

SE INTENSIFICAN LOS RIESGOS DE MORIR POR CAUSAS VIOLENTAS EN LA POBLACIÓN JOVEN DE VENEZUELA

Anitza Freitez L.¹
UCAB

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 la importancia que han cobrado las muertes originadas por hechos de violencia. Así, en la primera sección, se consideran algunos aspectos legales, institucionales y programáticos que sirven de marco para la atención de la población joven. Seguidamente se examinan las tendencias de la mortalidad juvenil, en particular la mortalidad por causas externas (accidentes, homicidios y suicidios). Con la finalidad de ubicar la experiencia de Venezuela en esta materia dentro del contexto de la región latinoamericana, en el cuarto apartado se recogen algunas referencias de trabajos comparativos, y se finaliza con la recapitulación de algunas ideas y la exposición de ciertas reflexiones sobre el futuro de la investigación en un tema de imperativa colocación en la agenda pública.

Palabras claves: Mortalidad juvenil, causas de muerte, diferencias de la mortalidad, muertes violentas, accidentes, homicidios, suicidios, 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 edad², 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

¹ afreitez@ucab.edu.ve

² Cuando en algunos trabajos aquí citados se adopta una definición de la población joven que no concuerda con la utilizada en este estudio (15 a 29 años) se hará mención explícita.

trabajo, hecho que ha restringido sus posibilidades de inserción laboral. Buena parte de esos jóvenes quedan excluidos del sistema educativo entre el 6° y 7° grado de la escuela básica. A la fecha del último censo (2001) sólo asistían regularmente a un centro de enseñanza el 54% y 59% de los hombres y mujeres de 15 a 19 años, y 1 de cada 4, aproximadamente, habían logrado alcanzar la educación superior. La escolaridad promedio en el tramo de edad de 15 a 24 años, era de 8 años entre los hombres y 9 en el caso de las mujeres (González, 2003). Ello significa que ellas estarían completando, en promedio, la escuela básica mientras que los varones se están quedando por debajo de ese umbral. Esos valores distan de los 12 años de escolaridad que deberían completar los jóvenes, si se cumpliera el carácter obligatorio de la enseñanza secundaria. Concluir ese nivel ya no garantiza movilidad ascendente, pero no hacerlo asegura la exclusión y la pobreza (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 ámbito de la salud también encontramos que no se ha extendido la creación de servicios especializados en la atención de las necesidades propias de este segmento de la población y las acciones de carácter preventivo en materia de riesgos de contraer VIH/SIDA y las ETS, consumo de drogas y de alcohol, abuso sexual, violencia intrafamiliar, embarazo precoz, entre otros, no han logrado la institucionalización necesaria para que lleguen a toda la población que se requiere cubrir. Otro aspecto escasamente atendido, no obstante su importancia, concierne al uso del tiempo libre. En este campo, más que en otros, la acción pública ha adolecido de continuidad y coordinación.

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, una urbanización descontrolada, el aumento de las tensiones políticas y de la inseguridad pública, configuran un contexto donde los factores de riesgo comprometen la salud y hasta la sobrevivencia de esta población. Todo ello revela que el Estado ha mostrado fallas en su capacidad para construir ciudadanía y de regular de forma efectiva la vida social (Lacruz, 2006).

Hace casi cinco años realizamos un estudio sobre las tendencias de la mortalidad juvenil donde llamábamos la atención sobre el peso creciente de las causas de muerte exógenas como señal palmaria de la situación de violencia que está afectando a los segmentos jóvenes de la población venezolana, particularmente los hombres (Freitez, 2003). En ese momento, se examinó la evolución de la mortalidad durante el período 1981-2001 y se destacó que, a comienzos de la actual década, las tasas daban cuenta de cierto repunte en los riesgos de morir en las edades de 15 a 29 años. En este estudio nos hemos propuesto actualizar el análisis de esas tendencias hasta el año 2006, colocando el énfasis en el período más reciente (1999-2006) caracterizado por procesos de cambios políticos, institucionales y socio-económicos. A tales efectos, se comienza identificando algunos aspectos del marco legal, institucional y programático en el que se fundamentan las políticas públicas que deben garantizar el bienestar de la juventud venezolana. Seguidamente, se examinan los cambios en las tendencias de la mortalidad considerando las variaciones de algunos indicadores, 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. La tercera sección se dedica al análisis de la mortalidad juvenil por causas externas, 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. Con frecuencia las sociedades se familiarizan con la prevalencia de altos niveles de violencia y se pierde la noción del orden de magnitud. A los fines de tener una noción de cuán intensa es la mortalidad juvenil de Venezuela en la tercera sección de este trabajo se recogen algunas referencias que muestran las diferencias en los niveles y tendencias de este fenómeno entre países latinoamericanos. Se finaliza con breves comentarios que sintetizan los cambios de la mortalidad de los y las jóvenes de Venezuela, y nuestras reflexiones en torno a la investigación futura en esta materia.

1. POLÍTICAS PÚBLICAS Y LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN JOVEN

La aprobación de una nueva Constitución Nacional en 1999 significó un cambio en la orientación de las políticas públicas e impuso la tarea de adecuar el marco legislativo a los nuevos parámetros constitucionales. De ahí que, desde esa fecha, gran parte de las acciones que conciernen a la atención de las necesidades básicas de la población para garantizar sus derechos fundamentales se han centrado, principalmente, en el plano de las reformas normativas e institucionales. En el ámbito de la ejecución programática los avances son menos evidentes, y su impacto sobre la resolución de algunos problemas que afectan, en particular, las condiciones de vida de los segmentos juveniles todavía está por conocerse, a juzgar, por ejemplo, por las altas tasas de embarazo en la adoles-

cencia (Freitez, 2008), de desempleo juvenil (Ortega y Martínez, 2005) y el aumento enorme en los índices de mortalidad por causas violentas entre las y los jóvenes, aspecto central analizado en este trabajo. Se puede decir, en consecuencia, que las políticas públicas aun tiene un amplio campo que recorrer en materia de atención de la población joven (Duro, 2004).

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 jóvenes³ 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.

Uno de los problemas severos que acusan importantes segmentos de la población joven de Venezuela, pero también de un grupo numeroso de países del mundo, es la exclusión del sistema educativo y del mercado de trabajo. La comunidad internacional viene reconociendo cada vez más la importancia de atender la formación e inserción laboral de los jóvenes como clave para reducir las tensiones que se ocultan detrás de diversas cuestiones relativas a la seguridad y a otros problemas sociales (Naciones Unidas, 2005). En Venezuela, la Misión Vuelvan Caras (ahora Misión Che-Guevara) conjuntamente con el Instituto Nacional de Cooperación Educativa Socialista (INCES) tienen el 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). Si bien Vuelvan Caras no está limitada a la atención de los jóvenes es en ese segmento poblacional donde ha concentrado una proporción importante de los beneficiarios.

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, 2003a; 2003b). Estas acciones dirigidas a normar la atención del sistema de salud pública tradicional van en paralelo 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 so-

³ Según esta Ley la población joven está comprendida en el rango de 18 a 28 años.

cial 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 comunidades⁴ (OPS, 2006).

En materia de prevención de la morbilidad por causas violentas vale señalar que, 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. Estas iniciativas impulsadas desde el Ministerio de Salud se sustentan en la estructura del sistema de salud tradicional y no aparecen integradas a la estrategia APS que adelanta la *Misión Barrio Adentro*. 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.

La acción pública en materia educativa se ha manifestado a través de la puesta en marcha, desde el año 2003, de algunas misiones que han ayudado a generar mecanismos rápidos de inclusión para los sectores más desfavorecidos. Así 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. Como se dijo antes, es a través de la *Misión Barrio Adentro* que se ha articulado la red de penetración gubernamental en los sectores populares y esa es la principal plataforma para la captación de beneficiarios de las misiones (Bigio, 2005; Lacruz, 2006; Rodríguez, 2006). Establecer a la fecha actual el impacto que han tenido estas misiones sobre el mejoramiento del déficit de atención en educación no es fácil en vista de las limitaciones de información. Las estadísticas que suelen conocerse sobre la población que se está beneficiando de las misiones educativas son demasiado

⁴ 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).

globales y no permiten identificar en qué medida se está favoreciendo a los segmentos jóvenes de la población. Además, no se han divulgado suficientemente los resultados de algunas investigaciones por encuestas.

En el tema de la inclusión educativa de los jóvenes hay una paradoja que las políticas públicas no parecen estar resolviendo. Se adelantan por un lado acciones para facilitar el acceso a la educación a quienes fueron expulsados por el sistema no obstante que, por otro lado, no se efectúan las reformas necesarias para evitar que el sistema los siga expulsando (España, 2006; Herrera y España, 2006). Se ha reconocido que las instituciones educativas no son las únicas que deben brindar oportunidades educativas y de participación para los adolescentes y jóvenes, pero *la escuela es el lugar más valioso en donde pueden estar* y la primera prioridad de las políticas públicas dirigidas a ellos debiera ser mejorar la educación pública y la institución escolar como ese espacio democrático para la formación y la participación.

Las bondades del ámbito escolar para poner en marcha una estrategia de formación de los ciudadanos, las familias y las comunidades en lo relativo a la salud y la calidad de vida son estimadas por la OPS al impulsar la iniciativa regional de las *Escuelas Promotoras de Salud*. En el año 2005 el estado venezolano decide acoger dicha propuesta y desde el marco de la *Misión Barrio Adentro* asume el desarrollo, viabilidad y sustentabilidad del *Programa Nacional Intersectorial La Escuela como espacio para la salud integral y calidad de vida*. Dicho programa cuenta con un Plan de Acción donde se han establecido las metas que se pretenden lograr a corto, mediano y largo plazo, entre las cuales se tenía previsto, por ejemplo, que en un lapso de dos años la totalidad de las escuelas dentro de las áreas de influencia de la *Misión Barrio Adentro* se estarían incorporando con planes estratégicos y participativos en salud integral y se habría reducido la incidencia de actos de violencia en dichas escuelas. No se tiene referencia de algún reporte de evaluación que permita conocer cuáles han sido los avances en su ejecución.

Implementar políticas públicas dirigidas a la población joven que requieran de la coordinación intersectorial e interinstitucional fue difícil en el pasado y parece tornarse más complejo en el presente, debido a que hay una mayor diversidad de instancias rectoras y ejecutoras. Por otra parte, la insuficiencia o inexistencia de datos sobre problemas que acusan los segmentos juveniles son un reflejo de la falta de prioridad en las políticas públicas. En Venezuela no abundan las investigaciones orientadas específicamente a estudiar los temas relevantes para adolescentes y jóvenes. Sólo una vez (1993) se ha realizado una Encuesta Nacional de Juventud (ENJUVE'93). En cuanto al tema concreto de la mortalidad juvenil por causas externas que nos ocupa en este trabajo, vale destacar que no se cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológica de

hechos violentos que permita mejorar el conocimiento de la morbimortalidad por este tipo de causas.

2. TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD EN LAS Y LOS JÓVENES

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).

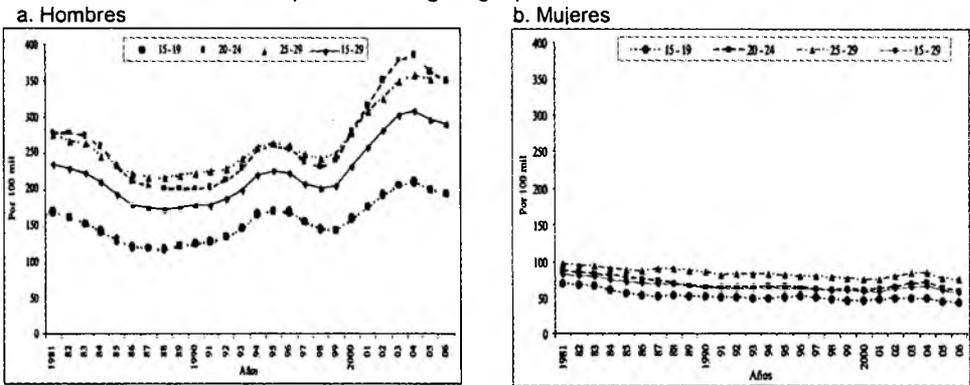
Durante gran parte de la década de los '80 el volumen de defunciones de 15 a 29 años mostró una tendencia decreciente con señales de estancamiento hacia el segundo quinquenio en cifras inferiores a los 7 mil fallecidos, pero a partir de 1989 ese número tiende a subir, duplicándose en el curso de poco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

El examen de las tasas específicas de mortalidad⁵ da 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

⁵ 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.

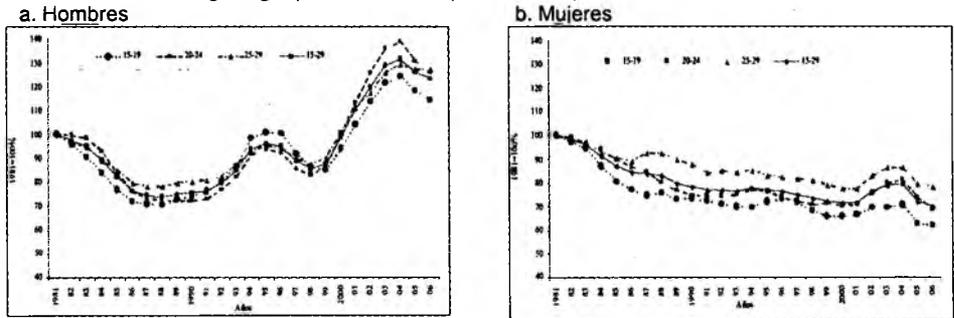
similar a la que había a inicios de los '80. En el segundo quinquenio de los '90 parecía que la mortalidad recuperaba el sendero del descenso, pero no fue así y desde 1999 se constata un enorme repunte, al punto que en 5 años la tasa creció 100 puntos, significando un aumento del 50% (310 por 100 mil). 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).

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



Fuente: Anexo 2.

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

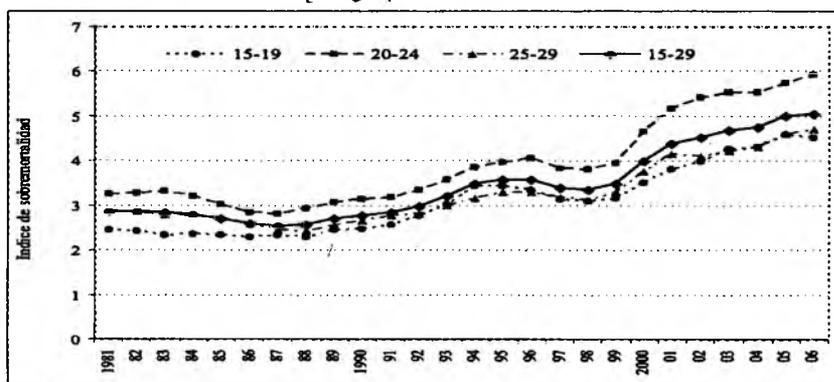


Fuente: Anexo 3.

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 verifi-

cado en el primer quinquenio de la década actual (gráficos 1b y 2b)⁶. 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 (gráfico 3).

Gráfico 3. Venezuela. Índice de sobremortalidad masculina entre la población de 15 a 29 años por grupos de edad. Años: 1981-2006.



Fuente: Anexo 2.

⁶ 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 5).

3. CRECIMIENTO DE LA MORTALIDAD JUVENIL POR CAUSAS VIOLENTAS⁷

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.

En cuanto a la población de 15 a 29 años se ha registrado un deterioro en sus condiciones de vida que se refleja claramente en los cambios en la estructura por causas de muertes. Las defunciones de ambos sexos debido a hechos violentos acusan un apreciable incremento y en el año 2006 ellas se presentan en una relación de casi 3 por cada 5 defunciones. Dentro de ese gran grupo es verdaderamente impresionante la significación que han alcanzado las muertes por homicidios, ellas constituyen el 41% de los 13 mil fallecimientos por esa causa (de todas las edades) y el 34% del total de las defunciones registradas en el 2006 correspondientes a personas en edades jóvenes. 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 caído (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 ha permanecido cercana a 5%.

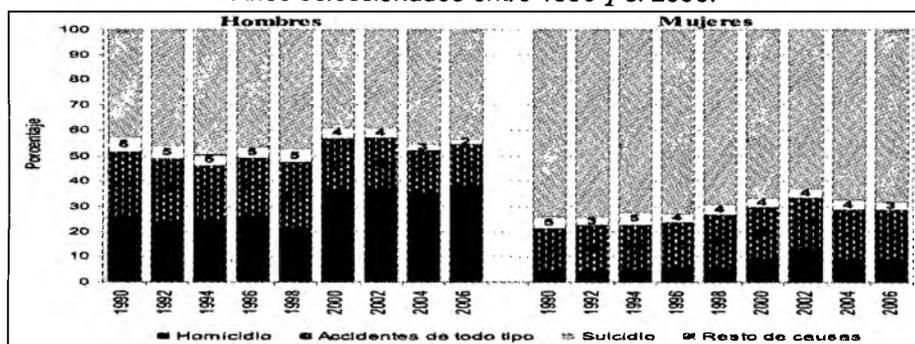
Las consecuencias fatales de la violencia que se origina en la precarización de las condiciones sociales se ha extendido también a las mujeres jóvenes, incrementándose la mortalidad por causas externas, sobre todo en los años más recientes cuando poco más de 1 de cada 3 muertes de mujeres jóvenes se produce por hechos de violencia. Entre las jóvenes los accidentes constituyen la primera causa de muerte y su peso se elevó de 17% a 22% entre 1990 y el año 2001, para caer a 19% en el 2006 (gráfico 4). En cuanto a la participación de los homicidios resalta igualmente el aumento registrado al pasar de 4% a 8%. La

⁷ En esta sección nuestro análisis cubrirá el período que va de 1990 al año 2006, 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.

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.

Los accidentes y homicidios se han alternado como la primera causa de muerte entre los hombres jóvenes, pero desde 1999 las defunciones por homicidios se constituyen abiertamente en la categoría más frecuente, representando alrededor de 38% del total de muertes (gráfico 4).

Gráfico 4. 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.



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

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. En el curso de los 2 últimos años la tasa se ha mantenido en 180 por 100 mil. 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 alza⁸ (gráficos 5 y 6). Al considerar separadamente los tres grupos de causas violentas se constata que la 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 fluctua-

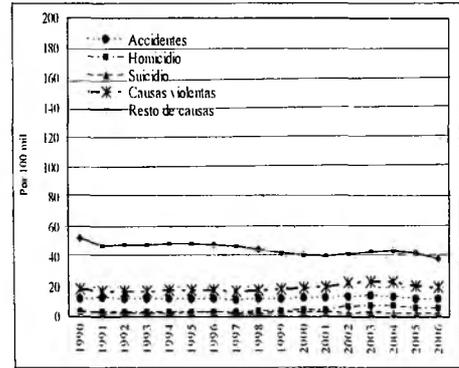
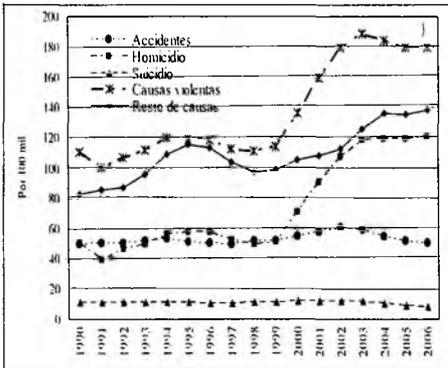
⁸ Los resultados del análisis de regresión lineal revelan que el incremento en las tasas de mortalidad de los y las jóvenes por causas violentas es estadísticamente significativo (Hombres: $B=5,87$ $p<0,01$; Mujeres: $B=0,40$ $p<0,01$).

ciones en ascenso⁹. Por su parte las tasas de mortalidad por suicidios acusan cierto estancamiento, permaneciendo entre hombres y mujeres, respectivamente, en niveles cercanos a 11-12 y 2-3 por 100 mil, con ligera tendencia a la baja en el caso de los jóvenes. Esas disparidades expresan que los riesgos de morir por esta causa son 3 a 4 veces más altos entre los hombres (gráficos 5 y 6).

Gráfico 5. Venezuela. Tasas de mortalidad juvenil (15 a 29 años) por causas violentas (1990=100). Período: 1990-2006.

a. Hombres

b. Mujeres



Fuente: Anexo 5.

En lo que concierne a la mortalidad por homicidios, las tasas exhiben una tendencia creciente estadísticamente significativa entre los y las jóvenes¹⁰ (gráfico 7). Durante los años que van de la actual década se ha más que duplicado la intensidad de este fenómeno tanto entre los hombres como las mujeres, estimándose para el año 2006 tasas en el orden de 121 y 6 por 100 mil, respectivamente, cifras que reflejan una brecha de género enorme. Es hasta 20 veces más alto el riesgo de muerte por homicidio entre los jóvenes en comparación a sus pares mujeres. 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 6).

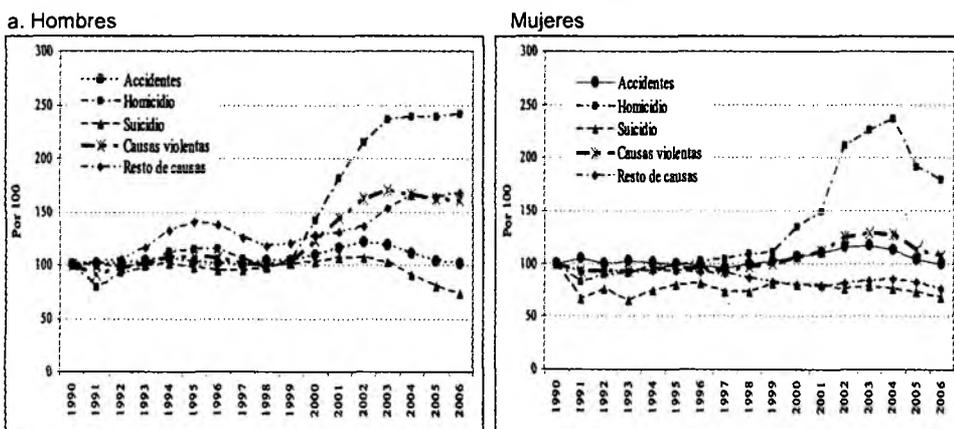
El crecimiento de la mortalidad juvenil por causas violentas y particularmente por homicidios que se ha conocido en el curso de la presente década exige que se adopten medidas de prevención que tomen en cuenta su naturaleza multi-causal. Los diferentes esfuerzos que desde las políticas públicas pueden hacer-

⁹ Ese incremento de las tasas es estadísticamente significativo (Hombres: $B=0,47$ $p<0,01$; Mujeres: $B=0,10$ $p<0,01$).

¹⁰ Hombres: $B=5,44$ $p<0,01$ y Mujeres: $B=0,31$ $p<0,01$).

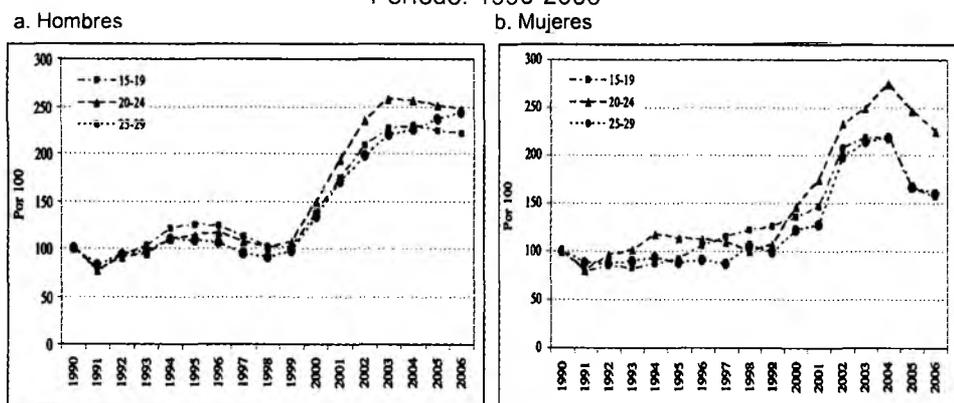
se en materia de prevención son siempre menos costosos y tienen efectos más duraderos. Una proporción importante de muertes se podrían evitar a través de intervenciones que ofrezcan mecanismo alternativos a la violencia en el manejo de conflictos, en combinación con el enfrentamiento de factores de riesgo que posibilitan la comisión de hechos violentos, como la presencia de armas de fuego, las drogas y el alcohol (Briceño-León, 2002; González, 2006).

Gráfico 6. Venezuela. Variación porcentual de las tasas de mortalidad juvenil (15 a 29 años) por causas violentas (1990=100). Período: 1990-2006.



Fuente: Anexo 5.

Gráfico 7. Venezuela. Variación porcentual de las tasas de mortalidad juvenil (15 a 29 años) por homicidios según grupos de edad (1990=100). Período: 1990-2006.



Fuente: Anexo 5.

4. LA MORTALIDAD JUVENIL POR CAUSAS VIOLENTAS. VENEZUELA EN EL CONTEXTO LATINOAMERICANO

En 1993 la OPS decidió declarar las conductas violentas como un problema de salud pública y ha instado a los gobiernos de la Región a establecer políticas y planes nacionales y a movilizar recursos para la prevención y control de la violencia. Asimismo, aprobó un Plan de Acción Regional sobre Violencia y Salud donde quedó reconocida su etiología multicausal y la necesidad de trabajar desde los gobiernos con la participación de todos los sectores de la sociedad, en la adopción de medidas preventivas que ayuden a combatir los factores de riesgos y disminuir la vulnerabilidad de las poblaciones más afectadas, entre ellas los segmentos juveniles (Guerrero, 1997). En el marco de la ejecución de ese plan se realizaron una serie de actividades entre las cuales cabe destacar las siguientes. En 1994 se convocó a la Primera Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud, foro que permitió conocer la importancia que estaba adquiriendo la violencia y la urgencia de tomar medidas para controlarla. En 1995 se realizó en Colombia un Taller sobre Vigilancia Epidemiológica de Homicidios y Suicidios y de acuerdo a las recomendaciones de allí emanadas algunas ciudades latinoamericanas comenzaron a montar un sistema de vigilancia epidemiológica para hechos violentos, entre ellas Caracas mediante un proyecto financiado por el CONICIT. En ese mismo año se organizó en Caracas, con el apoyo del BID, un Taller sobre los Costos de la Violencia, donde se discutieron las formas de medir los diferentes componentes del costo de la violencia. En 1996 la OPS llevó adelante el Estudio Multicéntrico ACTIVA sobre actitudes y normas culturales acerca de la violencia a partir de una encuesta levantada en ocho ciudades latinoamericanas (Salvador de Bahía, Cali, Caracas¹¹, Madrid, Río de Janeiro, San José, San Salvador y Santiago de Chile). Los resultados de esa investigación revelaron, por una parte, que las tendencias de la victimización muestran cierta similitud con las tasas de homicidios de las ciudades para las cuales se tiene información y, por otra, que las personas más jóvenes (de 18 a 25 años) constituyen el grupo más victimizado a causa de la violencia (Cruz, 1999).

En 1996 la Asamblea Mundial de Salud procedió igualmente a declarar la violencia como un problema de salud pública fundamental y creciente en todo el mundo, y pidió a los Estados Miembros que consideraran la urgencia de dicho problema. En el 2002 la OMS dio a conocer el primer Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, uno de cuyos capítulos está dedicado a la violencia juvenil (Krug et al, 2003). Allí se hace una importante revisión de los factores de riesgo de la violencia en edades jóvenes que se han identificado a partir de numerosas investigaciones. Del mismo modo se aportan recomendaciones importantes para

¹¹ El Laboratorio de Ciencias Sociales (LACSO) fue la institución responsable de colaborar con la OPS para desarrollar esa investigación en Caracas.

la prevención de la violencia en los segmentos juveniles destacando aquellas prácticas que en algunos países han mostrado ciertos logros.

El problema de la violencia, como ya se ha dicho, se ha tornado también preocupante en los grupos de adolescentes y jóvenes en muchos países latinoamericanos. Las referencias disponibles han dado cuenta que, hasta los años 90, Venezuela mantuvo indicadores de la mortalidad juvenil 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 (CEPAL, 2004; Freitez y Romero, 2004).

Alrededor de 1990 en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, el porcentaje de defunciones de 15 a 24 años se situaba entre 2% y 6%. Porcentajes superiores, de 8% a 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 ya acusaban la agudización de la situación de violencia en Venezuela, al registrarse que esa fracción de las muertes juveniles se aproximaba al rango donde se ubicaban 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, pero que pueden considerarse todavía moderados si se compara, por ejemplo con el caso de España cuya tasa se limita a 49 por 100 mil (gráfico 9).

En algunos trabajos que antecedieron al de la CEPAL (2004) ya se llamaba la atención sobre los retrocesos que se daban en Venezuela con relación a la situación de la mortalidad juvenil y la contribución de las muertes por causas externas en ese proceso. Yunes y Zubarew (1999), en un estudio sobre la mortalidad en adolescentes y jóvenes por causas violentas en la región de las Américas, realizado con el auspicio de la OPS, constataron que, durante el período 1980-1997, las tasas de mortalidad entre la población de 10 a 24 años habían mostrado una tendencia decreciente en países como México, Uruguay y Chile, mientras que en los casos de Colombia, Brasil y Venezuela, se había registrado

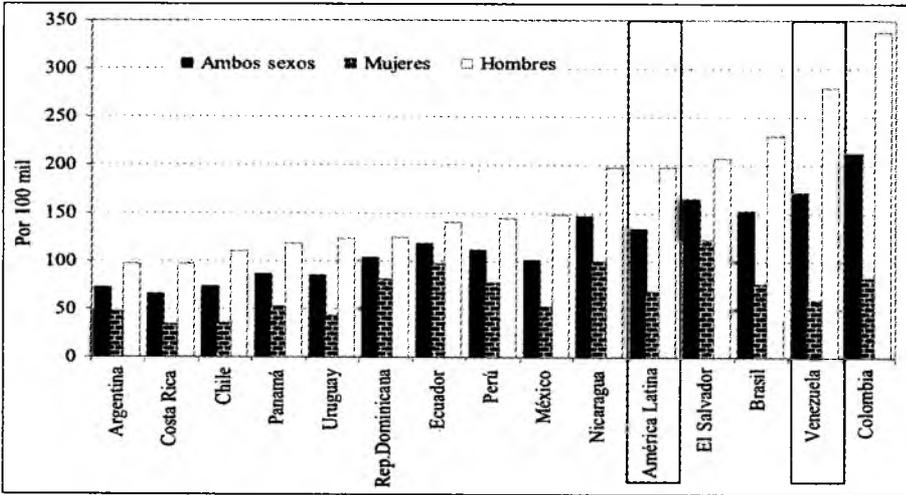
una evolución creciente¹² (Yunes y Zubarew, 1999). Venezuela (en tercera posición), junto a Colombia, El Salvador, Brasil y Puerto Rico, conformaban el grupo de países que registraban las más altas y crecientes (1980-1997) tasas de mortalidad juvenil masculina por causas violentas (mayores de 150 por 100 mil), mientras que las tasas menores (inferiores a 90 por 100 mil) eran observadas en Costa Rica, Chile, Uruguay y Canadá. Los países con tasas relativamente moderadas eran Argentina, México, Ecuador, Panamá, Estados Unidos y Cuba (Yunes y Zubarew, 1999).

De acuerdo con la investigación de Yunes y Zubarew los accidentes de tránsito aparecían como el principal determinante de la mortalidad por causas externas en la mayoría de los países de la región presentando una tendencia decreciente, mientras que por el contrario la mortalidad por homicidios estaba ganando importancia, particularmente en el grupo de 20 a 24 años donde el fenómeno ha conocido mayor intensidad. En 10 de los 16 países estudiados se verificaba una tendencia creciente en la tasa de mortalidad por homicidio en todos los grupos de edad de 10 a 24 años. Venezuela se situaba, junto con Colombia y Brasil, entre los países que registraban las más altas tasas de homicidio entre los hombres de 15 a 24 años. En cuanto a las tasas de mortalidad por suicidios Venezuela compartía, a mediados de los '90, con Argentina, Costa Rica, Chile y Colombia niveles entre 8 y 12 (por 100 mil) (Yunes y Zubarew, 1999).

Las referencias más recientes que nos aporta el trabajo de la CEPAL (2004) contribuyen a reconfirmar el predominio abrumador de las defunciones masculinas en el caso de las muertes violentas, donde los jóvenes fallecidos aportan casi el 86% del total de las muertes de 15 a 24 años que se registraron en la región alrededor del año 2000. Venezuela es el país donde esa proporción favorece todavía un poco más a los hombres (91%). En cuanto a las muertes por homicidios el sesgo en la distribución por sexo en el conjunto de la región se inclina aun más hacia los varones (92%). Alrededor de ese promedio regional o ligeramente por encima se ubican Brasil, Chile, Venezuela y Panamá. En cuanto a la distribución por sexo de las muertes juveniles ocasionadas por accidentes de todo tipo se constata que, según el promedio regional, el 80% corresponde a los hombres y 20% a las mujeres. Brechas de ese orden se observan en Colombia, Brasil y Venezuela, mientras que en Ecuador y El Salvador se reducen ligeramente (gráfico 9).

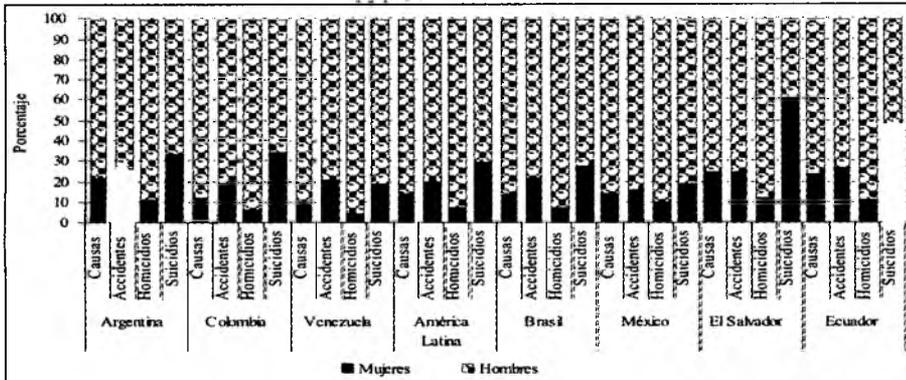
¹² En el caso de Venezuela Yunes y Zubarew verificaron, al igual que se hace en este estudio, primero una evolución decreciente de la mortalidad juvenil (15 a 24 años) entre los años 1980 y 1988 y, seguidamente, una variación en alza hasta 1994.

Gráfico 8. América Latina (países seleccionados). Tasas de mortalidad de 15 a 24 años según sexo. Alrededor año 2000.



Fuente: CEPAL, 2004, cuadro IV.1.

Gráfico 9. América Latina (países seleccionados). Distribución porcentual de las defunciones de 15 a 24 años por sexo según tipos de causas de muerte externa. Alrededor año 2000.



Fuente: CEPAL, 2004, cuadro IV.3.

Esa concentración de las defunciones masculinas resulta bastante menor en el caso de los suicidios, cuyo peso promedio en la región está en el orden del 70%, aunque la amplitud de las brechas de género por países tienden a ser bastante dispares. En Chile, Uruguay, Venezuela, México y República Dominicana, por cada muerte femenina en edades jóvenes a causa de suicidio se producen

de 3 a 4 defunciones masculinas, mientras que hay países que se encaminan a una relación casi paritaria, como en Ecuador, Perú y Nicaragua. Muñón y Bobadilla argumentan en su estudio sobre el suicidio en México, que esas brechas se relacionan con las dificultades que tienen los hombres para enfrentar situaciones de fracaso, tristeza y otras similares por la condición de masculinidad dominante en la cultura (Tuñón y Bobadilla, 2005).

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, en el caso de los hombres, los riesgos de morir por homicidios 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 mostrar incrementos superiores al 50% y en el orden de 20% con relación a los accidentes de todo tipo.

La alta mortalidad por causas violentas entre los segmentos juveniles de la población de Venezuela es un problema que también confrontan otros países de la región latinoamericana, como Colombia y Brasil por mencionar dos casos donde el fenómeno se ha sentido con más intensidad. Pero vale destacar que, a diferencia de nuestro país, en el caso de Colombia, los riesgos de morir en edades jóvenes están ligados, en gran parte, a la situación de guerra civil que allí se vive desde hace varias décadas; y, en Brasil, ha habido una intervención más decidida desde las políticas públicas, con la participación de diferentes sectores de la sociedad, para mejorar las condiciones de vida de esa población y enfrentar algunos factores de riesgo que posibilitan los hechos de violencia, con lo cual el nivel de la mortalidad por causas violentas de los jóvenes brasileiros ha caído por debajo de la que registran los venezolanos.

En el contexto de la cooperación internacional se han hecho esfuerzos importantes para colocar en las agendas de los países el tema de la violencia y compartir experiencias que ayuden a mejorar la cuantificación y dimensionamiento de la morbimortalidad por hechos violentos, a los fines de identificar sus factores determinantes y fundamentar la formulación de las políticas públicas que se requieren para su prevención.

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. Reducir, por ejemplo, las elevadas tasas de homicidio presentadas en este estudio no es una tarea fácil, por el contrario, es un reto impostergable que amerita de un abordaje multidisciplinario e intersectorial. 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 intervención gubernamental en el ámbito económico y social.

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. Igualmente, cada vez se está demandando mayor participación de las comunidades en la resolución de sus problemas y, a tales efectos, se están abriendo mayores canales para que la misma tenga curso; sin embargo, urge que las instituciones del Estado asuman con mayor eficiencia las responsabilidades que les conciernen para garantizar los derechos fundamentales de las y los jóvenes venezolanos, entre ellos el derecho a la vida (UNFPA, 2003).

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. En ese sentido, es necesario realizar trabajos donde se estudien los efectos de la situación económica y social en periodos 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. 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. 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. 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.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bigio, Victoria (2005), "Organizaciones y movimientos juveniles en Caracas: Estudio de Caso en Venezuela", *Revista Electrónica Latinoamericana de Estudios sobre Juventud*, Año 1, No. 2, pp.240-286.
- Briceño-León, R. (2002), "La nueva violencia urbana de América Latina", *Sociologías*, Año 4, No. 8, pp. 34-51, Porto Alegre.

- Briceño-León, R y Zubillaga, V. (2001), "Dimensiones y construcciones de la violencia en América Latina", *Acta Científica Venezolana*, 52: 170-177.
- CEPAL-OIJ (2004), *La Juventud Iberoamericana. Tendencias y urgencias*, <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, 3 al 7 de abril de 2000 (LC/L.1339), 232 p., México, D. F.
- Cruz, J. (1999), "La victimización por violencia urbana: niveles y factores asociados en ciudades seleccionadas de América Latina y España", *OPS. Investigaciones en Salud Pública. Proyecto ACTIVA Documentos Técnicos*, 20 pp 259-267, www.scielosp.org/pdf/rpsp/v5n4-5/v5n4a5.pdf visitado el _18/12/2007
- Duro, E. (2004), *Adolescencia y políticas públicas. De la invisibilidad a la necesaria centralidad*, UNICEF, 21 p. http://www.unicef.org/argentina/spanish/Adolescencias_y_politicas_publicas.pdf visitado el: 14-11-2007.
- España, L. (2006), "La política de inclusión social", *Acuerdo Social, Venezuela: Un acuerdo para alcanzar el desarrollo*, Cap. 2, pp.77-128.
- Freitez, A. (2008), "¿Se excluye a las adolescentes de la transición de la fecundidad en Venezuela", *Cambio demográfico en Venezuela: Oportunidades y retos para las políticas públicas*, A. Freitez (coordinadora), III Encuentro Nacional de Demógrafos y Estudiosos de la Población, AVEPO.
- (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.
- 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", OPS/OMS, *Taller de Prevención de Violencia de los Adolescentes y las Pandillas (Ma-*

ras) *Juveniles*, San Salvador, 7 al 9 de mayo de 1997, http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/ca-accion_violencia.pdf, visitado el 14 / 12/ 2007

Herrera, M. y España, L. (2006), "Educación para superar la pobreza y alcanzar la equidad", *Acuerdo Social, Venezuela: Un acuerdo para alcanzar el desarrollo*, Cap.3, pp. 139-170.

Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. y Lozano, R. (2003), "Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud", *Publicación Científica y Técnica* No. 588, 374 p, Organización Mundial de la Salud-OMS.

Lacruz, T. (2006), "Balance Sociopolítico: Ciudadanía Social Inacabada", *Balance y Perspectivas de la Política Social en Venezuela*, T. Maingon (coordinadora), 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 No. 37404 de fecha 14 de marzo de 2002.

Ministerio de la Familia (1995), *La Juventud Venezolana. Informe General*, 164 p. Caracas.

Ministerio de Sanidad y Asistencia Social-MSAS (varios años), *Anuario de Epidemiología y Estadística Vital*.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social-MSDS, (2003a), *Lineamientos Estratégicos para la Promoción y el Desarrollo de la Salud Integral de los y las Adolescentes de Venezuela*, Tomo 1.

— (2003b), *Reglamento Técnico Administrativo para la Promoción y el Desarrollo de la Salud Integral de los y las Adolescentes de Venezuela*, Tomo 2.

— *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*, 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", *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 periodo de sesiones, A/60/133, 23 p.

- Ortega, D. y Martínez, I. (2005), "Morfología del desempleo en Venezuela", *Cambio demográfico y desigualdad social en Venezuela al inicio del tercer milenio*, A. Freitez et al, AVEPO, pp. 359-377.
- Organización Panamericana de la Salud (2006), *Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela*, Caracas, 162 p.
- Rodríguez, E. (2006), "Política Social Actual: Una Visión desde el Gobierno", *Balance y Perspectivas de la Política Social en Venezuela*, T. Maingon (coordinadora) CENDES-ILDIS-UNFPA, pp. 270-290.
- Serfaty, E., Foglia, L., Masaútis, A. y Negri, G. (2003), *Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años. Argentina 1991-2000*, <http://www.epidemiologia.anm.edu.ar/investigacion/mortalidad/mortalidad.htm> visitado el 12-02-2004.
- Tuñón, E. y Bobadilla, D. (2005), "Mortalidad en varones jóvenes de México", *Estudios Sociales*, Universidad de Sonora-México, año/vol. XIII, No- 26, pp. 68-84.
- UNFPA (2003), *El Estado de la Población Mundial 2003*, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 84 p, Nueva York.
- 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 Epidemiologia*, Oficina Panamericana de la Salud, Vol. 1, No. 3, pp.102-171, http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X1999000200002&script=sci_arttext visitado el: 12-02-2004.

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.mil) 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

Fuente: 1980-1996: MSAS. Anuario de Epidemiología y Estadística Vital; 1997-2005: 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 según grupos de edad y sexo. 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: Anexo 1. Cálculos propios.

ANEXO 4

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

<i>Diagnósticos agrupados</i>	<i>CIE 9</i>	<i>CIE 10</i>
<p><i>Accidentes de tránsito:</i> Comprende accidentes de tránsito terrestre, acuático y aéreo. <i>Otros accidentes:</i> 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.</p>	<p>E800-E899 E900-E909</p>	<p>V01-V99 W00-W99 X00-X59</p>
<p><i>Homicidio:</i> 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.</p>	<p>E960-E969</p>	<p>X85-Y09</p>
<p><i>Suicidio:</i> comprende envenenamiento intencional autoinfligido por drogas, medicamentos, sustancias biológicas, alcohol, vapores, objetos cortantes o armas. Incluye todas las formas de suicidio.</p>	<p>E950-E959</p>	<p>X60-X84</p>

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. Periodo: 1990-2006

Tipos 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	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																			
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	65,7	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; 1997-2005: 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

<i>B</i>	<i>Error standard</i>	<i>p</i>	<i>R²</i>	<i>B</i>	<i>Error standard</i>	<i>p</i>	<i>R²</i>
<i>Hombres</i>				<i>Mujeres</i>			
8,15	0,97	0,0000	0,83	-0,23	0,11	0,0585	0,22
4,61	0,70	0,0000	0,74	-0,34	0,08	0,0010	0,52
11,53	1,37	0,0000	0,83	-0,03	0,15	0,8361	0,00
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

<i>Grupos de causas de muerte</i>	<i>Error</i>				<i>Error</i>			
	<i>B</i>	<i>standard</i>	<i>p</i>	<i>R2</i>	<i>B</i>	<i>standard</i>	<i>p</i>	<i>R2</i>
	<i>Hombres</i>				<i>Mujeres</i>			
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