transferir la lógica del saber médico al abordaje, comprensión y enfrentamiento de la violencia, y –por consiguiente– las estrategias, mecanismos y métodos de intervención dominantes del sector. Se pretende así entender la violencia como una enfermedad, con su historia natural, sus factores de riesgo, sus síntomas y signos. Y, peor aún, se procede entonces a enfrentarla como tal –como una enfermedad– señalando los agentes patógenos y las víctimas inocentes, y aplicando terapias individuales o ensayando intervenciones puntuales. Se da por descontado que el saber médico puede hacer aportes significativos a la comprensión de ciertas dimensiones de la violencia a escala individual y colectiva, que el personal de salud debe participar activamente en el abordaje del problema y en la construcción de alternativas de superación, y que es preciso incluir ciertas medidas preventivas e intervenciones directas en su enfrentamiento. Lo que se critica no son los aportes positivos del saber y el hacer médicos y del personal del sector, sino el intento de reducir el problema al esquema clínico-asistencial y a la racionalidad biológica-individual, el intento de apropiarse de manera excluyente de un problema cuya naturaleza trasciende la parcelación reinante del saber y del hacer científico-social de las personas y las instituciones.

Partiendo de las respuestas más específicas y culminando con retos y tareas de mayor interacción social, se enuncian a continuación algunos de los campos en los cuales el sector de la salud y sus integrantes podemos y debemos hacer aportes importantes a la comprensión, enfrentamiento y superación de las distintas formas de violencia.

- Adecuada atención a las víctimas. Es la expectativa social más inmediata. Al sector le corresponde la atención y eventual recuperación de las víctimas de las distintas formas de violencia. Y debe hacerlo de manera oportuna, adecuada y eficiente. Para lograrlo se requieren transformaciones de fondo, tanto en el proceso formativo del personal como en la estructuración, distribución y funcionamiento de los servicios asistenciales. No es lo mismo atender una enfermedad del tracto génito-urinario femenino que a la víctima de una violación sexual. Ni supone la misma espera una enfermedad crónica que una herida de bala en el corazón o en el pulmón. Obviamente los cambios y las adecuaciones requieren la aceptación y comprensión del problema, más el tiempo y los recursos necesarios para implementarlos.

Es conveniente resaltar también la corresponsabilidad que tiene el sector en el ‘registro cuidadoso y sistemático de los eventos violentos’. La carencia, la irregularidad o la inconsistencia en los registros dificulta el mejor conocimiento y limita las posibilidades de dar una respuesta adecuada al problema. Dadas las implicaciones legales que puede tener la atención de muchos hechos violentos, deben discutirse y definirse conjuntamente con otros sectores los niveles de responsabilidad legal del sector Salud.

- Prevenir lo prevenible de las violencias. Un ejemplar de la revista de la Asociación Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco, 1999) se dedica en su totalidad a discutir y aportar en torno a una pregunta: “¿Es posible prevenir la violencia?”. La discusión sigue abierta, pero resulta claro que la prevención tiene tanto límites como posibilidades al momento de abordar problemas de cierta complejidad, como la violencia. Además ya existe cierta experiencia acumulada –en algunos casos, exitosa– en acciones de prevención de determinadas formas de violencia.

Si bien es cierto que el modelo y las prácticas de prevención tienen sus propias limitaciones y sería un error pretender resolver el complejo y cambiante problema de la violencia sólo mediante ellas, es válido el aporte que el sector Salud ha hecho y puede seguir haciendo en identificar procesos y factores en los cuales se puede intervenir para prevenir situaciones, conductas y hechos violentos. Los ejemplos concretos los constituyen las campañas para reducir el consumo de alcohol y la portación de armas, y su disponibilidad en ambientes familiares y estudiantiles. Hay todavía un vasto campo de acciones preventivas posibles para reducir violencia, identificarlas e implementarlas es en buena parte responsabilidad del sector y de su personal.

- Promoción de la salud. Es otra área de grandes posibilidades para contribuir al enfrentamiento de las violencias. Tiene como ejes el señalamiento y defensa del derecho a la vida y a la salud como un derecho fundamental, la construcción colectiva de valores positivos –como la solidaridad, la equidad, la tolerancia a la diferencia– y de pautas de conducta coherentes con dichos valores, y la prioridad del bienestar al momento de las decisiones individuales y colectivas. Es un campo de acción complejo pero muy promisorio, que implica transformaciones de fondo en los valores, los criterios y las prácticas, al tiempo que se empeña en hacer de la vida en dignidad y de la salud el objetivo central de la

sociedad y del Estado. En general, el trabajo en promoción de la salud es aún embrionario en el campo de la violencia.

- Mejorar la formación del personal de salud. Se enunciaron anteriormente las graves carencias existentes en la formación del personal del sector tanto en los aspectos conceptuales como actitudinales, de destrezas específicas para entender y enfrentar el problema y las consecuencias de las violencias. Sigue siendo muy escaso el tiempo dedicado a esta temática en el proceso de formación técnica, profesional y especializada en salud. La ignorancia generalizada sobre el tema del Derecho Internacional Humanitario en un país en guerra es, como ejemplo, un indicador preocupante al respecto. Pero hay también graves vacíos en aspectos éticos, históricos, psicológicos, de modelos de atención específicos para algunas de las situaciones más complejas planteadas por las violencias, y aún en cuestiones de tipo técnico-operativo.

Posiblemente, el mejor mecanismo para superar estas carencias no sea el de crear nuevas cátedras, sino el de integrar la temática de la violencia en las asignaturas y áreas del saber ya existentes. Pero esto supone la existencia de personal con el interés y la formación suficientes para saber producir y transmitir conocimientos sólidos, destrezas adecuadas y, en especial, una actitud responsable y positiva ante la magnitud y dinámica del problema.

- Intensificar la investigación y el debate. En términos relativos, la violencia es mucho menos estudiada y debatida en el sector Salud que otros problemas de menor prevalencia y magnitud. Es urgente darle mayor presencia en la investigación, en la construcción de conocimiento y en los debates académicos de este sector. Se requieren los aportes de la epidemiología, la clínica, la fisiología, la psiquiatría, la pediatría y muchos otros campos del saber médico para comprender —de la mano con la economía, la historia, la antropología, la sociología, la ética y el derecho— la racionalidad, la lógica y las dinámicas de la guerra y las violencias. Debe ser un esfuerzo descriptivo y analítico, cualitativo y cuantitativo, local y regional, nacional e internacional. Y debe llevar no sólo a conocer mejor sino también a ayudar a superar el problema.
- Respeto al Derecho Internacional Humanitario y a la Misión Médica. Este aparte se refiere específicamente a países en situaciones de guerra civil o internacional. El respeto al DIH implica la aceptación explícita y práctica por parte de todos los actores de la guerra a los mínimos éticos y humanitarios que deben acatarse justamente en situación de guerra, y a los cuales se ha llegado a partir de experiencias trágicas en múltiples conflictos internacionales anteriores. En la guerra colombiana actual el respeto al DIH y a la MM significa como mínimo: no más sevicia con las víctimas; excluir a los niños y a la población civil del conflicto y garantizar el pleno cumplimiento de las distintas actividades relacionadas con la misión médica. Esas tres condiciones incluyen una gran variedad de situaciones concretas, entre las cuales merecen destacarse: el respeto a los heridos y a los cadáveres; la no utilización indebida de ambulancias, hospitales y lugares e insumos dedicados a la atención de enfermos y heridos; detener las masacres y demás formas de asesinato en condiciones de indefensión; no forzar al personal dedicado a la atención médica a realizarla en condiciones indebidas o contrarias a sus principios éticos; no seguir desollando o descuartizando a las víctimas o empleando métodos de asesinato tan bárbaros como las sierras eléctricas. El nivel de degradación al cual ha llegado el conflicto armado colombiano, hace más urgente la reacción social y el compromiso de todos los sectores y en particular del sector de la salud, por lograr la inmediata y plena vigencia del DIH y del respeto a la Misión Médica.

- La salud como campo de construcción y ejercicio de la ciudadanía. Más allá de la identidad profesional y del consiguiente ejercicio científico-técnico, quienes pensamos y trabajamos en salud tenemos también nuestra naturaleza político-social, es decir: somos ciudadanos. Como tales hacemos parte de una sociedad determinada y de la sociedad global; tenemos derechos civiles y políticos y tenemos también responsabilidades ante los diferentes colectivos de los que participamos. El doble carácter profesional y ciudadano nos obliga a entender la especificidad de las enfermedades y problemas de salud, y al mismo tiempo a trascender lo inmediato y avanzar hacia las raíces estructurales y las interacciones más complejas de los fenómenos político-sociales. Por eso también la práctica nos demanda un ejercicio profesional serio y neutral, y un ejercicio ciudadano activo, participante y tolerante.

Todo lo anterior implica que en el caso concreto del abordaje de la violencia requerimos simultáneamente de conocimientos médicos especializados, y de conocimientos sólidos en las áreas y disciplinas que ayudan a la comprensión de la violencia, como la historia, la economía, la sociología y la antropología. Igualmente, es preciso prestar adecuados servicios asistenciales tanto clínicos como preventivos y al mismo tiempo contribuir a la vigencia de valores y prácticas políticas que hagan posible eliminar los factores y condiciones que hacen posible o estimulan las violencias. El trabajo por la equidad, por la democracia real, por el respeto al valor de la vida, por la garantía del derecho a la salud y por políticas de salud que den vida a esos valores, esto forma parte del ejercicio ciudadano y de la acción social por enfrentar la violencia.

No es correcto pretender ocultar la apatía y el desinterés detrás de una presunta neutralidad técnico-instrumental. La necesaria neutralidad en la prestación de servicios asistenciales a todas las víctimas de cualquier forma de violencia no exime al personal sanitario de su obligación ciudadana de pensar y actuar como sujeto político ante las múltiples violencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRASCO. Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva. *É possível prevenir a violência? Ciência e Saúde Coletiva*, 4(1), 1999.
- ANTHOC. Asociación Nacional de Trabajadores de Hospitales y Clínicas. Resumen de las infracciones a la Misión Médica atendidas al 2003. Bogotá: Anthoc, 2003. (Policopiado.)
- BÁEZ, L.; MADROÑERO, V. & FRANCO, S. El conflicto armado interno y su impacto sobre la misión médica en Colombia: el caso de once municipios de Nariño y Boyacá. *Revista Odontología Unacional*, 22(2):23-29, jun. 2003.
- CICR. Comité Internacional de la Cruz Roja. *Infracciones a la Misión Médica en el Conflicto Armado Colombiano 1995-1998*. Bogotá: CICR, 1998.
- DE ROUX, G. *Ciudad y Violencia en América Latina*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1993.
- FRANCO, S. *Contextos Explicativos de la Violencia en Colombia*, 1996. Proyecto de Tesis para optar el título de Doctor en Salud Pública, Río de Janeiro: Escuela Nacional de Salud Pública de la Fundación Oswaldo Cruz, Santafé de Bogotá.
- FRANCO, S. Violence and health in Colombia. *Pan American Journal of Public Health*, 2(3):170-180, 1997.

- FRANCO, S. *El Quinto: No Matar. Contextos explicativos de la violencia en Colombia*. Bogotá: Iepri, Universidad Nacional, Tercer Mundo Editores, 1999.
- FRANCO, S. & FORERO, L. J. Salud y paz en un país en guerra: Colombia, año 2002. In: FRANCO, S. et.al. (Eds.) *La Salud Pública Hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en Salud Pública*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2003.
- INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. *Forensis 2001: datos para la vida*. Bogotá: INMLCF, 2001.
- LONDOÑO, J. L. & GUERRERO, R. *Violencia en América Latina: epidemiología y costos*. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo, 1999. (Documento de trabajo R-375)
- MINAYO, M. C. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(supl.1):07-18, 1994.
- MINAYO, M. C. et al. *Fala, Galera: juventude, violência e cidadania na cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *La Salud en las Américas*. Washington: OPS, 2002. Vols. I y II. (Publicación científica y técnica, 587)
- SUÁREZ, R. *El Impacto Económico de la Violencia sobre las Instituciones de Salud en Países de América Latina y el Caribe: informe preliminar*. Washington: Interact Consulting Group Inc., 1994.
- WHO. *World Health Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization, 2002.