



# Tendencias de la mortalidad por agresiones en mujeres de países seleccionados de América Latina, 2001–2011

Florencia Molinatti<sup>1</sup> y Laura Débora Acosta<sup>1</sup>

## Forma de citar

Molinatti F, Acosta LD. Tendencias de la mortalidad por agresiones en mujeres de países seleccionados de América Latina, 2001–2011. Rev Panam Salud Publica. 2015;37(4/5):279–86.

## RESUMEN

**Objetivo.** Describir la tendencia temporal de las muertes por agresiones en mujeres en Argentina, Brasil, Chile, Colombia y México entre 2001 y 2011.

**Métodos.** Estudio descriptivo. Se calcularon las tasas de mortalidad por agresiones y eventos de intención no determinada, ajustadas por la edad, según el método directo y la población estándar de la Organización Mundial de la Salud. Se utilizaron modelos joinpoint para identificar los cambios estadísticamente significativos. Se comparó la razón hombre:mujer de mortalidad y se calcularon las tendencias de las tasas ajustadas para cada una de las dos causas de muerte y las tasas específicas de mortalidad por agresiones en mujeres por grupos de edad.

**Resultados.** En Brasil se registraron las mayores tasas de agresiones en mujeres, seguido por Colombia, México, Argentina y Chile. Entre 2001 y 2011, en Argentina y Colombia se constataron disminuciones, en Brasil y México hubo incrementos y en Chile las tasas se mantuvieron estables. Las mayores tasas específicas se encontraron en mujeres jóvenes (15–29 años) y adultas (30–44 y 45–59 años). En Colombia las tasas disminuyeron en todos los grupos, mientras que en México se incrementaron en mujeres de 15 a 59 años. Solo Colombia evidenció una reducción en las tasas de mortalidad por eventos de intención no determinada; en Argentina y México hubo una disminución al principio del período con un aumento posterior; en Brasil no se observaron variaciones.

**Conclusiones.** Las tasas de mortalidad por agresiones en mujeres de Brasil, Colombia y México entre 2001 y 2011 resultaron superiores al promedio mundial y al promedio de América Latina; en Argentina y Chile fueron más bajas y con menores diferencias entre los sexos. Se debe avanzar en la visualización de las relaciones de poder que subyacen en los asesinatos de mujeres e incluir el feminicidio en las legislaciones penales nacionales.

## Palabras clave

Salud de la mujer; violencia contra la mujer; homicidio; mortalidad; América Latina.

El término feminicidio<sup>2</sup> se utilizó por primera vez a comienzos del siglo XIX en una revista satírica de Londres para

describir el asesinato de una mujer. Dos siglos después, se reformula este concepto a la luz de la teoría de género para

definir el feminicidio como el “asesinato de mujeres a manos de hombres debido a que son mujeres”, es decir, el asesinato de mujeres motivado por el odio, el desprecio, el placer o el sentido de propiedad sobre ellas (1).

Por su conceptualización, este término se contrapone al término “homicidios de mujeres” —que oculta que la mayoría de esos crímenes son cometidos por

<sup>1</sup> Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad, Córdoba, Argentina. La correspondencia se debe dirigir a Florencia Molinatti; correo electrónico: fmolinatti@hotmail.com

<sup>2</sup> Los términos “feminicidio” y “femicidio” se usan como equivalentes o diferentes en distintos países de América Latina, lo que refleja la ausencia de un

consenso teórico acerca del contenido de cada uno de ellos. Más allá de las distinciones conceptuales, no exploradas en este trabajo, se destaca su relevancia como categoría de análisis de un fenómeno impostergable y de gran trascendencia para los países latinoamericanos (2, 32).

hombres—, pues tiene como objetivo visibilizar mejor estos crímenes y hacer que su reconocimiento público y legal sea más fácil (1). De esta manera, en los feminicidios siempre existe una motivación de género, ya sea en casos de violencia sexual, homicidios —individuales, seriales o masivos— de mujeres, infanticidio de niñas, o en los casos llamados “homicidios por honor” o dote, descritos en algunos países (2).

Si bien este neologismo nace en el ámbito académico anglosajón, en los países latinoamericanos se ha avanzado sustancialmente hacia su traducción jurídica desde finales del siglo XX, en consonancia con el reconocimiento de los instrumentos internacionales relacionados con la violencia contra las mujeres, tales como la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993) (3) y su adopción para el contexto latinoamericano mediante la Convención de Belém do Pará (1994) (4). La adhesión a estos consensos supone la toma de medidas para garantizar la consecución de las metas establecidas en ellos, entre las cuales se encuentra el monitoreo y el análisis por parte de las instancias nacionales competentes de los feminicidios ocurridos. En este sentido, se sugirió construir un índice de feminicidios, para lo que se requiere desglosar por sexo los datos actuales de homicidios y crear un código para “homicidios basados en el género” (5).

Una de las principales dificultades para estudiar los feminicidios en los países latinoamericanos es la falta de datos, además de los problemas de calidad, exhaustividad y fiabilidad de los mismos. En la actualidad, los datos más amplios y accesibles para evaluar la violencia en general —y en particular, la violencia contra las mujeres— son las estadísticas de mortalidad (4). Sin embargo, estas representan solo la punta del iceberg, ya que por cada víctima mortal muchas más resultan heridas, afectadas psíquicamente o discapacitadas de por vida (6).

Por otra parte, no todos los homicidios de mujeres son feminicidios; por ejemplo, se excluyen los casos en los que el género femenino de la víctima es irrelevante para el perpetrador (asesinato en ocasión de robo) o el homicida es una mujer (1). Aun así, los feminicidios pueden corresponder a una proporción sustancial de las muertes violentas de mujeres, ya que la misoginia y el sexismo

están casi siempre involucrados cuando un hombre mata a una mujer (1).

Las particularidades del contexto latinoamericano en relación con la violencia ha llevado a diferenciar dos tipos de crímenes de género contra las mujeres: los feminicidios íntimos o de pareja —relacionados con la violencia doméstica— y los feminicidios idiosincráticos —como los ocurridos en los últimos años en Ciudad Juárez, Chihuahua, México, y en Ciudad de Guatemala, Guatemala—, en los que las mujeres resultan torturadas y asesinadas por desconocidos en lugares públicos (2, 7).

A pesar de la disponibilidad de estadísticas vitales en los países de América Latina, no hay suficientes estudios que analicen las agresiones (u homicidios) desde una perspectiva de género. Existen, en cambio, investigaciones sanitarias que analizan la mortalidad por agresiones y según el sexo, pero en ellas la vulnerabilidad de las mujeres queda “invisible” debido a la mayor mortalidad en hombres (8–11).

Ante esta situación, el objetivo de este trabajo fue describir la tendencia temporal de las muertes por agresiones en mujeres en Argentina, Brasil, Chile, Colombia y México entre 2001 y 2011.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo es un estudio descriptivo a partir de la información de mortalidad por agresiones en mujeres de cinco países de América Latina: Argentina, Brasil, Chile, Colombia y México. Los datos anuales de mortalidad entre 2001 y 2011, la causa básica de muerte, el sexo y la edad se obtuvieron de bases de datos y anuarios estadísticos elaborados por los organismos nacionales encargados de su registro (12–16).

Para analizar la tendencia de la mortalidad por agresiones y por eventos de intención no determinada en el período estudiado se comparó la razón hombre:mujer de mortalidad por agresiones y se calcularon las tendencias de las tasas ajustadas por la edad para cada una de las dos causas de muerte, y las tasas específicas de mortalidad por agresiones en mujeres por grupos de edad (0–14, 15–29, 30–44, 45–59, y 60 años o más).

Se evaluó la calidad y la consistencia interna de las bases de datos. Según el último informe sobre estadísticas sanitarias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (17), los cinco países

analizados tienen una cobertura de registro de mortalidad superior a 90% y la proporción de defunciones sin el registro del sexo o la edad es menor de 2%; estos se imputaron según la distribución de los datos válidos.

Las causas de muerte se agruparon según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) (18), en agresiones (códigos: X85–Y09) y eventos de intención no determinada (códigos: Y10–Y34).

Las tasas de mortalidad ajustadas por la edad se calcularon por el método directo, con la población estándar de 100 000 habitantes propuesta por la OMS para comparaciones internacionales como patrón. Para ello se tomó como numerador el promedio trianual de defunciones y como denominador la población estimada a partir de la información publicada por los institutos de estadísticas de los respectivos países (12–16). Con la intención de valorar las brechas existentes en cuanto a la mortalidad entre hombres y mujeres, se calculó la razón de masculinidad (la tasa de mortalidad en hombres entre la tasa de mortalidad en mujeres).

Para identificar los períodos específicos en que se produjeron cambios estadísticamente significativos en las tasas ajustadas de mortalidad se modelaron las tendencias mediante el programa *Jointpoint Regression*, versión 4.0.4, elaborado por el Instituto Nacional del Cáncer, de los Estados Unidos de América (19). Este método permite identificar los cambios en distintos períodos y modela las tendencias de las tasas en intervalos de tiempo sucesivos, con los que se establece una relación lineal entre la tasa y el período, y se pueden detectar posibles puntos de inflexión en la pendiente de la recta de regresión. Estos modelos de regresión, conocidos como *jointpoints*, posibilitan obtener el porcentaje anual de cambio para cada período específico entre los puntos de inflexión identificados y su significación estadística.

Este análisis de tendencia se aplicó a las tasas ajustadas de mortalidad en mujeres, tanto por agresiones como por eventos de intención no determinada. Estas últimas constituyen un complemento necesario para el estudio de la mortalidad por agresiones y otras causas externas, ya que entre ellas pueden encontrarse agresiones no declaradas como tales al momento del registro de

la defunción. Asimismo, un aumento en la mortalidad por agresiones podría ser el resultado de un trabajo más preciso durante la certificación de la causa básica de muerte, lo que redundaría en la disminución del número de muertes de intención no determinada.

## RESULTADOS

Al analizar las razones hombre:mujer de mortalidad por agresiones, se observó una mayor mortalidad en los hombres, aunque con importantes variaciones entre los países estudiados. Mientras en Brasil y Colombia esta razón fue de 10,8 y 11,2, respectivamente, en los otros países se observaron brechas menores; los valores más bajos se encontraron en Argentina (cuadro 1).

Con respecto a su evolución, en México se observó un aumento de esa tasa a finales del período analizado, debido a que el incremento de la mortalidad por agresiones en los hombres fue más pronunciado que en las mujeres. En cambio, en Argentina, Chile y Colombia las tasas por sexo se aproximaron entre sí debido a un descenso más rápido en las de los hombres; en Brasil también se observó una disminución, aunque de menor intensidad (cuadro 1).

Por su parte, al analizar la evolución de las tasas de mortalidad por agresiones en mujeres en los países analizados se encontró un incremento más acentuado en Colombia que en los otros países en los dos primeros años del período

estudiado, pero a partir de 2003 las cifras fueron mayores en Brasil (figura 1).

Las tasas de defunciones por eventos de intención no determinada fueron mayores en Brasil, mientras que en Argentina y Colombia se presentaron tasas intermedias y en México y Chile tasas bajas; en Chile se presentaron las tasas más bajas al inicio del período y tasas nulas a partir de 2003 (figura 2).

Según el análisis de la tendencia de mortalidad por agresiones y eventos de intención no determinados mediante los modelos de regresión *joinpoint*, de los cinco países analizados, solo en Chile no se presentaron cambios significativos en las tasas ajustadas de mortalidad por agresiones en las mujeres entre 2001 y 2011 ( $P > 0,05$ ; porcentaje anual de cambio porcentual [PACP]: -2,15 a 2,34). En este sentido, Brasil y México exhibieron incrementos y Argentina y Colombia, disminuciones; la baja más pronunciada se observó en Colombia y el alza más marcado tuvo lugar en México. Sin embargo, al analizar los cambios anuales entre los puntos de inflexión identificados, se observó que mientras las reducciones se registraron entre 2001–2006 —y perdió su significación estadística hacia finales del período analizado—, los incrementos se manifestaron a partir de 2003 en el caso brasileño y de 2007 en México (cuadro 2).

De los cinco países analizados, solo en Colombia la tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad por eventos de intención no determinada fue descendente

para el período 2001–2011 ( $P < 0,05$ ; PACP: -1,27; IC95%: -1,89 a 0,65). En Argentina y México, por su parte, se observó una disminución de esas tasas al principio del período (2001–2004 y 2001–2008, respectivamente) y un aumento significativo en los años siguientes. En Brasil, las tasas no presentaron variaciones significativas ( $P > 0,05$ ; PACP: 1,83; IC95%: -1,59 a 5,37) (cuadro 2).

Estas tendencias no se comportaron de manera homogénea en los diferentes grupos de edad. En Argentina, por ejemplo, se registraron disminuciones en las tasas específicas por agresiones en todos los grupos de edad durante todo el período analizado, al igual que en el total de mujeres, excepto en las niñas de 0 a 14 años, donde se observó una disminución —aunque no significativa— a partir de 2007. Este grupo de edad también presentó rasgos específicos en Brasil, donde las tasas específicas aumentaron más que lo registrado para el total de mujeres, tanto entre 2001 y 2003 como en todo el período analizado (cuadro 3).

En Chile, en cambio, la mortalidad por agresiones en niñas de 0 a 14 años mostró una reducción significativa a partir de 2008, mientras que en el grupo de 30 a 44 años hubo un importante incremento entre 2001 y 2006; ambas tendencias divergieron de la estabilidad observada en las tasas por agresiones calculadas para el total de mujeres.

En Colombia, por su parte, se observaron reducciones en las tasas específicas

**CUADRO 1. Tasas según el sexo y razones hombre:mujer de la mortalidad<sup>a</sup> por agresiones (no incluye eventos de intención no determinada), países seleccionados, 2001–2011**

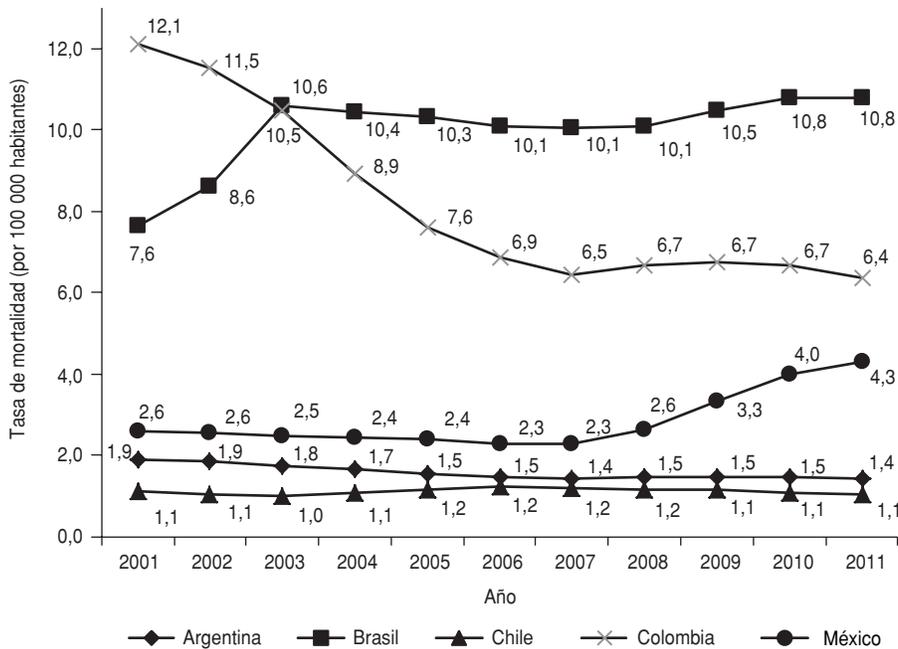
País	Sexo <sup>b</sup>	Año										
		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Argentina	M	13,1	13,0	12,4	10,8	9,3	8,5	8,1	8,2	8,3	8,1	7,5
	F	1,9	1,9	1,8	1,7	1,5	1,5	1,4	1,5	1,5	1,5	1,4
	R	6,9	7,0	7,0	6,5	6,1	5,8	5,6	5,6	5,6	5,5	5,3
Brasil	M	91,0	104,3	128,0	123,1	118,8	116,3	116,6	116,3	117,6	117,5	116,3
	F	7,6	8,6	10,6	10,4	10,3	10,1	10,1	10,1	10,5	10,8	10,8
	R	11,9	12,1	12,1	11,8	11,5	11,5	11,6	11,5	11,2	10,9	10,8
Chile	M	9,8	9,6	9,6	9,8	9,9	9,4	8,6	8,4	8,2	8,3	7,8
	F	1,1	1,1	1,0	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1
	R	8,7	9,1	9,4	9,0	8,5	7,5	7,2	7,2	7,2	7,7	7,4
Colombia	M	149,5	138,7	124,7	102,8	90,0	81,6	77,3	78,1	77,3	75,4	71,2
	F	12,1	11,5	10,5	8,9	7,6	6,9	6,5	6,7	6,7	6,7	6,4
	R	12,4	12,0	11,9	11,5	11,8	11,9	12,0	11,7	11,5	11,3	11,2
México	M	19,4	19,0	18,2	17,8	17,8	17,3	19,5	24,6	33,6	40,2	43,1
	F	2,6	2,6	2,5	2,4	2,4	2,3	2,3	2,6	3,3	4,0	4,3
	R	7,5	7,4	7,3	7,3	7,4	7,6	8,4	9,4	10,1	10,0	10,0

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos de las referencias: Argentina (12), Brasil (13), Chile (14), Colombia (15) y México (16).

<sup>a</sup> Tasas ajustadas por la edad, según el método directo y la población estándar de la Organización Mundial de la Salud.

<sup>b</sup> M: masculino, F: femenino, R: razón hombre:mujer de mortalidad.

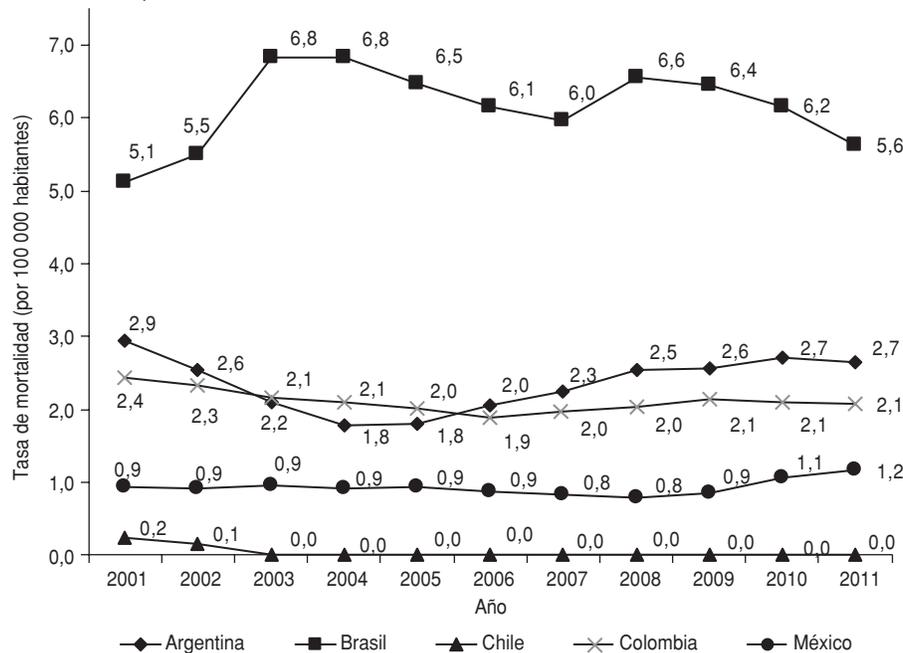
**FIGURA 1. Tasas de mortalidad<sup>a</sup> por agresiones en mujeres, países seleccionados, 2001–2011**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de las referencias: Argentina (12), Brasil (13), Chile (14), Colombia (15) y México (16).

<sup>a</sup> Tasas por 100 000 habitantes ajustadas por la edad, según el método directo y la población estándar de la Organización Mundial de la Salud.

**FIGURA 2. Tasas de mortalidad<sup>a</sup> por eventos de intención no determinada en mujeres, países seleccionados, 2001–2011**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de las referencias: Argentina (12), Brasil (13), Chile (14), Colombia (15) y México (16).

<sup>a</sup> Tasas por 100 000 habitantes ajustadas por la edad, según el método directo y la población estándar de la Organización Mundial de la Salud.

de todos los grupos de edad, especialmente en las mujeres de 45 a 59 años y de 60 años o más. En este último grupo, la tendencia a la baja se mantuvo durante

todo el período analizado, a diferencia de lo observado en los otros grupos de edad, en los que la disminución se observó solo hasta 2006.

En México, las tasas específicas para los grupos extremos (0–14 y 60 años o más) permanecieron, en promedio, constantes en el período analizado, aunque con una tendencia a la baja entre 2001 y 2007; en cambio, en los grupos de jóvenes (15–29 años) y adultas jóvenes (30–44 años) se encontraron incrementos significativamente superiores al registrado para el total de mujeres entre los años 2007 y 2011 (cuadro 3).

## DISCUSIÓN

Este análisis de la tendencia de las agresiones a mujeres en cinco países seleccionados de América Latina constituye un primer paso para conocer mejor las tendencias de los feminicidios en América Latina.

América Latina registra, después de África Subsahariana, las tasas de agresiones más altas del mundo, aunque existen importantes diferencias entre países (20). Las tasas de mortalidad por agresiones en mujeres de Brasil y Colombia son superiores al promedio mundial (2,8 por 100 000 habitantes) y al promedio de América Latina (3,2 por 100 000 habitantes). En Colombia, se encontraron valores similares al promedio registrado en África, la región con mayor tasa de mortalidad por agresiones a mujeres (6,1 por 100 000 habitantes), mientras que Brasil supera ampliamente ese valor (21). En México, si bien se observaron tasas inferiores al promedio mundial y de América Latina en gran parte del período analizado, entre 2009 y 2011 se constató un considerable incremento y se superaron esos promedios (21). Por otra parte, Chile y Argentina presentan tasas bajas, similares a las registradas en algunos países desarrollados y presentan menos diferencias entre las tasas de mortalidad de hombres y mujeres, similar a lo observado en algunos países de Europa (21).

Los resultados alcanzados indican que los países donde se registran mayores tasas de mortalidad por agresiones en mujeres son también donde la mortalidad por agresiones es alta en ambos sexos, lo que puede estar relacionado con el mayor clima de violencia general imperante. Según diversos estudios, la pobreza y la desigualdad, así como el nivel de institucionalidad y las normativas sociales, son variables que influyen en la mayor prevalencia de homicidios (22, 23).

**CUADRO 2. Porcentaje anual de cambio (PAC) y porcentaje anual de cambio promedio (PACP) en las tasas de mortalidad<sup>a</sup> por agresiones y eventos de intención no determinada en mujeres, países seleccionados, 2001–2011**

País	Porcentaje de cambio anual						Porcentaje de cambio anual promedio	
	Segmento 1 <sup>b</sup>			Segmento 2 <sup>b</sup>			%	IC95%
	%	IC95% <sup>c</sup>	Años	%	IC95%	Años		
<b>Agresiones</b>								
Argentina	-5,33 <sup>d</sup>	-6,83; -3,81	2001–2006	-0,29	-1,97; 1,43	2006–2011	-2,84 <sup>d</sup>	-3,75; -1,93
Brasil	16,25 <sup>d</sup>	4,64; 29,14	2001–2003	0,45	-0,47; 1,38	2003–2011	3,43 <sup>d</sup>	1,59; 5,29
Chile	0,07	-2,15; 2,34	2001–2011	NA <sup>e</sup>	NA	NA	0,07	-2,15; 2,34
Colombia	-11,53 <sup>d</sup>	-14,03; -8,96	2001–2006	-1,27	-4,51; 2,09	2006–2011	-6,54 <sup>d</sup>	-8,17; -4,88
México	-2,03	-4,74; 0,74	2001–2007	18,34 <sup>d</sup>	13,56; 23,31	2007–2011	5,65 <sup>d</sup>	3,68; 7,66
<b>Eventos de intención no determinada</b>								
Argentina	-15,13 <sup>d</sup>	-22,97; -6,50	2001–2004	6,74 <sup>d</sup>	4,00; 9,56	2004–2011	-0,36	-3,06; 2,42
Brasil	16,47	-4,64; 42,27	2001–2003	-1,54	-3,34; 0,30	2003–2011	1,83	-1,59; 5,37
Colombia	-4,70 <sup>d</sup>	-4,86; -4,54	2001–2006	2,28 <sup>d</sup>	0,69; 3,89	2006–2011	-1,27 <sup>c</sup>	-1,89; -0,65
México	-2,62 <sup>d</sup>	-4,52; -0,68	2001–2008	12,74 <sup>d</sup>	5,34; 20,66	2008–2011	1,75	-0,23; 3,78

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos de las referencias: Argentina (12), Brasil (13), Chile (14), Colombia (15) y México (16).

<sup>a</sup> Tasas ajustadas por la edad, según el método directo y la población estándar de la Organización Mundial de la Salud.

<sup>b</sup> Segmento: subperíodo en que se divide el período analizado, a partir de los puntos de inflexión identificados en el análisis de tendencia. Los puntos de inflexión separan el último año del segmento 1 del primer año correspondiente al subperíodo del segmento 2.

<sup>c</sup> IC95%: intervalo de confianza de 95%.

<sup>d</sup> Nivel de significación de  $P \leq 0,05$ .

<sup>e</sup> NA: no se identificaron puntos de inflexión en el período analizado.

**CUADRO 3. Porcentaje de cambio anual y porcentaje de cambio anual promedio en las tasas de mortalidad<sup>a</sup> por agresiones en mujeres, según grupos de edad, países seleccionados, 2001–2011**

País	Grupos de edad, años	Porcentaje de cambio anual						Porcentaje de cambio anual promedio	
		Segmento 1 <sup>b</sup>			Segmento 2 <sup>b</sup>			%	IC95%
		%	IC95% <sup>c</sup>	Años	%	IC95%	Años		
Argentina	0–14	2,85	-0,82; -6,66	2001–2007	-7,09 <sup>d</sup>	-13,19; -0,55	2007–2011	-1,24	-3,96; 1,55
	15–29	-4,71 <sup>d</sup>	-6,90; -2,47	2001–2006	1,33	-0,99; 3,72	2006–2011	-1,74 <sup>d</sup>	-3,02; -0,43
	30–44	-8,64 <sup>d</sup>	-11,51; -5,69	2001–2006	2,79	-0,43; 6,12	2006–2011	-3,09 <sup>d</sup>	-4,83; -1,33
	45–59	-3,32 <sup>d</sup>	-4,99; -1,61	2001–2011	NA <sup>e</sup>	NA	NA	-3,32 <sup>d</sup>	-4,99; -1,61
	≥ 60	-5,55 <sup>d</sup>	-7,00; -4,08	2001–2011	NA	NA	NA	-5,55 <sup>d</sup>	-7,00; -4,08
Brasil	0–14	7,74 <sup>d</sup>	3,15; 12,55	2001–2011	NA	NA	NA	7,74 <sup>d</sup>	3,15; 12,55
	15–29	14,37	-5,92; 39,05	2001–2003	1,78	-0,36; 3,98	2003–2011	4,18 <sup>d</sup>	0,69; 7,80
	30–44	13,28 <sup>d</sup>	0,34; 27,89	2001–2003	0,23	-1,09; 1,57	2003–2011	2,72 <sup>d</sup>	0,56; 4,92
	45–59	20,28 <sup>d</sup>	1,74; 42,19	2001–2003	-1,77	-3,54; 0,05	2003–2011	2,29	-0,66; 5,33
	≥ 60	18,68 <sup>d</sup>	9,20; 29,00	2001–2003	-0,79	-1,68; 0,12	2003–2011	2,83 <sup>d</sup>	1,35; 4,34
Chile	0–14	2,14	-0,67; 5,03	2001–2008	-22,01 <sup>d</sup>	-29,75; -13,42	2008–2011	-5,80 <sup>d</sup>	-8,55; -2,97
	15–29	-13,05	-33,58; 13,83	2001–2003	2,11	-0,84; 5,16	2003–2011	-1,12	-5,66; 3,65
	30–44	9,14 <sup>d</sup>	3,95; 14,59	2001–2006	-2,37	-7,02; 2,51	2006–2011	3,22 <sup>d</sup>	0,41; 6,11
	45–59	1,77	-0,53; 4,12	2001–2011	NA	NA	NA	1,77	-0,53; 4,12
	≥ 60	13,70	-7,57; 39,86	2001–2004	-6,55 <sup>d</sup>	-11,58; -1,23	2004–2011	-0,89	-6,53; 5,10
Colombia	0–14	-10,25 <sup>d</sup>	-12,74; 7,69	2001–2005	-2,36 <sup>d</sup>	-3,82; -0,88	2005–2011	-5,60 <sup>d</sup>	-6,68; -4,50
	15–29	-11,58 <sup>d</sup>	-13,9; -9,21	2001–2006	-0,54	-3,15; 2,13	2006–2011	-6,23 <sup>d</sup>	-7,62; -4,81
	30–44	-11,56 <sup>d</sup>	-13,73; -9,33	2001–2006	-0,23	-2,68; 2,29	2006–2011	-6,06 <sup>d</sup>	-7,38; -4,73
	45–59	-14,12 <sup>d</sup>	-17,99; -10,07	2001–2006	-1,07	-5,53; 3,59	2006–2011	-7,83 <sup>d</sup>	-10,2; -5,39
	≥ 60	-9,60 <sup>d</sup>	-10,78; -8,41	2001–2011	NA	NA	NA	-9,60 <sup>d</sup>	-10,78; -8,41
México	0–14	-2,38 <sup>d</sup>	-4,33; -0,39	2001–2007	5,82 <sup>d</sup>	1,9; 9,88	2007–2011	0,82	-0,73; 2,39
	15–29	-1,22	-3,77; 1,40	2001–2007	25,50 <sup>d</sup>	19,51; 31,79	2007–2011	8,71 <sup>d</sup>	6,54; 10,91
	30–44	-0,7	-3,03; 1,69	2001–2007	21,51 <sup>d</sup>	16,22; 27,03	2007–2011	7,65 <sup>d</sup>	5,70; 9,63
	45–59	-2,22	-4,64; 0,27	2001–2007	16,60 <sup>d</sup>	11,24; 22,21	2007–2011	4,92 <sup>d</sup>	2,91; 6,96
	≥ 60	-5,59 <sup>d</sup>	-6,88; -4,28	2001–2007	7,11 <sup>d</sup>	4,39; 9,91	2007–2011	-0,70	-1,75; 0,36

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos de las referencias: Argentina (12), Brasil (13), Chile (14), Colombia (15) y México (16).

<sup>a</sup> Tasas ajustadas por la edad, según el método directo y la población estándar de la Organización Mundial de la Salud.

<sup>b</sup> Segmento: subperíodo en que se divide el período analizado, a partir de los puntos de inflexión identificados en el análisis de tendencia. Los puntos de inflexión separan el último año del segmento 1 del primer año correspondiente al subperíodo del segmento 2.

<sup>c</sup> IC95%: intervalo de confianza de 95%.

<sup>d</sup> Nivel de significación de  $P \leq 0,05$ .

<sup>e</sup> NA: no se identificaron puntos de inflexión en el período analizado.

## Tasas por países

Del análisis individual de los países seleccionados, en Colombia se registró la mayor tasa de mortalidad por agresiones en mujeres al inicio del período estudiado y disminuyó hacia 2011, con el mayor descenso entre los países analizados. Por su parte, la mayor mortalidad en los hombres se ha mantenido constante en todo el período, aunque la mortalidad por agresiones ha disminuido en ambos sexos. Esto puede deberse a diversos factores, como la instauración de la política de seguridad democrática o la adopción de medidas de prevención de la violencia en algunas de las grandes ciudades (10, 24). Por otra parte, Colombia es el único de los países analizados en el que se registró un descenso en las tasas de mortalidad por eventos de intención no determinada en mujeres, por lo que el descenso en la mortalidad por agresiones no debe atribuirse a un mayor subregistro de las muertes por causas externas.

En el caso de Brasil, se observó un aumento significativo de las tasas de mortalidad por homicidios en mujeres y las mayores se presentaron hacia el final del período; este aumento no debe atribuirse a una mejora en la clasificación de la mortalidad, ya que la tasa de mortalidad por eventos de intención no determinada no mostró variaciones en los años analizados. Brasil también ha sido uno de los países que ha mostrado mayores brechas entre hombres y mujeres, aunque esta se ha reducido levemente en los últimos años. Según Meneghel e Hirakata (25), la tasa estimada de mortalidad por feminicidios en Brasil fue de 4,1 por 100 000 habitantes en el período 2003–2007, con una fuerte correlación con las tasas de mortalidad por homicidios en hombres, por lo que reducir la violencia estructural en el país debe contribuir a proteger a las mujeres de la violencia.

En México se constató un incremento significativo de la mortalidad por agresiones en mujeres, en particular entre los años 2007 y 2011; si se toma en cuenta el aumento en la mortalidad por causas externas de intención no determinada desde 2008, el aumento de las agresiones en mujeres podría ser aun mayor. Hernández-Bringas y Narro-Robles (11) ya habían informado de esta tendencia al analizar los homicidios en México en

la última década, y destacaron que el incremento de la violencia expresada en el número de homicidios, si bien impacta particularmente a los hombres, ha afectado también a la población femenina. Por otra parte, el promedio nacional esconde las diferencias existentes en el interior del país. Según González-Pérez y colaboradores (26), las tasas por agresiones en hombres y mujeres varían según el estado mexicano, debido en parte a las fallas en el sistema judicial, los efectos del narcotráfico, el consumo de alcohol y otros factores relacionados con las carencias sociales. Así, en el estado de Chihuahua —donde se localiza Ciudad Juárez— una mujer tenía 23 veces más probabilidades de morir asesinada que una mujer del estado de Yucatán en los años 2008 y 2009 (26).

Argentina y Chile presentaron bajas tasas de homicidios en mujeres en el período, con una leve —pero significativa— disminución en el caso argentino y sin diferencias significativas en el chileno. Sin embargo, en Argentina se observó un incremento de las tasas de mortalidad por eventos de intención no determinada entre los años 2004 y 2011, lo que podría indicar una subestimación de la mortalidad por agresiones en mujeres. Otros autores que han llegado a resultados similares sugieren que esta tendencia podría reflejar un incremento encubierto de la violencia de género (27).

Chile, a diferencia del resto de los países analizados, presentó muy baja tasa de mortalidad por eventos de intención no determinada en mujeres al inicio del período de estudio, y llegó a tener tasas nulas a partir de 2003. Esto puede ser un reflejo de la calidad de los registros de defunción en ese país. En efecto, en Chile se han hecho esfuerzos por estandarizar el modo correcto de registrar los certificados médicos de defunción, acción que ha mejorado sensiblemente la calidad de los datos (28).

## Tendencias por grupos de edad

Respecto a las tendencias según el grupo de edad en Colombia, en línea con lo observado para el total de mujeres, se destaca la disminución de las muertes en todas las edades. En ese país, las mujeres han sido frecuentemente víctimas del conflicto armado y de los ajustes de cuentas (10), algo que, como se indicó previamente, podría estar relacionado

con las políticas de seguridad democrática y la adopción de medidas de prevención de la violencia, con la consiguiente repercusión en todos los grupos de edad.

En México, por su parte, las agresiones se incrementaron en el grupo de mujeres de 15 a 59 años. En este caso, y como consecuencia de la violencia desatada en ese país por el incremento del crimen organizado (11), estas agresiones podrían ser producto tanto de feminicidios íntimos, como de feminicidios idiosincráticos (2, 29).

En Chile, a pesar de que la tasa general de mortalidad por agresiones se mantuvo baja y estable, se produjo un aumento significativo en adultas de 30 a 44 años entre 2001 y 2006. Este incremento en la mortalidad por agresiones podría deberse a feminicidios íntimos asociados con el aumento de la violencia intrafamiliar, ya que según un estudio del Servicio Nacional de la Mujer (30), casi 40% de las mujeres en edad reproductiva que mantienen o han tenido una relación de pareja planteó haber sido víctima de violencia intrafamiliar; en México mueren cada año alrededor de 40 mujeres víctimas de la violencia intrafamiliar (30).

En Brasil, además del incremento de las agresiones en mujeres de 15 a 44 años y mayores de 60 años, el aumento más notable se observó en las niñas de 0 a 14 años. De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF (31), en estas edades la violencia tiene sus raíces en las relaciones de poder asociadas con el género, la exclusión y la ausencia de protección por parte de un tutor adulto, y la ausencia de reglas sociales que protejan o hagan respetar a los menores, entre otros elementos (32).

Por último, en Argentina se observó una disminución significativa de las muertes por agresiones en todas las edades, excepto en las niñas menores de 15 años. Sin embargo, vale reiterar que esta disminución se ha acompañado de un incremento en los eventos de intención no determinada registrados entre los años 2004 y 2011 (27).

Entre las limitaciones de este trabajo se debe mencionar la aún insuficiente calidad de los registros de defunciones en los países analizados. A pesar de que en todos ellos la cobertura es de alrededor de 90%, aún no logran respaldar adecuadamente la formulación y la ejecución de políticas. Esto, sumado al considerable número de muertes no naturales

de intencionalidad no determinada registradas en mujeres, especialmente en Argentina, Colombia y México a finales del período analizado, podría llevar a subestimar las tasas de mortalidad por agresiones. Asimismo, este estudio no indagó directamente los feminicidios.

### Conclusiones y recomendaciones

A pesar de estas limitaciones, se pudo comprobar que las tasas de mortalidad por agresiones en mujeres de Brasil, Colombia y México entre 2001 y 2011 resultaron superiores al promedio mun-

dial y al promedio de América Latina; en Argentina y Chile fueron más bajas y con menores diferencias entre los sexos.

Estos resultados ofrecen una aproximación comparativa de los niveles de mortalidad por agresiones en mujeres de los países estudiados y develan los períodos en los que se produjeron cambios significativos. Se requiere estudiar la proporción de estos homicidios que realmente corresponden a feminicidios.

Con este análisis de las agresiones a mujeres a partir de las estadísticas vitales queda demostrada la necesidad de

fortalecer el compromiso político de los Estados para erradicar todas las formas de violencia contra la mujer, particularmente en su forma más extrema: el feminicidio. A pesar de los avances que se puedan haber logrado en algunos países de la Región, se debe avanzar en la visualización de las relaciones de poder que subyacen en los asesinatos de mujeres, incluir esta figura legal en las legislaciones penales nacionales y monitorear los feminicidios con mayor rigor.

**Conflictos de intereses.** Ninguno.

### REFERENCIAS

- Russel D. Las políticas del feminicidio. En: Harmes R, Russel D, eds. *Feminicidio: una perspectiva global*. México, D.F.: Universidad Autónoma de México; 2006.
- Toledo Vásquez P. Tipificación del feminicidio/feminicidio: otra vía hacia el abandono de la neutralidad de género en el derecho penal frente a la violencia contra las mujeres. En: Heim D, González B, eds. *Derecho, género e igualdad. Cambios en las estructuras jurídicas androcéntricas*. Barcelona: Grupo Antígona; 2008.
- Naciones Unidas. *Declaración de la eliminación de la violencia contra la mujer*. Nueva York: NU; 1994. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/48/104> Acceso el 4 de febrero de 2015.
- Organización de los Estados Americanos. *Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "Convención de Belém do Pará"*. Brasil: OEA; 1994. Disponible en: <http://www.unfpa.org.ar/sitio/archivos/belem.pdf> Acceso el 4 de febrero de 2015.
- Ertürk Y. Indicadores sobre la violencia contra la mujer y la respuesta de los Estados. Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. Nueva York: Naciones Unidas; 2014. Disponible en: [http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/7session/A.HRC.7.6\\_sp.doc](http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/7session/A.HRC.7.6_sp.doc) Acceso el 5 de enero de 2015.
- Organización Mundial de la Salud. *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Washington, D.C.: OMS; 2002.
- León-Escribano CR. *Violencia y género en América Latina*. Pensamiento Iberoamericano. 2008;2(1):71-94.
- Gawryszewski VP, Sanhueza A, Martínez-Piedra R, Escamilla JA, Marinho de Souza MF. Homicidios na região das Américas: magnitude, distribuição e tendências, 1999-2009. *Cien Saude Colet*. 2012;17(12):3171-82.
- Briceño-León R, Villaveces A, Concha-Eastman A. Understanding the uneven distribution of the incidence of homicide in Latin America. *Int J Epidemiol*. 2008;37:751-7. Disponible en: <http://surveillance.cancer.gov/joinpoint/> Acceso el 2 de febrero de 2014.
- Moreno C, Cendales R. Mortalidad por homicidios y años potenciales de vida perdidos en Colombia, 1985-2006. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;30(4):342-53.
- Hernández-Bringas H, Narro-Robles J. El homicidio en México, 2000-2008. *Papeles Poblac*. 2010;63:243-71.
- Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadísticas e Investigación en Salud. *Base de datos de defunciones en Argentina 2001-2010 [base de datos en CD-ROM]*. Buenos Aires: DEIS; 2014.
- Ministério de Saúde do Brasil, Portal da Saúde. *Sistema de Informações sobre Mortalidade DATASUS*. [Sitio en Internet]. Disponible en: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205> Acceso el 13 de febrero de 2014.
- Ministerio de Salud de Chile, Departamento de Estadísticas e Información de Salud. *Base de datos de defunciones de Chile*. Santiago: DEIS; 2014. Disponible en: <http://www.deis.cl/descargar-bases-de-datos/> Acceso el 11 de febrero de 2014.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística de Colombia. *Base de datos de defunciones de Colombia 2001-2010 [base de datos en CD-ROM]*. Bogotá: DANE; 2013.
- Secretaría de Salud de México. *Sistema Nacional de Información en Salud*. [Sitio en Internet]. México D.F.: SINAI; 2014. Disponible en: [http://www.sinai.salud.gob.mx/basesdedatos/std\\_defunciones.html](http://www.sinai.salud.gob.mx/basesdedatos/std_defunciones.html) Acceso el 13 de febrero de 2014.
- Organización Mundial de la Salud. *Estadísticas sanitarias mundiales 2013*. Washington, D.C.: OMS; 2013.
- Organización Mundial de la Salud. *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, Décima Revisión (CIE-10)*; 2008. Disponible en: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/index.htm> Acceso el 5 de febrero de 2015.
- United States, National Cancer Institute. *Surveillance Research: Joinpoint Regression Program*. Washington, D.C.: NCI; 2014.
- Buvinic M, Morrison A, Orlando MB. *Violencia, crimen y desarrollo social en América Latina y el Caribe*. Papeles Poblac. 2005;11(43):167-214.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. *Estudio mundial sobre el homicidio 2011. Tendencias, contextos, datos*. Viena: UNODC; 2011. Disponible en: [http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/Homicide/BOOK\\_Global\\_study\\_on\\_homicide\\_2011\\_Spanish\\_ebook.pdf](http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/Homicide/BOOK_Global_study_on_homicide_2011_Spanish_ebook.pdf) Acceso el 26 de enero de 2015.
- Briceño-León R. La comprensión de los homicidios en América Latina: ¿pobreza o institucionalidad? *Cien Saude Colet*. 2012;17(12):3159-70.
- Elgar FJ, Aitken N. Income inequality, trust and homicide in 33 countries. *Eur J Public Health*. 2010;21(2):241-6.
- De Souza ER, de Melo AR, Silva JG, Franco SA, Alazraqui M, González-Pérez GJ. Estudio multicéntrico da mortalidade por homicídios em países da América Latina. *Cien Saude Colet*. 2012;17(12):3183-93.
- Meneghel SN, Hirakata VN. Femicides: female homicide in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2011;45(3):564-74.
- González-Pérez GJ, Vega López MG, Cabrera-Pivaral CE, Vega-López A, Muñoz de la Torre A. Mortalidad por homicidios en México: tendencias, variaciones socio-geográficas y factores asociados. *Cien Saude Colet*. 2012;17(12):3195-208.
- Alazraqui M, Spinelli H, Zunino MG, Ramos de Souza E. La calidad de los sistemas de información de mortalidad por violencias en Argentina y Brasil, 1990-2010. *Cien Saude Colet*. 2012;17(12):3279-88.
- Núñez L, Icaza M. Calidad de las estadísticas de mortalidad en Chile, 1997-2003. *Rev Med Chile*. 2006;134(9):1191-6.
- Wright MW. Necropolitics, narcopolitics, and femicide: gendered violence on the Mexico-US border. *Signs (Chic)*. 2011;36(3):707-31.

30. República de Chile, Servicio Nacional de la Mujer. Plan Nacional de Violencia Intrafamiliar en Chile. Santiago: SERNAM; 2012.
31. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Protección infantil contra el abuso y la violencia. Nueva York: UNICEF; 2014. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/>

- protection/index\_violence.html Acceso el 15 de marzo de 2014.
32. Almerás D, Calderón-Magaña C. Si no se cuenta, no cuenta. Información sobre la violencia contra las mujeres. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2012. Disponible en: <http://www.ce>

pal.org/es/publicaciones/si-no-se-cuenta-no-cuenta-informacion-sobre-la-violencia-contra-las-mujeres Acceso el 26 de enero de 2015.

Manuscrito recibido el 9 de agosto de 2014. Aceptado para publicación, tras revisión, el 23 de enero de 2015.

**ABSTRACT**

**Trends in mortality by assault in women in selected countries of Latin America, 2001–2011**

**Objective.** Describe the trend in deaths by assault in women in Argentina, Brazil, Chile, Colombia, and Mexico between 2001 and 2011.

**Methods.** Descriptive study. Mortality from assaults and undetermined intentional acts was calculated, adjusted for age, using the direct method and the World Health Organization's standard population. Joinpoint regression models were used to identify statistically significant changes. The male:female mortality ratio was compared and trends in the rates were calculated and adjusted for each of the two causes of death and the specific rates of mortality by assault in women by age group.

**Results.** The highest rates of assault of women were reported in Brazil, followed by Colombia, Mexico, Argentina, and Chile. Between 2001 and 2011, decreases were reported from Argentina and Colombia; in Brazil and Mexico the rates increased; and in Chile they remained stable. The highest specific rates were found in young women (15–29 years) and adults (30–44 and 45–59 years). In Colombia the rates declined in all groups, while in Mexico they increased in women aged 15 to 59 years. Only Colombia showed a decrease in mortality from undetermined intentional acts; in Argentina and Mexico there was a decrease at the beginning of the period with a later increase; in Brazil no variations were observed.

**Conclusions.** Mortality from assaults on women in Brazil, Colombia, and Mexico between 2001 and 2011 was higher than the world average and the Latin American average; rates were lower in Argentina and Chile, with minor differences between the sexes. Progress must be made in terms of understanding the power relationships that underlie femicide, which should be included in national criminal legislation.

**Key words** Women's health; violence against women; homicide; mortality; Latin America.