



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Franco, Saúl; Mercedes, Clara; Rozo, Patricia; Gracia, Gloria Milena; Gallo, Gloria Patricia; Vera,
Claudia Yaneth; García, Héctor Iván

Mortalidad por homicidio en Medellín, 1980-2007

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 17, núm. 12, diciembre, 2012, pp. 3209-3218

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63024424006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Mortalidad por homicidio en Medellín, 1980-2007

Deaths by homicide in Medellin, 1980-2007

Saúl Franco ¹

Clara Mercedes ¹

Patricia Roza ¹

Gloria Milena Gracia ¹

Gloria Patricia Gallo ²

Claudia Yaneth Vera ³

Héctor Iván García ³

Abstract *The Colombian city of Medellin has faced a severe problem of violence and homicide. The goal of this retrospective, descriptive-analytical study was to assess the magnitude, distribution, most salient characteristics and possible explanations for the problem between 1980 and 2007. Data were obtained from official databases, hospital records and the available literature, and a focus group was set up. There was a dramatic rise in homicides in the city in the time interval studied, with a total of 84,863 documented murders. Ninety-three percent of the victims were male. The 20 to 29 year-old age group was the most affected. Males in this age group, during the worst year of the period (1991), registered an astounding murder rate of 1,709 per 100,000. Even males in the 15 to 19 year age group and the older brackets saw high murder rates. The most common victims were from the lower and lower-middle socioeconomic strata, as has been observed elsewhere in the region. Serious problems were identified in information and in the provision of services. The impact of homicide on the delivery of healthcare services is discussed and a series of tasks for the healthcare sector in the control of this type of violence is proposed.*

Key words *Violence, Homicide, Medellin, Colombia*

Resumen *La ciudad de Medellín, Colombia, ha enfrentado un grave problema de violencia, particularmente homicida. Para avanzar en el conocimiento de la magnitud, distribución, principales características y posibles explicaciones de este problema, se realizó un estudio descriptivo-analítico retrospectivo para el período 1980-2007. Se revisaron bases de datos oficiales y registros hospitalarios; se realizó un grupo focal y se revisó la bibliografía disponible. Se encontró que la ciudad vivió una escalada de violencia homicida en el período, sumando un total de 84.863 homicidios. El 93% de las víctimas fue de sexo masculino y el 7% femenino. El grupo de edad más afectado fue el de 20-29 años. Los hombres de este grupo de edad registraron en 1991, el peor del período, una tasa sorprendente: 1.709 /100.000. Le siguió el subgrupo de 15-19 años, pero aún los grupos de edad de los extremos de la vida registraron tasas preocupantes. Las principales víctimas fueron los hombres jóvenes, de estratos medio-bajo y bajo, como se ha observado en otras ciudades y países de la región. Se identificaron las principales causas, los problemas de información y atención y las consecuencias del problema sobre el personal y los servicios de salud. Al final se plantean algunas tareas del sector salud en el enfrentamiento de la violencia homicida.*

Palabras clave *Violencia, Homicidio, Medellín, Colombia*

¹ Grupo de Investigación Violencia y Salud, Doctorado en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Calle 59A No 63 – 20. Medellín Colombia. saulfranco@hotmail.com

² Empresa Social del Estado Metrosalud, Medellín.

³ Grupo de Investigación en Violencia Urbana, Universidad de Antioquia.

Introducción

La violencia homicida se incrementó en Colombia en las dos últimas décadas del siglo pasado, llegando a superar cualquier otra forma de violencia¹ y generando impactos negativos en todos los niveles de la vida en sociedad. En la sinergia entre las desigualdades sociales, económicas, políticas y culturales, la intolerancia y la impunidad, se ha tratado de encontrar el origen y la explicación de la violencia homicida en el país¹⁻³. Algunas investigaciones sobre el tema han enfatizado ciertos aspectos coyunturales, tales como el problema del narcotráfico, la persistencia del conflicto armado interno, la debilidad del Estado, la corrupción y la inmadurez en el ejercicio de la ciudadanía pero aun son insuficientes los estudios y poco el consenso sobre las explicaciones de fondo de la situación de violencia que vive el país⁴⁻⁵.

En el conjunto de los países con conflictos armados en el mundo, Colombia presenta uno de los más altos índices de homicidio, con cifras comparables a las de países con guerra civil declarada⁶. En el estudio de carga global de la enfermedad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se reportó que la violencia causó en el mundo en 1990 la pérdida del 1,1% de todos los años de vida ajustados en función de la discapacidad. Por su parte, la CEPAL al comparar las tasas de homicidio de Latinoamérica encontró que la tasa promedio en la región fue de 20 homicidios por cien mil habitantes (pcmh), mientras Colombia presentaba al empezar este siglo la tasa más alta: 75 homicidios pcmh⁷. En Colombia, la ciudad de Medellín fue una de las más afectadas por las altas tasas de homicidio a finales del siglo pasado⁸⁻¹⁰. De hecho la ciudad fue reconocida internacionalmente como epicentro de una intensa conflictividad urbana.

Con esta investigación se pretendió avanzar en la comprensión del complejo problema de la violencia homicida en Medellín, contrastarlo a nivel nacional y con información regional, reconocer su magnitud e impacto en la red de hospitales públicos de niveles básicos de complejidad de la ciudad, y contribuir a dar elementos para políticas y programas que puedan reducir y superar estos procesos violentos.

Métodos

Diseño

En el marco del estudio multicéntrico “Mortalidad por homicidio en países de América Latina” que se está ejecutando en Brasil, Argentina, México y Colombia, se realizó un estudio descriptivo-analítico retrospectivo, de los homicidios ocurridos en Medellín entre 1980-2007. Para ello se consultaron fuentes secundarias del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLyCF). La información de los homicidios de tales bases de datos se homologó de la novena a la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9 y CIE-10)¹¹, se verificó que el hecho hubiera ocurrido en Medellín en las fechas del estudio y se eliminaron las variables que no aportaban información al estudio. Para tratar de conocer el problema a mayor profundidad se revisaron también los registros de homicidios y los de atención o de egreso hospitalario, denominados epicrisis, en las Unidades Hospitalarias (UH) de la Empresa Social del Estado Metrosalud, encargada de los primeros niveles de atención en la ciudad, en el período 2000-2007, por ser el único del cual se disponía de la información. A partir de una prueba piloto se elaboró un instrumento específico para la recolección de esta información. Complementariamente, para contrastar la información recolectada y conocer las condiciones de atención a las víctimas y el impacto de la violencia homicida en el personal y en los servicios de atención, se realizó un grupo focal con médicos y trabajadoras sociales, funcionarios de Metrosalud que laboraban en los servicios de urgencias de las UH en el periodo de estudio. La información del grupo focal se captó en audio y luego se transcribió en formato Microsoft Word® para su correspondiente análisis. Finalmente, para contextualizar la ciudad y el problema de los homicidios en ella durante el periodo, se hizo una revisión y análisis documental de la información proveniente de investigaciones no publicadas, tesis de grado del periodo en las dos principales universidades de la ciudad, artículos de revistas y libros, al igual que reportes de prensa y boletines de organizaciones de base comunitaria y social, y los informes oficiales de la alcaldía y las entidades públicas de la ciudad.

Análisis de la información

Se seleccionaron las variables descriptivas demográficas, de tiempo y de ubicación geográfica que estaban presentes en todos los años, tanto en la fuente del DANE como en la de Metrosalud. En los resúmenes de atención de urgencias y epicrisis se captó el tipo de arma usada y la región anatómica afectada. Para la descripción de la información se calcularon distribuciones de frecuencia, tablas de contingencia, medidas de resumen (promedio y desviación estándar) y medidas de posición (mediana), según el tipo de variable. Se calculó la tasa de incidencia poblacional de homicidios por grupos de edad, usando como numerador el total de muertes en el periodo para cada grupo y como denominador la población por grupo a mitad del periodo. Para evaluar la calidad de los datos, crear nuevas variables, recategorizarlas y hacer los ajustes correspondientes, se utilizaron los programas Microsoft Access® y Microsoft Excel®. El procesamiento estadístico se hizo con el software SPSS® versión 18.0 (IMB, Armonk, New York). La delimitación, abordaje y análisis documental se hizo de acuerdo a cuatro ejes: demográfico, socio-económico, socio-político y cultural. La información se recolectó en fichas en formato Microsoft Excel® y Microsoft Word®.

El diseño del protocolo, la ejecución de la investigación y la redacción del artículo se ajustaron a las normas éticas nacionales e internacionales. La investigación fue aprobada por el Comité de Investigación de Metrosalud. El manejo de datos e información se hizo de manera confidencial, no se realizaron análisis individuales y se eliminaron de las bases de datos las variables de identificación de las personas fallecidas.

Resultados

Comportamiento de los homicidios en Medellín 1980-2007

Durante el periodo de estudio se registraron en la ciudad un total de 84.863. En su distribución anual, el pico más alto se registró en 1991, con 6.810 homicidios y un promedio diario de 18.7, y el más bajo en 2005, con 846 homicidios. En términos de tasas se observó durante el periodo un ascenso en la mortalidad por esta causa durante la década del 80, alcanzando sus niveles más altos al empezar los 90, para luego descender de manera sostenida hacia finales del siglo pasado y presentar un periodo ondulante en los primeros años del presente (Figura 1).

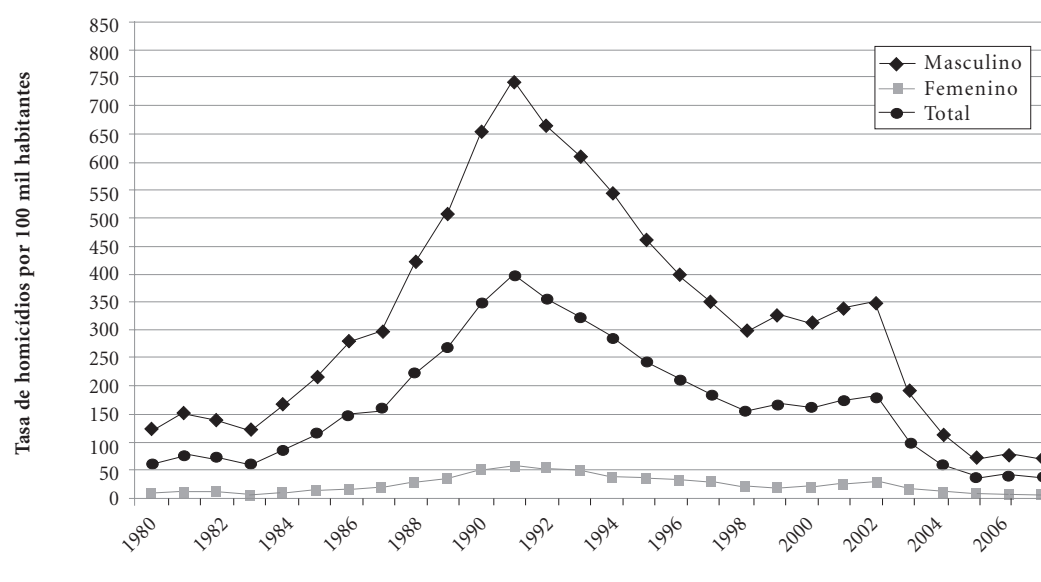


Figura 1. Tasa de homicidios según sexo y total en Medellín, 1980-2007.

Fuente: construida a partir de DANE datos sobre defunciones para el periodo 1980 -2007

En cuanto a la distribución por sexo de las víctimas, el 92,8 % (78.866) fueron hombres y el restante 7.2% (5.997) mujeres. En el año crítico de 1991, la tasa de homicidios en el grupo de hombres fue de 744,2 (pcmh), lo que significa más de 17 homicidios de hombres por día en la ciudad; en mujeres la tasa en dicho año fue de 56.4 pcmh. Al agrupar los homicidios de hombres por décadas, se encuentra que del 80 al 90 el número de homicidios se multiplicó 7 veces, pasando de 773 a 5.429 casos por año; en la siguiente década, del 90 al 2000, aunque se presentó una disminución relativa, la cantidad total siguió siendo muy alta: 3.095, y finalmente del 2000 al 2007 hubo una disminución significativa, llegando a 776 casos anuales. En los homicidios de mujeres, del 80 al 90 el número se incrementó casi ocho veces, pasando de 55 a 424 casos anuales; del 90 al 2000 disminuyeron en más de la mitad, y del 2000 al 2007 hubo una disminución significativa de 196 a 79 casos anuales.

El promedio de edad de las víctimas de homicidio en la ciudad fue 28,3 años, y el 50% de ellas tenía una edad de 25 años o menos. En el conjunto de ambos sexos, el grupo de edad de 20 a 29 años fue el más afectado, que tuvo para el período una tasa de incidencia de 808.3 (pcmh). (Tabla 1). Por años, dicho grupo de edad tuvo las tasas más altas en la ciudad entre 1980 y 1992 y

de 2000 a 2007, alcanzando una tasa superior a 900 hpcmh en el año crítico de 1991, mientras que de 1993 a 1999 las tasas más altas las tuvo el subgrupo de 15 a 19 años (Figura 2). Al desagregar por sexo y edad, en las mujeres el grupo más afectado fue el de 20 a 29 años, seguido por el de 30 a 39 y el de 15 a 19 años, teniendo la menor frecuencia el de las niñas menores de 10 años. En los hombres el grupo de edad con mayor proporción de homicidios fue el de 20 a 29 años, seguido por el de 15 a 19 años y el de 30 a 39 años, registrando la menor frecuencia el de 0 a 9 años.

Según el sitio de defunción, el 31,0% de los decesos por homicidio en la ciudad ocurrieron en un hospital o clínica, el 43,6% en lugar no especificado, el 5,3% en la residencia y del 20,4% restante no se tiene información. En cuanto al tipo de arma empleada, en el 81,3% de los casos fue arma de fuego y en el 10,7% armas u objetos cortantes.

Principales hallazgos del estudio específico de los homicidios atendidos en las Unidades Hospitalarias de Metrosalud (UHM)

En la información recolectada en 8 de las 10 UH de Metrosalud acerca de los homicidios ocurridos entre 2000 y 2007 sólo se encontró el registro

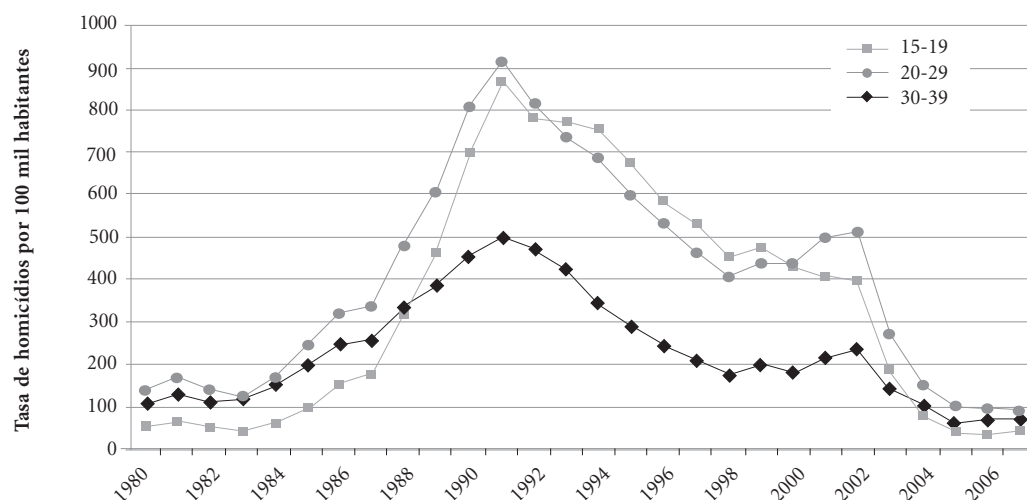


Figura 2. Tasa de homicidios en Medellín en los grupos de edad mas afectados 1980-2007

Fuente: construida a partir de DANE datos sobre defunciones para el periodo 1980 -2007

de 730 casos, a los cuales corresponden los siguientes datos. El 92,9% de las víctimas eran hombres. El 50,0% de los casos tenía 25 años o menos y el grupo de edad más afectado fue el comprendido entre 20 y 29 años, datos que coinciden con la información consolidada de la ciudad anteriormente descrita. El 50,6% de los casos revisados correspondió a los años 2001 y 2002. Las víctimas ingresaron a las UH principalmente en las horas de la noche y en la tarde. Cerca del 52,0% de los casos se reportaron durante el fin de semana y no se observó mayor variabilidad en la distribución por meses. El 78,4% ingresaron muertos y de los que ingresaron con vida, el 32,9% murió en la primera media hora de atención y el 16,5% falleció en la hora siguiente. El 39% de las víctimas recibió las lesiones en cabeza y cuello, 17% en el tórax, 39% en múltiples regiones corporales y en el restante 5% no se especificó la región afectada. Las lesiones fueron producidas principalmente por armas de fuego (88%), seguidas por las armas cortopunzantes (6%), lo que confirma el patrón anteriormente señalado. Tres de las UH (Belén, Doce de Octubre y Santa Cruz) concentraron el 52,5% de los casos. El 69,9% de las 730 víctimas no tenía ningún tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el 9,0% pertenecía al régimen subsidiado y sólo el 2,7% pertenecía al régimen contributivo.

La información obtenida en el grupo focal permitió corroborar varios de los aspectos ya reconocidos en los resultados anteriores, confirmando la alta frecuencia de hombres jóvenes y adolescentes entre las víctimas, la letalidad de las lesiones y el uso cada vez más frecuente de armas

de alta potencia, lo que obliga al personal de las UH a limitarse a estabilizar a los heridos y remitirlos de inmediato a centros de atención de mayor complejidad. Los participantes llamaron la atención sobre las dificultades para el adecuado registro de la información sobre las víctimas debidas a la excesiva carga asistencial y a las limitaciones tecnológicas. Reconocieron las condiciones de riesgo en que les correspondió trabajar en las UH con mayor flujo de víctimas de homicidio. En cuanto a los agentes de la violencia, señalaron el paso progresivo del predominio de la denominada delincuencia común, al de bandas y organizaciones armadas que disputan territorios y confrontan intereses. Y advirtieron sobre la necesidad de crear las condiciones de personal, tecnología y seguridad para hacer posible el oportuno registro de la información requerida.

Homicidios en Medellín, frente a los homicidios en Colombia y en los demás países del estudio multicéntrico

En el periodo 1980-2007 se registró en Colombia un total de 579.329 homicidios, de los cuales el 14,6% se presentaron en Medellín. De conformidad con la Figura 3, la tasa de homicidios en el país durante el período osciló entre 25 pcmh en 1980 y 87 en 1991, mientras que en la ciudad estuvo entre 38,2 pcmh en 2007 y 433 en 1991, cifra que evidencia la gravedad del problema en estudio. Sólo en el año 2005 la tasa de homicidios de Medellín fue levemente menor a la tasa nacional.

Tanto en Colombia como en Medellín, las principales víctimas de los homicidios fueron los hombres: en el país por cada mujer murieron entre 9 y 14 hombres, mientras que en la ciudad por cada mujer murieron entre 9 y 17 hombres.

Tal como aconteció en Medellín, las tasas más altas de mortalidad por homicidio en Colombia se presentaron en el año 1991 en la población entre 20 y 29 años. La ciudad de Medellín presentó tasas de incidencia poblacional de homicidio más altas que las del país en todos los grupos etarios para el periodo analizado (1980 – 2007). Comparativamente el grupo de edad más afectado en Medellín fue el de 10 a 14 años, con una tasa 5,4 veces más alta que la de Colombia (Tabla 1).

Al contrastar los niveles de homicidio en la ciudad y el país con los datos preliminares de los otros países incluidos en el estudio multicéntrico – Argentina, Brasil y México – para el período de dicho estudio: 1990-2007, se aprecia aun más la gravedad de la situación local y nacional. Mien-

Tabla 1. Tasa de incidencia poblacional de homicidios Colombia - Medellín por grupo etario 1980 - 2007.

Grupo etario	Tasa de incidencia poblacional de homicidios Colombia	Tasa de incidencia poblacional de homicidios Medellín
0 a 9 años	3,7	17,4
10 a 14 años	10,4	57,1
15 a 19 años	144,9	706,9
20 a 29 años	291,3	808,3
30 a 39 años	286,5	557,8
40 a 49 años	226,3	350,6
50 a 59 años	138,8	192,0
60 años y más	75,7	98,5
Total	141	389

Fuente: construida a partir de DANE datos sobre defunciones para el periodo 1980 -2007.

tras en dicho período la tasa por homicidios (siempre por 100.000 habitantes) en Medellín varió entre un mínimo de 38 en 2007 y un máximo de 433 en 1991, en Colombia la variación estuvo entre 41 en 2007 y 87 en 1991 (Figura 3); en Argentina entre 3.4 en 1993 y 7.4 en 2002; en Brasil entre 17.9 en 1992 y 26.8 en 2003, y en México entre 8.6 en 2004 y 20.3 en 1992¹².

Discusión y conclusiones

Los datos y la documentación revisados sobre los homicidios en Medellín en el período 1980-2007 permiten afirmar que se trata de un problema grave de salud pública, motivado por múltiples y complejas razones y con serias implicaciones humanas, sociales, económicas y políticas. La gravedad del problema a nivel local se evidencia por datos como los siguientes: la ciudad, con sólo el 5% de la población total del país, aporta casi el 15% de las muertes por homicidio; la tasa de incidencia poblacional de los homicidios en la ciudad durante el período fue de 389 pcmh; en 1991 la ciudad registró un promedio diario de 19 homicidios¹³ y la tasa de homicidios en la ciudad alcanzó una cifra record de 433 pcmh, siendo cinco

veces superior a la tasa nacional de ese año; el 21% de las 409.611 muertes registradas en Medellín en el período en estudio se debieron exclusivamente a homicidio; en el período comparable (1990-2007) del estudio multicéntrico en curso en Brasil, Colombia, Argentina y México, las tasas mínimas de homicidios - de 38 pcmh en 2007 en la ciudad y de 41 en el país en el mismo año - son muy superiores a las tasas máximas de los otros países: 7.4 en Argentina en 2002, 20.3 en México en 1992 y 26.8 en Brasil en 2003¹².

La desagregación de las cifras globales de homicidios de la ciudad por edad y sexo permite reconocer aspectos que pueden ayudar a comprender la naturaleza y la dinámica del problema. En términos de sexo de las víctimas, el problema es predominantemente masculino: el 93% de las víctimas de homicidio fueron hombres y el 7% mujeres. Si bien en términos de porcentaje es baja la participación de las mujeres como víctimas, la cantidad fue creciente en la década de mayor intensidad; en 1991 fueron asesinadas en la ciudad un total de 492 mujeres; las tasas locales de homicidio de mujeres fueron superiores a las nacionales hasta en cuatro veces: mientras en el país oscilaron en el período estudiado entre 4 y 13 por 100.000, en Medellín oscilaron entre 6 y 56 pcmh.

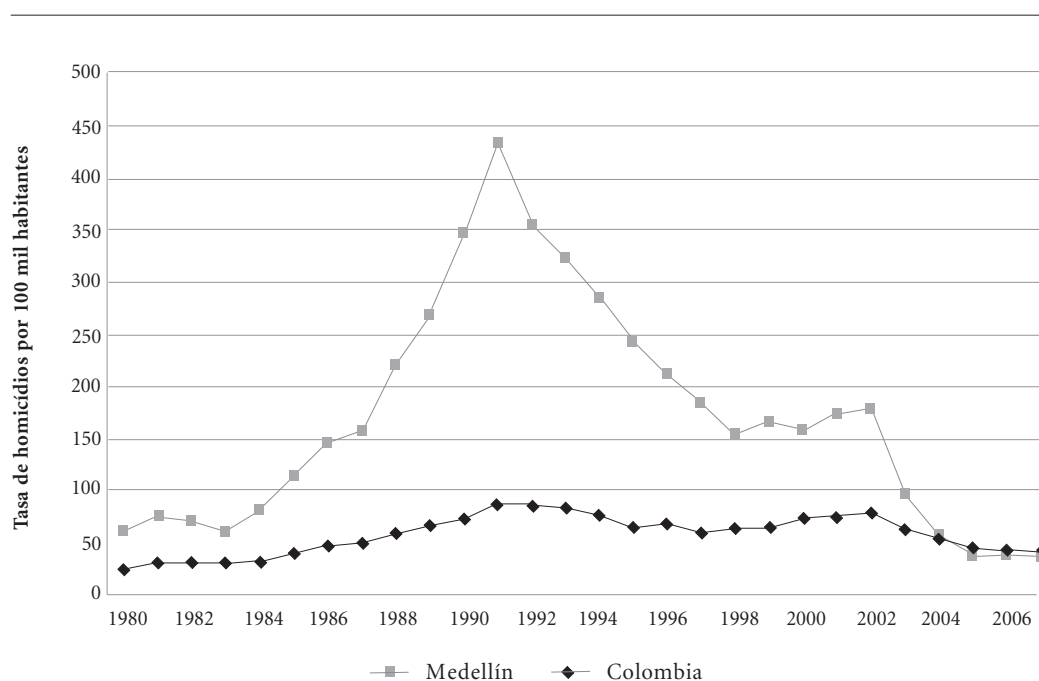


Figura 3. Tasa de homicidios en Colombia y en Medellín 1980 - 2007 .

Fuente: Construida a partir de DANE datos sobre defunciones para el período 1980 - 2007

Algunos estudios señalan también la progresiva participación de las mujeres, en especial las jóvenes y las adultas jóvenes, no sólo como víctimas de la violencia homicida sino también como agentes de violencia, lo que puede reflejar también un cambio en los roles sociales de la mujer¹⁴.

En términos de edad de las víctimas puede afirmarse que el problema se centra en la población joven, cada vez más joven, en especial de los estratos económicos medio bajo y bajo⁹, como se ha observado también en países como Brasil¹⁵. Especial preocupación genera el desbordado incremento de los homicidios de adolescentes entre 15 y 19 años, en particular entre 1987 y 1991, cuando alcanzó una tasa de 868 pcmh sin desagregar por sexo, pero que llegó a 1.594 por 100.000 en los hombres de esa edad. Este problema alcanzó tal magnitud, que entre 1992 y 1999 fue el subgrupo de edad con las tasas más altas de homicidio en la ciudad, tanto en conjunto como al separar los grupos de hombres y de mujeres. Y un dato de horror: el 97% de los adolescentes entre 15 y 19 años que murieron en Medellín en 1991, fueron asesinados. El grupo de 20 a 29 años aportó el 43% del total de víctimas de homicidio a la ciudad y el 38% al país. Al mismo tiempo, en el año 1991 el subgrupo masculino de este rango de edad alcanzó la tasa más alta de homicidio encontrada en el estudio: 1.709 por 100.000.

Merece también atención el problema del homicidio en los grupos de edad ubicados en los extremos de la vida en la ciudad. Se observó, en primer lugar, la emergencia del problema en los niños. En el grupo de 0 a 9 años, mientras en Colombia la tasa no superó los 2 pcmh, en Medellín en 1993 llegó a 25 pcmh. Es muy preocupante que el subgrupo de edad de 10-14 años llegó a tener en 1992 en la ciudad una tasa de mortalidad por homicidio de 71 pcmh, mientras que a nivel nacional la tasa de homicidios de este subgrupo no pasó de 8 pcmh en el período. Estos datos pueden expresar tanto una mayor exposición como una mayor participación de los niños en situaciones delictuales y de conflicto armado¹⁶. Tampoco las personas mayores han escapado a la oleada homicida en el país y, en particular, en la ciudad. Para el grupo de 60 o más años, mientras en Colombia la tasa más alta en el período fue de 44 por 100.000 en 1999, en Medellín fue de 72 por 100.000 en 1992.

La distribución desigual de las víctimas de homicidio en las distintas zonas de la ciudad expresa también aspectos importantes de la naturaleza del problema¹⁷. De hecho la zona con las menores tasas de ocurrencia y de residencia de

las víctimas, es la Suroriental – El Poblado – que concentra a la población de los estratos económicos más altos. En las restantes 5 zonas de la ciudad, y con intensidad cambiante en distintos momentos, se concentran las mayores tasas de homicidio. Dichos sectores presentan alta densidad poblacional, predominio de estratos socio-económicos medio y medio bajo y graves problemas de inseguridad.

La información obtenida directamente en las Unidades Hospitalarias de la ciudad, encargadas de los niveles básicos de atención, aporta nuevos elementos de análisis. Llama la atención, en primer lugar, que la base de datos de la entidad que las reúne, Metrosalud, sólo registra para Medellín aquellos homicidios que fueron atendidos en sus UH y que, además, implicaron un recobro a alguna de las Empresas Promotoras de Salud, es decir: las encargadas de administrar los recursos financieros del sistema. En términos de salud pública es muy preocupante que el determinante para la inclusión en la base de datos sea de tipo económico – recobro de costos de la atención – y no el conocimiento con mayor profundidad y precisión del grave problema de los homicidios en la ciudad. Aún reconociendo la relativa precariedad de tiempo y de condiciones técnicas para la atención de las víctimas de homicidio, y la prioridad de la atención urgente sobre el registro detallado, es preocupante también que no se disponga de información elemental en porcentajes altísimos de los casos atendidos. Cuatro ejemplos ilustran lo anterior: no se encontró información del estado civil del 84%, ni del estrato socio-económico del 80%, ni del tiempo transcurrido entre el ingreso y el deceso del 62% de los casos, ni del 44% del lugar de la defunción de los homicidios atendidos y revisados en estos servicios. Aunque en consecuencia sólo se dispuso de información sobre el estado socio-económico del 20% de los casos revisados, el 56,8% de este subtotal pertenecía al estrato socioeconómico 2, lo que indicaría una vez más el peso mayor de la mortalidad homicida sobre la población pobre. Los datos registrados sobre aseguramiento en salud de las víctimas de homicidio atendidas en las UH son alarmantes. Casi el 70% de ellas no tenían ningún tipo de aseguramiento público o privado y solo la tercera parte tenía algún tipo de vinculación al SGSSS. Estos datos ponen de presente la gran cantidad de población sin cobertura en salud y contrastan con las cifras estatales, tanto locales como nacionales, y de otro lado refuerzan la hipótesis de que las víctimas de homicidio pertenecen predominantemente a sectores excluidos o marginados de los

bienes y servicios sociales fundamentales, como se ha estudiado ya en países como Brasil¹⁸.

Una mirada final de conjunto a los datos obtenidos y a la información y los análisis revisados tratando de comprender y contextualizar el fenómeno, permite establecer *tres periodos* en el problema de la violencia homicida en Medellín en el lapso comprendido entre 1980 y 2007. **Un primer período de incremento acelerado** que va desde comienzos de los 80, en particular desde 1983, hasta 1991. Es la fase más crítica de violencia, en particular de violencia homicida, en los anales de la ciudad. Las tasas de homicidio en la ciudad llegaron a marcar la tendencia de la curva de homicidios a nivel nacional. Investigaciones anteriores¹⁹⁻²² han tratado de explicar este incremento acelerado mediante la convergencia de los problemas acumulados de debilidad institucional, ausencias estatales, ciudadanía precaria, desempleo e inequidades crecientes, con la expansión del fenómeno del narcotráfico en la ciudad²³ y su confrontación armada estatal, con la intensificación de la presencia urbana del conflicto armado interno, en especial la actuación de las milicias afines a las organizaciones guerrilleras y la emergencia y acelerado desarrollo de organizaciones paramilitares^{24,25}. **Un segundo período de descenso sostenido**, entre 1992 y 1998, a partir del golpe dado por el Estado a la principal organización de narcotráfico que operaba en la ciudad, con la eliminación de su máximo dirigente. Esto conllevó una significativa disminución del clima de narco-terror vivido hasta entonces y provocó la reacción del Estado en sus niveles nacional, regional y local, tratando de asumir una mayor presencia en sectores y lugares de los que había estado ausente, de articular algunas políticas e implementar algunas acciones y programas que contribuyeran a abrir espacios de negociación política de los conflictos, construir tejido social y facilitar la convivencia, pero sin afectar directamente las raíces del narcotráfico ni de los problemas básicos de empleo, inequidad y desarraigo. Diferentes sectores, actores y organizaciones sociales emprendieron también acciones de participación social, de análisis de la estructura y dinámica sociales, y de reacción frente al clímax de muerte padecido²⁶⁻²⁹. **Y un tercer período ondulante** entre 1999 y 2007, año de cierre del estudio. La persistencia de los actores y factores de violencia en la ciudad, la no resolución de los determinantes de la conflictividad urbana y la falta de políticas nacionales e internacionales consistentes y eficaces para enfrentar la situación, llevaron a que, a partir de 1998, se hiciera im-

sible continuar la tendencia descendente de la tasa de homicidios y a que la curva empezara a describir altibajos, en niveles todavía tres veces superiores a los nacionales. Ya por fuera del período en estudio, es decir, después del 2007, la ondulación ha sido nuevamente ascendente, con un nuevo y preocupante incremento de las tasas de homicidio, que merece mayor estudio y mejor respuesta.

El sector salud frente a la violencia homicida. El sector salud tiene un papel muy importante y al mismo tiempo limitado en el enfrentamiento de la violencia homicida³⁰. En términos de atención a las víctimas y de tratar de reducir mediante ella su mortalidad, le corresponde el papel fundamental y casi exclusivo. El cumplimiento de esta tarea se facilita con la adecuada dotación y ubicación de los servicios de salud de diferente complejidad, con la disponibilidad del equipo y del personal debidamente capacitado, con adecuadas condiciones de seguridad para el personal y los centros asistenciales, y con la oportunidad en la atención, el traslado y la remisión de las víctimas. Pero, por el contrario, se dificulta cuando tales condiciones son adversas, como las anteriormente señaladas en el estudio local. Factores externos al sector salud, como la gravedad de las lesiones, derivada de la calidad y letalidad de las armas utilizadas y de la preparación y organización de los victimarios, limitan aun más las posibilidades de los servicios asistenciales para reducir la mortalidad. De hecho el estudio demuestra que en la mayoría de los casos las víctimas llegan ya muertas a los centros asistenciales.

El sector salud cumple también un papel importante en la recolección, procesamiento, divulgación y utilización de información específica sobre los eventos cuyas víctimas atiende. El estudio demostró que este aporte potencial encuentra también limitaciones en el volumen de víctimas que deben atenderse, en los equipos, guías y programas disponibles para el registro de la información y posiblemente, en las deficiencias sobre estos temas y técnicas en el proceso formativo del personal de salud.

Otro campo de intervención del sector frente a los homicidios es el de la prevención del problema y de la promoción de valores socio-culturales de respeto a la vida³¹ y a los derechos humanos. La prevención no puede dejarse sólo a las intervenciones de la policía, pero tampoco es tarea exclusiva del sector salud. Tanto ella como la promoción de la salud son, por naturaleza, orientaciones y acciones multisectoriales con grandes posibilidades en el enfrentamiento de problemas

sociales de tal complejidad como la violencia. Justamente la complejidad y multidimensionalidad de la violencia en general y de la violencia homicida en particular, demanda la concurrencia de muy diversas disciplinas, métodos, sectores, organizaciones e instituciones para su comprensión y enfrentamiento. En este aspecto, el sector salud puede cumplir un importante papel en el doble sentido de aportar a los demás campos y sectores su saber y su experiencia en el enfrentamiento

del problema, y de nutrirse de los aportes de los demás para enriquecer su margen de comprensión del fenómeno y mejorar sus estrategias, programas y acciones frente al mismo^{32,33}. Infortunadamente puede afirmarse que este campo de la investigación, el estudio y la acción intersectoriales frente a la violencia – para el caso la homicida – es apenas embrionario y que, frente a la magnitud e intensidad de lo que se ha vivido en la ciudad y en el país, la tarea está aún pendiente.

Colaboradores

S Franco, CM Suárez, P Rozo, GM Gracia, GP Gallo, CY Vera y HI García participaron igualmente de todas las etapas de la elaboración del texto.

Agradecimientos

Esta investigación fue financiada por la Empresa Social del Estado Metrosalud de la ciudad de Medellín en la convocatoria pública de apoyo a la investigación de 2010. Agradecemos a la doctora Gladys Ariza por su acompañamiento en la ejecución del proyecto y a las auxiliares Beatriz Elisa García Gallego, Lina María Zuluaga Ramírez y Ana Yamile Suárez Rodríguez, quienes recolectaron los datos en la Unidades Hospitalarias de Metrosalud.

Referencias

1. Franco SA. *El quinto: no matar*. Contextos explicativos de la violencia en Colombia. Santa Fe de Bogotá: Tercer Mundo Editores; 1999.
2. Arias S. *Homicidios en Antioquia en los años noventa*. [tesis]. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Derecho y Ciencias Políticas; 2001.
3. Franco S. Violencia y salud en Colombia. *Rev. Panam. Salud Pública* 1997; 1:93-103.
4. Franco S, Suárez C, Naranjo C, Baéz L, Rozo P. The effects of the armed conflict on the life and health in Colombia. *Cien Saude Colet* 2006; 11(2):349-360.
5. Pécaut D. *Violencia y política en Colombia*: Elementos de reflexión. Medellín: Editorial Lealón; 2003.
6. Richani NI. La inestabilidad del sistema de guerra en Colombia. En: Franco S, Cuspoca D, Suárez C, compiladores. *La violencia en la Sociedad Actual*: contextos, impactos y respuestas. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2009. p. 130-140.
7. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *El Espacio Regional Hacia la Consolidación de los Asentamientos humanos en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL; 2001.
8. Alcaldía de Medellín. *Plan de Desarrollo 2004-2007, Medellín compromiso de toda la Ciudadanía*. Medellín, Colombia: Alcaldía de Medellín; 2004.
9. García H, Vélez C. *Caracterización de la muerte violenta por homicidio en Medellín en la década de los ochenta*. Aproximación desde la construcción de escenarios y campos de conflicto [tesis]. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública; 1992.

10. Jaramillo A, Ceballos R, Villa M. *En la encrucijada: conflicto y cultura política en el Medellín de los noventa*. Medellín: Corporación Región; 1998.
11. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Décima Revisión (CIE-10)*. V. 1. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003.
12. Ramos E. et al. *Homicidios en cuatro países de América Latina, 1990-2007*. [Comunicación personal e-mail] 2011 Ago 5 [citado 2012 set 12].
13. Suárez C, Giraldo C, García H, López M, Cardona M, Corcho et al. Medellín entre la vida y la Muerte: escenarios de Homicidios 1990-2002. *Revista Estudios Políticos* 2005; 26(1):185-205.
14. Blair E. *Conflicto armado y militares en Colombia*. Cultos, símbolos e imaginarios. Medellín, Editorial Universidad de Antioquia; 1999.
15. Minayo MC. Violencia hoy y siempre: un tema que intriga a la humanidad y engaña a las teorías. En: Franco S, Cuspoca D, Suárez C, compiladores. *La violencia en la Sociedad Actual: contextos, impactos y respuestas*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2009. p. 57-74.
16. Ramírez ID. *Medellín: Los niños invisibles del conflicto social y armado*. Medellín: Libro informe COAV; Children in Organised Armed Violence; 2007.
17. Angarita PE. Conflictos de violencia urbana en Medellín: hipótesis interpretativas. En: López N, Rafael J, editor. *Colombia en la coyuntura de 2003*. Medellín: Editorial U de A; 2003.
18. Ramos E, Carvalho ML. The panorama of urban violence in Brazil and its capitals. *Cien Saude Colet* 2006; 11(2):363-373.
19. Jaramillo A. Consideraciones sobre el conflicto armado en Medellín de los años noventa. *Estudios Políticos* 1997; 10:150-159.
20. Corporación Región, Secretaría de gobierno de Medellín, organizadores. Violencia Juvenil, diagnóstico y alternativas. In: Corporación Región, Secretaría de gobierno de Medellín. *Memorias del seminario sobre la comuna Nororiental de Medellín*; 1990 Ago 15 - 17; San pedro, Antioquia, Colombia; 1990.
21. Restrepo C, Gómez JA, Gómez JC, Betancur J. *Perfil de las víctimas de homicidio en la ciudad de Medellín durante el periodo de enero de 1986 y mayo de 1993*. [tesis]. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Derecho y Ciencias Políticas; 1993.
22. Cardona M, García HI, Giraldo CA, López MV, Suárez CM, Corcho DC, Posada CH. Escenarios de homicidios en Medellín (Colombia) entre 1990 y 2002. *Rev Cubana de Salud Pública* 2005; 31(3):202-210.
23. Vargas R. *Narcotráfico, guerra y política antidrogas: una perspectiva sobre las drogas en el conflicto armado Colombiano*. Bogotá: Editorial Grupo TM; 2005.
24. Ceballos R, Cronshaw F. The Evolution of armed conflict in Medellín: An analysis of de Major Actors. *Journal Latin American Perspectives* 2001; 28(1): 110-131.
25. Espinal M, Giraldo J, Sierra D. Medellín: el complejo camino de la competencia armada. En: Corporación Nuevo Arco Iris, compiladores varios. *Parapolítica: La ruta de la expansión paramilitar y los acuerdos políticos*. Bogotá: Intermedio Editores; 2007.
26. Salazar A. Hacia una estrategia de reconstrucción cultural. En: Daza A. compiladora. *Memorias del seminario Experiencias de intervención en Conflicto urbano Programa de convivencia Ciudadana* Medellín: Alcaldía de Medellín; 2001. p.143-154.
27. Angarita P, Medina L, Ramírez M, Atehortúa C, Sánchez L, Jiménez B, Ines B. *Dinámicas de guerra y construcción de paz*. Estudio interdisciplinario del conflicto armado en la comuna 13 de Medellín. Medellín: L Vieco E Hijos Ltda; 2008.
28. Ministerio de Desarrollo Económico. *Ciudades y ciudadanía: la política urbana del salto social*. Bogotá: Santafé de Bogotá; 1995.
29. Alcaldía de Medellín. Departamento de planeación. Cuarenta y un proyectos que impactarán en la ciudad región de Medellín en el siglo XXI. Medellín: Alcaldía de Medellín; 1997.
30. Franco SA. La violencia homicida y su impacto sobre la salud en América Latina. En: Franco, SA. *Criticas e Atuantes*. Brasil: Editora Fiocruz; 2005.
31. Consejo Mundial de Iglesias. La salud y la curación en tiempos de violencia. *Boletín electrónico* 1999; 152 (nov.-dic.).
32. Franco S, Forero L. Salud y paz en un país en guerra: Colombia, año 2002. En: Franco S, editor. *La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2003.
33. De Currea V. *Derecho Internacional Humanitario y sector salud: el caso colombiano*. Bogotá: Comité Internacional de la Cruz Roja; Plaza y Janés; 1999.

Artigo apresentado em 10/05/2012

Aprovado em 23/07/2012

Versão final apresentada em 13/09/2012