

Boletín de Vigilancia  
**Enfermedades No Transmisibles  
y Factores de Riesgo**

Junio 2012

ESTRATEGIA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL  
DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES.  
COMPONENTE: VIGILANCIA



## **Boletín de vigilancia N°5**

# Enfermedades No Transmisibles y Factores de Riesgo

**Junio de 2012**

**Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles.**

**Componente: vigilancia**

---

## AUTORIDADES

*Sra. Presidenta de la Nación*

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

*Sr. Ministro de Salud*

Dr. Juan Luis Manzur

*Sr. Secretario de Promoción y Programas Sanitarios*

Dr. Máximo Diosque

*Sra. Subsecretaria de Prevención y Control de Riesgos*

Dra. Marina Kosacoff

*Sr. Director de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles*

Dr. Sebastián Laspiur

**Coordinador del área de vigilancia de Enfermedades No Transmisibles**

Dr. Daniel Ferrante

**Editor general**

Dr. Jonatan Konfino

**Participaron en este número**

Dr. Daniel Ferrante

Dr. Mariana Galante

Lic. Lucila Goldberg

Lic. Oscar Incarbone

Lic. Ana King

Dr. Jonatan Konfino

Dra. Clotilde Ubeda

Lic. Luciana Zarza

**Agradecimientos:** Dra. Andrea Rodríguez Llach, Lic. Ana Paula Morra

Junio de 2012

DIRECCIÓN POSTAL

Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles

Ministerio de Salud de la Nación

Av. 9 de Julio 1925, Piso 9°

(C1073ABA) Cdad. Autónoma de Buenos Aires, República

[www.msal.gov.ar/ent](http://www.msal.gov.ar/ent)

[vigilanciaent@msal.gov.ar](mailto:vigilanciaent@msal.gov.ar)

## Prefacio

---

Los *Boletines de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles* tienen como objetivo difundir información relacionada a la vigilancia de ENT que permita fortalecer los sistemas locales. Están dirigidos a decisores de salud y áreas de epidemiología, tanto a nivel nacional como provincial.

En la presente publicación se incluyen 2 capítulos que se refieren a temas de manifiesta trascendencia en la epidemia de enfermedades no transmisibles: actividad física y lesiones (en este caso homicidios).

El artículo de actividad física realiza un análisis de la evolución de este factor de riesgo desde el año 2005 hasta el año 2009, incorporando variables al análisis que permitan contextualizar dicha evolución y orientar políticas para mejorarla.

En cuanto al capítulo de homicidios, analiza la evolución de los mismos desde 1989 a 2009 y profundiza el análisis de datos de violencia de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009.

## INDICE

---

1. Evolución del Nivel de Actividad Física en Argentina, 2005 a 2009 *pag. 7*
2. Perfil epidemiológico de los homicidios en Argentina, 1989 a 2009 *pag.25*

Boletín de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles  
y Factores de Riesgo Nro. 5

---

## Evolución del Nivel de Actividad Física en Argentina 2005 a 2009

---

páginas 7 a 26





# Evolución del Nivel de Actividad Física en Argentina 2005 a 2009

## RESUMEN EJECUTIVO

La inactividad física en el mundo es responsable de 3,2 millones de muertes anuales, lo que representa el 5,5% del total de defunciones, con un alto impacto en mujeres y adultos mayores. En América Latina las dos principales causas de muertes atribuibles, presión arterial elevada e índice de masa corporal (IMC) elevado, están asociadas a la falta de actividad física.

El objetivo del presente capítulo es analizar la evolución de la inactividad física desde 2005 e identificar las distintas variables y determinantes sociales que influyen en la actividad física.

Se analizó el módulo de actividad física de ENFR 2005 y 2009. Se utilizaron como indicadores socioeconómicos y determinantes sociales el nivel educativo del encuestado y el nivel de ingresos del hogar. A su vez se analizaron las barreras a realizar actividad física con datos de la ENFR 2009.

En la ENFR 2009, a nivel nacional, se observó una prevalencia de actividad física baja mayor a la registrada en la ENFR 2005: en 2009 la inactividad física creció un 18% respecto de la primer encuesta nacional realizada (46,2% en 2005 a 54,9% en 2009). Se observó una correlación entre diabetes e inactividad física, evidenciando que a mayor incremento en la inactividad física mayor crecimiento de la prevalencia de diabetes. Las mujeres y los adultos mayores presentaron mayores niveles de inactividad física. Se observó una relación directa con el nivel educativo y nivel de ingreso.

Se detectó una importante disminución de la actividad física en 4 años. La evidencia de que la actividad física baja es mayor en los segmentos de menor nivel educativo y socioeconómico, y que fueron estas poblaciones las que más empeoraron en este indicador, nos obliga a diseñar estrategias focalizadas a esta población.

## Introducción

La inactividad física en el mundo es responsable de 3,2 millones de muertes anuales, lo que representa el 5,5% del total de defunciones<sup>3</sup>, con un alto impacto en mujeres y adultos mayores<sup>4</sup>. En América Latina las dos principales causas de muertes atribuibles, presión arterial elevada e índice de masa corporal (IMC) elevado, están asociadas a la falta de actividad física, al igual que el colesterol elevado, ubicado en el 5to lugar de causas de muertes atribuibles. En suma, estos tres factores de riesgo representan el 49% de las muertes atribuibles en América Latina (Gráfico 1).

Esta dificultad se enmarca dentro de los denominados “factores de riesgo modificables” que, al igual que el tabaquismo y la alimentación no saludable, son considerados los principales determinantes de las enfermedades no transmisibles (ENTs). Ellos impactan muchas veces en los “factores de riesgo intermedios”, como la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y la obesidad, que determinan un incremento de la morbilidad y mortalidad cardiovascular y por cáncer.

Desde la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles del Ministerio de Salud de la Nación se implementan acciones de vigilancia de ENTs<sup>1</sup>, a fin de contar con información oportuna, válida y confiable para analizar el comportamiento de los distintos factores de riesgo y sus determinantes en los diferentes grupos a lo largo del tiempo. El Sistema de Vigilancia de ENTs contempla la vigilancia de mortalidad, morbilidad y factores de riesgo y en relación al último componente, se destacan la Primera y Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) en todo el país, en los años 2005 y 2009.

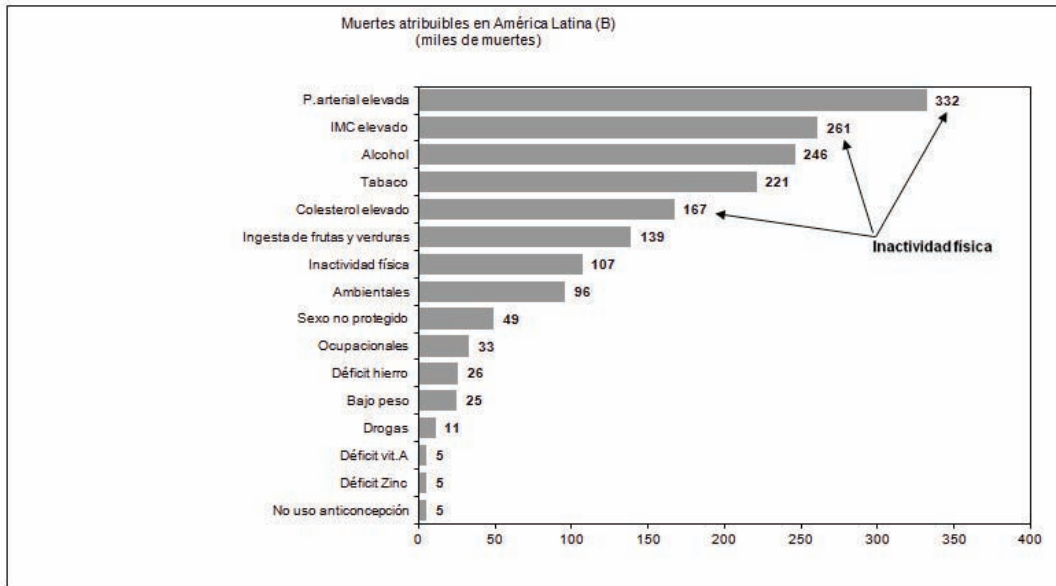
Bajo esta perspectiva, la Comisión sobre Determinantes Sociales de Salud de la Organización Mundial de la Salud, creada en el año 2005, propuso tres principios de acción<sup>2</sup>:

1. Mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece.
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, esto es, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, a nivel mundial, nacional y local.
3. Medir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública sobre estos aspectos.

La actividad física regular disminuye la morbimortalidad, reduciendo la incidencia de enfermedad cardiovascular, diabetes, hipertensión, obesidad, depresión y osteoporosis<sup>5</sup>, así como también la incidencia de algunos cánceres como colon y mama. A su vez mejora la evolución de diversas enfermedades como la enfermedad coronaria, la insuficiencia cardíaca, la diabetes y la depresión<sup>5</sup>.

Hay evidencia de que las intervenciones para estimular la actividad física son costoefectivas<sup>6</sup>. Se trata de medidas *poblacionales* de importante

**Grafico 1. Muertes atribuibles en América latina (en miles)**



efectividad como: programas escolares o laborales, cambios en el entorno como mejoría del acceso a lugares para realizar actividad física, cambios de urbanización y transporte, organización de actividades comunitarias, cambios en las currículas escolares y estrategias comunicacionales a nivel local<sup>4</sup>. Así mismo, hay evidencia de intervenciones *individuales* que demostraron ser útiles para aumentar la duración de la actividad física y reducir el colesterol<sup>7</sup>, como intervenciones para adultos en atención primaria de la salud a través de consejería<sup>8</sup>, intervenciones basadas en la web<sup>9</sup> y por vía telefónica<sup>10</sup> y programas en escuelas combinados con intervenciones a nivel familiar y comunitario<sup>11</sup>. La Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud de la Organización Mundial de la Salud y su adaptación para América Latina y el Caribe a través de la Organización Panamericana de la Salud recomienda, para la población adulta, realizar un nivel mínimo de 30 minutos de actividad física regular de intensidad moderada la mayor cantidad de días de la semana<sup>12</sup>, en tanto que para

niños y adolescentes se recomienda un nivel de 60 minutos diarios.

Para comprender de manera adecuada la dinámica de la prevención en salud, específicamente en las ENTs, debe encararse el análisis de los factores de riesgo considerando la gran influencia que el entorno social tiene sobre ellos. El reconocimiento del contexto en el cual se desenvuelven los individuos, en tanto variable fundamental para comprender el riesgo de adquirir o no una patología o un factor de riesgo, ha aumentado notablemente en los últimos 10 años, si bien hace más de 60 el Dr. Ramón Carrillo advirtió su trascendental importancia a través del concepto de “medicina social”. Actualmente se consideran “*determinantes sociales de la salud*”, a aquellas condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven y envejecen (incluyendo el trabajo, la educación y el sistema de salud). Estos factores están a su vez determinados por fuerzas políticas, sociales y económicas que delimitan las posibilidades de que un individuo crezca, se

desarrolle y tenga una vida próspera, o de que ésta se malogre.

El objetivo del presente trabajo es analizar la evolución de la inactividad física desde 2005 e identificar las distintas variables y determinantes sociales que influyen en la misma.

## MATERIAL Y MÉTODO

La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) es un estudio de corte transversal que forma parte del Sistema de Vigilancia de ENTs. Permite vigilar y estimar las prevalencias de los factores de riesgo (FR) para ENTs y evaluar sus tendencias, a través de su implementación periódica (cada 4 años) a lo largo del tiempo<sup>13</sup>.

La ENFR se implementó por primera vez en el año 2005 y se repitió en el 2009. Las áreas temáticas incluidas fueron las mismas en ambas y los cambios referidos a la metodología y al cuestionario se minimizaron para asegurar la comparabilidad entre ambas. En la última ENFR, se incluyó un módulo complementario de actividad física en el cual se indagó sobre barreras para la actividad física y preferencias para la realización de deportes.

Para cuantificar la actividad física, se indagó sobre la realización de actividades físicas en 3 niveles: intenso, moderado y bajo, y también se consultó sobre la realización de caminatas, todo durante la última semana de referencia. Las preguntas fueron adaptadas del cuestionario IPAQ<sup>14</sup> (Internacional Physical Activity Questionnaire), que permite segmentar a la población en inactivos y activos y medir el nivel de actividad en la última semana. De acuerdo a las recomendaciones del cuestionario IPAQ se categorizó el nivel de actividad física de la siguiente forma:

- **Nivel Bajo:** sin actividad reportada o no incluida en niveles moderado o alto.

- **Nivel Moderado:** cualquiera de los siguientes criterios:
  - 3 ó más días de actividad intensa de al menos 20 minutos por día; o
  - 5 ó más días de actividad moderada y/o caminata de al menos 30 minutos; o
  - 5 ó más días de cualquier combinación de caminata, moderada o intensa llegando a 600 METS-minutos por semana.
- **Nivel Intenso:** cualquiera de los siguientes criterios:
  - actividad intensa 3 días acumulando 1500 METS-minutos por semana
  - 6 o más días de cualquier combinación (caminata, moderada, intensa) acumulando 3000 METS-minutos por semana.

Las actividades **moderadas** fueron consideradas aquellas que requerían respirar algo más rápido y realizar algún esfuerzo (por ejemplo tareas domésticas, andar en bicicleta lentamente, natación recreativa, etc.); las **intensas**, aquellas que requerían respirar mucho más rápido y realizar un esfuerzo físico mayor (por ejemplo correr, trabajos manuales como construcción, deportes colectivos como fútbol, etc.)

Por último, se utilizaron como indicadores socioeconómicos y determinantes sociales el nivel educativo del encuestado y el nivel de ingresos del hogar. El primero se categorizó en: primaria incompleta, primaria completa/secundaria incompleta y secundaria completa o más. El nivel de ingresos se categorizó según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) en decilos, siendo los 4 decilos inferiores el nivel más bajo, los siguientes 4 decilos siguientes el nivel intermedio y los 2 decilos superiores el nivel más alto de ingreso.

Las prevalencias de cada factor de riesgo a nivel

provincial, regional y nacional, según las diferentes variables socioeconómicas, se expresaron de manera ponderada, considerando el diseño muestral complejo. Se realizaron proyecciones para la prevalencia de la inactividad física en los próximos años según el estado actual del indicador y considerando la puesta en práctica de políticas recomendadas, utilizando modelos poblacionales, datos demográficos (natalidad, mortalidad en función de los datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud-DEIS- e INDEC) y prevalencia de inactividad física de las ENFR 2005 y 2009.

Los análisis estadísticos fueron realizados con STATA versión 11.0 (STATA Corp; College Station, TX) para análisis de encuestas y STELLA versión 9 para proyecciones poblacionales.

A lo largo de este informe se presentarán los resultados referidos a **actividad física baja** o **“inactividad física”**, por su importancia epidemiológica y por la necesidad de focalizar políticas de promoción hacia toda la comunidad.

## RESULTADOS

En la ENFR 2009, a nivel nacional, se observó una prevalencia de actividad física baja mayor a la registrada en la ENFR 2005: en 2009 la inactividad física creció un 18% respecto de la primer encuesta nacional realizada (46,2% en 2005 a 54,9% en 2009). (Tabla 1).

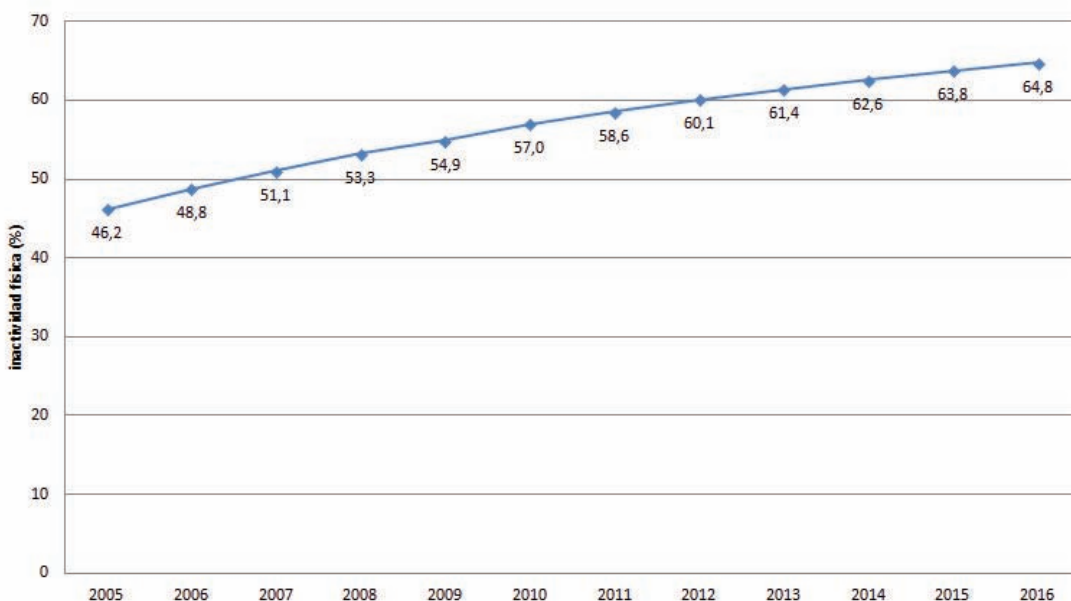
**Tabla 1. Actividad física baja 2005-2009. Fuente ENFR 2005 y 2009**

	ENFR 2005		ENFR 2009	
	Total	IC 95%	Total	IC 95%
inactividad física	46,2%	(45,1%-47,3%)	54,9%	(53,9%-55,9%)

El aumento de inactividad física en el último tiempo es notable y sugiere que en caso de no realizarse intervenciones apropiadas la prevalencia de inactividad física será de 64,8% en el año 2016. (Gráfico 2).

Esta progresión no ha sido uniforme en toda la población, siendo necesario profundizar el análisis para identificar grupos con mayor vulnerabilidad a esta epidemia.

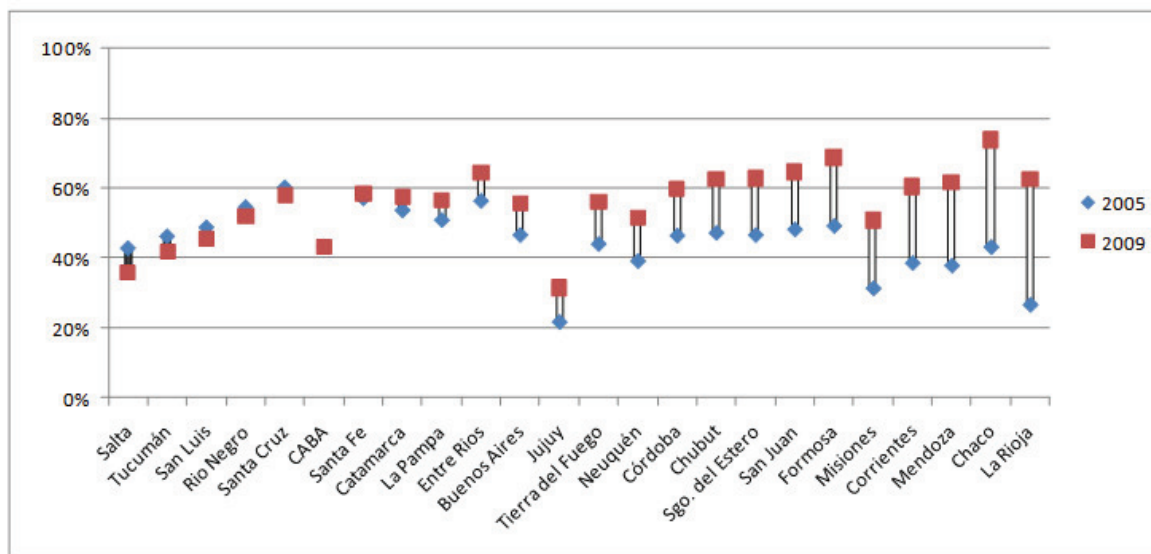
Gráfico 2. Proyección demográfica de inactividad física 2005-2016. Fuente: elaboración propia



A nivel provincial la provincia de Chaco evidenció la mayor prevalencia de actividad física baja (73,8%), ubicándose, junto con La Rioja, entre las provincias que más incrementaron este indicador en relación al ENFR 2005; mientras tanto, la provincia de Jujuy registró los niveles más bajos de actividad física

baja (31,5%), constituyendo el grupo de provincias que presentaron pequeñas diferencias respecto a los resultados de la encuesta realizada en 2005. (Gráfico 3).

**Gráfico 3. Actividad física baja por provincias 2005-2009. Fuente: ENFR 2005 y 2009**



Provincias ordenadas según incremento de la actividad física baja

**Análisis geográfico y sociodemográfico**

A nivel regional, la región Noroeste presentó menor prevalencia de actividad física baja, mientras que las

regiones Pampeana y Patagonia presentaron mayores prevalencias. (Tabla 2).

**Tabla 2. Prevalencia de inactividad física 2005-2009 según provincias y regiones (Población Total). Fuente ENFR 2005 y 2009**

Inactividad física	ENFR 2005	IC 95%		ENFR 2009	IC 95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Buenos Aires	46,6%	43,9%	49,4%	55,6%	53,6%	57,6%
CABA	43,3%	40,0%	46,7%	43,3%	39,9%	46,9%
Córdoba	46,4%	42,0%	51,0%	59,8%	56,7%	62,8%
Entre Ríos	56,4%	51,8%	60,9%	64,4%	60,1%	68,5%
Santa Fe	57,2%	53,7%	60,8%	58,4%	55,4%	61,4%
La Pampa	50,9%	45,1%	56,8%	56,5%	52,0%	60,8%
Pampeana y GBA	47,7%	45,9%	49,6%	55,1%	53,7%	56,5%
Catamarca	53,7%	47,7%	59,6%	57,4%	53,0%	61,8%
Jujuy	21,5%	17,0%	26,7%	31,5%	28,1%	35,2%
La Rioja	26,5%	23,0%	30,3%	62,6%	58,9%	66,3%
Salta	42,8%	37,7%	48,1%	35,8%	32,7%	39,0%
Sgo. del Estero	46,6%	41,4%	51,8%	62,8%	57,8%	67,5%
Tucumán	46,2%	41,4%	51,0%	41,9%	37,7%	46,2%
Noroeste	40,9%	38,6%	43,1%	44,3%	42,5%	46,1%
Corrientes	38,5%	33,6%	43,6%	60,5%	56,5%	64,4%
Chaco	43,1%	38,7%	47,6%	73,8%	69,9%	77,3%
Formosa	49,2%	40,4%	58,1%	68,7%	64,6%	72,5%
Misiones	31,2%	27,0%	35,8%	50,8%	46,0%	55,5%
Noreste	39,4%	36,6%	42,3%	63,3%	61,0%	65,5%
Chubut	47,2%	42,9%	51,6%	62,5%	58,3%	66,6%
Neuquén	39,1%	35,0%	43,4%	51,5%	47,5%	55,5%
Rio Negro	54,6%	50,4%	58,8%	51,9%	47,4%	56,4%
Santa Cruz	60,3%	55,1%	65,3%	57,9%	54,3%	61,3%
Tierra del Fuego	44,0%	38,1%	50,0%	56,2%	52,5%	59,9%
Patagonia	48,6%	46,4%	50,8%	55,4%	53,3%	57,5%
Mendoza	37,8%	34,4%	41,3%	61,5%	57,6%	65,3%
San Juan	48,2%	43,1%	53,4%	64,6%	59,1%	69,6%
San Luis	48,8%	43,7%	53,9%	45,6%	41,7%	49,5%
Cuyo	42,1%	39,2%	44,9%	59,7%	57,0%	62,4%
TOTAL	46,2%	44,8%	47,6%	54,9%	53,9%	55,9%

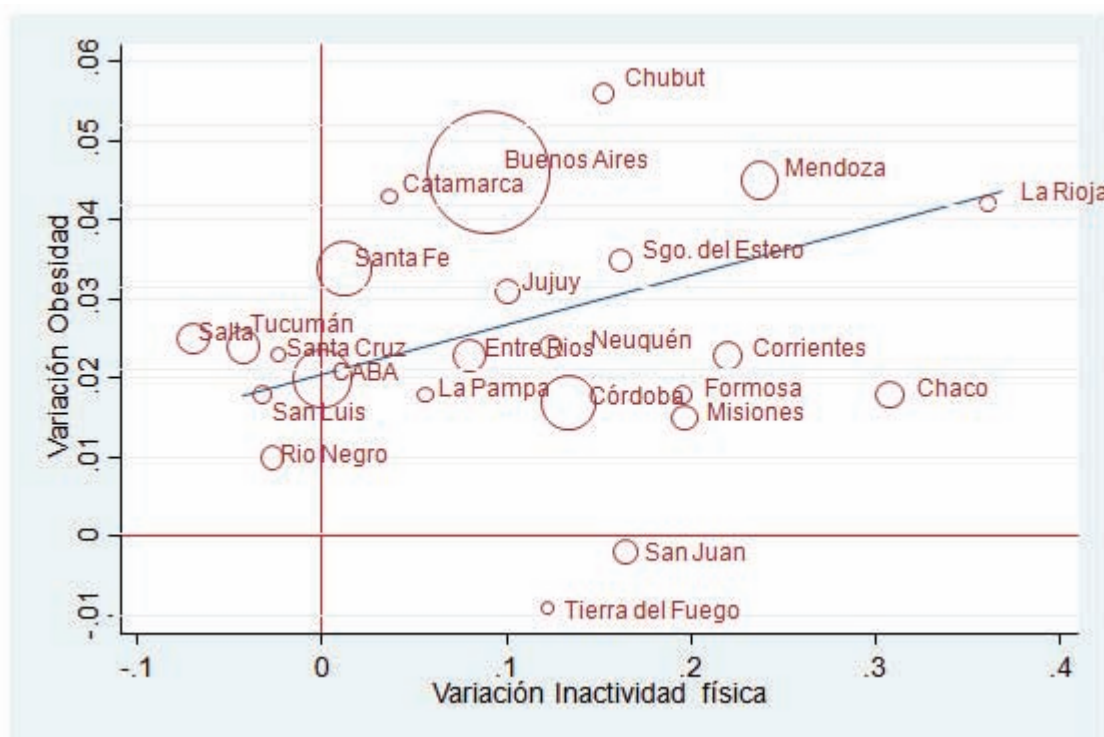


### Correlación con otros factores de riesgo

Al analizar la variación conjunta de las prevalencias de inactividad física y de obesidad, en función de los resultados de ambas ENFR, se observó una correlación moderada entre aumento de inactividad física y aumento de obesidad, realizando un análisis ecológico por provincia (índice de correlación ponderado por población provincial  $r=0.5$ ,  $p<0.001$ ). Sin embargo, se detectaron ciertas excepciones: en las provincias de Chubut, Buenos Aires, Catamarca y Santa Fe predominó el crecimiento de la obesidad

por sobre el de inactividad física; por el contrario, en Chaco, hubo mayor crecimiento de la inactividad física. En las provincias de San Juan y Tierra del Fuego la variación de la obesidad entre 2005 y 2009 fue prácticamente nula en tanto que la de inactividad física sí experimentó variaciones. Situación inversa se detectó en Salta, Tucumán, San Luis, Río Negro y Santa Cruz (muy baja variación de inactividad física vs. alta variación de obesidad). (Gráfico 4).

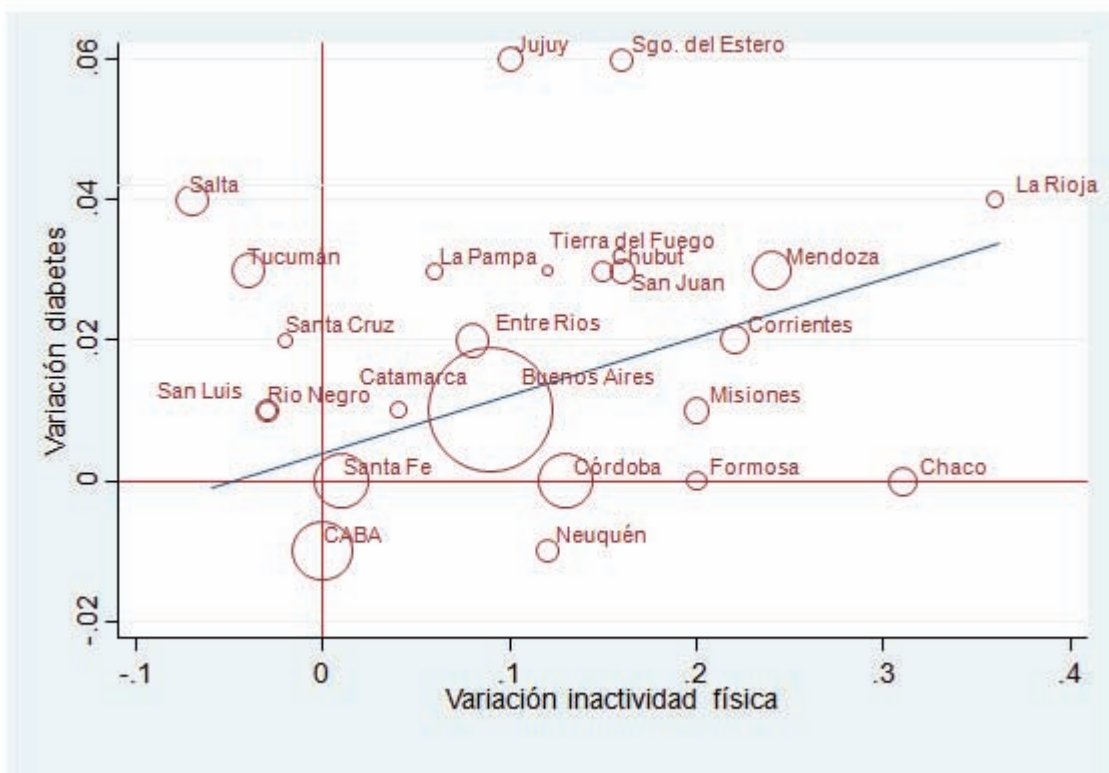
Gráfico 4. Incremento de actividad física baja e Incremento de Obesidad 2005 2009 por provincia. Fuente: elaboración propia a partir de ENFR 2005 y 2009.



Teniendo en cuenta que la práctica de actividad física previene el desarrollo de diabetes, al disminuir, entre otras cosas, la resistencia a la insulina, se analizó también la variación conjunta (covariación) de los índices de diabetes e inactividad física en función de los datos de la ENFR 2005 y 2009. Se observó una correlación entre diabetes e inactividad física, evidenciando que a mayor incremento en la inactividad física mayor crecimiento de la prevalencia de diabetes (índice de correlación

ponderado  $r=0.55$ ,  $p<0.001$ ). Las provincias más alejadas de la tendencia fueron: Jujuy y Santiago del Estero, al presentar mayor variación de diabetes que de inactividad física, con su contraparte en las provincias de Chaco y Formosa y, en menor medida, Córdoba. Salta, Tucumán, San Luis, Río Negro y Santa Cruz, se distinguieron por alcanzar alta variación de diabetes y muy baja de inactividad física, mientras que en Neuquén se observó lo contrario. (Gráfico 5).

**Gráfico 5. Incremento de actividad física baja e Incremento de Diabetes 2005-2009 por provincia. Fuente: elaboración propia a partir de ENFR 2005 y 2009**

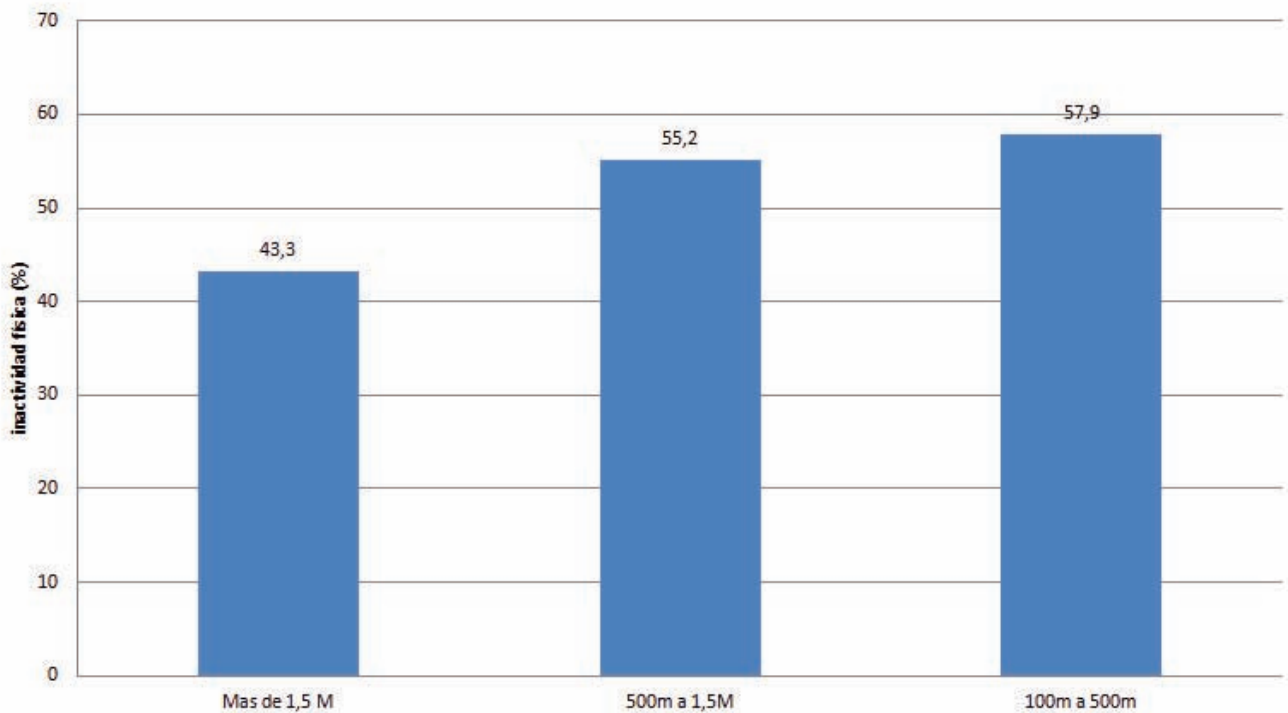


### **Análisis por nivel de urbanización y densidad poblacional**

Se ha planteado la hipótesis acerca de que en las grandes ciudades hay mayor proporción de inactividad física, teniendo en cuenta el incremento en la oferta y demanda de automóviles particulares, lo cual genera a su vez disminución en el uso de transporte público, las distancias que incrementan el uso de automóvil, la distribución desigual de espacios verdes para actividades recreativas debido a la sobre edificación, la creciente urbanización, etc.

Ante este supuesto, se analizó la relación entre inactividad física y urbanización (número de habitantes por localidad), según los datos obtenidos en la ENFR 2009. Los resultados obtenidos contradijeron la hipótesis planteada, al observarse mayor inactividad física en las pequeñas urbes. (Gráfico 6).

**Gráfico 6. Actividad física baja y Urbanización. Fuente: ENFR 2009.**

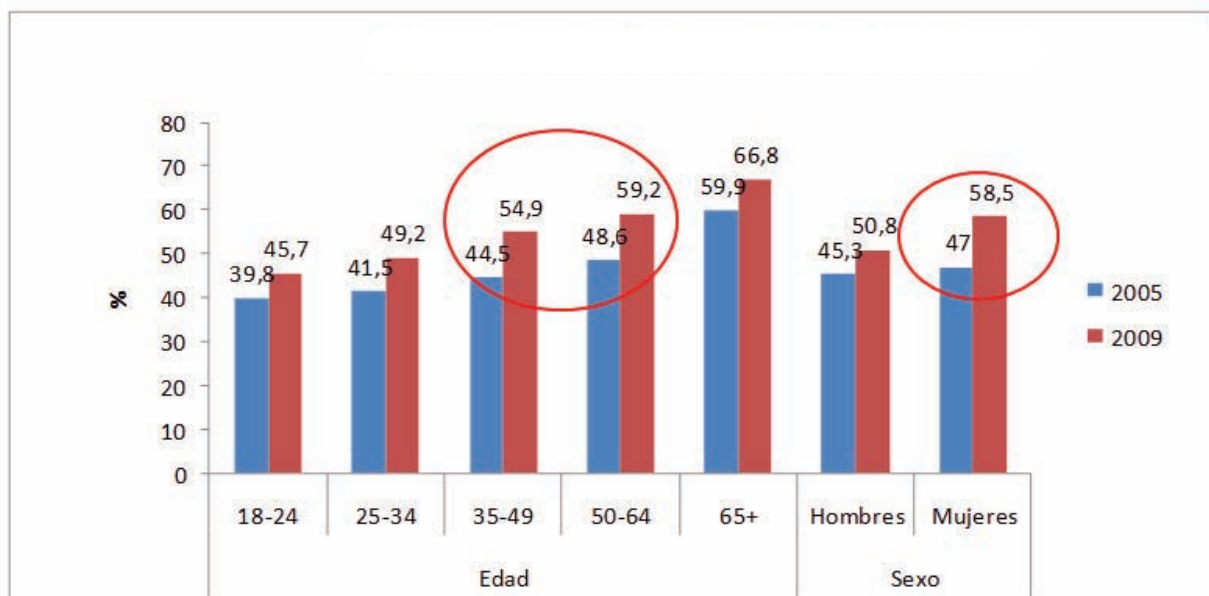


**Análisis por edad, sexo y nivel socio económico**

Las mujeres realizan menos actividad física en relación a los varones (58,5% vs. 50,8%), diferencia que se observó en todo el país, mientras que en

la ENFR 2005 no se detectaron tales disparidades. En cuanto a la edad, se observó que realizan menos actividad física los adultos mayores, pero con mayores incrementos en relación al 2005 en edades medias de la vida. (Gráfico 7).

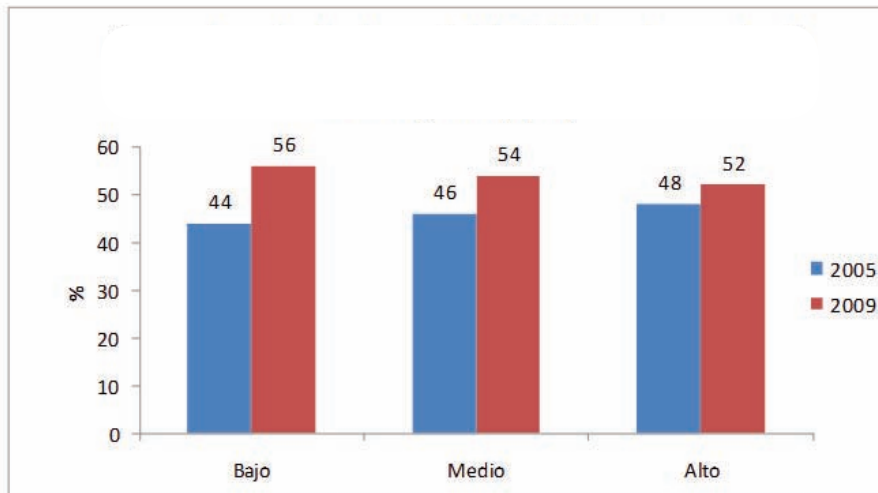
**Gráfico 7. Prevalencia de inactividad física según edad y sexo 2005-2009. Fuente: ENFR 2005-2009**



En cuanto a los indicadores socioeconómicos, en la ENFR 2009 se observó que a mayor nivel educativo más actividad física realizan., tendencia que se mantuvo para todas las regiones. Así mismo, analizando por nivel de ingreso, se evidenció que la inactividad física se relacionó de manera inversa con el nivel de ingreso, o sea aquellos con menores

ingresos presentaban menos nivel de actividad física . Estos hallazgos contrastan con lo observado en la ENFR 2005 cuando el nivel de ingreso se asociaba directamente a la inactividad física, siendo los grupos con mayores ingresos quienes menos actividad física realizaban. (Gráfico 8).

**Gráfico 8. Prevalencia de inactividad física por nivel de ingreso (%) 2005-2009. Fuente: ENFR 2005-2009**



**Barreras para realizar actividad física**

En la ENFR 2009 se incluyeron preguntas para comprender las barreras a la realización de actividad física a fin de poder analizar las políticas actuales y eventualmente reorientarlas para aumentar el acceso a la misma.

Se observó que la principal razón de no realización de actividad física fue la falta de tiempo (41,1%),

seguido de razones de salud (24,4%) y falta de interés/voluntad (23,7%). (Gráfico 9).

Analizando las barreras según indicadores sociodemográficos, se detectó que la falta de tiempo es la principal razón para todos los rangos etáreos a excepción del más alto (65 años y más). Para este último grupo la principal barrera a la realización de actividad física tuvo que ver con la salud. (Gráfico 10).

**Gráfico 9. Barreras a la realización de actividad física. Fuente: ENFR 2009**

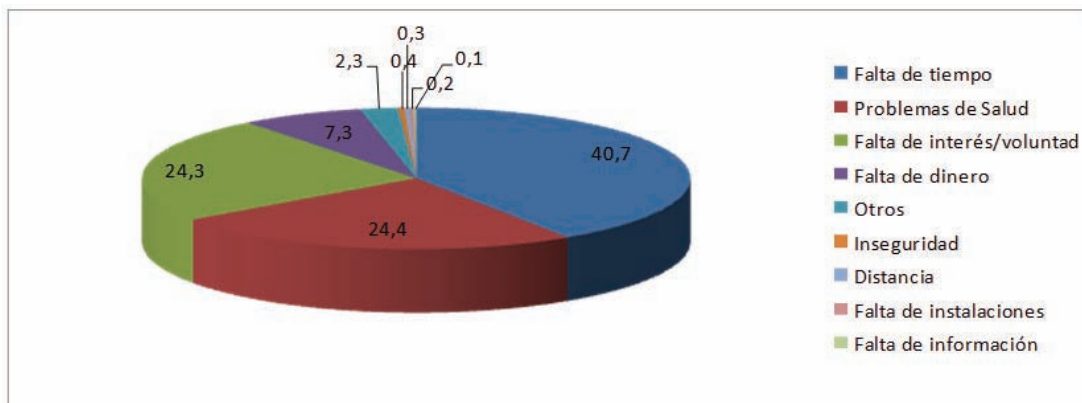
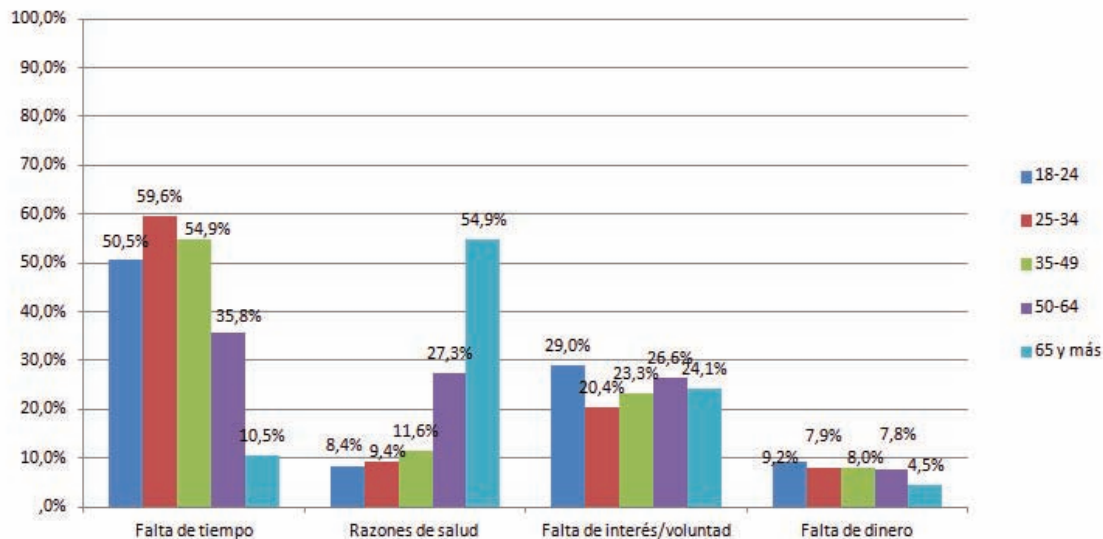


Gráfico 10. Barreras a la realización de actividad física según edad. Fuente: ENFR 2009.



## DISCUSIÓN

Se detectó una importante disminución de la actividad física en 4 años, según el análisis y comparación de los resultados obtenidos en las ENFR. Esta tendencia al crecimiento de la inactividad física puede relacionarse con el cambio de los entornos físicos y sociales, motivados por la aparición de nuevas tecnologías que produjeron nuevas formas de recreación y de trabajo. En este sentido cabe señalar ciertos cambios socioculturales y del entorno, como el incremento del parque automotor, la reducción de la utilización del transporte público y la prolongación de la jornada laboral.

La disminución de la actividad física en la población fue marcado a nivel nacional y en la mayor parte de las provincias. Fue mayor entre mujeres, a menor nivel socioeconómico y en personas con menor nivel educativo. En ambas ENFR se observó la prevalencia de inactividad física elevada ya a partir de los 18 años, con un aumento progresivo con la edad.

La evidencia de que la actividad física baja es mayor en los segmentos de menor nivel educativo y socioeconómico, y que fueron estas poblaciones las que más empeoraron en este indicador, permitirá diseñar estrategias en aquellos sectores urbanos donde se concentra la población de menores recursos.

Esto último no debe sin embargo desatender al resto de la población afectada. Tal como se ha mostrado, la principal barrera a la realización de actividad física fue la falta de tiempo y que a su vez se concentra entre los segmentos etéreos económicamente activos, es decir en edad laboral (18-49 años). Sin embargo, de incrementarse la demanda a través de acciones comunicacionales y de organización comunitaria de espacios para realizar actividad física, puede comenzar a figurar la dificultad de acceso como barrera más importante. El incremento de lugares aptos para realizar actividad física, al aumentar la demanda, colaboraría con revertir la tendencia de la inactividad.

Al observarse que se realiza más actividad física en las grandes urbes, que en las localidades más pequeñas, se genera la necesidad de hacer foco en otros indicadores tales como: el entorno y la infraestructura que cada municipio o ciudad tiene para promover la actividad física de los ciudadanos, o bien la efectividad de las campañas de prevención en los medios, o la organización de actividades comunitarias, entre otras cuestiones. Igualmente, y dado que las principales barreras reportadas fueron la falta de motivación y el tiempo, sería necesario no sólo actuar en modificaciones en el entorno, sino también en estrategias de comunicación, organización comunitaria y utilización de infraestructura existente, al tiempo que se planifican cambios y se disponen accesos más amplios a lugares aptos, a medida que se incrementa la demanda.

Existe fuerte evidencia para recomendar las siguientes intervenciones para la promoción de la actividad física<sup>15</sup>:

- **Campañas masivas de comunicación:** orientadas al público en general, a gran escala a nivel comunitario (local, no nacional), que incluyan múltiples canales de comunicación (TV, radio, diarios, afiches, correo). Según la revisión de 10 estudios y diversas experiencias, incluyendo ejemplos en América Latina como “Agita San Pablo”, esta intervención incrementa en un 5% la proporción de personas físicamente activas y el 16% del gasto calórico.
- **Educación física en escuelas:** cambios en la currícula en escuelas aumentando la carga horaria. En 14 estudios se observó un incremento de la capacidad de ejercicio en un 8%, sin afectar el desempeño académico.
- **Soporte social:** a través de una organización comunitaria en redes sociales favorecedoras del cambio de conductas, se observó en 9 estudios un aumento del

44% en el tiempo de actividad y reducción de peso corporal. Esta intervención fue efectiva en comunidades, lugares de trabajo e instituciones educativas.

- **Programas de cambio de conductas individuales:** estos programas incorporan habilidades conductuales para incorporar la actividad física a la vida cotidiana. En 18 estudios evaluados se observó un incremento del 35% del tiempo de actividad, en comunidades, lugares de trabajo e instituciones educativas.
- **Accesibilidad a sitios para realizar actividad física:** la realización de cambios en el entorno favorecen la actividad física, como por ejemplo aumentar la accesibilidad a instalaciones, crear sendas para caminatas o ciclovías, o utilización de las calles para actividades recreativas.
- **Otras intervenciones:** sugeridas con menor grado de evidencia incluyen cambios de infraestructura y política de transporte en ciudades y estrategias comunicacionales para promover el uso de escaleras.
- Intervenciones individuales: consejería y precripción, AGREGAR

Las **acciones estratégicas** que atraviesan las líneas de intervención son:

- Construir política pública para actividad física
- La promoción, desarrollo de una política pública que facilite e impulse la actividad física, incluyendo compromisos institucionales, legislación, regulaciones y desarrollo de guías, planes estratégicos, abogacía y asignación de recursos
- Crear ambientes favorecedores
- Promover, desarrollar y apoyar iniciativas que aumenten y hagan accesibles en forma equitativa los entornos tanto físicos y sociales que favorezcan la actividad física, incluyendo redes sociales, conocimiento de la opinión pública, modelos a seguir, que haga más fácil llevar una vida activa.

- Fortalecer las capacidades de comunidades para actividad física

Promover y apoyar a individuos, comunidades y organizaciones que influyen en las normas sociales y culturales que apoyen a la actividad física, y desarrollar y mejorar iniciativas y programas de base municipal y local de promoción de la actividad física, que además asistan a las comunidades a superar las barreras.

- Construir habilidades personales

Aumentar el conocimiento y la relevancia de los beneficios de la actividad física tanto para la salud como para la mejoría de la calidad de vida en general, promover el desarrollo de habilidades para incorporar la vida activa a la vida cotidiana y apoyar a individuos a superar las barreras

- Incrementar la capacidad del sector sanitario

Mejorar la capacidad del sector sanitario para una acción sostenida y coordinada, a través del fortalecimiento de habilidades, competencias, liderazgo y apoyo organizacional.

Desde el Ministerio de Salud de la Nación, como parte de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles se formuló el Plan Nacional Argentina Saludable, en el marco de la Dirección de Promoción de enfermedades no transmisibles para canalizar las estrategias propuestas. Además se trabaja en conjunto con el Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables en la realización de acciones como la organización comunitaria y el diseño y promoción de estrategias para promover la actividad física en ambientes de trabajo y estudio.

Asimismo, en abril de 2012 se presentó el “Manual Director de Actividad Física de la República Argentina”, orientado a decidores locales tanto de salud como fuera de este sector para promover

acciones locales. El mismo contiene herramientas para implementar intervenciones individuales e involucrar a la atención primaria en la promoción de la actividad física, así como también . Se brindan distintos materiales para la comunidad.

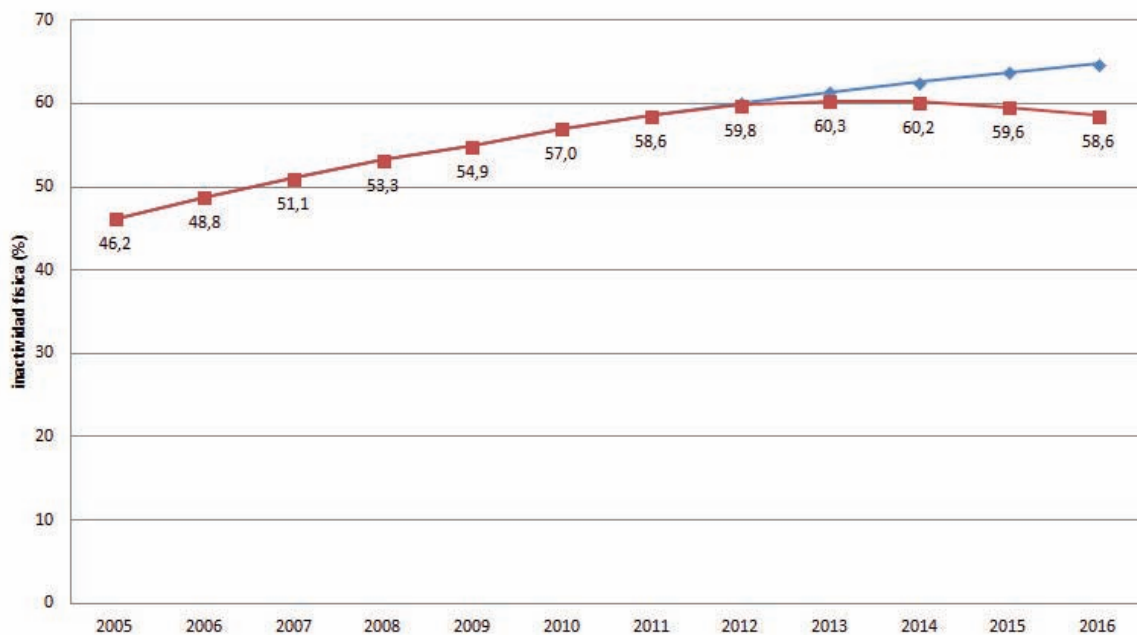
El presente análisis presenta algunas limitaciones que es conveniente considerar: se trata de valores obtenidos por auto reporte, siendo posible la introducción de algún sesgo tendiente a la subestimación de la inactividad física baja. Además se trata de una descripción de los hallazgos de estudios de corte transversal (ENFR 2005 y 2009), por lo cual sería inadecuado inferir causalidad en los mismos. Sin embargo, sería de utilidad complementar las presentes hipótesis con estudios que incorporen datos de contexto, para poder aproximarnos más a las causas del aumento del sedentarismo y poder incrementar la comprensión de los determinantes de la actividad física.

La comparación de resultados de las ENFR 2005 y 2009, nos permitió distinguir aquellos grupos más afectados por la inactividad física que servirá para focalizar intervenciones en grupos vulnerables de manera de poder frenar la tendencia de aumento, hasta lograr incrementar el número de personas activas de manera progresiva. En caso de implementar exitosamente las intervenciones propuestas en este informe y sugeridas en el manual de Actividad Física es probable que se pueda revertir esta tendencia creciente y al menos estabilizar el incremento de la inactividad física para el año 2012. (Gráfico 11).



Gráfico 11. Proyección del potencial impacto de intervenciones propuestas, Argentina, 2005-2016.

Fuente: elaboración propia



Linea azul: inactividad física con políticas actuales  
Linea roja: inactividad física con realización de intervenciones

## CONCLUSIONES

En conclusión, la elevada prevalencia de la inactividad física a nivel nacional y su fuerte asociación con enfermedades no transmisibles,

establece la necesidad de continuar e intensificar estas intervenciones de alcance poblacional, incluyendo también acciones en el primer nivel de atención, para al menos lograr que se revierta el progreso de esta epidemia.

1. Boletín N°1 de vigilancia de enfermedades no transmisibles. Dirección de Promoción y Control de Enfermedades No Transmisibles. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/vigilancia/publicaciones/boletines-del-ent>
2. Comisión sobre Determinantes Sociales de Salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Disponible en [http://www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/)
3. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to select major risks. Geneva 2009.
4. Danaei G DE, MOzaffarian D, Taylor B, et al. (2004) Physical inactivity. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL, eds. Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva: WHO:729-882.
5. Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical exercise: the evidence. CMAJ 2006; 14(6):801-809
6. Roux L, Pratt M, Tengs TO, Yore MM, Yanagawa TL, Van Den Bos J, et al. Cost effectiveness of community-based physical activity interventions. American journal of preventive medicine. 2008. 35(6):578-88.
7. Dobbins M, De Corby K, Robeson P, Husson H, Tirilis D. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6-18. Cochrane database of systematic reviews (Online) 2009(1):CD007651
8. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson R, et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity: a systematic review. Am J Prev Med 2002;22(4S):73-107
9. Website-delivered physical activity interventions: a review of the literature (database on the Internet) Centres for Reviews and Dissemination. 2007. Disponible en: <http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?ID=12007002243>. Fecha de acceso: 9 de Febrero 2010.
10. Telephone interventions for physical activity and dietary behavior change: a systematic review (database on the Internet) Centres for Review and Dissemination. Disponible en: <http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?ID=12007001689>. Fecha de acceso: 9 de Febrero 2010.
11. van Sluijs EM, McMinn AM, Griffin SJ. Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescents: systematic review of controlled trials. BMJ 2007;335(7622):703.
12. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health: Geneva. World Health Organization; 2004.
13. Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. Ministerio de Salud de la Nación; 2011.
14. Cuestionario Internacional de Actividad Física. Disponible en [www.ipaq.ki.se](http://www.ipaq.ki.se)
15. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson RC, Health GW, Howze EH, Powell KE, Stone EJ, Rajab MW, Corso P. The effectiveness of interventions to increase physical activity. Am J Prev Med 2002;22(4S):73-107.

Boletín de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles  
y Factores de Riesgo Nro. 5

---

## Perfil epidemiológico de los homicidios en Argentina, 1989 -2009

---

páginas 27 a 55

## Perfil epidemiológico de los homicidios en Argentina, 1989 -2009

### RESUMEN EJECUTIVO

Las lesiones por causa externa representan cerca del 10% del total de las muertes que se registran en el mundo. En Argentina son la cuarta causa de muerte a nivel de la población general y la primera en personas de entre 1 y 44 años y explican el 21% de los APV. El objetivo del presente trabajo es describir el perfil epidemiológico de los homicidios en Argentina, desde el año 1989 al 2009 y conocer la magnitud y la naturaleza de las muertes por violencia.

Se analizaron los homicidios a partir de información de la DEIS.

Se describe la distribución de los homicidios según las variables de interés y se calcularon las Tasas Brutas de Mortalidad (TBM) por 100.000 habitantes y año correspondientes a homicidios. Datos sobre testigo de robo a mano armada; golpeado/a; y presencia de armas de fuego en el entorno fueron obtenidos de la ENFR. Se reporta la prevalencia de reporte de los indicadores de la ENFR, según grupo de edad y sexo.

En el año 2009, la tasa bruta de mortalidad por homicidios fue de 4,57 por 100.000 habitantes, menor que la observada para los suicidios y las muertes por causas externas no intencionales. La población más vulnerable fue la de hombres jóvenes. Se observaron diferencias en las tasas ajustadas de homicidios entre provincias, que podrían explicarse, al menos en parte, por diferencias en la calidad de la codificación de las muertes.

En conclusión, conocer el perfil epidemiológico y las características de los homicidios en la Argentina en los últimos años permitirá diseñar intervenciones adecuadas. Sin embargo, las mismas deben basarse en información confiable acerca de la magnitud, las características y las consecuencias de la violencia, así como de los factores que la causan o perpetúan.

## Introducción

Las lesiones por causa externa son consideradas desde hace dos décadas como un problema de salud pública a nivel mundial. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 5,8 millones de personas mueren por año por estas causas, representando cerca del 10% del total de las muertes que se registran en el mundo<sup>1</sup>. Son las principales causas de defunción en los grupos de edad más jóvenes y, en consecuencia, tienen un alto impacto en términos de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP). En Argentina son la cuarta causa de muerte a nivel de la población general y la primera en personas de entre 1 y 44 años<sup>2</sup> y explican el 21% de los APVP<sup>3</sup>.

Estas lesiones se pueden desagregar en dos grandes subgrupos:

- a) intencionales, que incluyen suicidios y homicidios
- b) no intencionales, conformadas por las lesiones asociadas al tránsito y otras.

Además, existen defunciones cuya intencionalidad no puede identificarse y que se engloban en la categoría “muerte por causa externa de intención indeterminada”.

En cuanto a las lesiones intencionales a nivel mundial, cada año más de 1,6 millones de personas pierden la vida y muchas más sufren lesiones no mortales como resultado de la violencia auto infligida, interpersonal o colectiva. En conjunto, la violencia es una de las principales causas de muerte en todo el mundo para la población de 15 a 44 años de edad.<sup>4</sup>

Específicamente, las muertes por homicidios representaron el 1% del total de las muertes en

el mundo en el 2004. Sin embargo, en algunas poblaciones tuvo un peso mucho mayor. Así, por ejemplo, en los hombres 15 a 59 años de edad de países de ingreso medio el porcentaje de homicidios ascendió al 17% del total de las muertes. Esta diferencia también se observó en la carga de enfermedad medida en la pérdida de AVADs (años de vida ajustados por discapacidad): aproximadamente el 40% de los 21.701 AVADs perdidos a nivel mundial por esta causa se dieron en la mencionada población.<sup>5</sup>

En la región de América Latina y Caribe, con población en su mayoría de ingresos medios y bajos, los homicidios fueron especialmente frecuentes, representando el 4% del total de las muertes para la región: 5 veces más que el porcentaje observado en países americanos que tienen altos ingresos como Canadá y Estados Unidos, e incluso el porcentaje es 2,3 veces más que el observado en África.<sup>5</sup>

La tendencia registrada en los años recientes y las previsiones para el futuro indican un aumento de la mortalidad por homicidios. Para el año 2004, los homicidios representaron la causa número 22 de muerte a nivel mundial y se estima que para el 2030 ocupe el puesto número 16. Asimismo, la distribución geográfica de los homicidios seguirá siendo desigual.<sup>5</sup> Además del sufrimiento que los homicidios representan para los familiares y personas cercanas de las víctimas, la violencia, en todas sus manifestaciones, supone una carga enorme para las economías nacionales.<sup>1</sup>

Este artículo tiene como objetivo general describir el perfil epidemiológico de los homicidios en Argentina, desde el año 1989 al 2009 y conocer la magnitud y la naturaleza de las muertes por violencia.

### Objetivos específicos:

1. Cuantificar la carga de enfermedad asociada a homicidios en términos de mortalidad en Argentina para el año 2009.
2. Describir las características de los homicidios en Argentina para el año 2009.

3. Describir la distribución geográfica de los homicidios dentro de la Argentina.
4. Describir las tendencias de las tasas de los homicidios en las últimas dos décadas.
5. Describir los indicadores de violencia relevados en las Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo de los años 2005 y 2009.
6. Comparar las tasas observadas en Argentina con las de otros países de las Américas.
4. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Se obtuvieron de esta fuente las poblaciones de Argentina de los años analizados.<sup>10</sup>
5. Organización Mundial de la Salud, Observatorio de Salud Global (Global Health Observatory). De esta fuente se obtuvieron las tasas de homicidios ajustadas por edad de diferentes países. En este boletín, se muestran las tasas correspondientes a países de las Américas cuya calidad de la información sea reportada por el Observatorio como elevada o intermedia.<sup>11</sup>

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Fuentes de Información

1. Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS): estadísticas vitales, específicamente de mortalidad.<sup>6</sup> Se incluyeron datos de mortalidad desde el año 1989 al 2009. Los datos de las causas de muerte provenientes de los certificados de defunción son codificados mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).
2. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR): Se trata de un cuestionario validado previamente para la Argentina, con un muestreo probabilístico, a nivel de viviendas, con representatividad nacional y provincial. Incluye población adulta (18 años y más), no institucionalizada, de localidades urbanas (más de 5000 habitantes). La información es autoreportada por los encuestados. Se incluyen en este artículo las encuestas de los años 2005 y 2009, con muestras de aproximadamente 42.000 y 35.000 individuos respectivamente.<sup>7, 8</sup>
3. Estadísticas oficiales en materia de criminalidad elaborados por la Dirección Nacional de Política Criminal, del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.<sup>9</sup>

### Variables

1. Homicidio
  - a. Datos provenientes de la DEIS: Para los años 1989 a 1996 se utilizaron los códigos incluidos en la categoría E96 de la CIE-9. Para los años 1997 a 2009, se toman en cuenta en esta definición los códigos de la CIE-10 X85 a Y09. Se correspondieron los códigos de ambas clasificaciones para poder hacer comparaciones entre los años que utilizaban diferente nomenclatura.
  - b. Datos provenientes de la Dirección Nacional de Política Criminal: se incluyen los homicidios dolosos, es decir aquel tipo de homicidio que comprende no sólo la persecución del resultado, sino también el conocimiento y la voluntad de haber puesto en marcha los medios para realizar la acción de esa manera orientada.<sup>12</sup>
2. Indicadores provenientes de la ENFR. En este artículo se analizaron los cuatro indicadores relacionados con la violencia:

- a. Víctima de robo a mano armada: personas que reportaron haber sido víctimas de robo a mano armada en los últimos 12 meses sobre el total de la población.
  - b. Testigo de robo a mano armada: personas que reportaron ser testigos de robo a mano armada en los últimos 12 meses sobre el total de la población.
  - c. Golpeado/a: personas que reportaron haber sido golpeadas en los últimos 12 meses sobre el total de la población.
  - d. Presencia de armas de fuego en el entorno: personas que reportaron la presencia de armas de fuego en su entorno sobre el total de la población. Se indagó si al momento de ser encuestado había algún arma de fuego (tales como pistolas o escopetas) dentro de su casa, automóvil, garaje o depósito.
3. Las regiones se definieron de la siguiente manera:
- a. Centro: Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos. Santa Fe.
  - b. Cuyo: La Rioja, Mendoza, San Juan, San Luis.
  - c. Noroeste: Catamarca, Jujuy, Salta, Santiago del Estero, Tucumán.
  - d. Noreste: Corrientes, Chaco, Formosa, Misiones.
  - e. Patagonia: Chubut, La Pampa, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz, Tierra del Fuego.
4. Otras variables incluidas: sexo (hombre

o mujer), edad (en grupos de edad), provincia de residencia, hora, año, lugar y mecanismo de muerte, nivel educativo (hasta primario incompleto, primario completo o secundario incompleto, y secundario completo o más).

Análisis:

Se describió la distribución de los homicidios según las variables de interés.

Se calcularon las Tasas Brutas de Mortalidad (TBM) por 100.000 habitantes y año correspondientes a homicidios. Se calcularon también para su comparación, las TBM de suicidio y de lesiones de causas externas de intención indeterminada.

Para la comparación de tasas entre regiones y años se utilizaron las Tasas de Mortalidad Estandarizadas por Edad (TMAPE) por 100.000 habitantes y año calculadas a través del método directo, usando como referencia la población de Argentina del año 2.000.

En particular, para la comparación entre provincias se calcularon (también mediante el método directo) las TMAPE promedio del quinquenio 2005-2009, debido a que el número de homicidios ocurridos en un año en algunas provincias fue pequeño. Para su cálculo se utilizó como numerador el promedio de casos del quinquenio, mientras como denominador se tomó la población Argentina del año 2007 (mitad del período evaluado). De la misma forma, se estimaron las TMAPE promedio provinciales de muertes por causa externa de intención indeterminada del mencionado quinquenio.

Cabe aclarar que las TMAPE de los países de las Américas fueron calculadas por el Observatorio de Salud Global tomando una población estándar diferente a la utilizada en los análisis de este boletín, y por lo tanto la tasa ajustada de homicidios Argentina resultante difiere. De todos modos, el objetivo del ajuste de tasas es permitir la comparación.

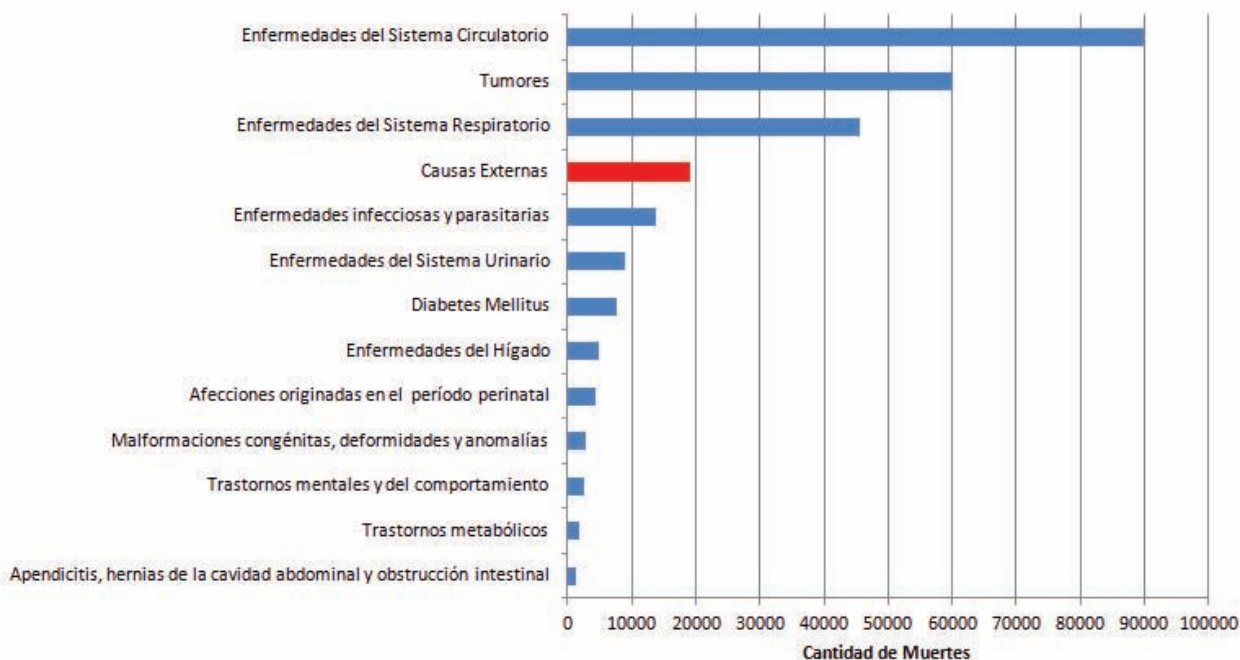
Se evaluó la prevalencia de reporte de los indicadores de la ENFR, según grupo de edad y sexo.

## RESULTADOS

### Resultados generales

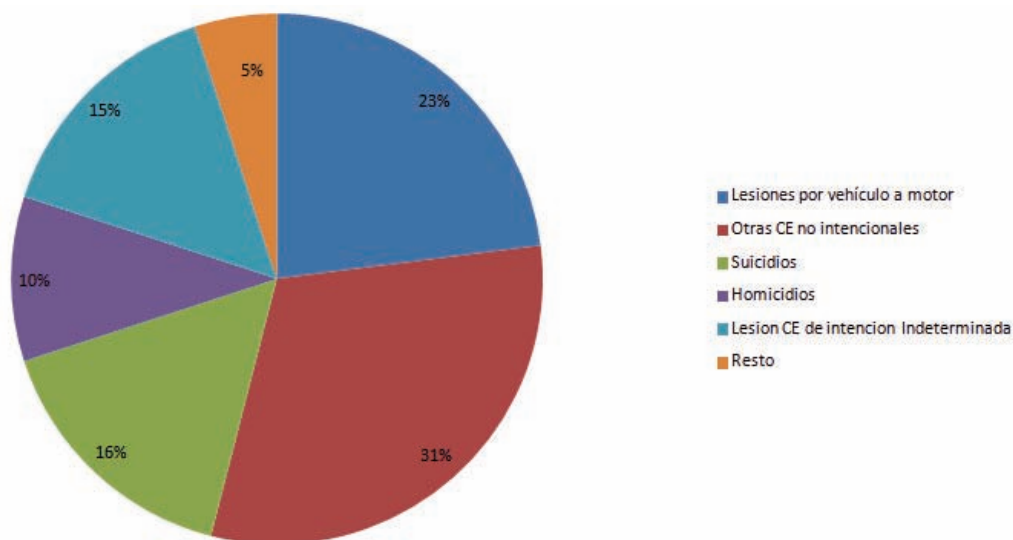
En el año 2009, se constataron 304.525 defunciones (definidas 275.301), de las cuales 18.860 fueron muertes por lesiones de causas externas (6,2% del total). Estas últimas ocuparon la cuarta causa de muerte definida (gráfico 1). Los homicidios sumaron un total de 1.833 casos, correspondientes al 10% de las muertes por causas externas (gráfico 2) y al 0,6% del total de las muertes. La tasa bruta de mortalidad (TBM) por homicidio fue de 4,57 por cada 100.000 habitantes.

**Gráfico 1: Principales causas definidas de muerte. Argentina 2009. Elaboración propia a partir de datos de mortalidad provenientes de la DEIS. N= 275.301.**





**Grafico 2: Distribución frecuencias de muertes por lesiones de causa externa. Argentina 2009.**  
 Fuente: Elaboración propia a partir de datos de mortalidad provenientes de la DEIS. N=18.860.



La tabla 1 muestra la magnitud del impacto de las lesiones por causa externa en términos de mortalidad para el año 2009. Las lesiones no intencionales fueron más frecuentes que las intencionales. Asimismo,

se observó que las tasas por suicidios superaron las de homicidios en ese año (razón suicidio/homicidio=1,6).

**Tabla 1. TBM por causas externas (por 100.000 habitantes). Argentina 2009.** Fuente: Elaboración propia a partir de datos de mortalidad provenientes de la DEIS. N=18.860.

Tipo de muerte	TMB por 100.000 habitantes
<i>No Intencionales</i>	28,09
Transporte	11,86
Otras	17,22
No especificadas	7,88
<i>Intencionales</i>	11,98
Autoinfligidas (suicidios)	7,39
Homicidios	4,57
<i>Intención no determinada</i>	6,9
<i>Total lesiones</i>	46,39

La mayor parte de los homicidios ocurrieron en el grupo de edad de 15 a 24 años (31,8%) seguido del grupo de 25 a 34 años (25,5%) (gráfico 3), La menor proporción se observó a ambos extremos de la vida.

El 85% de las víctimas de homicidios fueron hombres (gráfico 4). La tasa de homicidios fue más elevada en ellos (7,89 por cada 100.000 hombres) que en mujeres (1,34 por cada 100.000 mujeres).

Asimismo, la diferencia entre hombres y mujeres varió según la edad: mientras que en los primeros años de vida las tasas fueron similares para ambos sexos, la brecha máxima se observa en el grupo de 15 a 24 años (gráfico 5); para este grupo etario, por cada homicidio cometido a mujeres ocurrieron 9 en hombres.

**Gráfico 3: Distribución de frecuencias de homicidios por grupo de edad (años) (ambos sexos). Argentina 2009. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de mortalidad provenientes de la DEIS. N=1833.**

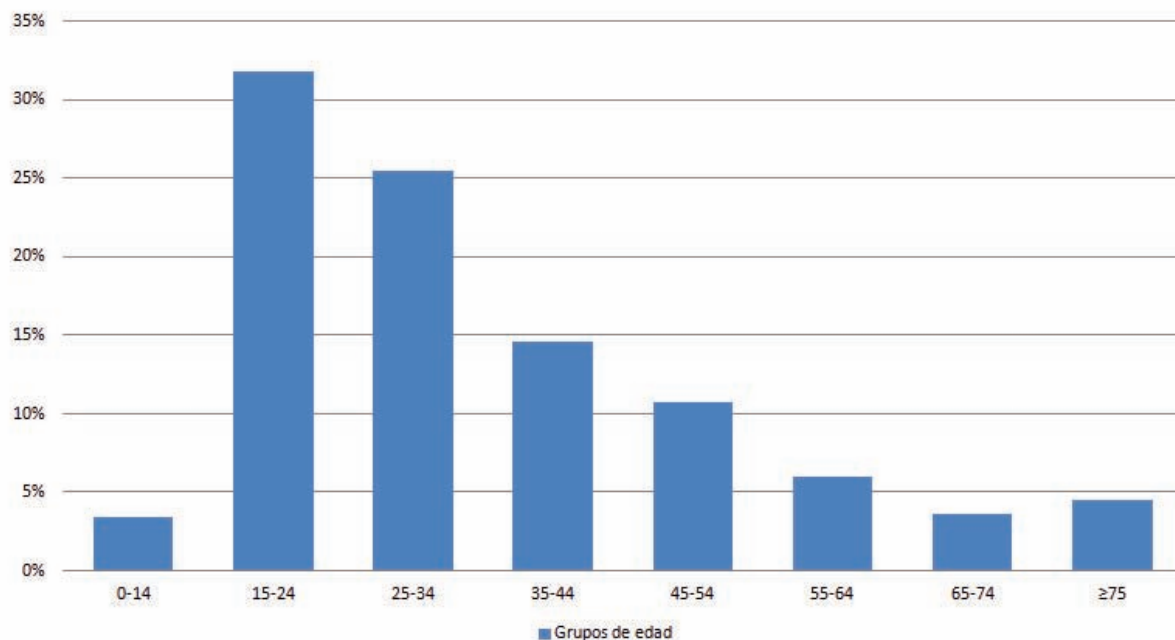


Gráfico 4: Distribución frecuencias de homicidios por sexo. Argentina 2009.  
 Fuente: Elaboración propia a partir de datos de mortalidad provenientes de la DEIS. N=1824. Se excluyeron 9 personas por carecer información sobre sexo.

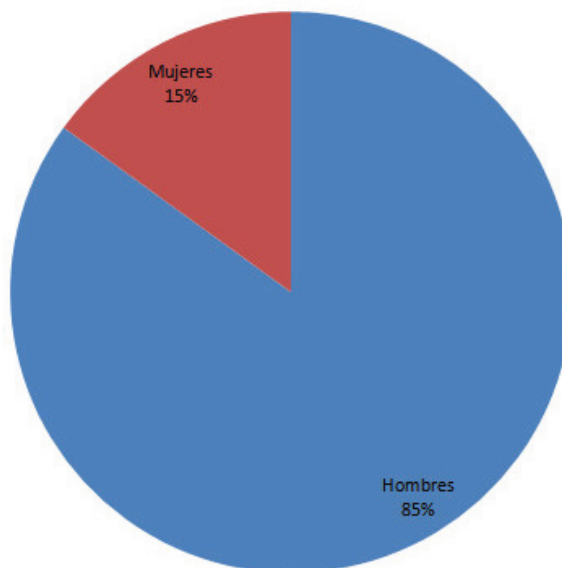
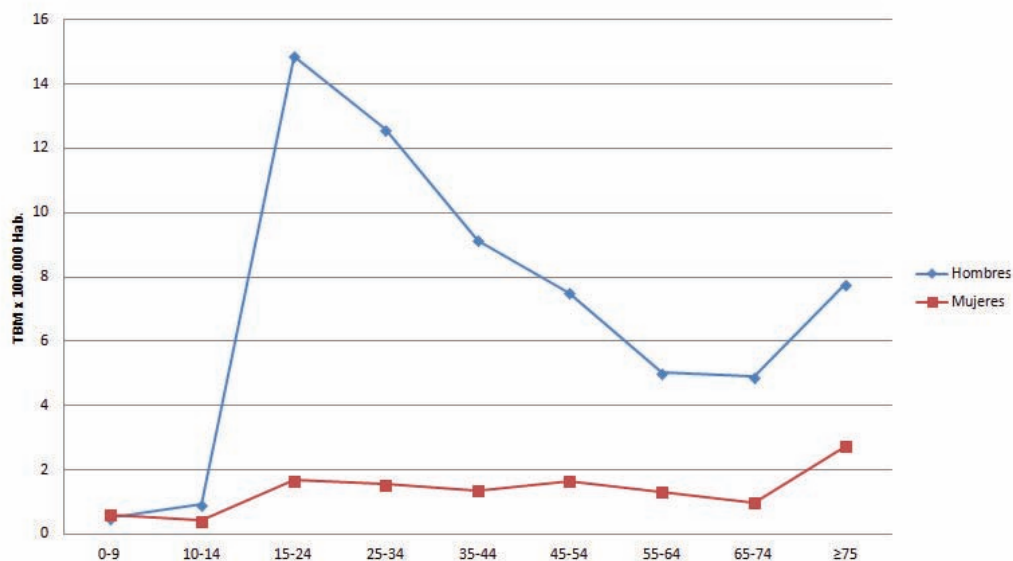


Gráfico 5: Tasas Bruta de Mortalidad por homicidio (por 100.000 habitantes) según grupos de edad y sexo. Argentina 2009. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de mortalidad provenientes de la DEIS.

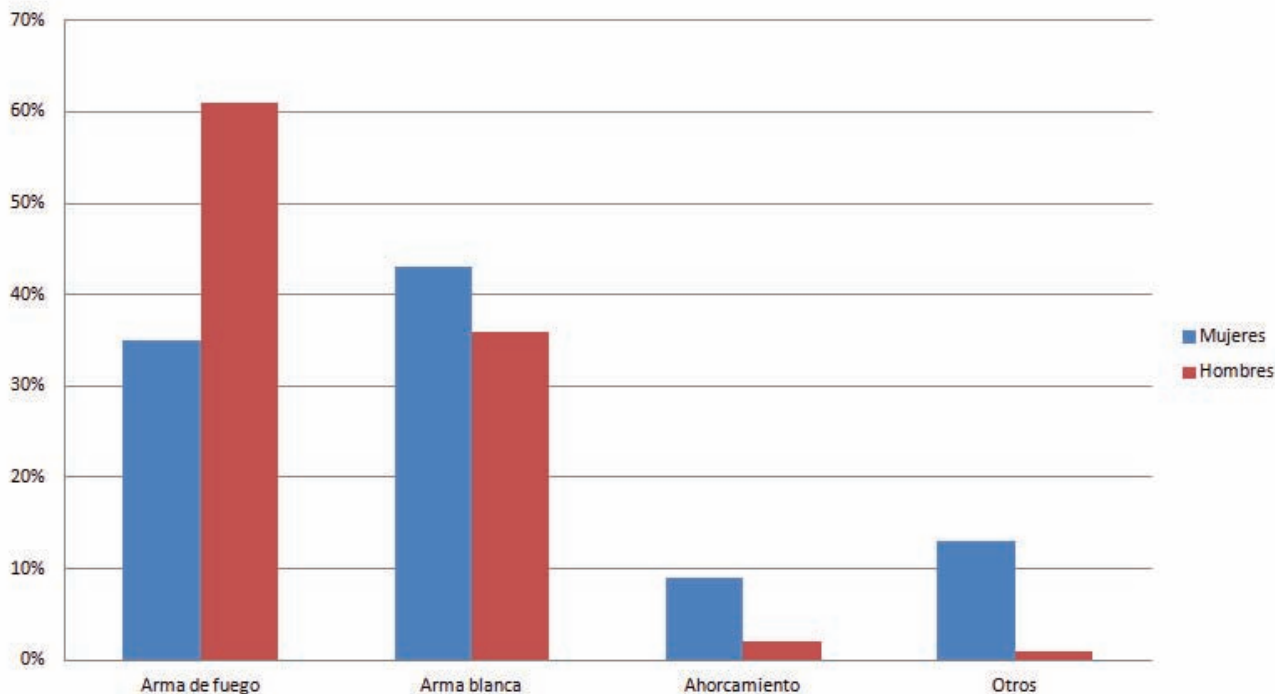


El peso relativo de los homicidios en comparación con el resto de las causas de muerte varió según sexo y edad. Si se toman en cuenta todas las edades, el homicidio representó menos del 1% de las muertes tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, para varones entre 15 y 34 años este porcentaje ascendió al 10% del total de las defunciones. Por el contrario, en mujeres del mismo grupo etario, constituyó el 2,6% del total de las muertes.

Características de los homicidios

El mecanismo de muerte es diferente según el sexo. El arma de fuego fue el más frecuente en hombres (61%), mientras que para mujeres lo fue el arma blanca (43%). Asimismo, el ahorcamiento fue significativamente mayor en mujeres (9% vs. 2% hombres) (gráfico 6).

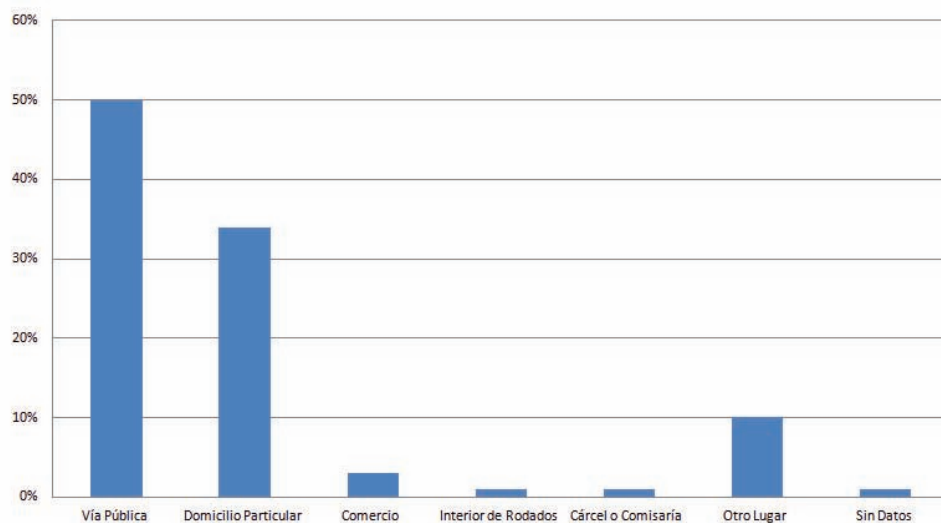
**Grafico 6. Distribución de frecuencias del mecanismo de muerte según sexo. Mujeres n=233, Hombres n=1550. Argentina 2009. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de mortalidad provenientes de la DEIS.**



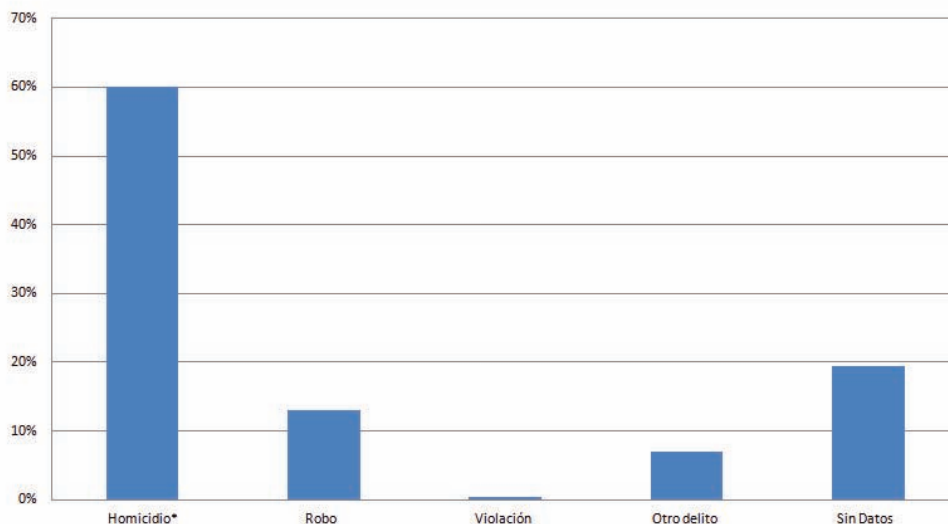
La Dirección Nacional de Política Criminal analiza los homicidios diferenciando los dolosos (cuando existe la intención de inferir la muerte a la víctima) de los culposos (cuando la muerte es consecuencia de un acto voluntario, lícito en su origen, cuyas consecuencias, no fueron - aunque debieron ser - previstas por el agente). Según datos provenientes

de dicha fuente, la mitad de los homicidios dolosos ocurrieron en la vía pública mientras que el 34% sucedieron en un domicilio particular (gráfico 7). Al menos en un 20% de los casos, el homicidio se acompañó de otro delito, en su mayoría robo (gráfico 8). Asimismo, la mayor parte de los homicidios ocurrieron de noche (gráfico 9).

**Grafico 7. Distribución de frecuencias de homicidios dolosos por lugar ocurrencia. N=1234. Argentina 2009. Fuente Dirección Nacional de Política Criminal, del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.**

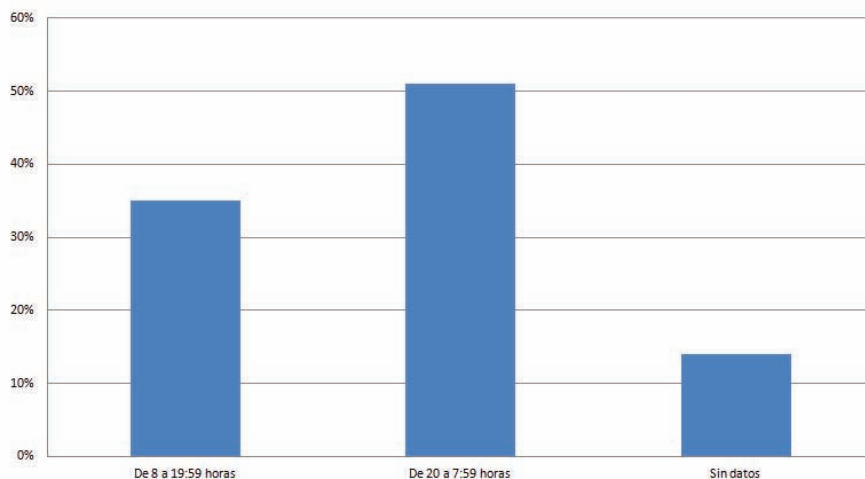


**Grafico 8. Distribución de frecuencias de homicidios dolosos por circunstancia. N=1234. Argentina 2009. Fuente: Dirección Nacional de Política Criminal, del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos**



\* Homicidio sin otro delito acompañante

**Grafico 9.**  
**Distribución de**  
**frecuencias de**  
**homicidios dolosos**  
**por franja horaria.**  
**N=1234. Argentina**  
**2009. Fuente:**  
**Dirección Nacional**  
**de Política Criminal,**  
**del Ministerio de**  
**Justicia y Derechos**  
**Humanos.**

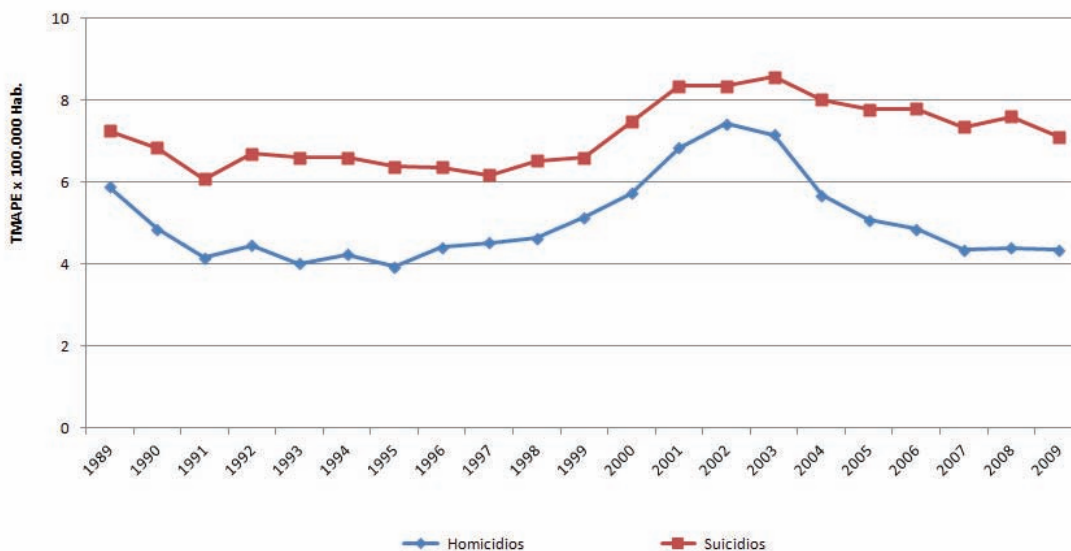


Tendencias

El gráfico 10 muestra las tasas ajustadas por edad de homicidios y suicidios desde 1989 a 2009. A partir del año 1996 se observó un aumento en la tasa de homicidios alcanzando su pico en el año 2002 (7,43 por 100.000 habitantes, un 61% más elevada que la observada en 1992).

La tasa de suicidios se mantuvo siempre por encima de la de homicidios. En el año 2002, se constató la menor brecha entre ambas (razón suicidio/homicidio = 1,1). Desde dicho año, la tasa de homicidios descendió más velozmente que las de suicidios hasta alcanzar cifras similares a las de la década de los noventa.

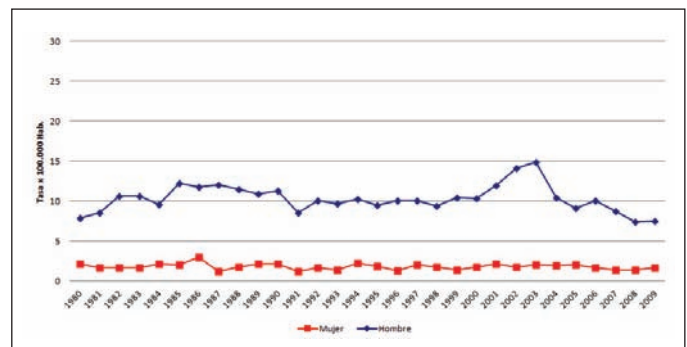
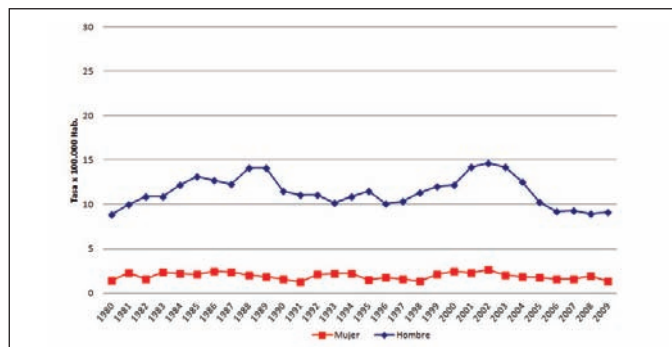
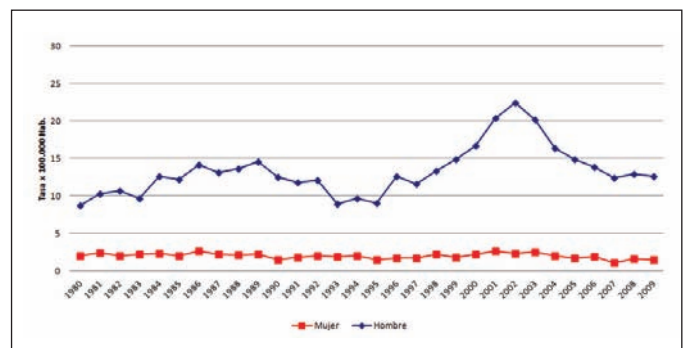
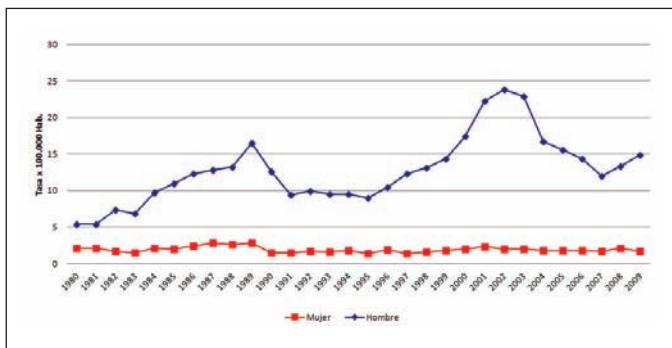
**Grafico 10: Tasas**  
**de homicidios**  
**y suicidios**  
**ajustada por**  
**edad desde**  
**1989 a 2009.**  
**Argentina 1989-**  
**2009. Fuente:**  
**Elaboración**  
**propia a partir**  
**de datos de**  
**mortalidad**  
**provenientes de**  
**la DEIS.**



No hubo cambios en el patrón de mortalidad por grupo de edad entre 1989 y 2009: los jóvenes fueron los más afectados durante los 20 años analizados. Sin embargo la tendencia de las tasas de homicidio según sexo y edad muestra que existió un pico para los hombres de todos los grupos de edad en los años 2001-2002, siendo más pronunciada en

hombres jóvenes. Por otro lado, a diferencia del resto de grupos de edad, en los últimos dos años se observó un nuevo aumento en hombres de 15 a 24 años (gráfico 11).

**Gráfico 11: Tasa Bruta de homicidios en hombres y mujeres de (A) 15 a 24 años, (B) 25 a 34 años (C) 35 a 44 años (D) 45 a 54 años de edad desde 1989 a 2009. Argentina 1980-2009. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de mortalidad provenientes de la DEIS.**

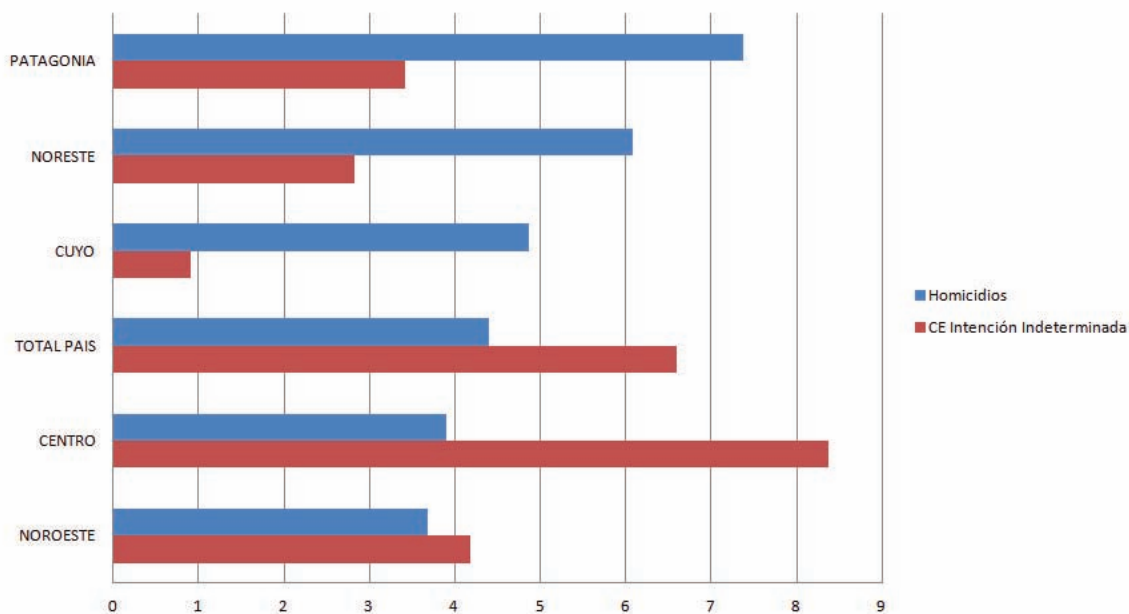


Distribución geográfica

Durante el año 2009, Patagonia y Noreste tuvieron las tasas de homicidios más elevadas. Por el contrario, las regiones del Centro y Noroeste presentaron tasas menores al total del país. Sin embargo, la TMAPE por

lesiones de causa externa de intención indeterminada de la región Centro fue elevada, sugiriendo una posible subestimación de la tasa de mortalidad por homicidios (gráfico 12).

**Gráfico 12: Tasas de homicidios y muertes por causa externa (CE) de intención indeterminada ajustadas por edad, según región. Argentina 2009. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de mortalidad provenientes de la DEIS**





Desde 1989, las regiones de Noreste y Patagonia tuvieron casi de forma constante mayores tasas de homicidios que el total del país, aunque en los últimos años, la diferencia entre regiones parece haber disminuido (gráfico 13). En el 2001 y 2002 se observó un pico en la tasa de homicidios en todas las regiones, siendo el aumento de menor magnitud en el NOA. La región centro reproduce la tasa del total del país.

Se observaron importantes variaciones entre provincias en las TMAPE de homicidios promedio del quinquenio 2005-2009 (gráfico 14). Así, Chubut, la provincia con la tasa más elevada (11 por cada 100.000 habitantes), presenta una TMAPE 6,9 veces mayor que Catamarca y

5,4 veces mayor que Santiago del Estero, las localidades con menores tasas de homicidios.

Sin embargo, también podemos observar que en muchos casos hay una relación inversa entre la tasa de homicidios y la de causa externa de intención indeterminada. Por ejemplo, esta última quintuplica la tasa de homicidios en Salta y la cuadruplica en Santiago del Estero. En el año 2009, CABA fue la jurisdicción con mayor proporción de muertes de intención indeterminada (30% del total de muertes por causa externa) seguida de la Provincia de Buenos Aires (22,5%), Santiago del Estero (21%) y Santa Fe (19%).

**Gráfico 13: Tasas de homicidios ajustadas por edad por región. Argentina 1989-2009. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de mortalidad provenientes de la DEIS**

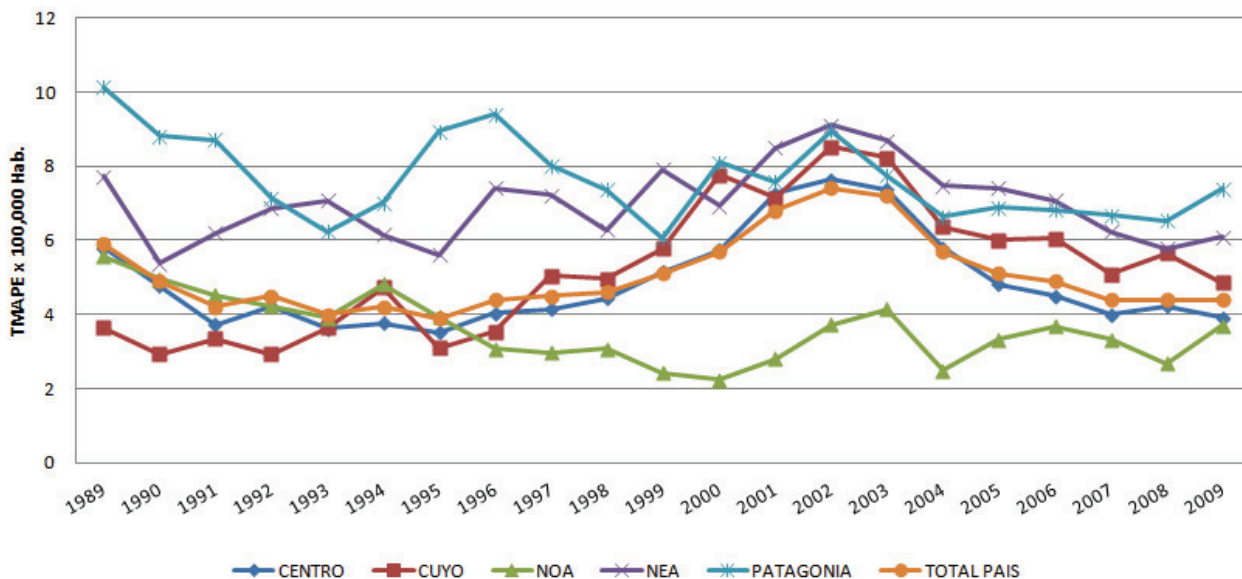
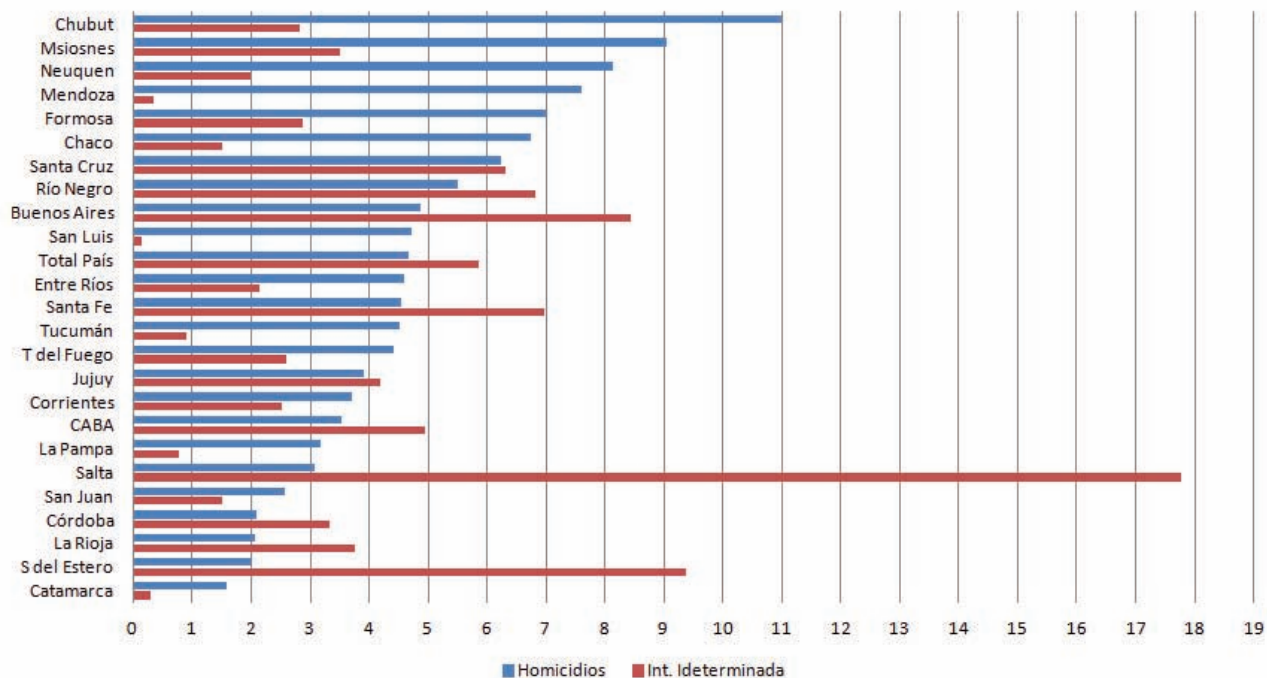


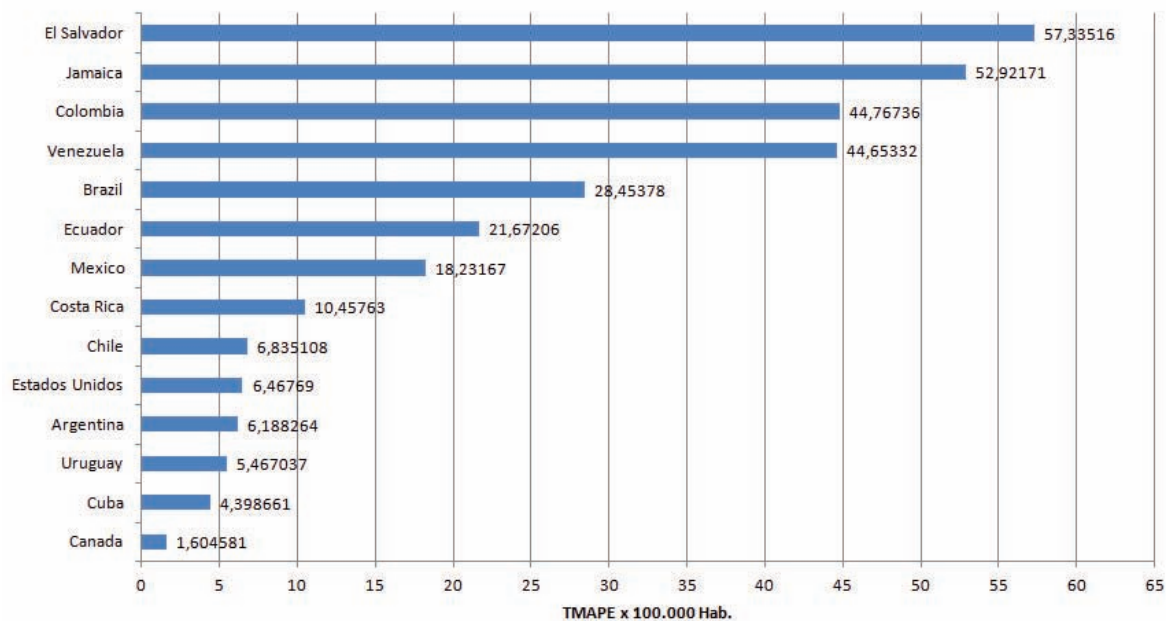
Grafico 14: Tasas Promedio 2005-2009 de Homicidios y de Causas Externas de intención indeterminada ajustadas por edad, según provincia. Argentina quinquenio 2005 a 2009. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de mortalidad provenientes de la DEIS



En el año 2008, comparación con otros países de las Américas, Argentina tuvo una de las menores tasas

de la región, siguiendo a Uruguay, Cuba y Canadá (gráfico 15).

**Gráfico 15: Tasas de homicidios estandarizadas por edad por 100.000 habitantes en países de América, 2008. Fuente: Elaboración propia a partir de información del Observatorio de Salud Global. Organización Mundial de la Salud.**

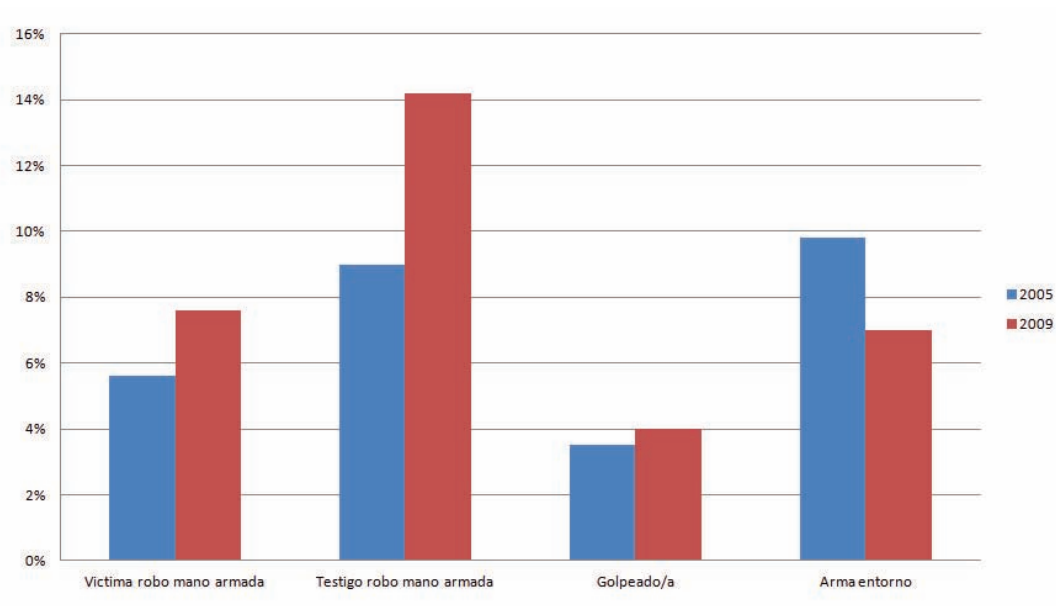


#### Encuesta Nacional de Factores de Riesgo

En la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) realizada en el 2009, el 7,6% de los encuestados reportó haber sido víctima de robo a mano armada y el 14,2% testigo presencial de robo a mano armada. Ambos indicadores mostraron un aumento con respecto al año 2005. Por el contrario, se

observó una disminución en el reporte de presencia de armas de fuego en el entorno. No se observaron cambios importantes en el indicador “golpeado/a en los últimos 12 meses” entre los años analizados (gráfico 16).

Gráfico 16. Porcentaje de personas que refirieron haber sido testigo de robo a mano armada, víctima de robo a mano armada y golpeados/as en los años 2005 y 2009. Argentina 2005 y 2009. Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, 2005 y 2009.



En el 2009, los mayores porcentajes de personas que refirieron haber sido víctima de robo a mano armada se registraron en la Provincia de Buenos Aires (9,6%) y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (11,3%). En esta última se observó el mayor

incremento con respecto al 2005, cuando el reporte de víctima de robo a mano armada había sido de 4,9%. Se evidenció además un aumento significativo de este indicador en las provincias de Córdoba, Misiones y Río Negro (tabla 2 )

**Tabla 2. Víctima de robo a mano armada en los últimos doce meses según provincia en 2005 y 2009. Argentina 2005 y 2009. Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, 2005 y 2009. (Población total)**

	ENFR 2005	IC 95%		ENFR 2009	IC 95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Buenos Aires	7,9%	6,6%	9,3%	9,6%	8,6%	10,7%
CABA	4,9%	3,8%	6,4%	11,3%	8,9%	14,3%
Córdoba	3,2%	2,2%	4,5%	6,2%	4,8%	7,9%
Entre Ríos	3,1%	2,2%	4,3%	4,4%	3,2%	6,1%
Santa Fe	4,4%	3,1%	6,3%	7,0%	5,8%	8,4%
La Pampa	2,0%	1,1%	3,5%	1,4%	0,9%	2,4%
Catamarca	0,8%	0,4%	1,6%	1,3%	0,8%	2,1%
Jujuy	1,8%	1,1%	3,1%	3,3%	2,2%	4,7%
La Rioja	0,7%	0,3%	1,5%	2,3%	1,5%	3,5%
Salta	2,1%	1,4%	3,2%	3,2%	2,2%	4,6%
Tucumán	6,8%	5,4%	8,7%	9,3%	7,1%	12,2%
Corrientes	3,5%	2,6%	4,8%	3,1%	2,0%	4,6%
Chaco	5,8%	4,4%	7,6%	5,2%	3,9%	7,0%
Formosa	1,5%	0,8%	2,6%	1,2%	0,7%	2,1%
Misiones	1,1%	0,7%	1,7%	2,8%	1,9%	4,0%
Santiago del Estero	2,0%	1,4%	3,0%	2,5%	1,5%	4,2%
Chubut	3,6%	2,2%	5,8%	2,3%	1,5%	3,4%
Neuquén	2,4%	1,7%	3,6%	4,4%	3,0%	6,5%
Río Negro	1,5%	0,8%	2,7%	4,8%	3,1%	7,4%
Santa Cruz	1,0%	0,6%	1,7%	0,7%	0,4%	1,5%
Tierra del Fuego	0,6%	0,3%	1,2%	1,5%	0,8%	2,9%
Mendoza	6,1%	4,7%	7,8%	7,4%	5,7%	9,6%
San Juan	3,9%	2,9%	5,0%	4,1%	3,0%	5,5%
San Luis	3,9%	2,7%	5,5%	2,7%	1,8%	4,1%
TOTAL	5,6%	4,9%	6,2%	7,6%	7,0%	8,1%

El 14,2% de los encuestados afirmó haber sido testigo presencial de un robo a mano armada. Esto denota un aumento con respecto al 2005 cuando este porcentaje era del 9%. En el año 2009, los mayores porcentajes se registraron en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (20,8%) y las provincias de Buenos Aires (18,3%), Tucumán (17,5%) y Santa Fe (14,1%). En términos absolutos, la Ciudad

Autónoma de Buenos Aires mostró el mayor incremento (del 10,4% al 20,8%). Sin embargo, Catamarca, Salta y Río Negro, que en el año 2005 presentaban porcentajes bajos de reporte de testigo de robo a mano armada, al menos duplicaron este indicador en la segunda encuesta (tabla 3).

**Tabla 3. Testigo de robo a mano armada en los últimos doce meses según provincia en 2005 y 2009. Argentina 2005 y 2009. Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, 2005 y 2009. (Población total)**

	ENFR 2005	IC 95%		ENFR 2009	IC 95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Buenos Aires	11,3%	9,7%	13,0%	18,3%	16,9%	19,8%
CABA	10,4%	8,4%	12,8%	20,8%	17,4%	24,7%
Córdoba	6,6%	4,8%	9,0%	11,3%	9,5%	13,5%
Entre Ríos	4,2%	3,1%	5,7%	7,1%	5,5%	9,1%
La Pampa	1,5%	0,9%	2,6%	2,7%	1,9%	4,0%
Santa Fe	9,2%	7,2%	11,7%	14,1%	11,9%	16,6%
Catamarca	1,8%	1,1%	2,9%	4,6%	3,5%	6,1%
Jujuy	3,6%	2,4%	5,2%	5,4%	4,1%	7,2%
La Rioja	2,6%	1,8%	3,8%	4,5%	3,2%	6,1%
Salta	3,0%	2,2%	4,2%	7,1%	5,4%	9,2%
Tucumán	12,8%	10,3%	15,9%	17,5%	14,3%	21,4%
Chaco	7,6%	5,9%	9,8%	9,1%	7,2%	11,5%
Corrientes	7,5%	5,9%	9,5%	8,3%	6,4%	10,8%
Formosa	2,1%	1,3%	3,4%	1,6%	1,0%	2,5%
Misiones	3,0%	2,0%	4,6%	3,2%	2,2%	4,6%
Santiago del Estero	5,2%	3,9%	7,0%	5,1%	3,6%	7,4%
Chubut	3,6%	2,3%	5,6%	4,9%	3,7%	6,5%
Neuquén	6,1%	4,5%	8,3%	6,1%	4,4%	8,4%
Río Negro	2,1%	1,4%	3,2%	5,6%	4,1%	7,5%
Santa Cruz	1,8%	1,1%	2,9%	2,2%	1,5%	3,2%
Tierra del Fuego	1,0%	0,6%	1,9%	3,4%	2,2%	5,1%
Mendoza	9,4%	7,4%	11,8%	12,1%	9,8%	14,8%
San Juan	7,6%	5,8%	9,8%	8,7%	6,9%	10,8%
San Luis	4,8%	3,6%	6,4%	4,9%	3,7%	6,6%
TOTAL	9,0%	8,2%	9,7%	14,2%	13,4%	15,0%

La provincia de Tucumán (6,2%), Ciudad Autónoma de Buenos Aires (5,5%) y la provincia de Salta (5,4%) tuvieron los mayores porcentajes del indicador “golpeado/a durante los últimos 12

meses” en el 2009. Con excepción de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, no se observaron cambios importantes el 2005 y 2009 (tabla 4).

**Tabla 4. Golpeado/a en los últimos doce meses según provincia en 2005 y 2009. Argentina 2005 y 2009. Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, 2005 y 2009. (Población total)**

	ENFR	IC 95%		ENFR	IC 95%	
	2005	Inferior	Superior	2009	Inferior	Superior
Buenos Aires	3,9%	3,0%	5,0%	4,0%	3,3%	4,7%
CABA	2,3%	1,6%	3,4%	5,5%	3,7%	8,1%
Córdoba	3,7%	2,6%	5,1%	4,5%	3,3%	6,2%
Entre Ríos	1,8%	1,1%	2,9%	2,5%	1,7%	3,6%
Santa Fe	3,3%	2,2%	5,0%	3,6%	2,7%	4,9%
La Pampa	2,4%	1,6%	3,6%	1,3%	0,7%	2,3%
Catamarca	2,4%	1,6%	3,7%	2,9%	2,0%	4,3%
Jujuy	3,7%	2,6%	5,2%	4,3%	3,1%	5,9%
La Rioja	3,3%	2,3%	4,8%	2,9%	1,9%	4,6%
Salta	4,7%	3,5%	6,2%	5,4%	4,1%	7,1%
Tucumán	5,3%	4,1%	6,8%	6,2%	4,6%	8,2%
Corrientes	3,2%	2,3%	4,5%	4,2%	2,9%	6,1%
Chaco	2,3%	1,7%	3,2%	3,2%	2,0%	5,0%
Formosa	2,1%	1,2%	3,5%	1,1%	0,5%	2,3%
Misiones	1,9%	1,1%	3,2%	2,7%	1,7%	4,3%
Santiago del Estero	2,9%	2,0%	4,1%	2,0%	1,2%	3,3%
Chubut	3,5%	2,2%	5,5%	2,7%	1,8%	4,0%
Neuquén	4,1%	3,1%	5,3%	3,4%	2,2%	5,2%
Río Negro	2,1%	1,4%	3,2%	2,9%	1,8%	4,5%
Santa Cruz	2,4%	1,7%	3,5%	2,0%	1,3%	3,1%
Tierra del Fuego	2,4%	1,4%	4,0%	3,0%	1,9%	4,6%
Mendoza	4,1%	3,0%	5,4%	5,0%	3,8%	6,6%
San Juan	3,8%	2,7%	5,3%	2,9%	1,9%	4,4%
San Luis	3,2%	2,3%	4,4%	2,8%	1,8%	4,3%
TOTAL	3,5%	3,0%	4,0%	4,0%	3,6%	4,4%

A nivel nacional, la presencia de armas de fuego en el entorno disminuyó de 9,8% (2005) a 7% (2009). La jurisdicción que registró una menor presencia de armas de fuego en el entorno fue la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con un 4,6%, sin presentar cambios con respecto a 2005. El mayor porcentaje se observó en la provincia de La Pampa

con un 10,4% en 2009, aunque cabe destacar que el mismo se redujo en casi tres puntos con respecto a 2005. Las provincias que más lograron reducir este indicador fueron Córdoba y Entre Ríos, las cuales registraban los mayores porcentajes en el año 2005 (tabla 5)

**Tabla 5. Presencia de armas de fuego en el entorno según provincia en 2005 y 2009. Argentina 2005 y 2009. Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, 2005 y 2009. (Población total)**

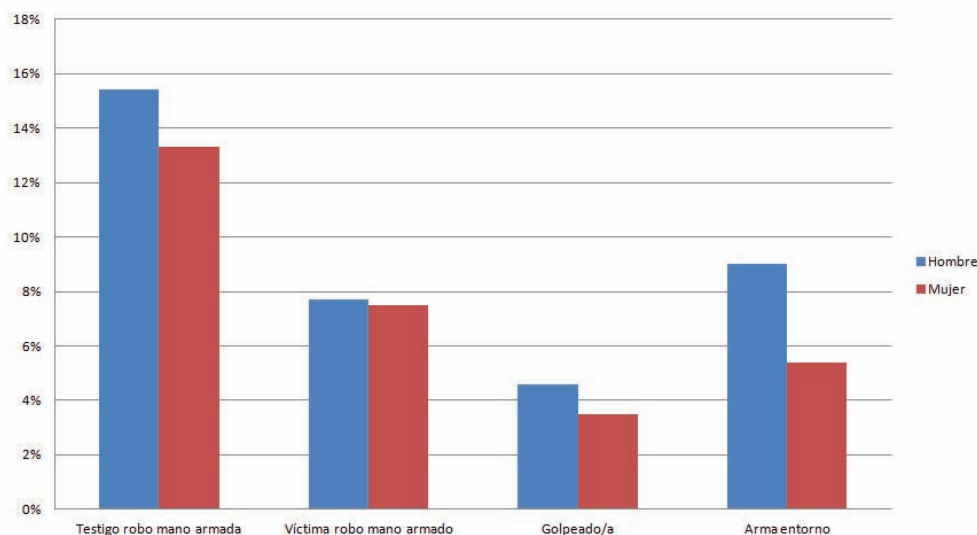
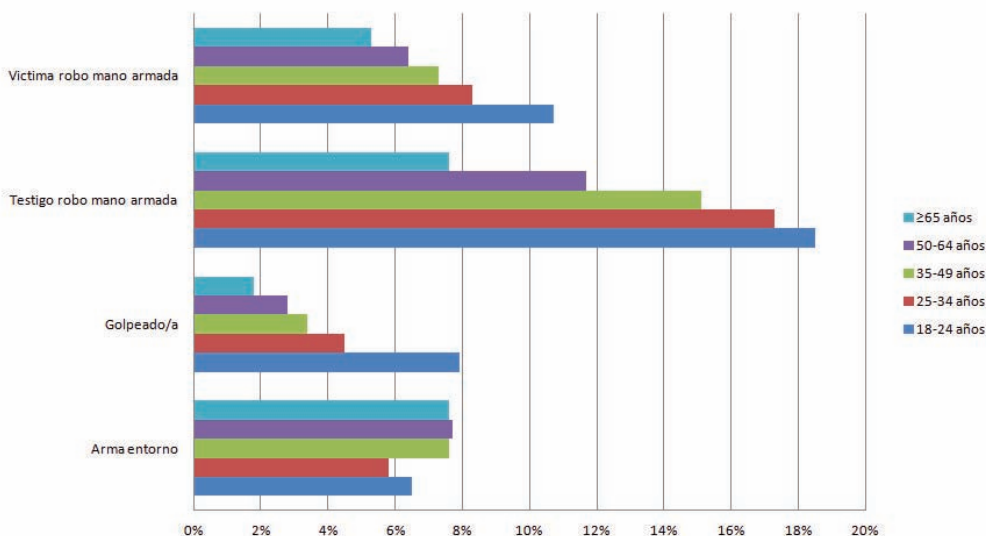
	ENFR 2005	IC 95%		ENFR 2009	IC 95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Buenos Aires	10,6%	9,1%	12,2%	7,2%	6,4%	8,1%
CABA	4,8%	3,6%	6,3%	4,6%	3,3%	6,2%
Córdoba	12,5%	10,4%	15,1%	7,2%	6,0%	8,8%
Entre Ríos	13,4%	11,3%	15,9%	8,1%	6,5%	9,9%
Santa Fe	9,9%	8,2%	11,9%	6,2%	5,0%	7,7%
La Pampa	13,2%	10,9%	15,9%	10,4%	8,4%	12,9%
Catamarca	8,2%	6,6%	10,2%	6,2%	4,8%	8,0%
Jujuy	5,8%	4,3%	7,6%	5,7%	4,4%	7,4%
La Rioja	9,5%	7,5%	11,8%	6,1%	4,7%	7,8%
Salta	7,7%	6,3%	9,3%	6,4%	4,8%	8,6%
Tucumán	10,0%	8,0%	12,4%	8,6%	6,6%	11,0%
Corrientes	10,6%	8,7%	12,8%	9,5%	7,4%	12,1%
Chaco	9,7%	7,9%	11,8%	7,1%	5,5%	9,0%
Formosa	8,4%	6,5%	10,9%	8,1%	6,5%	10,0%
Misiones	10,2%	7,4%	13,9%	6,2%	4,9%	8,0%
Santiago del Estero	12,4%	10,6%	14,5%	8,7%	6,7%	11,3%
Chubut	9,0%	7,4%	10,9%	8,7%	6,7%	11,2%
Neuquén	9,5%	8,1%	11,2%	7,8%	5,9%	10,2%
Río Negro	10,3%	8,6%	12,4%	7,5%	5,9%	9,5%
Santa Cruz	7,7%	6,2%	9,7%	8,0%	6,3%	10,0%
Tierra del Fuego	8,5%	6,6%	10,7%	8,2%	6,3%	10,5%
Mendoza	8,7%	7,1%	10,7%	9,1%	7,0%	11,6%
San Juan	8,0%	6,7%	9,6%	4,8%	3,4%	6,8%
San Luis	9,1%	7,5%	11,0%	7,3%	5,8%	9,1%
TOTAL	9,8%	9,1%	10,5%	7,0%	6,6%	7,5%



Con excepción de la presencia de armas en el entorno, se observó una relación inversa entre los indicadores de violencia y grupo etario: a menor edad mayor porcentaje de reporte de haber sido víctima o testigo de robo a mano armada y haber sido golpeado/a (gráfico 17).

Los hombres y mujeres refirieron haber sido víctima de robo a mano armada en igual proporción. El resto de indicadores fue mayor en hombres (gráfico 18).

**Gráfico 17. Porcentaje de personas que refirieron presencia de arma de fuego en el entorno, haber sido testigo de robo a mano armada, víctima de robo a mano armada y golpeados/as (últimos 12 meses), por grupo de edad. Argentina 2009.**  
Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, 2009. Población total.



**Gráfico 18. Porcentaje de personas que refirieron presencia de arma de fuego en el entorno, haber sido testigo de robo a mano armada, víctima de robo a mano armada y golpeados/as por grupo de sexo. Argentina 2009.** Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, 2009. Población total.

## DISCUSIÓN

### Resumen de resultados

En el año 2009, la tasa bruta de mortalidad por homicidios fue de 4,57 por 100.000 habitantes, menor que la observada para los suicidios y las muertes por causas externas no intencionales. La primera aumentó durante las épocas de crisis económicas, llegando a su pico en el año 2002 para descender paulatinamente hacia el 2009, hasta alcanzar valores similares al inicio de la década del '90.

De forma constante, la población más vulnerable fue la de hombres jóvenes, mientras que en la población general, la tasa de homicidios se mantuvo estable durante los últimos años, desde el 2007 la misma sufrió un incremento en el subgrupo de hombres de 15 a 24 años de edad.

Se observaron importantes diferencias en las tasas ajustadas de homicidios entre provincias, encontrándose las mayores en la región patagónica.

Sin embargo, muchas provincias con baja tasa de homicidios presentaron altas tasas de muerte por causas externas de intención indeterminada, sugiriendo que parte de las variaciones geográficas podrían explicarse por diferencias en la calidad de la codificación de las muertes. Las diferencias geográficas también se dan entre países de las Américas, siendo Argentina un país con baja tasa de homicidios en comparación a otros de la región.

En cuanto a las características de los homicidios, identificamos diferencias en el mecanismo según sexo, siendo más frecuente el uso de arma blanca y el ahorcamiento entre las mujeres y el arma de fuego entre los hombres. La mayoría de los homicidios dolosos ocurren de noche y la mitad se produce en la vía pública mientras que el hogar ocupa el segundo lugar.

Para el total del país, se registró un aumento del porcentaje de personas que refieren haber sido víctimas o testigos de robo a mano armada con respecto al 2005. Por el contrario, se observó una

disminución en el reporte de presencia de armas de fuego en el entorno, mientras que no se observaron cambios en relación a los golpeados en el último año.

### Definición de violencia y marco analítico

La violencia es un fenómeno muy complejo que se puede definir de varias maneras y puntos de vista. Dada su complejidad es necesario contar con un marco analítico o una clasificación que permita la identificación de los hechos de violencia y sus tipos para una posible prevención y tratamiento de los mismos.

La Organización Mundial de la Salud define la violencia 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”. La definición comprende tanto la violencia interpersonal como el comportamiento suicida y los conflictos armados. Cubre también una amplia gama de actos que van más allá del acto físico para incluir las amenazas e intimidaciones. Además de la muerte y las lesiones, la definición abarca también las numerosas consecuencias del comportamiento violento, a menudo menos notorias, como los daños psíquicos, privaciones y deficiencias del desarrollo que comprometan el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades”.<sup>4</sup>

La clasificación utilizada en el “Informe mundial sobre la violencia y la salud” divide a la violencia en tres grandes categorías según el autor del acto violento: violencia dirigida contra uno mismo (autoinfligida), violencia interpersonal (refiere tanto a violencia intrafamiliar como aquella que se produce entre dos personas fuera del hogar que pueden conocerse o no) y violencia colectiva (producida por personas que se identifican como miembros de un grupo contra otro grupo o conjunto de individuos con objeto de lograr fines políticos, económicos o sociales). Esta clasificación tiene también en cuenta

la naturaleza de los actos violentos, que pueden ser físicos, sexuales o psíquicos, o basados en las privaciones o el abandono, así como la importancia del entorno en el que se producen, la relación entre el autor y la víctima y, en el caso de la violencia colectiva, sus posibles motivos.<sup>4</sup>

Para entender los determinantes de la violencia y su naturaleza multifactorial, la OMS propone un modelo conceptual denominado “modelo ecológico”. El mismo identifica cuatro niveles para identificar los factores relacionados a la violencia:

1. Factores individuales: se identifican factores biológicos y de la historia personal que influyen en el comportamiento de las personas y aumentan sus probabilidades de convertirse en víctimas o perpetradores de actos violentos. Entre los factores que pueden medirse o rastrearse se encuentran las características sociodemográficas (edad, educación, ingresos), los trastornos psíquicos o de personalidad, las toxicomanías y los antecedentes de comportamientos agresivos o de haber sufrido maltrato.
2. Factores relacionales: son propios de las relaciones más cercanas (como las familiares, amistades o de pareja). Un ejemplo relacionado con la violencia juvenil es tener amigos que cometan o alienten actos violentos, ya que pueden elevar el riesgo de que un joven los sufra o los perpetúe.
3. Factores comunitarios: son aquellos que intervienen en el desarrollo de las relaciones sociales, como las escuelas, los lugares de trabajo y el barrio de residencia y que pueden propiciar actos violentos. Algunos factores pueden ser la movilidad de residencia (permanencia constante o traslado frecuente); densidad de la población; alto nivel de desempleo o existencia de tráfico de drogas en la zona de residencia o de trabajo.
4. Factores societarios: son aquellos factores de carácter general relativos a la estructura de la

sociedad que contribuyen a crear un clima en el que se aliente o se inhiba la violencia, como la posibilidad de conseguir armas y las normas sociales y culturales. Entre éstas se incluyen las que conceden prioridad a los derechos de los padres sobre el bienestar de los hijos, consideran el suicidio una opción personal más que un acto de violencia prevenible, reafirman la dominación masculina sobre las mujeres y los niños, respaldan el uso excesivo de la fuerza policial contra los ciudadanos o apoyan los conflictos políticos. En este nivel, otros factores más generales son las políticas sanitarias, económicas, educativas y sociales que contribuyen a mantener las desigualdades económicas o sociales entre los distintos grupos de la sociedad.<sup>4</sup>

#### Contextualización e interpretación de resultados

A nivel global, Latinoamérica y El Caribe presentan las mayores tasas de homicidios, aunque con diferencias importantes entre los países que componen la región.<sup>6, 13</sup> En el año 2000, estas tasas fueron bajas para países como Argentina, Chile, Costa Rica, y Uruguay; moderadas en Perú, Nicaragua, Ecuador, República Dominicana, Panamá, y Paraguay; y extremadamente altas en Brasil, México, Colombia, El Salvador, Honduras y Venezuela.<sup>14</sup>

Teniendo en cuenta el modelo ecológico mencionado previamente, un factor de riesgo individual relacionado con la violencia, tanto para nuestro país como para la mayoría de los países del mundo, es el hecho de ser hombre y joven.<sup>6</sup> En este sentido, creemos importante priorizar investigaciones que den cuenta de las implicancias propias en cada sociedad de la construcción social de una identidad masculina con relación a comportamientos relacionados con la violencia. Según Briceño-León, la cultura de la masculinidad adquiere especial importancia durante la adolescencia, cuando los varones buscan construir su identidad en base a una cultura del “respeto” de los pares como reconocimiento de su virilidad. Al contrario que la mujer, evitar el conflicto, la pelea y

riesgos para la salud implican, dentro de una cultura machista, un descrédito social y de sometimiento.<sup>15</sup> Por otro lado, diversos factores de riesgo societarios han sido estudiados. Un estudio realizado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires evidenció que las comisarías que tenían una mayor magnitud de hechos violentos se correspondían geográficamente con zonas con mayor proporción de hogares con necesidades básicas insatisfechas.<sup>16</sup> Paulo Nadanovsky y cols. describieron que las diferencias entre los países que constituyen la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD) y la región Latino América y Caribe se explicarían al menos en parte por las desigualdades económicas y el nivel de impunidad de cada país.<sup>17</sup> Asimismo, el nivel de ingresos y nivel educativo de una población han demostrado relacionarse inversamente con las tasas de homicidios de la región.<sup>18,19</sup> Más allá del nivel de ingreso absoluto, las desigualdades en el ingreso, según las mide el coeficiente de Gini, también parecen explicar la diferencias de tasas de muertes violentas entre regiones.<sup>20</sup> Por otro lado, las tasas de tenencia de armas de fuego y las tasas nacionales de homicidios se correlacionaron altamente en un estudio que incluyó a 11 países europeos, Australia, Canadá y Estados Unidos.<sup>21</sup> Nuestros resultados evidenciaron un pico en las tasas de mortalidad en el año 2002, que coincide temporalmente con una época de crisis económica en Argentina. Esta posible asociación entre las muertes violentas y diferentes indicadores de crisis económicas fue estudiada en Bogotá (Colombia). Los cambios en las tasas de desempleo y los índices de precios al consumidor, explicaron gran parte de las variaciones temporales en las tasas de homicidios ocurridos en Bogotá entre el 1997 y 2006.<sup>22</sup>

#### Limitaciones

Los resultados de este artículo deben ser interpretados teniendo en cuenta ciertas limitaciones. Si bien la cobertura de los datos de mortalidad es aceptable, en algunas áreas de ciertas provincias, persisten problemas de esta índole.<sup>2</sup> Por otro lado, la calidad

de la certificación de la causa de muerte continúa siendo un desafío. Dado que el porcentaje de muertes por causa externa de intención indeterminada es elevado (especialmente en algunas provincias), es de esperar que los datos aquí presentados estén subestimando las reales tasas de homicidios. Asimismo, las variaciones temporales y geográficas de las tasas analizadas podrían corresponder al menos en parte a diferencias en la calidad de la certificación.

Las comparaciones entre países también deben ser interpretadas con cautela, debido a la posible diferencia en la calidad de los datos disponibles para cada uno de ellos. Para disminuir este riesgo, hemos elegido hacer comparaciones entre países que al menos tengan información de intermedia calidad, según lo reportado por el Observatorio de Salud Global (OMS).<sup>11</sup>

Por otro lado, la clasificación de enfermedades, formalizada en 1893 como Lista Internacional de Causas de Defunción, ha tenido numerosas y relevantes modificaciones desde su implementación. En función de ello, los datos de morbilidad y de mortalidad deben interpretarse considerando estos cambios, sobre todo al evaluar tendencias.

Las distintas fuentes de información (sector salud y sector justicia) utilizan diferentes clasificaciones y definiciones que podrían explicar parte de las variaciones en los resultados, limitando además su comparación.

El autorreporte de los indicadores relacionados con violencia de la ENFR podría influir en los resultados encontrados. El sesgo incursionado incluso podría tener una direccionalidad diferente de acuerdo a las características locales de cada región o provincia.

Por último, cabe resaltar la falta de información de variables de interés para un análisis más profundo de las muertes violentas, así como información sobre consecuencias no mortales de la violencia. En este sentido, no sólo es necesario fortalecer los sistemas actuales y crear nuevas fuentes de información, sino también articular los datos provenientes de las ya existentes.

### Acciones en Salud Pública

Para desarrollar medidas costo-efectivas es necesario contar con información apropiada, organizada en un sistema de información que permita evaluar en forma continua el progreso de las acciones, reasignación de recursos y monitoreo de las políticas de salud implementadas. Consideramos prioritarias aquellas intervenciones poblacionales orientadas a la prevención.

La OMS destaca la importancia de abarcar los cuatro niveles del modelo ecológico citado anteriormente para el desarrollo de intervenciones para el control de la violencia interpersonal.<sup>5</sup> De esta forma, ha elaborado en el año 2009 siete recomendaciones de intervenciones puntuales basadas en la evidencia para la prevención de las distintas formas de violencia. Las mismas buscan incrementar relaciones entre padres/cuidadores e hijos que sean seguras, estables y de buen trato; desarrollar habilidades para la vida en niños y adolescentes; reducir la disponibilidad y el daño en el uso nocivo de alcohol; reducir el acceso a armas de fuego, cuchillos y pesticidas; promover la igualdad de género; modificar hábitos culturales que sustentan las diversas formas de violencia; cuidar y apoyar a las víctimas identificadas. Las estrategias con mayor evidencia son: programas de entrenamiento parental, incluyendo visitas al hogar; desarrollo de programas sociales para el desarrollo de habilidades de vida en niños y jóvenes; intervenciones para personas alcohólicas; programas escolares focalizados en hábitos y actitudes desde una perspectiva de género; programas de ayuda y apoyo a las víctimas identificadas de la violencia.<sup>23</sup>

Desde el Programa Nacional de Prevención y Control de Lesiones de la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles del Ministerio de Salud de la Nación funciona el Sistema de Vigilancia de Lesiones (Sl. VI. LE.), constituido por unidades centinelas de lesiones (UCL) ubicadas mayormente en guardias de hospitales aunque también en servicios de emergencia en 19 provincias del país. Las mismas proporcionan, de

manera continua durante todo el año, información relativa a la incidencia y aspectos más importantes de las principales lesiones de causa externa, con un alto nivel de detalle. Esto posibilita la elaboración de acciones de prevención, atención y rehabilitación acorde con las variaciones socioculturales de cada lugar.

En el marco del Proyecto Regional de Indicadores Estandarizados de Convivencia y Seguridad Ciudadana, el Ministerio de Seguridad de la Nación coordina la SUT (Sub Comisión de Trabajo) Argentina, creada en marzo de este año con el fin de revisar y aprobar un documento situacional sobre fuentes de información en materia de convivencia y seguridad ciudadana. De la misma participan los siguientes organismos nacionales: Policía Federal Argentina, Gendarmería Nacional Argentina, Prefectura Nacional Argentina, Policía de Seguridad Aeroportuaria, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), Cancillería, Ministerio Público Fiscal Federal, Ministerio de Salud de la Nación, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, Consejo Nacional de las Mujeres, Ministerio del Interior de la Nación y la Corte Suprema de la Nación.

Paralelamente desde abril de este año el INDEC está llevando a cabo un relevamiento interministerial e interjurisdiccional con el fin de organizar la información proveniente de los registros administrativos sobre violencia en general, con fuerte énfasis sobre violencia de género en particular, con el fin de realizar un diagnóstico de las fuentes de información e indicadores disponibles y propuestas de mejoras.

A su vez, desde el mes de octubre del año 2011 se viene implementando la segunda etapa del Programa Nacional de Entrega Voluntaria de Armas de Fuego, llevada a cabo por el Registro Nacional de Armas (RENAR), dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, también conocido como "plan de desarme de la sociedad civil", mediante el cual se recolectaron y, posteriormente, destruyeron desde el año 2006 unas 132.136 armas.

## CONCLUSIÓN

Conocer el perfil epidemiológico y las características de los homicidios en la Argentina en los últimos años permitirá diseñar intervenciones adecuadas. Sin embargo, las mismas deben basarse en información confiable acerca de la magnitud, las características y las consecuencias de la violencia, así como de los factores que la causan o perpetúan.

Asimismo, la evaluación y monitoreo del impacto de las mismas es necesaria para un accionar efectivo y costo-efectivo. Es por ello, que resulta esencial fortalecer los sistemas de información ya existentes y la generación de información mediante el uso de nuevas fuentes o el desarrollo de estudios de investigación. Contar con información oportuna, válida y confiable constituye un insumo básico para la práctica de una salud pública basada en la evidencia

Finalmente, consideramos que el abordaje de la prevención de las distintas formas de violencia debe involucrar a múltiples actores del estado y la sociedad, mediante una política intersectorial coordinada que se focalice en sus determinantes.

## Referencias Bibliográficas

1. Traumatismos y Violencia, Datos. OMS. 2010. Disponible en [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599373\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599373_spa.pdf) (acceso el 10/11/2011)
2. Estadísticas Vitales. Información básica 2009. Ministerio de Salud de la nación. Disponible en <http://www.bvs.org.ar/pdf/anuario09.pdf> (acceso el 30/11/2011)
3. Boletín epidemiológico periódico, N°16, año 2, diciembre de 2004. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en [http://www.msal.gov.ar/hm/site/sala\\_situacion/PANELES/boletines/boletin\\_16-2004.pdf](http://www.msal.gov.ar/hm/site/sala_situacion/PANELES/boletines/boletin_16-2004.pdf) (acceso el 20/01/2011).
4. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud. 2002. Disponible en [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf) (acceso el 8/01/2012)
5. The Global Burden of Disease, 2004 Update. World Health Organization. Disponible en [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/2004\\_report\\_update/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/) (acceso el 8/01/2012) (acceso el 8/01/2012)
6. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Disponible en <http://www.deis.gov.ar/> (acceso el 8/01/2012)
7. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005. Disponible en [http://msal.gov.ar/ENT/VIG/Publicaciones/Encuestas\\_Poblacionales/Encuestas\\_Poblacionales.aspx](http://msal.gov.ar/ENT/VIG/Publicaciones/Encuestas_Poblacionales/Encuestas_Poblacionales.aspx) (acceso el 8/01/2012)
8. Segunda encuesta Nacional de Factores de Riesgo para enfermedades no transmisibles. Disponible en [http://msal.gov.ar/ENT/VIG/Publicaciones/Encuestas\\_Poblacionales/Encuestas\\_Poblacionales.aspx](http://msal.gov.ar/ENT/VIG/Publicaciones/Encuestas_Poblacionales/Encuestas_Poblacionales.aspx) (acceso el 8/01/2012)
9. Reporte Anual del Sistema de Alerta Temprana – Homicidios República Argentina (sin Buenos Aires) – Año 2009. Disponible en <http://www.jus.gov.ar/areas-tematicas/estadisticas-en-materia-de-criminalidad.aspx> (acceso el 8/01/2012)
10. Composición y distribución de la población. Instituto Nacional de Estadística y Censos <http://www.indec.gov.ar/>
11. Global burden of disease DTHMDG 2008. Disponible en: <http://www.who.int/gho/en/> (Acceso 15/10/2011)
12. Marco Antonio Terragi. Delitos contra las personas. Ediciones Jurídicas Cuyo. Delitos contra las personas, Editorial Jurídica Cuyo, Mendoza, 2000
13. A Reza, J A Mercy, E Krug. Epidemiology of violent deaths in the World. *Injury Prevention* 2001;7:104-111
14. Briceño-León R, Villaveces A, Concha-Eastman A. Understanding the uneven distribution of the incidence of homicide in Latin America. *Int J Epidemiol* 2008;37(4):751-7
15. Roberto Briceño-León. Violencia urbana y salud pública en Latinoamérica: un marco sociológico explicativo. *Cad. Saúde Pública* 2005;21(6):1629-1664
16. Hugo Spinelli, Marcio Alazraqui, Gabriela Zunino, Hernán Olaeta, Héctor Poggese, Carola Concaro, Sidonie Porterie. Firearm-related deaths and crime in the autonomous city of Buenos Aires, 2002. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006;11(2):327-338
17. Nadanovsky P, Cunha-Cruz J. The relative contribution of income inequality and imprisonment to the variation in homicide rates among Developed (OECD), South and Central American countries. *Social Science & Medicine* 2009;69:1343-1350.
18. Pinheiro Gawryszewski V, Scarlazzari Costa L. Social inequality and homicide rates in Sao Paulo City, Brazil. *Rev Saúde Pública* 2005;39(2)
19. de Lima ML, Ximenes RA, de Souza ER, Luna CF, de Albuquerque Mde F. Spatial analysis of socioeconomic determinants of homicide in Brazil. *Rev Saude Publica* 2005;2:176-82.
20. de Andrade SM, Soares DA, de Souza RK, Matsuo T, de Souza HD. Homicides between men aged 15 to 29 years and related factors in the State of Paraná, Brazil, 2002/2004. *Cien Saude Colet* 2011;16 Suppl 1:1281-8.
21. International correlations between gun ownership and rates of homicide and suicide. 1993;148(10):1721-5.
22. Moreno Montoya J, Sánchez Pedraza R. Muertes por causas violentas y ciclo económico en Bogotá, Colombia: un estudio de series de tiempo, 1997-2006. *Rev Panam Salud Publica* 2009;26(1):23-30.
23. Violence prevention: the evidence. WHO 2009. Disponible en <http://www.who.int/violenceprevention/publications/en/index.html> (acceso el 20/01/11).

**Boletín de vigilancia N°5**

Enfermedades No Transmisibles y Factores de Riesgo

**Junio de 2012**







**Ministerio de  
Salud**

Presidencia de la Nación

Av. 9 de julio 1925 (C1073ABA) - CABA - República Argentina  
Teléfono: (54-11) 4379-9000 / Web: [www.msal.gov.ar](http://www.msal.gov.ar)

Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles  
Teléfono: 4379-9271  
[www.msal.gov.ar/ent](http://www.msal.gov.ar/ent)  
[vigilanciaent@msal.gov.ar](mailto:vigilanciaent@msal.gov.ar)