



## Población y Salud en Mesoamérica

Revista electrónica publicada por el  
Centro Centroamericano de Población,  
Universidad de Costa Rica, 2060 San José, Costa Rica  
<http://ccp.ucr.ac.cr>

---

### **Población y Salud en Mesoamérica**

**Revista electrónica semestral, ISSN-1659-0201**

Volumen 10, número 2, informe técnico 2

Enero - junio, 2013

Publicado 1 de enero, 2013

<http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>

### **Mortalidad por causas externas: un problema de salud pública. Argentina, Chile y Colombia. 2000-2008**

*Doris Cardona Arango*

*Gabriel Escanés*

*María Alejandra Fantín*

*Enrique Peláez*



Protegido bajo licencia Creative Commons

Centro Centroamericano de Población

## **Mortalidad por causas externas: un problema de salud pública. Argentina, Chile y Colombia. 2000-2008**

### **Mortality from external causes: a public health problem. Argentina, Chile and Colombia. 2000-2008**

*Cardona Arango, Doris<sup>1</sup>, Escanés, Gabriel<sup>2</sup>, Fantín, María Alejandra<sup>3</sup>, Peláez, Enrique<sup>4</sup>*

#### **RESUMEN**

Se realizó un estudio descriptivo de la mortalidad por causas externas en la población argentina, chilena y colombiana durante el período 2000-2008. Se analizaron las muertes por homicidios, suicidios y accidentes de tránsito, en función de la edad y sexo. Se observó una reducción del riesgo de morir por estas causas en el segundo trienio. Hubo diferencias en la mortalidad por sexo y edad dependiendo la causa externa de muerte. Los mayores niveles de mortalidad correspondieron a los homicidios, seguidos por los accidentes de tránsito y por último los suicidios. Se registró sobremortalidad masculina en los tres países seleccionados.

**Palabras clave:** Mortalidad; homicidios; suicidios; accidentes de tránsito.

#### **ABSTRACT**

A descriptive study of mortality was conducted due to external causes in Argentinean, Chilean and Colombian population during the 2000-2008 period. Deaths caused by killings, suicides and traffic accidents were analyzed regarding sex and age. A reduction in the risk of death due to these causes was observed in the second three-year period. There were differences in the mortality rate by sex and age, depending on the external cause of death. The highest mortality levels belonged to the homicide, followed by the traffic accidents and the suicides. Male overmortality was registered in the three selected countries.

**Keywords:** Mortality; homicide; suicides; traffic accidents.

**Recibido: 12 jul. 2012**

**Aprobado: 19 oct. 2012**

---

<sup>1</sup> Universidad CES, Medellín. COLOMBIA. doris.cardona@gmail.com

<sup>2</sup> Universidad Nacional de Córdoba. Centro de Investigaciones y Estudio sobre Cultura y Sociedad, CONICET. ARGENTINA. gaescanes@gmail.com

<sup>3</sup> Universidad Nacional de Córdoba. Instituto de Investigaciones Geohistóricas, CONICET. ARGENTINA. afantin@bib.unne.edu.ar

<sup>4</sup> Universidad Nacional de Córdoba. Centro de Investigaciones y Estudio sobre Cultura y Sociedad, CONICET. ARGENTINA. epelaez@ciudad.com.ar

## 1. INTRODUCCION

El estudio de las condiciones salud de las poblaciones constituye la principal función de la salud pública como ciencia, cuyo objetivo es identificar grupos de riesgo a fin de desarrollar estrategias de prevención de enfermedades y promoción de la salud. En otras palabras, se trata de preservar, promover y mejorar la salud, haciendo énfasis en prevenir la aparición o recurrencia de enfermedades o lesiones, más que en tratar sus consecuencias en la salud (OPS, 2002, p. 4).

Bajo esta perspectiva, el presente artículo analizó la evolución de las muertes de las personas como consecuencia de las denominadas “causas externas” en Argentina, Chile y Colombia en el período 2000-2008. Este tipo de fallecimientos comprende dos tipos de lesiones, según su intencionalidad. Por un lado, las lesiones no intencionales, que comprenden los accidentes de tránsito y, por otro lado, las lesiones intencionales donde interviene la violencia, como los suicidios (autoinfligidas) y los homicidios (causadas por terceros) (OPS, 1998, p. 185).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, 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, 2002, p. 5).

Las lesiones por violencia y por accidentes de tránsito constituyen problemas importantes para la salud pública de las Américas y de todo el mundo. Esto se evidencia no sólo por la elevada mortalidad que ocasionan, sino también por las discapacidades y el elevado costo resultantes de las lesiones no mortales. En la región de las Américas, las muertes por causas externas ocasionan el 13.2% del total defunciones (OPS, 2002, p. 303).

Además, los elevados costos económicos y sociales, asociados a las muertes por causas externas, tienen implicancias negativas para los sistemas de salud, las víctimas, el sector productivo y la sociedad en general. Por tal motivo, las muertes que resultan de este tipo de causas representan un problema de salud pública cuyo conocimiento permitiría al sistema sanitario de cada país obtener mayores beneficios (Macías, Almeida Filho, y Marcio, 2010). Estos últimos se lograrían como consecuencia del diseño de campañas preventivas para reducir las lesiones junto con la reducción de las hospitalizaciones y la gravedad de los traumatismos (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Las últimas décadas se caracterizaron tanto por cambios en las estructuras demográficas de las poblaciones latinoamericanas como por variaciones en las causas y cantidad de muertes de los individuos. Así, por ejemplo, se ha observado un incremento de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe, alcanzando dos tercios del total de muertes de la región (Ministerio de Salud de Argentina, 2007, p. 5).

Los resultados de este trabajo intentan dar respuesta a interrogantes que apunten a reflexionar sobre la prevención y control de lesiones intencionales y no intencionales. En este sentido, se plantearon tres preguntas que guiaron la investigación: ¿Cómo evolucionó el riesgo de muerte por causas externas seleccionadas en Argentina, Chile y Colombia entre el año 2000 y 2008?, ¿existen diferencias en el riesgo de muerte que enfrentan las personas en los tres países

seleccionados? y ¿qué grupos de personas requiere prioridad en los esfuerzos para reducir la mortalidad por causas externas?

Para dar respuesta a las mismas, se plantearon dos objetivos de investigación: a) identificar los grupos de personas con mayores riesgos de muerte en la población argentina, chilena y colombiana, y b) determinar el cambio producido en las tasas de mortalidad por causas seleccionadas en Argentina, Chile y Colombia entre 2000 y 2008.

## 2. MATERIAL Y MÉTODOS

El trabajo se corresponde con un estudio descriptivo de fuentes de datos secundarias, utilizando las defunciones por homicidios, suicidios y accidentes de tránsito registradas en Argentina, Chile y Colombia, en el período 2000 a 2008; además de la población censada y proyectada por año. Los resultados se muestran en términos de tasas de mortalidad general y sus diferenciales por sexo y grupos de edad.

Las causas de muerte externas seleccionadas se clasificaron según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) como se indica a continuación:

- Agresiones (homicidios): X85 - Y09.
- Lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios): X60 - X84.
- Accidentes de transporte terrestre: V01 - V89.

En Argentina, los registros de defunciones fueron tomados de las Estadísticas Vitales publicadas por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud, organismo del Ministerio de Salud de Argentina, mientras que los datos censales y las proyecciones de población fueron obtenidos a partir de datos publicados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC).

En Chile se tomaron los datos de las Estadísticas Vitales de publicadas por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud, que se halla subordinada al Ministerio de Salud de Chile. Por su parte los datos correspondientes los censos y proyecciones poblacionales se tomaron del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y en Colombia, las defunciones corresponden a los certificados de defunción registrados en el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE).

El análisis se presenta diferenciando los resultados por género y edad, en dos trienios: 2000-2002 y 2006-2008. Para cada periodo se calculan las tasas de mortalidad ajustadas, a partir del cálculo tipificado o estandarizado (OPS, 2002, p. 9). Este procedimiento utiliza el promedio de la cantidad de habitantes de los tres países seleccionados, conocido como población estándar. Así fue posible comparar el nivel de la mortalidad entre los tres países, para calcular la tendencia de cada causa a través de los años, comparar los riesgos de muerte y medir de la sobremortalidad masculina.

### 3. RESULTADOS

En el trienio 2000-2002, las defunciones por causas externas representaron el 6,9% del total de muertes en Argentina y el 9,4% en Chile. Luego, en el trienio 2006-2008 se evidenció una leve reducción menor al 1% en ambos países. Por su parte, las muertes en Colombia por causas violentas representaban en el primer periodo el 24,7% del total de decesos y se redujeron un 7%, para el segundo periodo.

En el primer trienio, las muertes por causas externas en Colombia representaron más del triple que las ocurridas en Argentina y más del doble que en Chile. Hacia el segundo trienio, la brecha entre estos países se reduce principalmente por el comportamiento registrado en Colombia, siendo 2.7 veces mayor que en Argentina y 1.9 que Chile.

Resulta pertinente para este trabajo desagregar los datos según causas específicas como homicidios, suicidios y accidentes de tránsito. En 2000-2002, los accidentes de tránsito en Chile mostraron el mayor porcentaje (casi 3 de cada 10 fallecimientos) seguido por Argentina (casi 2 de cada 10 muertes) y Colombia (1.5 de cada 10 decesos). En 2006-2008 se incrementó la proporción de muertos en accidentes de tránsito en los tres países. La cifra aumentó 1,4%, 3% y 4,1% en Chile, Argentina y Colombia respectivamente.

Respecto a los suicidios ocurridos en 2000-2002, Chile se ubica en el primer lugar respecto de la frecuencia de fallecimientos y en 2006-2008 se incrementaron las proporciones de muertes por esta causa en los tres países, aunque el cambio más notorio tuvo lugar en Chile.

Las muertes por homicidios ubican a Colombia como el país de mayor frecuencia, en ambos trienios, con 6 y 5 de cada 10 fallecimientos por causas externas, respectivamente; representando casi 5 veces la de Argentina y casi 6 veces la de Chile. Los datos registrados para el periodo 2006-2008 muestran que en los tres países se redujeron las muertes por homicidios aunque no de manera uniforme.

Si bien los porcentajes permiten aproximarse a la caracterización del peso relativo de las diferentes causas de muerte, no permiten medir y comparar el nivel de la mortalidad. Esta medición implica analizar cuanto tiempo viven los miembros de la población o, dicho en otros términos, la edad promedio a la que mueren las personas. Esto se logra con la tipificación de las tasas de mortalidad.

Para 2000-2002, la tasa de mortalidad por causas externas de Colombia es 2.3 veces mayor que la de Argentina y 2.5 veces más alta que la de Chile. En el segundo trienio la tasa colombiana sigue siendo la más alta, pero se reduce la diferencia con los otros países. Dicha tasa se multiplica aproximadamente por 1.6 en relación a Argentina y Chile. En estos dos países las tasas tipificadas se vieron sensiblemente modificadas entre ambos periodos, a diferencia de los datos observados para Colombia, donde la edad promedio a la que murieron las personas aumentó significativamente (Ver anexo, Tabla 1).

La relación entre las muertes de ambos sexos se puede analizar a partir de la sobremortalidad masculina, es decir el cociente entre las tasas de mortalidad masculina y femenina, que permite comparar el mayor riesgo al que están expuestos los hombres frente al riesgo de las mujeres.

En primer lugar, los hombres mueren en edades más jóvenes que las mujeres por causas externas en los dos periodos considerados. En 2000-2002, Argentina y Chile se asemejaron en la relación de mortalidad entre ambos sexos, con una sobremortalidad masculina de 3.4 y 4.2 respectivamente. En Colombia este indicador ascendió a 7.0, duplicando la relación de muertes de Argentina. En 2006-2008, las discrepancias entre ambos sexos se redujeron en los tres países, con mayor notoriedad en Colombia, donde murieron 6.1 hombres por cada mujer por causas externas.

Las discrepancias más notorias entre los grupos etarios se observan entre los hombres colombianos de 15 a 44 años en relación a los argentinos y chilenos de la misma edad. Las muertes por causas externas en los colombianos de 15 a 29 años cuadriplica a los fallecimientos de los jóvenes chilenos y es 3.5 veces mayor que en Argentina. Por su parte, las muertes de las mujeres muestran un comportamiento más homogéneo en todos los grupos de edades, con una sensible diferencia entre Colombia con mayor mortalidad que los otros dos países.

En 2006-2008, las tasas de mortalidad con mayor diferencia se observan entre los hombres colombianos de 15 a 44 años en relación a los argentinos y chilenos de la misma edad. Las muertes por causas externas en los jóvenes de 15 a 29 años duplican a los fallecimientos de los argentinos y es 2.7 veces mayor que en Chile. En relación a las muertes de las mujeres se observa que mantienen un comportamiento más homogéneo en todos los grupos de edades (Ver anexo, Figura 1).

### **3.1 Mortalidad por homicidios**

En relación a la mortalidad por asesinatos, Colombia es el Estado con mayor violencia. En 2000-2002 la tasa de mortalidad por homicidios fue 11 y 14 veces mayor que en Argentina y Chile respectivamente. Para el segundo trienio, Colombia mantuvo el liderazgo, superando en más de 8 veces las muertes de Argentina y Chile. En los tres países las tasas tipificadas se redujeron entre ambos periodos. En Colombia se redujeron los fallecimientos por homicidios casi a la mitad, mientras que Argentina y Chile evidenciaron una reducción más leve (Ver anexo, Tabla 1).

Los hombres fallecen en edades más jóvenes que las mujeres por homicidios en los dos periodos considerados para los tres países. En 2000-2002, murieron 12 varones colombianos por cada mujer a causa de los asesinatos, mientras que esa cifra ascendió a 8 y 6 en Chile y Argentina respectivamente. Para 2006-2008, la sobremortalidad masculina en Colombia no evidenció cambios mientras que en Chile y Argentina hubo una leve reducción de las diferencias.

En 2000-2002, los hombres colombianos de 15 a 44 años fueron los más afectados por los asesinatos en relación a los argentinos y chilenos de la misma edad. Los homicidios entre colombianos de 15 a 29 años fueron 12 y 15 veces mayores a los ocurridos en Argentina y Chile respectivamente. Para 2006-2008 hubo una reducción a la mitad de la tasa de mortalidad

masculina por asesinatos en Colombia, lo que trajo como consecuencia una mayor cercanía respecto de Argentina y Chile (Ver anexo, Figura 2).

Como se observa, los asesinatos de mujeres colombianas evidencian mayor similitud con los asesinatos de chilenas y argentinas que los descritos en hombres.

### **3.2. Mortalidad por suicidios**

Los suicidios ocurren en mayor medida en Chile, seguido por Argentina y Colombia. En 2000-2002 la tasa de mortalidad por suicidios de Chile fue 1.3 y 1.6 veces mayor que en Argentina y Colombia respectivamente. En 2006-2008 aumentó la tasa de mortalidad en Chile mientras que se redujo en Colombia y se mantuvo constante en Argentina. De esta forma, las tasas por suicidios en Chile duplican a las colombianas (Ver anexo, Tabla 1).

Los hombres fueron los más afectados por suicidios. En 2000-2002, por cada mujer que se quitó la vida hubo 6 hombres que se suicidaron en Chile, mientras que esa cifra se reduce a casi 4 hombres por cada mujer en Argentina y Colombia. En 2006-2008, la sobremortalidad masculina se aproximó a 4 hombres por cada mujer para los tres países analizados (Ver anexo, Figura 3).

En relación a los diferentes grupos etarios, los suicidios tienen mayor peso desde los 15 y 29 años en adelante. Particularmente, los mayores de 60 años se caracterizan por el mayor nivel de frecuencias. Las muertes por suicidios masculinos en Chile son superiores a las ocurridas en Argentina y Colombia (Ver anexo, Figura 3). Por su parte, los suicidios femeninos muestran un comportamiento relativamente homogéneo en los tres países.

### **3.3. Mortalidad por accidentes de tránsito**

En 2000-2002 la tasa de mortalidad por accidentes de tránsito de Colombia fue casi el doble que la de Argentina y 1.4 más alta que la de Chile. En 2006-2008 se mantuvo el liderazgo de Colombia, pero se reduce la diferencia con los otros países debido a dos aspectos: a) la reducción de la mortalidad en Colombia, y b) el aumento de las muertes en Argentina y Chile. En este periodo la tasa colombiana se multiplicó por 1.4 y 1.1 en relación a Argentina y Chile respectivamente. En estos dos países la tasa de mortalidad por accidentes de tránsito se incrementó entre ambos periodos, mientras que en Colombia se redujo (Ver anexo, Tabla 1).

Los hombres fallecen en edades más jóvenes que las mujeres por accidentes de tránsito en los dos periodos considerados. En Argentina murieron 3.3 hombres por cada mujer en ambos periodos analizados. Si bien las tasas aumentaron entre los dos trienios, la relación de ambos sexos se mantuvo constante. Esto mismo ocurrió en Chile, donde la sobremortalidad masculina pasó de 4.3 en el primer trienio a 3.9 en 2006-2008. En Colombia este indicador se ubicó en 3.8 y 4.1 para el primer y segundo periodo respectivamente.

En 2000-2002, la tasa de mortalidad masculina en Colombia casi duplicaba la tasa de Argentina entre las edades de 15 a 59 años, mientras que esta diferencia se redujo a la mitad en 2006-2008 (Ver anexo, Figura 4). Como se observa, las muertes de mujeres evidencian mayor similitud que las masculinas en los tres países analizados.

## 4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Desde el punto de vista de la salud pública, las causas externas aparecen como un problema que requiere atención de la sociedad en su conjunto. En 2000-2002, el 25% de las muertes en Colombia respondía a este tipo de causas que, si bien se redujo en 2006-2008, aun sigue siendo elevada la proporción de fallecimientos. Chile y Argentina se caracterizaron por menores proporciones de decesos por causas externas. Los resultados fueron coherentes con datos publicados por CEPAL que señalan a Colombia, entre otros, como un país donde predominan las muertes por causas externas (Di Cesare, 2011, p. 36).

En relación a los objetivos de investigación planteados, en todos los grupos de edades se evidencia sobremortalidad masculina, siendo más marcada en las personas con edades entre 15 y 59 años. Específicamente las personas de edades entre 30 y 44 años se enfrentan a mayores riesgos de muertes por causas externas, lo que sugiere una brecha grande en el impacto de las causas externas sobre la carga de enfermedad de hombres y mujeres. Estos datos son coherentes con un informe de la OPS que expresa que la mortalidad femenina es inferior a la masculina en todos los países de América Latina (OPS, 2007, p. 72). Esta diferencia, más allá de las biológicas, puede ser explicada por el mayor éxito que se tuvo en el combate de enfermedades que afectan principalmente a la mujer como las complicaciones del embarazo y el parto. En el caso de la salud de los hombres, el grado de avance ha sido menor, particularmente en enfermedades cardiovasculares, causas externas (violencia) y ciertos tipos de tumores malignos.

El riesgo de morir por causas externas en la población de Argentina, Chile y Colombia tuvo un comportamiento descendente entre los dos periodos analizados, siendo el de Colombia el más pronunciado. Los menores de 14 años de edad son los que presentan los menores riesgos de muerte por estas causas.

A pesar de la reducción, es posible concluir que las consecuencias de muertes tempranas seguirán ocasionando costos a la sociedad, por el acceso a los servicios de salud, la incapacidad y discapacidad en la población trabajadora y la pérdida de un futuro promisorio de miles de personas, sumado al duelo y pérdida de las familias. Creemos que dichos costos se podrían haber evitado, prevenido o reducido con medidas de salud pública, que determinen cuáles factores pudieron haber sido intervenidos a tiempo, ya sea en aspectos demográficos, psicológicos, psiquiátricos o biológicos. Además se podría haber potenciado otros factores con función de protección, tales como la resiliencia individual, los lazos familiares o restauración del tejido social. Estas podrían ser posibles estrategias de reducción de homicidios, suicidios y accidentes de tránsito.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

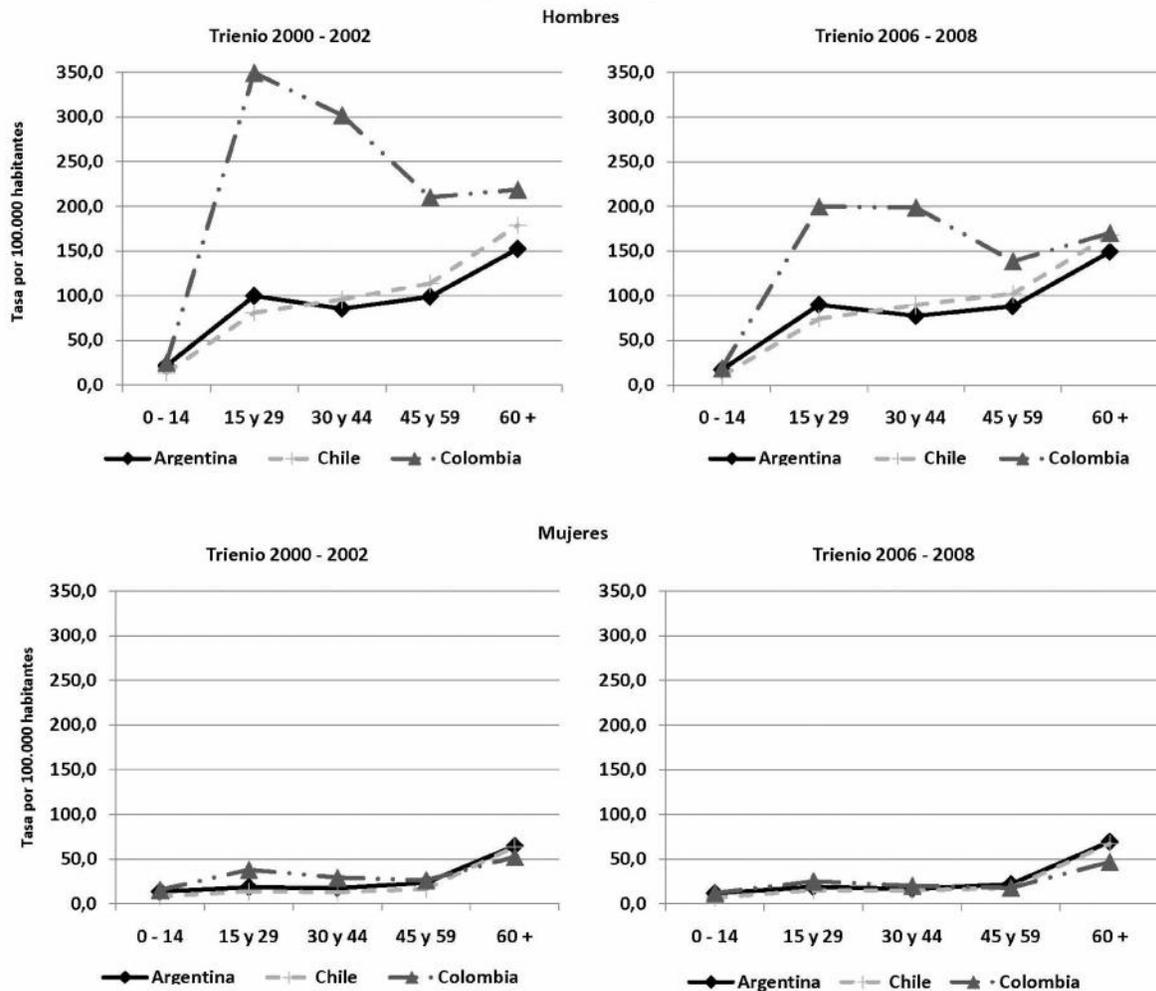
- Di Cesare, Mariachiara (2011), "El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones", Documento de proyecto de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Organización de las Naciones Unidas.
- Macías, Guillermo, Almeida Filho, Naomar, y Marcio, Alazraqui. (2010). Análisis de las muertes por accidentes de tránsito en el municipio de Lanús, Argentina, 1998-2004. *Salud Colectiva*, Vol. 6, núm. 3, pp. 313-328.
- Ministerio de Salud de Argentina (2007), Lesiones por causas externas, *Boletín Epidemiológico Periódico* N° 37, Buenos Aires.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Informe mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito: resumen. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (1998), La salud en las Américas, Washington, DC, OPS/OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (2002), Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen, Washington, DC., OPS/OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (2002), La salud en las Américas, Washington, DC., OPS/OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (2007), Salud en las Américas 2007, Washington, DC., OPS/OMS.
- World Health Organization (2002), World report on violence and health, Ginebra, OMS.

**Tabla 1. Tasas de Mortalidad (100.000 habitantes)**

País	Homicidios		Suicidios		Accidentes de Tránsito		Total Causas Externas	
	De 2000 a 2002	De 2006 a 2008	De 2000 a 2002	De 2006 a 2008	De 2000 a 2002	De 2006 a 2008	De 2000 a 2002	De 2006 a 2008
Argentina	6,6	4,7	7,6	7,6	10,0	11,1	49,9	47,6
Chile	5,2	4,8	9,7	11,3	12,9	13,4	47,4	46,4
Colombia	74,3	39,7	6,0	5,1	18,2	15,4	117,5	78,3

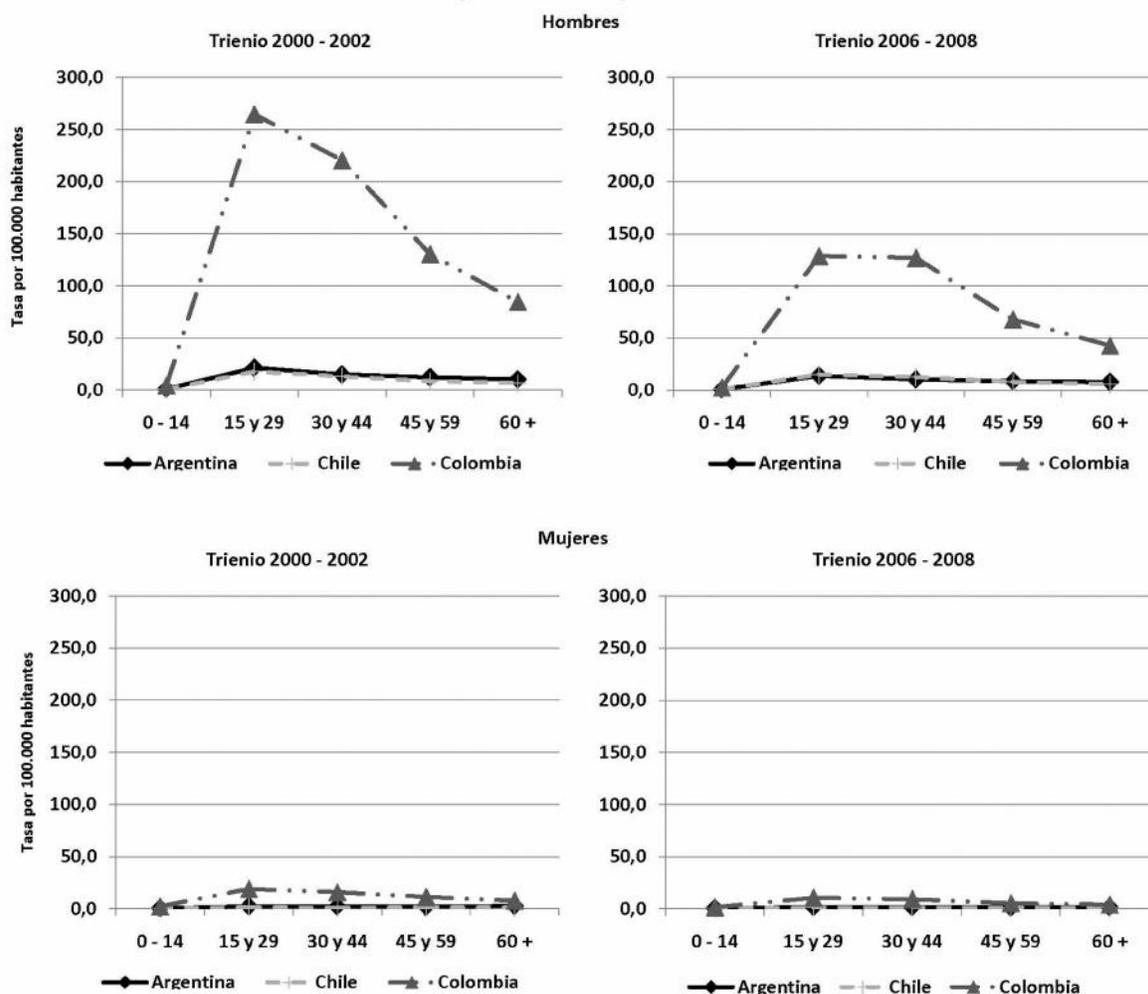
Fuente: Argentina. Ministerio de Salud de Argentina, Dirección Nacional de Estadísticas e Información en Salud. Estadísticas Vitales y Censos Nacionales de Población de Argentina. Buenos Aires: INDEC. Chile. Ministerio de Salud de Chile, Instituto Nacional de estadísticas. Estadísticas Vitales, Informe Anual y Censos Nacionales de Población de Chile. Santiago: INE. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Registros de defunción y Censos Nacionales de Población de Colombia. Bogotá: DANE. Elaboración de los investigadores.

**Figura 1. Tasa de mortalidad por causas externas por edad y sexo en Argentina, Chile y Colombia**



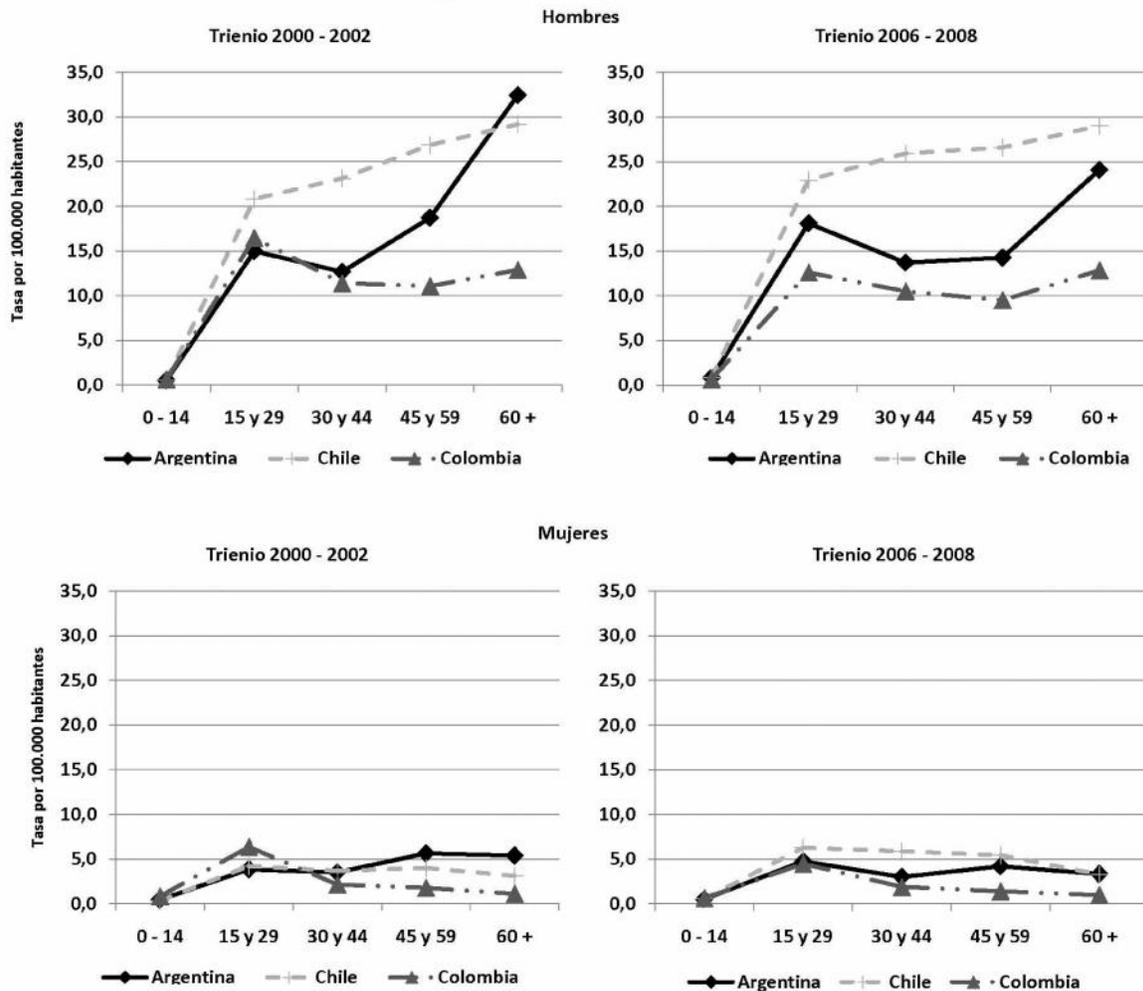
Fuente: Argentina. Ministerio de Salud de Argentina, Dirección Nacional de Estadísticas e Información en Salud. Estadísticas Vitales y Censos Nacionales de Población de Argentina. Buenos Aires: INDEC. Chile. Ministerio de Salud de Chile, Instituto Nacional de estadísticas. Estadísticas Vitales, Informe Anual y Censos Nacionales de Población de Chile. Santiago: INE. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Registros de defunción y Censos Nacionales de Población de Colombia. Bogotá: DANE. Elaboración de los investigadores.

**Figura 2. Tasa de mortalidad por homicidios por edad y sexo en Argentina, Chile y Colombia**



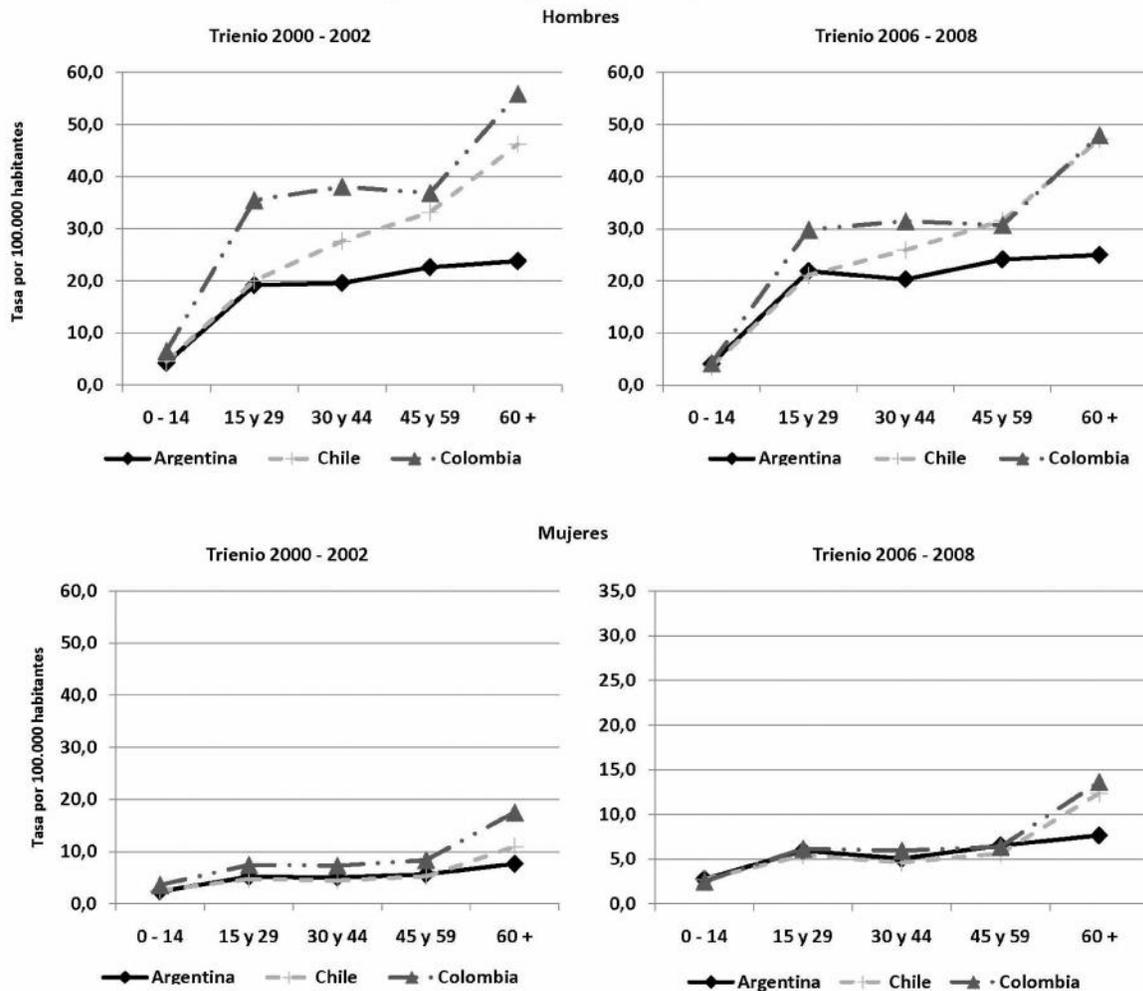
Fuente: Argentina. Ministerio de Salud de Argentina, Dirección Nacional de Estadísticas e Información en Salud. Estadísticas Vitales y Censos Nacionales de Población de Argentina. Buenos Aires: INDEC. Chile. Ministerio de Salud de Chile, Instituto Nacional de estadísticas. Estadísticas Vitales, Informe Anual y Censos Nacionales de Población de Chile. Santiago: INE. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Registros de defunción y Censos Nacionales de Población de Colombia. Bogotá: DANE. Elaboración de los investigadores.

**Figura 3. Tasa de mortalidad por suicidios por edad y sexo en Argentina, Chile y Colombia**



Fuente: Argentina. Ministerio de Salud de Argentina, Dirección Nacional de Estadísticas e Información en Salud. Estadísticas Vitales y Censos Nacionales de Población de Argentina. Buenos Aires: INDEC. Chile. Ministerio de Salud de Chile, Instituto Nacional de estadísticas. Estadísticas Vitales, Informe Anual y Censos Nacionales de Población de Chile. Santiago: INE. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Registros de defunción y Censos Nacionales de Población de Colombia. Bogotá: DANE. Elaboración de los investigadores.

**Figura 4. Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito por edad y sexo en Argentina, Chile y Colombia**



Fuente: Argentina. Ministerio de Salud de Argentina, Dirección Nacional de Estadísticas e Información en Salud. Estadísticas Vitales y Censos Nacionales de Población de Argentina. Buenos Aires: INDEC. Chile. Ministerio de Salud de Chile, Instituto Nacional de estadísticas. Estadísticas Vitales, Informe Anual y Censos Nacionales de Población de Chile. Santiago: INE. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Registros de defunción y Censos Nacionales de Población de Colombia. Bogotá: DANE. Elaboración de los investigadores.