

# MORTALIDAD ADOLESCENTE POR HOMICIDIO. ARGENTINA Y PROVINCIA DE BUENOS AIRES<sup>12</sup>

Edith A. Pantelides<sup>3</sup>, Julián Govea<sup>4</sup>, Magali Gaudio<sup>5</sup> y Matías Bruno<sup>6</sup>

## Resumen

La mortalidad en la adolescencia es un tema poco estudiado, posiblemente porque es la más baja del curso de vida. Sin embargo, hay una característica que la hace de sumo interés: una alta proporción de las muertes de adolescentes (en la Argentina la mitad de ellas) se deben a causas externas (accidentes, homicidios y suicidios). La mayoría de estas muertes, además, son evitables.

Se propone un análisis de la información disponible en las estadísticas vitales y en los registros de egresos hospitalarios para caracterizar la mortalidad adolescente por causas externas, con foco en las causadas por homicidios. La literatura es escasa, y no sólo en lo que respecta a la Argentina, y mucha de la existente se interesa en los adolescentes como perpetradores y no como víctimas.

Luego de examinar las cifras del total del país por jurisdicción, incluida la tendencia reciente de mortalidad por las causas mencionadas, el análisis se centra en la provincia de Buenos Aires, por ser la que tiene un mayor número de muertes de adolescentes por causas externas.

La mortalidad por homicidio en particular es analizada por edad, sexo, lugar de residencia y de ocurrencia y mecanismo interviniente. También se estudia la morbilidad por agresiones (intento de homicidio). El trabajo incluye un somero análisis de la calidad de las estadísticas utilizadas.

## Introducción

Las tasas de mortalidad durante la adolescencia son generalmente las más bajas de todo el curso de vida de los seres humanos. Eso también sucede en la Argentina, donde fallecen anualmente unas 3500 personas de edades comprendidas entre los 10 y los 19 años, lo que se traduce en una tasa de alrededor de 5 defunciones cada 10000 habitantes de esas edades. La mayoría de las muertes ocurre después de los 13 años y con preponderancia de las de sexo masculino. En el año 2011 ocurrieron en todo el país 3834 muertes de personas entre 10 y 19 años, de ellas algo más de un tercio del total (1315) en la provincia de Buenos Aires, la más poblada del país.

---

<sup>1</sup> Trabajo presentado en el VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en Lima- Perú, del 12 al 15 de agosto de 2014.

<sup>2</sup> La investigación en que se basa este trabajo fue realizada gracias a una beca Carrillo-Oñativia de Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación. Se agradecen también los aportes de Rosa Geldstein a la investigación.

<sup>3</sup> Centro de Estudios de Población- CENEP. [eap@cenep.org.ar](mailto:eap@cenep.org.ar)

<sup>4</sup> Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, Ministerio de Salud de la Nación. [jgovea@sps.gov.ar](mailto:jgovea@sps.gov.ar)

<sup>5</sup> Centro de Estudios de Población- CENEP. [mgaudio@cenep.org.ar](mailto:mgaudio@cenep.org.ar)

<sup>6</sup> Centro de Estudios de Población- CENEP. [matiasb@cenep.org.ar](mailto:matiasb@cenep.org.ar)

Si bien la mortalidad adolescente es baja en comparación con la de otros grupos de edad, en esas edades las muertes por causas externas cobran particular importancia. Según la última información disponible, correspondiente al año 2011, en la Argentina dichas causas dan cuenta de algo menos de la mitad del total de defunciones de mujeres y de algo más de dos tercios de las de los varones (DEIS, 2012). Y, de la mayor importancia, se trata de muertes que podrían en gran parte haberse evitado. Para tratar de evitar esas muertes es necesario conocer mejor las circunstancias que las rodean, y las causas que pueden atribuírseles.

### **Marco teórico y revisión de la literatura**

La mortalidad que constituye el objeto de esta investigación es denominada mortalidad por causas externas o por violencia. El concepto de violencia parece fácil de definir. Sin embargo no lo es. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) elaboró la siguiente definición: “Es la imposición interhumana de un grado significativo de dolor y sufrimiento evitable” (OPS, 1993b citado en Spinelli y otros, 2005). Esta definición excluiría a los suicidios como muertes violentas (y también excluiría a parte de los accidentes en los que no se da una imposición interhumana). Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (WHO, 2003 citado en Spinelli, y otros 2005). Esta definición incluye a los suicidios pero, al invocar la intencionalidad excluye a una categoría de homicidios que podrían llamarse “accidentales”, por ejemplo los que resultan de manipulación de armas de fuego “para jugar” o “para ver cómo es”. Como dice Franco (1989) también citado en el trabajo de Spinelli y otros, (2005) algunos de los aspectos que dificultan definir la violencia, son aquellos que impiden reducirla a un carácter unívoco, por ejemplo, si se trata de un hecho voluntario o involuntario; el uso en función del ataque o la defensa, si es individual o colectiva y la singularidad o pluralidad de la misma, es decir ¿violencia o violencias?

La violencia, y por tanto la mortalidad por ella causada, tiene múltiples causas y condiciones predisponentes. Spinelli y colaboradores mencionan diferentes situaciones "que si bien corresponden a distintos niveles de análisis conforman la red explicativa del problema: su carácter estructural (desigualdad y exclusión), el alcoholismo, el consumo de tóxicos permitidos y prohibidos, ciertas formas de urbanización, ciertos mensajes de los medios de comunicación social; el estímulo a estilos de vida donde la agresividad se relaciona al éxito; la industria del crimen y ciertas dimensiones de los procesos subjetivos" (2005:9).

En esta ponencia nos interesaron los homicidios cuando la víctima es un adolescente. La literatura sobre los homicidios en la población adolescente no es abundante y en ella los adolescentes suelen aparecer como perpetradores. El marco teórico implícito o explícito que adoptan la mayoría de los trabajos es el de factores de riesgo: características del contexto (social, familiar) o de los individuos que hacen más probable que éstos sean víctimas de un homicidio. Los trabajos son sobre todo verificaciones empíricas de relaciones entre variables (factores de riesgo) que fueron a su vez probadas en experiencias anteriores por otros o los mismos autores o que son dictadas por el “sentido común”. En la revisión de la literatura que sigue rescataremos aquellos elementos que dan sustento a la elección de las dimensiones y variables que fueron exploradas en nuestro estudio.

Entre las investigaciones más pertinentes a nuestro objeto de estudio se puede mencionar la llevada a cabo en Recife, Brasil (Falbo, Buzetti y Cattaneo, 2001) entre población menor de 20 años. En esa investigación se encontró que los factores de riesgo significativamente

asociados a ser víctima de un homicidio en la adolescencia fueron: antecedentes policiales, uso de drogas ilegales, agua corriente en la vivienda y edad materna al nacimiento superior a los 26 años. Factores protectores fueron alto nivel de educación, práctica religiosa y presencia del padre en el hogar.

También en Brasil, Sant' Anna y Marques Lopes (2002) realizaron un estudio entre adolescentes en Porto Alegre. Los datos muestran que los varones son más vulnerables a ser víctimas de homicidio que las mujeres. Las explicaciones más frecuentes dadas por los familiares de las víctimas sobre las causas de los homicidios fueron: “sin sentido” (en peleas en fiestas o el vecindario, por ejemplo), venganza, estar implicado en drogas, haber participado en robos y haber sido víctimas “por saber demasiado”. En los pocos casos de víctimas mujeres, éstas consumían drogas pero además tenían lazos afectivos con sus victimarios. Las autoras indican que los homicidios están basados en el poder y los símbolos de status que caracterizan a una cierta masculinidad.

Un dato perturbador en relación a las víctimas de homicidios se refiere al estado de Maryland, Estados Unidos de Norteamérica. Allí las adolescentes embarazadas o en período post parto tenían una probabilidad 3 veces mayor de ser víctimas de homicidio que las adolescentes no embarazadas (Krulwicz, Roberts y Thompson, 2003). Si bien se ha dicho que las mujeres embarazadas tienen una mayor probabilidad de sufrir violencia, los datos no siempre apoyaban esta afirmación.

Respecto al tema en la Argentina hemos encontrado sólo dos trabajos, el ya citado de Spinelli y otros (2005) y uno de Serfaty y otros (sin fecha de edición).

### **Mortalidad adolescente por causas externas. Niveles, tendencia y características (2000-2011)**

Esta sección trata sobre la mortalidad de adolescentes por causas externas ocurrida en el país durante el período 2000-2011, con referencia principalmente a la situación de la Provincia de Buenos Aires, la jurisdicción más poblada, donde reside casi el 40% del total de la población del país y el 37% de la población del grupo que cuenta entre 10 a 19 años.

#### *Fuentes de datos*

Se utilizan dos fuentes de datos provenientes de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación: el registro de defunciones y el de egresos hospitalarios del subsector oficial. El registro de defunciones forma parte del Subsistema de Estadísticas Vitales, del Sistema Estadístico de Salud (SES) junto con el registro de nacimientos, defunciones fetales y matrimonios. Comprende la inscripción de cada defunción que se produce en el país mediante dos instrumentos, el Certificado de Defunción, que tiene como objetivo el registro del hecho con fines legales y el Informe Estadístico de Defunción (IED), que tiene fines estadísticos. Es en base a procesamientos especiales de la información contenida en el IED que se elabora la información que aquí se presenta. En el caso de las defunciones, los informes estadísticos registran tanto datos de la defunción, entre estos su causa, como datos del fallecido. En el caso de menores de 14 años también se registran algunas características sociodemográficas de la madre y el padre.

Los egresos hospitalarios del sector oficial comprenden todos los casos de salida de un hospital público de un paciente que ha estado internado, cualquiera sea el motivo de dicho egreso. Para detectar al conjunto de internados por motivo de una agresión se considera la

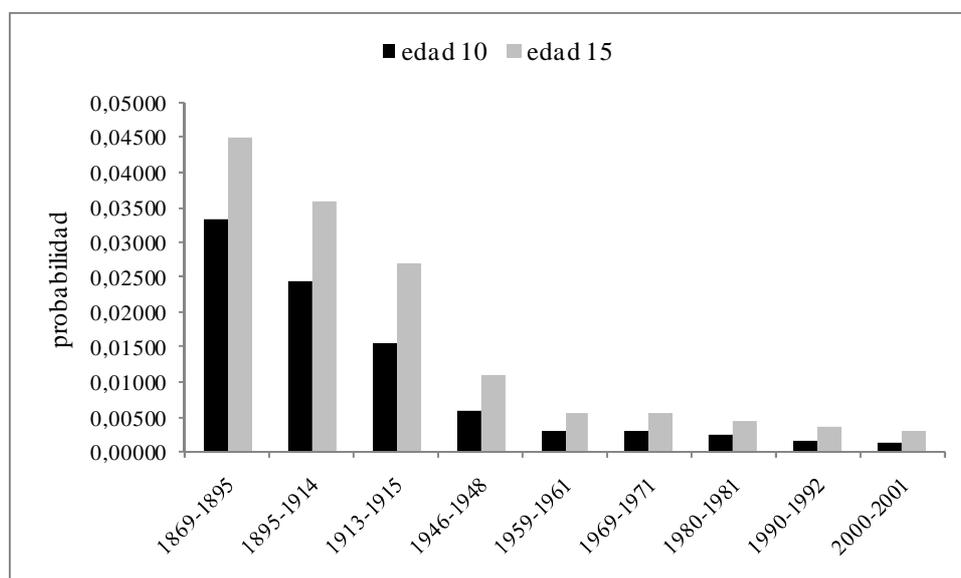
afección diagnosticada como la causa primaria de la necesidad del tratamiento “diagnóstico principal al egreso”, o el problema más importante detectado, en caso de ausencia de diagnóstico.

### *Evolución y situación actual*

En correspondencia con la evolución de la mortalidad general, la tendencia de la mortalidad en la adolescencia durante el siglo pasado muestra importantes y sucesivos descensos hasta mediados del siglo XX. Lattes (1975:40) destaca la baja de la mortalidad producida a principios de dicho siglo, asociada principalmente al desarrollo económico y social que experimentara para entonces el país. Tal como señala Pantelides al analizar el patrón de la declinación de la mortalidad por edad (1983:5): “*los avances principales se dieron en las edades más jóvenes y fueron menos importantes en las edades más altas.*”

La esperanza de vida a la edad 0 (al nacimiento) se duplicó entre la primer estimación disponible (1869-1985) y la correspondiente a 1946-1948, pasando de 32 a 61 años (Somoza, 1971), concentrándose las mayores ganancias, como se señalara, en las edades más jóvenes. Respecto a la adolescencia, a partir de mediados del siglo pasado el ritmo de descenso de las probabilidades de morir se fue haciendo más lento a medida que tienden a 0, pero la tendencia descendente no se interrumpió (Gráfico 1).

Gráfico 1  
Probabilidad de morir en 5 años a partir de las edades exactas 10 y 15.  
Argentina. Años censales 1869-2001



Fuente: elaboración en base a DEIS, Base de datos de defunciones 2000-2011.

En el Gráfico 1, muestra la serie histórica que abarca desde finales del siglo XIX hasta comienzos del presente, en base a una medida derivada de las tablas de mortalidad: la probabilidad de morir en 5 años, a partir de las edades exactas 10 y 15. Se observa que la probabilidad de fallecer en el siguiente quinquenio es siempre mayor para la edad 15 que a los 10 años. Con el paso del tiempo la brecha entre ambos valores ha ido en aumento: la

diferencia relativa entre ambas probabilidades llega al 110% en el período 2000-2001 (Cuadro 1).

Cuadro 1  
Probabilidad de morir en cinco años,  
Variación porcentual: edad 15/ edad 10.  
Argentina. Años censales 1869-2001

Período	Variación porcentual edad 15 / edad 10
1869-1895	35,2
1895-1914	46,6
1913-1915	71,7
1946-1948	85,1
1959-1961	83,5
1969-1971	86,3
1980-1981	75,0
1990-1992	105,5
2000-2001	110,3

Fuente: elaboración en base a Grushka (2009).

Las muertes que ocurren entre los 10 y los 19 años son cerca del 1% del total de las registradas anualmente. En 2011 se contaron 3834 defunciones de adolescentes, 2657 de varones y 1174 de mujeres<sup>7</sup>; la tasa de mortalidad en la adolescencia fue de 5,6 por 10000 personas de entre 10 y 19 años. Se destaca un sensible incremento de este indicador con la edad, dentro del conjunto de la población adolescente, al pasar de 3,0 defunciones cada 10000 entre los 10 y 14 años, a 8,2 para las edades 15 a 19 años. Este hecho se asocia a la mayor intensidad que cobra la sobremortalidad masculina en el grupo 15 a 19.

#### *Causas de muerte en la adolescencia*

La estructura de la mortalidad por causa difiere entre varones y mujeres adolescentes (Cuadro 2), aunque en ambos casos predominan las causas externas, causas que en su mayor parte podrían evitarse.

Las causas externas se clasifican según su intencionalidad en “lesiones no intencionales” (accidentes), “suicidios”, “homicidios”, “intervenciones legales”, causas “no determinadas” y causas “no clasificables”<sup>8</sup>. La energía que ocasiona la lesión puede ser: mecánica, por ejemplo

---

<sup>8</sup> “Una lesión de causa externa es el daño físico que resulta cuando el cuerpo humano es sometido en forma súbita a niveles intolerables de energía. Esta puede ser una lesión corporal resultante de exposición aguda a energía en cantidades que exceden el umbral de tolerancia fisiológico, tal como el impacto por un disparo con un arma de fuego o por un vehículo a

el impacto con un objeto móvil (como un cuchillo o un auto) o estacionario (como una pared); radiante, como la exposición a una luz cegadora o la onda de choque de un artefacto explosivo; térmica, provocada por exposición a aire o agua muy caliente o muy fría, o química, como la exposición a venenos o sustancias como drogas o alcohol.

Cuadro 2. Distribución de las defunciones de adolescentes por grupos de causas seleccionadas y sexo. Argentina. 2011

Causa/Sexo	Ambos sexos	Varones	Mujeres
N	(3834)	(2657)	(1174)
Todas las causas	100,0	100,0	100,0
Causas externas	60,4	67,4	44,9
Tumores	8,7	7,7	11,1
Enfermedades del sistema nervioso central	5,3	4,8	6,6
Enfermedades del sistema respiratorio	5,3	4,6	6,9
Enfermedades del sistema circulatorio	4,6	4,3	5,3
Mal definidas y desconocidas	4,0	3,3	5,3
Ciertas enf infecciosas y parasitarias	3,0	2,6	3,8
Demás causas definidas	2,3	1,5	4,2
Malformaciones congénitas	2,5	2,0	3,5
Embarazo, parto y puerperio	1,0	0,0	3,4
Enf. endocrinas, nutricionales y metabólicas	1,3	0,8	2,6
Enfermedades del sistema urinario	0,8	0,6	1,1
Enfermedades del hígado	0,6	0,3	1,4

Fuente: elaboración en base a DEIS, Base de datos de defunciones 2011.

El peso de la mortalidad por causas externas en el conjunto de las defunciones varía mucho en las diferentes edades, cobrando mayor importancia durante la adolescencia y en las edades adultas jóvenes. Las registradas entre los adolescentes constituyen alrededor del 10% del total de defunciones que se producen motivadas por causas externas en el total de la población. Las causas externas fueron en 2011 responsables del 60% del total de defunciones de adolescentes en el país, y su participación crece al 67% en el caso de los varones, mientras que es del 45% entre las mujeres (Cuadro 2). Entre éstas cobran significación otras causas como los tumores y las enfermedades de los sistemas nervioso central, respiratorio y circulatorio. Debe destacarse asimismo entre las adolescentes, la existencia de defunciones ocasionados por causas asociadas al embarazo, al parto y al puerperio.

---

motor. Puede también haber problemas funcionales que resulten por la falta de uno o más elementos vitales (ej. agua, aire, calor) como lo que sucede en el ahogamiento, la estrangulación y el congelamiento. El tiempo entre la exposición a la energía y la aparición de la lesión es corto.”Causas externas de morbilidad y mortalidad, Capítulo XX de la *Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (CIE-10)*.

La distribución de la mortalidad por causas externas según sexo (Cuadro 3), muestra que si bien en ambos sexos predominan los accidentes, estos afectan en una proporción algo mayor a las mujeres. Los suicidios son más frecuentes entre las mujeres, mientras que entre los varones cobra mayor importancia la mortalidad por agresiones (homicidios).

Cuadro 3. Distribución de las defunciones de adolescentes por causas externas según intencionalidad y sexo.

Argentina. 2011

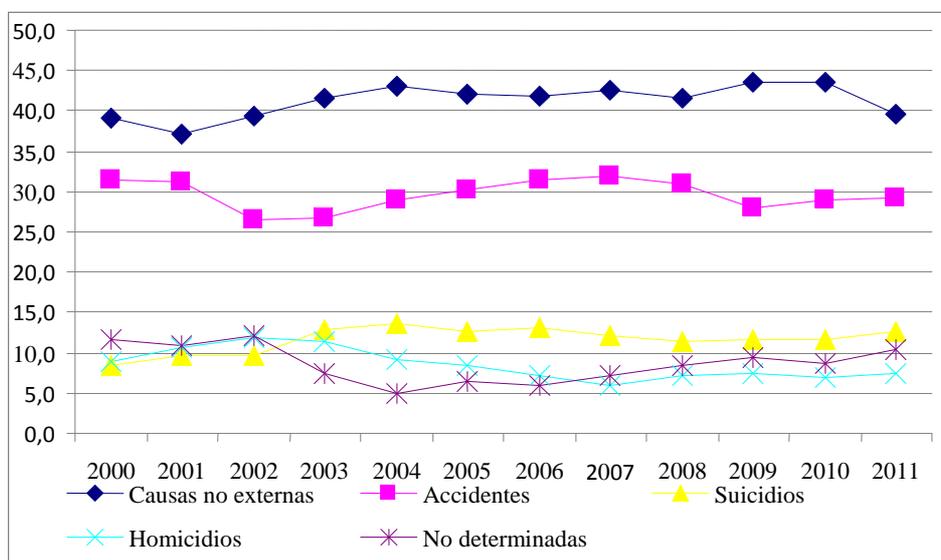
Intencionalidad	Ambos sexos	Varones	Mujeres
N	(2317)	(1790)	(517)
Total causas externas	100,0	100,0	100,0
No intencional (accidente)	48,3	47,3	51,6
Suicidio	20,8	18,7	28,3
Agresiones (homicidios)	12,5	13,9	7,6
No determinada	17,3	19,3	10,4
No clasificable	1,1	0,8	2,1

Fuente: elaboración en base a DEIS, Base de datos de defunciones 2011

Debe tenerse en cuenta el peso significativo de las defunciones para las que no se pudo determinar la causa, que incluso sobrepasa al de la mortalidad por homicidios. Como consecuencia la mortalidad debida a las causas conocidas está subestimada, y mayor será la subestimación cuanto mayor sea la proporción de defunciones cuya intencionalidad no sea determinada con precisión.

En el Gráfico 2 se puede ver la evolución entre 2000 y 2011 de las defunciones debidas a causas “no externas”, a los tres principales grupos de causas externas: accidentes, homicidios y suicidios, y a las causas no determinadas.

Gráfico 2  
Distribución de las defunciones de adolescentes por grupos de causas seleccionadas.  
Argentina.2000-2011



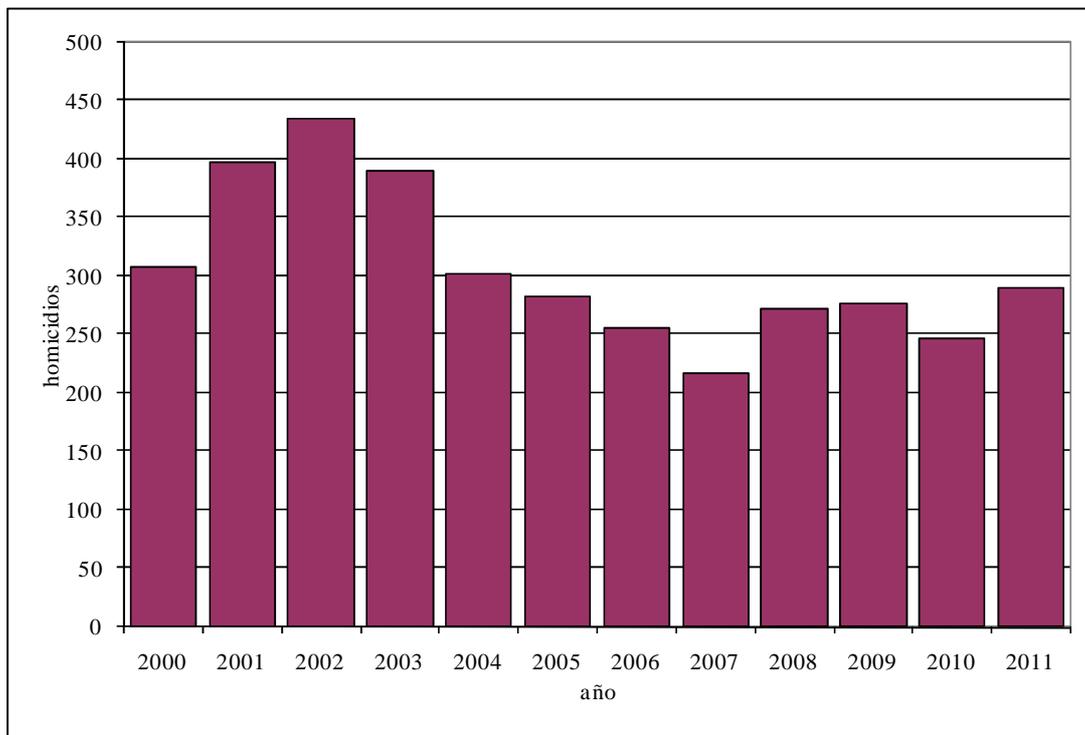
Fuente: elaboración en base a DEIS, Base de datos de defunciones 2000-2011

La distribución presentada no varía sustancialmente en los años analizados: los accidentes son la causa predominante entre las externas. Mientras las defunciones por suicidios y homicidios tenían en el año 2000 la misma incidencia (9% del total de casos), la proporción de homicidios ha disminuido luego de dos años de suba, a la vez que la de suicidios ha ido en aumento. Sin embargo, la diferencia en la participación de cada una de estas causas en el total de defunciones de adolescentes es a la postre muy poca.

### Mortalidad adolescente por homicidios

Durante el período 2000-2011 se registraron en el país 3666 homicidios de adolescentes. La cifra anual ha sufrido significativas variaciones durante el período considerado, de las 308 defunciones registradas en el año 2000, se pasa al máximo de 434 en 2002. Luego el número descendió consecutivamente hasta el año 2007 cuando se registrara la cifra menor, 217 homicidios. En los años 2008 y 2009 la cifra experimentó un repunte, revertido en el 2010, con 246 casos. Finalmente en 2011 se registraron 289 casos (Gráfico 3).

Gráfico 3  
Homicidios de adolescentes.  
Argentina.2000-2011

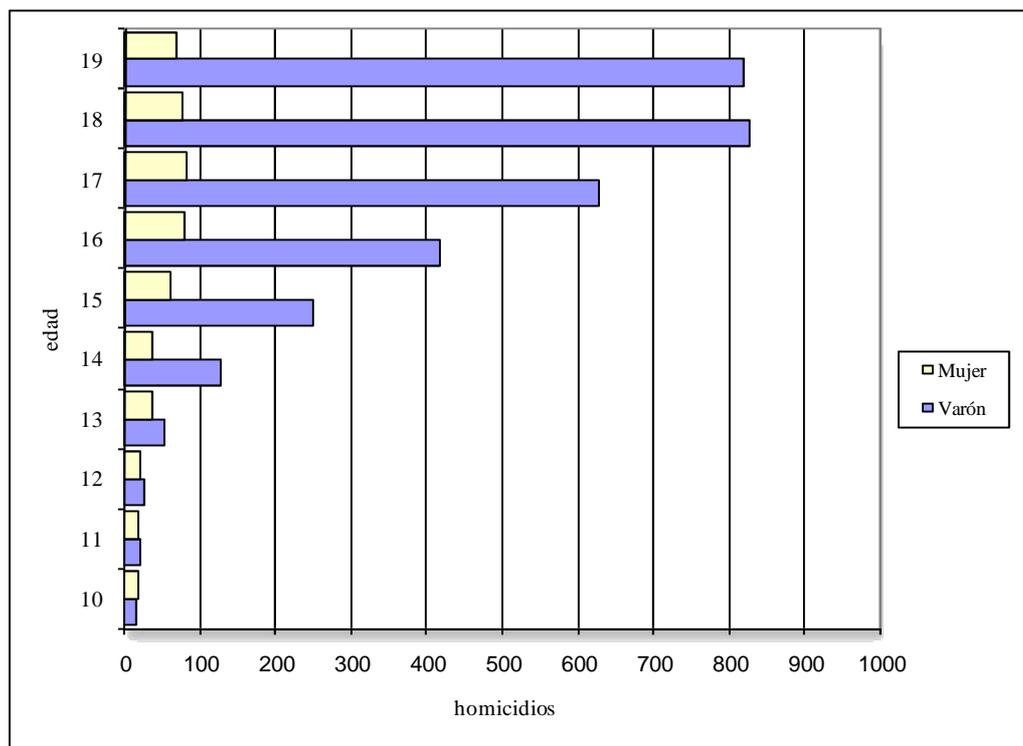


Fuente: elaboración en base a DEIS, Base de datos de defunciones 2000-2011.

Hubo 3169 muertes de varones y 494 de mujeres<sup>9</sup>, 6,4 muertes masculinas por cada femenina. El Gráfico 4 permite observar un sensible incremento de la relación de masculinidad de los homicidios a partir de los 14 años: a esa edad ya se registran 3 defunciones de varones por cada caso femenino; a la edad 19 la relación es de 12 a 1. Esta mayor propensión de los varones a ser víctimas de violencia física se ha registrado también en otros contextos geográficos y étnicos y en todos los grupos de edad (Warley, 2009; Swart y Seedat, 2010).

<sup>9</sup> También 3 de sexo desconocido.

Gráfico 4  
Homicidios de adolescentes por edad y sexo  
Argentina. 2000- 2011



Fuente: elaboración en base a DEIS, Base de datos de defunciones 2000-2011.

#### *Diferencias provinciales en la mortalidad adolescente por homicidios*

En el Cuadro 4 se presentan las tasas de mortalidad trienales por homicidios para el total de país y por jurisdicción, para los doce años estudiados, clasificados en cuatro períodos: 2000/2002, 2003/2005, 2006/2008 y 2009/2011. Las tasas de mortalidad por homicidios se presentan por cada 100000 personas para hacerlas más legibles debido a su escasa magnitud.

A nivel nacional la tasa promedio del primer trienio se ubica en 5,6 defunciones por homicidios cada 100000 adolescentes, cae en los dos trienios siguientes (asumiendo valores de 4,8 y 3,6), pero se eleva levemente en el período final, a 3,9 por cada 10000.

Se desprende de las series presentadas que si bien Buenos Aires es la provincia con mayor ocurrencia de casos de homicidios (se totalizan en el período considerado, 1558 muertos por agresiones, 42,5 % del total), no es la jurisdicción con el nivel de mortalidad por homicidios de adolescentes más elevado. Así, entre 2000 y 2002, las tasas más altas correspondieron a Chaco, Mendoza y Chubut. Buenos Aires, con un registro de 7,2 por 100000 habitantes de 10-19 años, tuvo el cuarto valor más alto. En los trienios 2003/2005, 2006/2008 y 2009/2011 Chubut y Mendoza (en ese orden) vuelven a destacarse sobre el resto de las jurisdicciones por presentar las tasas más altas. El valor correspondiente a Buenos Aires registra una evolución similar al nacional, porque sobre determina el valor nacional al ser la jurisdicción donde se registran más casos, aunque la tasa resulta en todos los trienios un poco más elevada que la del país.

Cuadro 4  
Tasa promedio trienal de mortalidad adolescente por homicidios (cada 100000 personas de 10 a 19 años), según jurisdicción de residencia.  
Argentina. 2000-2011

	2000/2002	2003/2005	2006/2008	2009/2011
<b>Total del país</b>	5,6	4,8	3,6	<b>3,9</b>
CABA	5,6	4,1	3,2	<b>1,3</b>
Buenos Aires	7,2	5,6	4,0	4,4
Catamarca	<b>1,0</b>	<b>0,5</b>	<b>1,3</b>	<b>0,8</b>
Córdoba	2,5	1,9	1,0	1,1
Corrientes	4,6	4,1	<b>2,1</b>	3,1
Chaco	10,3	6,0	6,0	5,0
Chubut	7,5	12,0	8,1	9,5
Entre Ríos	<b>2,4</b>	3,9	3,0	4,1
Formosa	6,4	4,8	<b>3,5</b>	4,4
Jujuy	<b>0,8</b>	<b>1,2</b>	<b>2,6</b>	<b>1,7</b>
La Pampa	<b>3,5</b>	<b>2,9</b>	<b>1,7</b>	<b>4,7</b>
La Rioja	<b>0,0</b>	<b>1,6</b>	<b>1,9</b>	<b>0,9</b>
Mendoza	9,8	8,5	7,1	7,8
Misiones	4,5	6,1	4,7	5,0
Neuquén	5,6	<b>4,5</b>	<b>4,4</b>	7,4
Río Negro	<b>3,8</b>	4,9	<b>2,4</b>	5,6
Salta	2,5	2,5	2,6	3,2
San Juan	5,1	<b>2,2</b>	<b>2,6</b>	<b>1,8</b>
San Luis	<b>3,6</b>	<b>4,0</b>	<b>3,3</b>	<b>1,6</b>
Santa Cruz	<b>4,0</b>	<b>1,6</b>	<b>2,3</b>	<b>2,3</b>
Santa Fe	6,5	6,5	3,9	4,5
Stgo. del Estero	<b>2,2</b>	<b>0,7</b>	<b>2,3</b>	<b>2,3</b>
Tucumán	<b>1,8</b>	3,4	3,7	4,4
Tierra del Fuego	<b>4,1</b>	<b>0,0</b>	<b>1,3</b>	<b>2,6</b>
Otros países	-	-	-	-
Lugar no especificado	-	-	-	-

Nota: las tasas en negrita tienen un coeficiente de variación superior al 25%

Fuente: elaboración en base a DEIS, Base de datos de defunciones 2000-2011

El Cuadro 5 presenta los casos y las tasas de mortalidad por homicidios, en el interior de la Provincia de Buenos Aires. Para esto, se han diferenciado los 24 Partidos del Aglomerado Gran Buenos Aires del resto de la provincia, en primer lugar, y a su vez se han agrupado dichos 24 Partidos según pertenencia al primer o segundo cordón de partidos bonaerenses que

rodean a la Capital Federal. El Partido de la Matanza, que integra en parte ambos cordones del GBA se considera en forma separada<sup>10</sup>.

Cuadro 5

Tasa promedio trienal de mortalidad adolescente por homicidio (cada 100000 personas de 10 a 19 años), según lugar de residencia. Provincia de Buenos Aires. 2000-2011

Período	2000/2002		2003/2005		2006/2008		2009/2011	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Total Provincia	533	7,3	407	5,7	291	4,0	327	4,5
24 Partidos del Aglomerado GBA	424	9,2	308	6,6	193	4,2	213	4,6
Partidos del 1er. Cordón*	192	13,7	120	8,6	65	4,8	65	4,9
Partidos del 2 do. Cordón**	165	6,5	147	5,7	99	3,8	96	3,6
La Matanza	67	9,9	41	6,1	29	4,3	52	7,6
Resto de la Provincia	92	3,5	78	2,9	81	3,0	102	3,8
Ignorado	17	-	21	-	17	-	12	-

Notas:

\* El primer cordón está integrado por los partidos de Avellaneda, Lanús, Lomas de Zamora, Morón, Tres de Febrero, San Martín, Vicente López y San Isidro

\*\* El segundo cordón está integrado por los partidos de Quilmes, Berazategui, Florencio Varela, Esteban Echeverría, Ezeiza, Moreno, Merlo, Malvinas Argentinas, Hurlingham, Ituzaingó, Tigre, San Fernando, José C. Paz, San Miguel y Almirante Brown

Fuente: elaboración en base a DEIS, Bases de datos de defunciones 2000-2011

Las tasas resultan sustancialmente más elevadas en los partidos que componen el GBA que en los del resto de la Provincia, aunque la brecha era mayor a comienzos de siglo que en los años más recientes. Algo similar ocurre en el interior del GBA, donde la tasa del primer cordón duplica a la del segundo cordón en el trienio 2000/2002, pero al final del período la diferencia entre ambas regiones resulta menor. En el último trienio, a diferencia de lo observado en los anteriores es en La Matanza donde la incidencia de la mortalidad adolescente por homicidios resulta más elevada. Justamente La Matanza es el distrito que registra la mayor cantidad de homicidios entre el 2000 y el 2011, 173, lo que equivale al 12% del total.

*Homicidios de adolescentes en la provincia de Buenos Aires: ¿cómo y dónde?*

¿Cómo y dónde se producen los hechos de agresión que finalizan con defunciones de adolescentes? El Cuadro 6 muestra que las calles o carreteras son el lugar más frecuente, con las viviendas en un lejano segundo lugar. Las armas de fuego son el mecanismo principal, comprendiendo a casi tres cuartas partes de los hechos; muy por debajo se ubican los objetos cortantes. Señalemos nuevamente la elevada proporción de casos en los que no se informa el

<sup>10</sup> Dentro del Conurbano Bonaerense habitualmente se distinguen cordones que son anillos sucesivos según su proximidad con la Ciudad de Buenos Aires. Esta clasificación supone una cierta homogeneidad socio económica dentro de cada cordón, siendo el primer cordón, más antiguo en establecerse, el que presentaría mejores indicadores. El Partido (departamento) de La Matanza tiene dos secciones con características disímiles y que geográficamente se superponen con los cordones y por ellos se lo trata por separado, aunque en general se trata de un área con bajos niveles de vida.

lugar del hecho: el 42% del total, proporción casi tal elevada como la que refiere a las muertes en calles o carreteras. Apenas el 15% de los asesinatos aparece cometido en viviendas particulares.

Cuadro 6

Distribución de los homicidios de adolescentes según lugar de ocurrencia del hecho y mecanismo interviniente. Provincia de Buenos Aires. 2000-2011

Mecanismo	Lugar					
	Total	Calle / carretera	Vivienda	Escuelas / otras instituciones / áreas administrativas	Otro especificado	No especificado
Total	100,0	42,7	14,8	0,3	0,3	41,9
Arma de fuego	71,9	31,3	10,3	0,1	0,2	30,0
Objeto cortante	12,3	5,4	2,1	0,1	0,0	4,7
Ahorcamiento / estrangulamiento / sofocación	2,2	0,5	0,7	-	0,1	1,0
Otro especificado	0,6	0,1	0,3	-	0,1	0,1
No especificado	13,0	5,3	1,5	0,1	-	6,2

Fuente: elaboración en base a DEIS, Bases de datos de defunciones 2000-2011

Con respecto al mecanismo interviniente en el hecho, la proporción de ignorados si bien importante resulta bastante menor (13%) por lo que resulta posible extraer conclusiones más precisas: cerca del 72% de los asesinatos de adolescentes que ocurren en la Provincia de Buenos Aires se perpetran con armas de fuego. La combinación entre armas de fuego y espacio público aparece entonces en primer lugar (31,3 %) a la hora de señalar cómo y dónde se producen los asesinatos de adolescentes en la mayor provincia del país. Aunque el análisis cualitativo no permite una generalización, acotemos que las entrevistas a familiares de adolescentes víctimas de homicidio que formó parte de esta misma investigación, mostró la presencia dominante de las armas de fuego, cuya posesión indudablemente incrementa la letalidad de la agresión.

Cuadro 7  
Distribución de los homicidios de adolescentes según mecanismo interviniente por sexo.  
Provincia de Buenos Aires. 2000-2011

Mecanismo	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	100,0	100,0	100,0
Arma de fuego	71,9	74,9	49,4
Objeto cortante	12,3	12,2	12,2
Ahorcamiento / estrangulamiento / sofocación	2,2	0,8	13,3
Otro especificado	0,6	0,4	2,2
No especificado	13,0	11,7	22,8

Fuente: elaboración en base a DEIS, Bases de datos de defunciones 2000-2011

Si se distinguen los mecanismos por sexo, se obtienen diferencias significativas. En efecto, aunque en ambos sexos predominan las muertes por armas de fuego, estas fueron usadas en el 75 % de las víctimas varones y en menos del 50% de las mujeres. Entre las mujeres aparecen los homicidios por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, que casi no se registran entre los varones. El homicidio por instrumentos cortantes afecta por igual a varones y mujeres (Cuadro 7).

#### *Morbilidad adolescente por agresiones*<sup>11</sup>

Por cada hecho en que un adolescente es asesinado se produce una cantidad mucho mayor de agresiones, cuyo número resulta difícil de precisar, debido a la ausencia de un registro unificado que de cuenta de estos hechos. Si la agresión reviste cierto grado de gravedad la víctima del hecho será atendida en una guardia, luego de lo cual podrá ser dado de alta o ser internado para su tratamiento. En este último caso, se cuenta con la información de egresos hospitalarios por causa, entendiéndose que el egreso a su vez puede deberse a una alta médica, al traslado a otro establecimiento para la continuación del tratamiento, o a la defunción del paciente.

El diagnóstico principal al egreso nos permite realizar una estimación de mínima, a partir del conteo de los casos de egresos por agresiones, de la cantidad de casos ocurridos en un año, hayan o no terminado en homicidio, pero con una salvedad importante: se trata únicamente de egresos de establecimientos oficiales, es decir no se cuenta con información de establecimientos privados ni sindicales, ni de casos de atención por guardia que no hayan derivado en un ingreso hospitalario.<sup>12</sup> Adicionalmente, cada año se reportan problemas de cobertura en algunas jurisdicciones.

<sup>11</sup> Esta sección fue realizada con datos del año 2009, último disponible al momento de redactar esta ponencia.

<sup>12</sup> Por otro lado, y dado que se cuentan egresos, -y no personas que egresan- en el conteo de egresos se podría sobrestimar algún caso entre los ocurridos, al contarse “nuevamente” el

En el año 2009 se registraron 1081 egresos de adolescentes de hospitales públicos bonaerenses por agresiones (la DEIS estimó la cobertura del registro en la provincia para este año en el 80%)<sup>13</sup>. De dicho total, 251 correspondieron a mujeres y 829 a varones. 222 casos se encuentran entre las edades 10 a 14, y 859 corresponden a las edades 15 a 19. Se repite, por lo tanto, el patrón observado entre los casos de defunciones: las víctimas son mayormente varones y se encuentran en las edades más avanzadas de la adolescencia. Con relación al lugar de ocurrencia de estos hechos, las calles vuelven a ser el mayoritario, pero se observa un cambio en los mecanismos involucrados (Cuadro 8).

Cuadro 8  
Distribución de los egresos de adolescentes de establecimiento del sector oficial con diagnóstico de agresión, según mecanismo interviniente.  
Provincia de Buenos Aires. 2009

<u>Total</u>	<u>1.081</u>
Golpe	34,2
Corte o perforación	21,3
Arma de fuego	18,0
Otros medios especificados	14,1
<u>No especificados</u>	<u>12,4</u>

Fuente: elaboración en base a DEIS, Base de datos de Egresos Hospitalarios 2009

Los golpes son esta vez el mecanismo predominante, quedando los casos de armas de fuego en tercer término. El registro de casi 200 ataques por este medio en un solo año, aunque no mortales, le agrega una mayor dimensión al problema de la mortalidad debida al uso de armas de la cual son víctimas los adolescentes bonaerenses.

Considerando que en el año 2009 fallecieron, según el registro de las estadísticas vitales, 103 adolescentes por agresiones en la provincia de Buenos Aires, se puede hacer un cálculo de mínima que arroja que en dicho año se registraron al menos 10 ataques que requirieron internación, por cada uno que terminó en muerte.

### **Acerca de la calidad de los datos de los registros de mortalidad**

Todo el análisis presentado debe considerarse a la luz de la calidad de los datos con que se cuenta, por lo que consideramos este tema como una parte importante de nuestra ponencia.

El llenado de los informes estadísticos de defunción depende del accionar de varios actores: por un lado los médicos intervinientes son quienes tienen la responsabilidad de completar los datos relativos a la defunción, entre ellos la causa que produjo la muerte, y la existencia de causas antecedentes. Por otra parte en el Registro Civil, se debe revisar cada informe y agregarse la información faltante, que debe ser correctamente suministrada por la persona

---

egreso de aquel paciente que sea trasladado de establecimiento cuando se encuentre cursando su tratamiento.

<sup>13</sup> Del total de estos 1081 adolescentes internados por agresión, 17 (el 1,7 %) egresaron muertos del centro de salud.

que inscribe la defunción. Finalmente, las oficinas de estadísticas de salud en cada provincia pueden recuperar información faltante en base a lo consignado en las historias clínicas.

Como hemos señalado a lo largo de este trabajo, el llenado incompleto del informe estadístico trae aparejados diversos problemas, dos de los más importantes a los fines de nuestra investigación se tratan a continuación.

#### *Presencia de casos “ignorados”*

Para indagar la magnitud con que el problema de los casos ignorados se presenta en las distintas secciones componentes de los informes estadísticos de defunciones, se seleccionó un conjunto de variables que refieren a las características de la defunción, a los datos particulares de los fallecidos y a los de sus progenitores, en las bases de datos del total del país correspondientes al año 2010.<sup>14</sup> Se observó que en los datos sobre la defunción la presencia de casos ignorados resulta muy significativa, siendo particularmente elevada en el caso de la pregunta referida a un posible embarazo de las adolescentes fallecidas (cercano al 80 %). En cuanto a los datos de la persona fallecida la calidad es mala en el caso de la pregunta sobre cobertura de salud, el máximo nivel de instrucción alcanzado y la situación laboral (entre el 43 y el 53%). En cuanto a los datos de la madre/padre: este conjunto de variables es el que peor registro de llenado presenta, superando la no respuesta el 40% del total de registros en todas las variables observadas y llegando al 64 % en un dato tan simple como la edad.

Se puede concluir que exceptuando las preguntas sobre el sexo y edad de los fallecidos, la calidad de los datos recolectados en las variables seleccionadas para este ejercicio no es la requerible, lo cual dificulta poder describir con precisión al universo de los afectados, las circunstancias de sus fallecimientos y su caracterización social. Se observa asimismo que en la mayoría de los casos los porcentajes más elevados de no respuesta aparecen en el 2010, lo cual puede estar dando muestras de un deterioro progresivo del llenado de los informes.

#### *Intencionalidad indeterminada en las defunciones por causas externas*

Se ha tratado en esta ponencia el problema que representa la indeterminación de la intencionalidad de la defunción en el caso de las defunciones por causas externas: la misma subestima el nivel real que deberían asumir las distintas categorías de intencionalidad, imposibilitándose el conocimiento de su exacta magnitud. Se reconoce que este es un problema de difícil solución. En muchos casos, debido a la misma naturaleza del hecho, el médico certificante no poseerá los elementos necesarios para determinar la intencionalidad de la defunción al momento del llenado del informe estadístico. En caso de muerte dudosa, la Justicia puede ordenar la realización de una autopsia para intentar que se determinen las circunstancias del fallecimiento. Pero aunque la autopsia, o la misma investigación judicial, logren determinar la intencionalidad de una defunción en forma posterior al llenado del

---

<sup>14</sup> En caso de fallecidos mayores de 13 años se indaga el máximo nivel de instrucción alcanzado, la situación laboral y la ocupación habitual. Si el fallecido tenía 13 o menos años al momento de la defunción, se registran además el nivel educativo alcanzado por la madre, su edad y si se encontraba conviviendo en pareja. Si la madre se encontraba en pareja, se indaga asimismo el nivel educativo del padre, su situación laboral y ocupación habitual. Si la madre no se encontraba en pareja, es de ella de quien se registran estos dos últimos datos.

informe estadístico, los datos originalmente consignados en éste no se corregirán con posterioridad.<sup>15</sup>

Los casos de intencionalidad indeterminada resultan, en el promedio de los años 2000 al 2011 el 9% del total de casos, y el 15% si se considera sólo a los fallecimientos por causas externas. Dichas proporciones no presentan una tendencia definida: los valores más elevados se presentan en los tres primeros años del período, pero luego tienen un descenso acelerado con su piso en el 2004, luego las proporciones vuelven a mostrar una tendencia al alza, de modo que finalmente resultan muy similares a las de 12 años atrás.

Si realizamos el ejercicio de distribuir las defunciones por causas externas no determinadas de acuerdo a la proporción observada entre los casos conocidos, los adolescentes fallecidos en el país por agresiones durante el decenio 2000-2011, pasarían de 3665 a 4014. Asimismo si recalculamos las tasas de mortalidad incluyendo los casos que se agregan con la distribución de ignorados, las mismas se incrementarían según el siguiente detalle (Cuadro 9).

Cuadro 9  
Tasa trienal de mortalidad (cada 10000 personas de 10 a 19 años) observada y estimada.  
Argentina. 2000-2011

	2000-2002	2003-2005	2006-2008	2009-2011
Homicidios				
Tasa calculada	5,6	4,8	3,6	3,9
Tasa estimada	6,4	5,1	3,9	4,4

Fuente: elaboración en base a DEIS, Base de datos de Egresos Hospitalarios 2009.

¿Qué sabemos acerca de estas defunciones de intencionalidad no determinada? De acuerdo al análisis de sus códigos de causas de muerte, el mecanismo más frecuente son las armas de fuego, aunque en 2010 ganaron mayor importancia relativa los ahorcamientos.

Debe señalarse la elevada la proporción de casos en los que tampoco se especificó el mecanismo de la defunción, que en los años relevados ronda el 20%. Esta doble indeterminación, de la intencionalidad y del mecanismo de la defunción resulta por demás llamativa; resultaría por consiguiente de importancia que estos casos dieran lugar a indagaciones posteriores que permitieran reconstruir los motivos y circunstancias en que se perdieron las vidas de estos adolescentes.

<sup>15</sup> En una entrevista concedida a una integrante del equipo que llevó adelante esta investigación, un médico forense destacó la importancia de la realización de autopsias como método que permite aproximarse con bastante grado de certeza a la causa de una muerte. Este profesional expresó su convencimiento de la necesidad de su práctica, para poder contar con diagnósticos correctos en los casos en los que la determinación de las causas de un fallecimiento resulte compleja.

A la falta de información acerca de la intencionalidad, los mecanismos intervinientes y lugares de ocurrencia de un importante proporción de las defunciones, se le suma la alta incidencia de los casos “ignorados”, que se registra en las variables que permitirían realizar una aproximación a la caracterización socio-económica de los difuntos, o directamente a la falta de registro de otras con las que sería importante contar. Por ejemplo, incluso si estuviera bien relevada, la variable máximo nivel educativo alcanzado no resulta la más adecuada para medir la situación -de los adolescentes en particular- en relación al sistema educativo al momento de la defunción. Sería importante que se contara con una mayor desagregación de la información, que incluyera el último grado/año aprobado y la condición de asistencia. Resulta en suma importante considerar la necesidad del mejoramiento del registro de las Estadísticas Vitales, y su complementación con otras fuentes de datos.

## **Conclusiones**

En forma resumida presentamos las principales conclusiones de este trabajo:

- 1) Las causas externas (accidentes, suicidios y homicidios) son la principal causa de muerte durante la adolescencia. La contribución de cada una de esas causas no ha variado sustancialmente en los últimos años.
- 2) La mortalidad por causas externas aumenta a medida que aumenta la edad de los adolescentes y su incidencia es mayor entre los varones.
- 3) En ambos sexos los accidentes son la principal causa externa, seguidos de suicidios y homicidios, pero la proporción atribuible a suicidios es superior en las mujeres y la debida a homicidios, entre los varones.
- 4) La mortalidad por homicidios tiene una tendencia descendente en el tiempo.
- 5) A mayor edad, mayor es la diferencia de incidencia de homicidios entre varones y mujeres.
- 6) Generalizando en base al caso de la provincia de Buenos Aires, que concentra el mayor número de fallecidos (aunque no las tasas más elevadas), los homicidios tienen lugar sobre todo en lugares públicos y por armas de fuego. Las armas de fuego predominan en ambos sexos, pero significativamente más en los casos de víctimas masculinas.
- 7) Por cada homicidio de un adolescente se registran al menos 10 agresiones que requirieron internación.
- 8) Aunque las tendencias son claras, la calidad de las estadísticas hace que los análisis deban tomarse con cuidado y que varias características de los hechos y de las víctimas no puedan estudiarse. Es urgente una mejora y una coordinación con otras posibles fuentes de datos.

## Referencias

Falbo GH, Buzetti R y Cattaneo A (2001). Homicide in children and adolescents: a case-control study in Recife, Brazil. *Bulletin of the World Health Organization* 79 (1).

Grushka C (2009) ¿Cuánto vivimos y de qué morimos los argentinos? Ponencia presentada en las X Jornadas Nacionales y Latinoamericanas Actuariales, Facultad de Ciencias Económicas, UBA, Noviembre.

INDEC (2004) Estimaciones y proyecciones de población. Total del país. 1950-2015, Serie Análisis Demográfico 30, Buenos Aires.

Krulewicz CJ, Roberts DW y Thompson LS (2003). Adolescent pregnancy and homicide: findings from the Maryland office of the Chief Medical Examiner, 1994-1998. *Child Maltreatment*, 8 (2): 122-128.

Lattes A. (1975). El crecimiento de la población y sus componentes. En Recchini de Lattes y Lattes (compiladores), *La Población de Argentina*. Buenos Aires: CICRED: 29-66.

Ministerio de Salud (2007): Boletín Epidemiológico Nacional No. 37, Edición Especial “Lesiones por causas externas”

Pantelides EA (1983). La transición demográfica argentina: un modelo no ortodoxo. Buenos Aires: Centro de Estudios de Población, , *Cuadernos del CENEP* N° 25.

Sant’Anna AR y Marques Lopes MJ (2002). Homicides among teenagers in the city of Porto Alegre, Rio Grande do Sul State, Brazil: vulnerability, susceptibility, and gender. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (6): 1509-1517.

Sarasqueta P, Bilisky P, Martin H, NASTRI M y Spinelli H (1991). Mortalidad de niños y adolescentes (1-19 años) en la ciudad de Buenos Aires en 1988. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 89:303-318.

Serfaty E, Foglia VL, Masaútis AE y Negri GM. (S/fecha). Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, Argentina 1991-2000, *Revista Vértex*: 40-48.

Somoza J (1971). La mortalidad en la Argentina entre 1869 y 1960. Buenos Aires, Instituto Torcuato Di Tella, CELADE, Editorial del Instituto.

Spinelli H, Alazraqui M, Macías G, Zunino MG y Nadalich JC (2005). *Muertes violentas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Una mirada desde el sector salud*. Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Swart L y Seedat M (2010). Adolescent homicide victims, offenders and circumstances in Johannesburg, South Africa. *Injury Prevention*, 16, Suplemento 1: A1-A289.

Warley RM (2009). *Situational predictors of adolescent homicide: a secondary analysis*. Tesis de doctorado presentada a la City University of New York.