

# Muertes por homicidio, consecuencia fatal de la violencia. El caso de México, 1979-1992

## *Mortality by homicide, the fatal consequences of violence. The case of Mexico, 1979-1992*

María Victoria López, Martha C. Híjar Medina, Ramón A. Rascón Pacheco  
y Julia Blanco Muñoz

Escuela de Salud Pública de México. Instituto Nacional de Salud Pública. Morelos- México

### Resumen

Se analizaron las muertes registradas como homicidio en México de 1979-1992. El estudio se basó en fuente secundaria, siendo las variables analizadas: año, edad, sexo y causa externa de traumatismos y envenenamientos según CIE IX Rev.(E960-E969). Se utilizó un modelo de regresión Poisson para las causas más frecuentes, obteniendo riesgos relativos según edad y sexo. El grupo de referencia fue el de 10-14 años y el sexo femenino. Se registraron 198,485 muertes por Homicidio, con un promedio anual de 14,177 y diario de 39. La principal causa fue ataque con arma de fuego y explosivos(56%). El riesgo relativo más alto fue para el grupo de 35-39 años, con RR 15,4 IC(95%) 14,9-16,0, en comparación al de referencia. El sexo masculino presentó un riesgo relativo 10,1 veces mayor que el femenino, ajustado por edad IC10.0-10.3. Los resultados llaman la atención sobre la necesidad de profundizar y analizar el problema de los homicidios bajo una perspectiva multidisciplinaria.

**Homicidio, estadística. Mortalidad.**

### Abstract

*A study of homicide in the population of Mexico, was undertaken for the purpose of discovering the mortality panorama by this cause during 1979-1992. Homicide mortality trends were analyzed, as well as the main causes by age and sex. Rate by cause and sex were also analyzed using a Poisson Regression model. The variables were: age, sex, year, external cause of intentional injuries ICD 9th. E960-E969. Results: The total number of deaths due to homicide was 198,485. Each day 35 persons die in Mexico as a result of homicide. Men were more affected than women with a RR of 10.1 and CI (95%)14.9-16.0, adjusted for age. The main cause 56% was homicide by fire-arms and explosives. The high relative risk was for those aged from 35 to 39 with an RR of 15.4 CI 14.9-16.0. To the cause assault by other and unspecified means, the elderly population has a RR of 21.2 IC 19.7-22.9. Further research in the area and prevention should make use of a multidisciplinary approach in considering the multiple causes and solutions to this problem.*

**Homicide, statistics. Mortality.**

## INTRODUCCION

La violencia y sus efectos en la salud no es un tema nuevo para las ciencias sociales y de salud. Sin embargo, la problemática al respecto sigue planteando interrogantes insuficientemente resueltos y todavía no se superan algunas cuestiones de orden teórico, metodológico y práctico que limitan el quehacer en este campo.

Las distintas manifestaciones a nivel individual y colectivo, la diversidad de factores que la originan y la gama de consecuencias sociales que genera, hacen de la violencia un fenómeno complejo.

Tradicionalmente se piensa en la violencia como hechos cotidianos, imprevisibles y prácticamente inevitables llegando, a lo más, a registrar su frecuencia, tratar de restaurar los daños causados y en el mejor de los casos sugerir algunas prácticas preventivas, básicamente en el ámbito de la conducta individual. Es notorio que en el análisis de la violencia se tiende a ubicar la responsabilidad de la misma en el individuo: por olvido, descuido, porque se estaba fuera de sí, porque no midió las consecuencias, etc, además se tiende a ocultar que aquélla es el resultado de un proceso doloroso y a veces prolongado de causas, cuyos efectos repercuten a nivel macro en lo económico, cultural y social y a nivel micro en el individuo, la familia, su grupo social etc<sup>6</sup>.

La reflexión teórico-metodológica dada la magnitud y trascendencia de la violencia, en los últimos años ha llevado a definirla como el resultado de procesos sociales basados en la aplicación de la fuerza por ejercicio del poder de alguien contra algún individuo, un colectivo o contra sí mismo<sup>15</sup>, que conlleva la intención de provocar un daño, la mayoría de las veces físico. Esta conceptualización aporta elementos para identificar el origen del problema como expresión de relaciones desiguales, ejercidas bajo múltiples mecanismos de agresión física y verbal<sup>16</sup> y para su diferenciación de los mecanismos accidentales o no intencionales.

Además permite caracterizar la violencia como proceso histórico social cuya génesis y ejecución está mediada por una serie de condicionamientos individuales y sociales que la constituyen como algo más que un hecho que provoca daños capaces de causar la muerte, y que, como fenómeno histórico es factible de modificarse<sup>16</sup>.

En México la tasa de muerte por homicidio ha pasado de 17.5/100,000 hab. en 1979<sup>2</sup> a 19.1/100,000hab. en 1992, constituyendo la primera causa de muerte dentro del capítulo de lesiones

accidentales e intencionales y la primera en la población en edad productiva<sup>24</sup>. Estas tasas presentan variaciones regionales que van desde 3.0/100,000 en el estado de Yucatán hasta 57.0/100,000 en el de Guerrero. En el plano internacional, es de resaltar, que para 1986 México presentó la mayor tasa de homicidios con respecto a otros países del área de las Américas<sup>29</sup>.

Con base en todo lo mencionado anteriormente y partiendo de la base de que la manifestación última de la violencia es la muerte, el objetivo principal del presente trabajo fue conocer el comportamiento de una de las principales causas de muerte por lesiones intencionales (homicidio), durante el período de 1979-1992 en México.

## MATERIAL Y METODO

La fuente de datos utilizada en el presente trabajo corresponde a la base de datos sobre mortalidad con que cuenta la Dirección General de Estadística y Evaluación de la Secretaría de Salud. Las causas analizadas fueron las registradas en el grupo de causas externas de traumatismos y envenenamientos establecidos por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), 9a. Rev, en el grupo de Homicidios y Lesiones intencionalmente infligidas por otra persona, E960-E969<sup>19</sup>. Se analizaron con base en los siguientes grupos de causas:

- E960: Lucha, altercado, violación
- E961: Ataque con sustancia corrosiva o cáustica
- E962: Envenenamiento homicida
- E963: Homicidio por ahorcamiento y estrangulación
- E964: Homicidio por sumersión
- E965: Ataque con arma de fuego y explosivos
- E966: Ataque con instrumentos cortantes y punzantes
- E967: Niño maltratado físicamente y otro maltrato
- E968: Ataque por otros medios y los no especificados.
- E969: Efectos tardíos de lesiones infligidas intencionalmente por otra persona.

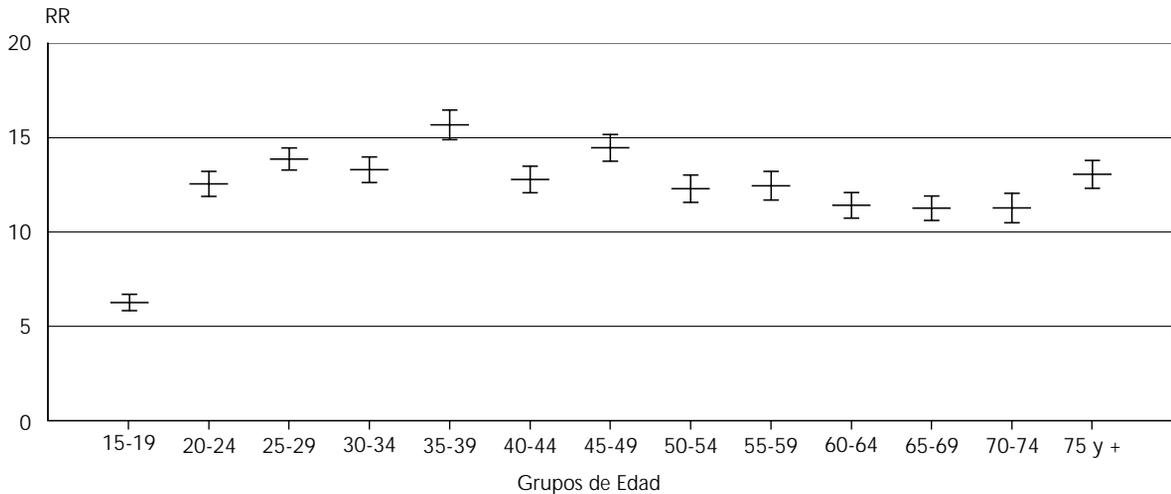
Las variables analizadas fueron: edad agrupada por quinquenios, sexo, y año calendario. Se elaboraron tasas incluyendo todos los grupos de causas y por la principal causa específica en cada uno de ellos. Los denominadores para la construcción de tasas se obtuvieron de los datos demográficos reportados por el Centro de Estudios sobre Población y Salud de la Secretaría de Salud.

Se analizaron las tendencias de la mortalidad por homicidio, tanto general como específica, ajustando por año, edad y sexo, utilizando como referencia al grupo de 10-14 años y al sexo femenino, utilizando la razón de riesgos con un nivel de confianza del 95% con base en un modelo de regresión Poisson<sup>8,9</sup>. El valor de la pendiente se incluyó en los casos en que la tendencia fue significativa. Para el análisis de las causas que ocuparon los tres primeros lugares se analizó el cuarto dígito de la CIE.

## RESULTADOS

Durante el período estudiado, se registraron en el país un total de 198.485 muertes por homicidio, lo que representa un promedio anual de 14.177 y diario de 39 defunciones registradas como homicidios. Estos promedios diarios han variado de 32 en 1979 a 45 muertes en 1992.

Como se aprecia en la Figura 2, el 94% del total de homicidios, está concentrado en 3 causas específicas que son: ataque con arma de fuego y explosivos, homicidio por otros medios y homicidio con instrumento punzante y cortante. Vale la pena mencionar que el ataque con arma de fuego representó un 56% del total de muertes registradas en todo el grupo.

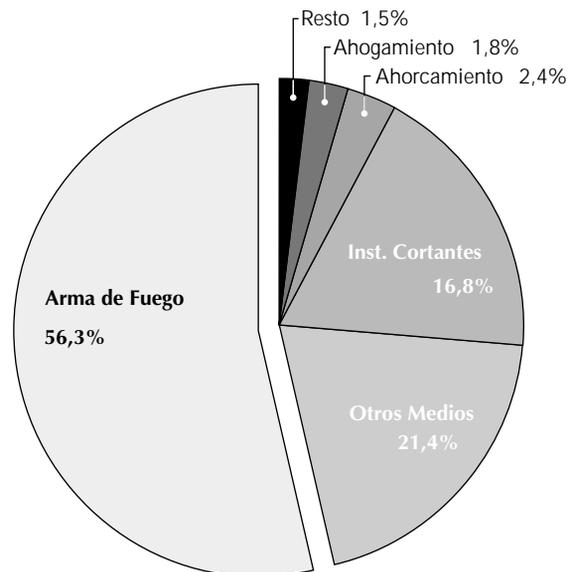


Ajustado por sexo y año

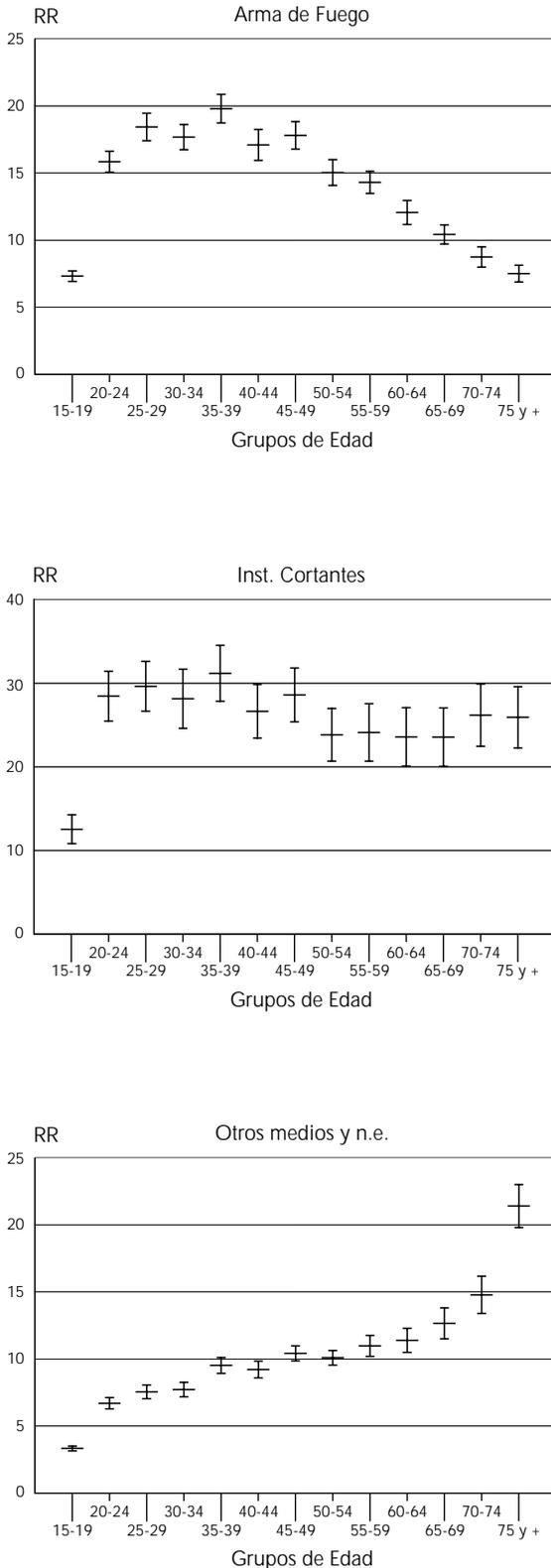
**Figura 1** - Riesgo relativo de morir por homicidio según edad República Mexicana, 1979-1992.

En conjunto, la tendencia de la mortalidad por homicidios presenta un comportamiento ligeramente descendente  $\beta = -.007$  IC(95%)  $-.009, -.006.$ , lo mismo ocurre para las causas específicas arma de fuego  $-.010$  IC  $(-.012, -.009)$ , instrumentos cortantes  $-.017$  IC  $(-.020, -.014)$ . La causa otros medios y los no especificados, es la única que presenta una ligera tendencia al incremento  $.007$  IC  $.005 -.009$ .

El sexo masculino presenta un riesgo relativo 10,1 veces mayor de morir por homicidio que el femenino, ajustado por edad, con intervalos de confianza de 10,0-10,3. Respecto al riesgo de morir por homicidio en general, en la Figura 1 se observa, que los grupos de edad que presentaron mayor riesgo relativo de morir, con respecto al grupo de referencia, fueron 35-39 con RR 15,4 IC 14,9-16,0 y el de 45-49 con RR 14,5 IC 14,0-15,0, siendo el grupo de 15-19 el que presenta el riesgo relativo más bajo RR 6,0 IC 5,8-6,3. También se observa que el grupo de 75 y más años, presenta un riesgo relativo muy similar al de jóvenes de 30-34 años, RR 13,3 IC 12,7-14,0.



**Figura 2** - Principales causas de muerte por homicidio. República Mexicana, 1979-1992.

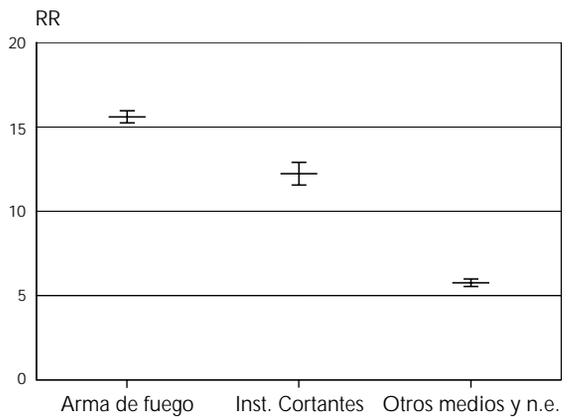


Grupos de referencia: 10-14 años y sexo femenino

**Figura 3** - Riesgo relativo de morir por las tres principales causas de homicidio. Mexico, 1979-1992.

En la Figura 3, se observa que respecto al riesgo relativo de morir por ataque con arma de fuego y explosivos, el grupo de edad de 35-39 es el que presenta el mayor riesgo (RR 19,7 IC 18,7-20,7), el cual desciende conforme avanza la edad. El grupo que presentó el menor riesgo fue el de 15-19 años (RR 7,38 IC 7,0-7,8). Al analizar el cuarto dígito para establecer el tipo de arma se encontró que 97% se registraron bajo el rubro de otras armas de fuego y las no especificadas, y solamente en el 3% de los casos se especificó el tipo.

En la causa homicidio utilizando otros medios y los no especificados, el riesgo relativo aumentó



Ajustado por edad y año

**Figura 4** - Riesgo relativo de morir según sexo masculino y tres principales causas de homicidio. Republica Mexicana, 1979-1992.

en relación directa con la edad, así el grupo de mayor riesgo relativo es el de 75 y más, RR 21,2 IC 19,7-22,9.

Para la causa ataque con instrumentos cortantes y punzantes, el mayor riesgo relativo se presentó en el grupo de edad de 35-39 RR 31,2 IC 27,7-35,2, seguido por el grupo de 25-29 con una RR 29,7 IC 26,2-33,3.

Al analizar los riesgos relativos del sexo masculino con respecto al femenino, por cada una de las causas mencionadas anteriormente y ajustando por edad, se encontró (Figura 4) que para el homicidio utilizando el arma de fuego, el riesgo de morir por esta causa fue 15,7 veces mayor con IC de 15,3-16,0. Respecto al homicidio utilizando otros medios y los no especificados, presenta un RR 5,8 IC 5,6-6,0 y para la causa ataque con instrumentos cortantes y punzantes, riesgo relativo de 12,4 IC 11,9-13,0.

## DISCUSION

Es importante señalar que el analizar el problema de las lesiones intencionales a partir de las muertes por homicidio se debe a que existe una mejor información sobre las consecuencias fatales (muertes), que sobre los intentos de agresión física y/o mental<sup>1</sup>.

Lo anterior, sin dejar de reconocer que, aunque las consecuencias no fatales de la violencia, como son las lesiones intencionales provocadas en hechos como asaltos, riñas, violaciones, etc., son más frecuentes, su análisis se dificulta ya que las fuentes de información son múltiples y se limitan al registro de los daños sobre la salud física o a información relacionada con el agresor, dependiendo del sector responsable. Por otra parte, tal como refieren diversos estudios, el análisis de las muertes por homicidio puede arrojar información acerca del comportamiento y circunstancias en las que se desarrollan las agresiones que no desembocan en la muerte<sup>4,12,21</sup>.

Otra de las limitaciones de este estudio es que se basa en datos secundarios, donde la causa de muerte está precodificada, hecho que dificulta conocer, por un lado la existencia y magnitud del subregistro y por el otro, establecer los patrones de tiempo espacio y persona así como de algunos de los factores de riesgo relacionados con este problema. Una manifestación clara de lo anterior lo constituye el hecho de que la segunda causa de homicidio son los otros medios y los no especificados y el alto porcentaje (más del 90%) de casos en los que se desconoce el arma que fue utilizada para producir la muerte.

Lo anteriormente mencionado exige una llamada de atención en términos de contenido, llenado, y codificación de los certificados de defunción, ya que existen investigaciones en las que ha quedado claro el aporte de estudios basados en certificados de defunción en el conocimiento sobre las características y circunstancias donde se desarrollan tanto los homicidios, como los intentos de homicidio no fatales<sup>3,13,18</sup>. Las limitaciones de la información dificultan el planteamiento de propuestas de intervención que puedan incidir en la disminución del problema.

Respecto al ligero descenso en la tendencia de la mortalidad por homicidios en el período estudiado, es necesario señalar que la información analizada no permite definir conclusiones al respecto, sin embargo podría intentar ser explicada, a partir del descenso que ha presentado la mortalidad

general en el país, para el mismo período la cual se ha atribuido fundamentalmente a una mejora en la atención y cobertura de los servicios de salud.

Podría también ser explicado bajo la perspectiva de que los intentos de homicidio presentarían una tendencia, si no al descenso por lo menos estable, lo que no es posible determinar al no contarse con la información correspondiente. La escasa información relacionada con los intentos de homicidio, está determinada por la doble clasificación existente, respecto al problema de las lesiones, ya que en cuanto a morbilidad se registra el diagnóstico clínico sin importar la causa que produjo la lesión, así tenemos que una herida por arma de fuego dependiendo del sitio donde esté localizada se reporta como lesión de vasos sanguíneos o traumatismo intracraneal, sin importar si fue consecuencia de un hecho violento como un intento de homicidio, suicidio o disparo accidental de una arma de fuego. A lo anterior habría que agregar el componente médico legal que lleva implícito la denuncia de un hecho violento, tanto por parte de el agredido como del personal médico que lo atiende, lo que no se hace rutinariamente, salvo en los casos en que la intencionalidad de la lesión es más que evidente. Por otro lado el hecho de que el análisis de la tendencia se realizara ajustando por edad, también deja fuera la posibilidad de identificar los grupos de edad que pueden estar influyendo en la posible disminución, ya que estudios realizados sobre el mismo tema<sup>11</sup> demuestran que en la población infantil (niños menores de 5 años) la tendencia de la mortalidad por homicidios en México es al aumento y para la población en edad productiva, constituyen la primera causa de muerte.

Por otro lado existe información que contrasta con la tendencia en México, ya que países como Brasil<sup>26</sup> y Colombia<sup>17</sup> reportan para el mismo período una tendencia al ascenso. Todo lo mencionado anteriormente apunta hacia posibles líneas de investigación a desarrollar en este campo.

Si bien los resultados ofrecen una visión panorámica respecto a la mortalidad por homicidio, es preciso ahondar en este análisis en la perspectiva de reconstruir las condiciones en las que se genera esta forma de violencia, escenarios en los que se presentan los homicidios, actores involucrados, direccionalidad, campos de conflicto en el que se inscribe y significación social de estas muertes<sup>5,10</sup>. Además de que se requiere conocer las variaciones a nivel estatal o regional, en donde un análisis desde la perspectiva de marginalidad aportaría más luz

sobre la dimensión real del problema en el amplio mosaico que es nuestro país.

Respecto a edad, sexo y causa específica los resultados sugieren la necesidad de reflexionar sobre el contexto social donde se dan los homicidios, dependiendo sobre todo de la edad en que ocurren; así mientras que en la población joven y productiva el fenómeno refleja la existencia de factores de riesgo que van desde el consumo de alcohol<sup>23</sup> y drogas, hasta cuestiones de rol social y género. En el caso de los ancianos y de los niños la problemática conlleva a profundizar en el análisis de situaciones de maltrato en ambas poblaciones<sup>11,22,25</sup>. En el caso de los ancianos llama la atención la importancia con que se presenta el homicidio en ellos, sobre todo si reflexionamos en el hecho de que la tendencia de crecimiento demográfico se da en el sentido de un incremento en la población mayor de 65 años y el problema del maltrato en este grupo específico no ha sido documentado, ni abordado en nuestro país.

Respecto al sexo existen investigaciones donde queda de manifiesto que el fenómeno del homicidio tiene implícitos motivos diferentes dependiendo de quién lo realiza, así para el hombre, las causas están relacionadas con cuestiones de status en un grupo determinado, demostraciones de fuerza o dominio etc., en las mujeres, una de las razones principales está relacionada con la defensa personal<sup>28</sup>.

Sin dejar de reconocer que el riesgo de morir por homicidio, en México, es en el sexo masculino significativamente más elevado que en el femenino, es importante resaltar que el fenómeno del homicidio se desarrolla bajo circunstancias diferentes dependiendo de la relación víctima-victimario. Así para el hombre, las causas están relacionadas con cuestiones de status en un grupo determinado, demostraciones de fuerza o dominio etc., en las mujeres, una de las razones principales se incriben dentro del fenómeno de la violencia

doméstica<sup>28</sup>. En este sentido se documentan importantes diferencias entre los homicidios que involucran a la mujer, ya sea como víctima o como agresora, y aquéllos en los que se ve envuelto el hombre. Así, aunque consistentemente el riesgo de morir por homicidio del hombre es más elevado que el de la mujer, resulta que el riesgo de ésta de morir a manos de su pareja o de un familiar es más elevado que en el hombre. Del mismo modo, cuando es la mujer la que comete un homicidio, éste suele circunscribirse al ámbito familiar y, en muchas ocasiones, es respuesta a agresiones previas de las que ha sido víctima. Lo anterior es consecuencia de los diferentes roles sociales que tradicionalmente se han asignado a hombres y mujeres, lo cual entraña, a su vez relaciones de poder que se reflejan en el patrón de la muertes por homicidio en ambos sexos<sup>7,14,20,27</sup>. Se requiere en este sentido el desarrollo de investigaciones basadas en el enfoque de género, que permitan abordarlo de manera que las diferencias puedan ser explicadas y se planteen posibles intervenciones al respecto.

Finalmente es preciso enfatizar que los resultados de esta investigación llaman la atención sobre el hecho de que el área de la salud no puede seguir postergando su participación en el conocimiento real del problema que representan los hechos violentos cuya última consecuencia son los homicidios que se ubican como un problema prioritario de Salud Pública en este campo. También insistir en la necesidad de que el abordaje, tanto para su estudio, como para elaborar las propuestas para su solución, debe hacerse bajo una perspectiva multidisciplinaria (legisladores, sociólogos, trabajadores sociales, responsables de la procuración de justicia, antropólogos, economistas etc.) en la que no puede ni debe quedar fuera el personal que labora en los servicios de salud, los investigadores, los académicos y los sanitaristas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BOURBEAU, R. Analyse comparative de la mortalité violente dans les pays développés et dans quelques pays en développement durant la période 1985-1989. *Rap. Trimest. Stat. Sanit. Mond.*, **46**:4-33, 1993.
2. CASTAÑÓN, R.; HIJAR, M.; SOLORZANO, L. *Accidentes y violencias: salud y crisis en México. Primera parte Siglo XXI*. México, U N A M, 1990. p. 39-94.
3. CHEATWOOD, D. Is there a season for homicide? *Criminology*, **26**: 287-306, 1988.
4. CHRISTOFFEL, K.K. Violent death and injury in US children and adolescents. *Am. J. Dis. Child.*, **144**:687-706, 1990.
5. FRANCO, S. La violencia: un problema de salud pública que se agrava en la región. *Bol. Epidemiol. Organ. Panam. Salud*, **11**(2):1-7, 1990.
6. FRANCO, A. S. Violencia en los tiempos del colera. In: Taller Latinoamericano de Medicina Social. 2º Caracas, 1991. *Memorias*. Universidad Central de Venezuela. 1991. V.2, p. 139-145.

7. FOSTER, L.A.; VEALE, C.M.; FOGEL, C.I. Factors present when battered women kill. *Issues Ment. Health Nurs.*, **10**: 273-84, 1989.
8. FROME, E.L. & CHECKOWAY, H. Use of poisson regression models in estimating incidence rates and ratios. *Am. J. Epidemiol.*, **121** :309-23, 1985.
9. FROME, E.L. The analysis of rates using poisson regression models. *Biometrics*, (39):665-74, 1983.
10. GARCIA, H. & VELEZ, C. Caracterización de la muerte violenta por homicidio en Medellín en la década de los ochenta. Medellín, 1992 [Tesis - Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia].
11. HIJAR, M.C; TAPIA, R; RASCON, R. Mortalidad por homicidio en niños. México 1979-1990. *Salud Pública Méx.*, **36**(5):529-37, 1994.
12. JEANNERET, O. & SAND, E.A. Intentional violence among adolescent and young adults: an epidemiological perspective. *World Health Stat. Q.*, **46**: 34-51, 1993.
13. KAUFER, K. Child and adolescent injury in the United States: How occupational injuries fit *Am. J. Ind. Med.*, **24**: 301-11, 1993.
14. MERCY, J.A. & SALTZMAN, L.E. Fatal violence among spouses in the United States, 1976-1985. *Am. J. Public Health* ; **79**(5):595-9, 1989.
15. MINAYO, M.C. Violência social e saúde (Una discusión interdisciplinar). In: Memorias II Taller Latinoamericano de Medicina Social. Caracas, Universidad Central de Venezuela. 1991 Vol.II, p. 145-168.
16. MINAYO, M.C. Violência: Uma agenda para a Saúde Pública. In: IV Congreso Latinoamericano de Medicina Social, Guadalajara, 1994.
17. MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA. Diagnóstico sectorial de salud. *Bol. Epidemiol.*, **18** (4): 39-42, 1994.
18. NATIONAL COMMITTEE FOR INJURY PREVENTION AND CONTROL. *Injury prevention meeting the challenge*. Washington, 1989.
19. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Clasificación Internacional de Enfermedades*. 9ª rev. Washington, D.C., 1975.
20. PARKER, R.N. & TOTH, A.M. Family, intimacy, and homicide: a macro-social approach. *Violence Vict.*, **5**(3):195-210, 1990.
21. ROBERTS, C. & QUILLIAN, J. Preventing violence through primary care intervention (Comments). *Nurse Pract.*, **17**(8):62-70, 1992.
22. ROSENBERG, M.L. & MERCY, J.A. Homicide:epidemiologic analysis at the national level.*Bull NY Acad. Med.*, **62**(5):376, 1986.
23. ROSENBERG, M.L. Violence is a public health problem. In: Maulitz, R.C. Ed. *Innatural causes: the three leading causes of mortality in America*. Philadelphia, College of Physicians of Philadelphia, 1988, 149.
24. SECRETARIA DE SALUD. *Mortalidad 1992*. México, 1992 p. 79, 192.
25. SORENSON, S.B.; RICHARDSON, B.A.; PETERSON, J.G. Race/ethnicity patterns in the homicide of children in Los Angeles, 1980 through 1989. *Am. J. Public Health.*, **83**(5): 725-7, 1993.
26. SOUZA, E. Homicídios no Brasil: O grande vilão da saúde pública na década de 80. *Cad. Saúde Públ.*, **10** (supl. 1):45-60, 1994.
27. STARK, E. Rethinking homicide: Violence, race, and the politics of gender. *Int. J. Health Serv.*, **20**(1):3-26, 1990.
28. TOTMAN, J. *The murderer: a psychological study of criminal homicide*. San Francisco, R & E Research Associates, 1978.
29. YUNES, J. Mortalidad por causas violentas en la región de las Américas. *Bol. Oficina Sanit. Panam.*, **114**: 302-16, 1993.