

AÑOS DE VIDA PERDIDOS POR MUERTES VIOLENTAS ENTRE LA POBLACIÓN JOVEN DE VENEZUELA

ANITZA FREITEZ L.*

Resumen

Durante los años '90 se venían observando ciertos retrocesos en la tendencia decreciente de la mortalidad juvenil, pero ya en el curso del primer quinquenio de la década actual este fenómeno ha conocido un enorme repunte debido, fundamentalmente, al incremento de las defunciones por causas violentas. Este artículo tiene el propósito de examinar las tendencias de la mortalidad de la población de 15 a 29 años y analizar importancia que han cobrado las muertes originadas por hechos de violencia. Las fuentes de información básica utilizadas en este estudio son las estadísticas de defunciones publicadas en los *Anuarios de Mortalidad del Ministerio de Salud* y las proyecciones de población elaboradas por el Instituto Nacional de Estadísticas con base al Censo 2001. Este trabajo comienza considerando aspectos como: la evolución del número de defunciones en esas edades jóvenes, su peso sobre el total de las muertes y las brechas de género. Seguidamente, se observa la evolución de la mortalidad por causas externas durante el período 1990-2006, a los fines de evaluar los cambios en la participación de la mortalidad juvenil por accidentes, homicidios y suicidios, los cuales tienen una significación diferente en función de la edad y el sexo. En el tercer apartado, se presentan los resultados de la estimación de los años de vida potenciales perdidos (APVP), los cuales ofrecen una referencia ilustrativa de la aportación significativa al total de los APVP que hacen los y las jóvenes que fallecen en forma prematura y, particularmente, debido a causas violentas. Se finaliza recapitulando algunas cifras que reflejan la dimensión de este fenómeno y con algunas reflexiones sobre un tema de imperativa colocación en la agenda pública.

* Demógrafa, Directora de Investigación del IIES-UCAB. Investigadora del área de demografía y Directora de Investigación del IIES-UCAB. Correo-e: afreitez@ucab.edu.ve. Final Av. Páez Urb. Montalbán La Vega. Edif Cincuentenario, piso5, IIES. Caracas – Venezuela. Z. P. 1020.

Palabras claves: Mortalidad juvenil, Causas de muerte, Brechas de género, Muertes violentas, Accidentes, Homicidios, Suicidios, Años de vida potenciales perdidos, Venezuela

Years of life lost by violent deaths among the young population of Venezuela

Abstract

During the 90's some backwards were observed in the trend of juvenile mortality, but during the first half of this decade this trend has seen a huge upswing, due mainly to the increase in deaths from violent causes. This article aims to examine the trends in mortality for the population between 15 and 29 years and to analyze the importance that the deaths caused by acts of violence. The sources of information used in this study are the statistics of deaths reported in the yearbooks of mortality of the Ministry of Health and the population projections compiled by the National Institute of Statistics based on the 2001 Census. This paper begins considering aspects such as the evolution of the number of deaths in this age, their weight on total deaths and gender gaps. Next, we observe the evolution of mortality from external causes during the period 1990-2006, for the purposes of assessing changes in the participation of youth mortality from accidents, homicides and suicides, which have a different meaning depending on the age and sex. In the third section, we present the results of the estimation of Years of Potential Life-Lost (YPLL), which provide an illustrative reference to the significant contribution to the total YPLL by the young people who die prematurely, particularly due to violent causes. The paper ends summarizing some figures that reflect the dimension of this phenomenon and some thoughts on a subject of mandatory placement on the public agenda.

Keywords: juvenile mortality, causes of death, gender gap, violent deaths, accidents, homicides, suicides, Years of Potential Life-Lost, Venezuela

Années de vie perdues par des morts violentes entre la population jeune de Venezuela

Résumé

Au cours des années 90, on a observé quelques revers dans la tendance de la mortalité juvénile, mais au cours de la première moitié de cette décennie, on a vu une énorme hausse de ces tendances dû principalement à l'augmentation de la mortalité des causes violentes. Cet article vise à examiner les tendances de la mortalité de la population entre les 15 et 29 ans et analyser l'importance que les décès

par des actes de violence ont pris. Les sources d'information utilisées dans cette étude sont les statistiques des décès publiées dans les annuaires de mortalité du ministère de la Santé et les projections démographiques établies par l'Institut national de la statistique sur la base du recensement de 2001. Cette étude commence en considérant des aspects tels que l'évolution du nombre de décès dans cette tranche d'âge, de leur poids sur le total des décès et les écarts entre les sexes. Ensuite, on observe l'évolution de la mortalité due à des causes externes au cours de la période 1990-2006, aux fins d'apprécier l'évolution de la participation des jeunes de mortalité des accidents, homicides et suicides, qui ont une signification différente selon les l'âge et le sexe. Dans la troisième section, nous présentons les résultats de l'estimation des Années Potentielles de Vie Perdus (APVP), qui fournissent une référence illustrative de la contribution significative au total des APVP que les jeunes qui meurent prématurément apportent, particulièrement due à des causes violentes. Le document se termine résumant quelques chiffres qui reflètent la dimension de ce phénomène et quelques réflexions sur un sujet de stage obligatoire dans le programme public.

Mots-clés: mortalité juvénile, causes de décès, écart entre les sexes, morts violentes, accidents, homicides, suicides, Années Potentielles de Vie Perdus, Venezuela.

INTRODUCCIÓN

Los cambios demográficos asociados con las notables transformaciones económicas y sociales que ha conocido Venezuela han contribuido a que la población joven, categoría que a los efectos de este trabajo incluye a las personas de 15 a 29 años de edad, se hiciera más visible por su importancia numérica. Desde 1980 esta población ha mostrado un incremento promedio de 118.000 personas por año y se ha estimado que su volumen asciende a casi 7,5 millones para el año 2006. Ello ha devenido en la intensificación de sus requerimientos en el ámbito de la educación, la salud, el trabajo, el bienestar social y la recreación. Estas demandas no han sido debidamente atendidas y, en consecuencia, en las últimas dos décadas vimos profundizarse los problemas de abandono del sistema educativo sin que los jóvenes acumularan un número suficiente de años de instrucción y, generalmente, sin contar con algún tipo de capacitación para el trabajo, hecho que ha restringido sus posibilidades de inserción laboral (González, 2003; Mundó, 2003; Bigio, 2005). Con un grado de escolaridad tan limitado la mayor parte de los jóvenes activos que se incorporan a la fuerza de trabajo se han enfrentado a dos problemáticas. De un lado, se insertan básicamente en ocupaciones de baja calificación que ofrecen, generalmente, pocas posibilidades de mejorar su formación para el trabajo y, de otro lado, el desempleo les afecta en mayor medida que a la población adulta, la cual es menos susceptible de ser despedida por la experiencia que

ha acumulado y por los costos laborales que supone su antigüedad. Se tiene referencia que la tasa de desempleo juvenil promedio durante el período 1975-2002 duplica a la de los adultos y ese segmento de 15 a 29 años ha concentrado, en promedio, el 68% de los desempleados, aunque esa participación ha venido declinando progresivamente (Ortega y Martínez, 2005).

En el año 2002 se creó el *Instituto Nacional de la Juventud* (INAJU) y se promulgó la *Ley Nacional de Juventud*, la cual tiene por objeto disponer de un marco legal que permita brindar a los jóvenes y a las jóvenes¹ las oportunidades para su pleno desarrollo hacia la vida adulta productiva, incluyendo las garantías para su capacitación, primer empleo y su participación en el proceso de desarrollo nacional mediante políticas públicas del Estado con la participación solidaria de la familia y de la sociedad (MECD-Instituto Nacional de la Juventud, 2002). No se tiene referencia si el INAJU cuenta ya con un plan nacional dirigido a promover el desarrollo de la juventud. Hasta ahora sus actividades se han orientado prioritariamente a incentivar la participación de las y los jóvenes en las Misiones, como beneficiarios y, en algunos casos, como facilitadores. Desde el año 2003 se ponen en marcha las misiones educativas² con el propósito de generar mecanismos rápidos de inclusión para los sectores más desfavorecidos. (Bigio, 2005, Lacruz, 2006; Rodríguez, 2006). Por su parte la Misión Vuelvan Caras (ahora Misión Che-Guevara) conjuntamente con el Instituto Nacional de Cooperación Educativa Socialista (INCES) ha beneficiado a sectores juveniles en su mandato de brindar capacitación para el trabajo y la inserción en el empleo que se genere a partir del desarrollo de la Economía Social (Lacruz, 2006). Sin embargo, establecer a la fecha actual el impacto que han tenido estas misiones sobre el mejoramiento del déficit de atención en educación e inserción laboral de la población joven no es fácil, en vista de las limitaciones de información. Las estadísticas que suelen conocerse sobre los beneficiarios son demasiado globales. Además, no se han divulgado suficientemente los resultados de algunas investigaciones por encuestas.

En el ámbito de la salud, el ministerio responsable aprobó los *Lineamientos Estratégicos* y el *Reglamento Técnico Administrativo para la Promoción y el Desarrollo de la Salud Integral de los y las Adolescentes de Venezuela*, instrumentos con los cuales se esperaba sentar las bases para la formulación de un *Programa Nacional de Promoción de la Salud y el Desarrollo* de esta población (MSDS, 2003). Estas acciones dirigidas a normar la atención del sistema de salud pública tradicional van en paralelo

1 Según esta Ley la población joven está comprendida en el rango de 18 a 28 años.

2 La *Misión Robinson I* tiene la finalidad de resolver los problemas de analfabetismo, la *Misión Robinson II* está dirigida a la atención de la población que no ha culminado la educación básica, la *Misión Ribas* se ocupa de graduar a la población que no ha podido completar la enseñanza secundaria y la *Misión Sucre* tiene el propósito de facilitar el ingreso a la educación superior a los bachilleres que no han sido admitidos en alguna institución oficial a ese nivel.

con aquéllas que se ejecutan desde la *Misión Barrio Adentro*, la cual tiene el objetivo de brindar atención primaria en salud en articulación con otras misiones que conforman la política social actual. Se ha previsto que esta estrategia combine el trabajo del *Consultorio Popular* y el *Centro de Diagnóstico Integral* con la participación de los *Comités de Salud*, elegidos por integrantes de las comunidades³ (OPS, 2006).

En materia de prevención de la morbilidad por causas violentas también vale identificar algunas iniciativas que se sustentan en la estructura del sistema de salud tradicional y no aparecen integradas a la estrategia APS que adelanta la *Misión Barrio Adentro*. En el año 2003, se creó la *Comisión Interministerial para la Atención, Prevención y Educación Vial* (CIAPEV) y en el 2004 el Ministerio de Salud reactivó el *Programa Nacional de Accidentes y Otros Hechos Violentos*, cuya ejecución se había previsto a través de cuatro proyectos: acción intersectorial, investigación en salud, vigilancia epidemiológica y promoción de la calidad de vida y la salud. Ello probablemente explica el escaso respaldo que se le ha brindado a dicho programa, no obstante que se fundamentó en información que evidenciaba los crecientes riesgos de morir por causas violentas que se registran en el país. Hará falta entonces que, en ese contexto de la *Misión Barrio Adentro*, se asuma la morbilidad por causas exógenas como un problema de salud pública de gran impacto social, particularmente entre los segmentos juveniles, cuyo abordaje requiere de una perspectiva multidisciplinaria y de la participación responsable de distintas instituciones y sectores de la sociedad venezolana.

Este cuadro de restricciones en la satisfacción de las necesidades de las y los jóvenes, en combinación con los efectos de otros procesos de cambio social como el surgimiento de estructuras familiares más inestables, los efectos de la urbanización descontrolada, el aumento de las tensiones políticas y de la inseguridad pública, entre otros aspectos, configuran un contexto donde los factores de riesgo comprometen la salud y hasta la sobrevivencia de esta población.

La tendencia creciente en los riesgos de muerte entre la población joven especialmente por causas violentas, ha sido un problema tratado en diversos estudios internacionales. Desde la cooperación internacional se han hecho esfuerzos importantes para colocar el tema en las agendas de los países y compartir experiencias que ayuden a mejorar su abordaje, a los fines de identificar sus factores determinantes y fundamentar la formulación de las políticas públicas que se requieren para su prevención. Las referencias disponibles sobre la situación de la mortalidad juvenil en los países de América Latina y el Caribe muestran que, hasta comienzos de los años '90, Venezuela mantuvo

3 El funcionamiento de estos comités está reglamentado por la *Ley de los Consejos Comunales* y tienen como objetivo liderar la identificación de los principales problemas de salud de la comunidad, priorizarlos y definir las acciones principales que debe realizar la comunidad para resolverlos (OPS, 2006).

indicadores dentro del rango donde se ubicaban muchos de los países de la región. Desde entonces los factores que atentan contra la sobrevivencia de la población joven se han exacerbado y este país ostenta, después de Colombia, los riesgos de morir más altos, respectivamente 171 y 212 por 100 mil, mientras que el promedio de la región es estimado en 134 por 100 mil (Yunes y Zubarew, 1999; CEPAL, 2004).

En este estudio nos hemos propuesto realizar un análisis de las tendencias de la mortalidad de la población joven, con particular atención a las causas de muerte exógenas. A tales efectos, comenzamos examinando las variaciones de algunos indicadores durante el período 1980-2005, como el peso de las muertes del grupo de 15 a 29 años respecto a las defunciones totales, las tasas de mortalidad estandarizadas por edad y sexo, el porcentaje de cambio de las tasas y el índice de sobremortalidad masculina. En el segundo apartado se analiza la mortalidad juvenil por causas, observando tanto en hombres como en mujeres los cambios en la estructura de las defunciones y en la evolución de las tasas de mortalidad por accidentes, homicidios y suicidios. En la tercera sección se presentan los resultados de la estimación de los años de vida potenciales perdidos (APVP) con la finalidad de cuantificar la magnitud de años que se pierden cuando las muertes ocurren en forma prematura. Esta información ayuda a expresar en otros términos la intensificación de la mortalidad juvenil y el peso de las muertes por causas externas en ese proceso. Por último, se ofrecen algunas conclusiones y recomendaciones para la investigación futura en esta materia y su consideración en la formulación de políticas públicas.

1. LA DÉCADA 2000: ¿UN ESCENARIO PARA LA INTENSIFICACIÓN DE LA MORTALIDAD JUVENIL?

La morbimortalidad específica de los segmentos juveniles es, en general, poco conocida y suele atribuirse a esa población cierta seguridad vital cuando existen una serie de factores sociales y culturales que atentan contra tal escenario (CEPAL, 2004). En países como Venezuela, donde se han experimentado transformaciones económicas que han desencadenado procesos de exclusión social que han restringido las oportunidades de acceso a la educación, al trabajo y a otros bienes y servicios, la población joven muestra una situación de gran vulnerabilidad. En ese contexto de falta de oportunidades y carencias de recursos muchas de las reacciones de la juventud se manifiestan en hechos de violencia que representan las principales causas de mortalidad (accidentes, homicidios y suicidios).

Durante gran parte de la década de los '80 el volumen de defunciones de 15 a 29 años mostró una tendencia decreciente con señales de estancamiento hacia el segundo quinquenio en cifras inferiores a los 7 mil fallecidos, pero a partir de 1989 ese número tiende a subir, duplicándose en el curso de poco más de 10 años, debido fundamen-

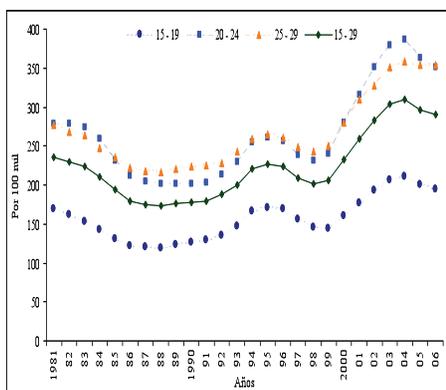
talmente al ascenso en la cifra de decesos de hombres jóvenes, la cual se ha colocado por encima de 10 mil. Desde el año 2001 hasta el 2006 suman poco más de 75 mil los jóvenes fallecidos. Una parte importante de esas muertes eran prevenibles y por lo tanto evitables, como se verá más adelante. Esta tendencia se ve así reflejada en el peso creciente de la mortalidad juvenil dentro del total de las muertes masculinas, el cual superó el 17% en el año 2006. En cuanto a las defunciones de mujeres jóvenes no se registran variaciones que signifiquen cambios apreciables en su participación sobre el conjunto de las muertes femeninas de todas las edades, ésta se ha mantenido alrededor de 5% a lo largo de los últimos veinte años (anexo 1).

Los gráficos que siguen a continuación son bien ilustrativos al dar cuenta de la coincidencia de los períodos de repunte de la mortalidad juvenil con etapas neurálgicas de la vida nacional caracterizadas por una severa recesión económica, procesos de inestabilidad política y una profunda conflictividad social. Las tasas específicas de mortalidad⁴ dan cuenta, en el caso de los hombres, de una tendencia decreciente al comienzo del período observado, pasando de 236 a 174 por 100 mil entre 1981 y 1988. A partir de esa fecha el nivel remonta progresivamente hasta 1995 cuando la probabilidad de morir era similar a la que había a inicios de los '80. En el segundo quinquenio de los '90 parecía que la mortalidad recuperaba el sendero del descenso, pero no fue así y desde 1999 se constata un enorme repunte, al punto que en 5 años la tasa creció 100 puntos, significando un aumento del 50% (310 por 100 mil). Durante los 2 últimos años se ha verificado una ligera reducción del nivel, pero habrá que esperar su evolución próxima para revelar si efectivamente la mortalidad juvenil ha retomado la tendencia a la baja. A juzgar por estas cifras, se podría decir que las últimas dos décadas se han perdido en cuanto a la concreción de avances en la salud de los jóvenes (gráficos 1a y 2a).

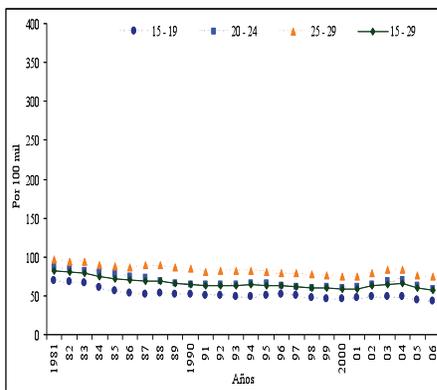
4 Se estimaron tasas estandarizadas a partir de defunciones promediadas trianualmente. En el procedimiento de estandarización se adoptó como estándar para hombres y mujeres la población total del país al comienzo del período de observación. Los valores de las tasas muestran ligeras diferencias con los presentados en un trabajo precedente (Freitez, 2003), por cuanto la información poblacional se actualizó considerando las nuevas proyecciones con base al Censo 2001.

Gráfico 1 Venezuela. Tasas estandarizadas de mortalidad de jóvenes de 15 a 29 años por sexo según grupos de edad. Años: 1981-2006

a. Hombres



b. Mujeres



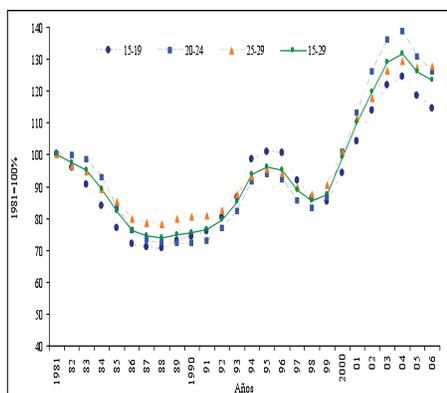
Fuente: Anexo 2.

En el caso de las jóvenes se registran reducciones en las tasas, consiguiendo perder hasta el 2001 el 28% de su valor inicial, pero en los años siguientes (2002-2004) ellas no lograron escapar al repunte de la mortalidad juvenil verificado en el primer quinquenio de la década actual (gráficos 1b y 2b)⁵. Otro rasgo a destacar respecto al patrón de la mortalidad de la población joven es la amplitud de las diferencias entre hombres y mujeres. Esas brechas se vienen acentuando a lo largo del período observado en vista de la enorme elevación de la mortalidad masculina, al punto que en el 2006 por cada defunción de mujeres de 15 a 29 años fallecieron 5 hombres en el mismo rango de edad, cuando en 1999 esa relación era inferior a 4. La sobremortalidad masculina es aun más marcada en el tramo de edad de 20 a 24 años donde la relación casi se aproxima a 6:1 (anexo 2)

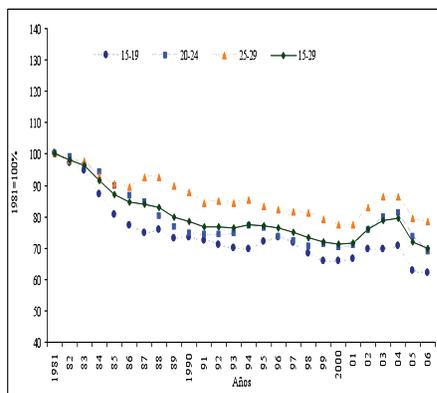
5 Con la finalidad de establecer si los aumentos o descensos de las tasas de mortalidad entre los y las jóvenes son estadísticamente significativos se utilizaron modelos de regresión lineal simple para el conjunto de 15 a 29 años y para los tres grupos de edad identificados, considerando el año de defunción como variable independiente y las tasas estandarizadas como variable dependiente. En el caso de los hombres, la tendencia al alza de las tasas es estadísticamente significativa en los tres grupos de edad. Con relación a las mujeres se ha encontrado que el descenso no es estadísticamente significativo en el grupo de 15 a 29 y de 20 a 24 años, contrario a lo que se determina para los tramos de 15 a 19 y 25 a 29 años (anexo 6).

Gráfico 2
Venezuela. Porcentaje de cambio de las tasas de mortalidad por sexo según
grupos de edad (1981=100).
Años: 1981-2006.

a. Hombres



b. Mujeres



Fuente: Anexo 3.

Alrededor de 1990 en la mayoría de los países latinoamericanos, el porcentaje de defunciones de 15 a 24 años se situaba entre 2% y 6%. Porcentajes superiores, entre 8% y 10%, eran observados en países con elevados niveles de violencia como Colombia y El Salvador (CEPAL, 2000). Las estadísticas de mortalidad para el año 2001 acusan, de alguna manera, la agudización de la situación de violencia que ha conocido nuestro país, de modo que la fracción de las muertes de los jóvenes de 15 a 24 años ya se aproxima a ese rango en el que se encontraban Colombia y El Salvador en 1990, países que estaban sometidos a conflictos armados internos.

En un informe de la CEPAL (2004) sobre la situación de la juventud en iberoamérica se ha reportado que cerca del año 2000 Venezuela exhibía, después de Colombia, la probabilidad de morir más alta entre la población de 15 a 24 años, respectivamente 171 y 212 por 100 mil, mientras que el promedio de la región es estimado en 134 por 100 mil (CEPAL, 2004). Ese nivel de Venezuela representaba el doble o más del registrado en Costa Rica, Chile, Argentina y Uruguay, países donde los riesgos de morir a edades jóvenes son los más bajos, entre 66 y 75 por 100 mil, niveles que pueden considerarse todavía moderados si se compara, por ejemplo con el caso de España cuya tasa se limita a 49 por 100 mil. A esos altos niveles de mortalidad juvenil en Colombia y Venezuela contribuyen decididamente las enormes tasas masculinas. En Venezuela, como se dijo antes, la brecha de género a favor de los hombres es de casi 5 a 1, la más alta de la región, mientras que en Colombia esa relación se reduce a 4 y se estima en 3 para la región latinoamericana, en promedio.

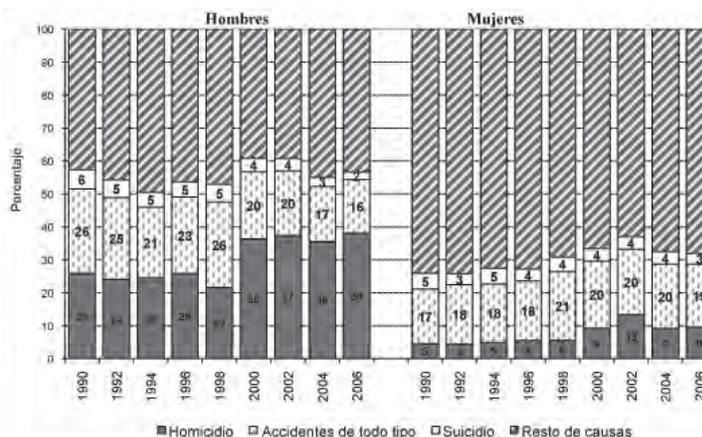
2. CRECIMIENTO DE LA MORTALIDAD JUVENIL POR CAUSAS VIOLENTAS ⁶

La población venezolana ha conocido un mejoramiento notable de sus condiciones de sobrevivencia, hecho que se ha traducido en ganancias importantes en la esperanza de vida. Ese proceso se ha expresado además en una reducción notable de la proporción de muertes por enfermedades infecciosas y un aumento del peso de las defunciones por enfermedades crónicas-degenerativas. En las últimas 2 décadas, sin embargo, se ha constatado que en el país está operando un proceso de transición epidemiológica hacia la violencia que se manifiesta a través de un incremento de la mortalidad por causas externas o violentas. Estas ocupan en el año 2006 el segundo lugar entre las principales causas de muerte del país. Ese año ocurrieron casi 22 mil muertes por causas violentas, cifra que representa el 18% del total de las defunciones.

Entre la población masculina los decesos originados por hechos de violencia constituyen la segunda categoría más importante al concentrar el 22% del total de fallecidos. Esa proporción resulta enorme cuando nos referimos a los hombres de 15 a 29 años, en cuyo caso se eleva a 59%, cifra que supera en diez puntos porcentuales la participación que se registró en 1995. Dentro de ese gran grupo es verdaderamente impresionante la significación que han alcanzado las muertes por homicidios, sobre todo al comienzo de la presente década, cuando casi 2 de cada 5 de los jóvenes que fallecen anualmente perdieron la vida por dicha causa (gráfico 3). En segundo lugar en importancia se encuentran las muertes por accidentes cuyo peso estuvo oscilando entre 20% y 25% hasta el 2001, pero en los últimos años su proporción ha descendido a 17%. Dentro de esa categoría el peso mayoritario lo tienen las muertes por accidentes de tránsito. En tercer lugar, aparecen las muertes por suicidios, cuya participación permaneció oscilando alrededor de 5% durante los '90, mientras que en el primer quinquenio de la década actual su peso ha caído a menos de 3%.

6 En esta sección nuestro análisis cubrirá el período que va de 1990 al año 2005, durante el cual han estado en vigencia la 9a. y 10a. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la OMS, la CIE 9 estuvo vigente para la serie de años de 1990 a 1995 y la CIE 10 entró en aplicación desde 1996. La correspondencia en los códigos asignados por la CIE 9 y 10 a las tres categorías de causas violentas de interés para este trabajo se establecen en el anexo 3

Gráfico 3
Venezuela. Distribución porcentual de las defunciones de la población de 15 a 29 años por tipo de causas según sexo. Años seleccionados entre 1990 y el 2006.



Fuentes: 1990-1996: MSAS. *Anuario de Epidemiología y Estadística Vital*;
 1998-2006: MSDS. *Anuario de Mortalidad*. Cálculos propios.

Las consecuencias fatales de la violencia que se originan en la precarización de las condiciones sociales se están extendiendo también a las mujeres jóvenes. Estas han registrado un incremento apreciable de la mortalidad por causas externas, sobre todo en los años más recientes cuando poco más de 1 de cada 3 muertes de mujeres jóvenes se produce por hechos de violencia, en particular por los accidentes que constituyen la principal de ese grupo de causas (gráfico 3). En cuanto a los homicidios resalta igualmente el aumento registrado al pasar de 4% a 8%. La fracción de muertes debido a suicidios se mantiene oscilando entre 3% y 5%, sin embargo destaca que en algunos años este tipo de episodios ha superado el 7% entre las de menor edad.

Seguidamente el examen de las tasas revela cómo ha evolucionado el riesgo de morir por causas violentas entre los y las jóvenes. Entre los hombres la tasa fue de 111 (por 100 mil) en 1990, aumentó a 121 en 1994 y decreció hasta el nivel inicial hacia 1998, para repuntar de nuevo y situarse en 189 en el 2003. Entre las jóvenes las tasas son decididamente inferiores y su evolución da cuenta de cierto estancamiento hasta 1998, a partir de entonces se aprecia una importante tendencia al alza⁷ (gráficos 4 y 5). Al considerar separadamente los tres grupos de causas violentas se constata que la

7 Los resultados del análisis de regresión lineal revelan que el incremento en las tasas de mortalidad de los y las jóvenes por causas violentas es estadísticamente significativo (Hombres: $B=5,87$ $p<0,01$; Mujeres: $B=0,40$ $p<0,01$).

probabilidad de que los jóvenes fallezcan por accidentes había mostrado cierto estancamiento durante los años '90 (50-52 por 100 mil) pero durante el primer quinquenio de esta década repuntó llegando a 60 por 100 mil en el 2002. La intensidad de la mortalidad por accidentes entre los jóvenes es poco más de 4 veces superior a la de sus congéneres mujeres, en cuyo caso las tasas se mantuvieron con ligeras fluctuaciones en ascenso.⁸ En cuanto a la mortalidad por suicidios las tasas acusan cierto estancamiento, manteniéndose alrededor de 11-12 (por 100 mil) y de 2-3 (por 100 mil) entre hombres y mujeres, respectivamente, con ligera tendencia a la baja en el caso de los jóvenes. Esas disparidades de nivel dan cuenta de la brecha de género, expresando que los riesgos de morir por esta causa son 3 a 4 veces más altos entre los hombres (gráficos 4 y 5).

En lo que concierne a la mortalidad por homicidios, las tasas exhiben una tendencia creciente estadísticamente significativa entre los y las jóvenes⁹ (gráfico 7). Los niveles que han registrado las tasas de mortalidad por homicidios durante los años que van de la actual década son reveladores de la exacerbación que ha alcanzado la violencia en Venezuela, ha pasado de 51 a 120 por 100 mil entre 1999 y el año 2005. En tan sólo 5 años se ha más que duplicado la intensidad de este fenómeno tanto entre los hombres como las mujeres, y la brecha de género sigue siendo enorme, estimándose que el riesgo de muerte por homicidio es hasta 20 veces más alto entre los hombres. Es de destacar que en ambos casos los incrementos de la mortalidad por homicidios son significativos en los tres grupos de edad: 15-29, 20-24 y 25-29 años (anexo 5).

Según el estudio de Yunes y Zubarew, Venezuela, junto a Colombia y Brasil conformaban el grupo de países con las más altas y crecientes (1980-1994) tasas de mortalidad juvenil masculina por causas violentas, (mayores de 150 por 100.000), mientras que las tasas menores (inferiores a 90 por 100.000) son observadas en Costa Rica, Chile, Uruguay y Canadá. Los países con tasas relativamente moderadas son Argentina, México, Ecuador, Panamá, Estados Unidos y Cuba. Muchos de los países de América Latina muestran una tendencia creciente en la tasa de mortalidad por homicidio entre los jóvenes. Por ejemplo, Venezuela aparece entre los países que registran las más altas junto con Colombia y Brasil. En cuanto a las tasas de mortalidad por suicidios Venezuela comparte con Argentina, Costa Rica, Chile y Colombia niveles entre 8 y 12 (por 100.000).

8 Ese incremento de las tasas es estadísticamente significativo (Hombres: $B=0,47$ $p<0,01$; Mujeres: $B=0,10$ $p<0,01$).

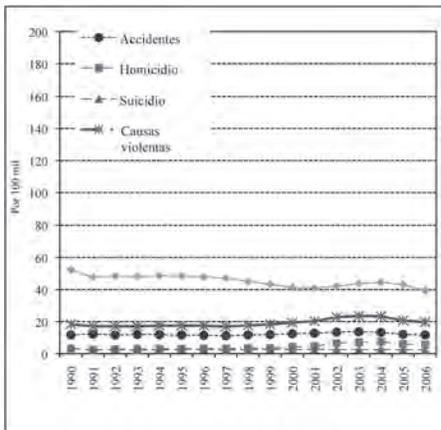
9 Hombres: $B=5,44$ $p<0,01$ y Mujeres: $B=0,31$ $p<0,01$).

Gráfico 4
Venezuela. Tasas de mortalidad juvenil (15 a 29 años) por causas violentas y resto de causas (1990=100). Período: 1990-2006.

a. Hombres



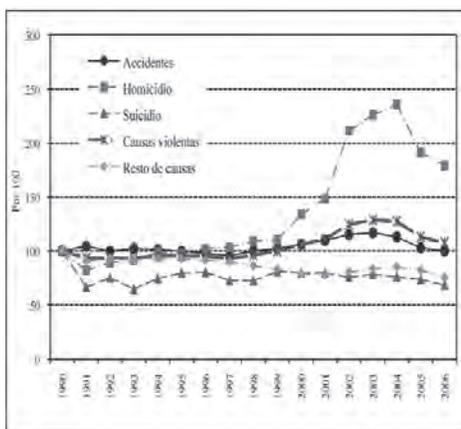
b. Mujeres



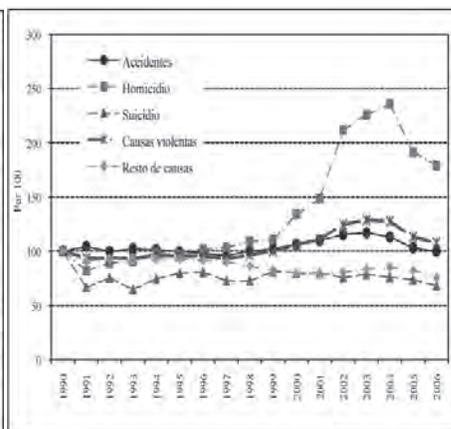
Fuente: Anexo 5.

Gráfico 5
Venezuela. Variación porcentual de las tasas de mortalidad juvenil (15 a 29 años) por causas violentas resto de causas (1990=100). Período: 1990-2006.

a. Hombres



b. Mujeres

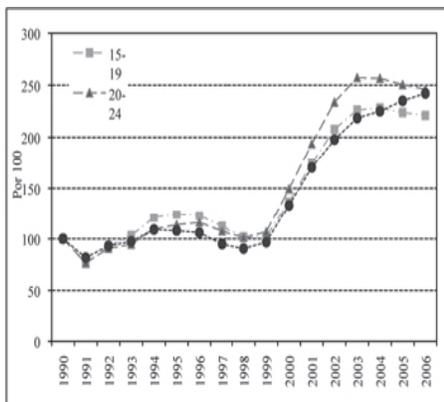


Fuente: Anexo 5.

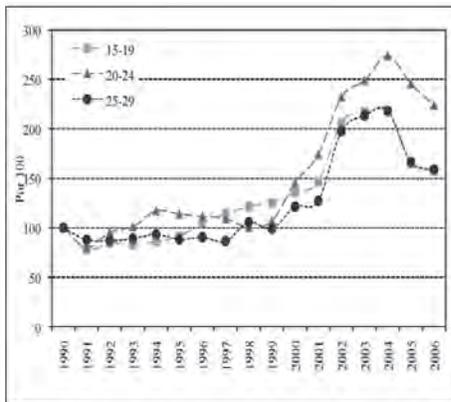
Gráfico 6

Venezuela. Variación porcentual de las tasas de mortalidad juvenil (15 a 29 años) por homicidios según grupos de edad (1990=100). Período: 1990-2006.

a. Hombres



b. Mujeres



Fuente: Anexo 5.

3. AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR CAUSAS VIOLENTAS ENTRE LA POBLACIÓN JOVEN

La mortalidad por accidentes, homicidios y suicidios en hombres y mujeres jóvenes representan una parte importante de la mortalidad total que se traduce en un considerable número de muertes que podrían ser evitadas. Con frecuencia los programas de salud orientados a la reducción de la mortalidad proponen medidas dirigidas a ampliar el acceso a los centros de salud, incrementar la inmunidad contra algunas enfermedades, mejorar la eficacia de algunos tratamientos y otras. Sin embargo, la atención de la mortalidad por causas exógenas o violentas requiere de acciones que trascienden a las mencionadas.

En Venezuela la morbimortalidad por causas violentas es un problema de salud pública y es impostergable que sea percibido como tal a los fines de abordar el fenómeno desde una perspectiva multidisciplinaria y programar acciones que involucren la participación y responsabilidad de distintas instituciones de la sociedad venezolana. En este trabajo nos limitamos al estudio de la expresión más dramática de la violencia en los segmentos jóvenes de la población como es la muerte, que se traduce en un gran número de años de vida potenciales perdidos. Sin embargo, la violencia es una enfermedad que tiene diversas implicaciones en la medida que ocasiona daños físicos,

discapacidades, disminución de la calidad de vida, incrementos de los costos de atención en salud y otras secuelas.

La Organización Panamericana de la Salud ha propuesto el cálculo de un indicador, los años potenciales de vida perdidos (APVP), para cuantificar la magnitud de esos años que se pierden cuando las muertes ocurren en forma *prematura*, es decir que se producen antes de cierta edad de referencia (OPS, 2003). El supuesto en el que se basan los APVP es que cuando más *prematura* es la muerte, mayor es la pérdida de vida. Dicho indicador permite así evaluar la importancia de las causas de defunción, ya que considera simultáneamente la cantidad de eventos ocurridos y el momento en que acontecen (Romeder, 1997). La edad de referencia puede ser la de la esperanza de vida, o bien otra que se establezca en función de los objetivos perseguidos.

En este trabajo se adoptó como referencia los 70 años. Los APVP se obtuvieron multiplicando el número de defunciones de una edad por el número de años que restan desde dicha edad hasta la edad límite considerada. El total de APVP es igual a la sumatoria de los resultados del producto anterior. Igualmente, la cifra de los APVP a consecuencia de una causa de muerte determinada en una población dada, es la suma, en todas las personas que fallecen por esta causa, de los años que éstas habrían vivido si hubieran cumplido la edad prevista. A partir de esa información es posible calcular la proporción del total de APVP por una causa específica que corresponde a cada grupo etario.

En su análisis sobre el comportamiento de la mortalidad en Venezuela durante el período 1970-1995, Orta (2005) pone en evidencia el incremento de los APVP y la mayor participación de los grupos de edad de 15 a 64 años dentro del total de los años perdidos, mientras que viene disminuyendo el volumen de APVP que provienen de las defunciones de la población de 1 a 14 años. Al respecto, Orta llama la atención en cuanto a que el Ministerio de Salud no parece estar tomando en cuenta tales cambios, ni en su estructura programática ni presupuestaria, si se considera que son escasos los programas de prevención orientados a ese segmento de la población en edades productivas (Orta, 2005).

Dado que nuestro interés aquí es evaluar la importancia que han alcanzado las muertes por causas externas entre la población joven, se han calculado los APVP con relación a ese tipo de causas en años seleccionados entre 1990 y el 2005, discriminando hombres y mujeres (anexo 6). Se calcula que en el año 2005 fueron perdidos cerca de millón y medio de años, de los cuales el 39% se debieron a las defunciones ocurridas por causas violentas. Solamente las muertes masculinas por ese tipo de causas son responsables de poco más de medio millón de esos años perdidos y de dicho monto la población joven está aportando casi el 60%.

La intensificación de los riesgos de muerte por causas externas en el período 1995-2005 se ven reflejados en la estimación de los APVP, cuyo incremento ha sido

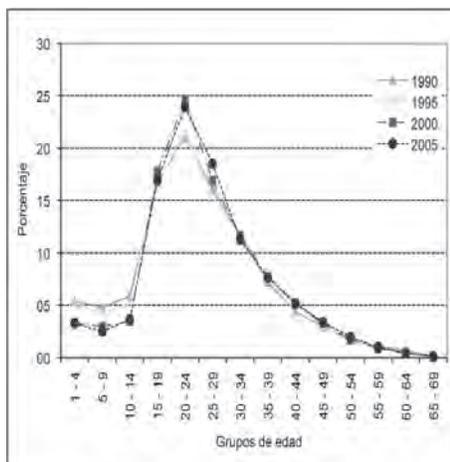
del orden de 38%. Entre la población de 15 a 29 años esa variación es todavía más acentuada debido a la cantidad de APVP que están proporcionando los jóvenes fallecidos por ese tipo de causas. Entre las mujeres la concentración de APVP es menos marcada aunque desde luego es apreciable que ese segmento joven agrupe el 43% de los años perdidos por causas externas, una participación que ha crecido ligeramente desde 1995 (gráfico 7).

La contribución de los y las jóvenes al total de APVP en cada categoría de muertes violentas en el año 2005 bien se ilustra en el gráfico 8. Poco más del 70% de los APVP por homicidios entre la población masculina ocurren en la fase de la juventud, en el caso de los suicidios y los accidentes de tránsito esa participación es, respectivamente, del orden 57% y 45%. Por su parte las jóvenes están aportando el 66% de los APVP por suicidios que ocurren entre la población femenina, 61% de los APVP por homicidios y 42% de los APVP por accidentes de tránsito.

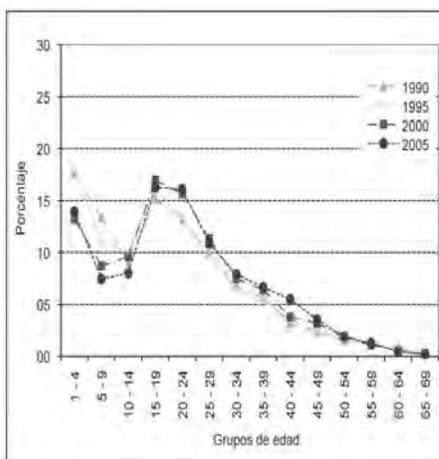
Gráfico 7

Venezuela. Distribución porcentual de los APVP por causas de muerte externas según grupos de edad. Años: 1990, 1995, 2000 y 2005.

a. Hombres



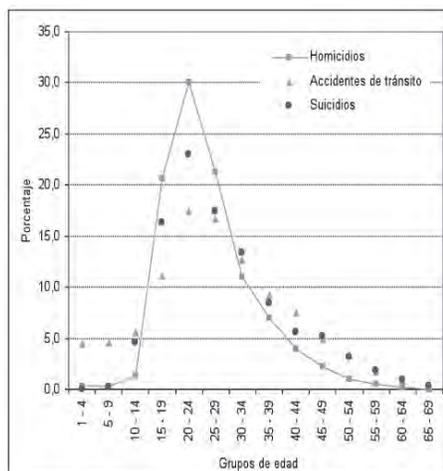
b. Mujeres



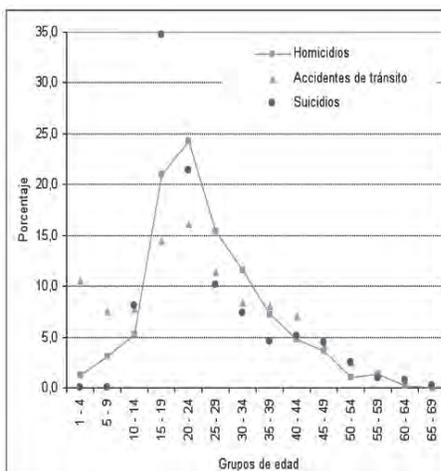
Fuentes: Anexos 8 y 9.

Gráfico 8
Venezuela. Distribución porcentual de los APVP por causas de muerte violenta según grupos de edad y sexo. Año: 2005.

a. Hombres



b. Mujeres



Fuentes: Anexos 8 y 9.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Desde 1989 hasta mediados de la década actual las defunciones de 15 a 29 años han mostrado una tendencia creciente, duplicándose su volumen en el curso de poco más de 10 años, debido, fundamentalmente, al incremento de las muertes masculinas. A partir del año 2001 el número de defunciones de hombres en ese tramo de edad se ha colocado por encima de 10.000 y, en el período 2000-2006, ellas suman más de 75 mil. La mayoría de esas defunciones juveniles ocurren debido a causas evitables asociadas con hechos de violencia. En el año 2006 poco más de la mitad de los jóvenes fallecidos de 15 a 29 años de ambos sexos murieron por causas violentas.

La información presentada da cuenta que, durante el período 2000-2006, hubo una intensificación tremenda de los riesgos morir por causas violentas, particularmente entre los hombres, como bien fue ilustrado por la evolución de las tasas. Esa tendencia creciente de la mortalidad juvenil masculina fue claramente más pronunciada que la verificada en los años '90. En la década pasada, en promedio, fallecieron anualmente 1.600 hombres jóvenes por homicidios, 1.600 por accidentes y 345 por suicidios, mientras que entre las mujeres esas cifras corresponden a 96, 360 y 80, respectivamente. En lo que va de la década actual esos promedios se han disparado y ya se cuentan anualmente

3 900 hombres jóvenes que pierden sus vidas por homicidios, 2.000 por accidentes y 390 por suicidios. En el caso de las jóvenes esas cifras promedio también se han elevado a 220, 460 y 90 defunciones por homicidios, accidentes y suicidios, respectivamente. Hemos visto, además, que la brecha de género en la mortalidad por causas externas se ha acentuado en forma notable. En el 2006 es 9 veces mayor el riesgo de morir por esas causas entre los hombres que entre las mujeres, mientras que en 1990 ese índice de sobremortalidad se estimaba en casi 6.

La evolución de las tasas de mortalidad según esos tres tipos de causas revela que sobrevivir la adolescencia y la juventud se ha convertido en un reto. Los riesgos de morir por homicidios, en el caso de los hombres, se han intensificado enormemente, a juzgar por la duplicación del valor de la tasa. En una proporción menor, y no por ello menos importante, se incrementó el nivel de mortalidad por accidentes y suicidios. Igualmente, se ha podido constatar que las mujeres no escapan a los efectos de ese clima de violencia que se está haciendo cada vez más presente en las diferentes facetas de la vida cotidiana, si se toma en cuenta que el nivel de la mortalidad por homicidios ha llegado a mostrar incrementos superiores al 50% y en el orden de 20% con relación a los accidentes de todo tipo.

La estimación de los APVP aportados por la población de 15 a 29 años debido a las defunciones por cualquier tipo de causa, pero particularmente debido a causas violentas, ha servido para expresar en otros términos el significado de la intensificación de los riesgos de muerte en los jóvenes y para llamar la atención sobre la necesidad de formular políticas que contribuyan a evitarle a la sociedad venezolana la pérdida de centenares de miles de años de vida útiles entre segmentos de la población en plena etapa de formación e incorporación a la vida productiva.

En la fase actual de la transición epidemiológica de Venezuela, los avances en las condiciones de sobrevivencia de la población dependerán menos de la adopción de prácticas médico-sanitarias de fácil aplicación, como ocurrió en el pasado, por el contrario, será indispensable introducir cambios profundos en el sistema de salud y desarrollar políticas públicas que consideren en forma integral la salud de la población en los distintos tramos de edad. En el caso de los jóvenes el nivel de la mortalidad estará estrechamente relacionado con la salud social, las oportunidades de empleo y la educación apropiada.

La mortalidad por causas violentas entre los y las jóvenes es un problema de salud pública el cual amerita de atención por parte de los distintos sectores de la sociedad. Al respecto son muy importantes las medidas preventivas que se practiquen en el marco de la familia y de la comunidad y que los programas de prevención se basen en una fuerte interacción gubernamental en el ámbito económico y social. Además, cada vez hay mayor coincidencia en reconocer la relevancia de considerar la participación de las personas jóvenes en la formulación de las políticas preventivas para que éstas lleguen más efectivamente a ese grupo de población.

Con la finalidad de dimensionar el problema en cuestión en todos sus elementos y fundamentar adecuadamente la acción preventiva, se requiere que en el país se hagan los esfuerzos necesarios para contar con un sistema de vigilancia epidemiológica de hechos violentos, y que se desarrollen líneas de investigación donde se aborden, por ejemplo, las relaciones entre las muertes violentas y algunos factores estructurales como la pobreza, la inestabilidad familiar y las oportunidades económicas (Briceño-León y Zubillaga, 2001). En ese sentido, es necesario realizar trabajos donde se estudien los efectos de la situación económica y social en períodos de crisis sobre el incremento de los niveles de mortalidad por causas violentas. La información presentada en este artículo ha mostrado que las tasas de mortalidad de los jóvenes han registrado fluctuaciones que coinciden claramente con los años de agudización del deterioro económico, la inestabilidad política y la conflictividad social. Por otra parte es importante tener en cuenta que la violencia relacionada con los jóvenes es un fenómeno estrechamente vinculado con la dinámica de los grandes centros urbanos, especialmente en los países como el nuestro donde se ha registrado un proceso de urbanización acelerado y no controlado (Briceño-León, 2002). En consecuencia, se requiere desarrollar investigaciones que permitan no sólo mostrar las diferencias espaciales en el patrón de mortalidad juvenil debido a causas violentas, sino también conocer, de algún modo, los factores económicos, sociales, culturales e históricos que configuran la geografía de la violencia.

También se deben efectuar estudios donde se aborden los aspectos culturales que pueden ser favorables a los comportamientos violentos y cuya expresión es ampliamente diferenciada según el género. Como bien ha señalado Huggins, “la familia es la institución portadora fundamental de la cultura para cada ser humano y es dentro de ella que nos construimos como sujetos”, es en ese ámbito que se producen procesos diferenciados de socialización de hombres y mujeres. A través de pautas de crianza, que con frecuencia tienen expresiones de violencia, se trata de evitar que niños y niñas adquieran rasgos asociados al género contrario. En un contexto familiar y social donde prevalece la violencia se facilita que los adolescentes expresen su rol masculino con demostraciones de fuerza, valor y riesgo que culminan en accidentes de todo tipo, homicidios y suicidios. Huggins advierte que una política pública dirigida a deconstruir la violencia que quiera ser exitosa debe considerar sus diferentes formas de expresión: la violencia delictiva, la violencia intrafamiliar, la violencia de la exclusión y la inequidad y la violencia de la intolerancia hacia diferencias de todo tipo (Huggins, 2005).

BIBLIOGRAFÍA

- Antunes, N. y Silva, L. (2001), "El avance de la mortalidad por causas exógenas en Brasil y Unidades de la Federación" en *Papeles de Población*, N° 27, pp.147-158.
- Borrell, C., Rodríguez, M., Ferrando, J., Brugal, M., Pasarín, M., Martínez, V. y Plasencia, A. (2002), "Role of individual and contextual effects in injury mortality: new evidence from small area analysis" en *Injury Prevention* N° 8, pp. 297-302. Sitio web <http://www.injuryprevention.com>
- Briceño-León, R. (2002), "La nueva violencia urbana de América Latina" en *Sociologías*, Porto Alegre, Año 4, No. 8, pp. 34-51.
- Briceño-León, R y Zubillaga, V. (2001), "Dimensiones y construcciones de la violencia en América Latina" en *Acta Científica Venezolana*, 52: 170-177.
- CEPAL-OIJ (2004), *La Juventud Iberoamericana. Tendencias y urgencias*. Sitio web: <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/6/20266/P20266.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl&base=/search/top-bottom3.xsl> visitado el 16/12/2007.
- CEPAL (2000), *Juventud, población y desarrollo en América Latina y el Caribe*, Documento presentado en el Vigésimo octavo período de sesiones, México, D.F., 3 al 7 de abril de 2000 (LC/L.1339), 232 p.
- Duro, E. (2004), *Adolescencia y políticas públicas. De la invisibilidad a la necesaria centralidad*, UNICEF, 21 p. Sitio web: http://www.unicef.org/argentina/spanish/Adolescencias_y_politicas_publicas.pdf visitado el: 14-11-2007.
- Freitez, A. (2003), "Tendencias de la mortalidad de los y las jóvenes: ¿una expresión de la violencia en Venezuela?", *Temas de Coyuntura*, IIES-UCAB, No. 48, pp. 39-73.
- Freitez, A. y Romero, D. (2004), *Comparación de dos países con mayor crecimiento de la mortalidad juvenil por causas violentas: Brasil y Venezuela*, trabajo presentado en el I Congreso de la Asociación Latino Americana de Población, ALAP, realizado en Caxambú (MG)-Brasil, 18- 20 de septiembre de 2004.
- Goldsmith, J y Cwikel, J. (1993), "Mortalidad de los jóvenes adultos: Comparaciones internacionales" en *Salud Publica de México*, vol. 35, N° 2. Sitio web <http://www.insp.mx/salud/35/352-3s.html> visitado el 26-05-2003.
- González, J. (2006), *Principales Delitos contra los Bienes y las Personas*, Fundación Escuela de Gerencia Social, Ministerio de Planificación y Desarrollo. Sitio web: www.gerenciasocial.org.ve visitado el 12-11-2007.
- González, L. (2003), "¿Cuál es la situación educativa con la que la población venezolana inicia el siglo XXI?", *Temas de Coyuntura*, IIES-UCAB, No. 47, pp. 123-162.
- Guerrero, R. (1997), "Plan de Acción Regional del Programa de Salud y Violencia", en OPS/OMS, *Taller de Prevención de Violencia de los Adolescentes y las*

- Pandillas (Maras) Juveniles*, San Salvador, 7 al 9 de mayo de 1997. Sitio Web: http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/ca-accion_violencia.pdf, visitado el 14 / 12/ 2007
- Heuveline, P. (2002), "An international comparison of adolescent and young adult mortality", *ANNALS-AAPSS*, No.580, pp.172-200.
- Huggins, M. (2005), "Ellas mueren, ellos mueren ¿cómo vivimos?" en A. Freitez et al *Cambio demográfico y desigualdad social en Venezuela al inicio del tercer milenio*, AVEPO, pp.317-334.
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. y Lozano, R. (2003). "Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud", Organización Mundial de la Salud-OMS, *Publicación Científica y Técnica* No. 588, 374 p.
- Lacruz, T. (2006), "Balance Sociopolítico: Ciudadanía Social Inacabada" en T. Maingon (coordinadora) *Balance y Perspectivas de la Política Social en Venezuela*, CENDES-ILDIS-UNFPA, pp. 111-184.
- Ministerio de Educación Cultura y Deportes-MECD/Instituto Nacional de la Juventud (2002), *Ley Nacional de Juventud*, publicada en la Gaceta Oficial N° 37404 de fecha 14 de marzo de 2002.
- Ministerio de la Familia (1995), *La Juventud Venezolana. Informe General*, Caracas, 164 p.
- Ministerio de Sanidad y Asistencia Social-MSAS. *Anuario de Epidemiología y Estadística Vital*. Años varios.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social-MSDS, (2003), *Lineamientos Estratégicos para la Promoción y el Desarrollo de la Salud Integral de los y las Adolescentes de Venezuela*, Tomo 1.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social-MSDS, (2003), *Reglamento Técnico Administrativo para la Promoción y el Desarrollo de la Salud Integral de los y las Adolescentes de Venezuela*, Tomo 2.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social- MSDS, *Anuario de Mortalidad*. Años varios.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social- MSDS/Ministerio de Educación Cultura y Deportes- MECD/Organización Panamericana de la Salud-OPS, (2005), *Programa Nacional la Escuela como Espacio para la Salud Integral y Calidad de Vida. Venezuela*, Sitio web: www.ops-oms.org.ve/site/EPS/docs/avances_eps_jun_7.pdf visitado el 5-12-2007.
- Mundó, M. (2003), "Discontinuidad de la institución escolar y exclusión temprana: temas para una agenda de inclusión" en *Cuadernos del CENDES*, Año 20, No. 52, pp.103-144.
- Naciones Unidas (2005), *Análisis y evaluación global de los planes de acción nacionales sobre el empleo de los jóvenes. Informe del Secretario General*, Sexagésimo período de sesiones, A/60/133, 23 p.
- Ortega, D. y Martínez, I. (2005), "Morfología del desempleo en Venezuela" en A.

- Freitez et al *Cambio demográfico y desigualdad social en Venezuela al inicio del tercer milenio*, AVEPO, pp. 359-377.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2006), *Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela*, Caracas, 162 p.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2003), “Técnicas para la medición del impacto de la mortalidad: Años potenciales de vida perdidos” en *Boletín Epidemiológico*, Vol.24, No.2, pp. 1-4.
- Orta, R. (2005), “La mortalidad prematura en Venezuela 1970-1995” en A. Freitez et al *Cambio demográfico y desigualdad social en Venezuela al inicio del tercer milenio*, AVEPO, pp.283-297.
- Rodríguez, E. (2006), “Política Social Actual: Una Visión desde el Gobierno” en T. Maingon (coordinadora) *Balance y Perspectivas de la Política Social en Venezuela*, CENDES-ILDIS-UNFPA, pp. 270-290.
- UNFPA (2003), *El Estado de la Población Mundial 2003*, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Nueva York, 84 p.
- Yunes, J. y Zubarew, T. (1999), “Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes. Un desafío para la región de las Américas”. *Revista Brasileira de Epidemiología*, Oficina Panamericana de la Salud, vol. 1, N°3, pp.102-171. visitado el 12-02-2004.

ANEXOS

Anexo 1

Número total de defunciones^{1/}, defunciones de 15 a 29 años y porcentaje de defunciones de 15 a 29 años respecto al total. Años: 1981-2006.

Años	Número de defunciones								
	Total	15-29	%	Hombres	15-29	%	Mujeres	15-29	%
1981	78.479	7.265	9,3	44.795	5.395	12,0	33.684	1.870	5,6
1982	78.361	7.321	9,3	44.804	5.435	12,1	33.557	1.886	5,6
1983	78.321	7.287	9,3	44.839	5.415	12,1	33.483	1.872	5,6
1984	77.808	6.465	8,3	44.526	4.738	10,6	33.281	1.727	5,2
1985	78.184	6.310	8,1	44.431	4.559	10,3	33.753	1.751	5,2
1986	78.761	6.582	8,4	44.517	4.721	10,6	34.244	1.861	5,4
1987	79.473	6.614	8,3	44.839	4.774	10,6	34.634	1.840	5,3
1988	80.211	6.628	8,3	45.475	4.809	10,6	34.736	1.819	5,2
1989	82.346	7.122	8,6	46.985	5.326	11,3	35.361	1.796	5,1
1990	85.390	7.400	8,7	48.881	5.448	11,1	36.509	1.952	5,3
1991	86.945	7.185	8,3	49.901	5.352	10,7	37.045	1.833	4,9
1992	89.164	8.286	9,3	51.383	6.377	12,4	37.781	1.909	5,1
1993	90.234	9.120	10,1	52.537	7.066	13,4	37.697	2.054	5,4
1994	94.421	9.782	10,4	55.216	7.738	14,0	39.205	2.044	5,2
1995	96.580	9.377	9,7	56.447	7.351	13,0	40.133	2.026	5,0
1996	98.845	9.379	9,5	57.551	7.262	12,6	41.295	2.117	5,1
1997	98.567	8.695	8,8	57.197	6.634	11,6	41.370	2.061	5,0
1998	99.516	8.984	9,0	57.968	6.976	12,0	41.548	2.008	4,8
1999	101.067	10.254	10,1	59.011	8.133	13,8	41.977	2.121	5,1
2000	103.724	12.082	11,6	61.518	9.984	16,2	42.126	2.098	5,0
2001	107.016	12.444	11,6	63.945	10.269	16,1	42.991	2.175	5,1
2002	110.281	13.871	12,6	65.573	11.238	17,1	44.708	2.633	5,9
2003	121.860	15.432	12,7	73.826	12.958	17,6	48.034	2.474	5,2
2004	117.217	13.971	11,9	70.835	11.592	16,4	46.382	2.379	5,1
2005	110.301	12.383	11,2	67.169	10.324	15,4	43.132	2.059	4,8
2006	121.586	15.143	12,5	74.378	12.773	17,2	47.208	2.370	5,0

Fuentes: 1981- 1996: MSAS. Anuario de Epidemiología y Estadística Vital.

1997-2006: MSDS. Anuario de Mortalidad. Cálculos propios.

^{1/} Se excluyen los fallecidos cuya edad no fue declarada.

Anexo 2
Venezuela. Tasas de mortalidad estandarizadas^{1/} de hombres y mujeres de 15 a 29 años (por 100.000) e índice de sobremortalidad por grupos de edad. Período: 1981-2006.

Años	Hombres				Mujeres				Índice de sobremortalidad			
	15-29	15-19	20-24	25-29	15-29	15-19	20-24	25-29	15-29	15-19	20-24	25-29
1981	235,5	169,0	278,4	277,5	82,4	69,3	85,9	96,3	2,9	2,4	3,2	2,9
1982	229,9	161,9	278,0	267,9	80,7	67,2	85,1	94,3	2,8	2,4	3,3	2,8
1983	224,1	153,1	274,6	263,3	79,3	65,6	82,7	94,1	2,8	2,3	3,3	2,8
1984	210,0	141,9	258,8	247,2	75,4	60,4	81,1	89,3	2,8	2,3	3,2	2,8
1985	193,4	130,1	231,8	236,0	71,6	55,8	77,1	87,2	2,7	2,3	3,0	2,7
1986	179,6	121,7	211,8	221,9	69,6	53,4	74,6	86,2	2,6	2,3	2,8	2,6
1987	175,4	120,1	204,3	218,0	69,2	51,8	72,8	89,1	2,5	2,3	2,8	2,4
1988	173,9	119,2	201,9	216,6	68,3	52,5	69,0	89,2	2,5	2,3	2,9	2,4
1989	176,6	123,4	201,5	221,1	65,8	50,7	65,9	86,3	2,7	2,4	3,1	2,6
1990	180,1	127,0	203,8	226,0	65,5	51,4	65,0	85,3	2,8	2,5	3,1	2,6
1991	182,1	129,7	205,3	227,3	64,1	50,6	64,4	82,2	2,8	2,6	3,2	2,8
1992	189,5	136,9	216,2	231,2	63,8	49,7	64,6	82,5	3,0	2,8	3,3	2,8
1993	202,8	147,7	231,5	245,4	63,5	48,9	64,9	82,1	3,2	3,0	3,6	3,0
1994	223,6	167,9	257,1	261,3	64,4	48,8	66,8	83,1	3,5	3,4	3,9	3,1
1995	228,9	172,0	263,3	267,3	64,2	50,2	66,3	81,0	3,6	3,4	4,0	3,3
1996	226,1	171,1	259,2	263,7	63,5	51,2	63,9	80,0	3,6	3,3	4,1	3,3
1997	210,6	156,6	239,7	251,4	62,4	50,1	62,6	79,1	3,4	3,1	3,8	3,2
1998	202,8	146,9	233,0	244,8	60,9	47,6	61,2	78,9	3,3	3,1	3,8	3,1
1999	207,2	144,9	242,3	252,3	59,8	45,9	61,7	76,6	3,5	3,2	3,9	3,3
2000	234,6	160,3	282,3	281,5	58,9	45,9	60,7	74,9	4,0	3,5	4,7	3,8
2001	260,4	176,8	316,5	310,6	59,4	46,4	61,3	75,0	4,4	3,8	5,2	4,1
2002	282,4	192,2	350,8	327,1	62,6	48,1	65,0	79,8	4,5	4,0	5,4	4,1
2003	303,7	206,0	379,0	350,8	64,8	48,3	68,5	83,2	4,7	4,3	5,5	4,2
2004	309,9	210,0	386,1	359,3	65,5	48,8	69,8	83,3	4,7	4,3	5,5	4,3
2005	297,0	199,9	363,5	353,6	59,4	43,5	63,4	76,7	5,0	4,6	5,7	4,6
2006	290,6	193,5	351,1	354,2	57,5	43,0	59,3	75,5	5,1	4,5	5,9	4,7

Fuentes: 1980-1996: MSAS. *Anuario de Epidemiología y Estadística Vital*; 1997-2006: MSDS. *Anuario de Mortalidad*; INE. *Venezuela: Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2035*. Cálculos propios.

^{1/} Estimadas a partir de defunciones promediadas trianualmente, adoptando como estándar para hombres y mujeres la población total del país al comienzo del período de observación.

Anexo 3
Venezuela. Índice de variación (porcentaje) de las tasas estandarizadas de mortalidad juvenil^{1/}
según grupos de edad y sexo. Período: 1981-2006.

Grupos de edad	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Hombres	100,0	97,6	95,1	89,1	82,1	76,2	74,4	73,8	75,0	75,5	76,4	79,6	85,2
15 - 19	100,0	95,8	90,6	83,9	76,9	72,0	71,0	70,5	73,0	74,2	75,8	80,1	86,5
20 - 24	100,0	99,9	98,6	93,0	83,3	76,1	73,4	72,5	72,4	72,3	72,9	76,8	82,3
25 - 29	100,0	96,6	94,9	89,1	85,1	80,0	78,6	78,1	79,7	80,4	81,0	82,4	87,5
Mujeres	100,0	98,0	96,2	91,5	87,0	84,5	84,1	82,9	79,8	78,6	76,9	76,7	76,4
15 - 19	100,0	97,0	94,7	87,1	80,4	77,0	74,7	75,7	73,2	73,3	72,2	70,9	69,8
20 - 24	100,0	99,1	96,3	94,4	89,7	86,9	84,8	80,4	76,7	74,8	74,2	74,4	74,8
25 - 29	100,0	98,0	97,8	92,8	90,6	89,6	92,5	92,7	89,7	87,6	84,4	84,9	84,5
Grupos de edad	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Hombres	94,0	96,3	95,2	88,7	85,5	87,4	99,0	110,0	119,9	128,9	131,6	126,1	123,4
15 - 19	98,4	100,8	100,3	91,9	86,3	85,1	94,3	104,0	113,7	121,9	124,2	118,3	114,4
20 - 24	91,4	93,7	92,3	85,4	83,1	86,4	100,8	113,1	126,0	136,1	138,7	130,6	126,1
25 - 29	93,3	95,4	94,2	89,9	87,6	90,3	100,9	111,4	117,9	126,4	129,5	127,4	127,7
Mujeres	77,4	77,3	76,4	75,1	73,4	72,0	71,1	71,7	76,0	78,7	79,5	72,1	69,8
15 - 19	69,7	71,8	73,2	71,6	68,2	65,7	65,8	66,6	69,4	69,7	70,4	62,8	62,0
20 - 24	77,0	76,6	73,8	72,3	70,7	71,3	70,2	70,9	75,6	79,8	81,3	73,8	69,0
25 - 29	85,5	83,4	82,4	81,5	81,4	79,0	77,4	77,5	82,9	86,4	86,5	79,6	78,4

Fuentes: 1981-1996: MSAS. *Anuario de Epidemiología y Estadística Vital*; 1997-2006: MSDS. *Anuario de Mortalidad*; INE. *Venezuela: Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2035*. Cálculos propios.

^{1/} Estimadas a partir de defunciones promediadas trianualmente, adoptando como estándar para hombres y mujeres la población total del país al comienzo del período de observación.

Anexo 4
Descripción de Diagnósticos agrupados según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 9 y CIE 10.

Diagnósticos agrupados	CIE9	CIE10
Accidentes de tránsito: Comprende accidentes de tránsito terrestre, acuático y aéreo. Otros accidentes: incluyen caídas; exposición a fuerzas mecánicas animadas; exceso de esfuerzos; viajes; privación; ahogamiento y sumersión; accidentes que obstruyen la respiración; exposición a la corriente eléctrica, a radiaciones, a diferencias de presión a fuego; contacto con el calor y sustancias calientes, con animales y plantas venenosas; exposición a fuerzas de la naturaleza; disparos de armas; caídas desde un lugar elevado.	E800-E899 E900-E909	V01-V99 W00-W99 X00-X59
Homicidio: comprende agresiones por sustancias o drogas, por disparo de armas de fuego, por productos químicos, por objetos cortantes, por empujón desde un lugar elevado; agresión sexual; negligencia y abandono; maltrato.	E960-E969	X85-Y09
Suicidio: comprende envenenamiento intencional autoinfligido por drogas, medicamentos, sustancias biológicas, alcohol, vapores, objetos cortantes o armas. Incluye todas las formas de suicidio.	E950-E959	X60-X84

Fuente: Serfaty et al, 2003. Esta correspondencia entre la CIE 9 y 10 ha sido validada por los autores confrontándola con ejercicios similares efectuados por el National Center for Health Statistics.

Anexo 5

Venezuela. Tasas estandarizadas de mortalidad juvenil por causas según sexo y grupos de edad. Período: 1981-2006.

Tipo de causas, sexo y grupo de edad	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Causas violentas																	
Hombres																	
15-29	111,0	100,5	107,4	112,0	120,6	119,5	118,6	112,7	111,5	114,4	136,7	160,5	180,2	188,9	184,9	180,0	179,8
15-19	81,8	69,0	78,3	83,3	92,7	92,8	94,0	90,5	89,0	104,6	121,3	135,0	139,2	135,0	130,3	126,8	
20-24	131,1	118,2	126,1	129,5	140,9	139,6	139,4	131,2	130,5	135,5	164,8	195,7	224,1	236,9	231,5	220,5	215,8
25-29	122,4	117,3	120,2	125,7	130,5	128,1	124,2	117,9	116,7	120,6	142,9	167,0	184,1	193,5	191,1	192,8	193,3
Mujeres																	
15-29	18,3	17,1	17,1	17,1	17,6	17,5	17,5	17,0	17,7	18,3	19,4	20,3	22,8	23,6	23,4	20,7	19,7
15-19	18,5	18,2	16,6	16,4	16,9	17,7	18,7	18,4	19,4	19,7	20,3	21,2	22,8	23,1	22,2	19,7	18,8
20-24	19,3	17,3	18,3	18,3	19,0	18,5	17,5	16,2	16,3	17,7	19,7	20,8	23,3	24,8	25,4	23,3	21,6
25-29	17,0	15,6	16,4	16,6	16,8	16,1	16,1	16,2	17,2	17,2	18,1	18,9	22,3	22,8	22,4	19,0	18,8
Accidentes de todo tipo																	
Hombres																	
15-29	49,5	50,1	50,0	51,6	52,8	50,9	50,5	49,4	51,5	51,7	54,4	57,7	60,2	58,8	54,9	51,4	50,5
15-19	33,5	32,2	33,9	35,1	37,3	36,5	37,9	38,1	40,4	40,8	42,8	44,3	44,5	42,0	38,3	35,9	33,8
20-24	57,6	58,3	57,9	58,8	60,6	57,8	56,9	54,4	56,7	57,4	60,8	64,4	68,8	67,8	64,7	58,8	57,5
25-29	59,2	61,5	59,8	62,6	62,1	60,0	57,9	56,9	58,4	58,0	60,9	65,9	68,8	68,1	63,2	61,3	59,5
Mujeres																	
15-29	11,7	12,2	11,7	12,0	11,9	11,7	11,5	11,2	11,7	12,0	12,5	12,9	13,5	13,7	13,3	12,1	11,7
15-19	12,4	13,4	11,3	11,2	11,1	11,6	12,2	11,6	12,2	12,2	12,8	13,3	13,1	12,8	12,1	11,2	10,7
20-24	12,4	12,2	12,5	13,0	12,9	12,3	11,3	10,8	11,2	12,0	12,6	13,1	14,2	15,1	14,8	13,5	12,8
25-29	10,3	10,9	11,2	11,7	11,7	11,0	10,9	11,2	11,6	11,8	11,9	12,2	13,2	13,2	12,9	11,6	11,7
Homicidio																	
Hombres																	
15-29	50,2	39,2	46,2	49,1	56,5	57,6	57,5	52,6	49,2	51,3	70,7	90,8	107,9	118,6	119,8	119,6	121,0
15-19	39,6	30,1	36,7	40,8	47,9	49,1	48,6	44,4	40,3	40,3	54,1	69,1	82,3	89,6	90,4	88,6	87,5
20-24	60,0	46,1	54,4	56,8	65,7	68,2	69,6	64,5	60,7	64,0	89,7	116,2	140,4	154,4	154,1	150,4	147,8
25-29	51,6	42,1	48,1	50,2	56,2	55,7	54,6	48,9	46,7	49,9	68,8	87,9	102,0	112,7	116,1	121,3	125,0
Mujeres																	
15-29	3,2	2,6	2,8	2,9	3,1	3,1	3,3	3,3	3,5	3,5	4,3	4,7	6,7	7,2	7,5	6,1	5,7
15-19	3,1	2,4	2,6	2,5	2,6	2,8	3,2	3,5	3,7	3,9	4,2	4,5	6,3	6,7	6,7	5,1	4,8
20-24	3,0	2,4	2,9	3,0	3,5	3,4	3,4	3,3	3,0	3,2	4,4	5,2	7,0	7,5	8,3	7,4	6,7
25-29	3,5	3,1	3,0	3,1	3,3	3,1	3,2	3,0	3,7	3,5	4,3	4,5	6,9	7,5	7,6	5,8	5,6
Suicidio																	
Hombres																	
15-29	11,3	11,3	11,2	11,3	11,3	11,0	10,6	10,7	10,9	11,4	11,6	12,0	12,1	11,5	10,2	9,0	8,3
15-19	8,7	6,8	7,7	7,4	7,6	7,2	7,5	7,9	8,3	7,9	7,7	8,0	8,3	7,6	6,4	5,8	5,4
20-24	13,5	13,8	13,7	14,0	14,6	13,7	12,9	12,3	13,0	14,0	14,3	15,0	14,9	14,6	12,7	11,2	10,5
25-29	11,7	13,7	12,3	12,9	12,1	12,4	11,7	12,1	11,6	12,7	13,2	13,4	13,3	12,6	11,7	10,2	8,8
Mujeres																	
15-29	3,4	2,3	2,6	2,2	2,5	2,7	2,7	2,5	2,5	2,8	2,7	2,7	2,6	2,7	2,6	2,5	2,3
15-19	3,1	2,4	2,6	2,6	3,1	3,3	3,3	3,3	3,4	3,7	3,4	3,4	3,4	3,6	3,4	3,4	3,2
20-24	3,9	2,7	2,9	2,2	2,6	2,8	2,8	2,1	2,0	2,5	2,8	2,5	2,1	2,2	2,4	2,3	2,1
25-29	3,3	1,6	2,1	1,7	1,9	2,0	2,0	1,9	1,9	2,0	1,9	2,2	2,2	2,1	1,8	1,6	1,5
Resto de causas																	
Hombres																	
15-29	82,6	85,4	87,1	96,2	109,1	115,8	114,0	104,1	97,4	99,1	105,3	108,4	112,8	126,2	136,7	135,7	138,9
15-19	71,9	73,7	76,4	83,7	97,3	101,9	99,8	87,0	77,7	75,4	77,5	79,6	84,6	96,3	104,9	103,7	97,5
20-24	81,6	87,8	90,2	102,3	116,7	124,3	120,5	109,4	103,5	108,0	119,2	123,0	130,9	146,6	159,2	156,7	146,2
25-29	96,0	96,1	96,1	104,0	114,3	122,4	123,1	117,9	113,2	116,5	121,8	125,3	125,3	138,3	148,7	149,5	172,1
Mujeres																	
15-29	52,3	47,7	48,5	48,2	48,6	48,6	47,9	47,2	45,1	43,3	41,4	40,9	42,1	43,7	44,6	43,0	39,5
15-19	41,3	40,4	39,6	38,9	38,4	39,2	39,3	38,4	34,6	32,4	31,8	31,6	32,1	32,2	33,6	32,2	30,7
20-24	51,4	45,0	46,4	46,7	47,9	48,1	46,7	46,6	45,2	44,3	41,3	40,8	42,5	44,5	45,2	43,3	38,7
25-29	65,8	59,0	60,9	60,4	61,1	59,8	58,9	58,0	56,9	54,7	52,3	51,7	53,2	55,9	56,4	55,1	50,2

Fuentes: 1990-1996: MSAS. *Anuario de Epidemiología y Estadística Vital*; 1997-2006: MSDS. *Anuario de Mortalidad*; INE. *Venezuela: Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2035*. Cálculos propios.

Anexo 6
Resultados de los modelos de regresión lineal simple para evaluar las
tendencias de la mortalidad juvenil por sexo, según grupos de edad.
Años: 1990-2006.

Grupos de edad	Hombres				Mujeres			
	B	Error standard	p	R ²	B	Error standard	p	R ²
15-29	8,15	0,97	0,0000	0,83	-0,23	0,11	0,0585	0,22
15-19	4,61	0,70	0,0000	0,74	-0,34	0,08	0,0010	0,52
20-24	11,53	1,37	0,0000	0,83	-0,03	0,15	0,8361	0,00
25-29	9,11	0,98	0,0000	0,85	-0,30	0,14	0,0489	0,23

Fuente: Anexo 2. Cálculos propios

Anexo 7
Resultados de los modelos de regresión lineal simple para evaluar las
tendencias de la mortalidad juvenil por sexo, según grupos de edad y causas de
muerte violentas. Años: 1990-2006.

Grupos de causas de muerte	Hombres				Mujeres			
	B	Error standard	p	R ²	B	Error standard	p	R ²
15-29								
Causas violentas	5,77	0,77	0,000	0,79	0,35	0,08	0,0004	0,58
Accidentes	0,35	0,15	0,030	0,28	0,07	0,03	0,0372	0,26
Homicidios	5,51	0,70	0,000	0,80	0,28	0,04	0,0000	0,74
Suicidios	-0,09	0,04	0,066	0,21	-0,01	0,01	0,4476	0,04
15-19								
Causas violentas	4,13	0,50	0,000	0,82	0,29	0,07	0,0012	0,51
Accidentes	0,38	0,17	0,044	0,24	0,00	0,04	0,9409	0,00
Homicidios	3,83	0,50	0,000	0,80	0,25	0,04	0,0000	0,73
Suicidios	-0,08	0,04	0,048	0,24	0,05	0,01	0,0027	0,46
20-24								
Causas violentas	7,65	1,07	0,000	0,77	0,41	0,10	0,0014	0,50
Accidentes	0,37	0,19	0,063	0,21	0,12	0,05	0,0389	0,25
Homicidios	7,36	0,92	0,000	0,81	0,35	0,05	0,0000	0,76
Suicidios	-0,09	0,06	0,164	0,12	-0,06	0,02	0,0093	0,37
25-29								
Causas violentas	5,35	0,83	0,000	0,74	0,34	0,08	0,0006	0,55
Accidentes	0,24	0,16	0,157	0,13	0,11	0,00	0,0005	0,49
Homicidios	5,32	0,73	0,000	0,78	0,26	0,05	0,0001	0,64
Suicidios	-0,10	0,06	0,091	0,18	-0,03	0,02	0,1223	0,15

Fuente: Anexo 5. Cálculos propios

Anexo 8
Venezuela. Distribución porcentual de los APVP por causas de muerte externas entre la población masculina según grupos de edad y sexo. Año: 1990, 1995, 2000 y 2005.

	Grupos de edad															
	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69		
1990																
Todas las causas	14,7	4,9	5,0	10,4	12,4	10,5	8,8	6,9	6,1	5,5	5,5	4,6	3,7	1,2		
Causas violentas	5,4	4,8	5,9	16,7	21,1	16,1	11,7	7,2	4,4	2,9	1,7	1,1	0,7	0,1		
Accidentes de tránsito	5,0	6,7	5,5	12,3	19,7	16,3	12,8	8,2	5,4	3,7	2,1	1,4	0,8	0,2		
Otros Accidentes	13,5	8,4	11,8	16,9	13,5	10,7	8,3	6,1	3,7	2,7	1,9	1,3	0,9	0,2		
Homicidios	0,8	0,8	2,4	21,7	28,4	20,1	12,3	6,8	3,2	1,9	0,8	0,5	0,3	0,1		
Suicidios	0,0	0,0	2,7	17,7	23,6	16,8	14,7	8,3	6,7	3,7	2,8	1,7	1,2	0,2		
Todas las causas	9,7	3,9	4,3	12,4	14,6	11,4	9,5	7,9	6,8	5,6	5,1	4,3	3,3	1,2		
Causas violentas	5,2	4,2	5,2	17,3	21,4	15,4	11,8	8,0	5,0	2,9	1,8	1,1	0,6	0,1		
Accidentes de tránsito	4,5	5,7	5,7	13,6	17,9	15,4	13,3	9,7	6,5	3,6	2,1	1,3	0,6	0,1		
Otros Accidentes	15,2	8,6	8,6	16,0	15,7	9,3	8,1	7,5	4,3	2,4	2,3	1,1	0,8	0,2		
Homicidios	0,6	0,5	2,6	23,0	29,1	18,2	11,6	6,5	3,7	2,1	1,0	0,6	0,3	0,1		
Suicidios	0,0	0,0	4,4	15,2	21,9	19,9	15,2	7,5	5,4	4,8	3,0	1,5	0,8	0,2		
2000																
Todas las causas	7,5	3,3	3,1	12,5	17,3	12,7	9,7	7,7	7,0	6,2	5,2	3,9	2,8	1,1		
Causas violentas	3,3	3,0	3,5	17,8	24,6	16,9	11,6	7,7	5,2	3,3	1,7	0,9	0,4	0,1		
Accidentes de tránsito	3,7	5,4	5,2	12,8	18,8	16,1	12,0	9,7	7,0	4,6	2,5	1,3	0,7	0,2		
Otros Accidentes	15,3	7,8	7,7	16,7	14,0	10,2	8,6	6,0	5,8	3,4	2,4	1,2	0,7	0,2		
Homicidios	0,4	0,6	1,3	21,5	31,1	19,0	11,7	6,5	3,9	2,3	1,0	0,4	0,2	0,0		
Suicidios	0,0	0,2	3,5	14,8	22,7	18,5	14,7	10,5	5,5	4,2	2,8	1,6	0,8	0,3		
Todas las causas	4,8	2,5	3,0	12,8	17,2	13,7	9,6	7,5	7,3	6,6	6,1	4,8	3,0	1,1		
Causas violentas	3,3	2,5	3,7	16,9	24,0	18,5	11,3	7,6	5,2	3,4	2,0	1,0	0,4	0,1		
Accidentes de tránsito	4,5	4,5	5,6	11,1	17,4	16,7	12,6	9,2	7,5	4,9	3,3	1,7	0,8	0,2		
Otros Accidentes	14,7	8,6	9,3	13,5	12,1	10,8	8,8	7,0	5,4	4,7	2,8	1,4	0,6	0,2		
Homicidios	0,3	0,3	1,3	20,7	30,0	21,3	11,0	6,9	3,9	2,2	1,0	0,5	0,2	0,0		
Suicidios	0,0	0,2	4,6	16,3	23,0	17,3	13,3	8,4	5,6	5,2	3,1	1,8	0,9	0,3		

Fuentes: 1990-1996: MSAS. *Anuario de Epidemiología y Estadística Vital*; 1997-2005: MSDS. *Anuario de Mortalidad*.

Cálculos propios.

