

En noviembre de 1994, la Organización Panamericana de la Salud organizó en Washington, DC, la Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud. El Plan de Acción Regional contra la Violencia propuesto por la OPS fue apoyado con entusiasmo por los auspiciadores de la conferencia: el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Organización de los Estados Americanos (OEA) y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID). El Plan de Acción Regional expresa principios, objetivos, estrategias y actividades que sirven de base para una forma de cooperación nueva y más avanzada para la prevención y el control de la violencia. En ese contexto, la División de Promoción y Protección de la Salud de la OPS realizó, en conjunto con el Programa de Gestión Urbana de las Naciones Unidas, en Cali, Colombia, un Taller sobre Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de Causas Externas, es decir, accidentes, homicidios y suicidios. Con esta y otras actividades la OPS espera contribuir al desarrollo de metodologías, enfoques e instrumentos de apoyo a la vigilancia epidemiológica que favorezcan el perfeccionamiento de un sistema de información sencillo, fiable, útil y de fácil diseminación en los países, regiones y municipios. Estos últimos, y en ellos las alcaldías, deben ser los entes dinamizadores de ese sistema, porque el municipio constituye el escenario operativo más apropiado para la expresión de la democracia y para la negociación y resolución de conflictos locales.

Helena E. Restrepo

División de Promoción y Protección de la Salud
Organización Panamericana de la Salud

Vigilancia epidemiológica de homicidios y suicidios

*Informe del Taller de Cali*¹

En la mayoría de los países de la Región existe subregistro en los datos de homicidios y suicidios debido a la variedad de formas de codificación y análisis, el financiamiento inadecuado para el manejo de información y la falta de personal capacitado, de coordinación en la recolección de datos y de un sistema de emisión de informes no centralizado. El sector salud juega un papel importante en el registro de información sobre hechos violentos, pero la información recolectada por los servicios suele reducirse a la constatación y evaluación de las lesiones, sexo y la edad de las víctimas y, a veces, el instrumento o medio de agresión. Las estadísticas de morbilidad recolectadas por los servicios no reflejan la verdadera magnitud del problema epidemiológico de la violencia, entre otras razones, por el subregistro en las salas de emergencia y consulta externa, o porque las víctimas —de violencia intrafamiliar, por ejemplo— no acuden a las instituciones de salud en demanda de servicios.

¹ Este texto fue preparado a partir del informe de Alberto Concha, Rodrigo Guerrero, Luciana Phebo y Américo Migliónico, participantes en el Taller sobre Sistemas de

Vigilancia Epidemiológica de Causas Externas. La lista completa de participantes en el taller consta en las páginas 323-324.

Las llamadas causas externas de mortalidad —accidentes, homicidios y suicidios— están adquiriendo una importancia creciente en todos los países. De 11 a 25% de la población mundial sufre cada año lesiones discapacitantes y el 2% padece discapacidad como resultado de lesiones ocasionadas por accidentes o violencia. Se ha estimado que en 1989, una tercera parte de las admisiones a hospitales fue por causas externas y los costos sociales y médicos relacionados superaron los US\$ 500 000 millones en todo el mundo (1).

La proporción del total de mortalidad explicada por causas externas varía mucho en los países de las Américas, desde un 7% en Estados Unidos y Canadá, hasta cerca del 25% en El Salvador y Colombia. De igual manera, la composición proporcional de las causas externas varía grandemente. En países como México y Brasil los accidentes de tránsito junto con los accidentes en general dan cuenta de la mayor parte de las defunciones, mientras que en Colombia, los homicidios constituyen la mayor parte (65%) de las muertes por causas externas (1).

Al analizar las tasas específicas de mortalidad en la Región de las Américas para cada uno de los componentes de las causas externas, puede observarse que la mortalidad por homicidios aumentó de 11,4 a 16,6 por 100 000

entre 1980 y 1991; las tasas de mortalidad por accidentes de vehículos a motor mostraron un ligero descenso (cuadro 1). La tasas de suicidio son altas en Canadá y Estados Unidos, pero en general son bajas comparadas con las de otras partes del mundo (2).

Del análisis de las tendencias en la Región, se deduce que mientras los accidentes de todo tipo y los suicidios tienden a la estabilidad, las muertes por homicidio están en aumento en los últimos años. El caso de São Paulo, Brasil (figura 1), puede ser descriptivo de la situación observada en muchas otras ciudades y países.

EL TALLER PARA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE HOMICIDIOS Y SUICIDIOS

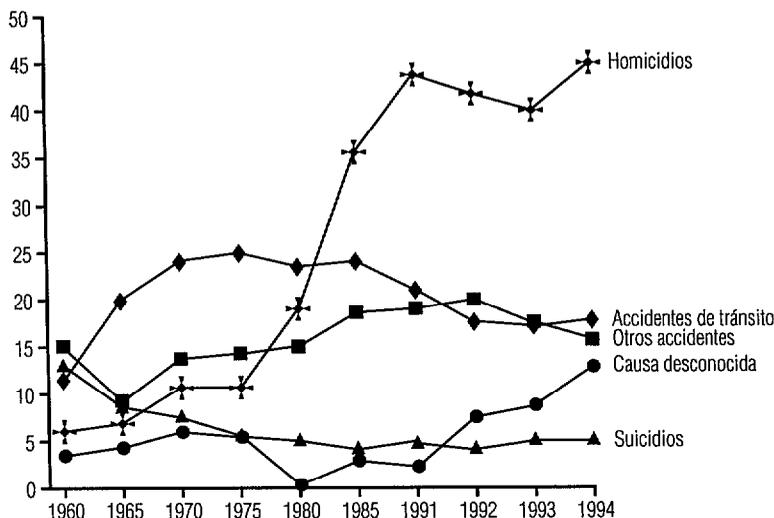
Con el objetivo de llegar a un acuerdo sobre la forma de establecer sistemas de vigilancia epidemiológica de homicidios y suicidios, la OPS y el Programa de Gestión Urbana de las Naciones Unidas promovieron conjuntamente la realización de un taller en la ciudad de Cali, Colombia. El taller tuvo lugar entre el 2 y el 5 de mayo de 1995 y contó con la presencia inaugural de representantes del Ministerio de Salud y de la oficina de la OPS en Colombia, de la Alcaldía de Cali y au-

CUADRO 1. Tasa anual de homicidio y de defunciones por accidente de vehículo a motor (por 100 000 habitantes) para la Región de las Américas, excluidos Bolivia y Haití

	Homicidios		Accidentes de automóvil	
	1980	1991	1980	1991
Región de las Américas	11,4	16,6	19,4	15,8
Canadá y Estados Unidos	9,8	9,7	22,7	16,4
América Latina y Caribe	12,5	21,3	17,0	15,5
América Latina	12,8	21,4	17,1	15,6
México	18,1	19,6	22,8	16,5
América Central	35,6	27,6	15,1	13,5
Caribe hispanohablante	5,1	8,8	13,2	14,7
Brasil	11,5	19,0	16,4	19,1
Área andina	12,1	39,5	18,3	13,2
Cono Sur	3,5	4,2	9,5	9,2
Caribe no latino	3,1	3,5	10,2	7,6

Fuentes: Mortalidad registrada: Organización Panamericana de la Salud, Programa de Análisis de la Situación de Salud, *Situación de la salud de las Américas: indicadores básicos 1995* (Washington, DC, 1995) Datos de población: United Nations, *World population prospects: 1994 revision* (Nueva York, 1994).

FIGURA 1. Tasas de mortalidad por 100 000 habitantes por tipo de causa externa en São Paulo, Brasil



toridades académicas y científicas. Estudiosos del tema de la violencia y personas con poder de decisión política provenientes de Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Panamá, Perú y Venezuela, así como un representante estadounidense de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades—Centro Nacional de Prevención y Control de Lesiones (CDC), dieron recomendaciones para el diseño de un instrumento cuyo objetivo sería la vigilancia epidemiológica de los homicidios y suicidios. Con la aplicación de ese instrumento se espera el afinamiento de los registros epidemiológicos de causas externas. Según la recomendación del taller, el registro epidemiológico de defunciones o lesiones por causas externas debe hacerse en concertación con las diferentes fuentes de registro de mortalidad o lesiones por violencia (policía, medicina legal, comités de derechos humanos, servicios de salud, fiscalías, organizaciones no gubernamentales, entre otras), con el objetivo de reducir el subregistro y la distorsión de la información. Ese conocimiento riguroso, sistemático e interdisciplinario de la violencia es fundamental como

clave para su prevención y control. En el taller se adoptaron diversas definiciones relativas a los fenómenos de violencia y se llegó a las conclusiones que se mencionan a continuación.

Homicidios y suicidios como problema de salud pública

Las distintas disciplinas que estudian el problema de la violencia utilizan diferentes enfoques, criterios y definiciones. En salud pública los actos violentos se miran, por lo general, desde la perspectiva de la víctima y el interés primordial está en las lesiones físicas resultantes de la agresión. En las ciencias del comportamiento la violencia se mira desde el ángulo del agresor, tratando de entender las motivaciones del comportamiento agresivo. Desde el punto de vista de la justicia, la violencia se considera desde la perspectiva de la ley, y el delito y el delincuente se contemplan desde la búsqueda de la sanción, que a veces es en sí violenta (pena de muerte) (3). Estos puntos de vista diferentes se traducen en definiciones distintas para un mismo hecho

violento. Así, según la 10a. edición de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (4), una muerte por arma de fuego puede ser considerada un accidente (códigos W32 a W34), un homicidio (códigos X93 a X95), o una lesión de intención no determinada (Y22 a Y24), según se considere la intencionalidad de la lesión. Así también, una muerte causada por la policía en cumplimiento de sus tareas no se considera un homicidio desde el punto de vista legal, sino como un acto de aplicación de la ley (códigos Y35–Y36). Igual ocurre con los ajusticiamientos en países donde existe la pena de muerte (código Y35.5). En 1986, en los Estados Unidos el NCHS (Centro Nacional de Estadísticas de Salud), que registra todas las muertes intencionales, incluyendo las legales, informó 21 400 defunciones, mientras que la Oficina Federal de Investigaciones (FBI), que no considera homicidios las defunciones por pena de muerte, informó únicamente de 20 613 muertes (5).

De las razones anteriores se deduce que el conocimiento exacto de la situación de las causas externas es extremadamente complejo y requiere especial atención.

Definiciones

Violencia. La violencia es un acto, premeditado o no, que tiene como producto el daño en la integridad física, síquica, sexual, en la personalidad, y aun en la libertad de movimiento de la víctima. La intencionalidad del hecho delictivo es una categorización especial de algunos actos violentos. Si no existe, el acto se clasifica como accidental.

Accidente, lesión accidental. Es algo que ocurre de forma ajena a la voluntad de la persona que lo produce, bien sea la víctima misma o el supuesto agresor. Si bien no existe intencionalidad la mayoría de las veces, el “accidente” no es producto del azar y existe una cadena de eventos y circunstancias que llevan a que ocurra. Las lesiones accidentales pueden por tanto ser prevenidas.

Lesión intencional. Es la producida a una persona con el ánimo de hacer daño. Puede ocurrir como resultado de violencia interper-

sonal (riña, atraco), o ser una expresión de autoviolencia (suicidio logrado o frustrado).

Suicidio. Es la muerte resultante de una lesión autoinfligida con la intención de hacerse daño.

Homicidio. Es el acto por el cual una persona mata a otra. Si se mira desde el punto de vista de la intención este puede ocurrir de manera accidental (culposo) o intencional (doloso) y si se mira desde la perspectiva de la ley puede ser delito o no serlo.

Muerte en accidente de tránsito. Es la muerte que se produce como consecuencia de una colisión o atropello por un vehículo automotor. En algunas partes se considera “muerte accidental”. Sin embargo, la tendencia en muchos países es considerarlo como homicidio con el fin de eliminar el criterio de fatalidad que por lo general acompaña a los accidentes. Puede ser delito o no, según las circunstancias y las leyes de cada país.

Delito violento. Incluye toda forma de acción violenta en la cual ha ocurrido una transgresión de la ley.

Víctima. Persona que sufre las consecuencias de una acción violenta —propia o de parte de otra persona— que ocurre intencional o accidentalmente.

Victimario o agresor. Es la persona que comete violencia contra otra persona.

Vigilancia epidemiológica

La vigilancia epidemiológica es la recopilación, análisis e interpretación sistemática y constante de datos específicos para utilizarlos en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica de la salud pública. La vigilancia epidemiológica tiene como propósito fundamental observar tendencias y es, por lo tanto, un proceso continuo y sistemático de recolección, interpretación y diseminación de datos (6). Los usos principales de la vigilancia epidemiológica se resumen en el cuadro 2. En los Estados Unidos la aplicación de esta técnica para la prevención y control de lesiones se ha realizado en los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Atlanta, Georgia.

CUADRO 2. Usos de la vigilancia epidemiológica

Estimación cuantitativa de la magnitud de un problema de salud
Representación de la historia natural de la enfermedad
Detección de epidemias
Documentación de la distribución y propagación de un fenómeno de salud
Facilitación de la investigación epidemiológica y de laboratorio
Comprobación de hipótesis
Evaluación de las medidas de control y prevención
Monitoreo de los cambios en los agentes infecciosos
Monitoreo de las actividades de aislamiento
Detección de cambios en las prácticas de salud
Planificación

Fuente: Boletín Epidemiológico (OPS) 1995;16(1).

Para la implantación exitosa de un sistema de vigilancia epidemiológica es necesario seguir algunos pasos definidos:

- 1) Establecer objetivos, esto es, definir claramente la razón por la cual se establece el sistema y lo que se pretende alcanzar a través de él.
- 2) Definir los casos. Es indispensable llegar a un acuerdo claro sobre las definiciones precisas que se van a utilizar, de tal manera que no se presten a equívocos de ninguna naturaleza. Las definiciones pueden ser arbitrarias, esto es, el arbitrio de quienes las van a usar, pero siempre deben estar claramente especificadas.
- 3) Determinar la fuente y el mecanismo de recolección de datos. Con frecuencia es necesario recurrir a varias fuentes a fin de asegurar cobertura de la información. Las reuniones periódicas de las personas implicadas en la recogida de datos tienen especial importancia.
- 4) Instrumento para recolección de datos. Las normas para la elaboración de cuestionarios deben seguirse fielmente. Aspectos como la claridad de la formulación, la autoexplicación de la

pregunta y la facilidad de la respuesta deben tenerse especialmente en cuenta. Es útil hacer pruebas piloto en el terreno de los formularios preliminares.

- 5) Definir previamente los métodos y el tipo de análisis que se piensa utilizar.
- 6) Establecer previamente los mecanismos de difusión, incluyendo las personas claves que deben recibir la información resultante. No olvidar que la vigilancia epidemiológica es una herramienta para la acción. No es necesario esperar la consolidación y elaboración completa de estadísticas y publicaciones para el análisis y la toma de decisiones.

Como limitaciones de la vigilancia epidemiológica pueden señalarse las siguientes. En primer lugar, en un sistema de vigilancia epidemiológica se deben incluir únicamente aquellos problemas de salud que por su frecuencia, gravedad, costos o interés social lo ameriten. Debe pues, evitarse la tentación de usar la vigilancia para problemas que no sean prioritarios. Por otra parte, la cantidad de información que se puede recoger a través de la vigilancia epidemiológica es reducida y debe limitarse a aquella que se pueda obtener fácilmente y de manera fiable. Informaciones valiosas o útiles pero de difícil recolección no se deben incluir. Por último, debe recordarse que los datos de vigilancia epidemiológica pueden y deben complementarse con estudios adicionales especiales para determinar en forma más precisa las causas, factores de riesgo, historia natural, etc.

Acuerdos y conclusiones del taller

Objetivos. El grupo acordó limitar el taller al estudio de los homicidios y suicidios, sin dejar de reconocer que otras formas de violencia tales como la violencia contra las mujeres, los niños y ancianos o los accidentes de tránsito son de extraordinaria importancia en muchos países y ciudades. De hecho, el grupo recomendó de manera especial que se realicen otros talleres similares para el estudio de esos problemas.

Definición de casos. El grupo acordó utilizar siempre que fuera posible la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE) y, de manera especial, la clasificación de las causas externas o códigos E. La décima revisión de la CIE (4) categoriza las causas externas de manera más detallada y por eso se recomienda utilizarla preferencialmente.

Fuentes de datos. Dada la complejidad de la información que debe recogerse el grupo recomienda además de la utilización del certificado de defunción y los registros hospitalarios, la utilización de otras fuentes tales como registros de policía, documentos del sistema judicial y aun de la prensa y los medios de comunicación y los registros de cementerios o agencias funerarias. El grupo recomienda muy especialmente involucrar a los institutos de medicina legal como una de las mejores formas de obtener registros completos y de buena calidad.

Instrumentos de recolección de información. Es conveniente desarrollar una base de datos sencilla y susceptible de ser procesada electrónicamente. Existen actualmente muchos programas para uso en microcomputadores.

Técnicas de análisis. El análisis estadístico tradicional aplicado a la epidemiología descriptiva es suficiente por lo general. El grupo recomienda utilizar las técnicas de mapeo o distribución geográfica de los hechos estudiados, herramienta muy útil en la práctica.

Utilización y difusión de la información. El grupo insistió en la importancia de hacer llegar oportunamente la información generada al nivel decisorio político, único que puede utilizarla plenamente. La proximidad a los alcaldes, gobernadores, ministros y otras autoridades es indispensable para el éxito.

VARIABLES RECOMENDADAS. El grupo acordó diseñar un formulario con las siguientes variables.

a) Variables para el caso de homicidios

De la víctima y el agresor

1. Edad y fecha de nacimiento
2. Sexo
3. Residencia (barrio, dirección exacta)
4. Grado de escolaridad (último año cursado)
5. Estado civil
6. Uso de sustancias psicoactivas (alcohol, narcóticos, sustancias alucinógenas)
7. Raza o etnia (recomendada por los representantes de Brasil y Panamá)

Circunstancias

8. Fecha y hora del hecho
9. Fecha y hora de la muerte
10. Lugar del hecho (barrio, dirección exacta)
11. Sitio donde ocurrió (bar, casa, calle, etc.)
12. Motivo o circunstancias del hecho
13. Tipo de arma (de fuego, punzante, contundente; si es de fuego, calibre y características del arma)
14. Número de personas muertas en el mismo momento
15. Medio de transporte del victimario (recomendado para Colombia)

b) Variables para el caso de suicidios

De la víctima

1. Edad y fecha de nacimiento
2. Sexo
3. Residencia (barrio, dirección exacta)
4. Grado de escolaridad (último año cursado)
5. Estado civil
6. Uso de sustancias psicoactivas (alcohol, narcóticos, sustancias alucinógenas)
7. Antecedentes: intentos previos, amenazas
8. Presencia o historia de trastorno emocional, depresión, trastorno mental
9. Indicios o pruebas de preparativos para morir (seguros, testamento, etc.)

10. Presencia de enfermedad terminal o incurable

Circunstancias

11. Fecha y hora del hecho
12. Fecha y hora de la muerte
13. Lugar del hecho (dirección, barrio)
14. Sitio donde ocurrió (casa, calle, etc.)
15. Antecedentes de pérdida reciente de personas cercanas, divorcio, problemas en el trabajo, bancarrota, etc.
16. Asociación con homicidio (relación homicidio-suicidio)

c) *Otras variables.* A continuación se presentan otras variables que se propusieron en la discusión para ser tenidas en cuenta en casos o estudios especiales.

1. Nombre
2. Identificación (documento de ciudadanía, pasaporte, etc.)
3. Historia familiar: con quién vive, número de hijos
4. Ocupación
5. Estrato socioeconómico
6. Número de años de residencia en su domicilio actual
7. Institución de salud donde fue atendido
8. Sitio del cuerpo y número de heridas
9. Antecedente de lesiones previas; de quién
10. Antecedente de uso de armas
11. Antecedentes delictivos de la persona o de su familia
12. Relaciones entre las personas involucradas
13. Historia de uso o comercio de drogas
14. Descripción de posibles móviles
15. Indicadores de espacio público, de lugares públicos, de casas de prostitución, de venta de drogas, etc.
16. Características observadas en el cuerpo de la víctima: señales de tortura, miembros atados, quemaduras, lesiones múltiples, etc.
17. Grupos especiales de personas lesionadas o muertas: indigentes, prosti-

tutas, homosexuales, recolectores callejeros de basura, etc.

18. Ocurrencia durante o alrededor de eventos especiales: carnavales, festivales, jornadas deportivas o juegos de trascendencia local, conciertos populares masivos, celebraciones políticas, etc.

Dificultades especiales al recoger la información. El grupo discutió ampliamente sobre las dificultades específicas que se presentan en la recolección de información de hechos delictivos y violentos. Se mencionaron la renuencia de los familiares a suministrar información, la dificultad de obtener información amparada en la reserva sumarial debida para hechos delictivos y la necesidad de recoger datos alrededor de la causa básica, además de los datos sobre la muerte misma, cuando esta ocurre un tiempo después. Se ha publicado una discusión excelente de este tema en una obra sobre el certificado de defunción (7).

Fue motivo de especial discusión la utilización de los códigos Y10-Y34 (eventos de intención no determinada) de la CIE-10, hallazgo frecuente que impide el conocimiento de la magnitud del problema de los homicidios en las estadísticas oficiales.² Al utilizar el código mencionado, indicando que se desconoce la intención, no es posible saber si se trata de una muerte accidental o una muerte provocada y, de esta manera, pueden desaparecer o se pueden esconder muchos homicidios. El grupo recomienda buscar sistemáticamente si existe este problema y tratar de corregirlo.

² En la página 1036 de la Décima Revisión de la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (4) consta una nota que explica que los códigos Y10-Y34 "cubren eventos donde la información disponible es insuficiente para que la autoridad médica o legal pueda distinguir entre accidente, lesión autoinfligida o agresión. Incluye lesiones autoinfligidas, pero no envenenamiento, cuando no se especifica si el daño fue accidental o intencional".

LA EXPERIENCIA DEL PROGRAMA DESEPAZ EN CALI

El grupo tuvo la oportunidad de visitar y conocer directamente la experiencia del programa Desarrollo, Seguridad y Paz (DESEPAZ), realizado por la alcaldía de la ciudad de Cali, uno de cuyos proyectos es el de la epidemiología de la violencia y el montaje de un sistema de vigilancia para hechos delictivos.

Hasta 1993 las diferentes fuentes de datos sobre homicidios ocurridos en la ciudad de Cali producían resultados distintos, a veces contradictorios. A iniciativa de DESEPAZ los interesados comenzaron a reunirse semanalmente para confrontar, caso a caso, cada una de las notificaciones de la semana anterior. La figura 2 muestra cómo a partir de enero de 1993 comenzaron a coincidir todas las fuentes.

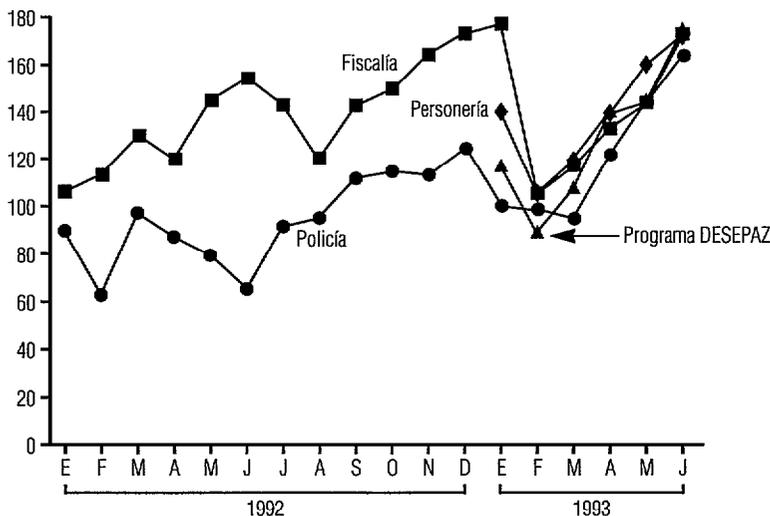
El análisis posterior mostró que, en general, los datos procedentes del sistema judicial (fiscalía, en el caso colombiano) sobrestimaban los homicidios al incluir todas las muertes ocurridas en la ciudad, independientemente del municipio donde hubiera ocurrido la lesión inicial. Por otro lado, los datos provenientes de la policía incluían ge-

neralmente solo los muertos encontrados en la calle y no tenían en cuenta las personas que morían en un hospital. Los datos del sistema de salud o de las autoridades de tránsito eran frecuentemente incompletos. Únicamente logrando la reunión y confrontación de las diversas fuentes se pudo tener un sistema de vigilancia epidemiológica de buena calidad.

PARTICIPANTES

Sergio Alcaíno Vergara, Embajada de Chile en Colombia; Alberto Amariz, Ministerio de Salud, Panamá; Fernando Carrión, Programa de Gestión Urbana, Quito, Ecuador; Alberto Concha, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC (*Relator del taller*); Peter Clacsoa, Programa de Gestión Urbana, Quito; Gustavo de Roux, Universidad del Valle, Cali, Colombia; Helio De Olivera Santos, Centro Regional de Atención al Maltrato Infantil, Campinas, Brasil; Luis A. Días, Hospital González Valencia, Bucaramanga, Colombia; Rafael Espinoza, Secretaría Municipal de Salud, Cali, Colombia; Victoria E. Espitia, Programa DESEPAZ, Alcaldía de Cali, Colombia; Rodrigo Guerrero, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC (*Coordinador del taller*); María Isabel Gutiérrez, Universidad del Va-

FIGURA 2. Homicidios en Cali según distintas fuentes de información



lle, Cali, Colombia; Guillermo Llanos, Colombia; Juan Manuel Mayorca, Ministerio de Justicia, Caracas, Venezuela; Américo Miglioni, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC; Enrique Oviedo, Sur Profesionales, Santiago, Chile; Luciana Phebo, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC (*Coordinadora del taller*); Lloyd B. Potter, Centro para la Prevención de Lesiones, CDC, Atlanta, GA, Estados Unidos; Carlos Reyna, DESCO, Lima, Perú; Álvaro Sáenz, Alcaldía de Quito, Ecuador; Álvaro Sandoval G., Policía Nacional, Bogotá, Colombia; Gloria I. Suárez, Instituto de Medicina Legal, Bogotá, Colombia; Ana María San Juan, Centro para la Paz, Universidad Central, Caracas, Venezuela; Carlos Horacio Vélez, Alcaldía de Medellín, Colombia; Antonio J. Werneck de Castro, Secretaría Municipal de Salud, Rio de Janeiro, Brasil.

AGRADECIMIENTOS

Los participantes en el taller agradecen de manera especial a las autoridades del Ministerio de Salud de Colombia y de la ciudad de Cali su apoyo, gracias al cual se pudo culminar con éxito el taller. Igualmente agrade-

cen su colaboración a Francisco Mardones, Representante de la OPS/OMS en Colombia, y en especial a Socorro Gross, quien desde la Oficina de la OPS en Bogotá prestó una ayuda inestimable.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas: edición de 1994*. Washington, DC; OPS; 1994 (Public. Cient. 549)
2. World Health Organization. *World Health Statistics Annual 1993*. Ginebra: WHO; 1994.
3. National Committee for Injury Prevention and Control. *Injury prevention: meeting the challenge*. New York: Oxford University Press; 1989.
4. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud: décima revisión*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1995.
5. Robertson LS. *Injury epidemiology*. New York: Oxford University Press; 1992.
6. Teusch SM, Thacker SB. Planificación de un sistema de vigilancia epidemiológica en salud pública. *Bol Epidemiol (OPS)* 1995;16(1):
7. Laurenti R, de Mello Jorge MH. O atestado de obito. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1994.

ABSTRACT

Epidemiologic surveillance of homicides and suicides

Underregistration of homicides and suicides is a problem that exists in most of the countries of the Region, owing to the variety of ways these causes are coded and analyzed, insufficient funding for information management, and lack of trained personnel, of coordinated data collection, and of a noncentralized system for issuing reports. The health sector

plays an important role in recording information about violent acts, but the information collected and evaluated by the health services is usually limited to the sex and age of the victim, the nature of the injuries, and, occasionally, the type of weapon or means of aggression. The morbidity and mortality statistics compiled by the services do not reflect the true magnitude of the epidemiologic problem of violence because of, among other reasons, underreporting in emergency rooms and outpatient clinics. In addition, victims—for example, those who experience violence within their families—often do not seek services at health institutions.