

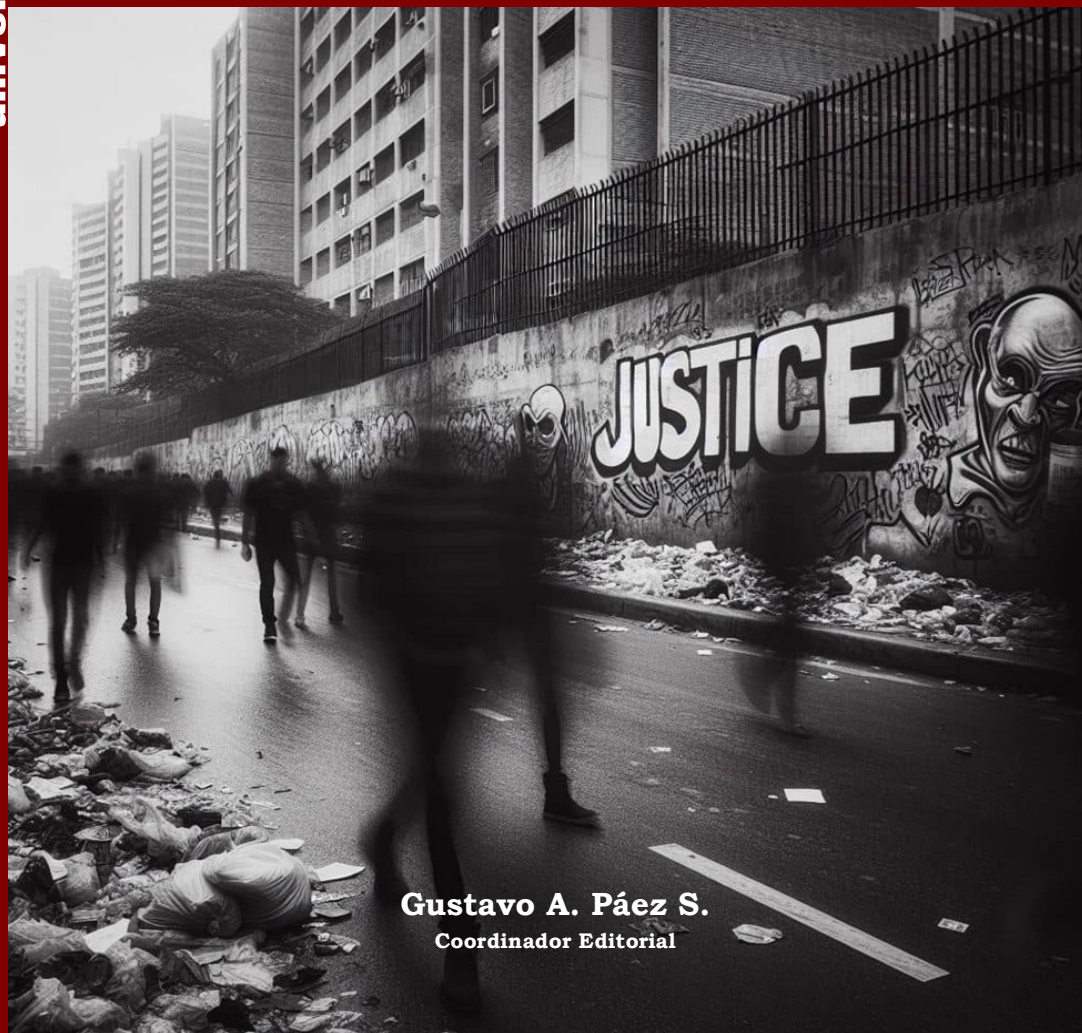


textos

universitarios

Violencia interpersonal y autoinfligida en el estado Mérida Una mirada en el umbral del siglo XXI

Violencia interpersonal y autoinfligida en el estado Mérida
Una mirada en el umbral del siglo XXI



Gustavo A. Páez S.
Coordinador Editorial



UNIVERSIDAD
DE LOS ANDES
VENEZUELA



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
Autoridades universitarias

Rector
Mario Bonucci Rossini

• **Vicerrectora Académica**
Patricia Rosenzweig Levy

• **Vicerrector Administrativo**
Manuel Aranguren Rincón

• **Secretario(E)**
Manuel Joaquín Morocoima

SELLO EDITORIAL PUBLICACIONES
DEL VICERRECTORADO ACADÉMICO

• **Presidenta**
Patricia Rosenzweig Levy

• **Coordinadora**
Marysela Coromoto Morillo Moreno

• **Consejo editorial**
Patricia Rosenzweig Levy
Marysela Coromoto Morillo Moreno
Marlene Bauste
María Teresa Celis
Francisco Grisolia
Jonás Arturo Montilva
Joan Fernando Chipia L.
María Luisa Lazzaro
Alix Madrid

COLECCIÓN TEXTOS UNIVERSITARIOS
Ciencias Sociales y Humanidades
Sello Editorial Publicaciones del
Vicerrectorado Académico

Los trabajos publicados en esta colección han
sido rigurosamente seleccionados y arbitrados
por especialistas en las diferentes disciplinas.

COLECCIÓN TEXTOS UNIVERSITARIOS
Ciencias Sociales y Humanidades
Sello Editorial Publicaciones
Vicerrectorado Académico

**Violencia interpersonal y autoinfligida
en el estado Mérida. Una mirada en el
umbral del siglo XXI**
Primera edición digital, 2024

© Universidad de Los Andes
Sello Editorial Publicaciones del
Vicerrectorado Académico
© Gustavo A. Páez S.

Hecho el depósito de ley
Depósito Legal: ME2024000152
ISBN: 978-980-11-2163-3



Corrección de estilo:
Carlos Gregorio Perdomo Ramírez

Diagramación:
Marysela C. Morillo Moreno
Gustavo A. Páez S.

Fotografías de la portada:
Bing Image Creator "Violencia
interpersonal y autoinfligida"
(Microsoft, 2024). Disponible en:
<https://www.bing.com/images/create>

Universidad de Los Andes

Av. 3 Independencia,
Edificio Central del Rectorado,
Mérida, Venezuela.
publicacionesva@ula.ve
publicacionesva@gmail.com
<http://www2.ula.ve/publicaciones>
<http://www2.ula.ve/publicaciones>
<http://www2.ula.ve/publicaciones>
<http://bdigital2.ula.ve/bdigital/>

**Prohibida la reproducción total o
parcial de esta obra sin la
autorización escrita de los autores y
editores.**

Editado en la República Bolivariana de
Venezuela

COLECCIÓN DE TEXTOS UNIVERSITARIOS

Esta colección contempla la edición de
textos académicos que sirven de apoyo
docente en las áreas del conocimiento
existentes en la Universidad: Ciencias
Humanísticas y Sociales, Ciencias
Básicas, Tecnología y Ciencias de la
Salud.

Entre los objetivos específicos de esta
colección resaltan:

- Estimular la edición de libros al
servicio de la docencia.
- Editar la obra científica de los
profesores de nuestra Casa de Estudios.
- Publicar las investigaciones generadas
en los centros e institutos de
investigación.

Hasta ahora, un número considerable
de textos universitarios ha sido
publicado por miembros de nuestra
planta profesoral, obras que han
beneficiado por igual a estudiantes y
docentes, en la búsqueda del
mejoramiento de la calidad de nuestra
educación de pre y posgrado.



UNIVERSIDAD
DE LOS ANDES



PUBLICACIONES
VICERRECTORADO ACADÉMICO



**Violencia interpersonal y autoinfligida en
el estado Mérida**
Una mirada en el umbral del siglo XXI



Mérida, 2024 - Venezuela

**Violencia interpersonal y autoinfligida en
el estado Mérida**
Una mirada en el umbral del siglo XXI

Gustavo A. Páez S.
Coordinador Editorial

COLECCIÓN TEXTOS UNIVERSITARIOS
Ciencias Sociales y Humanidades
Sello Editorial Publicaciones del Vicerrectorado Académico
Universidad de Los Andes

DEDICATORIA

A mi esposa Karina y a mi hija Valeria, mis dos grandes
fuentes de inspiración

ÍNDICE

Prólogo	13
PARTE I	
Violencia interpersonal: cifras, estimaciones y casos emblemáticos	17
Las fluctuaciones de la violencia interpersonal en Mérida <i>Gustavo A. Páez S.</i>	19
Geografía de la violencia en Mérida <i>Gustavo A. Páez S.</i>	49
El homicidio como máxima expresión de violencia interpersonal: comportamiento temporal y espacial en Mérida, período 2001-2020 <i>Gustavo A. Páez S.</i>	71
Mérida: Escenario de violencia y letalidad de cuerpos de seguridad del Estado <i>Gustavo A. Páez S.</i> <i>Karina Rondón V.</i> <i>Nilsa Gulfo</i> <i>Yhimaina J. Trejo U.</i>	103
El rostro infantil y juvenil de la violencia en el estado Mérida <i>Gustavo A. Páez S.</i> <i>Yhimaina J. Trejo U.</i> <i>Karina Rondón V.</i> <i>Nilsa Gulfo</i>	131

El rostro femenino de la violencia y el delito en el estado Mérida <i>Gustavo A. Páez S.</i> <i>Adelfo Solarte</i> <i>Yhimaina J. Trejo U.</i> <i>Karina Rondón V.</i>	155
--	-----

PARTE II

Violencia autoinfligida: cifras y estimaciones

Una aproximación al estudio del suicidio en el estado Mérida, Venezuela [1936-2018] <i>Gustavo A. Páez S.</i> <i>Yhimaina J. Trejo U.</i> <i>Karina Rondón V.</i> <i>Nilsa Gulfo</i>	189
--	-----

Caracterización de la mortalidad diferencial por suicidio en el estado Mérida [2001-2018] <i>Gustavo A. Páez S.</i>	221
--	-----

El suicidio, máxima expresión de violencia autoinfligida: configuración espacial en la ciudad de Mérida, período 2001-2018 <i>Gustavo A. Páez S.</i>	259
---	-----

Una aproximación al estudio del suicidio en Venezuela [1936-2018] <i>Gustavo A. Páez S.</i> <i>Yhimaina J. Urbina T.</i> <i>Karina Rondón V.</i> <i>Nilsa Gulfo</i>	277
---	-----

Violencia autoinfligida en Venezuela en tiempos de crisis humanitaria y pandemia por Covid-19, período 2020-2022
Gustavo A. Páez S. 309

Violencia autoinfligida en niños, niñas y adolescentes venezolanos
Gustavo A. Páez S.
Yhimaina J. Trejo U. 341

PARTE III

Impactos demográficos derivados de la violencia estructural

Descenso de la esperanza de vida en el estado Mérida, Venezuela, en tiempos de crisis humanitaria
Gustavo A. Páez S.
Yhimaina J. Trejo U.
Karina Rondón V. 381

La mortalidad infantil en Venezuela: 30 años de retroceso
Gustavo A. Páez S. 417

Los autores 453

PRÓLOGO

En las conversaciones cultas de café, como en los textos académicos, se repite con sincero afán la idea que la violencia es multidimensional. Y ciertamente es así. Sin embargo, y a pesar del aplaudido consenso, en la realidad son muy pocos los libros que pretenden, y menos todavía los que logran, abordar exitosamente la diversidad de la violencia. Este es uno de esos pocos casos.

El libro *Violencia interpersonal y autoinfligida en el estado Mérida* que nos ofrece Gustavo Páez y su equipo de la Universidad de Los Andes (ULA) aborda la violencia desde múltiples aristas: se ocupa de los homicidios, los suicidios, la violencia hacia los niños y la violencia que sufren e infligen las mujeres, entre otros tipos. El texto se mueve en diferentes escalas geográficas, aunque tiene como eje central el estado Mérida, teje por un lado conexiones con lo nacional, y por el otro con los municipios y las parroquias de la región. Adicionalmente, con su mirada de geógrafo y demógrafo, lleva el análisis de lo social a lo espacial, y no pudiera ser de otro modo, pues las sociedades adquieren vida, se adaptan y transforman en el territorio en el cual producen y reproducen su vida.

Esta obra se constituye en una referencia cuasi obligatoria de consulta para profesionales y cursantes de las carreras de geografía (en el área de geografía de la población y geografía de la violencia), criminología (en las asignaturas donde se aborda el flagelo de la violencia) y sociología (sociología de la violencia), que pretendan

conocer y entender el comportamiento de la violencia interpersonal en el estado Mérida; así como para los de psicología o psiquiatría que se adentren en el campo aproximativo del entendimiento de la violencia autoinfligida desde un ángulo social y geográfico, mas no clínico.

Las investigaciones que se presentan en este libro oscilan de manera permanente entre unas circunstancias que pueden ser atribuidas a lo singular-regional merideño, y otras que pueden achacarse a lo común nacional. Por años, el estado Mérida tuvo una situación muy especial, pues tenía una de las tasas más bajas de homicidios entre las entidades federales del país y, al mismo tiempo, las cifras más altas de suicidios de la nación. Totalmente al contrario de lo que podía encontrarse en los estados del centro-norte costero del país: Aragua, Carabobo y Miranda. Si uno toma los datos compilados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), a comienzos de este siglo, para comparar los homicidios y suicidios en los distintos continentes, uno encuentra que para ese momento Mérida se parecía al comportamiento encontrado en Europa y Asia, con tasas bajas de homicidios y altas de suicidios; mientras que los estados centrales del país se asemejaban a los datos de las Américas en conjunto: pocos suicidios y muchos homicidios.

Lamentablemente, y debido a la tragedia política que le ha tocado vivir al país y la crisis humanitaria que ha ocasionado, las diversas violencias se extendieron por todo el territorio. Mérida dejó de estar en los últimos puestos del *ranking* nacional de homicidios y los estados centrales y orientales vieron con asombro crecer los suicidios en todas las edades.

El empobrecimiento de los trabajadores y la clase media llevó a la incapacidad de acceder a la cesta alimenticia básica y en las familias se observaron conflictos derivados de la competencia por los escasos alimentos disponibles. Aunque la mayoría de las familias han llevado con solidaridad y amor las penurias, en

muchos casos la violencia ha estado presente. La emigración forzada de los padres en busca de un ingreso mínimo en otros países, ha dejado a atrás a sus hijos y si bien las remesas que envían logran paliar el hambre del estómago, no pueden apaciguar el ayuno de afecto que la distancia impone a las familias separadas y la violencia familiar que puede descarrilarse.

La destrucción institucional del país hizo que los mercados ilícitos se expandieran por todo el territorio nacional y llegara al estado Mérida. En la parte baja del estado, allende las montañas, el transporte de las drogas se expandió por las carreteras y puertos de los municipios aledaños al sur del lago de Maracaibo; floreció igualmente el contrabando de gasolina y apareció el tráfico de personas que buscaban salir del país por la frontera colombiana. Todo ello significó prosperidad para unos pocos, y sufrimiento, muertes y miedo para muchos. La violencia no solo ha dejado dolor en las familias y miedo en las personas, sino su impacto ha sido tan fuerte que ha conllevado a una reducción de la esperanza de vida de los venezolanos.

De todo eso y algo más se trata este libro que es el resultado de una pasión individual y de un esfuerzo colectivo. El esfuerzo colectivo corresponde a la red de universidades nacionales, públicas y privadas, que conforman el Observatorio Venezolano de Violencia (OVV) y en el cual la ULA ha sido un actor fundamental. Cumpliendo con la función universitaria de búsqueda incesante de la verdad, los equipos de profesores e investigadores universitarios que integran el Observatorio se han dedicado con rigor académico y responsabilidad profesional a luchar contra la censura que por casi veinte años ha imperado en el país, a enfrentar la desinformación, las verdades oficiales y las *fake-news*, ofreciéndole a la sociedad no sólo las cifras elementales que el Estado le niega, sino una interpretación seria e informada de la triste realidad social de la violencia.

Pero este libro es fundamentalmente el resultado de la pasión intelectual de su autor, de su vocación universitaria y de su empeño por alcanzar la excelencia. Una vocación y una pasión que es todavía más meritoria en el contexto adverso que han tenido las universidades autónomas por la precariedad que le han impuesto las sombras. Las investigaciones que hicieron posible este libro, sus análisis, y su publicación, son un ejemplo de la resiliencia heroica del autor, de los investigadores que lo han acompañado y de las autoridades que lo han apoyado. Un ejemplo vivo de que, temprano o tarde, las universidades siempre vencen las sombras.

Roberto Briceño-León
Caracas, octubre 2023

PARTE I

Violencia interpersonal: cifras, estimaciones y casos emblemáticos

Las fluctuaciones de la violencia interpersonal en Mérida

Gustavo A. Páez S.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002, p. 3) 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”. Según esta organización internacional, la definición abarca la violencia interpersonal y la autoinfligida, así como los conflictos armados.

Comprende también una amplia gama de hechos que van más allá del acto físico para incluir las amenazas e intimidaciones. Además de la muerte y las lesiones, su significado abarca igualmente múltiples secuelas del comportamiento violento, por lo general menos notorias (daños psíquicos, privaciones y deficiencias del desarrollo que comprometen el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades).

En ese sentido, este primer escrito se centra en la descripción y análisis del comportamiento de la violencia interpersonal en el estado Mérida, con base en investigaciones realizadas por el Observatorio Venezolano de Violencia en Mérida (OVV Mérida).

Desde su creación, el OVV Mérida ha ofrecido a la sociedad merideña un balance anual sobre el comportamiento de la violencia en la entidad por medio del conocido Informe Anual Regional de Violencia -expuesto a los medios en ruedas de

prensa-, documento que pretende dar a conocer cada año las distintas manifestaciones de este flagelo que tienen lugar en esta entidad andina. El propósito del seguimiento y estudio de la violencia -bajo criterios y procedimientos científicos- se basa en caracterizar los hechos y su ocurrencia para ofrecer a las autoridades, organizaciones de la sociedad civil y ciudadanía en general; una información amplia y confiable sobre este problema, y generar discusiones y reflexiones en torno a este.

Las cifras que se describen y analizan en este apartado se derivan de los informes elaborados y presentados durante los años 2018-2022, donde para su obtención, se emplearon diferentes fuentes de información y procedimientos metodológicos. Las tasas estimadas de muertes violentas y su descomposición en otras tasas, por una parte, se obtuvieron aplicando el modelo ARIMA (González, 2009) de mejor ajuste a la serie de datos disponible de cifras oficiales no públicas para los años observados¹, y por otra, haciendo uso de las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2013), las cuales fueron ajustadas con la cifras sobre flujo migratorio de venezolanos publicada por la Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela (R4V, s.f.). Los valores absolutos y porcentuales de hechos de violencia interpersonal, provienen del monitoreo de los medios de comunicación de la región, período 2019-2022², es decir, sucesos que fueron conocidos por la sociedad durante cada año del lapso observado. El registro de éstos se realiza mediante un instrumento diseñado con base en los principios de la Clasificación Internacional de Delitos con Fines Estadísticos (ICCS, por sus siglas en inglés) (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2015). Información que es vaciada, tabulada y procesada en el *software* CSPro (United States Census Bureau, s.f.).

¹ Datos de muertes por: homicidios, resistencia a la autoridad y en averiguación.

² Diario Pico Bolívar, Actualidad y Gente, Comunicación Continua, Diario Los Andes, En El Vigía, Frontera Digital, Mérida Digital, Mérida Noticia y @Suresnoticia

La primera parte de este escrito está dedicada a dar una descripción y análisis de las magnitudes de la violencia en la entidad, tomando como base el comportamiento temporal y espacial de las tasas estimadas, mientras que en la segunda se abordan las cifras de violencia interpersonal generadas a partir del monitoreo de los medios.

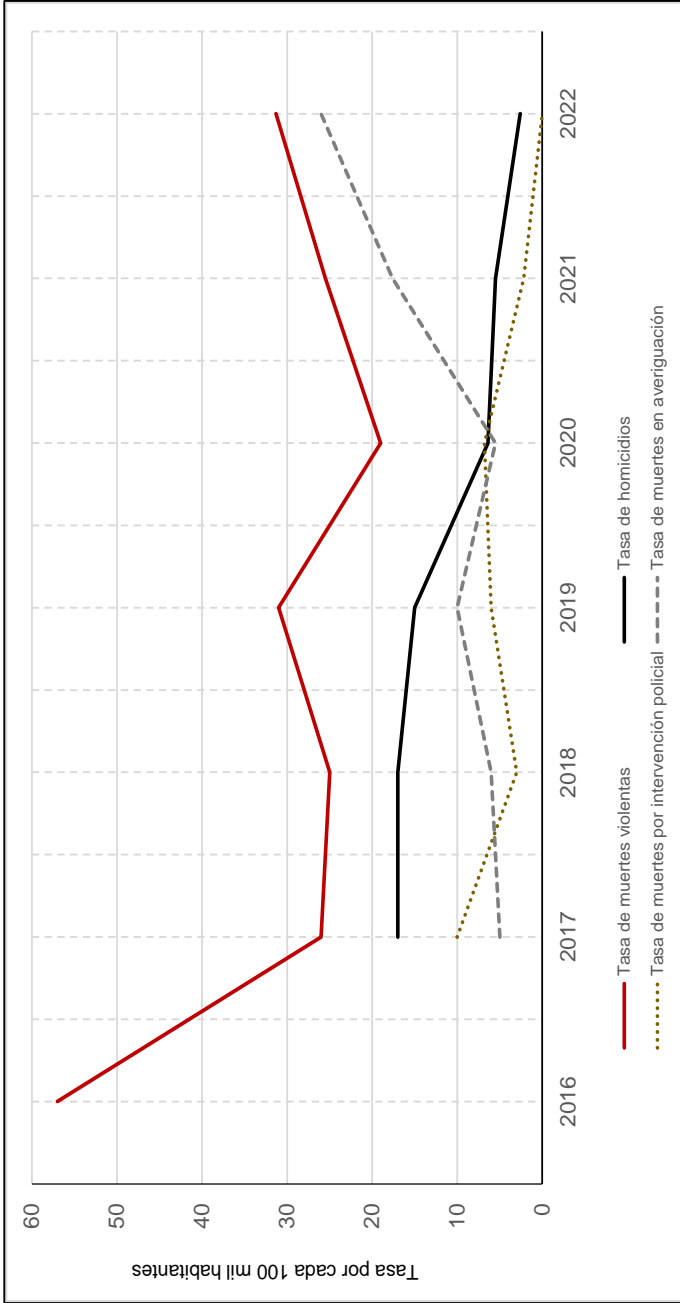
I. Descripción de las magnitudes de la violencia en la entidad

Tasa de muertes violentas: comportamiento temporal

El estado Mérida, entre 2017-2020, se mantuvo en el *ranking* nacional como una de las entidades con menor tasa de muertes violentas de Venezuela (Observatorio Venezolano de Violencia [OVV], 2017, 2018, 2019, 2020), oscilando en los puestos 23 y 24 con valores entre 18 y 31 muertes violentas por cada 100 mil habitantes (en lo sucesivo MV100m/h) (figura 1). En 2021 eso cambió y subió al décimo octavo lugar, propensión al ascenso que también se observó en 2022 al ubicarse en el puesto 14.

En 2021 se estimó la tasa en 25,5 MV100m/h, mientras que para 2022 el indicador arrojó un valor de 31,3 MV100m/h, lo que significa un aumento de 22,7%. Al compararla con la tasa de Venezuela (40,9 MV100m/h), la del país resultó ser 30,7% superior a la de Mérida. Es oportuno señalar, que este indicador se obtiene de la sumatoria de otro conjunto de tasas estimadas por cada 100 mil habitantes: tasa de homicidios, tasa de muertes por intervenciones policiales y tasa de muertes en averiguación; por lo que su comportamiento al ascenso o descenso va a depender, a su vez, del comportamiento específico de estos indicadores (Figura 1).

Figura 1
Comportamiento temporal de la tasa de muertes violentas y de sus tasas componentes, estado Mérida 2016-2022



Fuente: cifras estimadas por la Unidad de Análisis Estadístico del OVV

Es claro que la de homicidios muestra un descenso continuo en los últimos años (2017-2022). Por el contrario, aun cuando la de intervención policial tendió a aumentar un poco hacia 2020, después, entre 2020-2022, declinó tanto que llegó a cero. Entre tanto, la propensión de la de averiguación sí exhibió un ascenso fluctuante, el cual se acentuó desde 2020 y hasta al menos 2022 (ver figura 1).

Conjeturamos que el retroceso continuo de la tasa de homicidios en Mérida, es el resultado de la combinación de varios factores:

(i) La migración hacia el extranjero por efecto de la emergencia humanitaria compleja (CIVILIS, 2017). Se maneja como hipótesis que quizás un número dado de presuntos delincuentes, y de personas dedicadas a actos que están fuera de la ley, decidieron migrar a otros países, pero además personas honestas -que de seguro son la mayoría- también tomaron la misma decisión, lo que disminuye el número de individuos que podrían ser potenciales víctimas de delitos violentos, así como de potenciales victimarios, sobre todo ambos entre los 15 y 40 años, franja modal etaria donde se concentra el grueso de los migrantes (Bermúdez *et al.*, 2018; Mazuera-Arias *et al.*, 2019; Universidad Católica Andrés Bello [UCAB], 2022).

Es posible sostener entonces que: tenemos menos homicidios porque hay menos potenciales víctimas que puedan fallecer por este delito, así como menos potenciales victimarios que cometan homicidios. Como se conoce, la mayoría de las víctimas y victimarios de homicidios también se concentran entre los 15-40 años, pero con mayor fuerza entre los 15-29 (Páez, 2019; Canudas-Romo y Aburto, 2019; Otamendi, 2019). Entonces, la migración no sólo aceleró el proceso de envejecimiento demográfico del país (UCAB, 2019-2020, 2022), sino que, desde el punto de vista de la violencia e inseguridad, podría estar afectando de manera insólita

el comportamiento de la tasa de homicidios de Mérida, y de Venezuela en general, es decir, a la baja de la frecuencia de ocurrencia de estos sucesos. En resumen, se plantea que la “pérdida potencial” de víctimas y victimarios de homicidios por migración, es un factor que incidió en aquella reducción, por lo que no pareciera ser coincidencia la disminución del número de muertes por homicidios en Mérida y el país, sobre todo a partir de 2016, año en el que se acentuó aún más el flujo migratorio de venezolanos hacia el extranjero (OVV, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022).

(ii) El aumento en la entidad, al menos hasta 2020, de las muertes por intervención policial (MIP). Esto lleva a plantear que ocurren menos homicidios porque en los últimos años (2017-2022) murieron tantos victimarios -por diferentes motivaciones- en supuestos enfrentamientos con funcionarios de la fuerza pública, que esto hizo que se redujeran en número.

(iii) La disminución del uso de armas de fuego en la comisión de delitos. En 2018 se registraron 208 delitos cometidos con armas de fuego, 167 en 2019, 60 en 2020 y 54 en 2021, mientras que en 2022 sólo se conocieron 21 casos. Como se conoce, las armas de fuego son más letales que los objetos cortantes y punzantes o que la fuerza física, y en la medida que exista un mayor porte de estas en la población, y sobre todo si es ilícito, y además se usen indiscriminadamente para cometer delitos; en esa medida la probabilidad de que ocurran homicidios se eleva (Spinelli *et al.*, 2015). En Venezuela un elevado número de homicidios se cometen con armas de fuego (Amnistía Internacional, 2018).

(iv) El incremento de las muertes en averiguación. Dentro de esta categoría policial de registro estadístico quedan “ocultos” probables homicidios, lo que lleva a subestimar su ocurrencia (en valores absolutos y porcentuales) y frecuencia (tasas de homicidios).

(v) Desaparición de bandas delincuenciales en las que dentro de sus principales delitos estaba la comisión de homicidios, bien sea por migración de sus miembros hacia el extranjero o por: desmantelamiento de parte de cuerpos de seguridad del Estado, deceso de sus miembros en hechos en intervenciones policiales o en ajuste de cuentas, venganzas o sicariatos; y/o por “migración” de algunos de sus miembros hacia bandas del crimen organizado (cuyo delito principal no es la consumación de homicidios) ubicadas principalmente en estados vecinos (Zulia y Táchira) o hacia la frontera colombo-venezolana (InSight Crime, 2018a; Cancillería de Colombia, 2019).

La importante disminución de la tasa de MIP, quizás se deba a dos razones: (1) La presión ejercida hacia el gobierno nacional de parte de organizaciones e instituciones nacionales e internacionales (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos [ACNUDH], 2019, 2021; OVV, 2019, 2020; Amnistía Internacional, 2021; solo por citar algunos ejemplos recientes), las cuales en los últimos años (2017-2022) han denunciado de manera sostenida, la actuación al margen de la ley de cuerpos de seguridad del Estado venezolano en aras de reducir los índices delictivos en el país. (2) Entre 2017-2022, según nuestros registros, al menos 250 merideños -en su mayoría presuntos delincuentes- fallecieron en supuestos enfrentamientos con funcionarios policiales, situación que reduce la cantidad de potenciales víctimas ante el accionar de los efectivos policiales en operativos de seguridad ciudadana. Es necesario decir que lo precedente condujo al declive de los homicidios cometidos por delincuentes como efecto de actuaciones violatorias de derechos humanos que contravienen la normativa legal, las que son injustificables como medidas públicas para la reducción de este delito (Briceño-León, 2022a).

Es importante acotar que el descenso experimentado en la tasa de homicidios y de MIP, también fue corroborado con el monitoreo realizado a los medios de comunicación, donde se aprecia, en términos generales, que ambos indicadores muestran una caída desde 2018 hasta 2022.

En lo referente al incremento de la tasa de muertes en averiguación, la desidia e incapacidad de las instituciones que les compete tratar e investigar los hechos de muertes violentas; patólogos forenses que, para evitar problemas y no verse inmersos en averiguaciones legales, optan por modificar la causa básica de defunción; o hasta el dictamen de ocultamiento de cifras por órdenes superiores de autoridades gubernamentales; quizás sean algunas de las razones que explican tal ascenso, tendencia que no es exclusiva de Mérida sino que se ha dado en la mayoría de las entidades del país (OVV, 2022).

Extrapolando además lo expuesto por Spinelli *et al.* (2015) en su estudio en Argentina, entre los factores explicativos de ese comportamiento que posiblemente calzan en la realidad venezolana se tienen: (i) el precario funcionamiento de las instituciones médico-legales o morgues judiciales, o su inexistencia en algunos lugares; (ii) la deficiencia en la formación médica para el óptimo registro en los certificados de defunción e informes estadísticos de defunción; (iii) la falta de conocimiento sobre la relevancia de la información y el supuesto compromiso para el médico jurista cuando asigna una circunstancia que podría relacionarse con la causa judicial del fallecimiento, entre otros.

Un elemento a considerar, y sobre todo en el caso particular de Mérida, es que durante décadas ha sido la entidad con la mayor tasa de suicidios del país (Páez *et al.*, 2021a, b). Es así como entre 2012-2018, se observa un crecimiento significativo de casos probables de suicidio dentro de la base de datos de mortalidad de Corposalud Mérida, “escondidos” dentro de la categoría de

Muertes de Intención No Determinada (MIND)³, la cual es muy similar a la de muertes en averiguación, siendo que desde el año 2012 se incrementaron en Mérida los registros de estas muertes (Observatorio de Violencia Mérida [OVV Mérida], 2021).

Lo anterior lleva a conjeturar que dentro de esta última categoría existe –muy probablemente– un buen número de casos de probables suicidios que incrementan la cifra estimada de la tasa. De hecho, Mérida, en 2021, contó con la séptima tasa más elevada de muertes en averiguación del país y, además, fue el estado que exhibió el porcentaje más alto de estos decesos dentro de la totalidad de muertes violentas acontecidas en la entidad (69,2%) (OVV, 2021). Para 2022, se ubicó como la quinta entidad con la mayor tasa de muertes en averiguación (la tasa ascendió 47,7% en relación a 2021), mientras que la importancia porcentual de esos decesos dentro de la globalidad de muertes violentas ocurridas en 2022, subió de 69,2% en 2021 a 90,8% en 2022 (OVV, 2022). En otros términos, de cada 10 muertes violentas que se estimaron en este estado andino, en 9 se desconocía la causa de muerte real según su intencionalidad, es decir, se desconocía si se trató realmente de un homicidio, un suicidio o de un accidente.

Es posible que a todo lo anterior se le añada el hecho de que el Estado, bajo esa categoría de muertes en averiguación, busque ocultar homicidios intencionales acontecidos en procedimientos realizados por cuerpos de seguridad pública, que se traducen en homicidios por el exceso en el uso de la fuerza o por ejecuciones extrajudiciales, lo que también abulta la tasa en cuestión (Briceno-León, 2022a).

³ Son muertes donde la información disponible es insuficiente para que las autoridades médico-legales puedan determinar la intencionalidad, por lo cual no pueden ser clasificadas como homicidios, suicidios, accidentes o bajo otra categoría de causa de muerte (OMS, s.f., CIE-11).

II. Descripción de los eventos de violencia, las cualidades de las víctimas y de los victimarios en la entidad

Durante 2022, producto del monitoreo y registro de noticias provenientes de los medios de comunicación regional, se identificaron un total de 170 delitos de violencia interpersonal que fueron conocidos por la sociedad. Dentro de aquella globalidad de delitos (170), la agresión (30,6%), la violación sexual (14,7%) y los robos (14,1%) mostraron los mayores porcentajes de ocurrencia. Los tres aglutinan 59,4% de todos los delitos conocidos. Luego le siguen el homicidio intencional (13,5%), las amenazas de muerte/agresión, y otras agresiones sexuales (cada delito igualado con 8,2%). Los restantes -tentativa de homicidio, secuestro y coacción- concentran en conjunto 10,7%.

En la tabla 1 se muestra el comportamiento temporal de los diferentes delitos durante el lapso 2019-2022 y, además de ello, se observa una tendencia al descenso en el número total de delitos contabilizados. La caída, si se quiere abrupta entre 2019 y 2020, que rompe con el esquema continuo de disminución, podría -muy probablemente- encontrar su explicación con el decreto de la pandemia y el aislamiento social.

Al decretarse la cuarentena a escala nacional desde mediados de marzo de 2020, en el estado Mérida se observó una aparente disminución de los delitos (homicidios, robos, secuestros, entre otros), sobre todo entre mediados de ese mes y finales de mayo, período donde no hubo una flexibilización oficial de la medida de aislamiento social.

Por más de dos meses esta medida llevó a un control y vigilancia estricta de parte de diferentes organismos de seguridad del Estado, a lo largo y ancho del territorio merideño. Estos se desplegaron en distintos municipios, por lo que no fue fácil para los delincuentes moverse en esos terrenos con el fin de cometer delitos. Los perpetradores de delitos se fueron adaptando a la

nueva situación, tratando de medirle el pulso a todo lo que estaba ocurriendo. Adicionalmente, y desde el ángulo de los medios de comunicación, el confinamiento no les permitió a muchos periodistas salir a cubrir noticias de distinta índole y, entre ellas, de sucesos relacionados con violencia interpersonal, por lo que es probable que esto también redujera la posibilidad de conocer algunos casos que acontecieron.

Tabla 1

Delitos de violencia interpersonal, estado Mérida, período 2019-2022

Delitos	2019		2020		2021		2022	
	Nro de Delitos	%	Nro de Delitos	%	Nro de Delitos	%	Nro de Delitos	%
Homicidio intencional	82	30,0	39	24,2	44	23,2	23	13,5
Tentativa de homicidio intencional	10	3,7	7	4,3	8	4,2	10	5,9
Secuestro	6	2,2	1	0,6	2	1,1	4	2,4
Desaparición forzada	-	-	-	-	1	0,5	0	0,0
Violación sexual	16	5,9	13	8,1	17	8,9	25	14,7
Explotación sexual	-	-	-	-	-	-	0	-
Otras agresiones sexuales	1	0,4	4	2,5	8	4,2	14	8,2
Robo	85	31,1	33	20,5	39	20,5	24	14,1
Agresión (lesiones)	38	13,9	41	25,5	53	27,9	52	30,6
Coacción (incluye extorsión)	7	2,6	9	5,6	2	1,1	4	2,4
Amenaza de muerte/agresión	28	10,3	14	8,7	16	8,4	14	8,2
Total	273	100,0	161	100,0	190	100,0	170	100,0

Fuente: cifras generadas con base en el monitoreo de los medios de comunicación regional

En la medida que se fue flexibilizando el aislamiento social (a partir de junio de 2020), en esa misma medida comenzaron a reseñarse más delitos en los medios de comunicación regional: homicidios, intentos de homicidio, robos, hurtos, entre otros. Esto explica el incremento de las cifras entre 2020-2021.

Lo cierto es que la tendencia general es hacia la disminución del número de delitos de violencia interpersonal reportados por los medios. Es así como las diferentes limitaciones y dificultades que progresivamente vienen afrontando estos últimos tanto en

Mérida como en Venezuela, y por supuesto los periodistas que laboran en ellos –muy probablemente– han restringido la posibilidad de reseñar noticias de delitos violentos y de cualquier otro tipo. Esta menor cobertura periodística ocasiona un mayor subregistro en el monitoreo de casos y en parte puede sustentar aquel descenso. Sin embargo, otros factores pueden tener también un peso relativo importante en esta propensión a la baja: la migración de potenciales víctimas y victimarios al extranjero, y la “migración” de cierto número de ellos hacia el crimen organizado que hace vida en Mérida y en otras partes del país (dedicándose a otros tipos de delitos); el incremento del número de fallecimientos de presuntos delincuentes que consumaban diferentes delitos en enfrentamientos con cuerpos de seguridad del Estado, así como el desmantelamiento de bandas delincuenciales.

Agresión, violación sexual y otras agresiones sexuales

La agresión, durante cuatro años consecutivos, mostró un aparente incremento en sus cifras. En 2019, se identificaron en los medios 38 delitos de este tipo y ocuparon en ese momento el tercer lugar dentro de la totalidad de transgresiones que se registraron ese año (13,9%). Para 2020 se contabilizaron 41 y 53 en 2021, manteniéndose en el primer lugar en ambos años como el delito con más casos, 25,5% y 27,9%, respectivamente. Para 2022 se registraron en Mérida 52 casos, manteniéndose este delito en el primer lugar con 30,6% del total de delitos identificados. Entre tanto, también las cifras recabadas de violaciones sexuales y otras agresiones de esta naturaleza exhibieron un incremento en los últimos años, en conjunto 6,2% (2019), 10,6% (2020), 13,2% (2021) y, en 2022, alcanzaron 22,9% sobre el total de delitos conocidos. Es importante señalar que la mayoría de estos delitos, estuvieron relacionadas con contextos de violencia intrafamiliar, de género y sexual.

El incremento preocupante de los delitos aludidos tuvo como principal víctima a niños, niñas y adolescentes (NNA) con mayor fuerza hacia el sexo femenino. Conjeturamos que el aumento de los casos de agresión en Mérida, durante 2019-2022, es producto de la superposición de la emergencia humanitaria compleja, los efectos sociales de la pandemia y las consiguientes secuelas de la cuarentena, concatenado con el deterioro gestado en la familia como institución y célula fundamental de la sociedad, con una tendencia hacia el aumento de casos de disfuncionalidad y desestructuración.

Muchas mujeres y NNA en 2020, y buena parte de 2021, permanecieron durante mucho tiempo “encerrados” en sus hogares con sus agresores, como consecuencia de la pandemia y la cuarentena. Entonces, la violencia que se instauró en un número de familias merideñas persiste o se agravó en muchas de ellas donde quizás ya desde hace años existía, y en donde además es muy probable que persistan diferentes tensiones en sus hogares que podrían haber exacerbado esta situación de violencia.

Específicamente en lo concerniente a la violación sexual y otras agresiones sexuales, el exceso de confianza que padres, madres y representantes suelen poner sobre los cuidadores de sus hijos y/o hijas, puede ser uno de los factores que explique tal aumento. Quizás, en muchos de estos casos, debido a la plena confianza depositada por padres hacia los cuidadores, no existe ningún tipo de supervisión de parte de estos hacia el adulto que está atendiendo a los NNA, siendo que estas situaciones incrementan la vulnerabilidad y exposición de estas poblaciones vulnerables. En otros casos, los infantes son dejados bajo el cuidado de adolescentes, escenario que también los hace vulnerables frente a la aparición de un tercero (familiar o conocido) que quiera perpetrar algún tipo de delito contra NNA.

Otro factor a tomar en consideración, es la presencia de individuos -familiares o conocidos- con posibles comportamientos que hagan pensar en la existencia de un trastorno mental por consumo de sustancias (alcohol y/o drogas), trastornos de conducta o de tipo sexual, los que en algunos casos llevan a ciertos individuos a consumir delitos sexuales. El OVV Mérida advirtió a la colectividad merideña en varias oportunidades que, dado que las víctimas son principalmente NNA, es urgente que padres, madres y representantes tengan sumo cuidado con quien dejan a sus hijos e hijas y esmeren la vigilancia sobre aquellos adultos y adultos mayores que se vinculan de diferentes maneras con ellos en el seno de las familias, en las comunidades y/o en las instituciones educativas, deportivas o, incluso, religiosas.

Más en detalle, entre otros factores identificados -donde se tienen evidencias- que impulsaron el incremento de la ocurrencia de delitos contra NNA se listan:

- Aumento de la disfuncionalidad familiar con ausencia o poca comunicación entre padres e hijos. Problemas o conflictos familiares o con su cuidador por diferentes motivos.

- Ruptura de la estructura familiar por migración de padres hacia el extranjero (quedando el cuidado y crianza de los NNA a cargo de otros familiares: abuelos, tíos, entre otros) o por aumento de divorcios y/o separaciones de los padres/madres.

- Pandemia y aislamiento social (en 2020 y parte de 2021).

- Los círculos de amistades y de conocidos en ámbitos de relación de NNA (escuela, universidad, instituciones deportivas, religiosas, entre otras).

- Adicción al internet, redes sociales y a los teléfonos inteligentes.

- La crisis del país que ha generado tensiones sobre los padres/madres que, al no ser bien manejadas, algunos padres/madres han volcado sus frustraciones, molestias, etc... sobre los hijos/hijas reprendiéndolos con violencia.

- Aumento de la fecundidad adolescente. Mujeres muy jóvenes y muchas en pobreza, que no tienen la madurez y los recursos necesarios mínimos para criar adecuadamente a un niño/niña.

- Incremento del crimen organizado perpetrando secuestros de menores de edad y trata de menores (por raptó, engaño y fraude) con fines de explotación sexual, laboral o para extracción de órganos.

- La imposición de límites de parte de padres/madres hacia sus hijos, pero con violencia, entre otros factores.

Un análisis más profundo y extenso sobre la violencia de la que son objeto un buen número de NNA merideños, y en general muchos en Venezuela, se discute en Perdomo y Páez (2023).

En términos numéricos, durante el lapso observado (2019-2022), se contabilizaron a través de los medios un total de 151 casos de violencia interpersonal contra NNA, donde el 71% de las víctimas son del género femenino. Un resumen de los diferentes indicadores cuantificados para estos grupos vulnerables se presenta en la tabla 2.

Resalta el hecho de que dentro del total de víctimas identificadas los niños y niñas llevan el mayor peso porcentual, siendo las violaciones sexuales y otras agresiones de esta naturaleza, los delitos más frecuentes que se cometen contra los infantes, aun cuando hay que destacar el homicidio de dos niños: uno de 2 años y otro de 18 meses.

Los adolescentes también en su mayoría son víctima de delitos de tipo sexual. En ambos casos los principales perpetrados de las transgresiones son familiares o conocidos destacándose la fuerza física como el tipo de arma más utilizada en la consumación del delito, en contextos de violencia sexual, de género e intrafamiliar, en ese orden de importancia.

Tabla 2

Delitos de violencia interpersonal contra NNA, estado Mérida, período 2019-2022

		Niños/Niñas		Adolescentes		Total	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Victimarios	Número de victimarios	46	52,3	42	47,7	88	100,0
Víctimas de delitos	Número de víctimas	49	59,0	34	41,0	83	100,0
Víctimas por MIP	Número de Víctimas en MIP	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Víctimas de Muertes Violentas	Número de víctimas por muertes violentas	3	75,0	1	25,0	4	100,0
Víctimas por tipo de delito	Homicidio intencional	3	75,0	1	25,0	4	100,0
	Secuestro	3	50,0	3	50,0	6	100,0
	Violación sexual	21	52,5	19	47,5	40	100,0
	Otras agresiones sexuales	12	63,2	7	36,8	19	100,0
	Agresión	5	55,6	4	44,4	9	100,0
	Amenaza de muerte/agresión	5	100,0	0	0,0	5	100,0
	Total		49	59,0	34	41,0	83
Tipo de arma utilizada para cometer el delito	Fuerza física	31	56,4	24	43,6	55	100,0
	Arma de fuego	2	100,0	0	0,0	2	100,0
	Objeto cortante o punzante	1	50,0	1	50,0	2	100,0
	Ninguna	2	40,0	3	60,0	5	100,0
	Total		36	56,3	28	43,8	64
Relación del victimario con la víctima	Familiar/Conocido	24	63,2	14	36,8	38	100,0
	Funcionario de organismos de seguridad	1	100,0	0	0,0	1	100,0
	Delincuencia común	1	33,3	2	66,7	3	100,0
	Otro	2	50,0	2	50,0	4	100,0
	Total		28	60,9	18	39,1	46
Tipo de victimario conocido	Pareja o expareja	0	0,0	1	100,0	1	100,0
	Padre/Padrastro	11	84,6	2	15,4	13	100,0
	Otro pariente consanguíneo	5	62,5	3	37,5	8	100,0
	Otro miembro del hogar	2	66,7	1	33,3	3	100,0
	Vecino	4	57,1	3	42,9	7	100,0
	Otro transgresor conocido	2	33,3	4	66,7	6	100,0
	Total		24	63,2	14	36,8	38
Móvil	Provecho ilícito	1	50,0	1	50,0	2	100,0
	Basado en el género	18	43,9	23	56,1	41	100,0
	Trastornos de conducta	11	73,3	4	26,7	15	100,0
	Otra motivación	7	77,8	2	22,2	9	100,0
	Total		37	55,2	30	44,8	67
Tipo de Violencia	Violencia Sexual	30	54,5	25	45,5	55	100,0
	Violencia de Género (contra la mujer)	18	41,9	25	58,1	43	100,0
	Violencia intrafamiliar	17	70,8	7	29,2	24	100,0
	Violencia delincencial	1	33,3	2	66,7	3	100,0
	Total		66	52,8	59	47,2	125

Fuente: cifras generadas con base en el monitoreo de los medios de comunicación regional

Robo

El robo, a pesar que entre 2020 y 2021 exhibió un leve repunte en la entidad, por efecto de la flexibilización del aislamiento social por la pandemia, en 2022 las cifras mostraron un descenso en este delito contra la propiedad, al menos en el estado Mérida, y su ocurrencia es muy inferior a los niveles numéricos que se registraron en 2019 y en años anteriores. Esto se explicaría en parte porque quizás un buen número de delincuentes no encuentran muy lucrativo el dedicarse a este tipo de delito, a pesar que en Mérida y en el país se han dado cambios que pudieran impulsar su incremento sostenido (aumento de la pobreza y de la desigualdad social, economía dolarizada y disponibilidad de dinero en efectivo en divisas; viviendas no habitadas debido a que sus dueños se marcharon del país, entre otros). Tal y como se hizo alusión en párrafos precedentes, es posible que muchos de estos delincuentes migraron hacia el extranjero, pero quizás otro buen número “migró” a la delincuencia organizada (más lucrativa y que se dedica a otros delitos) que opera –unos grupos– en municipios de la entidad, otros en municipios de entidades vecinas y un número de organizaciones hacia la cercana frontera colombo-venezolana (InSigth Crime, 2018a; Cancillería de Colombia, 2019; Govea *et. al.*, 2023).

Otro factor que en alguna medida probablemente incidió en la reducción del robo, son los operativos de seguridad ciudadana desplegados por cuerpos de seguridad del Estado donde apprehenden –o dan de “baja” en enfrentamientos– a delincuentes comunes o desmantelan bandas y/o pandillas dedicadas al robo y a otros delitos, situaciones que con cierta frecuencia salen reflejadas en los medios.

Homicidios intencionales y tentativa de homicidio

El homicidio intencional y la tentativa de homicidio, según los medios, continúan mostrando desde 2018 una propensión a la baja en la entidad, lo que es congruente con el declive de la tasa de homicidios estimada. En 2018, se identificaron más de 90 casos de este delito -primer lugar dentro del total de delitos de violencia interpersonal-, luego 82 (2019, segundo lugar) y 39 (2020, segundo lugar). En 2021 se conocieron 44 y, a pesar de que esa cantidad es inferior a la de 2018 o 2019, al cierre del año, las cifras mostraron un cierto ascenso (2020-2021) que cerró alrededor de 12,8%. Durante 2022, solo se registraron 23 casos según los medios, lo que indica que por esta fuente de información de igual modo se identifica una tendencia a la caída de este grave delito, el cual, además, bajó al cuarto lugar en importancia dentro del total de delitos de violencia interpersonal identificados en la entidad. De la misma manera, la tentativa de homicidio exhibió una análoga propensión a la caída entre 2018-2022. Entre tanto, los posibles factores explicativos ya fueron abordados en una sección anterior sobre la disminución de la tasa de homicidios.

Otros delitos

Durante el lapso observado sólo se documentó una desaparición forzada. El caso se trató de una profesora de la Escuela de Artes Escénicas de la Universidad de Los Andes (ULA), la cual fue detenida arbitrariamente en agosto de 2021 en su casa, ubicada en el municipio Libertador, y trasladada dos días después a la sede del Servicio Bolivariano de Inteligencia (SEBIN) en Caracas, conocida como el Helicoide. El Observatorio de Derechos Humanos de la Universidad de Los Andes (ODH-ULA, 2021) denunció este caso como una detención arbitraria y una

desaparición forzada. Asimismo, la organización expuso que este delito es considerado como un crimen de lesa humanidad previsto en el Estatuto de Roma, la Convención Internacional para la protección de todas las personas contra las desapariciones forzadas, la Declaración sobre la protección de todas las personas contra las desapariciones forzadas y la Convención Interamericana sobre desaparición forzada de personas.

En lo que respecta a la extorsión (delito por motivo de provecho ilícito vinculado por lo general a violencia delincriminal pero también perpetrado con frecuencia por organismos de seguridad del Estado) y las amenazas de muerte/agresión (comunes también en contextos de violencia delincriminal pero visibilizadas mayormente en escenarios de violencia intrafamiliar, de género, sexual e infantil y en conflictos interpersonales como las riñas), estos delitos tienen algo en común: subregistro significativo en el número de casos y por tanto sólo una fracción relativamente baja de sucesos llega a ser conocida.

En ambas situaciones la mayoría de las víctimas tienen temor a las represalias que pueda acometer su victimario (o victimarios) por denunciarlo. Son delitos poco declarados por las personas a través de los medios, e incluso, ante las autoridades competentes. Sin embargo, en Mérida durante 2019-2022, documentamos un total de 7 extorsiones y 72 hechos de amenaza de muerte o de agresión.

A manera de ejemplo, en el caso específico de la extorsión, una investigación realizada por InSight Crime (2018b) en la región del Triángulo Norte de Centroamérica (El Salvador, Guatemala y Honduras), reveló que las personas no denunciaban el delito de extorsión por temor a represalias de las bandas delincriminales (pandillas), debido a la posibilidad de que las instancias policiales corruptas dejen filtrar información, o simplemente porque creen que será un esfuerzo inútil, dado que el crimen se ha vuelto tan generalizado que es prácticamente inevitable ser víctimas del

mismo. Otro ejemplo lo representa un estudio hecho en España, donde la extorsión es un tipo de transgresión latente y una de las tipologías con mayor cifra negra. En este país europeo un gran porcentaje de las víctimas de este delito no denuncia los hechos por los riesgos que acarrea (Goicoechea, 2018).

En el caso del secuestro, a pesar de que no son muchos los casos que llegan a conocerse en la entidad, hay que destacar que durante 2019-2022 registramos 13 hechos de este tipo. Luego de mostrar una aparente disminución entre 2019-2020 (de 6 a 1 caso), durante 2021-2022 comenzó a subir este delito (2 en 2021 y 4 en 2022). Al menos en Mérida, hasta el 2022, esa tendencia de aumento parece concordar con el hecho de que esta transgresión disminuyó por la pandemia y la falta de ingresos, pero volvió a aparecer en la clase media debido a la aparición de divisas en el país (Briceño-León, 2022b).

Hallazgos sobre la victimización por género y edad

Desde el punto de vista del género, por primera vez en nuestros registros desde 2019, el masculino dejó de ser la principal víctima de delitos de violencia interpersonal (entre el 54 y 79% eran hombres según el año que se observe). En 2022 eso cambió a 45% hombres versus 55% mujeres, siendo que desde 2019, se aprecia claramente una tendencia progresiva al aumento de la victimización de la mujer. Sobre estos números es importante desagregar la información y prestar atención al tipo de delito, edad de la víctima y relación con los victimarios. Las observaciones de estos datos, durante 2019-2022, permiten presumir que esto tiene conexión principalmente con el incremento detectado –desde 2020– de casos de violencia intrafamiliar, de género, contra NNA y sexual.

En lo que respecta a la edad, se mantuvo la tendencia que las personas de 15 a 39 años son las principales víctimas de delitos; a

pesar de ello, se dio un incremento en el peso porcentual de la victimización de NNA entre 0 y 19 años (24,6% en 2019; 36,5% en 2020; 21,2% en 2021 y 47,5% en 2022).

Más en detalle, se logró conocer información sobre 136 casos de mujeres víctimas de delitos (2020-2022), de las cuales, solo en 99 de ellos, se obtuvo información de la edad, donde los casos mostraron un aparente aumento (42 en 2020; 43 en 2021 y 51 en 2022). Estableciendo un cruce entre los grupos etarios con los que se suele trabajar, llama poderosamente la atención que 62,6% eran niñas menores de 11 años y adolescentes de 12 a 17 al momento de haberse consumado el delito. Continúan las mujeres adultas (30-64 años) con 16,1% y luego las jóvenes (18-24 años) con un peso relativo de 10,1%. Después le siguen las adultas-jóvenes (25-29 años, 9,0%) y finalmente las adultas-mayores (65 años y más, 2,0%).

Otro dato que se logró registrar, en este particular en todas las 136 víctimas conocidas, es el de las formas de violencia contra las niñas y mujeres. En ese sentido, la agresión física ocupó el primer sitio con 32,3%, seguida muy de cerca por las violaciones sexuales (31,6%). En tercer lugar, se ubicaron los actos lascivos (16,1%) y después le siguieron en importancia los femicidios (11%) y otros delitos (acoso sexual, hostigamiento, intento de femicidio, amenaza de agresión y de muerte) que concentran en conjunto el restante 8,8%.

Se identificaron un total de 139 victimarios, de los cuales, solo en 90 de ellos se conoció la edad. En la mayoría de los casos (56,6%) el agresor se encontraba en edades adultas entre los 30 y 64 años, siendo las parejas, exparejas, padres o padrastros, los principales perpetrados de esos delitos (en 50,5% de los casos donde se conoció este aspecto, es decir, en 99). Le continúan otros familiares (15,1%), desconocidos (13,1%), conocidos (13,1%) y vecinos (8%).

En abril de 2020, la OMS alertó sobre el problema de la violencia contra las mujeres y la importante amenaza que supone, analizando cómo la situación de confinamiento debida a la pandemia podría exacerbar los riesgos de aparición de este tipo de violencia (Consejo General de la Psicología de España, 2020). En el mismo sentido, la organización de las Naciones Unidas dedicada a promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres (ONU-Mujeres, s.f.), indicó que desde que se desató la pandemia, informes revelaron que se intensificó todo tipo de violencia contra las mujeres y las niñas, sobre todo, la violencia en el hogar.

En marzo de 2021, los nuevos datos publicados por la OMS demostraron que la violencia contra la mujer continuó siendo un problema generalizado y devastador y que se empieza a sufrir a edades alarmantemente tempranas. Esta organización internacional expuso que muchas mujeres sufren violencia física o sexual infligida por un compañero íntimo o agresiones sexuales perpetradas por otras personas. Advirtió que la pandemia las expuso aún más a conductas violentas a causa de medidas como los confinamientos y las interrupciones de los servicios de apoyo vitales (OMS, 2021).

En relación a la violencia contra NNA, la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y las Unidades de Alianzas Públicas y de Protección de la Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); expusieron que durante la crisis por la pandemia factores como las limitaciones de la actividad económica, el cierre de las escuelas, el acceso reducido a los servicios de salud y el distanciamiento físico podrían incrementar la vulnerabilidad y exposición en la infancia y adolescencia a la violencia, y otras vulneraciones a los derechos de NNA (CEPAL - UNICEF, 2020).

En definitiva, los hallazgos expuestos según el género y la edad son concordantes con las advertencias indicadas por la OMS, ONU-Mujeres y la CEPAL-UNICEF relacionadas con el incremento de la violencia contra las mujeres y niños/niñas durante la pandemia.

Otros indicadores de interés de la violencia interpersonal

Según los tipos de victimarios de delitos, se observó en el lapso estudiado que la delincuencia común perdió peso progresivamente. En 2019, del total de casos donde se conoció esta variable, este tipo de victimarios concentró el 54,3%. Luego, en 2020, subió un poco su peso porcentual (a 55,5%), para después descender a 44,4% y 36,2%, en 2021 y 2022, respectivamente. Por el contrario, los familiares y conocidos escalaron posiciones. En 2019 estos concentraron sólo 22,2% del total de casos donde se conoció esta variable, pero, en los sucesivos, sus valores aumentaron: 34,5% (2020), 41,5% (2021) y 50,9% (2022), desplazando al segundo puesto en este último año a la delincuencia común. Estos últimos, en conjunto con los familiares y conocidos, aglutinan más del 83% de los victimarios que consumaron delitos de violencia interpersonal en el estado Mérida (2019-2022). La tendencia de aumento en el número de victimarios familiares y conocidos, podría guardar relación con el aumento de casos de violencia intrafamiliar, contra NNA, de género y sexual.

Por su parte, los funcionarios de cuerpos de seguridad del Estado, también perdieron peso relativo desde 2019. Es decir: 10,7% (2019), 5,9% (2020), 2,8% (2021) y 1,7% (2022). El declive en los números de estos victimarios y de la delincuencia común, se conecta con los factores esbozados en la explicación de la disminución de los casos de homicidios intencionales y de las MIP.

En lo atinente al tipo de arma utilizada para cometer delitos, se obtuvo que, de la totalidad de transgresiones registradas donde se logró identificar este aspecto, el uso de la fuerza física ganó terreno entre 2019-2022, puesto que estuvo presente en 22,5% del total de delitos registrados en 2019, mientras que en 2022 esa cifra subió a 49,3% de los casos, quedando las armas de fuego desplazadas al segundo puesto a partir de 2021, las cuales, descendieron de 62,5% en 2019 a 13,8% en 2022 sobre el total de delitos registrados.

Los objetos cortantes y punzantes también subieron sus cifras y se ubicaron en segundo lugar en 2022 (en 2019 su peso relativo sobre el total de delitos fue de 10,5%, en 2022 ascendió a 27%), siendo que en años anteriores siempre se mantuvieron en tercer lugar. La aparente baja en el empleo de armas de fuego en la comisión de delitos, podría estar relacionada con los factores que explican la disminución de los homicidios intencionales en la entidad (que es el delito que más se comete con este tipo de arma) y esto, a su vez, relacionado con el actual costo elevado de las armas y municiones, lo que estaría conduciendo a muchos delincuentes a utilizar objetos cortantes y punzantes. El incremento en el uso de la fuerza física es otra variable que se intuye se vincula con el ascenso de la violencia intrafamiliar, de género, contra NNA y la sexual, concatenado todo esto con la superposición de la emergencia, la pandemia y sus secuelas.

Conclusiones

Los resultados indican que el estado Mérida en 2022, al igual que en 2021, aumentó de nuevo su tasa de muertes violentas. Por segunda vez en los últimos 6 años (2017-2022), se alejó unos cuantos peldaños del último o penúltimo puesto del *ranking* nacional, posiciones que ocupó entre 2017-2020 e incluso en tiempos anteriores (por ejemplo, en 2012; OVV, 2012), que durante

años condujeron a calificarlo como un territorio -o uno de los territorios- “menos violentos” del país. No obstante, la tasa de 2022 sigue siendo inferior o muy similar a otras estimadas en años anteriores (57 MV100m/h en 2016, Crespo, 2019; o 31 MV100m/h en 2019, OVV, 2019).

El aumento de este indicador durante el lapso analizado, fue consecuencia del importante incremento que experimentó la tasa de muertes en averiguación, en donde quedan “ocultos” probables casos de homicidios y suicidios. De allí que hay que señalar dos aspectos: el primero, es que aunque la tasa de homicidios de Mérida descendió por sexto año consecutivo, planteamos que es muy probable que la cifra estimada de este indicador esté por debajo de su número más próximo a la realidad, lo que quizás también podría estar ocurriendo con la de MIP; sin embargo, la caída de la tasa de MIP es consecuencia de la fuerte presión ejercida por organizaciones e instituciones nacionales e internacionales hacia el Estado y sus cuerpos de seguridad. Segundo, además es muy probable que en buena medida el incremento de las muertes en averiguación se haya dado por un aumento de casos de presuntos suicidios no esclarecidos.

Dentro del panorama que revela la contabilidad y procesamiento de los delitos conocidos por la sociedad a través de los medios, persiste el aumento de delitos como la agresión, violación sexual y otras agresiones sexuales, y esto guarda estrecha relación con el incremento de varios tipos de violencia: intrafamiliar, contra NNA, sexual y de género (específicamente contra la mujer); y con el aumento que exhibieron otros indicadores en números absolutos de casos y en peso porcentual: víctimas en edades entre 0-19 años y principalmente del sexo femenino trasgredidos por diferentes delitos; victimarios familiares o conocidos y uso de la fuerza física.

Los delitos de homicidio, tentativa de homicidio y robo disminuyeron durante el tiempo analizado, los que por lo general están asociados fundamentalmente a violencia delincriminal común (y en algunos casos a organizada), tipo de violencia que declinó en importancia.

En resumen, en Mérida se incrementó la tasa de muertes violentas y la entidad dejó de estar entre las menos violentas del país como consecuencia principalmente del aumento de las muertes en averiguación. Se aprecia una mutación en los patrones de violencia en el estado durante 2018-2022. Los delitos más graves como homicidios y tentativa de homicidios, incluso los robos, descendieron en sus números, trasgresiones asociadas esencialmente a violencia delincriminal común; pero se incrementaron las agresiones y delitos de naturaleza sexual sobre todo en el ámbito de relación familiar siendo los niños, niñas y adolescentes las principales víctimas; mientras la violencia policial/militar perdió peso considerable en la entidad, hecho reflejado en la disminución de muertes por intervenciones policiales.

Referencias

- Amnistía Internacional. (2018). *Esto no es vida. Seguridad ciudadana y derecho en Venezuela*. <https://n9.cl/k4909>
- Amnistía Internacional. (2021). *Venezuela: los derechos humanos salen perdiendo mientras prevalece la impunidad*. <https://n9.cl/72kfg>
- Bermúdez, Y., Mazuera-Arias, R., Albornoz-Arias, N. y Morffe, M. (2018). *Informe sobre la movilidad humana venezolana. Realidades y perspectivas de quienes emigran*. Servicio Jesuita a refugiados Venezuela, UCAT, Universidad Simón Bolívar, Entreculturas, Migración Colombia. <https://n9.cl/glzuv>
- Briceño-León, R. (Ed.) (2022a). *Tanatopolítica en Venezuela. Sicariato de estado y derechos humanos*. Editorial Alfa. <https://n9.cl/g96w7>

- Briceño-León, R. (2022b). *Delincuencia ¿vuelve a notarse? / Entrevistado por Shirley Varnagy*. Radio Onda La Superestación. <https://n9.cl/p85vf>
- Cancillería de Colombia. (2019). *Grupos armados ilegales y su relación con el régimen venezolano*. <https://n9.cl/2o4xk>
- Canudas-Romo, V. y Aburto, J. (2019). Youth lost to homicides: disparities in survival in Latin America and the Caribbean. *BMJ Glob Health*, 4: e001275. <https://n9.cl/3d8ng>
- CIVILIS. (2017, 09 de octubre). *Las emergencias humanitarias complejas son de carácter político*. <https://n9.cl/kh9ge>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2020). *Violencia contra niñas, niños y adolescentes en tiempos de COVID-19*. <https://n9.cl/3e1u0>
- Consejo General de la Psicología de España. (2020). *La OMS alerta de un incremento de la violencia contra las mujeres y sus hijos/as durante la pandemia por COVID-19*. <https://n9.cl/yz7eg>
- Crespo, F. (2019). La situación de violencia e inseguridad ciudadana en el estado Mérida. En R. Briceño-León, A. Camardiel, y G. Perdomo. (Eds.), *Los nuevos rostros de la violencia. Empobrecimiento y letalidad policial* (pp.193-216). Editorial Alfa. <https://n9.cl/f7ioc>
- Goicoechea, M. (2018). *La extorsión, un estudio de la fenomenología y la psicopatología*. Universidad de del país Vasco, Facultad de Derecho. <https://n9.cl/touw2>
- González, M. (2009). *Análisis de series temporales: Modelos ARIMA*. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad del País Vasco. <https://n9.cl/37x8r>
- Govea, J., Castellano, A., Rujano, R. y Salas, J. (2023). Los grupos armados no estatales: pérdida de soberanía, impunidad y usurpación de territorios zulianos. En R. Briceño-León y G. Perdomo. (Eds.), *La Gobernanza Criminal y el Estado* (pp. 123-150). Editorial Alfa.
- InSight Crime. (2018a). *Venezuela: ¿un estado mafioso?*. <https://n9.cl/xirr5>
- InSight Crime. (2018b). *Subregistro de extorsiones estimula este delito en México y en toda Latinoamérica*. <https://n9.cl/3mmf1>

- Instituto Nacional de Estadística. (2013). *Proyecciones de población con base al censo 2011*. <https://n9.cl/iy6s3>
- Mazuera-Arias, R., Albornoz-Arias, N., Morffe, M. Ramírez-Martínez, C. y Carreño-Paredes, M. (2019). *Informe sobre la movilidad humana venezolana. Realidades y perspectivas de quienes emigran*. Servicio Jesuita a refugiados Venezuela, Fundación Centro Gumilla, UCAT, UCAB, Odisef, USB. <https://n9.cl/iub1i>
- Observatorio de Derechos Humanos de la Universidad de Los Andes. (2021). *Boletín andino de derechos humanos N° 111*. <https://n9.cl/uzek3>
- Observatorio Venezolano de Violencia. (2012). *Informe anual de violencia 2012*. <https://n9.cl/9st8k>
- Observatorio Venezolano de Violencia. (2016). *Informe anual de violencia 2016*. <https://n9.cl/8u8uv>
- Observatorio Venezolano de Violencia. (2017). *Informe anual de violencia 2017*. <https://n9.cl/x3107>
- Observatorio Venezolano de Violencia. (2018). *Informe anual de violencia 2018*. <https://n9.cl/ogpcv>
- Observatorio Venezolano de Violencia. (2019). *Informe anual de violencia 2019*. <https://n9.cl/5zpyp>
- Observatorio Venezolano de Violencia. (2020). *Informe anual de violencia 2020*. <https://n9.cl/vi4zx>
- Observatorio Venezolano de Violencia. (2021). *Informe anual de violencia 2021*. <https://n9.cl/i91vt>
- Observatorio Venezolano de Violencia. (2022). *Informe anual de violencia 2022*. <https://n9.cl/xgpdf>
- Observatorio Venezolano de Violencia Mérida. (2021). *Homicidios en el estado Mérida: comportamiento temporal y espacial durante el período 2001-2020*. <https://n9.cl/kwj0v>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2015). *Clasificación internacional de delitos con fines estadísticos (versión 1.0)*. <https://n9.cl/2oddbx>
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2019). *Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la situación de los derechos humanos en la República Bolivariana de Venezuela*. <https://bit.ly/2XqwaXh>

- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2021). *Situación de los derechos humanos y la asistencia técnica en la República Bolivariana de Venezuela: Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos*. <https://n9.cl/ow890>
- Organización de las Naciones Unidas Mujeres. (s.f.). *La pandemia en la sombra: violencia contra las mujeres durante el confinamiento*. <https://n9.cl/r2eo>
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión*. <https://n9.cl/ktu3o>
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. <https://n9.cl/xsew5>
- Organización Mundial de la Salud. (2021, 09 de marzo). *La violencia contra la mujer es omnipresente y devastadora: la sufren una de cada tres mujeres*. <https://n9.cl/i92f>
- Otamendi, M. (2019). “Juvenicidio armado”: homicidios de jóvenes y armas de fuego en América Latina. *Salud Colectiva*, 15, 1-16. <https://n9.cl/kxkti>
- Páez, G. (2019). El impacto de los homicidios en la composición por edad y sexo de la población de Venezuela. En R. Briceño-León, A. Camardiel y G. Perdomo. (Eds.), *Los nuevos rostros de la violencia. Empobrecimiento y letalidad policial* (pp. 123-150). Editorial Alfa. <https://n9.cl/f7ioc>
- Páez, G., Trejo, Y., Rondón, K., y Gulfo, N. (2021a). Una aproximación al estudio del suicidio en Venezuela. *URVIO, Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad*, (31), 90-108. <https://n9.cl/guhr7>
- Páez, G., Trejo, Y., Rondón, K., y Gulfo, N. (2021b). Una aproximación al estudio del suicidio en Mérida Venezuela. *Revista Geográfica Venezolana*, 62(2), 330-347. <https://n9.cl/uvaim>
- Perdomo, G. y Páez, G. (2023). (Eds.). *Violencia contra la niñez y la juventud en Venezuela. Víctimas ignoradas e invisibles*. Editorial Alfa. <https://n9.cl/szehx>
- Plataforma Regional de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela. (s.f.). *Refugiados y migrantes de Venezuela*. <https://n9.cl/cz4b4>

- Spinelli, H., Santoro, A., Guevel, C. y Alazraqui, M. (2015). Tendencia temporal de la mortalidad por armas de fuego en Argentina, 1980-2012. *Salud colect*, 11(2), 151-176. <https://n9.cl/y09d7>
- United States Census Bureau. (s.f.). *Census and Survey Processing System (CSPRO)*. <https://n9.cl/yo5l9>
- Universidad Católica Andrés Bello. (2019-2020). *Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2019-2020*. <https://n9.cl/h10hy>
- Universidad Católica Andrés Bello. (2022). *Condiciones de vida de los venezolanos, ENCOVI 2022*. <https://n9.cl/rmz76>

Geografía de la violencia en Mérida

Gustavo A. Páez S.

A modo de introducción

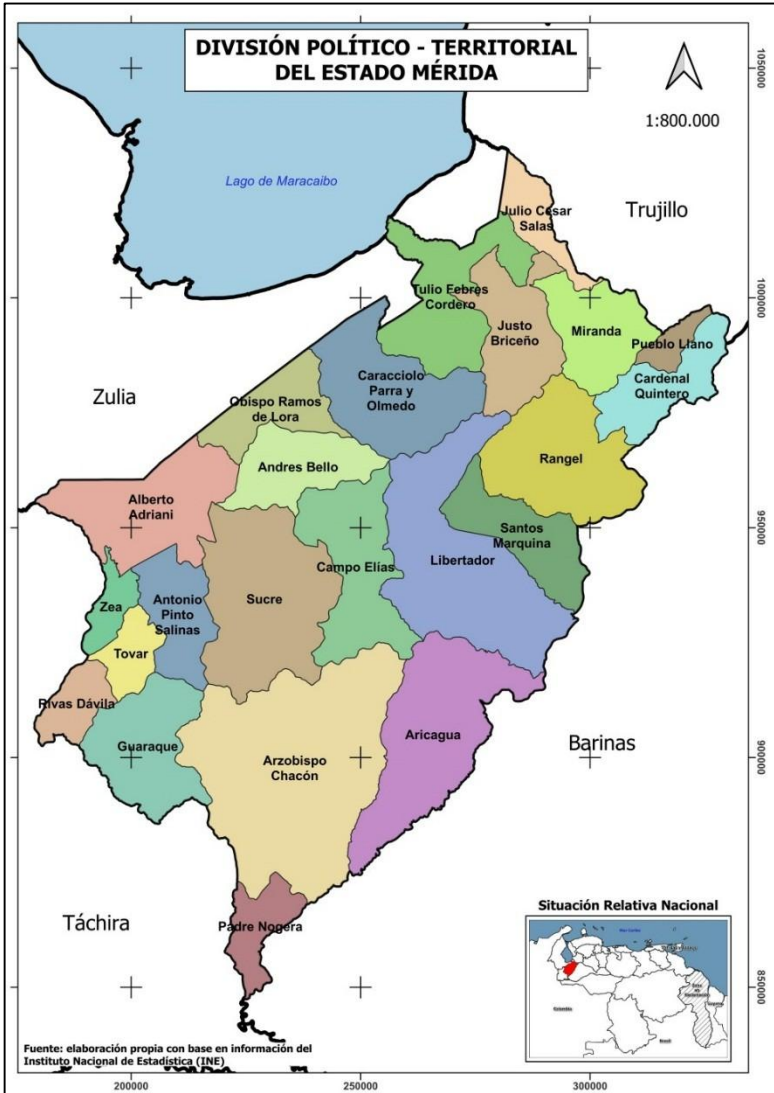
Las cifras de valores absolutos, porcentajes y tasas expuestas en el apartado anterior, representan los valores e indicadores generales que exhibe la violencia en el estado Mérida a través de sus diferentes rostros. Pero a lo interno de la entidad, es lógico esperar una variabilidad del fenómeno, áreas con mayores niveles de violencia en comparación con otras. Es así como el presente escrito pretende dar a conocer los diferentes patrones espacio-territoriales de la violencia interpersonal según los municipios que conforman el estado, así como mostrar las discrepancias entre el ámbito rural y el urbano, y entre las cinco regiones en las que se suele dividir Mérida. Los indicadores aquí presentados surgen del empleo de las mismas fuentes y procedimientos metodológicos indicados en el primer capítulo de esta obra.

El estado Mérida está conformado por 23 municipios (mapa 1), los cuales se muestran con su respectiva población en la tabla 1, donde para efectos de este trabajo 17 son rurales y 6 son urbanos.

Según las últimas proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2013a), calculadas con base en el Censo de Población y Vivienda del año 2011, en 2023 la entidad debería contar con 1.109.960 habitantes. No obstante, es muy probable que ese “pronóstico” no se acerque a la realidad. Esto debido a que las proyecciones del INE se hicieron en función de una realidad demográfica muy distinta a la vivida en los últimos años en Mérida y en el país, con el surgimiento de la emergencia humanitaria compleja (CIVILIS, 2017).

Mapa 1

División político-territorial del estado Mérida



Fuente: elaboración propia con base en información del INE (2013b)

Tabla 1
Población según municipios, estado Mérida 2021

Municipio	Población	% sobre el total	Categoría
Alberto Adriani	137.675	15,6	Urbano
Andrés Bello	14.203	1,6	Rural
Antonio Pinto Salinas	24.188	2,7	Rural
Aricagua	4.202	0,5	Rural
Arzobispo Chacón	12.971	1,5	Rural
Campo Elías	110.163	12,5	Urbano
Caracciolo Parra y Olmedo	27.767	3,1	Rural
Cardenal Quintero	9.539	1,1	Rural
Guaraque	9.023	1,0	Rural
Julio César Salas	14.500	1,6	Rural
Justo Briceño	4.911	0,5	Rural
Libertador	249.831	28,3	Urbano
Miranda	22.664	2,5	Rural
Obispo Ramos de Lora	24.804	2,8	Rural
Padre Noguera	3.207	0,4	Rural
Pueblo Llano	10.885	1,2	Rural
Rangel	19.378	2,2	Rural
Rivas Dávila	20.662	2,3	Rural
Santos Marquina	19.656	2,2	Urbano
Sucre	59.213	6,7	Urbano
Tovar	37.827	4,3	Urbano
Tulio Febres Cordero	33.309	4,3	Rural
Zea	11.277	1,3	Rural
Total	881.855	100	---

Fuente: datos de población tomados de la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB, 2021); cálculos propios de los porcentajes

Para reforzar lo anterior, es necesario puntualizar que, en Venezuela, no existen estimaciones y proyecciones de población actualizadas y ajustadas a los cambios demográficos experimentados en los últimos 10 años por la sociedad venezolana. Específicamente durante el período 2014-hasta el presente (2024), la población del país y la de todas sus entidades federales, se ha visto modificada (descenso numérico), en primer lugar, por el

masivo flujo migratorio hacia el extranjero sucedido en todo el país y de magnitudes nunca antes vistas (Plataforma Regional de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela [R4V], s.f. En segundo, por el incremento de la mortalidad, aspecto que ha sido estudiado en investigaciones recientes (Correa, 2017, 2018; Páez, 2018, 2019, 2023; solo por citar algunos ejemplos) y, en tercer lugar, por la continua caída de la fecundidad, descenso que ya se venía dando en el país, y en todas las entidades a diferentes ritmos, desde aproximadamente mediados de los años 60 del siglo XX (Bolívar, 2008). De allí que todo esto condujo a adoptar las estimaciones más recientes realizadas por la UCAB (2021), que se ajustan más a la realidad actual (ver tabla 1) puesto que estas sí toman en cuenta los cambios demográficos experimentados por la población venezolana en los últimos años.

Por otro lado, para definir y diferenciar un área urbana de una rural existen criterios distintos, por ejemplo, el INE, en Venezuela, utiliza el criterio cuantitativo o estadístico para hacer esta diferenciación. Este criterio se basa en establecer un número específico de habitantes a partir del cual se determina si un centro poblado es urbano o rural, esto en función del tamaño de su población; valor-criterio que varía entre países. En nuestro país dicho criterio establece que todo centro poblado de menos de 2.500 habitantes es considerado rural, mientras que aquellos que cuenten con 2.500 y más habitantes se consideran urbanos.

Si se toma en cuenta el criterio estadístico mencionado y empleando la población del último censo de población y vivienda levantado en Venezuela (año 2011), la mayor parte de la población de los municipios del estado Mérida vive en centros poblados de 2.500 y más habitantes, por tanto, la mayoría de estos caerían dentro de la categoría de urbanos. En la práctica, se sabe que existen otras características específicas y criterios que permiten realizar una diferenciación más adecuada, funcional y acertada,

que vaya mucho más allá de considerar sólo el tamaño de la población. Es por ello que en esta investigación se tomaron en cuenta tres criterios: i) económico; ii) funcional y iii) sociológico.

Según Faiguenbaum (2011), el criterio económico se basa en considerar el tipo de actividades económicas predominantes. En ese sentido, se define a las áreas rurales como aquellos espacios que carecen del desarrollo de actividades productivas del sector secundario y terciario, es decir, son áreas donde predominan las formas de producción agrícola o primaria. Por otra parte, el mismo autor señala que el criterio funcional se fundamenta en identificar el tipo de funciones que se realizan, caracterizando como rural aquellas áreas o espacios que no cumplen con cierto tipo de funciones y que son típicas de áreas urbanas como: trazado de calles, avenidas y manzanas, equipamiento básico, infraestructura de tipo urbano (edificios, centros comerciales, etc.), servicios públicos especializados, entre otros.

El sociológico consiste en diferenciar las áreas rurales de las urbanas por el tipo de relaciones sociales primarias y secundarias que se establecen entre las personas. Generalmente en el ámbito urbano existe un predominio de relaciones secundarias e impersonales, mientras que, en el ámbito rural, sucede todo lo contrario, predominan las relaciones de tipo primarias (Capel, s.f). Las relaciones de tipo primarias suelen ser de carácter íntimo (lazos afectivos y familiares estrechos, donde domina además del parentesco la hermandad, solidaridad y la endogamia), para que se establezcan requieren más tiempo y contacto con las personas lo que genera lazos más estrechos de filiación, mientras que las relaciones secundarias son más superficiales, y suelen establecerse por las funciones que las personas desempeñan en su vida cotidiana (Tapia y López, 2015).

Al hacer el cruce de los tres criterios considerados y colocar la lupa a cada territorio municipal, y con base en el conocimiento previo de los municipios y la descripción planteada por Méndez

(2003, 2011); se estableció la diferenciación entre municipios rurales y urbanos exhibida en la tabla 1 anteriormente reseñada. Entonces, los rurales se caracterizan por ser territorios donde predominan las actividades económicas propias del sector primario (agricultura y ganadería en este caso), cumplen funciones características de áreas rurales ligadas a las actividades económicas antes aludidas (por ejemplo: agrocomercios), y además son espacios donde prevalecen las relaciones sociales primarias sobre las secundarias, además, en muchos de ellos se practica la endogamia.

Por el contrario, en los urbanos, las actividades económicas predominantes están asociadas al sector terciario de la economía (servicios y comercios diversos y especializados, financieras, educativas y de salud a distintos niveles, entre otras) y en menor medida con el secundario, donde se desarrollan funciones propias de áreas urbanas y las relaciones sociales que dominan son las secundarias.

Configuración espacio-territorial de la tasa de muertes violentas según municipios

En este punto es oportuno señalar que los municipios fueron clasificados en dos grupos: (1) territorios con 20 o más muertes violentas que muestran tasas desde el punto de vista estadístico confiables y estables cuyos resultados reflejan la realidad imperante en los municipios; y (2) territorios con menos de 20 muertes violentas, entidades municipales en la que las tasas son inestables y, por tanto, los resultados no son confiables (Anderson *et. al.*, 2004; OVV, 2022).

El primer grupo está conformado por Libertador (41,4 muertes violentas por cada 100 mil habitantes, en lo sucesivo MV100m/h), Campo Elías (20,4 MV100m/h) y Alberto Adriani (20,0 MV100m/h), y solo en estos tres acontecieron 60,2% del total

de muertes violentas estimadas en la entidad para 2022. Al comparar estas cifras con las de 2021, se aprecia un aumento en la tasa de muertes violentas de los dos primeros (en 72,5% y 70,0%, respectivamente) y una disminución en ese indicador en el tercero (-23,0%). Más en detalle, la tasa de homicidios descendió en Alberto Adriani y Libertador, mas no en Campo Elías, mientras que la tasa de muertes por intervención policial (MIP) cayó en los tres. Por su parte, la de averiguación, aumentó en las tres entidades municipales, y esta última es la causante del incremento general de la tasa de muertes violentas en los dos primeros municipios aludidos.

Planteamos que la tasa de muertes en averiguación ascendió en los tres municipios, a razón del probable aumento de los casos de muertes por suicidio no esclarecidas. Esto, además, podría sustentarse por el hecho de que las estimaciones estadísticas de estas últimas muertes son superiores a las de homicidios y de MIP en los tres territorios (tabla 2). Una situación similar se observa en los registros obtenidos del monitoreo de los medios de comunicación, donde los casos de suicidios identificados superan o igualan, según sea la comparación, a las otras dos categorías.

Tabla 2

Casos estimados y conocidos de homicidios, MIP y de muertes por suicidio

Municipio	Homicidios estimados	MIP estimadas	Suicidios estimados	Homicidios conocidos por los medios	MIP conocidas por los medios	Muertes por suicidios conocidas por los medios
Alberto Adriani	7	0	8	6	0	6
Campo Elías	6	0	7	5	0	4
Libertador	5	0	27	4	0	18

Fuente: cifras estimadas por la Unidad de Análisis Estadístico del OV; medios de comunicación regional

La disminución de la tasa de homicidios y de MIP en Alberto Adriani y Libertador, es probable que obedezca a la misma combinación de factores planteados en la disminución de esas tasas en la entidad merideña, punto abordado en párrafos precedentes. En el caso particular de Campo Elías, el aumento de los homicidios obedeció a la ocurrencia de conflictos interpersonales, detonados en su mayoría por riñas y casos de venganza.

Estos tres municipios en los últimos años (2018-2022) siempre mostraron las tasas de muertes violentas más elevadas de Mérida. Los factores causales que sustentan los mayores niveles de estas tasas en estos municipios son los siguientes: (i) en esos territorios se concentra cerca del 60% de la población total de la entidad, lo que se traduce desde el punto de vista estadístico, en un mayor número potencial (probable) de víctimas y victimarios de muertes violentas bajo ciertas condiciones sociales; (ii) en estas áreas acontecen más del 60% del total de homicidios, MIP y muertes en averiguación que se registran en la entidad; (iii) al menos 75% de las bandas delictivas identificadas que delinquen en el estado, tienen su centro de operaciones en esos municipios, las cuales, dentro de los principales delitos que cometen, se encuentran los homicidios por móviles como: provecho ilícito, ajuste de cuenta, venganza o por sicariato; y (iv) más del 75% de los delitos de violencia interpersonal que se registran por medio de la revisión de los medios de comunicación regional, ocurren en estas tres áreas.

Ahora bien, a lo interno de Mérida aquellos tres municipios resaltan como los “más violentos”, no obstante, para tener una idea de cuan violentos (o no) resultan ser en realidad, es necesario establecer una comparación con los tres más violentos de todo el país. Durante el período observado (2018-2022) el municipio El Callao del estado Bolívar, se mantuvo como el más violento del

país, con tasas que superan las 400 MV100m/h. En los primeros lugares de los municipios más violentos de Venezuela también ha sobresalido Andrés Bello (estado Trujillo) con tasas superiores a 300 MV100m/h y La Cañada de Urdaneta con más de 200 (estado Zulia), entre otros que también exhiben valores elevados en el indicador superiores a 100 o 200 MV100m/h. Como se aprecia, las tasas de estos municipios, dependiendo del año que se analice, son entre 5, 10 o más veces las de Libertador, Alberto Adriani o Campo Elías. En otras palabras, si bien es cierto estos tres últimos territorios son los que presentan las tasas más elevadas dentro del contexto de Mérida, también es cierto que están muy alejados de los niveles de violencia alcanzados por los municipios más violentos del país. Por ejemplo, como dato complementario, en 2020 Alberto Adriani se ubicó en el puesto 133 dentro del *ranking* de los 335 municipios que existen en el país, Campo Elías de 199 y Libertador en el 207.

Los municipios que integran el segundo grupo⁴, todos presentan tasas inestables y poco confiables. Esto debido a la relativa poca ocurrencia de muertes violentas que siempre exhibieron durante el lapso analizado (de 1 a 15 muertes según las cifras estimadas entre 2018-2022) relacionadas con bajos tamaños poblacionales, en su mayoría ámbitos rurales con menos de 30 mil habitantes; lo que ocasiona que muchas de estas áreas ostenten tasas en apariencia elevadas o que figuren como “territorios violentos”. Esto explica el por qué, tanto en 2022 como en años anteriores (2017-2021), algunos de estos municipios mostraron tasas que parecían ser altas, mientras que en otros años -cuando en algunos se registró una, dos o ninguna muerte- exhibieron tasas muy bajas o iguales a cero. Estos aspectos deben ser tomados en

⁴ Conformado por: Andrés Bello, Antonio Pinto Salinas, Aricagua, Arzobispo Chacón, Caracciolo Parra y Olmedo, Cardenal Quintero, Guaraque, Julio César Salas, Justo Briceño, Miranda, Obispo Ramos de Lora, Padre Noguera, Pueblo Llano, Rangel, Rivas Dávila, Santos Marquina, Sucre, Tovar, Tulio Febres Cordero y Zea.

cuenta en la interpretación de las tasas, puesto que en muchos casos se ocasiona una distorsión de la realidad.

Al estimar las tasas de muertes violentas según la estructura geográfica (ámbito urbano y rural), para el período disponible de datos (2018-2022), se obtuvo para los municipios urbanos (6 en total) un valor de 23,9 MV100m/h, contabilizándose un total 701 decesos violentos en ese período, representando ese número el 73,2% del total de muertes acontecidas en ese lapso. En los rurales (17 en total), se cuantificaron 256 muertes violentas (26,8% del total), es decir, 445 menos que en los urbanos; sin embargo, llama la atención que esta tasa no muestra un valor muy alejado de la primera: 20,0 MV100m/h. Eso significa que, aunque en valores absolutos y porcentuales los urbanos exhiben números mucho más elevados y los califica como más violentos, al estimar las tasas ese distanciamiento cuantitativo se reduce considerablemente. En otras palabras, a pesar que en estos municipios sólo se concentra un poco más de la cuarta parte de la población de Mérida, la frecuencia con que acontecen por cada 100 mil habitantes las muertes violentas es importante.

Patrones espacio-territoriales de la proporción porcentual de las muertes violentas

Al estimar los pesos porcentuales de los diferentes componentes de las muertes violentas (2018-2022), se derivó que las muertes en averiguación concentraron el mayor valor con 52,5% sobre el total de 915 muertes violentas estimadas. Luego le siguen los homicidios (36,5%) y después las MIP (11,0%).

Desde otra perspectiva, el 88% de las MIP se registraron en los municipios urbanos, principalmente en Libertador y Alberto Adriani, territorios donde hacen vida la mayoría de bandas delincuenciales que operan en la entidad. De igual modo sucedió con los homicidios: 67,6% del total estimado acontecieron en

municipios urbanos, tendiendo como principales escenarios a aquellos dos municipios.

En relación a este componente de las muertes violentas hay que destacar dos aspectos. Lo primero es que los municipios rurales ostentan un valor porcentual significativo (32,4% del total de homicidios estimados), sobresaliendo varios territorios de la zona Panamericana de Mérida: Obispo Ramos de Lora (24 homicidios), Tulio Febres Cordero (20), Caracciolo Parra y Olmedo (15) y Julio César Salas (13), entre otros del Páramo y de los Pueblos del Sur, pero con números inferiores.

Lo segundo, es que si bien hacia el ámbito urbano dominan en número los homicidios relacionados con contextos de violencia delincencial, así como los femicidios en escenarios de trasgresiones intrafamiliares y sexuales; muertes por linchamientos, riñas y venganzas, y por otros conflictos; también es cierto que el balance muestra que en los rurales –además de ocurrir homicidios por la delincuencia y otros motivos– los femicidios en diferentes contextos de violencia y los homicidios por riñas hacen un importante contrapeso. Esto es lo que explica el por qué este delito –durante 2018-2022– resalta en el ámbito rural con 32,4% de los casos.

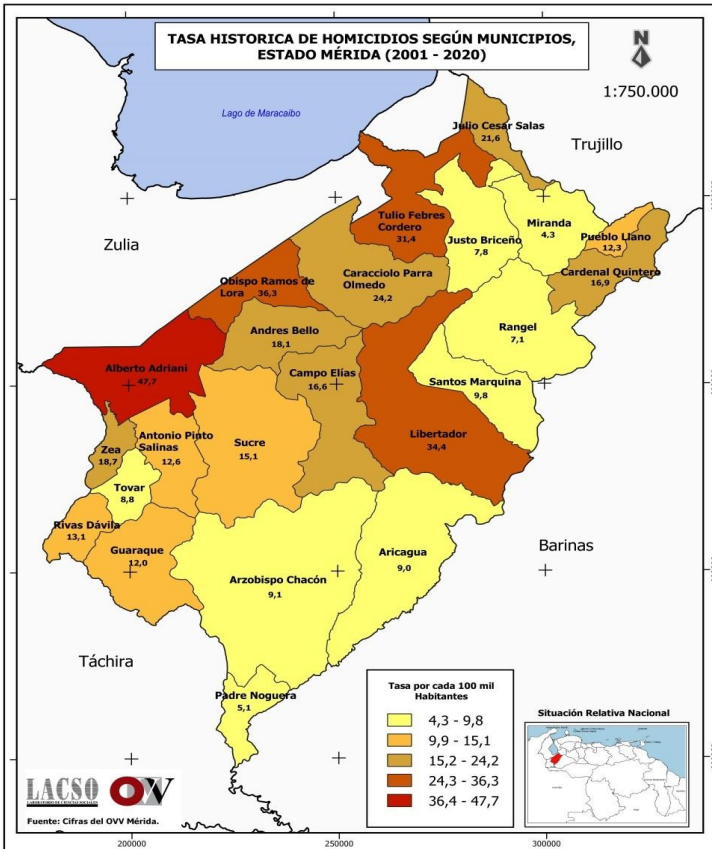
En cuanto a las muertes en averiguación, a pesar que el 73,1% de estas acontecieron en los municipios urbanos, captó la atención en este particular que son varias las áreas rurales que destacan en esta categoría y sobre todo entre 2021 y 2022, años en los que se acrecentaron estas muertes: Rivas Dávila (16 muertes en averiguación), Antonio Pinto Salinas (15), Obispo Ramos de Lora (15), Cardenal Quintero (12), Tulio Febres Cordero (12) y Julio César Salas (10).

En el mapa 2 se muestran las proporciones porcentuales de muertes violentas obtenidas según municipios. Como era de esperarse, Libertador y Alberto Adriani exhiben los mayores valores, entre ambos aglutinan 51,9% del total estimado para el

período analizado (2018-2022). Después le siguen en importancia Campo Elías (9%), Sucre (6,2%) y Tovar (5,0%), es decir, todos los urbanos a excepción de Santos Marquina (1,1%) que se ubicó en el puesto 15 del *ranking* regional. Luego, entre el puesto 6 y 14, aparecen un conjunto de municipios rurales cuyos valores fluctúan entre 1,1% (Rangel) y 4,2% (Obispo Ramos de Lora). El resto, también rurales, tienen cifras por debajo de 1%, siendo los menos violentos.

Mapa 2

Proporción porcentual de muertes violentas según municipios, estado Mérida 2018-2022



Fuente: cálculos propios con base en información del OVV y del INE

Diferencias espacio-territoriales de la violencia interpersonal según municipios y regiones

El estado Mérida suele dividirse en cinco regiones: Área Metropolitana de Mérida (conformada por los municipios Campo Elías, Libertador [donde se asienta la ciudad de Mérida, capital de la entidad], Santos Marquina y Sucre); Zona Panamericana (municipios Alberto Adriani, Andrés Bello, Caracciolo Parra y Olmedo, Julio César Salas, Justo Briceño, Obispo Ramos de Lora y Tulio Febres Cordero); zona del Valle del Mocotíes (municipios Antonio Pinto Salinas, Rivas Dávila, Tovar y Zea); zona del Páramo (municipios Cardenal Quintero, Miranda, Pueblo Llano y Rangel); zona de los Pueblos del Sur (municipios Aricagua, Arzobispo Chacón, Guaraque y Padre Noguera).

Tradicionalmente la Zona Panamericana (ZP) figuraba como la más violenta de la entidad; a pesar de ello, por primera vez en los nuestros registros, en 2022, esta es desplazada al segundo puesto por el Área Metropolitana de Mérida (AMM) que pasó a ocupar el primer sitio. Más en específico, el municipio Alberto Adriani de la ZP solía ocupar el primer lugar como la entidad municipal donde acontecían más delitos de violencia interpersonal, el cual fue también desplazado al tercer puesto por el municipio Libertador y Campo Elías, ambos del AMM.

En el pasado, en la ZP acontecían la mayoría de los homicidios intencionales, las tentativas de homicidio intencional y de las MIP que se registraban anualmente en Mérida, teniendo como principal escenario de esos hechos el municipio Alberto Adriani. Es así como el descenso detectado en estos tipos de sucesos en la ZP, y en el mencionado municipio, explican en buena medida el desplazamiento al tercer lugar. Ello se refuerza con el mayor número de casos de robo registrados en el AMM a diferencia de la ZP, así como por el incremento y las discrepancias

en los casos identificados de agresiones, violaciones sexuales, otras agresiones sexuales y amenazas de muerte/agresión en comparación con los números registrados en la ZP.

A pesar de todo lo anterior, estas dos regiones continúan aglutinando alrededor del 80% del total de delitos de violencia interpersonal anuales que se reconocen en el estado Mérida a través de los medios, tal y como aconteció en años anteriores. En la tabla 3 se exhiben las cifras de los delitos de violencia interpersonal contabilizados a través de los medios (2019-2022).

Tabla 3

Delitos de violencia interpersonal según municipios y regiones, estado Mérida 2019-2022

Región	Municipios	Total Delitos por Municipios	%	Total Delitos por Región	%
Área Metropolitana de Mérida	Libertador	215	27,1	344	43,3
	Campo Elías	75	9,4		
	Sucre	45	5,7		
	Santos Marquina	9	1,1		
Zona Panamericana	Alberto Adriani	178	22,4	303	38,2
	Obispo Ramos de Lora	46	5,8		
	Andrés Bello	11	1,4		
	Tulio Febres Cordero	30	3,8		
	Caracciolo Parra y Olmedo	22	2,8		
	Junto Briceño	3	0,4		
	Julio César Salas	13	1,6		
Páramo	Cardenal Quintero	10	1,3	28	3,5
	Pueblo Llano	4	0,5		
	Miranda	6	0,8		
	Rangel	8	1,0		
Valle del Mocotíes	Tovar	52	6,5	115	14,5
	Antonio Pinto Salinas	24	3,0		
	Rivas Dávila	25	3,1		
	Zea	14	1,8		
Pueblos del Sur	Guaraque	1	0,1	4	0,5
	Arzobispo Chacón	3	0,4		
	Aricagua	0	0,0		
	Padre Noguera	0	0,0		
Total		794	100,0	794	100,0

Fuente: cifras contabilizadas de los medios de comunicación regional

Entre los factores que explican el dominio durante años de la mayor incidencia de delitos de violencia interpersonal en la ZP y el AMM se tienen: (i) estos territorios concentran más del 80% de la población total y de la población urbana del estado. Como se conoce, en términos absolutos y porcentuales, existe una tendencia a que las áreas más pobladas presenten un mayor número de delitos registrados en comparación con las menos pobladas (relación directamente proporcional positiva). Más población implica que hay mayor probabilidad que cierto número de individuos, influenciados por diversos factores de riesgo, puedan cometer –o ser víctimas– de delitos de distinta índole. En otros términos, en las áreas más pobladas, existen más potenciales víctimas y victimarios de delitos. De allí que, por ejemplo, solo en los municipios Alberto Adriani y Libertador (municipios urbanos), se concentra el 44% de la población total de la entidad y se registran anualmente entre 45 y 50% del total de delitos de violencia interpersonal que acontecen en el estado.

Caso contrario ocurre con los municipios menos poblados de la entidad, por ejemplo, los pertenecientes a la zona del Páramo (4 municipios rurales) y de los Pueblos del Sur (4 municipios rurales). En estos municipios se concentran cerca de 90.000 habitantes (10% de la población total de Mérida) y en ellos comúnmente ocurren menos del 5% del total de delitos registrados (ver tabla 3).

La diversificación y dinamismo económico también es otro factor, quizás indirecto, que podría entrar en la explicación. En los municipios de la ZP y del AMM existe una gran diversificación de la economía y por ende en estos se mueven importantes sumas de capital. La primera se especializa en diferentes ramas de actividad del sector primario (por citar algunos ejemplos: producción de plátano, ganadería de doble propósito) y terciario de la economía (comercio en general y vinculado con el sector agropecuario; servicios financieros, de almacenamiento y distribución; entre

otras ramas). La segunda se especializa en actividades del sector terciario, pero con mayor peso hacia las vinculadas con el sector educativo y turístico, además de ser sede de los poderes públicos regionales por estar asentada la capital del estado (la ciudad de Mérida, municipio Libertador). Es así como en la ZP es frecuente la extorsión, el secuestro o el robo a productores agropecuarios, el hurto de ganado, entre otros delitos. En el AMM también acontecen con mucha frecuencia robos a personas en la calle o en sus viviendas, robos y/o hurtos de partes de vehículos, robos a comercios, entre otros.

Otro factor que hay que mencionar es que el 90% de las bandas delincuenciales identificadas en los medios tiene sus centros de operaciones en alguno de los municipios que conforman aquellas dos subregiones.

Muy alejada de los valores de las dos anteriores, permanece en el tercer lugar la región del Valle del Mocotíes con menos del 15% de los delitos registrados (2019-2022), donde el municipio urbano Tovar es el que concentra la mayor parte (44,4% del total de la región), al mismo tiempo que la zona del Páramo (con menos del 4% del total) y de los Pueblos del Sur (menos de 1%), siguen siendo las áreas “menos violentas” de la entidad (ver tabla 3).

Según algunas entrevistas realizadas a profesionales merideños (psiquiatra, psicólogo clínico y psicólogo social), el menor registro de hechos de violencia interpersonal hacia los municipios rurales de la zona del Páramo y de los Pueblos de Sur, podría encontrar su explicación en parte en los siguientes factores: personalidad del merideño nato quien en su mayoría habita estas zonas (introvertido, sosegado, tímido, cerrado, tradicionalista), cultura en general poco violenta -a excepción de lo relacionado con violencia de género e intrafamiliar, lo cual se combina con el dominio de una cultura machista y el consumo de alcohol como factor detonante de acciones violentas en el hogar-, creencias

religiosas, estilo de vida más tranquilo, rutinario y aletargado, y población menos expuesta a situaciones de estrés.

Por otra parte, el hecho de que en los medios de comunicación en ciertos momentos no se reseñen casos de delitos de violencia interpersonal en estas zonas, no significa necesariamente que no acontezcan. Diferentes dificultades con las que tienen que lidiar hoy en día los comunicadores sociales para cubrir noticias de distinto tipo; lo alejado que se encuentran estos pueblos en relación a las áreas urbanas de Mérida y además donde precisamente se localizan las sedes principales de los medios de comunicación y de corresponsalías; la no denuncia de diferentes delitos violentos que ocurren en el seno del hogar o el asumir como “normal” o “natural” su ocurrencia (Por ejemplo: agresiones físicas); y la ausencia de publicación de estadísticas oficiales sobre violencia e inseguridad en el estado; se encuentran entre las razones que podrían explicar el tan bajo registro de delitos en estas áreas. No obstante, hay razones de peso para plantear que el número de casos reales que seguro se presentan no superan a las regiones más violentas de Mérida, es decir, la zona Panamericana y el Área Metropolitana de Mérida (OVV Mérida, 2023).

Finalmente, el hecho de ser las regiones menos pobladas de la entidad (aproximadamente 10% de la población total); con un estilo de vida muy tranquilo, rutinario y aletargado, relativamente poco influenciada por el estilo de vida urbano; donde predomina, desde una perspectiva sociológica, relaciones primarias entre los habitantes (lazos estrechos afectivos y familiares, de amistad, solidaridad, hermandad, apoyo colectivo); y donde la religión católica tiene mucho peso; a lo que se le adiciona la no existencia – hasta los momentos– de bandas delincuenciales comunes o del crimen organizado instaurado en estos territorios; entre otros factores, podrían sustentar en buena medida el por qué estas zonas se mantienen como las regiones menos violentas e inseguras de Mérida, pero sí quizás –y por otros factores– sean las más violentas

desde las autoagresiones tal como se apreciará en otro apartado de esta obra (OVV Mérida, 2023).

Conclusiones

La descripción e interpretación de las cifras de violencia interpersonal en el estado Mérida, conducen a decir que existen diferencias significativas entre municipios y entre las regiones que se divide el estado. En otros términos, en esta entidad andina se presenta una desigualdad espacial significativa en la ocurrencia y frecuencia de la violencia.

Lo anterior queda en evidencia cuando sólo tres municipios (Libertador, Alberto Adriani y Campo Elías), de los 23 que conforman la entidad, cuentan con tasas de muertes violentas estables y además concentran más de la mitad de las muertes violentas que acontecen (o se registran) anualmente en el estado. Con el adicional que albergan también más de la mitad de la población de Mérida –principal factor que explica la desigualdad– y en ellos suceden más de las tres cuartas partes de los delitos de violencia interpersonal que son reseñados por los medios al año.

Desde el punto de vista de las regiones, la Zona Panamericana y el Área Metropolitana de Mérida, dos de las cinco existentes, concentran más de las tres cuartas partes del total de: la población del estado, así como de las muertes violentas y de los delitos de violencia interpersonal que se registran anualmente.

En este punto hay que destacar que la Zona Panamericana, y el municipio Alberto Adriani que pertenece a esta, dejaron de ser los territorios más violentos de Mérida, pasando al primer lugar el Área Metropolitana de Mérida, siendo Libertador y Campo Elías los municipios más violentos en ese orden de importancia.

Desde la dicotomía urbano-rural, la desigualdad solo se sostiene en parte. A pesar que el número absoluto de muertes violentas en el grupo de los municipios urbanos -y por ende su

porcentaje- es muy superior al grupo de los rurales, al estimar las tasas de muertes violentas la realidad cambia. Es decir, la distancia numérica de la frecuencia de ocurrencia de estos decesos por cada 100 mil habitantes entre ámbitos, es mucho más “corta” a diferencia de cuando se comparan estas áreas con aquellos otros indicadores. En los urbanos ocurren muchas más muertes violentas, pero estos albergan la mayoría de la población de la entidad. En los rurales, pasa todo lo contrario, y, sin embargo, sus tasas se aproximan, pero la diferencia clave estriba en que en estos últimos los valores absolutos de muertes violentas serían “bajos” si se estuviese tratando de un área con un tamaño poblacional relativamente grande, pero pasan a ser “altos” en un área con tamaño poblacional relativamente pequeño. Es decir, se da una compensación entre las cifras y los niveles de violencia son muy cercanos y tienen casi la misma importancia desde el ángulo de la tasa de muertes violentas.

En definitiva, Mérida presenta una geografía de la violencia con una marcada asimetría en su ocurrencia y frecuencia, a excepción de cuando se comparan las tasas de muertes violentas estando agrupados los municipios en rurales y urbanos.

Referencias

- Anderson, R., Miniño, A., Fingerhut, L. Warner, M. y Heinen, M. (2004). Deaths: Injuries, 2001. *National Vital Statistics Report*, 52(21). <https://n9.cl/jayam>
- Bolívar, M. (2008). La población venezolana, su dinámica y su distribución. En *Geo Venezuela*, tomo 3, pp. 30-107, Fundación Polar.
- Capel, H. (s.f.). *La definición de lo Urbano*. Scripta Vetera, edición electrónica de trabajos publicados sobre geografía y ciencias sociales. <https://n9.cl/dbosk>
- CIVILIS. (2017, 09 de octubre). *Las emergencias humanitarias complejas son de carácter político*. <https://n9.cl/kh9ge>

- Correa, G. (2017). Mortalidad infantil en el contexto de la crisis venezolana actual. En A. Freitez (Ed.). *Venezuela la caída sin fin ¿hasta cuándo?: Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2016* (pp. 151-169). Abedicones. <https://n9.cl/htae2>
- Correa, G. (2018). Mortalidad general y esperanza de vida en el contexto de la crisis humanitaria de Venezuela. En A. Freitez (Ed.). *Espejo de la crisis humanitaria venezolana: Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2017* (pp. 205-2018). Abedicones. <https://n9.cl/mbfod>
- Faiguenbaum, S. (2011). Definiciones oficiales de “rural” y/o “urbano” en el mundo. En NU. CEPAL-Francia. Gobierno, *Hacia una nueva redefinición de “rural” con fines estadísticos en América Latina* (pp. 67-90). CEPAL. <https://n9.cl/k97su>
- Instituto Nacional de Estadística. (2013a). *Proyecciones de población con base al censo 2011*. <https://n9.cl/iy6s3>
- Instituto Nacional de Estadística. (2013b). *División político territorial de la República Bolivariana de Venezuela 2013 con fines estadísticos*. <https://n9.cl/j28ca>
- Méndez, E. (2003). *Una ventana geográfica del estado Mérida*. Alcaldía del Municipio Santos Marquina, Universidad de los Andes – Instituto de Geografía.
- Méndez, E. (2011). *El Estado Mérida y sus municipios en la construcción de futuro 2010-2020-2050*. Talleres Gráficos, Universidad de Los Andes.
- Observatorio Venezolano de Violencia. (2022). *Mapa Interactivo de la Violencia 2022*. <https://n9.cl/knov6>
- Observatorio Venezolano de Violencia Mérida. (2023). *Los Pueblos del Sur: reflexiones sobre la región menos violenta de Mérida*. <https://n9.cl/0shop>
- Páez, G. (2018). Venezuela: de una mortalidad en descenso a una en ascenso (1950-2012/2017-2020). *Revista Geográfica Venezolana*, 59(1), 70-87. <https://n9.cl/gq9h66>
- Páez, G. (2019). Transición epidemiológica en Venezuela: evolución y principales causas de muerte 1950-2017. *Revista Geográfica Venezolana*, 60(1), 12-27. <https://n9.cl/dxwuga>
- Páez, G. (2023). La mortalidad infantil en Venezuela: 30 años de retroceso. En G. Perdomo y G. Páez (Coord.). *Violencia contra*

la niñez y la juventud en Venezuela (pp. 89-122). Editorial Alfa.
<https://n9.cl/szehx>

Plataforma Regional de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela. (s.f.). *Refugiados y migrantes de Venezuela*. <https://n9.cl/cz4b4>

Tapia, C. y López, P. (2015). Las relaciones humanas. *XIKUA Boletín Científico De La Escuela Superior De Tlahuelilpan*, 3(6).
<https://n9.cl/5gcli>

Universidad Católica Andrés Bello. (2021a). *Indicadores sociales INSO – ENCOVI*. <https://n9.cl/1tslh>

El homicidio como máxima expresión de violencia interpersonal: comportamiento temporal y espacial en Mérida, período 2001-2020

Gustavo A. Páez S.

Introducción

En el contexto del estado Mérida diferentes indicadores de violencia e inseguridad ciudadana presentaron un comportamiento distinto en ciertos aspectos en relación con la tendencia nacional, durante el período 1961-1998 (Birkbeck *et al.*, 1999). Es así como, para delitos como el hurto y las lesiones personales, la propensión en Venezuela y de la entidad fue similar en ese lapso, mientras que, para el caso de delitos con mayor expresión de violencia, como el homicidio y robo, hubo una discrepancia importante en la tendencia desde finales de los años 80 hasta 1998. En otras palabras, mientras en el país se incrementaban estos delitos, en Mérida éstos permanecían con cifras estables.

La conclusión resaltante a la que llegó Birkbeck fue que Mérida escapó a la explosión delictiva que caracterizó a los estados con mayor nivel de urbanización durante ese período. No obstante, esa situación cambió en el umbral del siglo XXI. De acuerdo con Crespo (2016), la expansión de la violencia a principios de siglo implicó que gran parte de las entidades con bajos niveles en sus indicadores de violencia experimentaran un

rápido aumento entre 2002-2007, que los equiparó con la tendencia nacional. Uno de los delitos que tuvo mayor incremento fueron los homicidios, como máxima expresión de violencia.

En este escrito, en una primera parte, se expone el comportamiento de la ocurrencia y frecuencia de los homicidios en el estado Mérida durante el lapso 2001-2020, empleando para ello cálculos propios con base en registros de cifras de homicidios provenientes de la base de datos de mortalidad de Corposalud Mérida (2001-2017) y de cifras generadas por el Observatorio Venezolano de Violencia (OVV, 2018, 2019, 2020). Como población base para el cálculo de los indicadores se utilizó la estimada por la ENCOVI (Universidad Católica Andrés Bello [UCAB], 2019-2020) a nivel de municipios del estado Mérida.

En una segunda parte, tomando información de la misma base de datos de mortalidad de Corposalud Mérida (2008-2017) y de noticias reseñadas en diferentes medios de comunicación regional (2018-2020), se abordó la ocurrencia y frecuencia de los homicidios que acontecieron en el contexto de la ciudad de Mérida (2008-2020), según parroquias y sectores urbanos.

Se tomó la decisión de realizar el abordaje del análisis sólo sobre el delito de homicidio debido a varias razones: la primera, es el delito de violencia interpersonal con el mayor nivel de gravedad y máxima expresión de violencia; segunda, es una causa de muerte violenta y por ende su registro queda asentado en la base de datos de las Corporaciones de salud del país (lo que permite tener una data sistemática para su estudio); y tercera, es el delito más reportado por los medios de comunicación.

En esta investigación se estimaron un conjunto de indicadores porcentuales y tasas. En ausencia de proyecciones de población oficiales recientes, para el cálculo de los indicadores se emplearon las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2013a) según parroquias, mientras que para el caso del municipio Libertador se utilizó la población estimada por

la ENCOVI (UCAB, 2019-2020). Con estas cifras y la aplicación del método distributivo (Páez, 2018), se estimó y corrigió la población de las parroquias y de la ciudad de Mérida.

Además, se realizaron varios mapas utilizando el Sistema de Información Geográfica (SIG) QGis versión 3.16.10 e imágenes de satélite actuales de la plataforma *Google Earth*, para posteriormente, en conjunto con los porcentajes y tasas estimadas, proceder al análisis espacial de los resultados.

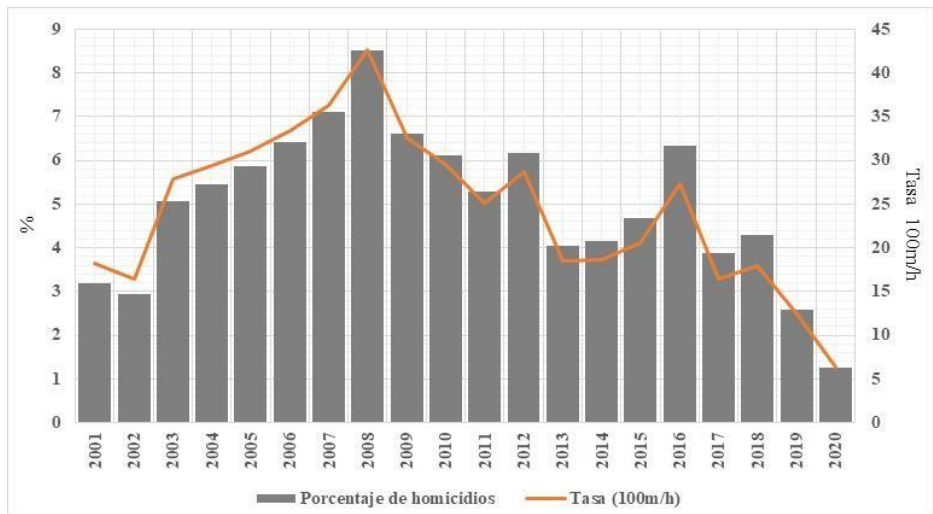
I. Los homicidios en el estado Mérida

Comportamiento temporal

En la figura 1 se observa la distribución temporal porcentual de los homicidios contabilizados por medio de las fuentes utilizadas, así como la variación de la tasa de homicidios (frecuencia de ocurrencia por cada 100 mil habitantes [100m/h]) estimada para la entidad (2001-2020). Claramente se visualiza una tendencia creciente en ambos indicadores entre los años 2002-2008 para luego caer durante 2009-2013, a excepción del año 2012 donde ocurrió un alza. Luego, entre 2013-2016 se da otro aumento, pero menos significativo que el de años anteriores, para después descender de nuevo en el período más reciente de 2017-2020, a pesar que en 2018 hubo un alza leve en el indicador.

Figura 1

Comportamiento temporal del porcentaje y tasa de homicidios, estado Mérida 2001-2020



Fuente: cálculos propios con información de Corposalud Mérida y del OVV

Como dato resaltante, la mayoría de estas muertes acontecieron empleando un mismo medio para ejercer la violencia. El 82% de los homicidios se cometieron con armas de fuego, en el restante 18% se emplearon armas blancas y la fuerza física.

En términos generales, la escalada de la ocurrencia y frecuencia de los homicidios en la entidad durante el período abordado, y en el país en general, podría ser consecuencia de lo planteado por Briceño-León (2017), es decir, por la pérdida de institucionalidad en la sociedad venezolana. Entendiendo por aquella, el conjunto de normas o de reglas que regulan la vida en sociedad, que norman o regulan las relaciones sociales. En otras palabras, son las reglas (o normas) del juego que deben tomar en

cuenta las personas para orientar su acción dentro de una sociedad y las que deben igualmente orientar la actuación de los demás miembros de ese colectivo social.

En Mérida, y en toda Venezuela, sin estar en situación de guerra, los homicidios escalaron de forma impresionante entre 2001-2011 y estos efectos se dieron... “por el continuo elogio de la violencia y de los violentos, por la impunidad creciente en el país y por los llamados continuos a la guerra” (OVV, 2011, S.P.). La vida social regida por normas fue substituida por el uso de la fuerza.

Luego, después de una aparente caída entre 2009-2013, durante 2014-2016 los números vuelven a subir en una época donde, por un lado, las muertes de intención no determinada (MIND) ascendieron –punto que se tratará en lo sucesivo –, y por otro, en la entidad y en el país se dio un considerable deterioro en la calidad de vida de la población y una disolución sistemática del Estado de derecho como ente regulador tanto de las relaciones sociales como de los dispositivos de acceso a los bienes materiales y al poder (Briceño-León *et al.*, 2019). Durante esos años, los más violentos por los que ha atravesado el país, se empezó a vivir en Venezuela un contexto social, económico y político-institucional sin precedente alguno en toda su historia republicana, el cual, además, cada año se agravaba mucho más. Se estaba gestando progresivamente la emergencia humanitaria compleja (Freitez *et al.*, 2015; UCAB, 2016; Freitez, 2017).

La tasa de homicidios después de 2016 comenzó a mostrar un aparente descenso y para 2019-2020 es cuando Mérida exhibe valores tendientes a asemejarse a los alcanzados antes del año 2000, es decir, valores inferiores a 13 homicidios 100m/h. Es necesario enfatizar que esta caída no fue el resultado de políticas públicas contundentes de prevención y control del delito, ni de políticas generales de valoración de la vida y respeto de la norma y la ley, sino que quizás en buena parte se deba a cambios que ha impreso en la sociedad merideña la emergencia humanitaria

compleja (por ejemplo: migración de victimarios y de innumerables potenciales víctimas) y la actuación violatoria de derechos humanos de parte de cuerpos de seguridad del Estado al hacerse muy frecuente la muerte de presuntos delincuentes en supuestos enfrentamientos con estos últimos, puntos también tratados en el primer apartado del libro dentro de los factores explicativos del descenso de los homicidios.

Incremento de las muertes de intención no determinada

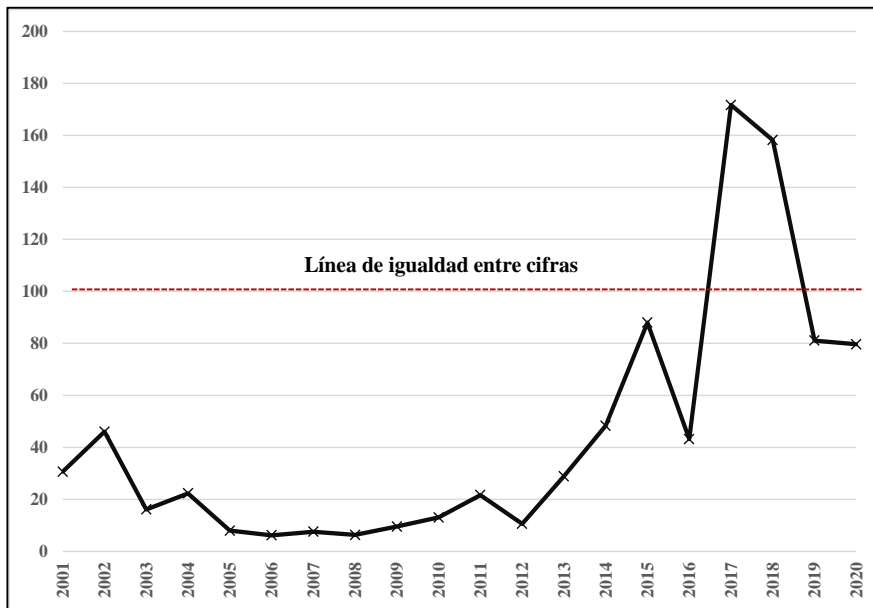
Las muertes de intención no determinada (MIND) son decesos que se encuentran en investigación debido a que se desconoce la verdadera causa de muerte. Son aquellas muertes que ocurren por causas externas de mortalidad y morbilidad cuya intencionalidad es una incógnita, por lo que no pueden ser clasificadas como homicidios, suicidios, accidentes o bajo otra categoría de causa de muerte. En otros términos, son eventos donde la información disponible es insuficiente para que la autoridad médica o legal pueda distinguir entre accidente, lesión autoinfligida o agresión (ICDcode.info, s.f.).

En la figura 2 se muestra la evolución de las MIND en relación con la ocurrencia de homicidios. Como se observa, desde el 2010 la tendencia fue al ascenso fluctuante con un máximo “pico” en 2017. En la medida que este indicador se acerca a cero (0), significa una mejora en los registros de las causas externas de mortalidad y morbilidad, mientras que valores cercanos a cien (100), expresan todo lo contrario. A inicios del período analizado, en 2001, acontecieron en Mérida 41 MIND por cada 100 homicidios. Luego, entre 2005-2009, este indicador alcanzó los valores más bajos (entre 6 y 10), para después mostrar ese incremento oscilante a partir de 2010 en adelante, hasta llegar a 2020 donde ocurrieron cerca de 80 MIND por cada 100 homicidios. Incluso, en 2017 y 2018 las MIND superaron a los homicidios.

Tomando los valores extremos, esto significa que, entre 2010-2020, el aumento del indicador fue de 95%.

Figura 2

Comportamiento temporal de las MIND en relación con los homicidios, estado Mérida 2001-2020



Fuente: cálculos propios con información de Corposalud Mérida y del OVV

Es probable entonces que la tendencia de ocurrencia y frecuencia de los homicidios sí sea a la baja en la entidad; no obstante, los porcentajes y tasas estimadas podrían presentar valores más elevados debido al subregistro que se genera como consecuencia del aumento de las MIND en los últimos 10 años. El problema del aumento de los registros de mortalidad por MIND, es que oculta un número dado de probables homicidios, ocasionando que la tasa por esta causa de muerte se subestime y

no se aprecie realmente la verdadera dimensión del problema. Las posibles razones de tal aumento fueron abordadas en el primer apartado del presente libro.

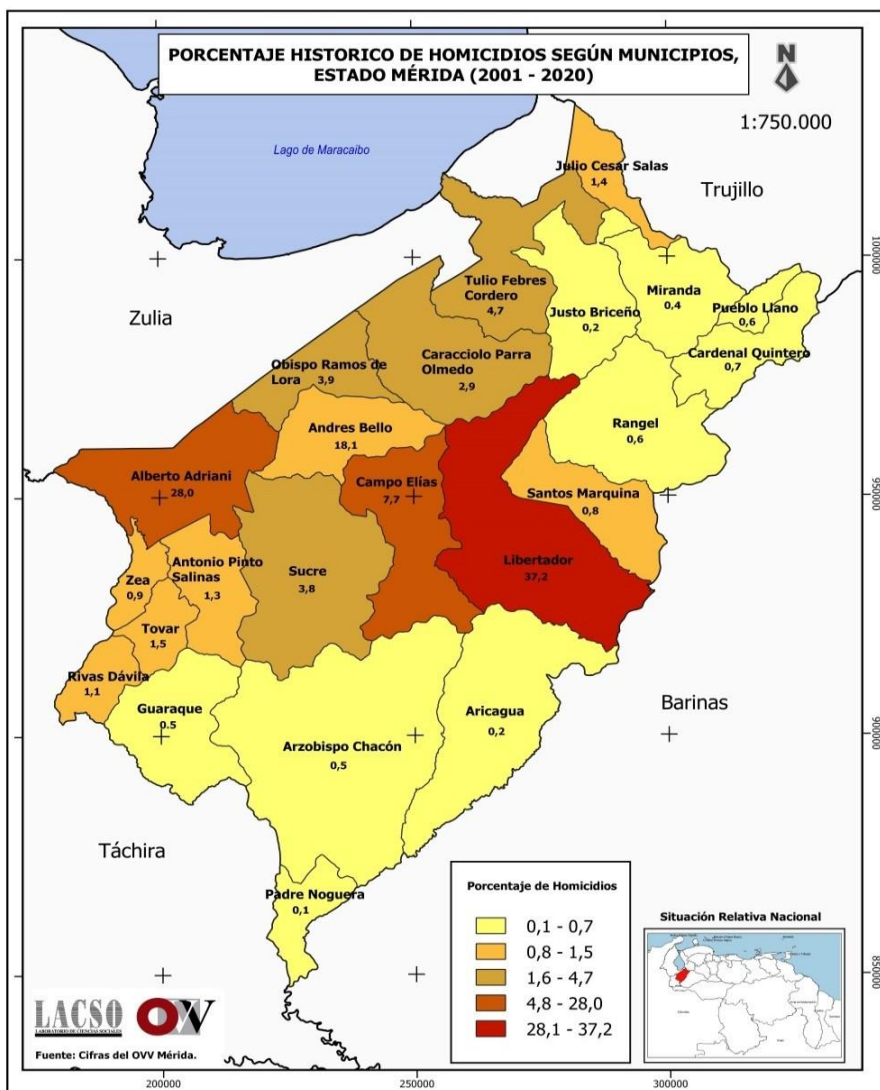
Asimetría de la violencia

Durante los 20 años estudiados (2001-2020) en la entidad se registraron 4.278 homicidios en total, esto sin contar el probable número de hechos “ocultos” en la categoría de MIND de la base de datos de mortalidad de Corposalud Mérida (2001-2017) y los casos que, por diferentes razones, no salieron reflejados en los medios (2018-2020). Desde el punto de vista del número de homicidios registrados según municipios, Libertador resultó ser el territorio con el mayor porcentaje histórico de ocurrencia. En este municipio se registraron 37,2% de aquella totalidad de homicidios señalada. Luego, le siguen Alberto Adriani y Campo Elías con 28,0 y 7,7%, respectivamente (mapa 1).

Estos tres municipios concentran el 72,9% del total de homicidios registrados en Mérida, según las fuentes utilizadas, y conforman el grupo con los valores porcentuales más elevados. Es así como se identificó una estrecha y elevada correlación (simple 0,95; Pearson 0,91) directamente proporcional positiva entre el tamaño poblacional y el número de casos de homicidios (figura 3). Es decir, a mayor población, mayor es el número de casos de homicidios y viceversa.

Mapa 1

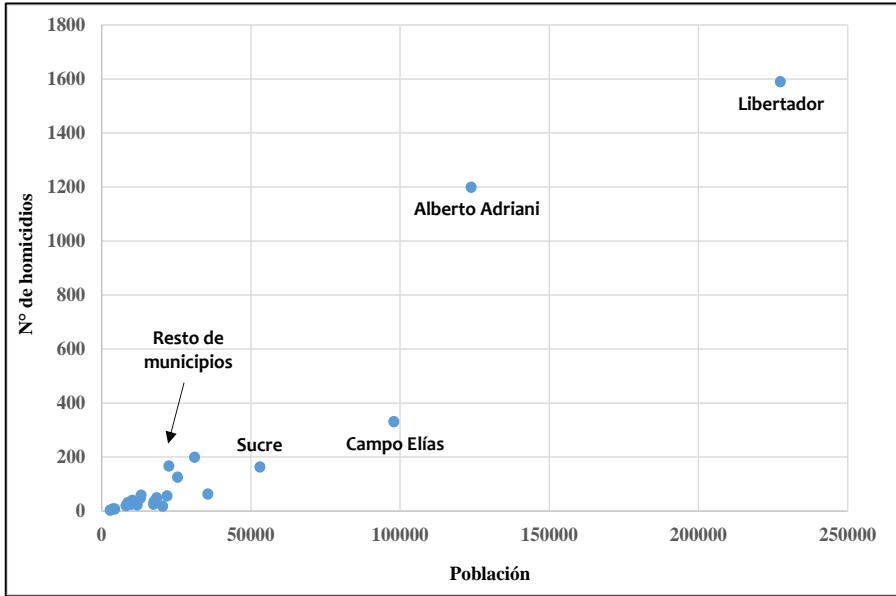
Porcentaje histórico de homicidios según municipios, estado Mérida 2001-2020



Fuente: elaboración propia con cifras estimadas de la Unidad de Análisis Estadístico del OVV

Figura 3

Relación entre número de homicidios y tamaño de población según municipios, estado Mérida 2001-2020



Fuente: elaboración propia con cifras de Corposalud Mérida, del OVV y de ENCOVI 2019-2020

Con un porcentaje que oscila entre 2,9 y 4,7 se encuentran, en el siguiente orden: Tulio Febres Cordero, Obispo Ramos de Lora, Sucre, y Caracciolo Parra y Olmedo. En el sucesivo grupo se ubican Tovar, Julio César Salas, Antonio Pinto Salinas, Andrés Bello, Rivas Dávila, Zea y Santos Marquina, cuyos valores porcentuales fluctúan entre 0,8 y 1,5 (ver mapa 1).

El último conjunto es el que concentra el mayor número de municipios y, a excepción de Justo Briceño que pertenece a la zona Panamericana de Mérida, el resto son de la zona del Páramo (Cardenal Quintero, Pueblo Llano, Rangel y Miranda) y de los Pueblos del Sur (Arzobispo Chacón, Guaraque, Aricagua y Padre Noguera). Las cifras en este grupo de municipios son inferiores a 0,7%.

En cuanto a la tasa de homicidios de cada municipio, se estimó un indicador histórico que da cuenta de la tasa promedio de éstos para el lapso 2001-2020 (Mapa 2), así como la tasa de la entidad.

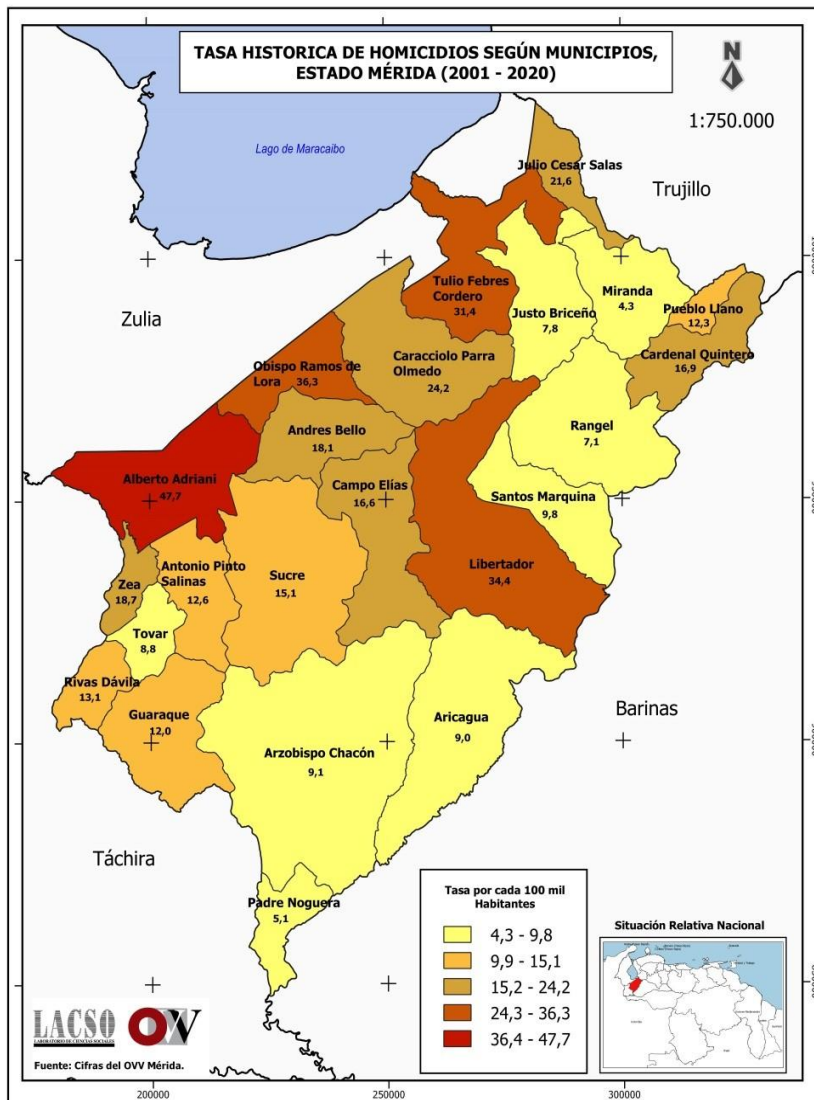
La tasa promedio histórica de Mérida (2001-2020) resultó ser de 26,3 homicidios por cada 100 mil habitantes (100m/h) y sólo cuatro municipios presentaron un valor superior a la media estatal, en el siguiente orden: Alberto Adriani (47,7 homicidios 100m/h), Obispo Ramos de Lora (36,3), Libertador (34,4) y Tulio Febres Cordero (31,4); territorios que mostraron las tasas promedio históricas de homicidios más elevadas del estado. En conjunto, en éstos acontecieron 73,8 % del total de homicidios registrados en las fuentes consultadas en esta investigación.

El siguiente grupo está conformado por Caracciolo Parra y Olmedo (24,2), Julio César Salas (21,6), Zea (18,7), Andrés Bello (18,1), Cardenal Quintero (16,9) y Campo Elías (16,6), los que exhiben valores intermedios o moderados de tasas de homicidios. Luego, se presentan Sucre (15,1), Rivas Dávila (13,1), Antonio Pinto Salinas (12,6), Pueblo Llano (12,3) y Guaraque (12,0) con tasas moderadamente bajas, para finalizar con el conjunto de municipios menos violentos de la entidad desde la perspectiva de este delito, es decir, Santos Marquina (9,8), Arzobispo Chacón (9,1), Aricagua (9,0), Tovar (8,8), Justo Briceño (7,8), Rangel (7,1), Padre Noguera (5,1) y Miranda (4,3).

A diferencia del indicador anterior, el de porcentaje histórico de homicidios, en el caso de la tasa histórica no se encontró una correlación alta entre ésta y la población de cada municipio (simple 0,59; Pearson 0,35) (figura 4). No obstante, es necesario destacar que, si bien es cierto Alberto Adriani y Libertador de nuevo se ubican entre los primeros lugares, también es muy cierto que Ramos de Lora y Febres Cordero, se posicionaron también en los primeros cinco, incluso, Ramos de Lora supera a Libertador en tasa. Estos municipios de bajo tamaño poblacional son los que disminuyen considerablemente aquella correlación.

Mapa 2

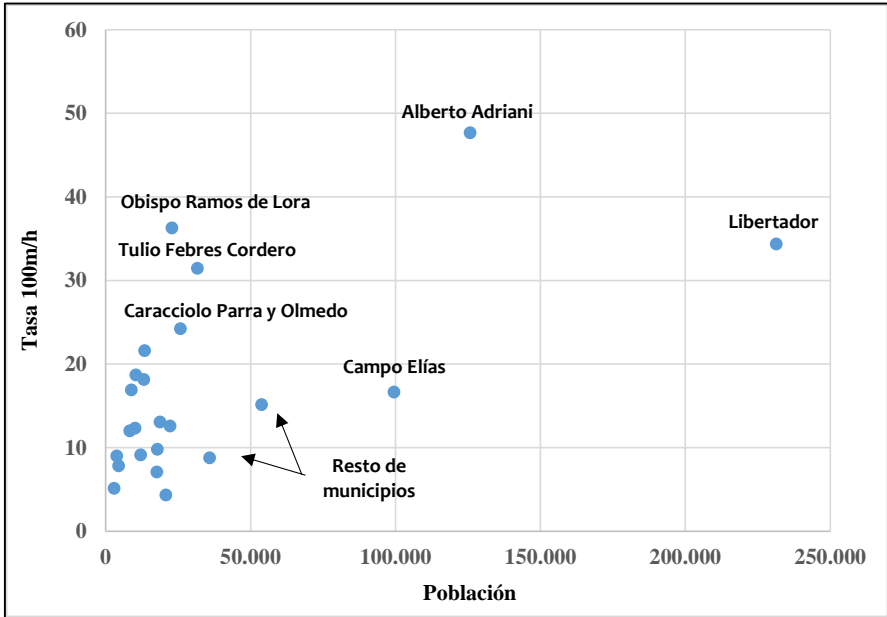
Tasa histórica de homicidios según municipios, estado Mérida 2001-2020



Fuente: elaboración propia con cifras estimadas de la Unidad de Análisis Estadístico del OVV

Figura 4

Relación entre tasa de homicidios y tamaño de población según municipios, estado Mérida 2001-2020



Fuente: elaboración propia con cifras de Corposalud Mérida, del OVV y de ENCOVI 2019-2020

Tomando en cuenta las cifras porcentuales históricas de homicidios, en el Área Metropolitana de Mérida (AMM) es donde se registró el mayor valor (49,5% de los homicidios sucedieron en los municipios que integran esa área) y luego le sigue de cerca, con 42,1%, la Zona Panamericana (ZP) lo que marca una diferencia de 7,4 puntos porcentuales; no obstante, al observar las tasas, se encontró que la ZP supera al AMM en 11,7 puntos por cada 100 mil habitantes. Mientras la primera arrojó un total de 38,0 homicidios 100m/h, la segunda resultó ser de 26,3; contando la ZP con 165.379 habitantes estimados menos que el AMM.

El valor presentado por estos indicadores en la región del Valle del Mocotíes, indica que ésta ocupa en ambos casos el tercer lugar. Acontecieron en ella 4,8% de los homicidios, siendo su tasa de 19,6 100m/h. Luego, le siguen la zona del Páramo (2,3% y 8,5 homicidios 100m/h) y de los Pueblos del Sur (1,2% y 9,6 homicidios 100m/h).

En definitiva, la descripción cuantitativa de las diferencias espaciales según municipios permite decir que la violencia en el estado Mérida, vista a través del indicador de porcentaje de ocurrencia histórica de homicidios; se concentra casi en sus tres cuartas partes (72,9%) en tan sólo tres municipios: Libertador, Alberto Adriani y Campo Elías. La principal razón de peso que sustenta este comportamiento es que más del 56% de la población total estimada para el estado se concentra en esos territorios, lo que se traduce desde lo estadístico, en un mayor número potencial (probable) de víctimas y victimarios de muertes por homicidio por diferentes móviles: robo, sicariato, venganza, ajuste de cuentas, prejuicios de distinto tipo, de género, entre otros. Este hecho es congruente con la alta correlación lógica que se encontró entre los municipios más poblados y la mayor ocurrencia de homicidios. A pesar de ello, este indicador no lleva a concluir necesariamente que un territorio dado es más violento que otro u otros, como sí lo permiten decir los niveles alcanzados por la tasa de homicidios.

Cuando se visualizan las tasas, se distingue que Alberto Adriani y Libertador ocupan el primer y tercer puesto respectivamente, mientras que Campo Elías se ubica en una posición muy alejada de los primeros lugares (décimo lugar). Eso quiere decir que en los dos primeros acontece con mucha más frecuencia el delito de homicidio. En otros términos, se encuentran entre los municipios más violentos de la entidad.

A diferencia del indicador anterior de porcentaje, las tasas son mucho más independientes de la población que posea en un momento o período dado un municipio (o país), es decir, no necesariamente las áreas más pobladas son las que van a contar con las tasas de homicidios más elevadas y viceversa. Un ejemplo de ello lo representa Obispo Ramos de Lora (2do lugar, por encima de Libertador), Tulio Febres Cordero (4to) y Caracciolo Parra y Olmedo (5to). Estos tres municipios, con Alberto Adriani y Libertador, se ubican entre los más violentos de la entidad, además superan la tasa promedio histórica del estado y todos tienen menos de 32 mil habitantes.

Para dar otra idea de cuan violentos son estos tres municipios en relación con el resto que conforman la entidad y que poseen también un relativo bajo tamaño poblacional (sin tomar en cuenta a Alberto Adriani, Libertador y Campo Elías que, como ya se mencionó, son los que presentan los mayores porcentajes), en ellos acontecieron 490 homicidios durante 2001-2020, mientras que en el resto (17 municipios) sucedieron 668.

II. Los homicidios en la ciudad de Mérida

Al estudiar los delitos de violencia interpersonal uno de los mayores retos es su ubicación espacio-territorial, sobre todo si la escala de estudio es de detalle, es decir, a escala urbana o de ciudades. Esto debido a que no es una tarea sencilla lograr conseguir la ubicación exacta, o quizás lo más próxima posible, del lugar donde aconteció el suceso. La localización en el espacio urbano de estos delitos permite, no solo observar los patrones espaciales de aquéllos, sino también tratar de identificar y comprender las posibles causas y/o factores que estarían interviniendo en su comportamiento diferencial en el contexto de una ciudad.

A pesar de aquella limitante, el acceso a la base de datos de mortalidad de Corposalud Mérida y su nivel de detalle, más la especificidad encontrada en un buen número de noticias de los medios, permitió ubicar durante el lapso observado (2008-2020) un total de 890 homicidios que acontecieron en la ciudad de Mérida.

Diferencias según parroquias

La ciudad de Mérida se ubica en su totalidad en el municipio Libertador del estado Mérida, jurisdicción que está conformada por un total de 15 parroquias (INE, 2013b): Antonio Spinetti Dini, Arias, Caracciolo Parra Pérez, Domingo Peña, El Llano, El Morro, Gonzalo Picón Febres, J.J. Osuna Rodríguez, Jacinto Plaza, Juan Rodríguez Suárez, Lasso de La Vega, Los Nevados, Mariano Picón Salas, Milla y Sagrario. No obstante, las parroquias Gonzalo Picón Febres, Los Nevados y El Morro, no forman parte de la poligonal de la urbe merideña, y se ubican hacia el extremo noreste, sureste y sur del municipio, respectivamente. La primera es una parroquia periurbana, mientras que las otras dos son netamente rurales (Amaya, 2013).

En la tabla 1 se muestra la importancia relativa porcentual que tiene cada parroquia dentro del total de homicidios, mientras que en el mapa 3 se observa la distribución de los casos de homicidios según las 15 parroquias señaladas.

Tabla 1

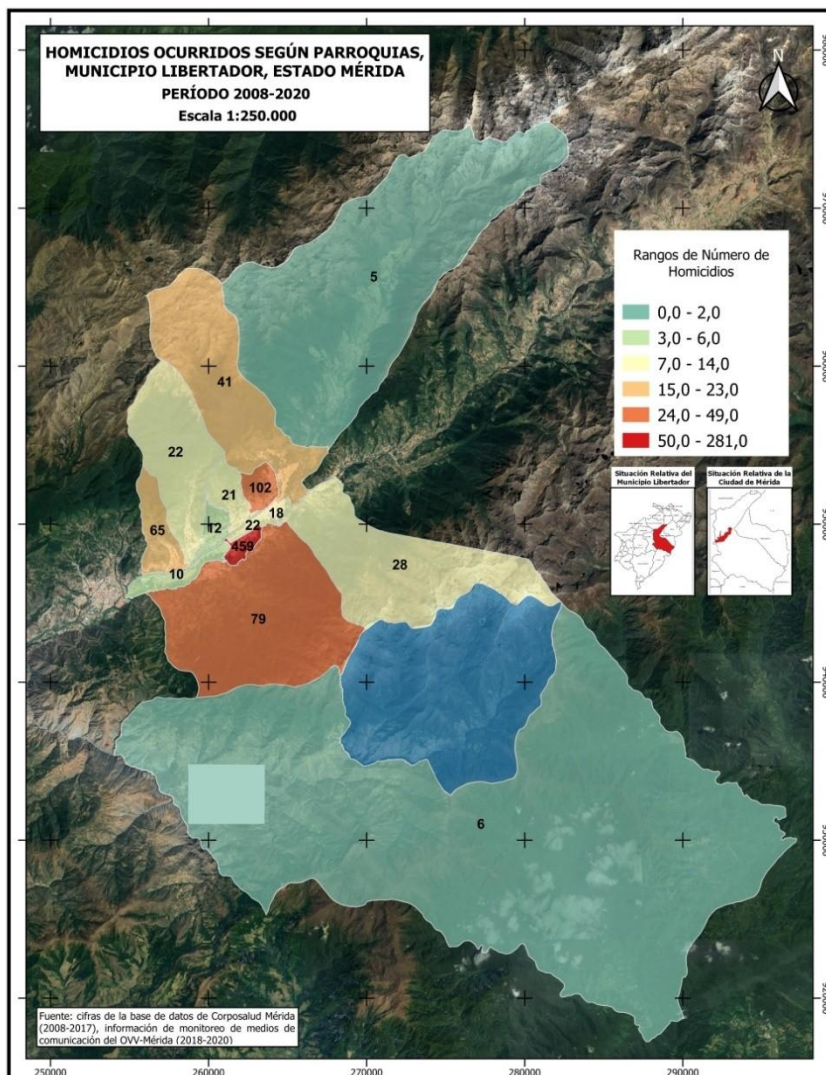
Importancia relativa porcentual (%) de los casos de homicidios según parroquias, municipio Libertador, período 2008-2020

Parroquias	Casos	%
Domingo Peña	459	51,6
Antonio Spinetti Dini	102	11,5
Jacinto Plaza	79	8,9
J.J. Osuna Rodríguez	65	7,3
Milla	41	4,6
Arias	28	3,1
Lasso de La Vega	22	2,5
El Llano	22	2,5
Mariano Picón Salas	21	2,4
Sagrario	18	2,0
Caracciolo Parra Pérez	12	1,3
Juan Rodríguez Suárez	10	1,1
El Morro	6	0,7
Gonzalo Picón Febres	5	0,6
Los Nevados	0	0,0

Fuente: cálculos propios con base en cifras de Corposalud Mérida y de los medios

Mapa 3

Homicidios ocurridos según parroquias del municipio Libertador, período 2008-2020



Fuente: cálculos propios con base en cifras de Corposalud Mérida y medios de comunicación

Las parroquias Domingo Peña y Antonio Spinetti Dini son los escenarios espaciales donde más han ocurrido homicidios en el lapso estudiado (2008-2020). Estas dos áreas concentran 63,0% del total de casos conocidos (890 homicidios durante período). Jacinto Plaza, J.J. Osuna Rodríguez y Milla, continúan en tercer, cuarto y quinto lugar, y en conjunto agrupan 20,8% de la totalidad de casos. Entre tanto, el resto de las parroquias (10), a excepción de Los Nevados donde no se registró caso alguno durante el período de interés, aglutinan el restante 16,2%.

En otras cifras, en la parroquia Domingo Peña sucedieron 459 homicidios en el tiempo estudiado, lo que se traduce en 35 muertes cada año. En el resto de las parroquias la cifra promedio fluctúa entre 0,4 (Gonzalo Picón Febres) y 7,8 (Antonio Spinetti Dini) anual. También es resaltante mencionar que, según el tipo de arma empleada para cometer el delito, el arma de fuego ocupó el primer sitial.

De los 890 casos identificados, en 744 se logró conocer el tipo de arma utilizada, lo que equivale al 84% de todos los sucesos en cuestión. Las armas de fuego fueron empleadas en 91,4% de esos homicidios conocidos.

Luego, le siguen, los objetos cortantes (6,2%), objetos romos o sin filo (1,1%), ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación (0,5%), fuerza corporal (0,4%), humo, fuego y llamas (0,3%), y ahogamiento y sumersión (0,1%). Desde el punto de vista de la frecuencia, tanto Domingo Peña como Antonio Spinetti Dini, se ubican de nuevo como las dos áreas con la mayor tasa de homicidios (tabla 2). En el caso de la primera, para el lapso analizado, se estimó una tasa de 176 homicidios por cada 100 mil habitantes (100m/h), mientras que para la segunda su tasa alcanzó 23 homicidios 100m/h.

Tabla 2

Tasa de homicidios estimada según parroquias, municipio Libertador, período 2008-2020

Parroquia	Tasa
Domingo Peña	176
Antonio Spinetti Dini	23
Sagrario	22
J.J. Osuna Rodríguez	18
Jacinto Plaza	18
El Llano	18
Milla	15
Arias	12
Lasso de La Vega	10
Mariano Picón Salas	7
Caracciolo Parra Pérez	6
Gonzalo Picón Febres	5
Juan Rodríguez Suárez	5

Fuente: elaboración propia con cifras de Corposalud Mérida, de los medios y de ENCOVI 2019-2020

Tal y como se señaló en un apartado precedente, la tasa de homicidios promedio del estado Mérida (período 2001-2020) fue de 26,3 homicidios 100m/h, lo que significa que el resultado arrojado para la parroquia Domingo Peña es 6,5 veces la tasa media de la entidad. El resto de las parroquias poseen valores en sus tasas por debajo de 23 homicidios 100m/h. Se estimó, además, la tasa de homicidios de la urbe con base en las 12 parroquias que conforman la ciudad de Mérida, la cual se ubicó alrededor de 27,5 homicidios 100m/h, siendo superior a la resultante para la entidad.

Con estos primeros resultados queda en evidencia que las dos parroquias referidas se constituyen como los dos territorios dentro de la ciudad de Mérida, y dentro del contexto del municipio Libertador de esta entidad, donde ocurren más homicidios y en donde acontece con más frecuencia este tipo delito en relación a su tamaño poblacional. En otras palabras, los patrones estadístico-espaciales indican que las mayores probabilidades de ocurrencia de homicidios, o de que un individuo pueda ser víctima de este tipo de delito por diferentes motivos o situaciones, se encuentran en las parroquias Domingo Peña y Antonio Spinetti Dini.

Sectores con más y menos registros

En el mapa 4 se muestra la distribución espacio-territorial de los 890 homicidios registrados en esta investigación. Los sectores que muestran una mayor concentración de puntos (o nube de puntos), tanto dentro de ellos como en sus inmediaciones, son: Campo de Oro-Avenida 16 de Septiembre y Santa Juana (parroquia Domingo Peña); Santa Ana Norte, Pueblo Nuevo, Simón Bolívar, San José de Las Flores, Avenida Cardenal Quintero y su conexión con el viaducto Campo Elías de la calle 26, y El Caucho (parroquia Antonio Spinetti Dini); San Jacinto, La Carabobo, Chama-Chamita, Las Tienditas, Justo Briceño, Santa Eduvigis y Las Mesitas del Chama (parroquia Jacinto Plaza); Los Curos parte media, baja y alta (parroquia J.J. Osuna Rodríguez); La Milagrosa y Andrés Eloy Blanco (parroquia Milla); Belén, la cuesta de Belén y Don Perucho-El Arenal (parroquia Arias); y a lo largo de la Avenida 2 Loras entre las calles 18 y 30 (parroquias El Llano y Sagrario).

Más del 75% de estos sectores se corresponde con poblaciones y hogares que presentan condiciones socioeconómicas “desfavorables”. El uso de la tierra urbana (Amaya, 2013) dominante en los mismos es el residencial. La excepción en este particular, y de forma marcada, lo representan la Avenida 16 de Septiembre y la Avenida 2 Loras, que poseen una dinámica comercial importante (Mapa 4).

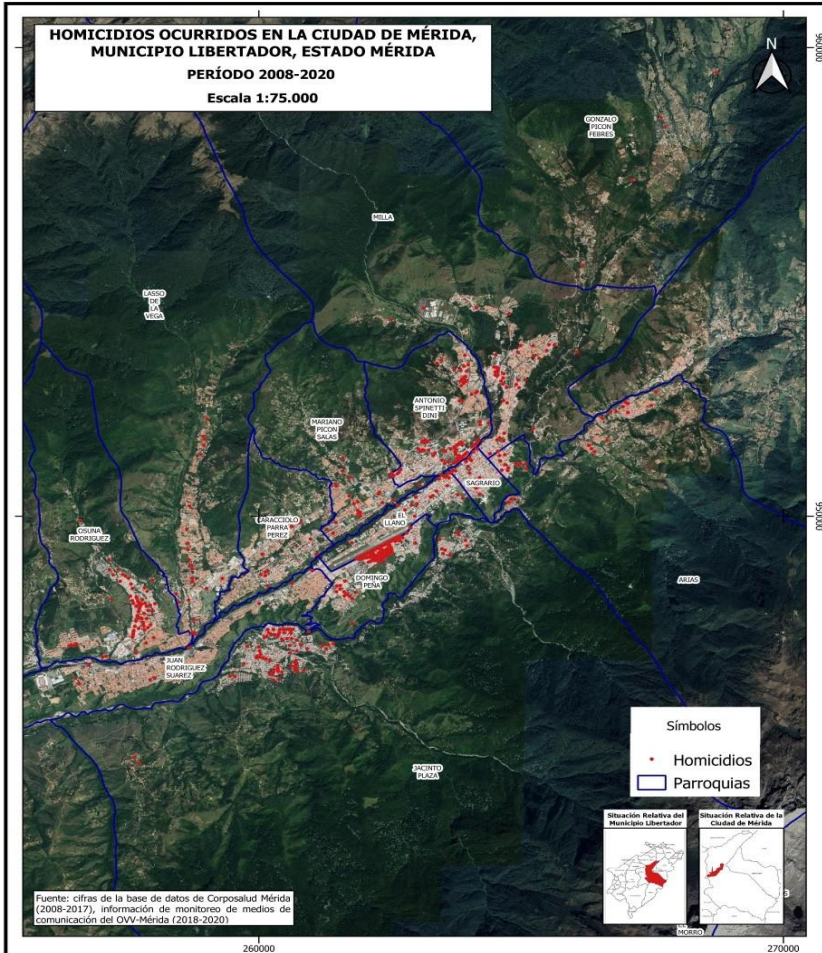
En términos generales, y bajo una situación intermedia en el número de casos registrados, se cuentan los sectores localizados en la parte media y baja de las parroquias Mariano Picón Salas y Caracciolo Parra Pérez, donde se aprecia un patrón espacial disperso de los homicidios, y Lasso de La Vega -en sus partes baja, media y alta- que exhibe una visual diferente. El patrón observado en esta última área es lineal, asociado a la vialidad principal que surca a esta parroquia. Es así como más de 90% de los casos identificados en este espacio, se localizan a lo largo de la carretera principal que conduce hacia la Pedregosa norte y Pedregosa sur, y hacia la parte de la Avenida Los Próceres que pertenece a esta parroquia.

El grueso de la población y de los hogares existentes en estos sectores presentan condiciones socioeconómicas “más favorables” que los anteriores. También, al igual que en el caso anterior, el uso de la tierra urbana dominante en estos sectores es el residencial.

Los sectores con menos registros del delito en cuestión resultaron ser la mayoría de los ubicados en las parroquias Gonzalo Picón Febres (El Peñón, El Playón, El Arado, La Caña, El Valle, La Culata, entre otros que conforman esta área) y Juan Rodríguez Suárez (San Antonio, Las Tapias, Carrizal A y B, Alto Chama, La Mara, La Parroquia, entre otros). En esta última área, la mitad de los homicidios identificados acontecieron a lo largo de la Avenida Andrés Bello.

Mapa 4

Distribución espacial de homicidios ocurridos en la ciudad de Mérida, municipio Libertador, período 2008-2020



Fuente: elaboración propia con cifras de Corposalud Mérida y de los medios de comunicación

El caso particular de la parroquia Gonzalo Picón Febres, aun cuando se señaló al inicio de este escrito que no forma parte de la poligonal urbana de la ciudad de Mérida y que se trata de un área

periurbana; su la relativa cercanía a la urbe lleva a que su población mantenga una conexión permanente y dinámica con la misma. Es un territorio donde se desarrollan diferentes actividades económicas que giran en torno al uso de la tierra agrícola y pecuario, y que coexisten con actividades como el turismo y otros servicios asociados a esta última, así como con el uso residencial.

En lo referente a la Juan Rodríguez Suárez, se corresponde con sectores donde han residido históricamente la mayoría de la población y hogares “más pudientes” de la ciudad de Mérida, los que han contado con las condiciones socioeconómicas “más favorables” de la urbe. No obstante, hay que puntualizar que las parroquias Mariano Picón Salas, Caracciolo Parra Pérez y Lasso de La Vega, también son espacios donde existen sectores que de igual modo históricamente han presentado las mismas características (solo por citar algunos ejemplos: La Lumonty, San José, Los Pinos, Belensate, varias urbanizaciones ubicadas en la Pedregosa norte, entre otros).

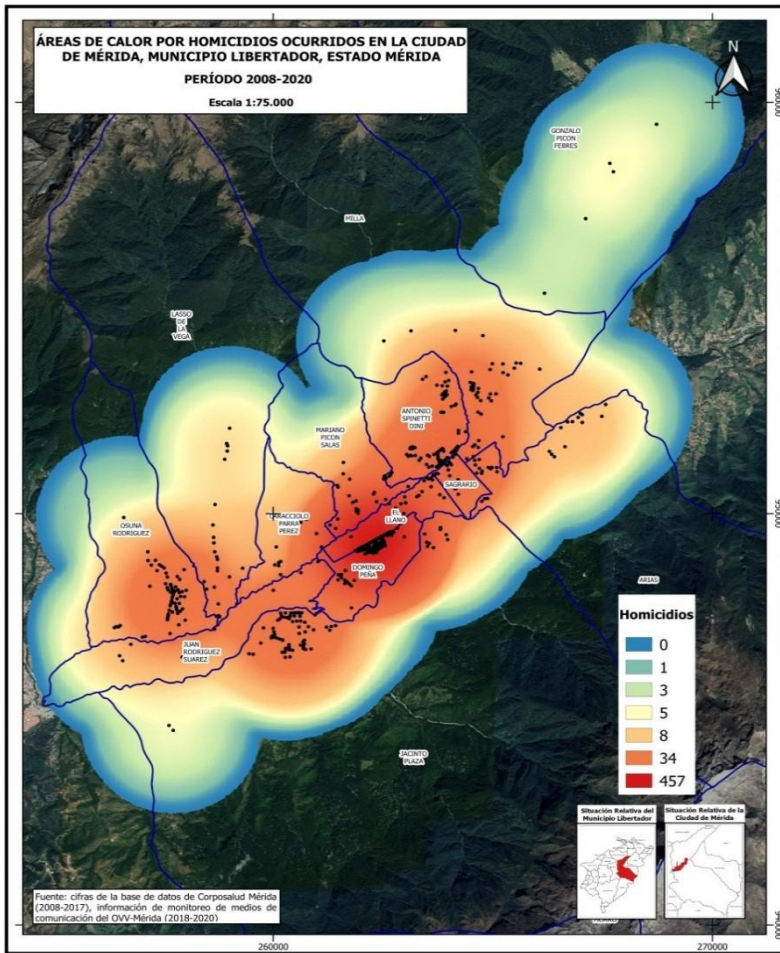
El mapa 5, el cual se derivó del mapa 4, denominado Mapa de Áreas de “Calor”, muestra a través de una degradación que va desde colores “fríos” (azul y verde) hasta los “cálidos” (anaranjado y rojo) para identificar las áreas concéntricas de menor y mayor ocurrencia de homicidios en la ciudad, respectivamente.

Lo primero que resalta a la vista es que el epicentro principal de este delito se ubica en el sector Campo de Oro-Avenida 16 de Septiembre (área color rojo), parroquia Domingo Peña. En segundo lugar, destacan cuatro áreas (color naranja), que se corresponden con los sectores mencionados en párrafos anteriores de las parroquias Antonio Spinetti Dini y Milla, ubicados al noreste de la ciudad, y con sectores de las parroquias Jacinto Plaza y J.J. Osuna Rodríguez situados hacia el extremo suroeste y oeste de la urbe, respectivamente.

En tercer y último lugar, se observa que, en la medida que la visual se aleja de los centros de mayor incidencia de homicidios, las tonalidades de color amarillo, verde y azul significan menor importancia de este delito en términos de ocurrencia y frecuencia.

Mapa 5

Áreas de calor por homicidios ocurridos en la ciudad de Mérida, municipio Libertador, período 2008-2020



Fuente: elaboración propia con base al resultado del mapa 4.

Estos segundos resultados obtenidos por sectores revelan que las mayores probabilidades de que un ciudadano pueda ser víctima de homicidio se inclinan hacia los primeros que fueron listados, lugares donde es evidente que existe la mayor concentración de puntos de casos de este delito en análisis y las tasas de homicidio más elevadas de la ciudad.

Factores explicativos de las diferencias espaciales

Son múltiples los factores que podrían intervenir y combinarse para tratar de comprender las diferencias espaciales de la ocurrencia y frecuencia de los homicidios en el contexto de la ciudad de Mérida. No obstante, con base en los años de experiencia investigativa acumulada del equipo de trabajo y a la información que muestran, año tras año, los medios de comunicación regional, a continuación, se describen los factores más relevantes:

- Presencia (o no) en los sectores de individuos dedicados a la delincuencia común u organizada, así como de bandas delincuenciales, que entre sus principales delitos figuren los homicidios.
- Ocurrencia (o no) en los sectores de enfrentamientos entre bandas delincuenciales o entre delincuentes y cuerpos de seguridad del Estado al momento de realizar operativos de seguridad ciudadana, los que en ambos casos han dejado saldos fatales, tanto de delincuentes como de funcionarios.
- Sectores donde exista (o no) consumo/venta de alcohol y/o drogas ilícitas y que ese consumo/venta sea mayor (o menor) entre ciertos individuos. Estas sustancias en muchos momentos actúan como un factor detonante de conflictos interpersonales en los que pueden llegarse a cometer homicidios.

- Ocurrencia (o no) en los sectores de otros delitos que, por diferentes razones, lleven a individuos (delincuentes de oficio o no), a su vez, a consumir el delito de homicidio, por ejemplo, robos a personas, robos con entrada ilícita (a viviendas, comercios, entre otros lugares), hurtos, violaciones sexuales y otras agresiones sexuales, entre otros.

- Ocurrencia (o no) en los sectores de homicidios de diferente tipo (asesinatos, femicidios, infanticidios, agresiones graves mortales, homicidios voluntarios, entre otros) consumados por individuos (delincuentes de oficio o no), impulsados por distintas motivaciones: provecho ilícito, ajuste de cuentas, prejuicios, basado en el género, riña, venganza, disturbios civiles, entre otras.

- La mayor (o menor) presencia policial en los sectores, bien sea por existencia (o no) de módulos policiales dentro o en las inmediaciones de los mismos, o por más (o menos) patrullaje, así como por la regularidad con que se realicen operativos de seguridad ciudadana.

- Mayor (o menor) presencia de porte (lícito o ilícito) de armas de fuego entre la población de los sectores (delincuentes de oficio o no). Como se conoce, por un lado, las armas de fuego otorgan más posibilidades de ser mucho más letales que las denominadas armas blancas o que la fuerza física, y por otro, en la medida que haya un mayor porte de las mismas en la población, y sobre todo si es ilícito, y además se usen indiscriminadamente para cometer delitos; la probabilidad de que ocurran homicidios se eleva.

- Las disparidades socioeconómicas y socioculturales a lo interno de los sectores y entre sectores.

- Áreas de la ciudad que se ubican dentro o en las inmediaciones de sectores que históricamente han sido objeto de disturbios civiles y/o protestas (pacíficos o no) por parte de los ciudadanos, las que en diferentes oportunidades han sido escenarios de homicidios, por ejemplo: Avenida Don Tulio Febres

Cordero; Avenida Las Américas en su tramo entre la Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas y el semáforo que intercepta esta avenida con el viaducto Campo Elías de la calle 26. Otras áreas que durante algunos años recientes se incorporaron a esa lista son: Avenida Cardenal Quintero, Avenida Las Américas a la altura del sector El Campito y más abajo entre el Centro Comercial El Rodeo y el Terminal de pasajeros de la ciudad, Avenida Los Próceres a la altura del sector San José de Las Flores y del Centro Comercial Alto Prado, así como a la altura del Puente La Pedregosa, entre muchas otras áreas donde se presentaron protestas entre 2014-2019.

Conclusiones

La ocurrencia y frecuencia de homicidios en Mérida fluctuó durante el período analizado y mostró dos importantes “picos”: uno en 2008 y otro en 2016. Durante 2017-2020 exhibió una clara caída que a pesar de ello podría ser menos pronunciada que lo observado debido al aumento progresivo de las MIND, sobre todo entre 2017-2018, por lo tanto, el número de casos y las tasas alcanzarían a ser algo más elevadas que las estimadas. Entre tanto la mayoría de los homicidios se cometen con armas de fuego, tal como lo revelan estudios a nivel nacional.

A pesar que esta investigación sólo se centró en un delito (el homicidio), empleando principalmente una base de datos oficial no pública y para un período más extenso, complementado con una fuente indirecta como son los medios de comunicación; los resultados en cuanto a las diferencias espaciales muestran un patrón análogo a los presentados en el segundo apartado de esta obra, con algunas pocas variantes. Es decir, queda en evidencia una vez más la asimetría en la geografía de la violencia merideña en sus municipios y regiones.

La descripción cuantitativa de las diferencias espaciales según municipios permite decir que la violencia en el estado

Mérida, vista a través del indicador de porcentaje de ocurrencia histórica de homicidios; se concentra casi en sus tres cuartas partes en tan sólo tres municipios: Libertador, Alberto Adriani y Campo Elías.

Cuando se visualizan las tasas, si bien es cierto se distingue que Alberto Adriani y Libertador son los más violentos y ocupan el primer y tercer lugar, respectivamente, también es cierto que Obispo Ramos de Lora, Tulio Febres Cordero y Caracciolo Parra y Olmedo les siguen en importancia como los más violentos del estado siendo áreas con bajo tamaño poblacional.

A escala urbana de la ciudad de Mérida, las parroquias con más casos son Domingo Peña, Spinetti Dini y Jacinto Plaza. Cerca de las tres cuartas partes de todos los casos registrados acontecieron en esas áreas, siendo las armas de fuego en más del 90% el medio utilizado para cometer el delito. Del mismo modo, las dos primeras parroquias indicadas poseen las tasas de homicidios más elevadas de la ciudad, siendo la de Domingo Peña más de 6 veces la tasa promedio de la ciudad. Todas las demás parroquias exhiben valores por debajo de la tasa de la urbe merideña.

A nivel de sectores: Campo de Oro-Avenida 16 de Septiembre de la parroquia Domingo Peña, destacan con la mayor ocurrencia de homicidios (el mayor “epicentro”). En segundo lugar, destacan: Santa Ana Norte, Pueblo Nuevo, Simón Bolívar, San José de Las Flores, Avenida Cardenal Quintero y su conexión con el viaducto Campo Elías de la calle 26, y El Caucho, todos sectores de la parroquia Spinetti Dini. En estos y en otros sectores de otras parroquias con similares características, acontecieron la mayoría de los casos, es decir, sectores populares con condiciones socioeconómicas “desfavorables”.

Por el contrario, los sectores con menos registros del delito en cuestión resultaron ser la mayoría de los ubicados en las parroquias de estratos socioeconómicos de medio a alto: Gonzalo

Picón Febres (El Peñón, El Playón, El Arado, La Caña, El Valle, La Culata, entre otros que conforman esta área) y Juan Rodríguez Suárez (San Antonio, Las Tapias, Carrizal A y B, Alto Chama, La Mara, La Parroquia, entre otros).

Finalmente, se identificaron múltiples factores que, en distintas combinaciones, explican los patrones espaciales de los homicidios en la ciudad de Mérida, los cuales pueden ser clasificados en varias categorías: delincuencia; seguridad ciudadana; consumo/venta de sustancias (alcohol y drogas ilícitas); porte ilícito de armas; características socioeconómicas de la población; conflictos interpersonales; y áreas de disturbios civiles.

Referencias

- Amaya, C. (2013). *La organización del espacio en el Área Metropolitana de Mérida*. Consejo de Publicaciones de la Universidad de Los Andes-ULA.
- Birkbeck, C., Murúa, M. y Rodríguez, J. (1999). La delincuencia común en el estado Mérida entre 1961 y 1998. *Revista del Centro de Investigaciones Penales y Criminológicas*, 55-79, 23-48. <https://n9.cl/xzvag>
- Briceño-León, R. (2017). ¿Qué enseña el fracaso en la reducción de homicidios en Venezuela?. *Revista Cidob d'Afers Internacionals*, 116, 53-76. <https://n9.cl/3bk5q>
- Briceño-León, R. y Camardiel, A. (2019). El impacto de la violencia en la cohesión social. En R. Briceño-León, A. Camardiel, y G. Perdomo. (Eds.), *Los nuevos rostros de la violencia. Empobrecimiento y letalidad policial* (pp. 41-68). Editorial Alfa. <https://n9.cl/f7ioc>
- Crespo, F. (2016). *Cultura de la violencia acerca de la moralización, legitimación y socialización de la violencia en Venezuela*. <https://n9.cl/r38ye>
- Corposalud Mérida. (2001-2017). *Base de datos de Mortalidad del estado Mérida, años 2001-2017*.

- Freitez, A. (2017). *Venezuela la caída sin fin ¿hasta cuándo? Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI 2016)*. Abediciones. <https://n9.cl/kp41n>
- Freitez, A., González, M. y Zuñiga, G. (2015). *Una mirada a la situación social de la población venezolana. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI 2014)*. UCAB. <https://n9.cl/kp41n>
- ICDcode.info. (s.f.). *Y10-Y34, eventos de intención no determinada*. <https://n9.cl/i3rbo>
- Instituto Nacional de Estadística. (2013a). *Proyecciones de población con base al censo 2011*. <https://n9.cl/iy6s3>
- Instituto Nacional de Estadística. (2013b). *División político territorial de la República Bolivariana de Venezuela 2013 con fines estadísticos*. <https://n9.cl/j28ca>
- Observatorio Venezolano de Violencia. (2011). *2011 – El año más violento de la historia nacional*. <https://n9.cl/x663h>
- Observatorio Venezolano de Violencia. (2018). *Informe anual de violencia 2018*. <https://n9.cl/ogpcv>
- Observatorio Venezolano de Violencia. (2019). *Informe anual de violencia 2019*. <https://n9.cl/5zpyy>
- Observatorio Venezolano de Violencia. (2020). *Informe anual de violencia 2020*. <https://shre.ink/nag2>
- Páez, G. (2018). *Demografía: indicadores y principales métodos*. Editorial Académica Española, Madrid-España. <https://n9.cl/i7fcg>
- Universidad Católica Andrés Bello. (2016). *Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI 2015)*. AB-UCAB ediciones. <https://n9.cl/kp41n>
- Universidad Católica Andrés Bello. (2019-2020). *Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2019-2020*. <https://n9.cl/h10hy>

Mérida: Escenario de violencia y letalidad de cuerpos de seguridad del Estado ⁵

Gustavo A. Páez S.
Karina Rondón V.
Nilsa Gulfo
Yhimaina J. Trejo U.

El problema y su contexto regional

Una noche después de que había sido ejecutado extrajudicialmente su hijo de 21 años, se escuchó a una madre gritar por la vida de su otro hijo, con mucho llanto y de forma desesperada: “¡No lo maten, que es menor de edad!”, mientras que un individuo presionaba a otro con voz firme: “¡Quiébralo, quiébralo!”. Con suerte, debido a la intervención de su progenitora, el segundo joven no fue ejecutado. Lo anterior representa parte del crudo testimonio vivido por una familia merideña durante un allanamiento ilegal perpetrado a su vivienda por cuerpos de seguridad del Estado, procedimiento donde ejecutaron a aquel joven y a cuatro individuos más, todos residentes de un sector populoso de la ciudad de Mérida, capital del estado homónimo. Estos hechos narran una realidad que han padecido muchas familias venezolanas, donde se desencadenan dolor, sensación de desamparo, impotencia, indignación y violación despiadada del derecho a la vida.

⁵ Capítulo de libro publicado en: Briceño-León, R. (Ed.). (2022). *Tanatopolítica en Venezuela. Sicariato de estado y derechos humanos* (pp. 295-320). Editorial Alfa. <https://n9.cl/g96w7>

En el marco de ese contexto, la presente investigación pretende indagar y dar a conocer, mediante la obtención de información de naturaleza cualitativa, cómo es el accionar de los funcionarios de cuerpos de seguridad del Estado en el ejercicio de sus funciones y su posible vinculación con ejecuciones extrajudiciales que, al parecer, con frecuencia quedan enmascaradas bajo la categoría de resistencia a la autoridad. Ello permitirá vislumbrar si el estado Mérida ha sido una entidad político-administrativa que ha fungido como escenario o espacio físico de sucesos violentos con consecuencias letales, derivados de procedimientos consumados por las fuerzas públicas de seguridad.

Muestra de lo señalado con anterioridad lo representa el hecho de que, en Venezuela, al menos entre 2016-2020, acontecieron 33.386 muertes por resistencia a la autoridad⁶ (OVV, 2016; 2017; 2018; 2019; 2020), aun cuando existen razones de diverso orden que hacen pensar que quizás muchas de ellas fueron ejecuciones extrajudiciales.

Mérida, ubicada en el occidente de Venezuela, se ha posicionado en los últimos cuatro años (2017-2020) entre las entidades con la menor tasa de muertes violentas⁷ a escala nacional. No obstante, a pesar de ser una de las “menos violentas” de Venezuela, ello no significa que sus tasas sean bajas y que sea un territorio con exigua violencia, puesto que, tal y como se muestra en la tabla 1, este indicador en tiempos recientes ha exhibido con frecuencia valores que superan el establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (10 homicidios por cada cien mil habitantes) según la cual, al excederse más allá de ese

⁶ Se refiere a las muertes violentas que cometen los funcionarios de cuerpos de seguridad del Estado, cuando un civil se resiste de forma violenta y/o con armas a acatar una detención o un procedimiento.

⁷ Las cifras de muertes violentas es el resultado de la sumatoria en un año dado de los decesos ocurridos por homicidios, resistencia a la autoridad y de muertes en averiguación.

criterio numérico, significa que un área presenta problemas de epidemia y salud pública en cuanto a tasa de homicidios se refiere (Páez, 2019).

Tabla 1

Evolución reciente de los principales indicadores de muertes violentas en el estado Mérida

INDICADOR*	2017	2018	2019	2020
Tasa de muertes violentas	27	26	31	19
Tasa de homicidios	17	17	15	6
Tasa de muertes en averiguación	***	6	10	6
Tasa de muertes por resistencia a la autoridad	10	3	6	7

* Tasas expresadas por cada cien mil habitantes. ** Sin información
 Fuentes: Informe Anual de Violencia del OVV (2017; 2018; 2019; 2020), Informe Regional Anual de Violencia del OVV Mérida (2020)

Un aspecto que es importante resaltar, y que también se evidencia al observar la tabla 1, es que, mientras la tasa de homicidios ha tendido a descender, la de resistencia a la autoridad ha presentado una propensión al ascenso. De hecho, su incremento entre 2019-2020 (en 100%), y el experimentado por la de muertes en averiguación (66,6%), donde quedan “ocultos” un número dado de homicidios no esclarecidos por las instancias competentes, fue lo que llevó, a su vez, al aumento de la tasa de muertes violentas en ese lapso. Otro hecho notable que sale a relucir con aquellas cifras es que, en 2020, por primera vez, la de resistencia a la autoridad superó a la de homicidios y a la de muertes en averiguación.

En el mismo sentido, entre 2019-2020, por medio de la revisión de los medios de comunicación regional, se lograron estimar las cifras que se muestran en la tabla 2, las que, de igual modo, dan cuenta del incremento de las muertes por resistencia a la autoridad en Mérida.

Tabla 2

Indicadores de resistencia a la autoridad en el estado Mérida

INDICADOR	2019	2020
Nº de hechos de resistencia a la autoridad	18	37
Nº total de decesos en enfrentamientos con cuerpos de seguridad del Estado	43	47
Promedio de decesos ocurridos en enfrentamientos	2,4	1,3
% de muertes por resistencia a la autoridad sobre el total de muertes violentas registradas	31,8	53,4

Fuente: Informe Regional Anual de Violencia del OVV Mérida (2020)

Es oportuno acotar que los boletines e informes que en años recientes ha publicado el Observatorio de Derechos Humanos de la Universidad de Los Andes (ODH-ULA, 2017; 2018; 2018-2019; 2019a; 2019b; 2019c; 2019d) señalan con énfasis en el estado Mérida, entre otros tópicos, la violación de derechos humanos en manifestaciones de calle, a través del uso indebido de la justicia militar, ataques y allanamientos a residencias, allanamientos ilegales y represiones desproporcionadas; así como represión por parte de organismos policiales y militares del Estado venezolano, sin consideración a personas de la tercera edad, con condiciones médicas, o a menores de edad; represión, por parte de colectivos armados, incluso a personal médico que asiste a heridos y lesionados en el contexto de las protestas; y casos de ejecuciones extrajudiciales por parte de efectivos de cuerpos de seguridad

pública en allanamientos ilegales a viviendas donde residían personas que participaron en alguna manifestación.

Como se apreciará, los resultados obtenidos producto de la interpretación de los hechos narrados por familiares de víctimas, testigos oculares y terceras personas denotan la grave situación de violación de derechos humanos que se vive hoy en día en el estado Mérida y en Venezuela, especialmente en lo concerniente al derecho a la vida, la libertad de expresión, la seguridad, la justicia, la inviolabilidad del domicilio y la integridad de las personas.

Marco metodológico

Por la naturaleza cualitativa de la investigación, como procedimientos se aplicaron entrevistas y grupos focales. Esto permitió obtener información directa de un conjunto de individuos que, de una u otra manera, poseían conocimiento sobre la temática indagada.

Para el caso de las entrevistas, primero se buscaron individuos residentes en distintos sectores de la ciudad de Mérida, que conociesen familiares de personas muertas en incidentes de resistencia a la autoridad. Los sectores visitados en la ciudad se seleccionaron en función de dos criterios: (i) sectores populares de bajos recursos socioeconómicos y (ii) sectores donde sus habitantes han participado en protestas de calle.

Una vez identificadas las personas, se estableció contacto con las mismas y, para efectos de obtener el consentimiento de los potenciales entrevistados a suministrar información, un aspecto importante que se expuso de manera clara fue la garantía absoluta del secreto de toda la información que pudiesen proporcionar, la cual se les mencionó que sería utilizada solo con fines de investigación. Luego, se procedió a realizar las entrevistas (tres en total) el día, hora y lugar acordados.

Cumplidas las entrevistas, se llevó a cabo el trabajo de oficina: transcripción de la información y elaboración de un informe interpretativo. Esta labor se efectuó en las primeras 24 horas después de haberse realizado cada una de aquellas, para evitar dejar de lado algún detalle de la información recabada.

En lo concerniente a los grupos focales (dos en total), es oportuno mencionar que, para la puesta en práctica de esta técnica, se tomaron en cuenta las orientaciones propuestas en Dawson *et. al.* (1997).

El primer paso fue la elección del ámbito espacial donde se implementaron los grupos focales. En este sentido, a priori, se tenía conocimiento de que en diversos sectores de la ciudad de Mérida no solo habían ocurrido casos de muertes por resistencia a la autoridad dentro y en los alrededores de los mismos, sino que, a lo interno de estos, existían individuos con criterio y propiedad para suministrar información veraz en torno al tema. Es así como se seleccionaron dos comunidades pertenecientes al municipio Libertador del estado Mérida, una vez realizado un sondeo preliminar en cada una de estas, para ubicar los potenciales participantes de los grupos.

En la selección de las personas se emplearon como criterios la edad, el nivel educativo y el conocimiento (o no) del tema por investigar. En cuanto a la edad, se tomaron en cuenta individuos en edades adultas por sobre los 25 años y este criterio fue combinado con el nivel educativo alcanzado. Posteriormente, un tercer aspecto, el del conocimiento (o no) de casos por resistencia a la autoridad permitió finalmente obtener el total de participantes según cada grupo focal. En definitiva, se seleccionaron catorce personas entre 25 y 60 años de edad con nivel educativo universitario.

A continuación, se desarrollaron los grupos focales el día, a la hora y en el lugar acordados, contando con la presencia de un moderador y un observador. Luego, se procedió a llevar a cabo el trabajo de oficina: transcripción de la información y elaboración de un informe interpretativo. Esta labor, al igual que en las entrevistas, se efectuó en las primeras 24 horas después de haberse realizado cada uno de aquellos, para evitar dejar de lado algún detalle de la información recabada.

Los resultados

Resultados de las entrevistas

Mediante las entrevistas se logró obtener diversos testimonios sobre el exceso en el uso de la fuerza por parte de efectivos de cuerpos de seguridad del Estado en el ejercicio de sus funciones y de su participación en ejecuciones extrajudiciales. A continuación, se describen los tres casos indagados:

Ejecuciones extrajudiciales en operativo de allanamiento ilegal

En la primera entrevista se conoció sobre la muerte, en 2015, de un joven estudiante universitario, de 21 años y sin antecedentes penales, residenciado en la ciudad de Mérida.

Según lo indagado, el hecho ocurrió en horas de la madrugada en un operativo de allanamiento ilegal donde participaron efectivos del Servicio Bolivariano de Inteligencia Nacional (SEBIN), del Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas (CICPC) y de la Guardia Nacional Bolivariana (GNB). Al cabo de un tiempo, después de que estos formaran un perímetro de seguridad alrededor del sector donde residía el hoy occiso, un grupo de aproximadamente doce

individuos descendieron de dos vehículos y se apersonaron en el barrio a realizar varias ejecuciones extrajudiciales. Estos vestían en su totalidad de color negro, con el rostro oculto, fuertemente armados y sin identificación institucional.

Los individuos descritos ingresaron de forma violenta a la vivienda donde residía el joven, derrumbando la puerta con un mazo y preguntando de manera amenazante por él. Al ingresar, accedieron a la parte superior de la vivienda, donde se encontraba dormido para ese momento. Lo tomaron de los brazos y lo llevaron desde su habitación hacia unas escaleras cercanas donde, arrodillado, le propinaron varios disparos por la espalda.

No conformes con el asesinato del joven, hubo agresiones físicas y verbales a los familiares e intentaron ultimar a su hermano sin justificación. Adicionalmente, antes de marcharse del lugar, los funcionarios involucrados sustrajeron algunas pertenencias e hicieron destrozos en bienes muebles y otros objetos.

Es de resaltar que, según el entrevistado, en esa misma madrugada este grupo asesinó a otros cuatro jóvenes, es decir, resultaron cinco fallecidos en total. A cuatro los ultimaron con armas de fuego frente a sus familiares (entre cuatro y cinco disparos, arrodillados y accionando por la espalda) y a uno con arma blanca. Este último fue un caso impresionante, puesto que la autopsia reveló que uno de los jóvenes fue impactado violentamente con un objeto contundente (de hierro), quizás el mismo que emplearon para abrir las puertas de las viviendas de forma violenta, lo que le ocasionó múltiples fracturas en la columna, miembros superiores y el cráneo.

Lo ocurrido esa noche representó, para el familiar entrevistado y vecinos del barrio, un operativo ilegal y sin motivos, ejecutado por mercenarios o grupo de exterminio con la anuencia de distintos funcionarios de órganos de seguridad pública.

Las reacciones por parte de familiares, conocidos y vecinos del sector no se hicieron esperar. Esto debido a que hubo protestas de calle por parte de los mismos y los familiares acudieron tanto a la policía como al CICPC a colocar las denuncias respectivas.

Las respuestas no fueron nada alentadoras pues, según lo informado, los funcionarios dijeron: “Seguro se trataba de una banda, por algo los mataron”. Los familiares, al escuchar dicha respuesta, insistieron en la puesta de la denuncia y en que el joven y el resto de los asesinados vilmente eran inocentes, que se tenía que hacer justicia. Todo esto llevó a los funcionarios a responder:

“Definitivamente, no podemos dar ni recibir información porque es una orden superior”.

El consultado se mantiene en total desacuerdo con estos presuntos ajusticiamientos; considera que ningún ser humano tiene derecho a quitarle la vida a una persona y que, dado el caso de que un individuo haya cometido un delito, para eso existen las leyes y procedimientos jurídicos que indican qué hacer al respecto.

Un joven consiguió la muerte por un grafiti

Un segundo caso es la muerte, también en 2015, de un joven de 19 años de edad, residenciado en la ciudad de Mérida. Según lo indagado, era una persona “rebelde e irreverente y de espíritu libre”. Uno de sus *hobbies* era salir con sus amigos y hacer grafitis en paredes de la ciudad, siendo esta una actividad poco aceptada y mal vista por el ciudadano común.

Un día, alrededor de las 6:00 p.m., decide salir de su residencia en busca de un muro para pintar un grafiti. Aquel día, el joven divisa un lugar que considera adecuado para realizar su cometido, toma sus implementos y comienza a preparar la pared. En ese momento y desprevenido, es sorprendido por dos funcionarios de la GNB que se apersonan en una moto, lo detienen y comienzan a revisarlo.

Al parecer, los funcionarios empezaron a amenazarlo y a extorsionarlo, pero él no cedió, alegando que no estaba haciendo nada malo más allá de pintar una pared. Los efectivos iniciaron un forcejeo y, como el joven no quería acceder a sus peticiones y se resistía a ser esposado, uno de ellos reaccionó propinándole un fuerte golpe en la cabeza con el casco, lo que ocasionó, minutos después, la muerte de la víctima.

Los detalles del caso se lograron conocer a través de indagaciones que hicieron los familiares con testigos presenciales del hecho. Además, según el relato del entrevistado, los testigos narraron que, una vez que fue golpeado, este cayó al pavimento, los funcionarios trataron de colocarle las esposas y fue el momento en el que se percataron de que la víctima no tenía signos vitales, por lo que estos inmediatamente hicieron un llamado por radio a una unidad de la GNB, la cual, en pocos minutos, se hizo presente en el lugar. Luego, los implicados se retiraron y, acto seguido, se presentó una unidad de emergencia a recoger el cuerpo de la víctima.

Los familiares hicieron la respectiva denuncia ante las autoridades competentes, pero nunca hubo una respuesta clara por parte de estas sobre los hechos ocurridos. No obstante, fueron varias las versiones oficiales que giraron en torno a lo sucedido, pero el familiar entrevistado asegura que fueron historias para cubrir la verdadera realidad de los hechos. Entre ellas, una de las versiones que se manejaban era la de un supuesto ajuste de cuentas, dejando entrever que no hubo participación de algún cuerpo de seguridad del Estado. Otra supuesta versión arrojada por las investigaciones fue que, durante el forcejeo del joven con los funcionarios, cayeron al pavimento y este impactó su cabeza con una pared, lo que ocasionó su muerte.

Otros elementos importantes resaltados por el informante son que, al parecer, el joven fue despojado de varias de sus pertenencias y que el caso fue denunciado por redes sociales, por

donde tuvo gran apoyo de amigos y familiares, pero más allá de ello no se logró hacer pagar a los culpables.

Finalmente, familiares aseveran que el joven fue asesinado por estos guardias en un abuso de la fuerza física contra él y que estos no pagaron por sus actos, escondidos tras la investidura y el organismo de seguridad que ellos representan.

De una manifestación de calle a estado vegetativo ¿por protestar o por venganza?

Un tercer y último caso se refiere a un joven de 29 años. El hecho sucedió en 2017 durante una jornada de protesta en la ciudad de Ejido, municipio Campo Elías, donde el joven recibió un disparo en la cabeza de manos de un funcionario que, según lo indagado, era presuntamente de la GNB. Sin embargo, como también añadió el consultado, algunos testigos aseguraron que eran policías y otros que fueron guardias nacionales. En cualquiera de los casos, estarían involucrados funcionarios de la fuerza pública.

La víctima fue ingresada al Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), ya que la detonación hizo que perdiera parte de la masa encefálica. Nunca se recuperó ni despertó de su estado vegetativo. Siete meses después falleció, al empeorar su salud a causa de una bacteria.

Hoy en día, los familiares aún no están seguros de si su muerte tuvo que ver con una circunstancia presentada con un funcionario de la policía de Ejido o porque estaba en el sitio de las protestas en junio de 2017. Es oportuno señalar que, dos semanas antes de lo sucedido, el joven se había enfrentado a un efectivo policial cuando observó que este agredía, con un arma blanca, a un individuo en una plaza. Para salir en defensa de la víctima, golpeó al policía.

A partir de ese episodio, fue perseguido e intimidado por algunos funcionarios de inteligencia, quienes lo detuvieron y golpearon fuertemente en una oportunidad. Contó a sus familiares, en algún momento, que eso lo hacían por lo que había ocurrido en la plaza aquel día. La familia, a pesar de la gravedad y el pronóstico médico nada alentador, no colocó la denuncia y se abocó a tratar de salvar la vida del joven.

Durante toda la hospitalización, los familiares prácticamente debieron convivir con los funcionarios del SEBIN y el CICPC, quienes hacían visitas diarias y constantes interrogatorios para obtener información sobre el paciente, las cuales cesaron una vez que falleció. Las interpelaciones giraban en torno a si el joven estaba involucrado en las manifestaciones y si era activista de algún grupo político. Cuenta la consultada que, al llegar al hospital para ver qué había ocurrido con su familiar:

Llegaron funcionarios del CICPC para interrogarnos sobre qué vimos, cómo sucedieron los hechos. Sobre todo, interrogaron a los muchachos que le prestaron los primeros auxilios a mi hermano; ellos lo llevaron al hospital. Todos ellos tenían miedo; se notaba que estaban asustados con las preguntas de los funcionarios. A mí intentaron interrogarme, pero les dije que respetaran porque mi hermano estaba grave.

Posteriormente añadió:

Estuvieron hasta la medianoche; al día siguiente regresaron; así todos los días hasta la muerte de mi hermano. Cuando me interrogaban me preguntaban acerca de qué sabía yo, si él estaba en las “guarimbas” [protestas en calles y avenidas con obstrucción del tránsito] de Ejido, que si era la primera vez que participaba. Yo les dije que yo no sabía nada, que solo sabía que le habían disparado. Se dieron cuenta de que yo no tenía mucha información sobre lo sucedido. Lo que sí me pedían eran las cosas de él: su celular, su cartera, su ropa, pero yo nunca se las di. No se las di porque no sabía si era lo correcto; yo pensé más bien buscar asesoría

En vista de estas “intimidaciones”, según las denominó la consultada, los familiares decidieron ir hasta la Fiscalía del Ministerio Público. La recomendación del organismo fue que no entregaran ninguna de las pertenencias de la víctima ni al SEBIN ni al CICPC, a pesar de la insistencia de estos en que les concedieran las pertenencias (cartera, ropa, celular).

Para los familiares, lo ocurrido no fue fortuito, pues tienen la percepción de que alguien envió a los funcionarios para que lo intimidaran o para que desistiera de protestar. Lo que más lamentan fue el ensañamiento y la forma como atacaron a la víctima pues, además del disparo en la cabeza, le propinaron fuertes golpes en todo el cuerpo. De allí que uno de sus familiares comentara:

Según me dijeron, mi hermano iba subiendo por la calle y en ese momento los muchachos estaban tirando piedras. Él no iba corriendo, pero en ese momento salieron de la nada unas motos y todo el mundo corrió, pero se resbaló con una piedra y cayó al suelo. No le dio tiempo de correr, por lo que uno de los guardias lo agarró a golpes con el escudo. Nos dimos cuenta que recibió muchos golpes. Lo golpearon mucho porque le vimos muchos hematomas en el cuerpo.

Consideran que hubo demasiadas injusticias, hasta tal punto que el certificado de defunción que tomaron en cuenta no fue el que se levantó en el hospital sino uno que elaboró el CICPC. Se pretendía decir que la víctima había muerto por la bacteria y no del disparo, y que la muerte la había ocasionado un policía, mas no un guardia nacional, como efectivamente todo apuntó. Al final, ambos datos fueron cambiados en el mencionado certificado para modificar los hechos.

Los familiares fueron enfáticos en señalar que todo parte de una política del gobierno para amedrentar a la población que quiere protestar; y que, más allá de que existan funcionarios con pésima conducta, es el gobierno el que propicia esas atrocidades con los ciudadanos.

No justifican ningún tipo de acción que lleve a quitarle la vida a una persona, pues para ellos existen leyes que, si se cumplieran, bastarían para que cada persona que cometa un delito pague por ello. Las personas —afirmaron— pueden ser delincuentes, pero nadie tiene la potestad de quitarles la vida. Consideran que es el propio gobierno el que debe tomar medidas para que los funcionarios actúen de forma correcta.

Resultados de los grupos focales

Mediante los grupos focales se pudieron conocer múltiples relatos adicionales de muertes de merideños a manos de funcionarios, narraciones que, así como las obtenidas mediante entrevistas, apuntan a excesos de la fuerza pública y ejecuciones extrajudiciales, entre otros delitos.

Un primer ejemplo es lo que presuntamente sucedió en 2014 durante un episodio de manifestaciones en la ciudad de Mérida. Funcionarios de la GNB ocasionaron la muerte de un joven por el simple hecho de ejercer su derecho a la protesta en contra de las políticas puestas en práctica por el gobierno nacional.

Los muchachos tirando piedras, porque esas son las armas de ellos, y llegó un piquete de la GNB, pero ellos sí estaban disparando con plomo, y le cayó a uno de los muchachos que se encontraba manifestando, resultando muerto frente al Centro Comercial El Viaducto. Los mismos jóvenes presentes trataron de ayudarlo y arrastrarlo hasta las residencias, donde recibió los primeros auxilios, fue trasladado en una ambulancia, pero llegó al hospital sin signos vitales.

El joven se encontraba de vacaciones en la casa de un familiar que residía en las cercanías del lugar donde ocurrieron los hechos.

Otro ejemplo refiere que, en 2017, en horas de la madrugada, ingresaron efectivos de la policía a realizar un allanamiento ilegal a algunas viviendas de un populoso barrio de la ciudad de Mérida. Según testigos, en ese proceder ejecutaron a varios jóvenes sin dar importancia a si tenían o no antecedentes penales ni a si residían o no en el lugar. Indicio de esto último es que hubo dos de esos casos esa noche. Ambos, de manera independiente, por distintas circunstancias, se encontraban pernoctando en casa de un familiar; incluso uno procedía de otro estado del país y se hallaba de vacaciones.

La versión oficial fue que las personas fallecieron en el hospital y que habían sido heridas al enfrentarse a las comisiones policiales que los buscaban. No obstante, una persona comentó: “En realidad... hubo alguien que vio cuando tiraban los cuerpos sobre la tolva de una camioneta y así se los llevaron. Si tú llevas heridos, no vas a llevarlos atrás en la tolva de la camioneta”.

En otro caso, ocurrido en 2017, un individuo llega a su lugar de trabajo y, para su sorpresa, se consigue con una situación de robo a mano armada hacia sus compañeros de trabajo. Dos delincuentes despojan a todos los presentes de sus pertenencias. Durante la situación, alguien logra alertar a la policía y esta llega al lugar de los hechos segundos después del escape de los victimarios. Los funcionarios, en conjunto con aquel individuo, quien se sumó de inmediato a colaborar en la búsqueda, inician la exploración del lugar y logran divisar y aprehender a uno de los asaltantes, que estaba oculto en un terreno baldío y que se había retrasado por despojar a un trabajador de su teléfono móvil. Luego, un funcionario le comentó al individuo que ayudó en la búsqueda del delincuente:

“Esa fue la orden que nos dieron desde allá arriba, que matemos a toditos los que nosotros consigamos haciendo fechorías”, por lo que se presume que se le dio muerte al asaltante.

Un caso más reciente, en 2018, lo representa la aprehensión, secuestro y desaparición hasta la actualidad de un joven merideño quien, según los informantes, no tenía antecedentes penales, pero sí presentaba ciertos problemas conductuales y disciplinarios en el sector donde residía. Al parecer: “Un día vecinos observaron cuando un carro de funcionarios de inteligencia, un machito blanco, lo abordó y lo metieron a la camioneta y se lo llevaron”. Desde entonces el joven no ha aparecido y ha transcurrido aproximadamente un año de acontecido el hecho.

En el sentir de las personas, en ninguno de los casos reseñados hubo enfrentamientos en el sentido estricto de la palabra; si acaso, en algunos se produjo una persecución. No obstante, el exceso en el accionar por parte de los efectivos de seguridad del Estado ocasionó el deceso de estos individuos sin ningún tipo de razón o evidencias que lo justificara.

En cuanto a las reacciones de familiares, conocidos o vecinos que presenciaron los hechos, se refirió que, en muchas situaciones (sobre todo en operaciones de allanamiento ilegal), no hicieron las denuncias por temor a represalias o por las amenazas de los funcionarios. Ilustraciones de esto, mencionadas durante los grupos focales, son frases expresadas por efectivos a testigos oculares, en sucesos distintos: “El policía le dijo al familiar: ‘Usted cállese la boca y no diga nada’”. “El policía le dijo que se quedara calladito... como debe ser y listo”.

En el caso de manifestaciones de calle pacíficas, aun cuando haya habido en cierta forma enfrentamientos, sigue habiendo un escenario desproporcionado en la contienda porque, tal y como lo señaló un consultado: “Los muchachos manifestaban con piedras y ellos [los GNB] respondían con balas”. Esto ha ocasionado que

las personas no mencionen haber sido testigos de algún hecho por temor a represalias y, más aún, se cohiben de ejercer su derecho legítimo a la protesta pacífica por temor a formar parte de la lista de víctimas fatales.

La situación se agrava aún más debido a que, durante algunas manifestaciones en la ciudad de Mérida, efectivos de la PNB y de la GNB ingresaron a varios conjuntos residenciales privados para reprimir a sus propietarios, que manifestaban en las inmediaciones. Según expresó un participante:

No buscaban a nadie en particular, simplemente disparar a quien caiga. Yo digo que, al entrar los cuerpos de seguridad, en este caso la Guardia Nacional Bolivariana, abriéndoles paso a los Tupamaros [grupo de individuos pertenecientes al partido político Tupamaro, de ideología comunista-socialista], teniendo estos también armas de fuego, ya hay una intención de matar a la persona. Ellos disparan sin saber a quién, al que le toque, y en este caso le tocó a un chico.

Finalmente, es pertinente mencionar que la totalidad de los participantes de los grupos focales están en desacuerdo con las acciones violentas y letales de los cuerpos de seguridad pública; sin embargo, algunos acotaron que hay casos de comunidades donde “celebran” cuando ocurren operativos de allanamientos ilegales –o acciones de bandas delincuenciales organizadas– y asesinan a jóvenes que presentaban antecedentes penales y delinquían en esas comunidades. Esto motivado a que, al cabo de unos días, la violencia y los índices delictivos descendían de manera rápida y eso les permitía tener cierta tranquilidad en el ámbito de la seguridad ciudadana. Al respecto, un participante mencionó que:

En algunos casos, luego que los cuerpos de seguridad o bandas organizadas... hacen la respectiva "limpieza", la comunidad se alegra porque la zona queda tranquila en cuanto a delincuencia se refiere... Por ejemplo, en Barinitas, la comunidad manifestó sentirse tranquila, luego de los ajusticiamientos de los delincuentes, porque dejaron de estar azotados por los mismos... Los comentarios de la comunidad eran que esas muertes fueron bien merecidas.

La interpretación de los resultados en la entidad "menos violenta" de Venezuela

Estudios recientes han demostrado que la violencia e inseguridad desatada en el país es uno de los factores por los cuales millones de venezolanos y, entre estos, un sinnúmero de merideños, han salido y continúan saliendo despavoridos a otras latitudes del mundo en búsqueda de una mejor calidad de vida. Es decir, este factor ha sido una de las razones de peso que han impulsado a muchos a emigrar al extranjero (Bermúdez y otros, 2018; Mazuera y otros, 2019).

Quizás cualquier persona ubicada en distintos rincones del mundo pueda leer estas líneas y pensar que esa violencia e inseguridad a la que se hizo alusión al inicio de este apartado esté relacionada solo con delincuencia común u organizada. En primera instancia, resulta ser así; no obstante, lo más triste, lamentable e increíble es que su acrecentamiento en los últimos siete años (2014-2020), sobre todo el de la violencia, está fuertemente vinculado con el discurso agresivo de las autoridades estatales y con la puesta en práctica de políticas de seguridad ciudadana a lo largo y ancho del territorio nacional que violan abiertamente diversos derechos humanos.

En primer lugar, los resultados obtenidos en el estado Mérida son una muestra regional fehaciente de que, efectivamente, los organismos de seguridad pública se exceden en el uso de la fuerza al ejercer las funciones que les otorga la legislación venezolana en la materia. Incluso, podría afirmarse que, paulatinamente, se ha distorsionado la naturaleza para la que fueron creados estos órganos de seguridad en todas las regiones del país. En otros términos: ha existido una gran distorsión institucional caracterizada principalmente por estar parcializada, politizada y amoldada para defender los intereses particulares de las autoridades estatales, violando la legislación vigente y derechos humanos fundamentales como el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad e integridad de la persona, entre otros.

Lo anterior se palpa claramente en los sucesos narrados por las personas entrevistadas y por los participantes de los grupos focales: allanamientos ilegales en barrios y conjuntos residenciales donde ingresan efectivos de manera violenta a asesinar vilmente a jóvenes sin ningún tipo de pudor —cual película hollywoodense de mercenarios a sueldo—, a amenazar y amedrentar a testigos. No conformes con eso, destrozan bienes muebles y roban pertenencias a los habitantes. En resumen, según los relatos, la secuencia de sus acciones consiste en que, durante horas de la noche y madrugada, ingresan derribando las puertas de las viviendas con objetos contundentes; al entrar, preguntan por la ubicación de armas y/o material subversivo y por algún individuo, levantan a la persona de la cama donde se encuentre durmiendo a esas horas, lo llevan a las afueras de la vivienda y allí lo ejecutan con varios disparos. Luego, recogen los cuerpos y los colocan en un vehículo de carga para ser llevados presuntamente a la morgue, y finalmente buscan cambiar los hechos a nivel judicial (expediente) y del registro de mortalidad (certificado de defunción).

En el caso de las manifestaciones de calle, de corte pacífico o no, los funcionarios se apersonan en el lugar y, al parecer, disparan sin dudar (bombas lacrimógenas u otro tipo de munición letal) directamente a la humanidad de las personas, ocasionando a estas graves heridas y hasta la muerte. Incluso efectivos de las fuerzas públicas han quebrantado la inviolabilidad del hogar de las familias sin orden judicial y sin ningún tipo de justificación al ingresar a conjuntos residenciales disparando directamente a las personas y a sus bienes inmuebles solo por el hecho de estar manifestando en las inmediaciones de sus domicilios. Por otra parte, al presentarse aprehensiones de personas buscadas por presentar antecedentes penales o capturadas en pleno hecho (por ejemplo, en robo a mano armada), secuestran a los individuos, quienes en algunos casos son sometidos a torturas y, al cabo de unos días, aparecen sin signos vitales o nunca se da con su destino. En otras situaciones, ocurren persecuciones y los ejecutan en el lugar de la aprehensión o durante el seguimiento.

En muchos casos, diversas circunstancias indican que no existió tal resistencia a la autoridad, tal como las autoridades competentes calificaron a la mayoría de las muertes reseñadas en esta investigación. En todo caso, de haberla habido o de haberse presentado algún enfrentamiento, parece claro que el uso de la fuerza pública sigue siendo desproporcionado y fuera de la ley, lo que ocasiona cada día más muertes de venezolanos.

En segundo lugar, es necesario destacar que los ciudadanos no confían en ningún cuerpo de seguridad del Estado. Afirman que el deber ser es que protejan al ciudadano y hagan cumplir la ley. No obstante, en general, se aprecia que están para proteger a autoridades estatales y no a la población o sociedad, con el agravante de que estas instituciones se encuentran tan desvirtuadas que se aprecia de manera clara la falta de vocación y formación, y que hoy en día, por ejemplo, un policía o guardia

nacional puede ser cualquier persona, hasta un mismo delincuente con antecedentes penales.

En tercer lugar, la manera como actúan permite suponer que lo hacen porque obedecen órdenes superiores. Actúan sin mediar con nadie; de manera muy violenta, amenazante e infundiendo terror; sin órdenes de allanamiento legales y al margen de la ley; sin derecho a réplica; asesinando a individuos con y sin antecedentes penales (aun cuando los posean, es claro que no se justifica su muerte); reprimiendo fuertemente manifestaciones de calle y secuestrando y ultimando a delincuentes sin seguir los procedimientos regulares. Todo esto correlacionado con que en ningún caso hay castigo alguno para los culpables, es decir, que los hechos quedan impunes. Esto ha conducido a que en su mayoría las personas que son testigos del suceso, a excepción de familiares, no tomen cartas en el asunto por temor a represalias.

En cuarto lugar, desde el punto de vista humano, los casos indagados resultan ser una violación irrefutable del derecho a la vida y a la libertad, entre otros; una acción de crueldad sin medir ninguna consecuencia con tal de conseguir el objetivo trazado: lograr el control de la sociedad a la fuerza. En otros términos, sin ninguna duda, representan casos de lesa humanidad. Desde lo social, ha originado que la sociedad les tenga desconfianza y temor a los órganos de seguridad del Estado; que las personas no salgan a las calles a manifestar de manera pacífica para defender sus derechos, traumas psicológicos en el colectivo e impactos negativos en las familias (emocionales, de constitución, demográficos...). En lo político, queda claro que las autoridades estatales, al ejercer la violencia a través de los excesos de la fuerza pública, han logrado su objetivo de control de la sociedad y mantenerse en el poder. Esto además ha llevado a: ejecuciones extrajudiciales de innumerables merideños, con o sin antecedentes penales; amedrentamiento a la población hasta casi extinguir todo tipo de protesta de calle; éxodo masivo de personas al extranjero

huyendo, entre otras cosas, de la violencia e inseguridad reinante; y, en lo demográfico, principalmente pérdida de población económicamente activa y desmembramiento de la familia, bien sea por aumento de la mortalidad o de la emigración al extranjero.

Los niveles de violencia alcanzados hoy en día en la entidad por los cuerpos de seguridad del Estado podrían encontrar su explicación en gran parte en la destrucción institucional sistemática orquestada desde el ámbito estatal en las últimas décadas, lo cual ha ocasionado la ruptura de las reglas que regulan el acceso a los bienes, al poder político y al control social y penal (Briceño-León, 2017).

Consideraciones finales

Con los resultados obtenidos en esta investigación en el contexto regional del estado Mérida, queda en evidencia que en la entidad distintos funcionarios de organismos públicos de seguridad del Estado, con mucha frecuencia, se han excedido letalmente en el uso de la fuerza durante el ejercicio de sus funciones. Todo indica que lo anterior ha sido una tendencia creciente a partir del año 2014 con el objetivo, al parecer, de controlar por la fuerza a la sociedad merideña, año en que se presentaron en la entidad, así como en otros estados, fuertes manifestaciones de calle entre los meses de enero y abril en contra de decisiones por parte de autoridades competentes que, a criterio de muchos merideños y de la ciudadanía en general, han representado sistemáticamente una violación de sus derechos sociales, económicos y políticos, y del Estado de derecho (Briceño *et al.*, 2019). Este esquema de protestas y exceso de los funcionarios se repitió en las manifestaciones de 2017 (entre abril y julio) y en las de marzo-abril de 2018, estas últimas ocasionadas por las interrupciones prolongadas del servicio eléctrico.

Se presume que, por una parte, ese accionar de los funcionarios es para tratar de disminuir los índices de inseguridad y/o delincuencia desbordada en la entidad – así como en todo el país – y, por otra, para tratar de evitar que la población salga a las calles a oponerse a las políticas gubernamentales que han sumergido a la entidad y a Venezuela en una crisis humanitaria sin precedentes en toda su historia republicana.

Los procedimientos al margen de la ley y la desproporción en el uso de la fuerza de los funcionarios, que lamentablemente ocasionan incontables heridos y muertes en “operaciones legales” (allanamientos a viviendas y conjuntos residenciales sin justificación y órdenes judiciales, y en protestas de calle), calificadas por el Estado bajo la categoría de “muertes por resistencia a la autoridad”, muestran al público internacional que estas defunciones son supuestamente legales y, en realidad, es la consecuencia de ese accionar extrajudicial y/o excesivo de aquellos, tanto con individuos inocentes como con los culpables de algún delito. En otras palabras, en la categoría de “muertes por resistencia a la autoridad”, particularmente en allanamientos ilegales, quedó expuesto que se oculta un importante número de muertes violentas ocasionadas por funcionarios de cuerpos de seguridad del Estado, mientras que, en manifestaciones de calle, ocurre un uso y abuso por parte de los mismos.

Nuestra apreciación es que en el estado Mérida, y en Venezuela, las vidas humanas perdidas reseñadas en esta investigación son un ejemplo fehaciente de violencia tangible y cuantificable, como consecuencia de una violencia institucional caracterizada por una desviación de las funciones para las cuales fueron creados los cuerpos de seguridad pública (Provea, 2013; Paz Activa, 2018), esta última traducida en un indiscriminado uso de la fuerza por parte de estos en el ejercicio del cumplimiento de órdenes superiores para así lograr un mayor control económico y

político. Esto, a su vez, ha tenido como cimiento base una cultura de la violencia (Galtung, 2003; 2016), en apariencia “invisible”, que se ha venido construyendo, labrando y profesando por medio de un discurso agresivo e ideológico, así como por la creciente impunidad, la militarización de la seguridad pública y la justificación de múltiples delitos, socavando el Estado de derecho y violando derechos humanos (ACNUDH, 2019). Esto ha llevado a legitimar muchos actos violentos en la sociedad venezolana. En definitiva, la conjunción de lo anterior socavó la institucionalidad y originó el derrumbe de la cohesión social en Venezuela (Briceño-León y Camardiel, 2019).

Todo apunta a que la violencia que se vive hoy en día en el estado Mérida por parte de cuerpos de seguridad del Estado tiene como autores intelectuales a autoridades competentes, por lo que la principal solución a corto plazo que vislumbra la población consultada para revertir esa situación es la del cambio del gobierno a todos los niveles (nacional, regional y local), así como la depuración en todas sus esferas del poder judicial y de las instituciones de seguridad ciudadana.

Paulatinamente ha acontecido en Venezuela, y por supuesto en la entidad, una distorsión medular inducida y premeditada de las instituciones de seguridad del Estado para amoldarlas a beneficio de ciertas autoridades competentes e, insistimos, para lograr el control absoluto de la sociedad, objetivo que hasta el momento se ha alcanzado, situación que esperamos todos los venezolanos culmine en un horizonte temporal no muy extenso a futuro.

Referencias

- ACNUDH. (2019). *Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la situación de los derechos humanos en la República Bolivariana de Venezuela*. <https://bit.ly/3aARDoS>
- Bermúdez, Y., Mazuera-Arias, R., Albornoz-Arias, N. y Morffe, M. (2018). *Informe sobre la movilidad humana venezolana. Realidades y perspectivas de quienes emigran*. Servicio Jesuita a refugiados Venezuela, UCAT, Universidad Simón Bolívar, Entreculturas, Migración Colombia. <https://bit.ly/2YLk2Da>
- Briceño-León, R. (2017). ¿Qué enseña el fracaso en la reducción de homicidios en Venezuela?. *Revista Cidob d'Afers Internacionals*, 116, 53-76. <https://bit.ly/3jf6jOy>
- Briceño-León, R. y Camardiel, A. (2019). El impacto de la violencia en la cohesión social. En R. Briceño-León, A. Camardiel, y G. Perdomo. (Eds.), *Los nuevos rostros de la violencia. Empobrecimiento y letalidad policial* (pp. 41-68). Editorial Alfa. <https://bit.ly/2YLsmTC>
- Briceño-León, R., Perdomo, G. y Meléndez, M. A. (2019). Actores y procesos de la violencia en las protestas políticas. En R. Briceño-León, A. Camardiel y G. Perdomo. (Eds.), *Los nuevos rostros de la violencia. Empobrecimiento y letalidad policial* (pp. 97-122). Editorial Alfa. <https://bit.ly/2YLsmTC>
- Dawson, S., Manderson, L. y Tallo, V. (1997). *Manual para el uso de grupos focales*. Fondo Editorial FINTEC.
- Galtung, J. (2003). *Paz por medios pacíficos. Paz y conflicto, desarrollo y civilización*. Gernika Gogoratuz. <https://bit.ly/39JHeYS>
- Galtung, J. (2016). La violencia: cultural, estructural y directa. En Instituto Español de Estudios Estratégicos. Cuadernos de estrategias 183. *Política y violencia: comprensión teórica y desarrollo en la acción colectiva*. Ministerio de Defensa. <https://bit.ly/2YNbFqA>

- Mazuera-Arias, R., Albornoz-Arias, N., Morffe, M., Ramírez-Martínez, C. y Carreño-Paredes, M. (2019). *Informe sobre la movilidad humana venezolana. Realidades y perspectivas de quienes emigran*. Servicio Jesuita a refugiados Venezuela, Fundación Centro Gumilla, UCAT, UCAB, Odisef, USB. <https://bit.ly/3rnFGtC>
- Observatorio de Derechos Humanos de la Universidad de Los Andes. (2017). *Informe Anual. Mérida: Asalto a los Derechos Humanos*. Universidad de Los Andes.
- Observatorio de Derechos Humanos de la Universidad de Los Andes. (2018). *Situación de derechos humanos y emergencia humanitaria en Venezuela con especial referencia a la región andina* [reporte enero-septiembre de 2018]. Universidad de Los Andes. <https://bit.ly/3oM7V3u>
- Observatorio de Derechos Humanos de la Universidad de Los Andes. (2018-2019). *Informe Anual. Situación de derechos humanos y emergencia humanitaria en Venezuela con especial referencia a la región andina*. Universidad de Los Andes.
- Observatorio de Derechos Humanos de la Universidad de Los Andes. (2019a). *Reporte de violaciones al derecho a la manifestación con especial referencia a la región andina durante enero y febrero de 2019*. Universidad de Los Andes. <https://bit.ly/36HfYYS>
- Observatorio de Derechos Humanos de la Universidad de Los Andes. (2019b). *Situación general de los derechos humanos en la región andina 2019*. Universidad de Los Andes. <https://bit.ly/2MpKiAF>
- Observatorio de Derechos Humanos de la Universidad de Los Andes. (2019c). *Ejecuciones extrajudiciales y graves violaciones de derechos humanos en la represión estatal en Venezuela con especial referencia en la región andina – 2019*. Universidad de Los Andes. <https://bit.ly/3tqa6x2>
- Observatorio de Derechos Humanos de la Universidad de Los Andes. (2019d). *Informe: disparos a los ojos. Traumas oculares como consecuencia de la represión estatal en Venezuela*. Universidad de Los Andes. <https://bit.ly/3oPIaPy>
- Observatorio Venezolano de Violencia. (2016). *Informe Anual de Violencia*. <https://bit.ly/3tmCD6R>

- Observatorio Venezolano de Violencia. (2017). *Informe Anual de Violencia*. <https://bit.ly/3ts3uOU>
- Observatorio Venezolano de Violencia. (2018). *Informe Anual de Violencia*. <https://bit.ly/39JNDDj>
- Observatorio Venezolano de Violencia. (2019). *Informe Anual de Violencia*. <https://bit.ly/3rq2Ejw>
- Observatorio Venezolano de Violencia. (2020). *Informe Anual de Violencia*. <https://bit.ly/3rkYBoP>
- Observatorio Venezolano de Violencia Mérida. (2020). *Informe Regional Anual de Violencia*.
- Páez, G. (2019). El impacto de los homicidios en la composición por edad y sexo de la población de Venezuela. En R. Briceño-León, A. Camardiel y G. Perdomo. (Eds.), *Los nuevos rostros de la violencia: empobrecimiento y letalidad policial* (pp. 123-150). Editorial Alfa. <https://bit.ly/3tqJFaC>
- Paz Activa. (2018). *Inventario de las propuestas de seguridad ciudadana en Venezuela (1990-2017)*. Comisión Andina de Fomento (CAF). <https://bit.ly/3oWAMIP>
- Provea. (2013). *Informe Anual. Derecho a la seguridad ciudadana. Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos*. <https://bit.ly/3tqKFeG>

El rostro infantil y juvenil de la violencia en el estado Mérida ⁷

Gustavo A. Páez S.
Yhimaina J. Trejo U.
Karina Rondón V.
Nilsa Gulfo

A modo de introducción

En el estado Mérida los niños, niñas, adolescentes (NNA) y jóvenes padecen la violencia estructural (Galtung, 2016) que vive la región y que ha venido padeciendo toda Venezuela con mayor fuerza en los últimos años (2015-2021). En este contexto, se aprecia una cuantía considerable de casos en los que NNA y jóvenes son objeto de delitos de violencia interpersonal en escenarios de violencia sexual, de género e intrafamiliar, teniendo como principales perpetradores a familiares y conocidos; otros incluso son víctimas de violencia policial. Esto lleva a decir que son varios los derechos que son vulnerados en esas situaciones donde el Estado, por ley, debe asumir su papel como garante de esos derechos.

En este apartado se presentan los resultados —y su análisis— derivado de una investigación desarrollada en 2021 que se centró en estudiar la violencia contra la niñez y la juventud en el territorio del estado Mérida. En ningún caso con los resultados obtenidos se pretende hacer una generalización; no obstante, estos

⁸ Capítulo de libro publicado en: Perdomo, G. y Páez, G. (2023). (Eds.). *Violencia contra la niñez y la juventud en Venezuela. Víctimas ignoradas e invisibles* (pp. 301-324). Editorial Alfa. <https://n9.cl/szehx>

ofrecen una mirada quizás bastante próxima de lo que probablemente esté aconteciendo en materia de violencia en aquellos grupos poblacionales vulnerables, en estos tiempos de emergencia humanitaria compleja (Human Rights Watch, 2019; HumVenezuela, 2021).

Mérida, contexto espacial donde se desarrolló la presente investigación, es una de las entidades federales que conforman la división político-territorial de Venezuela, cuya capital es la ciudad homónima, que se emplaza en el municipio Libertador. Esta entidad se localiza hacia el occidente del país y forma parte de la región de los Andes venezolanos.

El procedimiento metodológico se estructuró en dos partes. En la primera, se realizaron tres entrevistas (focalizadas y no estructuradas) a expertos que laboran en un Consejo de Protección del Niño, Niña y Adolescente de la entidad, entre octubre y noviembre de 2021. La segunda consistió en la selección de tres casos emblemáticos con base en el monitoreo realizado a medios de comunicación regional durante 2021, lo que para el equipo de investigación ejemplifica otros rostros de la violencia contra NNA y jóvenes en el territorio merideño.

El primer criterio empleado en aquella selección se refirió a los hechos que mostraran mejor información o más detalle de lo ocurrido. El segundo se relacionó con el nivel de gravedad de los sucesos y el tercero fue el de considerar situaciones distintas a las conocidas por medio de las entrevistas.

Contexto social y económico de la entidad merideña en tiempos de emergencia humanitaria compleja

Los NNA y jóvenes de Mérida residen en un estado que, en 2021, se ubicó en el grupo de 8 entidades federales que aumentaron su tasa de muertes violentas en Venezuela, con un valor de 25,5 decesos violentos por cada cien mil habitantes, esto según el

Observatorio Venezolano de Violencia en Mérida (OVV Mérida, 2021a), a pesar de que durante 2017-2020 se mantuvo en el *ranking* nacional como una de las entidades con las cifras más bajas en ese indicador (OVV, 2017, 2018, 2019a, 2020), oscilando entre 18 y 31 muertes violentas por cada cien mil habitantes. Por primera vez, entre 2017-2021, se alejó unos cuantos peldaños del último o penúltimo puesto del aludido *ranking* (lugar 18 en 2021 dentro de las 24 entidades), posiciones que ocupó en aquel lapso e incluso en tiempos anteriores (p. ej. en 2012, OVV, 2012), y que durante años lo caracterizó como el territorio –o uno de los territorios– “menos violentos” del país. No obstante, la tasa de 2021 sigue siendo inferior a otras estimadas en años anteriores (57 MV100.000 en 2016, Crespo, 2019; o 31 MV100.000 en 2019, OVV, 2019a).

De manera específica hay que destacar que 23,3% del total de víctimas por muertes violentas acontecidas en la entidad durante 2021 resultaron ser NNA y jóvenes, repartido este valor en 1,8% (niños y niñas), 5,4 % (adolescentes) y 16,1 % (jóvenes). Otro dato resaltante es que el género femenino incrementó su importancia relativa como víctima de delitos (21,2% en 2019, 45,8% en 2020 y 38,7% en 2021), donde buena parte de ese aumento se debió a delitos consumados en contra de NNA. Llama la atención que 28,6% eran niñas menores de 11 años al momento de haberse consumado el delito, donde la violación sexual y las agresiones físicas ocuparon el primer sitio, con 27,9% cada una. En segundo lugar, se ubicaron los femicidios, con 18,6%. Le siguen los actos lascivos (14,0%), el acoso sexual (4,7%) y la amenaza de muerte y de agresión, así como la tentativa de homicidio, con 2,5% en cada caso (OVV Mérida, 2021a).

En la mayoría de los hechos (73,1%), el victimario se encontraba en edades adultas, entre los 30 y 64 años, dominando en 57,1% de aquellos: las parejas, exparejas, padres o padrastros como los principales perpetradores de esos delitos. Le siguen personas conocidas (20,0%), desconocidas (11,4%) y, en menor

medida, vecinos y otros familiares; estos dos últimos sumaron en conjunto 11,5% (OVV Mérida, 2021a).

Los resultados presentados por la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) de los venezolanos, edición 2021 (UCAB, 2021), podrían aportar otras luces sobre el contexto socioeconómico en el que crecen y se desarrollan hoy en día los NNA y jóvenes merideños. Es así como, al ser comparados esos resultados con los obtenidos por la edición de 2016 (Freitez *et al.*, 2018), se devela que la pobreza en Mérida no solo se extendió a todos los municipios y a la mayoría de los hogares de la entidad, sino que se incrementó entre 2016 y 2021.

Para 2021, la pobreza ya arropaba 93% de la población, donde, a su vez, 93% de esta vivía por debajo de la línea de pobreza y 67% por debajo de la línea de pobreza extrema, mientras que el 89% de los hogares también para el momento estaban en situación de pobreza.

Si revisamos otros indicadores procedentes de la ENCOVI, encontramos un incremento entre 2016-2021 de: la mortalidad infantil (de 14,9 a 23,7 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos, aumentó en 59%); porcentaje de madres adolescentes entre 15 y 19 años (de 12,1 a 12,8%); porcentaje de población en viviendas inadecuadas, es decir, residiendo en ranchos (de 4,6 a 6,1%); así como el descenso significativo del porcentaje de población ocupada (de 95% a 54%). Otros indicadores emanados de la mencionada encuesta a los cuales también se podría hacer alusión son: porcentaje de hogares con inseguridad alimentaria (93,6%) y niños menores de 5 años con desnutrición (8,5% con peso inferior a la edad, 5,3% con peso inferior a la estatura y 32,7% con talla inferior a la edad). En adición, tanto en 2016 como en 2020 el porcentaje de población entre 3 y 24 años que no asistía a un centro de enseñanza aumentó de 29% a 32,7%.

También la pobreza ha sido un factor de expulsión que ha hecho, y que sigue haciendo, que muchos merideños emigren hacia el extranjero, entre los que se cuentan padres y madres que dejaron a sus hijos al cuidado de familiares (abuelos, tíos, entre otros). Prueba de ello es que, entre las cifras de población proyectadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2013) y las estimadas por la ENCOVI, se observa un diferencial importante que de forma aproximada muestra en cuántos individuos podría haber disminuido la población total en la entidad y, dentro de esa disminución, es posible que un buen contingente haya sido por emigración hacia otros países. El INE proyectó la población de la entidad para el año 2021 en 1.076.858 habitantes, mientras que la ENCOVI estimó una cantidad de 881.855 habitantes, lo que arroja una diferencia conservadora de 195.003 personas.

En general, además, los NNA y jóvenes crecen en la entidad bajo la sombra de muchas deficiencias y problemas enmarcados en acentuadas privaciones en los servicios públicos básicos (escasez y/o baja calidad y cobertura del servicio de agua potable, electricidad, gas doméstico, aseo urbano y transporte público), así como en materia educativa y de salud (escuelas, universidades y centros de salud pública azotados por la delincuencia y en evidente estado de deterioro por falta de mantenimiento e inversión, además con carencia de personal de todo tipo por deserción o emigración como efecto de los ínfimos sueldos y salarios, y exiguos beneficios socioeconómicos) (OVV Mérida, 2019; 2020; 2021b), entre otras situaciones adversas que les toca vivir en el ámbito familiar, comunitario y social.

Resultados

Situaciones conocidas a través de las entrevistas

Caso 1: Una adolescente huérfana enferma, en situación de pobreza, no ha podido sanar debido a que está siendo atendida en un hospital sin recursos

Se trató de una adolescente de 16 años de una familia de bajos recursos económicos, estudiante del 5^{to} año de bachillerato. Ella perdió a su madre – cuando contaba con 6 años – por padecer la enfermedad del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), mientras que su padre también falleció hace un tiempo atrás por otra causa de muerte. Todo esto llevó a que dicha adolescente quedara a cargo de su abuela, de 83 años, y de sus cuatro hermanos, siendo ella la menor de todos.

La adolescente ingresa el 1ro de octubre de 2021 al Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), municipio Libertador, en principio por padecer Covid-19. Luego, una vez realizadas las pruebas clínicas pertinentes, los médicos determinaron que no se trataba de aquella enfermedad, sino que la adolescente estaba padeciendo VIH, aparentemente por transmisión materna. Al cabo de unos días fue hospitalizada.

Algo a destacar es que la joven presentaba un cuadro permanente con dificultad para respirar, lo que llevó a los médicos a hacerle otras valoraciones y exámenes para determinar si estaba padeciendo otra enfermedad. Empezaron las sospechas de que estaba padeciendo tuberculosis, diagnóstico que se confirmó posteriormente.

Uno de sus hermanos, y su esposa, eran los que estaban cuidando de ella en el hospital. Un día, agotados de estar en el centro de salud – además de no residir en la ciudad de Mérida – y asfixiados por los gastos económicos (debido a que ya no podían

con los gastos de los medicamentos y estudios a realizarle, puesto que en el hospital solo le podían suministrar gratis el oxígeno), decidieron llevársela; no obstante, los médicos se opusieron debido a que podría fallecer. Al respecto comentó una de las consejeras:

Intervinimos para dictar una medida donde se les obliga a que permanezcan en el hospital. Ellos –el hermano y la esposa– (...) manifestaron su situación económica, que son de bajos recursos y que a pesar de que son cuatro hermanos, él era el único que estaba viendo de la adolescente y no contaba con los otros ni siquiera para el cuidado, pues si no tienen dinero, no pueden ayudar a cuidar; entonces por esta razón era que ellos decidieron llevársela.

El Consejo de Protección tiene competencia legal para imponer medidas de protección, que son mandatos de obligatorio cumplimiento para garantizar la protección de NNA. Así lo estipula el artículo 125 de la Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA) (Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2015). Ante esta situación, el Consejo de Protección del municipio dictó una medida de protección que prohíbe a los familiares retirar a la adolescente del hospital, debido a que ella requería el tratamiento hospitalario, entendiendo los familiares que bajo ninguna justificación podían tomar de nuevo la decisión de llevarse a la paciente del centro de salud.

Contó la consejera que el resto de los hermanos fueron citados y, hasta octubre de 2021, la adolescente continuaba en el hospital bajo tratamiento médico para combatir sus padecimientos. Ninguno de los dos hermanos podía acompañar a la adolescente en el hospital. Según la consultada, uno de los hermanos expresó: “¿Cómo pierdo mi trabajo si me vengo?”. Al otro hermano, quien al parecer no tenía trabajo, se le exhortó a que ayudara a cuidar a su hermana y respondió: “¿Y quién me da de

comer? Yo no voy a estar aquí aguantando hambre, no tengo familia cercana”.

Se conoció que sus hermanos consiguieron un amigo que reside en la ciudad de Ejido, capital del municipio Campo Elías, centro poblado que se encuentra a pocos kilómetros de donde se emplaza el hospital. Ese amigo era el que suministraba alimentos a los familiares de la adolescente para su permanencia en el centro de salud y además para reforzar la alimentación de la joven, sobre todo por las deficiencias en el suministro de proteínas de parte del hospital. Insistió la consejera: “... la situación de la adolescente, pues, no es sencilla desde el punto de vista económico, aparte de su salud”. Se conoció que la adolescente estaba en estado de desnutrición, puesto que tenía el peso de un niño de 10 años (39 kilogramos). También al parecer presentaba episodios de depresión.

Finalmente, se indagó sobre si alguna otra institución, aparte del Consejo de Protección, podía intervenir en este caso. La consultada comentó que se le solicitó colaboración al Comité Internacional para el Desarrollo de los Pueblos (CISP), debido a que esta institución cuenta con programas de apoyo a familias y de alimentación, entre otros. No obstante, conocieron que el programa ya no estaba funcionando en Mérida. En vista de lo anterior, la consejera logró conseguir el contacto de una persona que labora en una instancia de Naciones Unidas para solicitar apoyo con el tratamiento continuo de la adolescente (el hospital solo podía suministrar los retrovirales, pero se requerían otros tipos de medicamentos e insumos), el cual, para el momento de la entrevista (octubre de 2021), tenía varios días sin poder tomarlo porque la familia no contaba con los recursos económicos para adquirirlo. Se estaba hasta ese momento a la espera de una respuesta positiva.

Caso 2: Una niña, varios niños y un adolescente víctimas de violencia y disfuncionalidad familiar

Este segundo caso se centró en una mujer, de 31 años, quien tuvo varios hijos con diferentes parejas. La segunda consejera entrevistada narró que un día se presentó una situación donde se apersonó una funcionaria del Instituto Nacional de la Mujer (INAMUJER), municipio Libertador, con una madre y su hija de 18 meses de nacida. En una primera versión de los hechos, se conoció que la mujer se había marchado de su casa porque la pareja actual la agredía físicamente. Comentó que salió apurada de su residencia con su hija de 18 meses y que había dejado en la misma al niño de 3 años.

INAMUJER, confiando en el testimonio de la madre, solicitó la intervención del Consejo para que aquella pudiera recuperar al mencionado niño.

En días posteriores se ubicó al padre de la niña de 18 meses, se lo citó al Consejo y se apersonó con el niño; a pesar de ello, el hombre narró una historia distinta. Expuso que su pareja estaba prácticamente en condición de calle con el infante (el niño de 3 años), el que además no era su hijo biológico, pero a pesar de ello, “lo reconoció”, comentó. Contó que la señora ya había conversado con una familia –según dijo– “para regalarlo” y, a partir de ese momento, él le propuso que vivieran juntos, prometiéndole que iba a reconocer al niño y que la iba a ayudar económicamente.

Después de eso la mujer quedó embarazada y dio a luz a una niña (la hija de 18 meses). El hombre agregó que tenía entendido que la mujer era madre de cuatro niños más, y que “regaló” a dos de ellos. Conversó de un tercer infante que creció en la Fundación Don Bosco, municipio Libertador, institución que se dedica a brindar la oportunidad de hogar, estudio y formación humanocristiana a niños –hasta de 11 años– que se encuentren en situación de riesgo.

Indicó la entrevistada que se le preguntó a la mujer si la historia de su pareja era cierta y ella aceptó todo lo que narró.

Ese día de la citación de la pareja al Consejo, este último confesó, según la entrevistada:

(...) era una persona desaseada, que metía la ropa en jabón de los niños, pasaban 5 o 6 días y la ropa ahí. Él llegaba del campo de trabajar y le tocaba ponerse a lavar, que ella a veces agarraba un viernes y se venía para acá para Mérida y volvía a aparecer el lunes o el martes porque ya no tenía plata, porque los niños tenían hambre y porque ya no tenía cómo solventar.

En definitiva, para solucionar la situación, ese día los padres convinieron en que el niño quedara al cuidado del hombre y la niña al cuidado de ella.

Al cabo de 15 días, se presentó ante el Consejo un adolescente de 13 años a solicitar ayuda porque se encontraba en situación de calle y necesitaba que se le brindara protección. El adolescente suministró un nombre falso. Luego, en la medida que confesaba su situación, se sinceró. Un abogado que laboraba en el Consejo lo identificó y le mencionó a la consejera entrevistada que se trataba de uno de los hijos de la mujer que, en parte, era protagonista de esta historia. Resultó ser aquel niño que cobijó por unos años la Fundación Don Bosco.

El adolescente, cuando contaba con 7 años y vivía con su mamá, que tenía otra pareja para ese entonces, fue violado por un familiar de este último, al momento que su mamá salía a trabajar. Cuando ella llegó del trabajo, el niño le comentó lo sucedido y su reacción fue maltratarlo físicamente; se intuye que lo hizo para silenciarlo. La madre no hizo ningún reclamo al victimario que lo violó, ni interpuso ningún tipo de denuncia.

El adolescente también expuso que, cuando él vivía con su mamá, ella salía a robar (es probable que se tratara más de casos de hurto) y lo llevaba para que la ayudara a cometer el delito.

Según le contó a la consejera: "... lo ponía a entretener a la gente para robar. Nos habló también de golpes y maltratos". Además, confesó haber "robado" al tío en una oportunidad, llevándose 40 dólares, un reloj y una navaja.

El día que el adolescente estuvo en el Consejo, se llamó a la mamá, ella llegó y se entabló una conversación. La madre aceptó que cuando él le dijo que lo habían violado, ella lo golpeó. Se le preguntó: "¿Por qué lo golpeó?", y su respuesta fue: "Bueno, porque yo no sabía qué otra cosa hacer".

El Consejo optó por canalizar una reconciliación familiar, de allí que se citó a la tía para ver si ella podía hacerse responsable de él, así viviese en la misma casa con la madre; además, la instancia buscó orientación psicológica para que el adolescente pudiese avanzar en convivir de nuevo con su mamá. No obstante, la tía se apersonó en el Consejo y señaló que no se iba a hacer cargo del adolescente.

Actualmente el joven estudia en la institución educativa Fe y Alegría, municipio Alberto Adriani, gracias a un cupo que le consiguió el director de la Fundación Don Bosco, y no existe ningún interés por parte de los familiares en saber del adolescente, mucho menos la intención de vivir con él.

Caso 3: Adolescente de bajos recursos económicos víctima de una red de explotación sexual

Este tercer caso se relacionó con una adolescente de 15 años proveniente de una familia de bajos recursos y que estuvo desaparecida durante varios días.

Al parecer, un día la joven les pidió permiso a sus padres para ir a un cumpleaños en casa de su novio, un adolescente de 17 años. En la noche de ese mismo día, la mamá del novio se comunicó vía telefónica con la madre de la adolescente para informarle que, como estaba lloviendo y no tenían gasolina para mover su vehículo, no podían llevar a la joven a su casa.

La madre de la adolescente no tuvo otra opción y aceptó la propuesta, con la promesa de parte de la mamá del novio de que al siguiente día llevarían a la joven a su casa.

Llegó el siguiente día y comienzan a trascurrir las horas sin tener noticias de la adolescente. En vista de la situación, la madre se trasladó hasta la casa donde vivía el novio. Al llegar al sitio le comunicaron que, supuestamente, en la noche, se habían escapado de la casa.

A partir de ese día, tanto la madre de la adolescente como el padre comenzaron a hacer algunas indagaciones por redes sociales y, además, interpusieron la denuncia, ante la policía, de que su hija estaba desaparecida. De igual modo, los padres de la joven comenzaron a ejercer presión hacia varios amigos y amigas de la adolescente hasta que alguien les dio información del sitio donde estaba.

En efecto, lograron encontrarla con el novio y otros jóvenes en una vivienda donde habían reunido a varios adolescentes para ser llevados a Colombia. La dueña de esa vivienda parece que era la que se encargaba de hacer toda la logística del viaje.

A la adolescente le dijeron que, para poderse ir, la iban a enviar en un vehículo acompañada de una familia y ella debía fingir ser la hija, para lograr pasar a Colombia. Al otro adolescente — el novio — lo iban a trasladar en otro vehículo con otro grupo de personas.

Todo indica que los padres del novio de la joven estaban en pleno conocimiento de lo que estaba aconteciendo. Esto quedó en evidencia al contar la adolescente que la mamá de su novio le comentó que ella iba a ser llevada a Cúcuta, ciudad colombiana del Departamento del Norte de Santander, donde iba a “trabajar” como modelo *webcam*. También le informó que “lo único que debía hacer era tener relaciones sexuales con su novio, donde se tenían que grabar, tomar fotos, videos; pero que supuestamente iba a hacer eso solo con su novio”.

La adolescente aceptó todo sin ningún inconveniente, por voluntad propia, debido a que ella (...) “estaba enamorada, pensó que iba a vivir junto con el novio y que solo iban a tener relaciones ellos dos”. “La joven indicó que se había ido con su novio porque ella lo quiere y que ella iba a eso” (refiriéndose a trabajar como modelo *webcam*). En adición, se supo que a la adolescente le habían ofrecido darle un teléfono móvil inteligente de alta gama y dinero por su trabajo.

Según el consejero entrevistado, es probable que exista una red que opera entre Cúcuta y Mérida que busca captar adolescentes para someterlos a explotación sexual, aprovechándose de aquellos que se encuentren en una situación de pobreza y de elevada vulnerabilidad económica. Finalizó diciendo: “Hubo manipulación y engaño”. “Les ofrecen teléfonos, zapatos, ropa, dinero, que son cosas [a las] que por cuestiones económicas no tienen acceso, y con eso los manipulan”.

Casos emblemáticos reseñados en los medios

Caso 1: Adolescentes víctimas de abuso sexual por parte de su padre y su tío

Este suceso aconteció en abril de 2021, en el municipio Tovar. Se trató de un delito de abuso sexual a dos adolescentes, uno de 16 años y otro de 14, cuyos victimarios fueron su padre y su tío.

Aparentemente algunos miembros de la familia, incluyendo la madre, sabían de la situación, pero estaban bajo amenaza del padre de las víctimas. Un periodista de la zona hizo cobertura del caso y señaló que un familiar tomó la decisión de hacer la denuncia, en vista de que los adolescentes estaban presentando crisis nerviosas y no querían salir de su casa, mucho menos interactuar con su padre y su tío, puesto que todos convivían en la misma vivienda.

La prensa anunció que el Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas (CICPC) había apresado a los dos hombres, por haberse comprobado el delito y se confirmó que el hecho se había consumado mientras la madre trabajaba.

Dentro de los testimonios recogidos se develó que ambos hombres utilizaban material pornográfico y obligaban a las víctimas a verlo.

Caso 2: Muerte violenta de un adolescente: ¿resistencia a la autoridad o ejecución extrajudicial?

También en abril de 2021 la prensa merideña anunció el fallecimiento de un adolescente de 16 años. Según esa versión, el joven se enfrentó a disparos con funcionarios del CICPC, luego de una redada en la calle principal del sector El Bosque, municipio Alberto Adriani. De acuerdo con los datos ofrecidos por la prensa, este adolescente se encontraba investigado por el delito de robo. Entre tanto, la versión policial publicada en los medios señaló lo siguiente:

Los funcionarios del CICPC se apersonaron a una vivienda de un sector vigiense e ingresaron, y el hoy occiso, al notar la presencia policial, procedió a relucir un arma de fuego y efectuó varios disparos contra la comisión policial, por lo que se originó un intercambio de disparos, resultando gravemente herido. El caso se manejó como resistencia a la autoridad.

La atención médica la recibió en el Hospital Adán Muñoz Calleja. Al examinar el cadáver, el médico forense determinó que la muerte se debió a dos heridas por arma de fuego: una en la región del tórax, del lado izquierdo, y otra en la región infraescapular, lo que le produjo el deceso cuando recibía atención médica. La familia de la víctima estaba pidiendo justicia para esclarecer los hechos.

Caso 3: Muerte de un infante: ¿homicidio intencional o deceso accidental?

Este tercer caso, de igual modo, aconteció en abril de 2021. Un tribunal del Circuito Judicial del municipio Alberto Adriani privó de libertad a la madre y el padrastro de un niño de 2 años, ante un posible homicidio intencional. El infante fue llevado por su madre a un centro de salud ubicado en el mencionado municipio, donde ingresó sin signos vitales. La progenitora informó al personal médico que el niño se había caído de la cama de manera accidental, pero al examinarlo visualizaron que presentaba lesiones y hematomas. El médico determinó que el infante tenía traumatismo frontal y múltiple en tórax y abdomen, por lo que ordenó que se remitiera a la Unidad de Anatomía Patológica del IAHULA para la autopsia de ley.

Según el examen médico-forense, las lesiones encontradas en el cuerpo de la víctima no coincidieron con el testimonio de los padres, lo que llevó al personal de salud a notificar vía telefónica al CICPC.

Se conoció que el resultado de la autopsia arrojó que el niño murió tras presentar un traumatismo abdominal con neumoperitoneo, terminando de evidenciar que este diagnóstico *post mortem* no concordaba con la versión dada por la madre y el padrastro, y que todo apunta a que se trataba de un caso cruel o de maltrato.

Análisis de los resultados

El contexto actual en el que crecen y se desarrollan los NNA y jóvenes en el estado Mérida no les ofrece las mejores condiciones para tener una adecuada calidad de vida, ni un conjunto de oportunidades y derechos consagrados en la Ley Orgánica de Protección del Niño, Niña y Adolescente (LOPNNA) y en la Convención sobre los Derechos del Niño (Asamblea General de las

Naciones Unidas, 1989). Bajo el contexto descrito en estas páginas, queda en evidencia que quizás en muchos casos se quebrantan derechos de los NNA como, por ejemplo, el de gozar de una vida digna y una buena salud, así como el de tener una adecuada alimentación, acceder a una educación de calidad, entre otros. Derechos que son básicos y fundamentales para su sano crecimiento y desarrollo, y que han sido vulnerados de forma sistemática en los últimos tiempos como efecto de una tangible violencia estructural (Galtung, 2016) que ha impactado a la sociedad merideña, y venezolana en general, y que, a su vez, ha conducido a la emergencia humanitaria compleja.

En el primer caso conocido a través de las entrevistas, el de la adolescente de 16 años, el estudio permitió verificar la magnitud de la pobreza que afronta la población del estado Mérida, y el país en general, al constatar un caso de tuberculosis (con complicación de VIH), enfermedad asociada a la pobreza, que es padecida por una adolescente revictimizada que, al ser huérfana por la muerte de sus padres, es claramente identificable como población vulnerable. Hay que enfatizar que en este caso no estuvo presente ningún programa de apoyo o de fortalecimiento para su protección; quedó en la desdicha, a tal punto que la inanición le condujo a una tuberculosis, padecimiento que es atendido en un hospital empobrecido (IAHULA) y sin capacidad siquiera para garantizarle buena alimentación y los exámenes médicos que requería. Un centro de salud público está obligado a garantizar alimentación completa y de calidad a los pacientes, así como todos los medicamentos e insumos médicos, ambos aspectos necesarios para asegurar la restitución de la salud de las personas hospitalizadas.

En esto precisamente consiste lo que se denomina violencia estructural, que es una forma de organización de las instituciones, un modelo de sociedad y de organización económica que impide

el acceso a ingresos, a programas de asistencia y a medios que garanticen la salud y calidad de vida de las personas.

Por una parte, el Estado venezolano incumple sus obligaciones en materia de derechos sociales y de las familias (Capítulo V del Título III: De los derechos humanos y garantías, y de los deberes) establecidos en los artículos 82, 83, 84, 85 y 86 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (Asamblea Nacional Constituyente, 1999) y, por otra, quebranta lo señalado en los artículos 23 (dotación de recursos), 30 (derecho a un nivel de vida adecuado) y 41 (derecho a la salud y a servicios de salud) de la LOPNNA.

El segundo caso examinado en las entrevistas evidencia el impacto en la socialización y la protección de la familia en la vida de los niños y las niñas. Al respecto, cuando la familia y, en especial, quienes ejercen los roles parentales, no tienen capacidades para un apropiado desempeño, es necesaria la intervención oportuna y apropiada de programas de protección, que deben actuar en forma inmediata para evitar daños y mayores afectaciones. Este caso ilustra de manera fehaciente la omisión del Estado, es decir, una madre joven, con comportamiento antisocial y responsable de delitos, que muestra no tener capacidades de protección y, ante esta situación, ningún programa público tuvo actuación.

Tanto el Estado como la madre y los padres (por estar involucrados varios padres biológicos) tienen cuotas de responsabilidad en lo ocurrido. Se vulnera en este hecho lo consagrado en el artículo 5 sobre las obligaciones generales de la familia e igualdad de género en la crianza de los NNA, así como lo indicado en el 25 (derecho a conocer a su padre y madre y a ser cuidados por ellos), el 26 (derecho a ser criado en una familia), 30 (derechos a un nivel de vida adecuado), 32 (derecho al buen trato) y lo expresado en el (uso de niños, niñas o adolescentes para delinquir).

En el tercero, el de la adolescente de 15 años que fue víctima de explotación sexual, por los hechos conocidos se plantea como hipótesis que es muy probable que exista una red de trata de personas adolescentes que opera entre las ciudades de Mérida, en Venezuela, y Cúcuta, en Colombia, la cual busca reclutar personas en esta etapa de la vida para ser explotadas sexualmente, donde tal vez puedan ser objeto de otros delitos.

El Estado, al estar al tanto de la situación, tiene la obligación de abrir una investigación para conseguir evidencias que demuestren este hecho y, de ser así, dismantelar esa posible red, así como penalizar a los responsables en los diferentes eslabones de la cadena que hacen posible la consumación del delito de explotación sexual y otros delitos que quizás se deriven de este último. Por otra parte, por ejemplo, es necesario, desde el ámbito social y escolar, insistir y reforzar la educación sexual, lo que puede fortalecerse a través de campañas oficiales sobre esa temática y en prevención de trata de personas.

El Estado está en la obligación de hacer cumplir el artículo 79, literal b, de la LOPNNA sobre las prohibiciones para la protección de los derechos de información y a un entorno sano, el 260, relacionado con abuso sexual a adolescentes y el 266, vinculado al tráfico de niños, niñas y adolescentes.

En lo referente a los sucesos emblemáticos tomados de los medios de comunicación, en el primer hecho documentado, relacionado con el abuso sexual de dos adolescentes teniendo como perpetradores a su padre y a su tío, el Estado debe hacer cumplir sobre los victimarios lo establecido en el artículo 260 (abuso sexual a adolescentes) de la LOPNNA.

El segundo caso considerado fue el de la muerte violenta de un adolescente de 16 años, donde, según los medios y las versiones oficiales, se trató de una muerte por resistencia a la autoridad. Sin embargo, aun cuando las noticias no suministran mucha información sobre lo sucedido, la denuncia de los familiares obliga

a que esta actuación de los cuerpos policiales sea conocida por los órganos de administración de justicia para juzgar su legalidad y, si hay evidencias del caso, declarar la responsabilidad de algunos de estos funcionarios.

Investigaciones sugieren que el Estado venezolano, desde hace unos años, ha venido asumiendo una política pública con el objetivo de disminuir los índices delictivos en Venezuela (Briceño León *et al.*, 2019; OVV, 2018, 2019a, 2019b, 2020; Amnistía Internacional, 2021; CECODAP-OVV, 2021; Briceño-León, 2022; solo por citar algunos), realidad a la que no ha escapado el estado Mérida. Es necesario decir que lo precedente ha implicado el declive de algunos delitos en el país – como por ejemplo los homicidios intencionales cometidos por delincuentes – en razón de actuaciones violatorias de derechos humanos que contravienen la normativa nacional y los tratados internacionales garantistas de DDHH ratificados por la República, las que son injustificables como medidas públicas para la reducción de este tipo de delito.

En el homicidio del infante de 2 años, teniendo como victimarios a su mamá y padrastro, es importante acotar que, por lo general, este tipo de delito ocurre por situaciones de trato cruel contra los niños, teniendo a sus propios padres como perpetradores de la violencia letal. Además, es necesario comentar que lo más probable es que el infante pudiera haber sido víctima frecuente de malos tratos, agresiones físicas y/o verbales, sin que ningún familiar u otra persona advirtiera de los daños que se le ocasionaban o de un posible riesgo de muerte. En este hecho se trasgredió lo establecido en la LOPNNA en su artículo 254 (sobre el trato cruel o maltrato).

Consideraciones finales

Los hallazgos derivados de este estudio indican y confirman que en Mérida los NNA y jóvenes padecen –en sus hogares y comunidades– la violencia estructural que arropa a la región y al país, tal como lo evidencian todos los indicadores numéricos mostrados al inicio de este escrito y algunas de las historias conocidas a través de las entrevistas y casos emblemáticos seleccionados de los medios de comunicación regional. A lo anterior se le suma que quizás un buen número de estos individuos en edades vulnerables son objeto de delitos de violencia interpersonal, principalmente de violaciones sexuales – y otros tipos de delitos sexuales –, lesiones (graves y leves) y de homicidios intencionales en contextos de violencia sexual, de género e intrafamiliar, teniendo como principales victimarios a familiares y conocidos; incluso otros son víctimas de violencia policial/militar en situaciones donde los funcionarios de cuerpos de seguridad pública se exceden en el uso de la fuerza física y armas de fuego en operativos supuestamente legales.

Esto conduce a enfatizar que son diversos los derechos que son vulnerados en estos grupos poblacionales en estudio, donde el Estado, por ley, debe asumir su papel como garante de esos derechos, cuando, antes bien, parece estar ausente en todos los casos reseñados en esta investigación y es probable que esto se repita en muchos otros hechos que no salen a relucir a la luz pública.

En función de los hallazgos de esta investigación se establecen las siguientes recomendaciones:

El Estado debe procurar producir estadísticas actualizadas que permitan estimar indicadores sobre la situación de mortalidad, violencia y vulneración de derechos de NNA y jóvenes, con cifras diferenciadas según sexo, edad, causas de

muerte, entidades federales y municipios de ocurrencia. Esto permitiría el diseño de medidas y políticas públicas adecuadas a la situación que esté imperando.

El Estado debe asumir la formación en materia de derechos humanos de los funcionarios que son parte de los cuerpos de seguridad del Estado con base en los Principios Básicos sobre el Empleo de la Fuerza y de Armas de Fuego por los Funcionarios Encargados de Hacer Cumplir la Ley, adoptados por el Octavo Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en La Habana (Cuba) del 27 de agosto al 7 de septiembre de 1990.

En lo referente a los Consejos de Protección del NNA, el Estado debe garantizar la existencia de servicios y programas para que estos puedan atender en forma apropiada diferentes situaciones en las que aquellos podrían ser objeto de delitos. También:

Asignar recursos en cantidad y calidad que garanticen el óptimo funcionamiento de la red médico-asistencial (hospitales, ambulatorios, entre otros) para la atención acorde de la salud de los NNA y jóvenes.

Promover campañas informativas y de sensibilización sobre el buen trato a los NNA y en lo concerniente a sus derechos humanos, así como también los de los jóvenes que estarían inmersos en la Declaración Universal de los mismos.

Desarrollar programas y servicios de soporte y fortalecimiento a las familias para un adecuado desempeño de la parentalidad, la formación en habilidades para la vida, la promoción del buen trato, el respeto recíproco y el apropiado desempeño en la convivencia social.

Diseñar y ejecutar planes, programas y proyectos con presupuesto suficiente para atender a los NNA víctimas de diferentes tipos de violencia, así como situaciones de embarazos adolescentes, rehabilitación en caso de distintas adicciones, entre

otras situaciones, con la calidad requerida y de acuerdo con lo establecido en la LOPNNA.

En el caso particular de las familias, y en especial los padres, madres y representantes legales, deben evitar a toda costa la crianza violenta de NNA. Por el contrario, debe fomentarse lo establecido en el artículo 32 de la LOPNNA, que obliga expresamente a la crianza basada en el buen trato. Es responsabilidad del Estado, a través de políticas públicas, el coadyuvar para que las familias y comunidades cuenten con herramientas suficientes para fortalecer una crianza respetuosa basada en el respeto de los derechos de la infancia.

Referencias

- Amnistía Internacional. (2021). *Venezuela: los derechos humanos salen perdiendo mientras prevalece la impunidad*.
<https://bit.ly/3DC1tnH>
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1989, 20 de noviembre). *Convención sobre los derechos del niño*. Resolución n.º 44/25. <https://bit.ly/30NzyTy>
- Asamblea Nacional Constituyente. (1999). *Constitución de la República Bolivariana de Venezuela*. Gaceta Oficial Número 36.860 Extraordinario. <https://bit.ly/3czrx74>
- Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela (2015, 08 de junio). *Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA)*. Gaceta Oficial Número 6.185 Extraordinario. <https://bit.ly/3D4Atgb>
- Briceño-León, R. (2022). *Tanatopolítica en Venezuela. Sicariato de Estado y derechos humanos*. Editorial Alfa. <https://n9.cl/g96w7>
- Briceño-León, R., Camardiel, A., y Perdomo, G. (2019). *Los nuevos rostros de la violencia. Empobrecimiento y letalidad policial*. Editorial Alfa. <https://bit.ly/3FPzNg7>

- Centros Comunitarios de Aprendizaje y Observatorio Venezolano de Violencia (2021). *Informe Somos noticia: Muertes por causas violentas de niños, niñas y adolescentes 2021*. <https://bit.ly/3kYXAlzD>
- Crespo, F. (2019). La situación de violencia e inseguridad ciudadana en el estado Mérida. En R. Briceño-León, A. Camardiel, y G. Perdomo. (Eds.), *Los nuevos rostros de la violencia. Empobrecimiento y letalidad policial* (pp. 193-216). Editorial Alfa. <https://bit.ly/3FPzNg7>
- Freitez, A., Correa, G., Di Brienza, M., Poleo, R., y Jácome, C. (2018). *Mérida. Indicadores sociodemográficos basados en la ENCOVI 2016*. Universidad Andrés Bello-Reto País.
- Galtung, J. (2016). La violencia: cultural, estructural y directa. En Cuadernos de estrategias 183. *Política y violencia: comprensión teórica y desarrollo en la acción colectiva*. Instituto Español de Estudios Estratégicos. Ministerio de Defensa (Edit.). <https://bit.ly/2YNbFqA>
- Human Rights Watch. (2019). *La emergencia humanitaria en Venezuela: se requiere una respuesta a gran escala de la ONU para abordar la crisis de salud y alimentaria*. <https://bit.ly/3CwnweK>
- HumVenezuela. (2021). *Informe de seguimiento sobre los impactos de la emergencia humanitaria compleja en Venezuela con la pandemia de COVID [Actualización a junio 2021]*. <https://bit.ly/3u4tSPr>
- Instituto Nacional de Estadística. (2013). *Proyecciones de Población con base al censo 2011*. <https://bit.ly/3HGZ4uz>
- Observatorio Venezolano de Violencia (2012). *Informe anual de violencia 2012*. <https://n9.cl/9st8k>
- Observatorio Venezolano de Violencia (2017). *Informe anual de violencia 2017*. <https://bit.ly/3jKwAW6>
- Observatorio Venezolano de Violencia. (2018). *Informe anual de violencia 2018*. <https://bit.ly/3kTTjzV>
- Observatorio Venezolano de Violencia. (2019a). *Informe anual de violencia 2019*. <https://bit.ly/3FII3OV>

- Observatorio Venezolano de Violencia. (2019b). *Informe anual de juventud 2019. La mortalidad violenta acorta la esperanza de vida de los jóvenes en Venezuela*. <https://bit.ly/3cCgdqX>
- Observatorio Venezolano de Violencia. (2020). *Informe anual de violencia 2020*. <https://bit.ly/3r0yer9>
- Observatorio Venezolano de Violencia Mérida. (2019, 23 de septiembre). *De mortalidad controlada a mortalidad en ascenso desmedido en el estado Mérida*. <https://bit.ly/3HLgsyq>
- Observatorio Venezolano de Violencia Mérida. (2020, 17 de noviembre). *Merideños reclaman por colapso de servicios públicos*. <https://bit.ly/360X6Hg>
- Observatorio Venezolano de Violencia Mérida. (2021a). *Informe anual regional de violencia 2021*.
- Observatorio Venezolano de Violencia Mérida. (2021b, 06 de mayo). *Se incrementan en Mérida los delitos contra la propiedad*. <https://bit.ly/3nAx83u>
- Universidad Católica Andrés Bello. (2021). *Indicadores sociales INSO – ENCOVI*. <https://bit.ly/36pLIV>

El rostro femenino de la violencia y el delito en el estado Mérida ⁸

Gustavo A. Páez S.
Adelfo Solarte
Yhimaina J. Trejo U.
Karina Rondón V.

Introducción

Un hombre llegó a su casa y la esposa comenzó a servirle la comida. De pronto él empezó a discutir y a lanzar los alimentos al piso. La mujer empuñó un cuchillo, lo apuñaló y lo mató; ella nunca tuvo una acción violenta contra él, pero el día que la tuvo fue para matarlo. Este caso, conocido en una entrevista, se trató de una mujer que era golpeada por su pareja cada vez que este ingería alcohol, hasta que llegó el momento cuando ella se hartó de la situación y, sin pensarlo dos veces, cometió el delito violento antes descrito.

La violencia, de forma abrumadora, en general es perpetrada principalmente por hombres. Algunos investigadores exponen que si se lograra eliminar o incluso reducir de manera significativa la violencia masculina, ello llevaría a deshacerse de este flagelo casi por completo (Wharton, 2005).

⁹ Capítulo de libro publicado en: Avila, O., Páez, G. y Briceño-León, R. (2023). *Cuando ellas agreden. Mujeres víctimas y victimarias* (pp. 107-136). Editorial Alfa. <https://observatoriodeviolencia.org.ve/publicaciones/libros/cuando-ellas-agreden/>

El patrón general es consistente: cuando se trata de violencia, los dos géneros no están al mismo nivel. Wharton expone que registros estadísticos modernos muestran que en el mundo los hombres superan de forma constante a las mujeres en criminalidad en una proporción de al menos tres o cuatro a uno. Cuando se trata de delitos violentos, la diferencia es aún mayor, con la disparidad aumentando en la medida en que la violencia se intensifica. De hecho, al parecer, las únicas áreas donde las mujeres cometen más delitos que los hombres son la prostitución y el hurto en comercios. Otra diferencia es que, cuando las mujeres son consistentemente agresivas, tienden a tomar una forma defensiva, por ejemplo, cuando una mujer mata a un hombre que abusó de ella o de sus hijos (Wharton, 2005). Como derivación de este dominio masculino, en la actualidad (2023) existe un conocimiento científico restringido y sesgado en lo referente a los delitos consumados por las mujeres, y desde hace poco es cuando se está comenzando a dar visibilidad a esta temática (Díaz, 2020).

En los últimos años (2015-2022), tanto en el estado Mérida como en el contexto nacional venezolano se percibe un aparente incremento de la participación activa de la mujer en delitos violentos: asesinatos, infanticidios, robos, abusos sexuales, agresiones, entre otros; así como también en la consumación de delitos no violentos: hurtos, tráfico de drogas, estafas, entre otros.

Debido a lo anterior, el Observatorio Venezolano de Violencia en Mérida (OVV Mérida), como parte de una investigación nacional del OVV sobre violencia, desigualdad y género, desarrolló un estudio en esta entidad andina localizada al occidente venezolano, con el objetivo de describir y establecer posibles conjeturas sobre la relación entre violencia, desigualdad y el papel activo de la mujer dentro de las organizaciones criminales, policiales y en el ámbito familiar, con miras también a identificar posibles factores explicativos desde una perspectiva de género.

La investigación fue de naturaleza cualitativa; sin embargo, como complemento, el OVV Mérida consideró importante adicionar resultados cuantitativos obtenidos del monitoreo de los medios de comunicación regional durante el lapso 2019-2022. Esto para establecer una triangulación entre los resultados de ambos enfoques y generar una interpretación lo más aproximativa posible de la realidad imperante en Mérida.

Si bien es cierto que el eje central de la investigación fue estudiar a la mujer como victimaria, consumadora de delitos violentos, en un contexto en el que se conjetura que la emergencia humanitaria compleja que atraviesa el país incrementó — probablemente— la participación de aquellas en esos roles, también es cierto que ese contexto de crisis, junto con otros factores, podría haber incrementado su participación en delitos no violentos, que es, por lo general, donde tiene mayor intervención. Esto lleva a decir que no solo es interesante obtener información desde ambos ángulos para ver su comportamiento individual, sino además para establecer un análisis comparativo. De no hacerse, se estaría dejando de lado una realidad donde el género femenino está tomando protagonismo.

Procedimiento metodológico

Etapas cualitativa

Para el levantamiento de la información cualitativa se aplicaron tres entrevistas en profundidad semiestructuradas y se realizaron dos grupos focales. En las entrevistas, se conversó con una abogada de la Defensoría del Pueblo, con una funcionaria policial del municipio Santos Marquina y con una mujer que conoce varios casos de mujeres que son agresoras en el municipio Libertador.

En este estudio regional, se tomaron en cuenta varios criterios para el desarrollo de los grupos focales. Se conversó directamente con personas del género femenino dentro de las cuales fueron seleccionadas doce mujeres (seis para cada grupo) de más de veinticinco años (primer criterio), víctimas y/o testigos de mujeres –victimarias– en roles familiares, policiales y/o criminales (segundo criterio). Los sectores donde se conformaron los grupos se escogieron en función de un único criterio: el estrato socioeconómico de los habitantes, lo que permitió desarrollar un grupo en un sector de estrato bajo y otro en un sector de estrato medio, ambos del municipio Libertador del estado Mérida.

Una vez contactadas las informantes y conocida su aceptación de participar en la investigación, mediante vía telefónica se estableció por consenso el día, la fecha, hora y lugar para la realización de las entrevistas y de los grupos focales.

Tanto las entrevistas como los grupos focales se efectuaron entre el 17 y el 27 de agosto del año 2022. Contando con toda la información levantada al aplicar ambas técnicas cualitativas, se procedió a desarrollar el trabajo de oficina. Primero, se realizó la transcripción de la información que fue grabada, para lo cual se contó con la autorización de las informantes. Segundo, se procedió a sistematizar la información en una secuencia lógica de ocurrencia de los hechos narrados y de las preguntas planteadas en los instrumentos (guía de preguntas) empleados en las técnicas. Tercero, se elaboró un informe técnico de la investigación.

Etapas cuantitativa

En esta etapa se revisaron de forma retrospectiva los casos que fueron conocidos por la sociedad a través de los medios de comunicación regional que monitorea el equipo del OVV Mérida, lapso 2019-2022. Las cifras se corresponden con noticias de delitos

violentos y no violentos perpetrados por mujeres, publicadas en los medios: Diario Pico Bolívar y los portales web: Actualidad y Gente, Comunicación Continua, Diario Los Andes, En El Vigía, Frontera Digital, Mérida Digital, Mérida Noticia y @Suresnoticia. El registro se realizó con base en la Clasificación Internacional de Delitos con Fines Estadísticos (ICCS, por sus siglas en inglés) (*United Nations Office on Drugs and Crime* [UNODC], 2015) y los resultados obtenidos fueron incorporados al informe ya referido en la etapa anterior.

Resultados

Las entrevistas

Visión de una profesional que labora en la Defensoría del Pueblo

En la primera entrevista, la abogada consultada — con once años de experiencia como funcionaria de la Defensoría del Pueblo— inició la conversación narrando casos de mujeres que simulaban hechos punibles. Por ejemplo, una mujer — militar — le solicitó a un vecino que la golpeará con una correa para inculpar de agresión a su marido. Esto para tomar represalias contra él porque —según ella— le estaba “haciendo la vida de cuadritos”, llegaba tarde a la casa y a veces no le contestaba el teléfono. También contó casos de mujeres que viven de arrendar inmuebles y que, para sacar a inquilinos masculinos, los amenazan con denunciarlos por maltrato si no abandonan su propiedad.

Otros casos resaltantes que expuso fueron: uno referido a violencia sistemática de una mujer hacia su marido, lo cual llevó al hombre a un intento de feminicidio contra ella; y otro vinculado a estafa, difamación y agresión física de una merideña en contra de un extranjero que se casó con ella. Esta mujer, que le pidió el

divorcio a su pareja a tan solo un mes de casados, al parecer se dedica a tener relaciones sexuales con hombres a cambio de dinero.

En cuanto a las mujeres violentas en el hogar, para la abogada la emergencia humanitaria que vive el país tiene mucho que ver, en especial, con la violencia ejercida por las madres hacia sus hijos.

Sobre la participación de mujeres en el crimen organizado, la entrevistada expuso un caso emblemático relacionado con el secuestro, en el estado Barinas, de una joven proveniente de una familia de estrato social pudiente, delito en el cual participó una merideña con su esposo, un expolicía.

Dos hechos más se trajeron a colación: uno fue el desmantelamiento, en el sector Los Cueros del municipio Libertador, de una red de pornografía infantil donde la mayoría eran mujeres. El otro se trató de varias mujeres que persuadían a venezolanas por redes sociales para llevárselas a islas de las Antillas, una situación representativa de trata de personas con fines de explotación sexual en suelo merideño. En otro suceso relatado, contó de una mujer –madre de una joven que padecía un trastorno mental– que prostituye a su hija a cambio de dinero.

En relación con las mujeres que están en cuerpos de seguridad del Estado, manifestó que no conocía casos de violencia, pero que sí ha observado en algunos operativos policiales a mujeres con comportamientos masculinos y que intentan asemejarse a los hombres.

La consultada tiene la percepción de que se han incrementado los casos de mujeres que son victimarias y que cometen múltiples delitos. Insistió en que la crisis económica en Venezuela es un factor importante. Comentó: “La crisis obliga a la mujer a que tenga dos o tres trabajos como mínimo para medio vivir; entonces los problemas en su trabajo hacen que, cuando llega a la casa cansada, revierta eso en contra de los niños”. Ese mismo razonamiento económico, para ella, explica en buena medida por

qué cierto número de mujeres se están introduciendo en el ámbito de la delincuencia, es decir, mujeres sumergidas en la pobreza y con hijos, sin trabajo o con trabajo pero que no les da para vivir.

Para esta profesional del derecho, no existe razón alguna que justifique la incursión de mujeres en delitos violentos y no violentos, y que para que esta situación se revierta: “Debe haber un cambio de conciencia en el venezolano”.

La abogada opina que, en Venezuela, y en Mérida, tanto los hombres como las mujeres tienen las mismas oportunidades para triunfar; no observa que existan desigualdades para tratar de prosperar dignamente en el país, ni tampoco discrepancias en los ingresos que perciben los hombres y las mujeres. Expuso que las mujeres tienen las mismas oportunidades que los hombres debido a que hay un reconocimiento claro de los derechos de ambos géneros, sobre todo del femenino; el problema es que se ha tergiversado: “... las mujeres, de tantos derechos, queremos ser más hombres que los propios hombres”, expresó.

Tres casos narrados por una mujer testigo

Esta segunda entrevista se realizó a una mujer de treinta y ocho años, residente del sector Milla, municipio Libertador. En lo sucesivo, se narran tres casos de mujeres agresoras que la consultada conoce de cerca por ser vecinas de la informante.

Caso 1. Se trató de una mujer de muy bajos recursos económicos, cabeza de hogar, que vive alquilada, trabaja en una lavandería y es madre de una hija de veinticuatro años que, al parecer, padece un trastorno mental.

La mamá de la joven no tiene pareja estable, por lo que en esa vivienda residen ella y su hija; no obstante, la mujer ha tenido varias parejas y mantiene relaciones con hombres fuera del hogar. En ese rol de jefa de hogar, la describe como una mujer siempre amargada y malhumorada.

Durante el día y parte de la noche, la madre deja a su hija sola en la casa, amarrada y cerca de una ventana, en condiciones de mucho desaseo y falta de higiene tanto personal como en la vivienda.

La informante señaló que la corrección y “educación” que la madre le imparte a su hija es “nefasta”. Le llama la atención de forma “inadecuada” y para ella es evidente que con frecuencia la madre ejerce violencia física, verbal y psicológica contra su hija. A la joven la aprecia como un “estorbo”, “está obstinada de tener a la niña”, comentó. Para ella, la relación que se establece entre ambas es “tóxica y de desamor”.

Caso 2. Este segundo caso se trató de una mujer adulta mayor, de setenta y siete años, una de cuyas hijas migró a Colombia por la crisis actual y dejó al cuidado de ella a sus dos nietas: una de siete años y la otra de dieciséis, las presuntas consumidoras de delitos contra su abuela. La septuagenaria fue víctima de hurtos —del dinero de la pensión y de las remesas que le envía otra hija que está en Alemania— y de malos tratos verbales, delitos cometidos por sus dos nietas.

Se conoció que la señora, a pesar de la edad y de las condiciones de pobreza en las que se encuentra, cubre las necesidades de las nietas. Para el momento de la entrevista, la hija que reside en Colombia no le enviaba dinero para cubrir los gastos de sus hijas —al parecer se había quedado sin trabajo— e intuye la consultada que esta hija es trabajadora sexual en el vecino país (por su aspecto, forma de vestir, de hablar y de comportarse, expuso).

En vista de la situación, la hija que está en Alemania canceló la cuenta por donde enviaba las remesas y optó por contratar un servicio fijo de *delivery*. De esa manera le hace llegar el dinero a su mamá de forma directa y confiable y evita que las nietas le hurten el mismo.

Caso 3. Este caso se centró en una mujer que invadió, se apropió y vendió unos terrenos que no cuentan con ningún tipo de permiso para construir, sin documentos de propiedad, baldíos, inestables y no aptos para ser ocupados para uso residencial.

Según la consultada, la mujer trabaja hoy en día (año 2023) en una alcaldía del estado Mérida. Se conoció que la invasora tiene abierto un procedimiento legal por enriquecimiento ilícito; sin embargo, para la informante eso podría ser solo un proceso para aparentar que se quiere hacer justicia y aplicar la ley.

Recientemente, aquella mujer agredió (golpeó) a una adulta mayor debido a que:

La adulta mayor es la que estaba encargada —de administrar— el financiamiento de los techos de las casas en el sector... y esa señora pagó para que le colocaran techo a las personas que necesitaban, y esta mujer —la invasora y agresora— quería que le pusieran techo a su casa porque ella estuvo antes en el Consejo Comunal, y cuando ella estaba en el Consejo Federal de Gobierno, con ese dinero que le dieron para hacer calles, y no sé qué más, ella construyó su casa. Entonces ella quería sustituir los techos de su casa, y la señora que fue agredida... buscó a los abuelitos más necesitados para darle techo; en vista de eso, la mujer —agresora— le reclamó que por qué no tenían techo para ella, y ella le dijo —la agredida— que no había, que era para los más vulnerables, y la agresora la golpeó en plena calle.

En las asambleas de ciudadanos la mujer agresora “viene, toma la palabra y es la que agrade a todo el mundo, los manda a callar”. “Primero está apadrinada por un partido político y segundo le tienen miedo por su forma de ser, es agresiva”.

Perspectivas y experiencias de una funcionaria policial

La tercera entrevista se realizó a una funcionaria policial con veintidós años trabajando para la policía del municipio Santos Marquina, ocupación que ha desempeñado por influencia de su padre —expolicía— y por la necesidad de generar recursos económicos, mas no por vocación.

Cuando ingresó a la policía, lo hizo en la brigada especial, que se llamaba así en ese entonces (año 2000), en el presente (2023) denominada de orden público, punto en el que resaltó que, en sus actuaciones, están por encima el diálogo y la mediación, debido a que antes eran “más agresivos” los policías.

Esa evolución hacia el diálogo indicó que la tienen como dictamen superior por una reforma institucional que se puso en práctica desde hace unos diez años hasta la actualidad (2023).

Entre otros cambios que mencionó estuvo la modificación de la formación de los nuevos integrantes de la institución. Indicó que en el pasado los individuos asistían a una escuela de formación “... donde no se respetaban los derechos humanos”, “... que para mí es lo mejor que había”, dijo. Se refirió a que antes, en su proceso de formación, pasaban por muchas humillaciones, malos tratos; aguantaban hambre, entre otras penurias, y eso les ocurría a hombres y mujeres. Eso para ella contribuía a la buena formación de los policías y piensa que debería volverse a ese tipo de formación; esa sería una de las reformas que haría en la institución.

Agregó que, con la llegada de la Universidad Nacional Experimental de la Seguridad (UNES), fundada en 2009, esa formación cambió y evolucionó a una dinámica muy similar a la que rige las universidades públicas y que eso ha incidido en la función y desempeño policial.

A continuación, comentó otro cambio importante dentro del organismo. En específico se refirió a la convivencia, que en la actualidad es muy distinta, y lo atribuye a los cambios en la formación de los oficiales en comparación con el pasado. Indicó que “en la vieja escuela”, donde se formó el personal que cuenta con más de veinte años de servicio, se les enseñó lealtad y respeto por sobre cualquier diferencia entre los oficiales. “En estos tiempos – señaló – eso no se observa”. La disciplina existe, pero opina que decayó de forma significativa: “Antes, por la misma formación, por la misma cuestión que te comenté de la fuerza y de las inmoralidades que se hacían, había disciplina y respeto”, apuntó.

Luego, comentó que por su buen desempeño se ha ganado el respeto de sus compañeros y que nunca ha recibido algún tipo de sanción por hacer mal su trabajo; por el contrario, ha recibido en varias oportunidades condecoraciones por su buena labor.

Antes de terminar la entrevista, se conversó sobre el desempeño tanto de hombres como de mujeres en sus funciones dentro del cuerpo policial, donde opinó que:

Uno siempre tiene que buscar hacer lo óptimo... pero eso va en la formación que uno como persona tenga. En la base de todos los seres que estamos en la policía juega es la formación de hogar, la disciplina, la parte económica, pero lo que supera todos estos aspectos es la formación de hogar... así como usted haya sido formado en su casa, así va a ser en la calle...

En definitiva, está de acuerdo con que el desempeño de las mujeres y hombres policías debe darse en el marco de la ética profesional y de la ley.

Los grupos focales

A partir de la utilización de esta técnica, se logró conocer que la mayoría de las participantes tiene la percepción de que la violencia aumentó en Mérida. Los factores que mencionaron para explicar ese posible aumento fueron la desestructuración y disfuncionalidad familiar y, concatenado a esto, el deterioro de la educación en el hogar, la falta de establecer límites a los hijos de parte de los padres y los patrones violentos aprendidos en el seno de la familia, además de la poca supervisión de los padres en relación con lo que hacen sus hijos y con los individuos que se vinculan. La falta de motivación para instruirse (en la escuela o en las universidades), en el caso de las adolescentes y las jóvenes, su desinterés por salir a buscar un trabajo decente, optando por el camino fácil a través de acciones ilícitas; la emergencia humanitaria imperante — a lo que luego se le sumó la pandemia —, la pérdida del valor de las leyes y la impunidad, fueron otros elementos que salieron a flote en los grupos focales.

Entre los delitos que según las informantes experimentaron supuestos aumentos se encuentran las violaciones y los abusos sexuales, sobre todo contra niños, niñas y adolescentes, percepción que es congruente con hallazgos resultantes del monitoreo de los medios de comunicación del OVV Mérida (2022). Además, señalaron el incremento de los robos y el tráfico de drogas.

Algunas son de la opinión de que la violencia disminuyó, resaltando solo la emigración de venezolanos al extranjero como factor explicativo, debido a la salida tanto de potenciales víctimas como de victimarios reales y potenciales, aspecto que está fuertemente conectado de forma insoslayable con la emergencia humanitaria que atraviesa el país.

La opinión se encuentra aún más dividida al tocar el punto de quiénes están cometiendo más delitos violentos, entre hombres y mujeres, en la actualidad. Unas informantes consideran que ambos sexos están equilibrados; otras, que los hombres siguen siendo más violentos, pero que los números en las mujeres van en ascenso; y algunas piensan que las mujeres están siendo más violentas que los hombres. Además, en este aspecto, varias de las consultadas en ambos grupos trajeron a colación que las mujeres también se están viendo cada vez más involucradas en delitos no violentos.

Es así como fueron múltiples los ejemplos de hechos donde las participantes resultaron ser víctimas, testigos o conocedoras de casos de mujeres consumidoras de delitos en el hogar, la comunidad u otros lugares, y muestra de ello es la cantidad (treinta y ocho en total) y diversidad de transgresiones que expusieron. El número de delitos no violentos fue superior al de los violentos, resaltando dentro de esta última categoría las agresiones físicas en la mayoría de los casos. No obstante, también se conocieron casos de robos a peatones, de asesinato de la pareja y de una inducción al suicidio.

En el caso de los no violentos, las transgresiones que cobraron más importancia fueron la difamación y el hurto. Además, se conocieron varios casos de estafa, tráfico de drogas, tráfico de influencias y corrupción.

Para todas las participantes, la consumación de delitos violentos (o no) por mujeres no es algo nuevo, pero sí reconocen que en estos tiempos con frecuencia se conocen casos de mujeres cometiendo diferentes transgresiones. Para la totalidad de las integrantes de los grupos focales, no se justifica en absoluto que las mujeres (ni los hombres) cometan actos o delitos violentos, así como no violentos. La educación de las personas, el respeto hacia los demás y la capacidad para establecer acuerdos fueron los

aspectos que sobresalieron, aspectos que para ellas pueden marcar la diferencia respecto a que una persona pueda (o no) cometer ciertos delitos.

Sobre si existen situaciones de desigualdad entre géneros que expliquen por qué algunas mujeres son violentas en el hogar, en los cuerpos policiales y dentro del crimen organizado, todas las informantes dijeron que, en Mérida, y en Venezuela, no existen desigualdades entre géneros que lleven a que las mujeres sean violentas. “Ahorita la mujer es muy independiente”, “Las oportunidades que el hombre tiene las tienen las mujeres”, “Las mujeres incluso podemos tener más oportunidades que los hombres, tanto así que los hombres más bien están pasando por la situación que pasábamos anteriormente las mujeres”, fueron algunos de los comentarios que señalaron varias participantes, mientras que todas, de diferentes maneras, mostraban, mediante gestos, que estaban de acuerdo con esas opiniones.

En la última parte de la actividad, algunas señalaron además que, en el país, ambos géneros tienen las mismas posibilidades y oportunidades para triunfar a pesar de la crisis. Sin embargo, para concluir, una de las informantes incluso expresó que: “... ahorita en la actualidad hay mujeres que ganan mucho más dinero que el hombre y el hombre es el que está frustrado”.

Procesamiento de la información proveniente de los medios

De la revisión de los medios de comunicación regional, lapso 2019-2022, se identificaron un total de 1744 victimarios hombres y mujeres que cometieron más de 1.000 delitos en el tiempo analizado, tanto violentos como no violentos. De aquella primera globalidad, 87,7% de los victimarios fueron hombres, mientras que el restante 12,3% corresponde a mujeres.

Ese 12,3% en términos numéricos significa que en estos hechos estuvieron involucradas 215 mujeres que cometieron un total de 170 infracciones a la ley durante el período observado.

De tales infracciones, 124 fueron no violentas y 46 fueron violentas. Como es notorio, ellas consuman más delitos no violentos y, además, la variabilidad de transgresiones de este tipo que logran perpetrar es mucho mayor que las violentas (tabla 1).

Dentro de los no violentos, el 76,6% de los delitos se concentra en el tráfico de drogas, el hurto y la estafa, mientras que, dentro de los violentos, la agresión, el robo y el homicidio intencional aglutinan el 80,4%. Al ordenar todos los tipos de delitos de mayor a menor, los tres primeros más la agresión concentran un 67,6% del total.

Cuando se observa el comportamiento temporal de los delitos cometidos por mujeres, se nota claramente un aumento de los casos. En 2019, los medios reseñaron un total de 29 delitos donde las consumidoras fueron mujeres, mientras que en 2020 ese valor aumentó a 48. Para 2021 tendió a bajar un poco (44) pero en 2022 subió el número de nuevo (49).

Otra tendencia importante a destacar (tabla 2) es el ascenso del peso relativo y absoluto de las mujeres en relación con los hombres dentro del total de victimarios y victimarias que cometieron delitos, alcanzando su máximo valor porcentual en 2020 (18,1%) y máximo valor absoluto en 2022 (62 victimarias).

En lo referente a las edades de las victimarias, la mayoría se concentra entre los 20-39 años, siendo 32 la edad promedio estimada. En cuanto al tipo de victimaria, el 47,8% de las mujeres eran delincuentes comunes, pero 30,8% estaban vinculadas al crimen organizado. Después, con un porcentaje alejado de las otras dos categorías, aunque no por eso deja de ser importante, se posicionan los familiares y/o conocidos (11,3%). Dentro de estos, las madres o madrastras y las parejas o exparejas femeninas son las que muestran los mayores valores (77,8% en suma).

Tabla 1*Delitos consumados por mujeres en el estado Mérida (2019-2022)*

Delitos no Violentos		
Tipo de delitos	Frecuencia	%
Aborto	1	0,8
Aprovechamiento de objetos provenientes del delito	3	2,4
Asociación para delinquir	1	0,8
Contrabando de combustible	3	2,4
Corrupción	4	3,2
Daño a bienes públicos	1	0,8
Simulación de hecho punible	1	0,8
Fraude	28	22,6
Hurto	29	23,4
Maltrato animal	2	1,6
Pornografía infantil	1	0,8
Porte ilícito de arma de fuego	3	2,4
Privación ilegítima de libertad	1	0,8
Rapto	1	0,8
Tráfico de armas y municiones	1	0,8
Tráfico de drogas	38	30,6
Tráfico de material estratégico	3	2,4
Tráfico de menores	1	0,8
Violación a la posesión	1	0,8
Ultraje a funcionario policial	1	0,8
Total	124	100
Delitos Violentos		
Tipo de delitos	Frecuencia	%
Homicidio intencional	8	17,4
Tentativa de homicidio intencional	2	4,3
Secuestro	2	4,3
Desaparición forzada	0	0,0
Violación sexual	0	0,0
Explotación sexual	0	0,0
Otras agresiones sexuales	0	0,0
Robo	9	19,6
Agresión (incluye lesiones graves o leves, etc.)	20	43,5
Coacción (incluye extorsión)	5	10,9
Amenaza de muerte/agresión	0	0,0
Total	46	100

Fuente: cálculos propios con base en información de los medios, 2019-2022

Tabla 2

Comportamiento temporal del número absoluto y porcentual

Victimarios	2019	%	2020	%	2021	%	2022	%	Total	%
Hombres	346	89,6	240	81,9	512	89,5	431	87,4	1.529	87,7
Mujeres	40	10,4	53	18,1	60	10,5	62	12,6	215	12,3
Total	386	100	293	100	572	100	493	100	1.744	100

Fuente: cálculos propios con base en cifras de medios de comunicación, 2019-2022

Por otra parte, un buen porcentaje de delitos fueron cometidos en espacios abiertos o en la calle (34,8%) y en el hogar (30,4%). El resto, en una variedad de sitios donde se destacan los medios de transporte, instituciones penales y establecimientos comerciales.

Mujeres merideñas victimarias: descifrando los factores explicativos

En la primera entrevista, la abogada mostró un conocimiento amplio de diversos delitos consumados por mujeres y resaltó lo que en términos jurídicos se conoce como simulación de hechos punibles. Estos, al revisar la clasificación de la UNODC (2015), encuentran su equivalente en el delito de difamación (delito no violento).

En Mérida, cierto número de mujeres está perpetrando dicho delito con el propósito de lograr inculpar a hombres en infracciones que no cometieron; por ejemplo, delitos de agresión física, que es lo más común, con el agravante de que logran el objetivo de privarlos de libertad, manipulando además la justicia y logrando que recaiga sobre los individuos el peso de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2014).

Existen casos en los cuales mujeres denuncian haber sido objeto de delitos sobre todo de parte de sus parejas; sin embargo, en algunos de estos hechos se ha llegado a determinar que la mujer ha sido la causante de que el hombre la maltrate, por ella haberle ocasionado algún tipo de agresión (física, verbal o psicológica). Por supuesto, no se justifica en absoluto el maltrato del hombre hacia la mujer, pero tampoco el maltrato de algunas mujeres hacia ciertos hombres, lo que lleva a estos a agredirlas en algún momento.

Entre otros delitos no violentos en los cuales se han visto involucradas mujeres, resaltaron el fraude o estafa (combinado con difamación) y la agresión como delito violento. Por ejemplo, el caso narrado más resaltante es el de la mujer que se casó —y duró solo un mes de casada— con un extranjero.

En lo referente a la mujer como victimaria en el hogar, quedó claro que la emergencia humanitaria que atraviesa el país tiene mucho que ver. De la narración se interpreta que la crisis ha ocasionado que muchas mujeres queden solas en sus hogares, mientras su pareja migra al extranjero a trabajar para luego enviar remesas —suficientes o no— para su manutención y la de sus hijos. Esto, seguramente en un número de familias, exacerbó ciertas tensiones debido a que las mujeres han quedado solas como jefas de hogar y con uno o varios hijos, teniendo así que afrontar situaciones adversas. En otros casos, en los que los hombres no suministran recursos económicos, las tensiones que se generan son descargadas contra los hijos, llegando incluso a manipular a sus parejas con los descendientes.

En el ámbito delincriminal, uno de los casos más emblemáticos fue el de la participación de una mujer en un secuestro de una joven proveniente de una familia de buenos recursos económicos.

Detrás de este hecho, salió a relucir la pobreza que reina en el hogar de una joven merideña victimaria, agravada por la crisis persistente en el país, situaciones que llevan a algunas mujeres a incursionar en la delincuencia para obtener beneficios económicos. Otro ejemplo de ello lo representa el caso descrito de la madre que explota sexualmente a su hija, que padece de una enfermedad mental.

En el contexto de los cuerpos de seguridad del Estado, a pesar de no conocer casos, es evidente que se ha percibido un comportamiento varonil en algunas agentes policiales ejerciendo sus funciones en las calles.

En el primer caso conocido durante la segunda entrevista, las múltiples carencias económicas y materiales, la frustración, la falta de una pareja estable para compartir gastos y estructurar un proyecto de vida, la situación del país y el padecimiento que tiene la hija llevaron a esta madre a producir maltrato verbal y físico contra su descendiente. Es muy probable que esta mujer conciba a su hija como un obstáculo. Además, la desestructuración y disfuncionalidad familiar son otros dos factores que entran en juego en este caso.

En el segundo hecho informado en esta segunda entrevista, se interpreta que las dos nietas que viven con su abuela podrían transformarse en el futuro en mujeres delincuentes. Las dos jóvenes necesitan al menos a su madre para que las oriente en un redireccionamiento de sus vidas y las eduque para evitar que se involucren en situaciones delictivas. Al igual que en el caso anterior, la desestructuración y disfuncionalidad familiar son otros dos factores para tomar en consideración. La migración de la madre a Colombia debido a la situación de crisis en Venezuela es otro elemento para resaltar que se involucra en este caso.

En el tercer hecho conocido en esta segunda entrevista, se dilucida que la mujer agresora –invasora de terrenos– está amparada en su fuerte vinculación con un partido político, y que tiene reputación en la comunidad no solo de violenta, sino de ser fiel al partido político al cual pertenece y el cual la protege. De ese escudo se vale para hacer y deshacer con las personas vulnerables del sector donde reside. La pobreza existente en el país, concatenada con la imposibilidad de muchas personas para adquirir viviendas propias, la incitación y anuencia de parte de autoridades públicas a invadir terrenos, la popular “viveza criolla” para obtener un beneficio, el discurso violento de autoridades gubernamentales y la protección e inmunidad de la que pueden gozar personas afectas a un partido político –que trabajen para el mismo– y que cometan delitos están entre los factores que podrían explicar el comportamiento agresivo y la comisión de delitos no violentos de la mujer que protagoniza este caso.

De la tercera entrevista realizada a la funcionaria policial se derivan varias interpretaciones. La primera es que nunca le agradó laborar en la policía. La necesidad por generar recursos económicos para subsistir y la influencia de su padre como expolicía la llevaron a enrumbarse por ese camino laboral.

Lo segundo, y que llamó la atención, es el hecho de que la funcionaria mencionó que ocurrió un cambio importante dentro de la policía, el cual data de hace unos diez años hasta el presente (2023). Con base en una reforma institucional, la policía ahora tiene por mandato superior darle mayor peso a la mediación, al diálogo y evitar la violencia en el ejercicio de sus funciones; esto debido a que antes los funcionarios eran más “agresivos”. No obstante, lo que se ha observado en Mérida y en Venezuela, desde 2015 hasta nuestros días, no es precisamente la mediación o el diálogo, al menos en ciertos cuerpos de seguridad del Estado.

De allí que estudios muestren cómo en Mérida y en el resto de Venezuela, entre 2015 y 2021, ocurrieron un sinnúmero de muertes violentas –por exceso en el uso de la fuerza o por ejecuciones extrajudiciales– y de agresiones, en protestas pacíficas (o no) y en operativos de cuerpos de seguridad del Estado (Briceño-León, 2022).

Un tercer aspecto, y que llamó mucho la atención, es que para la funcionaria entrevistada también la formación de los policías cambió con aquella reforma. El maltrato, la humillación, la burla, los ejercicios extenuantes por penalizaciones, entre otras situaciones, parece ser que les daban una mejor formación y mayor fortaleza a los policías en la “vieja escuela” y que eso cambió de manera radical, según se percibió en esta entrevista, con la llegada de la UNES, casa de estudios donde hoy en día (2023) se forman los individuos que aspiran a pertenecer a diferentes cuerpos de seguridad del Estado. Según se captó, antes se les enseñaba a los funcionarios a mostrar lealtad, disciplina y respeto por sobre cualquier diferencia entre los oficiales. En la actualidad (2023), en la institución, no se observa eso de la misma manera, sino que la formación es la típica de los espacios universitarios.

Todo parece indicar que las mujeres que laboran en esos organismos, al menos quienes se formaron en la escuela antigua, entran en un proceso formativo de “masculinización”, de pruebas de “resistencia” por medio de malos tratos para asemejarse a los hombres y para demostrar que pueden llegar a ser policías con temple; todo ello con el objetivo de cumplir sus funciones, de equipararse al género masculino y de lograr respeto dentro de las instituciones. Esto, seguramente en un número de casos, conduce a algunas mujeres a actuar de forma violenta en sus labores policiales e incluso en su hogar.

Al adentrarnos en los grupos focales, podemos decir que la percepción mayoritaria es que la violencia en Venezuela aumentó, en contraposición con la minoría que piensa lo contrario.

Cuando se indagó sobre quiénes estarían cometiendo más delitos violentos entre hombres y mujeres, fue evidente que la mayoría de las participantes apuntaron a que, si bien se reconoce que los hombres por lo general son más violentos, también se reconoció que en los últimos tiempos (2018-2022) la mujer ha cobrado protagonismo como perpetradora de delitos violentos, hasta tal punto que, para algunas participantes, están a la par de los hombres.

Todas las informantes de los grupos estuvieron de acuerdo en que la violencia no se justifica porque los problemas y los conflictos pueden ser dirimidos de otras maneras: en un marco de respeto, de diálogo, mediante acuerdos y siempre haciendo lo correcto en el camino de la alternativa lícita.

Grupos focales: factores explicativos

En relación con los factores identificados que podrían explicar por qué cada vez más mujeres están siendo violentas en sus hogares, destacaron: a) la muestra de autoridad de la mujer hacia sus hijos, pero con comportamientos violentos; b) la existencia cada vez más frecuente de familias disfuncionales y desestructuradas; c) patrones violentos aprendidos en la familia; d) los círculos de amistades con los que se relacionan las adolescentes y las jóvenes; e) el uso de la violencia de algunas mujeres como mecanismo de defensa para no ser agredidas; y f) mujeres expuestas a fuertes tensiones por la crisis imperante y que han quedado solas como jefas de hogar con sus hijos o que, teniendo pareja, el hombre no se hace cargo de los hijos y recaen un sinnúmero de responsabilidades sobre ellas.

En cuanto al porqué hay mujeres que delinquen y forman parte de grupos criminales, los factores que se captaron fueron: a) la existencia de “muchas” madres solteras en condiciones de pobreza y pobreza extrema; b) la existencia de “muchas” mujeres

jóvenes con hijos, que desconocen cómo criarlos y los dejan al cuidado de los abuelos; c) el deterioro de la educación en el hogar; d) la existencia de familias disfuncionales; e) las relaciones interpersonales de las mujeres en diferentes ámbitos (familiar, comunidad, escuelas, universidad, entre otros); y f) las ansias de poder y la ambición debido a las carencias presentes en sus vidas.

Como se observa, algunos factores son coincidentes, lo que significa que, según la percepción de las participantes, algunos de ellos tienen cuotas de ponderación en la conversión de la mujer como sujeto activo de violencia tanto en el hogar como en el ámbito delincencial. También varios factores son concordantes con los mencionados por las dos primeras entrevistadas.

En el caso de las mujeres policías, los factores que se interpretaron son los siguientes: a) el uso, a favor de parte de las funcionarias, de la ley que protege a la mujer, en el ejercicio de sus funciones; b) funcionarias entrenadas por hombres para arremeter en los casos donde sean mujeres las que estén involucradas en hechos, delincuenciales o no; c) el ingreso de mujeres (y por supuesto también de hombres) que no están aptas desde el punto de vista psicológico y psiquiátrico para formar parte de la policía.

Un hallazgo importante es que, para todas las participantes, esas conductas violentas y delictivas no son nuevas en el género femenino, sino que siempre han existido. Sin embargo, también para todas, estas conductas se vienen observando en la actualidad (2023) con mayor frecuencia, y claramente para la mayoría es evidente que la crisis ha tenido mucho que ver con ese aparente incremento protagónico del género femenino como sujeto activo en delitos.

En este punto, otros factores que salieron a relucir, que explican esa aparente escalada, son la existencia de medios de comunicación digitales y la facilidad para el acceso y difusión de información (por ejemplo: a través de la conexión a internet, redes sociales y teléfonos inteligentes), lo que, en opinión de algunas, les

ha dado mayor visibilidad a los hechos donde se han visto involucradas mujeres como agresoras y/o delincuentes.

Por otra parte, según los hallazgos de un estudio desarrollado en Colombia por Norza-Céspedes *et al.* (2012) en mujeres privadas de libertad, la pobreza es uno de los factores de riesgo asociados a la comisión de delitos por parte de mujeres, ya que cerca del 70% de la población de mujeres estudiadas provenía de estratos socioeconómicos desfavorecidos. En nuestro caso, al menos tres cuartas partes viven en pobreza o en pobreza extrema, lo que muestra una coincidencia importante entre las investigaciones. A pesar de ello, es necesario utilizar esta información con cautela, pues no es posible inferir de estos datos que todas las mujeres que viven en estos estratos son potenciales delincuentes. En otras palabras: no toda mujer que viva en pobreza es delincuente o va a ser a futuro una delincuente.

Otro aspecto concordante entre los estudios es el hecho de que las familias desestructuradas entran como un factor vinculado al riesgo de la consumación de delitos por parte de mujeres, así como también otros factores tales como: madres jóvenes, madres jefas de hogar, maltrato en la infancia y mujeres víctimas de algún tipo de abuso (sexual, explotación sexual o agresiones físicas).

Los casos conocidos por la sociedad

Los resultados cuantitativos dan cuenta de que, como era de esperarse, los hombres llevan el mayor peso en la consumación de delitos. Todos los estudios conocidos revelan que, aunque existe una gran diversidad de formas de criminalidad femenina y masculina, se puede expresar en términos generales que las mujeres consuman menos delitos. Además, por lo regular son menos graves, menos profesionalizados y propenden a una menor reincidencia (Fuller, 2008; Rutter *et al.*, 1999). Los hombres exhiben una mayor representatividad en el ámbito delictivo en general y,

hasta el presente (2023), una mayor representatividad como miembros de organizaciones criminales en todas sus divisiones, funciones y estatus (Sansó-Rubert, 2010).

Los números derivados de los medios nos dicen que, al menos en Mérida, la participación de la mujer en los últimos años (2019-2022) en la comisión de delitos viene exhibiendo una tendencia que va en aumento. Sin embargo, su figuración es mucho mayor en los delitos no violentos, propensión observada que coincide con los hallazgos de la parte cualitativa de esta investigación.

El estudio de Norza-Céspedes *et al.* (2012) en Colombia, reveló que los delitos donde tuvo mayor participación la mujer fueron el tráfico de drogas y los hurtos – no violentos – cometidos por 63% del total de mujeres estudiadas. En nuestra investigación, estos delitos también ocuparon los dos primeros puestos, concentrando 54,0% del total de delitos cometidos por las mujeres identificadas.

El delito violento donde más se vieron involucradas las mujeres colombianas fue el de lesiones personales (agresión) y, dentro de la totalidad de delitos, ocupó el tercer puesto (9,2% cometieron ese delito). En el caso de Mérida, coincide que la agresión ocupó el primer puesto dentro de los delitos violentos, mientras que en el listado general de los delitos se posicionó en el cuarto lugar (con 12%).

La mayoría de las victimarias se concentran entre los 20 y 39 años, es decir, mujeres jóvenes, adultas jóvenes y algunas de mediana edad, en plenas edades reproductivas desde el punto de vista de la fecundidad y en edades productivas desde una perspectiva económica. La edad promedio estimada de las victimarias fue de 32 años, mientras que en el estudio de Colombia resultó ser de 31, muy próxima a la obtenida en esta investigación.

La mayoría de los delitos perpetrados por mujeres fueron cometidos en espacios abiertos o en la calle; esto nos permite inferir que los primeros estuvieron relacionados, de manera muy probable, con contextos delincuenciales. Prueba de ello es que, dentro de los tipos de victimarias, en 78,6% de los casos se trató de mujeres involucradas en delincuencia común u organizada.

En segundo lugar, se ubican los delitos consumados en el hogar, y esto nos lleva a expresar que es muy probable que estos estuvieran relacionados, en buena medida, con contextos de violencia intrafamiliar; de allí que, al observar la vinculación de las víctimas con las victimarias, las mujeres familiares y/o conocidas –madres o madrastras y las parejas o exparejas femeninas– muestren los mayores valores.

Otras investigaciones también han puesto de relieve el papel de la mujer en la comisión de delitos. Giménez-Salinas *et al.* (2011) exponen que la mujer ha tenido un rol relevante en España en delitos contra la propiedad, en especial los hurtos, seguido de cerca por los robos. Luego se encuentra el tráfico de drogas. De igual modo, estos investigadores acotan que las mujeres también han tenido una participación relevante en el delito de trata de personas para la explotación sexual, donde han ocupado un papel preponderante dentro de organizaciones criminales dedicadas a este delito, en labores de captación y control.

De nuevo, estos resultados coinciden con algunos de los obtenidos en nuestra investigación: la mujer involucrada principalmente en delitos no violentos, como el hurto o el tráfico de drogas; pero, además, involucrada en delitos violentos, como el robo y la trata de personas para explotación sexual, ambos delitos relatados en casos conocidos por algunas informantes.

Consideraciones finales

El panorama captado a partir de los resultados cualitativos conduce a afirmar que, en Mérida, si bien es cierto que el hombre sigue siendo el protagonista como victimario de la mayoría de los delitos que acontecen, no es menos cierto que se observa que las mujeres incrementaron su participación, no solo en delitos violentos sino también en delitos no violentos. Por supuesto, no se puede caer en generalizaciones: es solo un cierto número de mujeres, o grupos de mujeres, el que cada día se está sumando a la lista de perpetradoras de delitos.

Las cifras derivadas de la revisión de los medios de comunicación son congruentes con aquella percepción. Por un lado, se observó una tendencia ascendente —dentro de los casos conocidos por la sociedad— de la participación de la mujer en la consumación de delitos y, por otro, de la gran variedad de delitos en los que participa. Además, tanto en los resultados cualitativos como en los cuantitativos, su mayor participación se inclina hacia los delitos no violentos, resaltando en primer término el tráfico de drogas, el hurto y el fraude. De igual modo, en ambos resultados la agresión fue el delito violento más cometido por ellas.

Para casi todas las informantes no existen situaciones de desigualdad entre hombres y mujeres que determinen el presunto aumento de casos de mujeres victimarias en delitos violentos y no violentos, pero sí una multiplicidad de factores que podrían explicar tal tendencia: individuales, familiares, comunitarios, de relaciones extrafamiliares, institucionales y sociales. Esto lleva a decir que detrás de cada caso conocido no opera un solo factor, sino que son un conjunto particular de factores que se combinan para desencadenar cada hecho.

Es posible conjeturar que el incremento de la consumación de delitos del género femenino dentro del ámbito delincuencia en buena medida es producto de la emergencia humanitaria compleja que empezó a aparecer desde 2014 y que persiste en el presente (2023), cuya variedad de aristas negativas podrían pesar mucho más sobre ciertas mujeres: las más empobrecidas, solteras y con hijos, las pertenecientes a familias desestructuradas y/o disfuncionales, quienes padecen mayor inseguridad alimentaria, no tienen empleo o, si lo tienen, este no les permite vivir dignamente ni darles calidad de vida a sus hijos; mujeres con ansias de poder y ambiciones debido a las carencias presentes en sus vidas, entre otras situaciones. Estos elementos denotan que, en realidad, existen desigualdades sociales. A esto hay que añadirle que la creación de la ley que protege a la mujer y la difusión y peso que se le ha dado para conocimiento del género femenino en defensa de sus derechos ha sido un instrumento legal usado y manipulado a su favor por cierto número de mujeres, el cual ha servido como escudo para lograr objetivos malsanos y para evadir la justicia por crímenes cometidos, lo que se agrava —en contra de los hombres— por la desidia y negligencia que se hacen presentes en ciertas instancias públicas gubernamentales receptoras de denuncias. Esto en buena medida marca un contexto de violencia de género contra los hombres.

En el ámbito del hogar, creemos que también pesa mucho la emergencia. Nuestra hipótesis es que la crisis, concatenada con situaciones particulares individuales (por ejemplo: mujeres con personalidad agresiva) y familiares (por ejemplo: violencia doméstica), ha generado diferentes problemas en los hogares, y en especial sobre las mujeres madres y cabezas de familia, que han llevado a un número de ellas a convertirse en mujeres violentas contra los miembros del hogar o a acentuar el nivel de violencia que ya venían ejerciendo desde tiempos anteriores contra ellos. Los dos últimos escenarios planteados podrían haberse

exacerbado con la aparición de la pandemia y el aislamiento social entre 2020 y buena parte de 2021.

Esbozamos que la violencia exhibida por ciertas mujeres en cuerpos de seguridad del Estado es consecuencia de un proceso de “masculinización” en el que se ven inmersas para formarse como policías, bien sea por la influencia en la formación de la vieja escuela o bien sea una vez que ingresan formalmente a los organismos policiales, en cuyo devenir cierto número de mujeres son objeto de violencia de género. Ello para asemejarse a los hombres –que representan la mayoría de los funcionarios– con el objetivo de cumplir sus funciones, equipararse a ellos y lograr aceptación dentro de las instituciones.

Algunos investigadores exponen que la cultura de género de los organismos policiales ha sido objeto de análisis y de crítica. Se argumenta que los valores policiales glorifican la virilidad, el brío y el dominio, todos ellos asociados con el principio machista. Incluso se ha evidenciado que con frecuencia las mujeres policías padecen discriminación y acoso sexual por parte de hombres policías. Sin embargo, se observa también que ellas desarrollan numerosas estrategias para alcanzar diferentes beneficios: desde adoptar comportamientos masculinos para promoverse entre sus colegas, hasta apelar a su supuesta debilidad para obtener ventajas de estos (Brown y Heidensohn, 1996; Heidensohn, 2000, citados en Fuller, 2008).

Todos estos hallazgos conducen a decir, al menos en Mérida, que no se trata de afirmar en ningún caso que la mayoría de las merideñas son violentas o que están cometiendo delitos; sino que la mujer debe dejar de observarse y concebirse solo como víctima de delitos vinculados por lo general, en el seno de la familia, a los relacionados con afectos o con obsesiones de la honra y relaciones sexuales prohibidas (Fausto, 1984, citado en Andruccioli, 2002).

La mujer entonces, por lo general, no aparece como sujeto sino como objeto de delitos, por ejemplo, de agresiones, de disputa entre hombres, como víctima de feminicidios, de violaciones sexuales y de otras transgresiones.

En definitiva, parafraseando a Heinesohn (1995), lo que no tiene cabida en la actualidad, y que necesariamente debe superarse, es la visión invariable e inmóvil de la mujer en relación con el delito. Asumir, por ejemplo, la perspectiva de que las mujeres solo pueden ser dominadas —nunca las que dominan u oprimen—, las que siempre son víctimas —nunca victimarias— no puede ser aceptada. Por ende, en estos tiempos carecen de total vigencia las explicaciones paternalistas para la criminalidad femenina y sobre la “naturaleza no amenazante” de las mujeres.

Referencias

- Andruccioli, S. (2002). *Geografía do crime: Interdiscipliniedades e relevancias*. Universidade Estadual Paulista. <https://bit.ly/40JLPTs>
- Briceño-León, R. (2022). *Tanatopolítica en Venezuela: Sicariato de Estado y derechos humanos*. Editorial Alfa. <https://bit.ly/3Rx0HOZ>
- Díaz, A. (2020). *Criminalidad y género: Breve aproximación a la delincuencia femenina*. Colegio Profesional de la Criminología de la Comunidad de Madrid. <https://bit.ly/3RDSM2x>
- Fuller, N. (2008). La perspectiva de género y la criminología: una relación prolífica. *Tabula Rasa*, (8), 97-110. <https://bit.ly/3CDyIt2>
- Giménez-Salinas, A., Requena, L. y De la Corte, L. (2011). ¿Existe un perfil de delincuente organizado?: Exploración a partir de una muestra española. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 13-03, pp. 1-32.: <https://bit.ly/3V3vw0L>
- Heinensonhn, F. (1995). *Woman and crime*. (2.^a ed.), University Press.

- Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. (2014, 25 de noviembre). República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial N.º 40.548. <https://bit.ly/2CmSEAN>
- Norza-Céspedes, E., González-Rojas, A., Moscoso-Rojas, M. y González-Ramírez, J. (2012). Descripción de la criminalidad femenina en Colombia: factores de riesgo y motivación criminal. *Revista Criminalidad*, 54(1), 339-357. <https://bit.ly/3M4o7ud>
- Observatorio Venezolano de Violencia Mérida. (2022). *Aumentaron delitos sexuales contra niños, niñas y adolescentes merideños*. <https://bit.ly/3V0kgCl>
- Rutter, M., Giller, H. y Hagel, A. (1999). *La conducta antisocial de los jóvenes*. Cambridge University Press.
- Sansó-Rubert, P. (2010). Criminalidad organizada y género: ¿hacia una redefinición del papel de la mujer en el seno de las organizaciones criminales?. *Revista del Instituto Universitario de Investigación en Criminología y Ciencias Penales de la UV*, 3, pp. 3-21. <https://bit.ly/3edeLzz>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2015). *Clasificación internacional de delitos con fines estadísticos*. <https://bit.ly/2XnM0HR>
- Wharton, A. (2005). *Te Sociology of gender: An Introduction to Teory and Research*. Blackwell Publishing Ltd. <https://bit.ly/3fwl0if>

PARTE II

Violencia autoinfligida: cifras y estimaciones

Una aproximación al estudio del suicidio en el estado Mérida, Venezuela [1936-2018]¹

Gustavo A. Páez S.
Yhimaina J. Trejo U.
Karina Rondón V.
Nilsa Gulfo

Introducción

El estado Mérida es una de las 23 entidades federales que conforman la división político-territorial de Venezuela, localizado al occidente del país, específicamente en la región de Los Andes. Dentro de sus 11.300 km² el turismo, la agricultura y el servicio educativo asociado a la Universidad de Los Andes (ULA), se han constituido en las últimas décadas como las actividades pujantes que estructuran la base económica de la entidad, y según las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2013), en la actualidad (año 2020) este territorio debería contar con 1.059.925 habitantes.

¹⁰ Artículo de revista publicado en: Páez, G., Trejo, Y., Rondón, K., y Gulfo, N. (2021). Una aproximación al estudio del suicidio en Mérida Venezuela. *Revista Geográfica Venezolana*, 62(2), 330-347. <https://n9.cl/uvaim>

No solo las actividades económicas aludidas han caracterizado y llevado a este estado a sobresalir en el contexto nacional, sino que otro aspecto, nada positivo, por cierto, también ha permitido que este territorio andino figure sobre las demás entidades federales. En este caso hacemos alusión específicamente al tema de la ocurrencia y frecuencia de suicidios.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), el suicidio es el acto por medio del cual una persona se quita la vida deliberadamente; en otras palabras, viene a ser una muerte autoinfligida. En Mérida, desde la década de los años 70, esta causa de muerte comenzó a cobrar importancia en cuanto a su ocurrencia y frecuencia, hecho que llevó a diferentes investigadores a estudiar el tema: García (1974); Guijarro (1998); Peña (1998); Díaz (1999); Medina (1999); Cubillán (2003) y Crespo (2019), entre otros; y que además ocasionó una percepción por parte de la población en general, que la entidad ha ostentado la tasa de suicidios más elevada del país durante muchos años.

Sin embargo, la ausencia de estudios que hayan abordado la problemática en el estado desde el punto de vista de su evolución histórica durante un período extenso, fue lo que incentivó a plantear esta investigación con el propósito de, por un lado, analizar la evolución histórica de la ocurrencia y frecuencia de suicidios en este estado en comparación con el resto de las entidades federales y el país (1936-2014) y, por el otro, estimar la tendencia reciente de ese indicador en el estado (2015-2018). Para ello se planteó abordar este estudio por medio de dos enfoques: uno cuantitativo y otro cualitativo, donde los resultados obtenidos llevaron a plantear hipótesis que apuntan a explicar el comportamiento de las muertes autoinfligidas.

Materiales y métodos

Enfoque cuantitativo

Consistió en la estimación de un conjunto de indicadores numéricos para conocer, analizar y entender la evolución histórica (1950-2014) y tendencia numérica reciente (2015-2018) de las muertes autoinfligidas en el estado Mérida, en comparación con el resto de entidades federales y Venezuela.

La primera etapa se fundamentó en la consulta de fuentes de información. A escala nacional, se examinó un informe sobre Mortalidad por Suicidios y Homicidios (1936-1961), realizado por el anterior Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS, 1961). Para obtener los valores absolutos de suicidios ocurridos en Venezuela, y los acontecidos en las entidades federales, se revisaron los Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital editados por el antiguo Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS, 1950-1996) y los Anuarios de Mortalidad del actual Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS, 1997-2014). Las proyecciones de población utilizadas fueron las elaboradas por el INE (2013) y las publicadas recientemente por las Naciones Unidas (2019). A escala estatal, se revisaron los diarios de circulación regional (2014-2018): Pico Bolívar y Frontera, y se tuvo acceso a la base digital de registro de Mortalidad de CORPOSALUD Mérida (2019: 2001-2017), cuya data procede de los certificados de defunción llevados por esta institución gubernamental.

La segunda se centró en obtener indicadores sobre ocurrencia (valores absolutos y porcentajes) y frecuencia (tasas) de suicidios. A continuación, se muestra el procedimiento seguido para conseguirlos:

- Venezuela y las entidades federales: Con las cifras absolutas de muertes autoinfligidas derivadas de los anuarios, relacionadas con las proyecciones de población existentes, se estimó la tasa histórica de suicidios (THS) del país y de las entidades federales (1950-2014), así como la importancia relativa histórica de suicidios (IRHS) para cada estado (1950-2014). Además, con la información estadística disponible para Mérida y Venezuela correspondiente al período 1936-2018, se estimaron indicadores de suicidio según sexo, edad, método empleado para suicidarse y por causas presuntas de suicidio.

- Estimación de la tasa de suicidios del estado Mérida (2015-2018): Las cifras de fallecimientos, según causas de muerte más recientes publicadas en el país, se corresponden con las del Anuario de Mortalidad del año 2014. No obstante, empleando los registros estadísticos de CORPOSALUD Mérida se logró estimar y corregir la tasa de suicidios de la entidad durante 2015-2017 y realizar una extrapolación de este indicador al año 2018. Para obtener las cifras absolutas de suicidios estimados ocurridos en Mérida, se cruzó la información de casos reseñados en prensa regional (2015-2017) con los registros de CORPOSALUD Mérida (2015-2017), derivándose una lista depurada.

Es importante señalar que dentro de aquella base de datos se contabilizó la cantidad de Muertes de Intención No Determinada (MIND) ocurridas durante 2015-2017. Bajo esta categoría quedan ‘ocultos’ homicidios, suicidios y accidentes, de allí que era necesario extraer de ese conjunto, los probables suicidios para luego ser adicionados a la lista definitiva de casos. El procedimiento seguido se detalla a continuación:

En cada año estudiado (2015-2017), se observaron los patrones numéricos exhibidos de las muertes por suicidio comprobados según método empleado (ahorcamiento, envenenamiento, uso de armas de fuego, lanzamiento de un lugar elevado y sumersión). Esto permitió obtener una relación por

cociente (de probabilidad) de ocurrencia de muertes por suicidio según método. El valor arrojado fue multiplicado por el total de presuntas muertes por ahorcamiento clasificadas de esta manera dentro de las MIND, de donde se derivó la cifra probable de suicidios que acontecieron en un año dado por este método. De igual modo, se procedió a estimar el resto de probables suicidios en los otros métodos entre 2015-2017. En el caso del año 2018, no se contó con registros de muertes autoinfligidas de CORPOSALUD Mérida, lo que llevó a estimar la cifra probable de estos en ese año, empleando para ello el método de extrapolación de la Parábola de segundo grado (Páez, 2018).

Es oportuno acotar que, ni para Venezuela ni para el estado Mérida, se cuenta con proyecciones vigentes que hayan sido ajustadas a los cambios demográficos sucedidos en los últimos años. Las últimas proyecciones conocidas en el país fueron las elaboradas y publicadas por el INE (2013) con base al censo general de población y vivienda (2011), por lo que esta limitante hizo que se recurriera a las proyecciones de población calculadas por las Naciones Unidas (2019).

En la cuantificación de la población media de Mérida se utilizó el método de extrapolación distributivo (Páez, 2018). Para la aplicación de este procedimiento se estimó un factor de corrección que surgió de dividir la población de Venezuela (corregida con omisión), arrojada en el censo general de población y vivienda (2011), entre la proyectada para el país por las Naciones Unidas, años 2015-2018. Este factor luego fue multiplicado por la población del estado, arrojada por el mismo censo, consiguiéndose así la población media aproximada de la entidad para cada año (2015-2018). Luego, contando con la cifra estimada de muertes autoinfligidas sucedidas en Mérida entre 2015-2018 y la población media del estado para los mismos años, se procedió a estimar las tasas corregidas de la entidad durante ese período.

Finalmente, en la cuarta y última etapa del enfoque cuantitativo, se realizaron una serie de mapas temáticos, utilizando como fuente la base cartográfica de la división político-territorial del estado Mérida, elaborada por el INE. El *software* empleado en la digitalización de los mapas fue QGIS versión 3.8 y la escala final de composición 1:800.000.

Enfoque cualitativo

Por medio de este enfoque se pretendió conocer la percepción de distintos profesionales en relación a los diversos resultados obtenidos en la parte cuantitativa. Para ello, se diseñó un cuestionario que fue aplicado en entrevistas a profundidad a cuatro profesionales vinculados con la temática en cuestión: dos psiquiatras, un psicólogo y un sociólogo, todos residenciados en Mérida.

Resultados y análisis

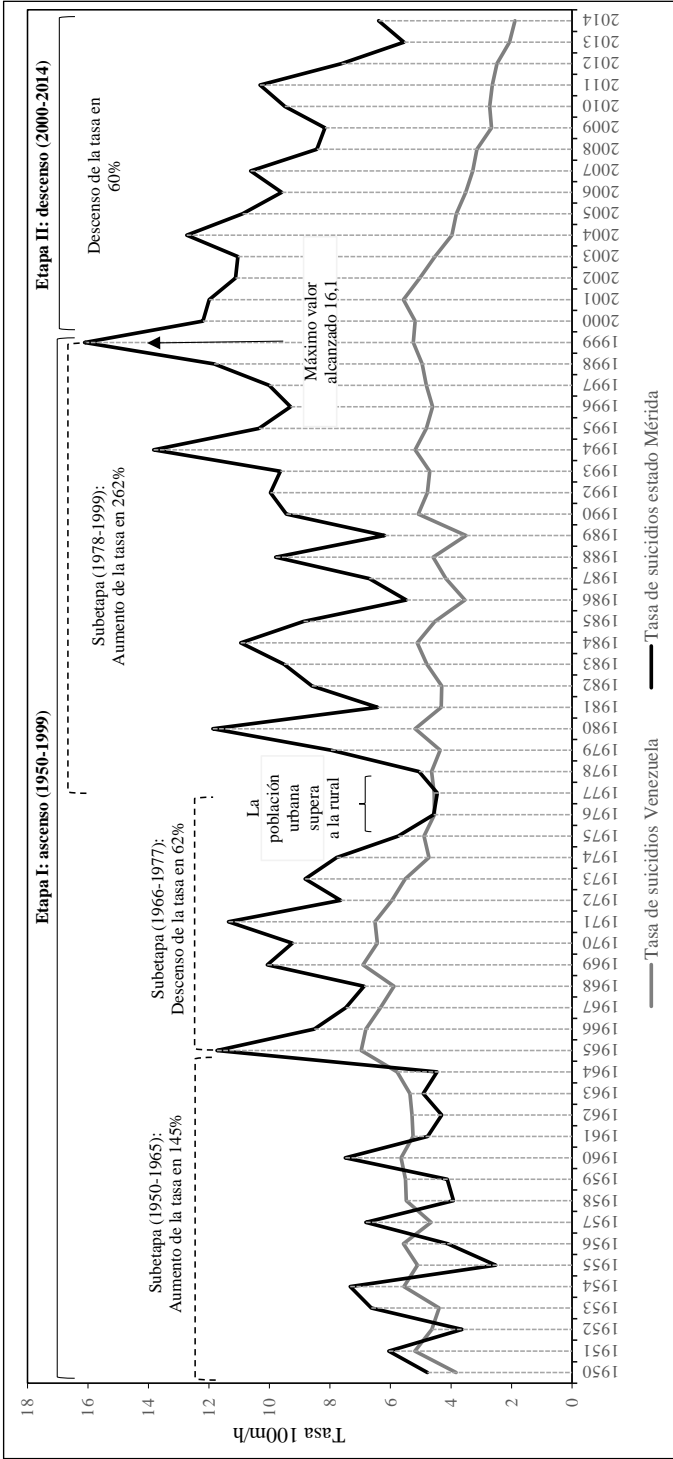
La tasa de suicidios de Mérida: comportamiento numérico y especificidad

Según el MSAS (1961), entre 1936-1949, ocurrieron en Mérida unos 120 suicidios que presentan para la época una tasa que se ubicó alrededor de los 3,9 suicidios por cada 100 mil habitantes (en lo sucesivo 100 m/h), mientras que en Venezuela fluctuó para esos tiempos entre 3,1 y 4,7. No obstante, después de los años 50, este indicador en el estado se fue alejando de esos valores bajos registrados, manteniéndose por lo general con cifras superiores a 4 suicidios 100 m/h. En la figura 1 se aprecia la evolución histórica de la tasa de suicidios del estado Mérida y de Venezuela, período 1950-2014, donde dentro del lapso examinado, la curva de Mérida siempre estuvo por encima de la del país a partir de 1965, a

excepción del año 1977. Se lograron identificar entonces dos etapas de comportamiento del indicador: una primera que va de 1950 a 1999, y una segunda que abarca 2000-2014. La variación de cambio porcentual (de aumento) de la tasa entre 1950-1999 fue de 235%, a pesar de ello, en la gráfica se aprecian tres subetapas (1950-1965; 1966-1977; 1978-1999) donde el aumento del indicador fue fluctuante y, a pesar de haber descendido entre 1966-1977, en la mayoría de los años de esta subetapa registró cifras muy superiores a las calculadas en la anterior (1950-1965). Entonces, podría decirse que la tasa exhibió una clara tendencia al aumento durante 1950-1999 presentando un máximo valor de 16,1 suicidios 100 m/h en el último año de ese período (1999). En la segunda etapa (2000-2014), la tasa presentó un descenso entre esos años de alrededor del 60%.

Otro resultado indica que la entidad andina en el 41% del tiempo analizado, es decir, en 26 años de los 65 que comprenden el período 1950-2014, se ubicó en el primer lugar con la tasa más elevada. Entre 1950-1964, el lugar ocupado por el estado a escala nacional varió entre el puesto 3 y el 16. Luego, entre 1964-1974, a

Figura 1
Evolución de la tasa de suicidios del estado Mérida y Venezuela, período 1950-2014



Fuente: cálculos propios con base en cifras de anuarios de epidemiología y estadística vital (MSAS, 1950-1996), anuarios de mortalidad MPPS, 1997-2014) y proyecciones de población (INE, 1950-2050), período 1950-2014

pesar de continuar fluctuando, la variación de posiciones estuvo entre el primer y octavo lugar, para disminuir aún más durante el lapso breve de 1974-1978 donde solo osciló entre el puesto 8 y 9. Desde 1978 al año 2000, comienza a vislumbrarse un patrón a posicionarse en el primer lugar, dado que 11 veces se ubicó en ese puesto, es decir, en el 50% de aquel lapso (22 años, período 1978-2000), y seis veces en la segunda plaza. Después de allí, 2001-2014, alcanzó de forma ininterrumpida el primer puesto, hasta al menos las estadísticas más recientes conocidas a escala nacional (2014). Aun cuando se mantuvo en el primer lugar, es oportuno señalar que mostró niveles menores en sus tasas de suicidios en relación a años anteriores.

Entre tanto, la tasa histórica de suicidios (THS) estimada para el país (1950-2014) fue de 4,4 suicidios 100 m/h. Ahora bien, la THS según entidades federales mostró que Mérida presenta la tasa de suicidios promedio (8,9 suicidios 100m/h) más elevada de toda Venezuela y que históricamente resulta ser 2,03 veces la THS del país y 102% superior a esta. El estado Trujillo le sigue de cerca (6,3) y, aun así, la tasa de Mérida es 1,4 veces la de esta otra entidad andina (41% superior) y 6,3 veces la de Vargas (1,4), territorio con el indicador más bajo (535% superior). En tiempos más recientes, las estimaciones de la tasa de suicidios para Mérida arrojaron que, en 2015, este indicador se ubicó en 12,6 suicidios 100 m/h, mientras que en 2018 ascendió a 25,4; es decir, que presentó un incremento por el orden del 102% durante ese tiempo. Desafortunadamente, por no contar con estadísticas actualizadas para el resto de los estados, resulta difícil conocer a ciencia cierta si Mérida continúa ocupando el primer lugar como el estado con la mayor tasa de suicidios de Venezuela.

La ocurrencia de suicidios en Venezuela y la singularidad de Mérida

Mediante la estimación del coeficiente de correlación de Pearson, se observó una asociación directa positiva de 0,87 entre el número absoluto histórico de suicidios acontecidos en las diferentes entidades federales y su población. La tendencia es que los estados donde ocurre el mayor número de casos son los que cuentan con los mayores tamaños poblacionales, de allí que estos presenten las cifras más altas de importancia relativa histórica de suicidios (IRHS) entre 1950-2014. A pesar de ello, el estado Mérida resultó ser una excepción ocupando el cuarto lugar en cuanto a IRHS se refiere, detrás de algunas de las entidades más pobladas del país: Zulia, Distrito Capital y Carabobo. Este resultado llevó a analizar la evolución de la posición ocupada por la entidad merideña en cuanto al tamaño de su población, en relación al resto de los estados. Según la información de los últimos siete censos generales de población y vivienda levantados en el país (Ministerio de Fomento, 1950-1971; OCEI, 1981-1990; INE, 2001-2011), la entidad pasó de ocupar el puesto número 11, en 1950, al número 14 en 2011. Eso quiere decir que descendió tres lugares en su importancia poblacional; sin embargo, esto no condujo a que perdiera posiciones en el indicador de IRHS.

Del total de suicidios reseñados en Venezuela en los anuarios consultados durante 1950-2014 (45.285 suicidios), en Mérida ocurrieron 2.949 en ese lapso, lo que representa el 6,5% de esa globalidad. También es importante mencionar que este estado andino se ubica entre el grupo reducido de entidades federales que han registrado más de 100 suicidios en un año entre 1936-2014, es decir, en orden de importancia: Zulia (40 veces), Distrito Capital (19), Aragua (2), Mérida (2) y Lara (1). Asimismo, los resultados obtenidos con las estadísticas más recientes indican que en Mérida sucedieron unos 645 suicidios entre 2015-2018. De forma

sorprendente eso significa que, en tan solo 4 años, ocurrió el equivalente al 22% del total de casos registrados entre 1950-2014 (en 65 años), lo que lleva a afirmar en adición a lo anterior, que en los últimos tiempos (2015-2018) también se han registrado en la entidad más de 100 suicidios por año. En la tabla 1 se muestran resultados de otros indicadores estimados para Mérida según períodos seleccionados.

Una aproximación explicativa al comportamiento histórico y reciente de la ocurrencia y frecuencia de suicidios en Mérida

La singularidad histórica en referencia a la ocurrencia y frecuencia de suicidios en Mérida puede encontrar su explicación en dos realidades: una relacionada al ámbito urbano, específicamente con la ciudad de Mérida (capital de estado) y su área metropolitana; y la segunda vinculada al ámbito rural, donde se ven involucrados un conjunto de municipios entre los más importantes del país en cuanto a producción agrícola se refiere. La primera realidad se refiere a una característica específica que posee el estado desde hace más de dos siglos, pero que a partir de los años 60 del pasado siglo XX se conjugó con ciertos procesos sociodemográficos y económicos, que combinados, influyeron en el comportamiento de la tasa de suicidios al menos hasta aproximadamente el año 2014.

En ese sentido, nuestra hipótesis explicativa se cimienta en que la ULA (fundada en 1785), con sede principal en la ciudad de Mérida, una de las universidades más importantes del país y que atravesó una etapa de crecimiento en su oferta educativa y laboral, infraestructura, etc., impulsada por el proceso de urbanización y modernización de Venezuela con más fuerza a partir de los años 70, ejerció un papel fundamental como factor de atracción sobre todo para la población entre los 15-19 (adolescentes) y 20-24 años

(jóvenes). En esta población podrían haberse encontrado innumerables individuos sometidos a diversos factores de riesgo (en ausencia o poca presencia de factores protectores) que intervinieron y/o detonaron conductas potenciales suicidas que en muchas situaciones pudieron haber evolucionado a suicidios consumados. Esta población provino de diferentes municipios del estado y de distintas entidades del país, y otros desde el extranjero, pero en menor número. Además, a esos adolescentes y jóvenes, se le suman individuos nativos (y no nativos) de la entidad andina en diferentes etapas de la vida que para la época también estaban expuestos a factores de riesgo de suicidios.

Para sustentar lo anterior, se examinó la evolución de la relación por cociente entre las personas que asistían a cursar estudios superiores en el estado y la población de la entidad, según cifras de los últimos seis censos generales de población y vivienda. Esto arrojó el indicador de relación de asistencia educativa a nivel superior por cada 1.000 habitantes, cálculo que se hizo para todas las entidades federales, con el objeto de comparar a Mérida con las demás y observar si existió (o no) una particularidad en ese indicador. En la figura 2, y solo a manera de ilustración y fines pedagógicos, se graficaron solamente aquellas entidades que presentaron los mayores valores.

Tabla 1
Indicadores de ocurrencia y frecuencia de suicidios estimados del estado Mérida

	Suicidios	Tasas (100m/h)	Sexo	Edad	Sexo y Edad	Métodos	Fuentes
Mérida (1950-2014)	2.949	THS≈8,9	TH≈15,5 TM≈4 SH≈80% SM≈20%	En 1950, el 40% de los suicidios acontecieron en las edades 15-24 años. En 2014, el 39% de esas muertes ocurrieron en el grupo 25-44.	En los años 50, los hombres de 15-44 años concentraban el 60% de los decesos por suicidios. En 2014, el 56% de esas muertes ocurrieron entre los hombres de 25-64 años	Los métodos más empleados fueron: el ahorcamiento (55%), lanzarse de un lugar elevado (21%) y el envenenamiento (20%)	Anuarios Epidemiológicos y de Estadísticas Vitales, Anuarios de Mortalidad, Anuarios Estadísticos de Venezuela, Proyecciones de población del INE.
Mérida (2015-2018)	645	THS≈19,0	TH≈27 TM≈8 SH≈80% SM≈20%	En el grupo 45-64 acontecieron entre el 24% (2015) y el 50% (2018) de los suicidios. Anteriormente, la mayoría de los suicidios ocurrían en las edades de 15-29. Tendencia de "envejecimiento de las tasas"	Tendencia de aumento de las tasas en ambos sexos hacia los adultos de 45-64 años y adultos mayores de 65 años y más.	Los métodos más empleados fueron: el ahorcamiento (58%), envenenamiento (29%) y armas de fuego (7%)	Estimaciones propias con base en cifras publicadas en Anuarios de Mortalidad, Corposalud Mérida, censo general de población y vivienda 2011 y proyecciones de población de las Naciones Unidas.

THS: Tasa histórica de suicidios del período.

TH: Tasa de suicidios del sexo masculino por cada 100 mil habitantes del mismo sexo

TM: Tasa de suicidios del sexo femenino por cada 100 mil habitantes del mismo sexo.

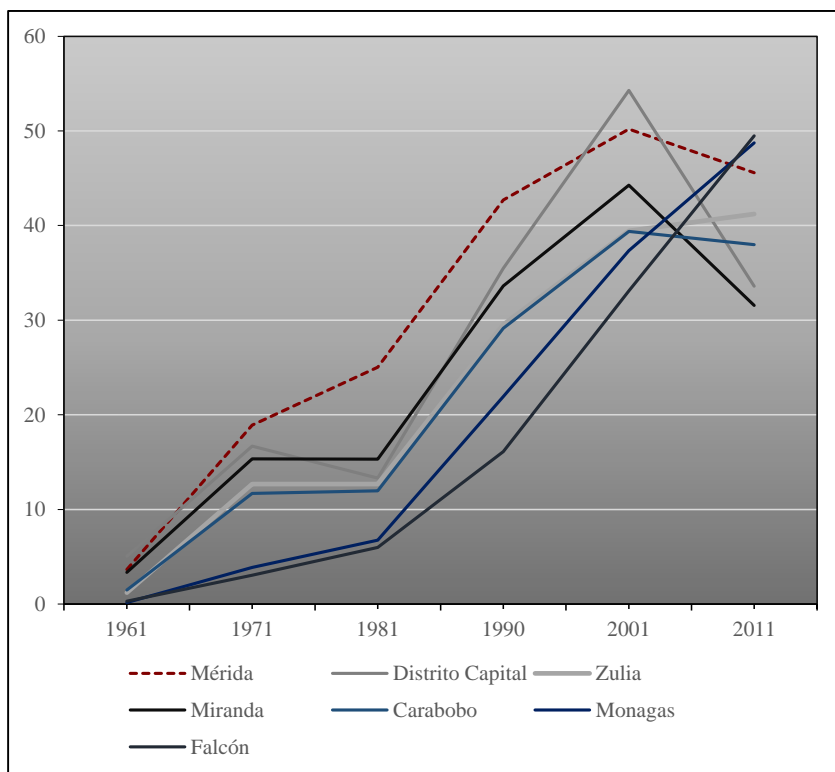
SH: Porcentaje de suicidios en hombres

SM: Porcentaje de suicidios en mujeres

Se visualiza claramente que Mérida a partir de la década de los 70 mostró un valor muy por encima al resto de las entidades, incluso de las más pobladas como Zulia, Distrito Capital, Miranda y Carabobo, a excepción del exhibido por el Distrito Capital en el censo de 2001, el cual fue un poco superior. Luego, la cifra tiende a descender y a ubicarse por debajo de la de Carabobo y Monagas en 2011. Este resultado es congruente con el comportamiento mostrado por los flujos migratorios internos que llegaron al estado entre 1961-1990. El aumento intercensal, absoluto y relativo de personas que se desplazaron hacia la entidad (individuos provenientes de distintos estados del país que probablemente se mudaron a estudiar y/o trabajar) mostró cifras en descenso entre 1926-1950. Pero a partir de 1961 y hasta 1990 su comportamiento fue creciente: 1,7% (1961-1971); 3,0% (1971-1981) y 6,2% (1981-1990), (Ramos, 2008). Asimismo, es coincidente con el comportamiento de la matrícula estudiantil de la ULA, que se incrementó en 273% entre 1960-1970, y en 192% en el lapso subsiguiente (1970-1980). De hecho, durante 1970-1990, el peso relativo porcentual de los individuos entre 15 y 24 años con respecto al total de la población del estado, se elevó de 19 a 23% entre 1970-1980 y se ubicó en 21% hacia 1990.

Figura 2

Relación entre la asistencia escolar a nivel universitario y la población total según entidades federales seleccionadas (1961-2011).



Fuente: cálculos propios con base en cifras de censos generales de población y vivienda (Ministerio de Fomento, 1950-1971; INE, 2001-2011).

Otra manera de observar lo concerniente a los flujos migratorios, es tomando en consideración la variación de cambio porcentual de la población residente en la entidad y, dentro de esta, según los nacidos en el extranjero, nacidos en otras entidades y los nativos del estado Mérida (tabla 2); además, el peso relativo

porcentual de cada uno de aquellos, dentro de la población total del estado (tabla 3). Entre 1961-1981, tanto los nacidos en otros países como los nacidos en otras entidades del país, experimentaron crecimientos porcentuales en ese período, lo que hizo que aumentara su importancia relativa dentro de la población residente en el estado.

Tabla 2

Variación de cambio porcentual (%) de la población del estado Mérida según lugar de nacimiento

	1961-1971	1971-1981	1981-1990	1990-2001	2001-2011
Nacidos en otros países	69	151	6	12	32
Nacidos en otras entidades	58	98	21	32	3
Nacidos en el estado	24	19	26	25	18

Fuente: cálculos propios con base en cifras de censos generales de población y vivienda (Ministerio de Fomento, 1950-1971; INE, 2001-2011)

Tabla 3

Peso relativo porcentual (%) de la población del estado Mérida según su lugar de nacimiento

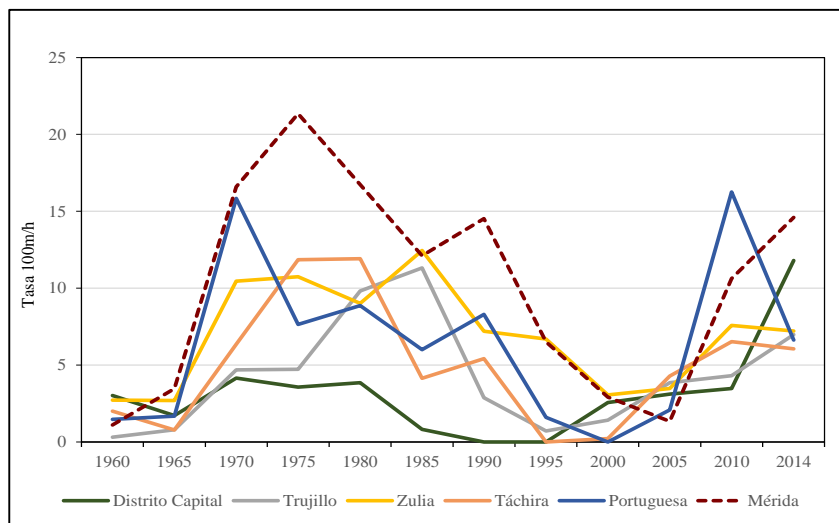
	1961	1971	1981	1990	2001	2011
Nacidos en otros países	2	3	6	5	4	5
Nacidos en otras entidades	10	12	18	18	18	16
Nacidos en el estado	88	85	76	78	77	79

Fuente: cálculos propios con base en cifras de censos generales de población y vivienda (Ministerio de Fomento, 1950-1971; INE, 2001-2011)

Todo lo anterior a su vez concuerda con los resultados arrojados en las tasas de suicidios estimadas según entidades federales para el grupo de edad 15-24 (figura 3). Mérida resultó ser el territorio con la mayor tasa desde 1965 y hasta mediados de los años 90. Después ocurre una caída de la misma (1995-2005) para luego ascender rápidamente hacia el 2014, lo que quizás obedeció a otro orden de factores que se explicarán más adelante. Solo para efectos ilustrativos, en la figura 3 se graficaron algunos de los estados que presentaron los mayores y menores valores de tasas de suicidios en persona de 15 a 24 años, según información disponible durante el lapso 1960-2014.

Figura 3

Evolución de la tasa de suicidios de la población de 15 a 24 años según entidades federales seleccionadas (1960-2014)



Fuente: cálculos propios con base en cifras de anuarios de epidemiología y estadística vital (MSAS, 1950-1996), anuarios de mortalidad (MPPS, 1997-2014) y proyecciones de población (INE, 1950-2050)

Es importante traer a colación algunos resultados derivados de las investigaciones de García (1974), Quiroz (1980) y Guijarro (1998), los cuales permiten reforzar aún más nuestra hipótesis. El trabajo de García arrojó que para los años 1969-1970, los intentos de suicidio ya se habían convertido en un problema de salud pública en la ciudad de Mérida, donde las víctimas principales fueron adolescentes y jóvenes. Según este autor, la quiebra de los valores y de los patrones culturales tradicionales unidos a los conflictos familiares fueron las principales situaciones (o factores) responsables de la ocurrencia de muchos de esos intentos.

Profundizando un poco más, es oportuno mencionar que para este autor la alta incidencia de intentos de suicidio en grupos juveniles, quizás podría encontrar su explicación en el predominio de población joven en Mérida y por ser una ciudad que, en la entidad, se constituyó como un polo de atracción para muchas familias que emigraron de las áreas rurales (tradicionalmente depauperadas para la época) en búsqueda de fuentes de empleo.

Para este investigador tuvo que haberse producido un desajuste en las familias campesinas y obreras, al efectuar un cambio drástico de su estilo de vida tradicional, para adaptarse a uno nuevo en una ciudad que comenzaba a modernizarse. Entonces, es muy probable que estos grupos familiares tuvieron que estar sometidos a influencias generadoras de conflictos, frustraciones y desesperanzas que podrían haber conducido a muchos individuos a intentar suicidarse y, peor aún, a conseguir el suicidio consumado. García también menciona que el predominio de jóvenes estudiantes en Mérida para la época, se explica por sí solo al pensar en el crecimiento de la matrícula estudiantil en todos los niveles del sistema educativo. En lo concerniente a la educación universitaria señala que un elevado porcentaje de estudiantes provenía de distintas regiones del país.

Muchos de ellos tuvieron que separarse de sus familias por primera vez y tenían que enfrentarse a una ciudad congestionada, heterogénea y hostil.

El trabajo de Quiroz arrojó que para la época (1972-1980), el lanzamiento desde el viaducto 'Campo Elías' era el método suicida más utilizado en la ciudad de Mérida, sobre todo por adolescentes y jóvenes del sexo masculino nativos y procedentes de distintas partes del estado. Según este autor, el móvil o causa presunta de mayor peso que llevó a estas personas a suicidarse fue la presencia de trastornos mentales de tipo depresivos, con intentos de suicidio previos.

Por su parte Guijarro determinó que, dentro de un conjunto de personas que intentaron suicidarse, (101 en total, entre marzo de 1997 y febrero de 1998) y que acudieron a consulta al Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), las edades donde más se concentraron los casos fueron entre los 15 y 24 años. Estas personas eran de estado civil soltero, estudiantes nacidos en el estado Mérida, los cuales estaban enfrentando problemas familiares y de pareja.

En correspondencia con todo lo anterior es válido agregar que los (y las) adolescentes en riesgo de suicidio pueden padecer vulnerabilidad psicológica o mental, inducida por diferentes factores. Esto no quiere decir que la presencia de algunos de estos determine un acto suicida, pero son elementos a tener en cuenta. Entre los más frecuentes están las dificultades familiares graves como situaciones de violencia, abuso sexual, los problemas en la escuela (o la universidad), tanto en relación con las bajas calificaciones como el rechazo por parte del grupo de compañeros que, en algunos casos, se convierte en *bullying* (acoso escolar) a través de burlas y agresiones. Igualmente pueden ser factores de riesgo los problemas en torno a la identidad sexual y el temor a la reacción de la familia y, especialmente, los intentos previos de suicidio (Román y Abud, 2017).

La OMS (2001) expone que el análisis muestra que todos los factores y situaciones que se mencionan a continuación, se asocian frecuentemente con intentos de suicidio y suicidios entre niños, adolescentes y jóvenes; pero es necesario recordar que no necesariamente están presente en todos los casos y que pueden variar de un país a otro. Entre esos se tienen: culturales y sociodemográficos; patrones familiares y eventos negativos durante la niñez; estilo cognitivo y personalidad; trastornos psiquiátricos; intentos previos de suicidio y acontecimientos negativos de la vida cotidiana como disparadores del comportamiento suicida. Entonces, no es desatinado pensar que en la medida que en Mérida aumentó el número de adolescentes y jóvenes atraídos por el factor educativo (que se adicionaron a los nativos de la entidad), también se incrementó el número probable de individuos expuestos y vulnerables a factores de riesgo específicos en esas etapas de la vida.

En opinión de Echeburúa (2015), los desencadenantes de intentos de suicidio o del suicidio consumado en adolescentes y jóvenes son los siguientes: a nivel clínico, el consumo abusivo de alcohol/drogas o la aparición de una depresión o de un brote psicótico; a nivel ambiental, un entorno familiar y social deteriorado, un desengaño amoroso (según el autor, las tormentas emocionales son más intensas en estas edades), una orientación sexual no asumida, el fracaso escolar o universitario reiterado o el acoso o ciberacoso; y a nivel psicológico, la presencia de algunas características de personalidad, como impulsividad, baja autoestima, inestabilidad emocional o dependencia emocional extrema. Es decir, se trata mayormente de personas de carácter impulsivo y agresivo, con depresión, ansiedad u otro tipo de psicopatología, que, además, abusan del alcohol u otras drogas. Esto representa según este autor, el perfil general de los adolescentes y jóvenes que intentan quitarse la vida o de los que

acaban por hacerlo y, según nuestra apreciación, podría haber sido el perfil de muchos merideños y no merideños, residenciados en la entidad, que se vieron involucrados en hechos suicidas a lo largo de la segunda mitad del siglo XX.

Con esa realidad urbana, coexistió una realidad rural donde se conjugaron otro conjunto de factores de riesgo que es probable que también indujeran a muchos merideños al suicidio consumado. De las entrevistas realizadas a los profesionales se derivaron planteamientos que podrían explicar la notoria ocurrencia y frecuencia de suicidios en el ámbito rural de Mérida.

Los dos primeros factores aludidos fueron la personalidad y cultura del merideño, vinculados con la dificultad para expresar los sentimientos negativos. En general, se argumenta que los merideños son cerrados, introvertidos, tradicionalistas y que el machismo en los individuos masculinos tiene fuerte presencia. Para los psicólogos y psiquiatras consultados, la mayoría de estos rasgos se observan con mayor fuerza hacia las zonas rurales y plantean que todo lo anterior tiene que ver con el cómo las personas hacen frente a las situaciones negativas, por lo que es posible que la mayoría vuelquen hacia adentro esas situaciones. Agregan que, si estas últimas no pueden ser manejadas a través de una comunicación asertiva, lo interiorizan, y comienzan los pensamientos negativos que viene a ser un factor de riesgo de suicidio. Otro factor que está presente en el ámbito rural es la endogamia, la cual, según los profesionales entrevistados, puede tener alguna relación con la aparición de casos de trastornos mentales, por lo que la esquizofrenia o el trastorno bipolar, pueden ser heredados a los descendientes. Asimismo, algunos de los entrevistados señalan que en experiencias de campo, observaron un importante número de individuos (sobre todo niños) que padecen trastornos mentales como el autismo y déficit intelectual (que son trastornos del neurodesarrollo) que a futuro pudiesen generar conductas suicidas.

A todo lo anterior se le agrega la aparente frecuencia con que se presenta la depresión también como trastorno mental. Diversas investigaciones desarrolladas en diferentes países del mundo (Canadá, China, Costa Rica, EE.UU., España, Irán, México, Paraguay, entre otros) han logrado establecer la posible relación entre distintos trastornos mentales, la intoxicación por agroquímicos (empleados en las zonas rurales de Mérida especializadas en agricultura vegetal) y la exposición prolongada (durante años) a los mismos, entre estos estudios se encuentran Beseler *et al.* (2008); Benítez (2012); Beard *et al.* (2014); Beseler y Stallones (2016). Otras han logrado revelar la aparente correlación existente entre el uso de agroquímicos, la aparición frecuente de trastornos mentales, ideación suicida y la ocurrencia de suicidios; algunos ejemplos son: London *et al.* (2005); Parrón *et al.* (2006); Wesselin *et al.* (2010); Freire y Koifman (2013).

A la lista de factores se agregan, por un lado, el consumo de alcohol como sustancia psicoactiva que guarda relación con muchos casos de intentos de suicidio o de suicidio consumado, y que según lo indagado tiene fuerte presencia en las zonas rurales de la entidad, y por el otro, el uso de agroquímicos como método de suicidio a través de su ingesta. No es de extrañar con todo lo argumentado, que durante muchos años (1970-2014) en el ámbito rural de Mérida haya estado presente (y también en la actualidad) esta realidad no diagnosticada, la cual se conjugó durante muchos años con aquella realidad urbana antes descrita. Importante es no dejar de mencionar casos de suicidio de personas de diferentes edades que acontecieron por móviles como: embriaguez consuetudinaria, enfermedad terminal, condena penal, situación de pobreza extrema, muerte de un familiar, problemas familiares o sentimentales, quiebra de negocio, haber cometido previamente un homicidio, entre otros. Ahora bien, la crisis humanitaria en la que se ha visto sumergida Venezuela en los últimos años (2014-

hasta nuestros días), contexto al que por supuesto no escapa el estado Mérida, es lo que podría explicar el incremento de la tasa de suicidios en la entidad.

Dimensionar el impacto que ha sembrado esta situación negativa en el plano social ha sido posible gracias a la disponibilidad de información sobre las condiciones de vida de la población venezolana proveniente del proyecto ENCOVI (surgido en el año 2014, de una alianza con investigadores de las universidades Católica Andrés Bello [UCAB], Central de Venezuela [UCV] y Simón Bolívar [USB]. Hasta la fecha, se han levantado seis encuestas a escala nacional para investigar las condiciones de vida de la población venezolana). Entonces, es probable que la frecuencia de suicidios haya aumentado ante la realidad que vive la sociedad venezolana en la actualidad, puesto que, según la OMS (2016), los problemas mentales, el sufrimiento emocional intenso y la desesperanza son comunes en las crisis humanitarias y estos problemas pueden llevar al suicidio o a la autolesión.

Nuestra hipótesis se sustenta en que el agravamiento de la crisis en Venezuela, y desde luego en Mérida, ha sido el detonante de sentimientos y pensamientos negativos, y de cuadros de depresión, ansiedad e impulsividad, que ha llevado a muchos venezolanos a tomar la lamentable decisión de quitarse la vida. Esta crisis ha estado caracterizada por inseguridad alimentaria en la población, aumento de la inflación, subempleo, deterioro de las condiciones laborales, entre otras desmejoras económicas, incremento de la inseguridad ciudadana y la violencia, ascenso de las tasas de mortalidad infantil y mortalidad en general, deterioro profundo de la salud de las personas y del sistema de salud pública, pobreza creciente, deficiencia en la cobertura y calidad de los servicios públicos, migración forzada hacia el exterior, entre otras facetas, las cuales han sido estudiadas a detalle por distintos investigadores (Freitez *et. al.*, 2015; UCAB, 2016; Freitez, 2017;

Freitez, 2018; entre otros trabajos realizados durante 2015-2019 donde se ha abordado la crisis).

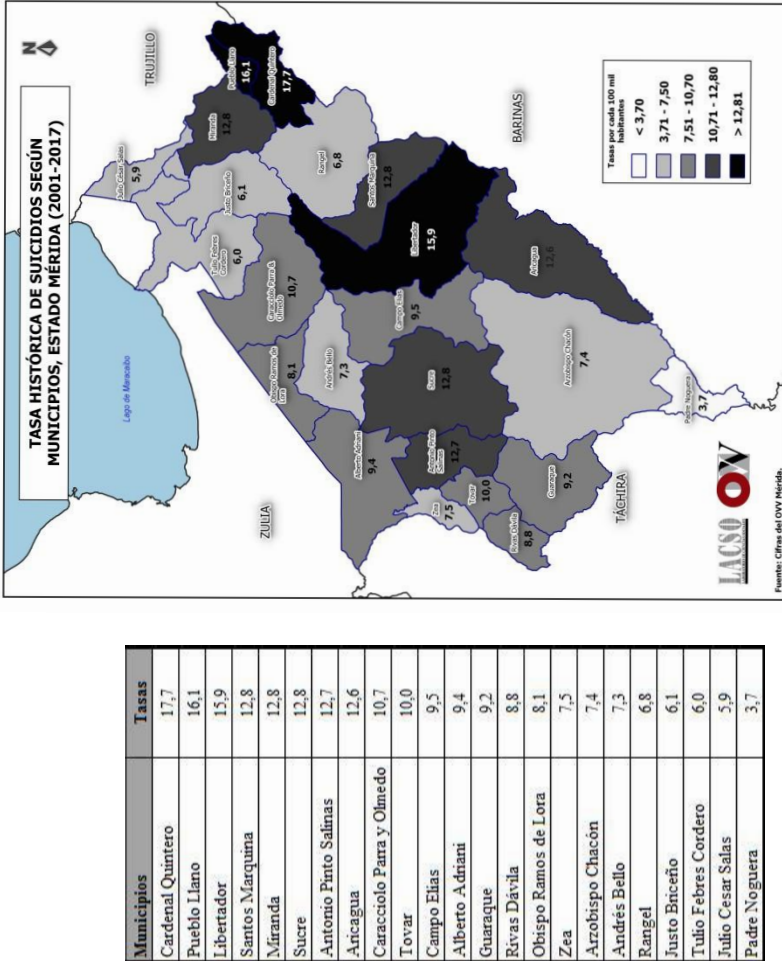
En opinión de los profesionales entrevistados, es probable que la tasa de suicidios se haya incrementado en el estado Mérida correlacionando esta escalada con la innegable adversidad que atraviesa el país. Para ellos, situaciones individuales y familiares, en ausencia palpable y contundente de factores de protección, se conjugan con una situación que funge como principal detonante del aumento de casos de suicidios en Mérida y en el territorio nacional. Son de la idea que la crisis venezolana se ha convertido en una angustia y desesperación para muchos y ha llevado a que se incrementen los actos suicidas asociados, sobre todo, a padecimientos de depresión y ansiedad, así como la aparición, cada vez más habitual, de comportamientos impulsivos relacionados con eventos traumáticos, que probablemente también han llevado a muchos al suicidio. Numerosas investigaciones han demostrado la fuerte conexión existente entre el suicidio y los trastornos mentales como la depresión, ansiedad, bipolaridad, esquizofrenia, en por lo menos el 80% de los casos de muertes autoinfligidas (p. ej., Bertolote y Fleischmann, 2002; Echeburúa 2015). De hecho, dentro de una muestra de 216 casos cuyos móviles fueron conocidos (2014-2018), empleando como fuente de información medios de comunicación de la entidad, la depresión fue el principal móvil o causa presunta de muertes por suicidio. Esta pasó de un peso relativo de 34,1 en 2014, a 58,8% en 2016. Luego, aun cuando descendió un poco su importancia relativa, se mantuvo por sobre el 56% en 2017 y 2018.

Patrones espaciales según municipios (2001-2017)

Los patrones espaciales muestran los mayores valores de IRHS en los municipios más poblados de la entidad: Libertador, Alberto Adriani, Campo Elías, Sucre y Tovar. En conjunto, concentran el 66% de la población total del estado y el 73% del total de los suicidios ocurridos entre 2001-2017 en la entidad andina, todos de carácter urbano. En lo que concierne a la THS (figura 4), los cinco municipios que poseen los valores más elevados son Cardenal Quintero (17,7 suicidios 100 m/h), Pueblo Llano (16,1), Libertador (15,9), Santos Marquina (12,8) y Miranda (12,8), los dos primeros y el quinto, rurales y, el tercero y cuarto, urbanos; mientras que la tasa de suicidios según ámbito geográfico de residencia (urbano y rural), denotó que las áreas urbanas poseen el valor más elevado.

En ese sentido, en el ámbito rural la cifra resultante fue de 10,6 suicidios 100 m/h, mientras que para el urbano fue de 11,8; como se aprecia, el indicador en la ciudad es superior al del campo. Si se toman en cuenta las tasas históricas de suicidio estimadas (2001-2017) por regiones geográficas en las que tradicionalmente se ha clasificado el estado Mérida, se logra identificar otro patrón espacial.

Figura 4
Patrones espaciales de la tasa histórica de suicidios según municipios del estado Mérida.



Fuente: cálculos propios con base a cifras de Corporación Salud Mérida (2019: 2001-2017) y proyecciones de población del INE

La región con la tasa más elevada resultó ser el Área Metropolitana de Mérida con 13,8 suicidios 100 m/h (municipios Libertador, Campo Elías, Sucre y Santos Marquina). Luego, le sigue en importancia el Páramo (12,3; Cardenal Quintero, Pueblo Llano, Miranda y Rangel), Mocotíes (10,1; Tovar, Antonio Pinto Salinas, Rivas Dávila y Zea), Panamericana (8,6; Alberto Adriani, Obispo Ramos de Lora, Andrés Bello, Tulio Febres Cordero, Caracciolo Parra y Olmedo, Justo Briceño y Julio César Salas) y en último lugar los Pueblos del Sur (8,3; Guaraque, Arzobispo Chacón, Aricagua y Padre Noguera). Estos resultados son muy concordantes con lo señalado en párrafos precedentes sobre la realidad particular que ha existido en el estado Mérida, argumento que se plantea en este trabajo como base de sustento explicativa del por qué esta entidad por muchos años ha sido el territorio con la tasa de suicidios más elevada del país. Esa realidad ya descrita se refleja en el espacio geográfico a través de las cifras alcanzadas en el Área Metropolitana de Mérida (urbana) y en la zona del Páramo (rural), dos regiones epicentro de ocurrencia y frecuencia de suicidios en este contexto regional y que exhiben las mayores tasas de suicidios del estado y quizás de Venezuela.

Conclusiones

Los resultados cuali-cuantitativos revelan que el estado Mérida sí muestra una singularidad en la ocurrencia y frecuencia de suicidios, hecho que hace que resalte sobre el resto de entidades federales. Esta especificidad fue producto de la coexistencia durante décadas de dos realidades bien diferenciadas, una urbana y otra rural, donde operaron y se conjugaron diversos factores de riesgo que llevaron lamentablemente a muchos individuos al suicidio. A pesar de ello, no siempre Mérida ha sido el territorio con la tasa de suicidios más elevada de Venezuela. Es en la década

de los años 70 del pasado siglo XX que comienza a perfilarse como uno de los estados con la mayor tasa, afianzándose aún más esa tendencia hacia los 80 y 90; pero es a partir del año 2001 y hasta las últimas cifras oficiales conocidas (2014), cuando se posiciona de manera ininterrumpida en el primer lugar.

En tiempos recientes, 2015-2018, la ocurrencia y frecuencia de suicidios en la entidad andina ha mostrado una propensión al ascenso y somos de la opinión que ese comportamiento no es consecuencia de aquella singularidad que mantuvo durante muchos años, sino que eso puede representar una muestra de lo que viene aconteciendo en el resto del territorio nacional como consecuencia de la crisis humanitaria, a distintos ritmos de aumento y niveles numéricos de las tasas y dependiendo de las realidades específicas de cada región, pero siempre estas últimas enmarcadas dentro de aquel contexto de crisis. Sin embargo, resulta difícil saber a ciencia cierta, si Mérida en los últimos años se ha mantenido como el estado con la tasa de suicidios más elevada del país, pues no se cuenta con estadísticas actualizadas del resto de las entidades para poder establecer una comparación, como en efecto sí se hizo entre el período 1950-2014.

En definitiva, en Mérida durante el lapso 2015-2018 se han presentado valores de tasas de suicidio nunca antes vistos en los 80 años de registros estadísticos oficiales conocidos de esta causa de muerte para la entidad.

Referencias

Beard, J., Umbach, D., Hoppin, J., Richards, M., Alavanja, M., Blair, A., Sandler, D. y Kamelz, F. (2014). Pesticide exposure and depression among male private pesticide applicators in the agricultural health study. *Environmental Health Perspectives*, 122(9), 984-991. <https://n9.cl/slfu9>

- Benítez, S. (2012). *Plaguicidas y efectos sobre la salud humana: un estado del arte*. Paraguay. <https://n9.cl/k1t8pz>
- Bertolote, J. y Fleischmann, A. (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology*, 7(2), 6-8. <https://n9.cl/c3iae>
- Beseler, C. y Stallones, L. (2016). Structural equation modeling of the relationships between pesticide poisoning, depressive symptoms and safety behaviors among Colorado farm residents. *Journal of Agromedicine*, 11(3-4), 35-46. <https://n9.cl/2r05q>
- Beseler, C., Stallones, L., Hoppin, J., Alavanja, M., Blair, A., Keffe, T. & Kamel, F. (2008). Depression and pesticide exposures among private pesticide applicators enrolled in the Agricultural Health Study. *Environmental Health Perspectives*, 116(12), 1.713-1.719. <https://n9.cl/yemri>
- Corporación Merideña de Salud. (2019). *Base de datos de Mortalidad años 2001-2017*.
- Crespo, F. (2019). Aproximación descriptiva al fenómeno del suicidio en el estado de Mérida, Venezuela. *URVIO, Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad*, (24), 167-185. <https://n9.cl/lub9y>
- Cubillán, E. (2003). *Una metodología para identificar el adolescente en riesgo suicida*. [Trabajo realizado para optar al grado de Especialista en Psiquiatría, Unidad de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela].
- Díaz, G. (1999). *Suicidio en los adolescentes según distritos sanitarios del estado de Mérida. Años 1994-1998*. Universidad de Los Andes.
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 117-126. <https://n9.cl/ekssx>
- Freire, C. y Koifman, S. (2013). Pesticides, depression and suicide: a systematic review of the epidemiological evidence. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 216, 445-460. <https://n9.cl/iq0rt>

- Freitez, A. (2017). *Venezuela la caída sin fin ¿hasta cuándo? Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI 2016)*. Abediciones. <https://n9.cl/kp41n>
- Freitez, A. (2018). *Espejo de la crisis humanitaria venezolana. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI 2017)*. Abediciones. <https://n9.cl/kp41n>
- Freitez, A., González, M. y Zuñiga, G. (2015). *Una mirada a la situación social de la población venezolana. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI 2014)*. UCAB. <https://n9.cl/kp41n>
- García, C. (1974). *Suicidios e intentos de suicidios en Mérida*. [Trabajo para optar al título de Doctor en Ciencias Médicas, Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.].
- Guijarro, M. (1998). *Perfil psiquiátrico de pacientes adultos atendidos por suicidio en el hospital universitario de Los Andes*. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Postgrado en Psiquiatría.
- Instituto Nacional de Estadística. (2001-2011). *Censo general de población y vivienda*. <https://n9.cl/edutxa>
- Instituto Nacional de Estadística. (2013). *Proyecciones de población con base al censo 2011*. <https://n9.cl/iy6s3>
- London, L., Flisher, A., Wesseling, C., Mergler, D. & Kromhout, H. (2005). Suicide and exposure to organophosphate insecticides: Cause or effect?. *American Journal of Industrial Medicine*, 47(4), 308-321. <https://n9.cl/wm5cvk>
- Medina, I. (1999). *El suicidio a través de la ingestión de plaguicidas en el estado de Mérida, durante el período 1993-1998*. Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.
- Ministerio de Fomento. (1950-1971). *Censos generales de población y vivienda*.
- Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. (1961). *Mortalidad por suicidios y homicidios*. Dirección de Salud Pública del MSAS.
- Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. (1950-1996). *Anuarios de epidemiología y estadística vital*. Dirección General Sectorial de Epidemiología del MSAS.

- Ministerio del Poder Popular para la Salud. (1997-2014). *Anuarios de mortalidad*. Dirección General de Epidemiología del MPPS.
- Oficina Central de Estadística e Informática. (1981-1990). *Censos generales de población y vivienda*.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Prevención del suicidio un instrumento para docentes y demás personal institucional*. *Trastornos Mentales y Cerebrales*. <https://n9.cl/bs6e4>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio un imperativo global*. <https://n9.cl/nv2h7>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP). El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias*. <https://n9.cl/7b8xf>
- Páez, G. (2018). *Demografía: indicadores y principales métodos*. Editorial Académica Española, Madrid-España. <https://n9.cl/i7fcg>
- Parrón, T., Hernández, A. & Villanueva, E. (2006). Increased risk of suicide with exposure to pesticides in an intensive agricultural area. A 12-year retrospective study. *Forensic Science International*, 79(1), 53-63. <https://n9.cl/pkpd4>
- Peña, E. (1998). *El suicidio en el estado de Mérida con relación a la edad, sexo y el estado civil*. [Tesis, Universidad de Los Andes, Mérida-Venezuela].
- Quiroz, M. (1980). *Suicidios en el viaducto de Mérida*. [Tesis, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Mérida-Venezuela].
- Ramos, O. (2008). *Curso general sobre migraciones*. FACES-ULA, Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales (IIES).
- Román, V. y Abud, C. (2017). *Comunicación, infancia y adolescencia: Guías para periodistas. Suicidio*. UNICEF-Red Argentina de Periodismo Científico. <https://n9.cl/boelk>
- United Nations. (2019). *World Population Prospects 2019*. Department of Economic and Social Affairs. Population Division, Online Edition Rev. 1. <https://n9.cl/t5bvz>

- Universidad Católica Andrés Bello. (2016). Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI 2015). AB-UCAB ediciones. <https://n9.cl/kp41n>
- Wesselin, C., Wendel, B., Keifer, M., London, L., Mergler, D. Stallones, L. (2010). Symptoms of psychological distress and suicidal ideation among banana workers with a history of poisoning by organophosphate or n-methyl carbamate pesticides. *Occupational & Environmental Medicine*, 67(11), 778-784. <https://n9.cl/ms27b>

Caracterización de la mortalidad diferencial por suicidio en el estado Mérida [2001-2018]

Gustavo A. Páez S.

Introducción

Algunos estudios recientes han intentado aproximarse a comprender el comportamiento histórico y reciente de la mortalidad por suicidio en el estado Mérida (Crespo, 2019; Páez *et al.*, 2021a) mostrando que, en efecto, esta entidad andina exhibe una singularidad y especificidad en cuanto a la ocurrencia y frecuencia de esa causa de muerte.

En estas investigaciones se estimaron valores absolutos, porcentuales y tasas de muertes por suicidio dando a conocer el nivel numérico alcanzado por estos indicadores en la entidad. Además de ese enfoque, también es posible abordar la ocurrencia y frecuencia de estos fallecimientos por lesiones autoinfligidas desde el ángulo de diferentes variables, lo que se conoce como estudios de mortalidad diferencial, es decir, el estudio de la mortalidad entre diversos grupos poblacionales según ciertas características y condiciones socioeconómicas.

En este particular se emprendió la presente investigación con el objetivo de estudiar el comportamiento diferencial de la mortalidad por suicidio en Mérida según sexo, edad, método empleado, ocupación, profesión, estado civil, grado de instrucción, lugar de ocurrencia de la muerte y municipios de residencia de los fallecidos. Para ello, se utilizó la información más actualizada proveniente de la base de datos de mortalidad de la Corporación

de Salud del estado Mérida (Corposalud Mérida), período 2001-2018, y se adoptó como criterio considerar solo los casos de suicidios por lugar de residencia del fallecido¹¹, puesto que la gran mayoría de estos decesos acontecen en la entidad de residencia de los percidos (más del 95%). En otras palabras, personas que se suicidaron en Mérida cuya residencia habitual se ubicaba en la entidad.

Antes de iniciar el abordaje de la mortalidad diferencial por suicidios, se estimaron para Mérida las tasas por esta causa de muerte, tanto para el período estudiado como para cada año, con el propósito de visualizar su comportamiento temporal. En el cálculo, las muertes por suicidio se corrigieron empleando el procedimiento de porcentaje diferencial según método de suicidio (Páez *et al.*, 2021b), esto debido al subregistro detectado en la base de datos en relación a esta causa de muerte violenta, el cual es más significativo a partir de 2014.

Debido a que en Venezuela no existen estimaciones y proyecciones de población actualizadas y ajustadas a los cambios demográficos experimentados en los últimos 10 años (2014-2024) por la sociedad venezolana, no se tuvo otra opción que recurrir a las últimas estimaciones y proyecciones hechas por el Instituto Nacional de Estadística (INE), elaboradas con base en el último censo general de población y vivienda levantado en el país, en el 2011(INE, 2013). Esto lleva a advertir al lector, que las tasas estimadas en esta investigación deben tomarse como resultados conservadores y aproximados a la realidad, ya que es muy probable que sean más elevadas puesto que mientras el numerador -las muertes por suicidio- aumentó, el denominador con el que se estiman disminuyó: la población. Específicamente

¹¹ Se tomaron en cuenta las muertes registradas en las categorías X60-X84 según la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las que se refieren a los decesos por lesiones autoinfligidas.

durante el período 2014-2018, la población de Venezuela y la de todas sus entidades federales, se ha visto afectada (descenso numérico), en primer lugar, por el flujo migratorio hacia el extranjero sucedido en todo el país y de magnitudes nunca antes vistas, sobre todo entre 2014-2018 y que persiste, aunque en menor magnitud, hasta nuestros días (Plataforma Regional de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela [R4V], s.f.; Observatorio Venezolano de migraciones [OVM], s.f.). En segundo, por el incremento de la mortalidad, aspecto que ha sido estudiado por diversos investigadores (Correa, 2017, 2018; Páez, 2018, 2019, 2023; solo por citar algunos ejemplos) y, en tercer lugar, por la continua caída de la fecundidad, descenso que ya se venía dando en el país, y en todas las entidades a diferentes ritmos, desde aproximadamente mediados de los años 60 del siglo XX (Bolívar, 2008).

Algunas consideraciones sobre la calidad de la información utilizada

De la revisión y procesamiento de la base de datos aludida, se identificaron un total de 1.296 casos comprobados de muertes por suicidio acontecidas durante el lapso analizado (2001-2018). De esa globalidad, 1.237 -es decir, 95,4%-, se trataron de personas que cometieron el hecho en Mérida, las cuales tenían su residencia habitual en algún municipio y sector de la entidad. El restante 5,6%, fueron individuos que se quitaron la vida en Mérida pero que su residencia habitual se ubicaba en otras entidades federales del país (Barinas, Táchira, Trujillo, Zulia, entre otras). No obstante, es necesario advertir que también se identificaron 1.286 Muertes de Intención No Determinada (MIND)¹² y que existe una clara tendencia al aumento de estas muertes desde el año 2012, tal y

¹² Se tomaron en cuenta las muertes registradas en las categorías Y10-Y34 según la CIE-10 de la OMS.

como se expresó en varios apartados precedentes. Las MIND son decesos que se encuentran en investigación debido a que se desconoce la verdadera causa de muerte y su intencionalidad, por lo que no pueden ser clasificadas como homicidios, suicidios, accidentes o bajo otra categoría de causa de muerte. Se trata de eventos donde la información disponible es insuficiente para que la autoridad médica o legal pueda distinguir entre accidente, lesión autoinfligida o agresión.

En la medida que las MIND se incrementen, en esa medida se van a subestimar los valores absolutos, porcentuales y las tasas de muertes por suicidio que se cuantifiquen. Es bueno recordar, que el problema del aumento de los registros de MIND, es que quedan “ocultos” un número dado de probables suicidios, ocasionando que los indicadores numéricos que se estimen no reflejen realmente la verdadera dimensión del problema.

Esta realidad no solo ha sido observada en Mérida sino también a escala nacional, propensión que sale a relucir al procesar información oficial que se ha hecho pública por medio de los Anuarios de Mortalidad que edita y publica el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS, 1995-2016). En 1995 se registraron en el país 2.780 MIND, mientras que en 2016 (último Anuario de Mortalidad conocido y publicado en enero de 2021) se registraron 10.585. Eso significa un incremento por el orden de 281% entre 1995-2016, mientras que, en Mérida, entre 2012-2018 - años donde se aprecia un incremento importante- resulta ser de 964%.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) las muertes por suicidio constituyen una causa de fallecimiento que presenta subregistros importantes en la mayoría de las naciones del mundo. Un poco más del 60% de los países miembros de esta organización (183 en total) cuentan con datos de alta calidad.

Esta Organización también agrega que, por ser el suicidio un tema sensible y tabú en muchas sociedades (y estigmatizado), en diversos países del mundo un buen número de casos no se reportan como muertes autoinfligidas. Señala, además, que es probable que haya más problemas de subregistro y mala clasificación en los casos de suicidio que en la mayor parte de las demás causas de muerte. Afirma que las defunciones por suicidio suelen ser mal clasificadas según los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) de la OMS, como “de intención no determinada” - aspecto que refuerza lo mencionado con anterioridad sobre el incremento de las MIND en Mérida y en el país- o también como “accidentes”, “homicidios” o “de causa desconocida”.

Otro aspecto a tomar en consideración -y que se relaciona con la calidad de la data empleada en esta investigación- es el hecho de que se detectaron dos casos de “muertes por suicidio” en niños. Uno se trató de un infante de un año de edad, registrado en 2010, mientras que el otro fue el de una niña de 3 meses de nacida registrado en 2018. Es probable que el registro de estas muertes como “suicidios” se deba a errores en el registro y/o la clasificación de las defunciones y no a la existencia de verdaderos suicidios en este grupo de edad. Afortunadamente, solo se trató de dos casos y estos, por razones obvias, fueron descartados.

Un último elemento a relucir, se refiere a la cantidad importante de celdas en la base de datos en donde no existe información de las variables y/o características de los fallecidos, lo que determina el mayor (o menor) nivel de cobertura en las variables. Mientras más casos cuenten con la información de la variable que se esté procesando, más acertado y próximo será el resultado y análisis de la realidad imperante.

Al estimar las diferentes coberturas porcentuales de las variables consideradas en la investigación, es notorio que la información concerniente al sexo, la edad y al municipio de

residencia del fallecido, son las variables que exhiben la mejor y máxima cobertura (100%). Es decir, todos los casos contaban con esa información en la base de datos. Luego, le sigue, con valores muy altos, el método empleado para quitarse la vida (99,4%), el lugar donde aconteció la muerte (96%) y el estado civil (94,9%). Entre los aspectos con menos cobertura se encuentran el último grado de instrucción alcanzado (73,6%) y la ocupación (77%), a pesar de ello, presentan valores altos que pueden ser considerados representativos del comportamiento encontrado en estos dos aspectos.

Los resultados

Tasas de muertes por suicidio: no corregidas versus corregidas

Una tasa es un indicador demográfico que se refiere a un cociente que relaciona una cantidad de una variable ubicada en el numerador (en este caso las muertes por suicidio) entre otra variable ubicada en el denominador (en este caso se refiere a la población total o a una subpoblación de hombres o mujeres, según un grupo de edad, etc, dependiendo del caso) (Páez, 2013; Demopedia, s.f.). Por convención internacional, el resultado de aquella relación por cociente entre esas dos variables (o división entre esas dos variables) se multiplica por un número que es una constante. En el caso particular de las tasas de muertes por suicidio se multiplica por 100 mil. Entonces, el resultado arrojado una vez que se estime la tasa, se interpreta como el número de muertes por suicidio que acontecieron en un año y territorio dado, por cada 100 mil habitantes que para ese momento (año o período) tenía ese espacio territorial para el cual se estimó el indicador. En la medida que el valor resultante sea más elevado y se aleje de cero (0), la frecuencia de las muertes por suicidio es mayor por cada 100 mil habitantes y viceversa.

Dicho esto, para el lapso estudiado (2001-2018), se estimaron las tasas de mortalidad por suicidio año a año para visualizar su comportamiento temporal y, además, la tasa histórica de la entidad para todo el período considerado.

En un estudio anterior desarrollado por el OVV Mérida entre 2019-2020, al cual fue dedicado el apartado anterior de este libro, se estimaron las tasas para el lapso 2001-2017, tomando de igual modo la misma base de datos de Corposalud Mérida y considerando las muertes por suicidio según lugar de ocurrencia del hecho. De allí que los resultados que se exhiben en el presente escrito, muestran diferencias en relación a aquel primer estudio. Esto debido a que, en este caso y tal y como ya se mencionó en la introducción, se tomaron en cuenta las muertes por lugar de residencia del fallecido, además, el período ahora suma un año más de registro (2018), elementos que llevaron a refinar aún más los resultados derivados.

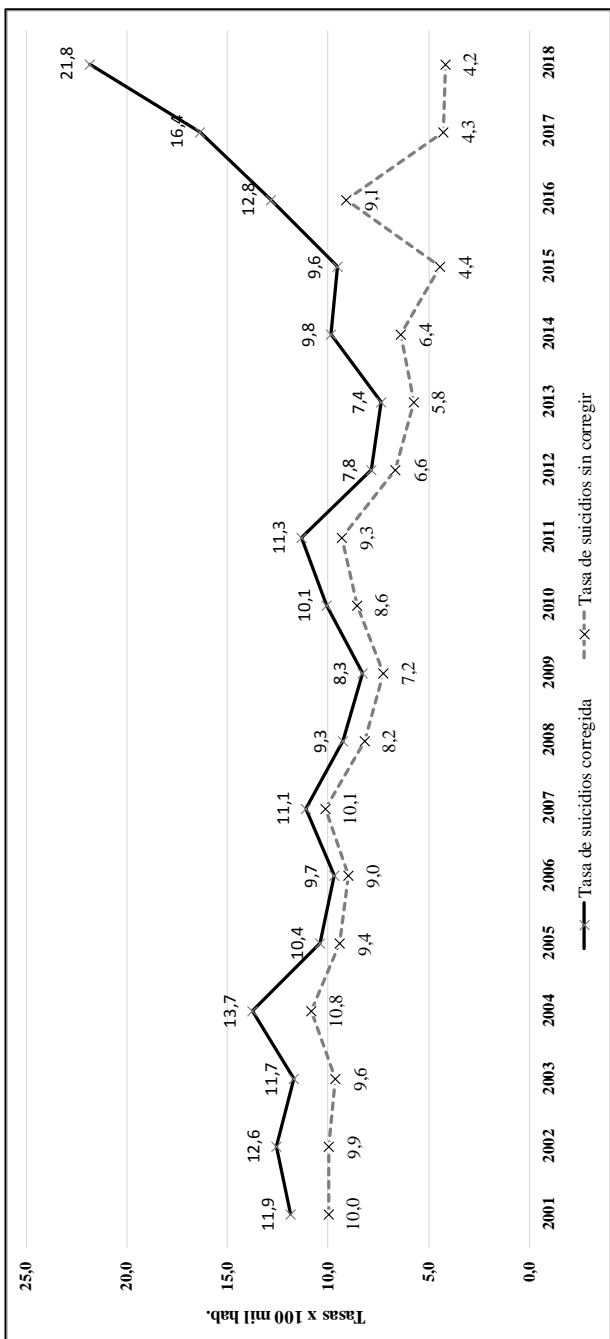
En la figura 1 se muestran los resultados obtenidos. Entre el 2001 y 2013, tanto las tasas estimadas no corregidas como las corregidas exhiben un comportamiento fluctuante y, en general, ambas curvas muestran sinuosidades muy similares, donde la diferencia numérica entre tasas no es tan significativa como resultado de los relativos bajos números de MIND que se registraron en esa época. Dicha propensión cambia de manera radical después de 2013, donde es muy notorio que el área entre curvas es mucho mayor y que la forma y tendencia que adquiere cada una es muy distinta. Estos cambios justo ocurren cuando, después de 2012 en adelante, las MIND comienzan su ascenso, tal y como ya se describió en el apartado anterior de algunas consideraciones sobre la calidad de la información utilizada (ver figura 1).

La tasa de Mérida osciló, durante 2001-2013, entre 7,4 muertes por suicidio por cada 100 mil habitantes (valor más bajo estimado correspondiente al año 2013) y 13,7 (valor más elevado estimado correspondiente al año 2004), mientras que durante el lapso 2013-2018, pasó de 13,7 (2013) a 21,8 (2018), lo que marca un incremento de 59,1%. Por su parte, la tasa histórica promedio de Mérida resultó ser de 11,5 muertes por suicidio por cada 100 mil habitantes (2001-2018).

Esa misma tendencia de aumento se puede detectar al procesar las cifras de los últimos Anuarios de Mortalidad (2013-2016) publicados por el MPPS. Mérida, en 2013, alcanzó una tasa de 5,3, mientras que en 2016 ya había ascendido a 9,5, lo que marca un incremento de 80%. Para ese mismo período, pero tomando en cuenta las cifras de Corposalud Mérida, el aumento fue más o menos similar (74%).

Se contabilizó un total de 1.235 casos comprobados de muertes por suicidio. El subregistro estimado para todo el período está por el orden de 48%, lo que equivale a 593 casos de presuntas y potenciales muertes por suicidio que quedaron “ocultas” en las MIND. Esto arroja un total estimado de 1.828 muertes por suicidio que ocurrieron entre 2001-2018. En tan solo los últimos 3 años (2016-2018) sucedieron 28,2% de los decesos de aquella globalidad estimada.

Figura 1
Comportamiento temporal de la tasa de suicidios corregida y no corregida, estado Mérida



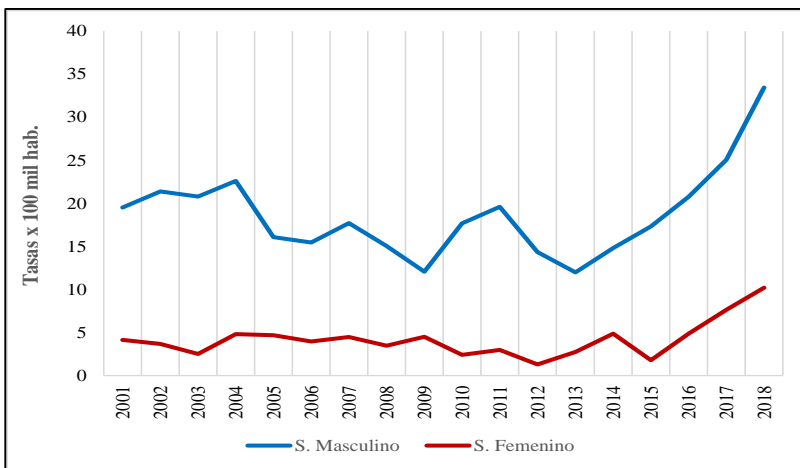
Fuente: cálculos propios con base en cifras de Corporasalud Mérida 2001-2018 y del INE 2013

El rostro masculino de las muertes por suicidio

El sexo masculino exhibe los porcentajes más elevados de muertes por suicidio en relación al femenino. Durante el lapso abordado (2001-2018), de la totalidad de casos registrados, 81,7% de las personas que se quitaron la vida eran hombres, mientras que las mujeres concentraron 18,3%. No obstante, los resultados en esta variable permiten decir que las mujeres vienen experimentando un aumento en el crecimiento relativo porcentual de sus cifras absolutas (308%), el cual es superior al de los hombres (206%), sobre todo entre 2013-2018. La misma tendencia se aprecia al detallar las tasas de muertes por suicidio según sexo con 272% y 179%, respectivamente (figura 2). Adicionalmente, hay que destacar que las tasas del sexo masculino (18,8 muertes por suicidio de hombres por cada 100 mil habitantes del mismo sexo) son 4,4 veces la de las mujeres (4,2 muertes por suicidio de mujeres por cada 100 mil habitantes del mismo sexo).

Figura 2

Comportamiento temporal de la tasa de muertes por suicidio según sexo, estado Mérida



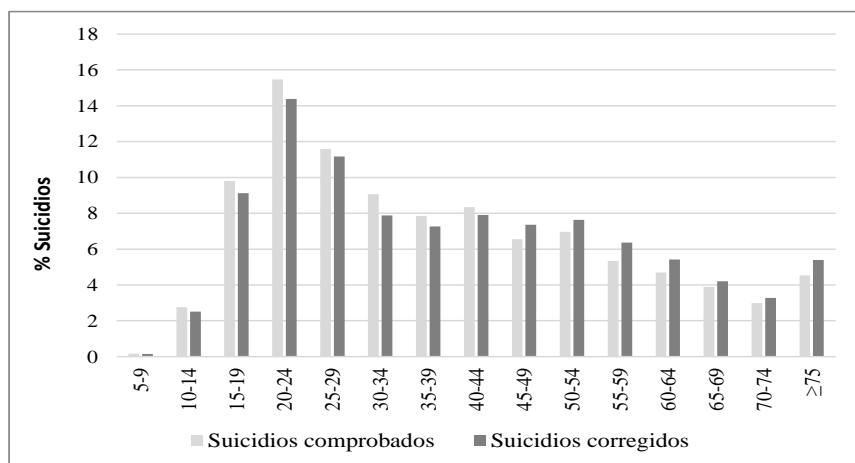
Fuente: cálculos propios con base en cifras de Corposalud Mérida 2001-2018 y del INE 2013

Las edades de mayor ocurrencia y frecuencia

Las cifras porcentuales estimadas dan cuenta que para el período estudiado las personas de 15 a 29 años exhiben los mayores valores. Este grupo poblacional concentra 34,7% del total de casos registrados (figura 3). Desde otro ángulo, al agrupar a la población en los tres grandes grupos de edad en los que se suelen clasificar internacionalmente a la población, se obtuvo que los jóvenes (0-14 años) solo aglutinan 2,7%, mientras que los adultos (15-64 años) 84,5% y los adultos mayores (65 años y más) 12,9%. Sin embargo, al virar la mirada hacia las tasas de estos tres grandes grupos, se identifica una clara tendencia de aumento hacia la tercera edad, es decir, 1,0 (muertes por suicidio de jóvenes por cada 100 mil habitantes de ese grupo poblacional); 15,1 (muertes por suicidio de adultos por cada 100 mil habitantes de ese grupo poblacional) y 24,3 (muertes por suicidio de adultos mayores por cada 100 mil habitantes de ese grupo poblacional).

Figura 3

Porcentaje de muertes por suicidio según grupos quinquenales de edad, estado Mérida



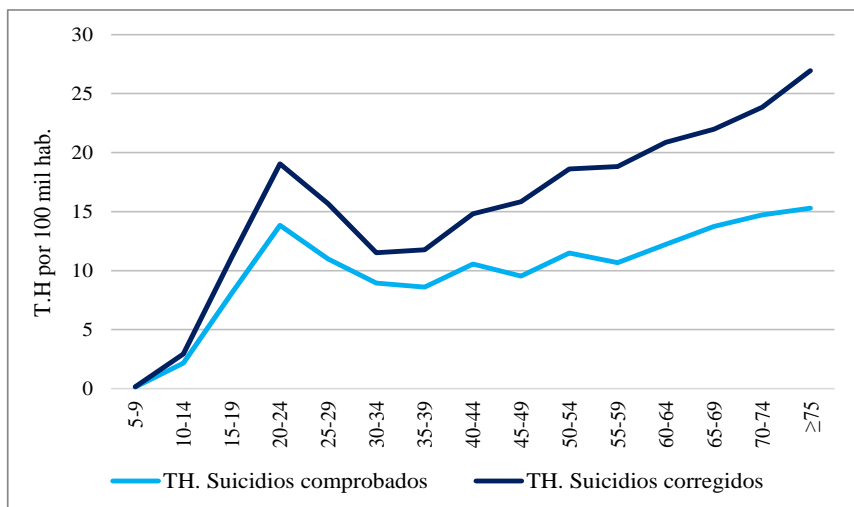
Fuente: cálculos propios con base en cifras de Corposalud Mérida 2001-2018 y del INE 2013

De forma más específica, en las tasas de muertes por suicidio según grupos quinquenales de edad, se identificó una cúspide entre los 20-24 años, luego, la curva desciende hasta el conjunto 30-34 para después ascender de forma progresiva hacia las edades avanzadas y, a partir de los 60 años en adelante, los valores de las tasas en estas edades superan a los del grupo 20-24 (figura 4).

Al detallar gráficamente la evolución de las tasas en cada grupo quinquenal, durante todo el período, también se detectó una propensión al descenso en las curvas de los grupos etarios 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34 y 35-39; mientras que todo lo contrario ocurrió en los grupos de adultos (40-44, 45-49, 50-54, 55-59 y 60-64) y en los de la tercera edad (65 años y más), donde la propensión fue al ascenso en ambos grandes grupos poblacionales, en términos generales, a partir del año 2010.

Figura 4

Tasa de muertes por suicidio según grupos quinquenales de edad, estado Mérida

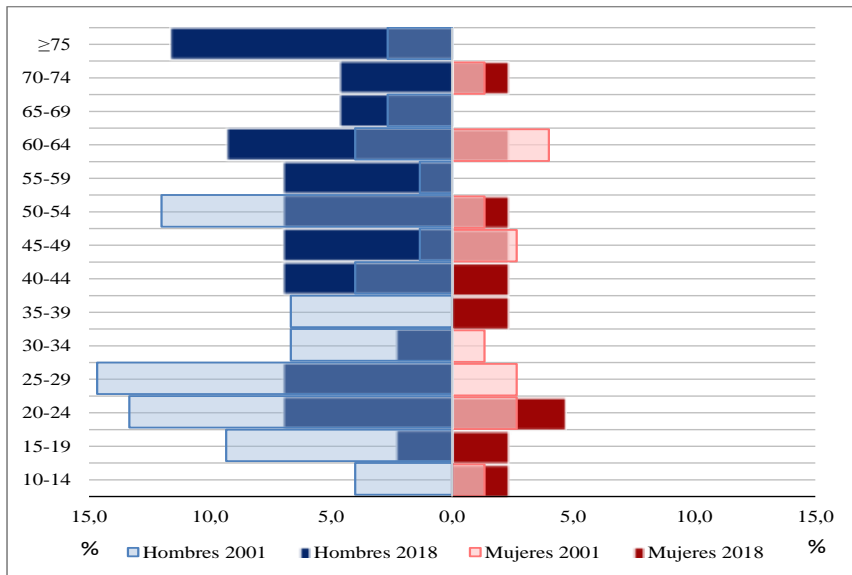


Fuente: cálculos propios con base en cifras de Corposalud Mérida 2001-2018 y del INE 2013

Se estableció el cruce del sexo con la edad, donde los hombres, en casi todos los grupos etarios -a excepción de los conjuntos 5-9 y 10-14- exhiben valores superiores a los de las mujeres, tanto en las cifras porcentuales como en las tasas. También se realizó la superposición de la pirámide de muertes por suicidio de 2001 y 2018, para efectos de detectar cambios en el tiempo (figura 5). En efecto, y en términos generales, salta a la vista que el peso porcentual de los decesos de los hombres disminuyó en individuos de menos de 40 años, pero aumentaron los porcentajes de los de 40 en adelante, a excepción del grupo 50-54 años. En el caso de las mujeres, lo que más resalta es el hecho que aumentaron las cifras entre los grupos de 10 a 24, 35 a 54 y 70 a 74 años.

Figura 5

Pirámide de mortalidad por suicidios, estado Mérida



Fuente: cálculos propios con base en cifras de Corposalud Mérida 2001-2018 y del INE 2013

Diferencias según método empleado

El método más empleado es uno de los más letales, el ahorcamiento, en 60,2% de los casos donde se conoció esta variable (1.229 en total). Le continúa el envenenamiento (26,8%), el empleo de armas de fuego (7,6%) y saltar de un lugar elevado (3,3%). El restante porcentaje (2,1%) se distribuye entre los siguientes métodos: objetos cortantes, romos o sin filo; ahogamiento y sumersión; material explosivo; arrojar o ponerse delante de un objeto en movimiento y colisión de vehículo de motor.

Hay que destacar que, en cuanto al método de envenenamiento, las personas hacen uso con mucha frecuencia de plaguicidas utilizados en la agricultura, para quitarse la vida. En relación a saltar de un lugar elevado, los viaductos ubicados en el municipio Libertador (viaducto Campo Elías [hasta 2004 que fue cercado], Sucre y Miranda) son los lugares donde más se han registrado muertes por suicidio por este método, a lo que se le suma el puente sobre el río Chama localizado en el municipio Alberto Adriani.

Agricultores y estudiantes: ocupaciones de mayor riesgo

Dentro de los registros de las ocupaciones, se encontró que los individuos vinculados a la actividad agrícola y pecuaria en diferentes formas (productores, trabajadores calificados y no calificados, y en situación de subsistencia) mostraron el mayor valor. Es decir, el 34,7% de las personas que fallecieron por suicidio laboraban en algún tipo de actividad agropecuaria. Esto dentro de una totalidad de 952 casos donde se conoció esta variable. Le siguen los estudiantes con 24,6% y después, alejados, los empleados en tiendas y comercios con 9,9%. Estas tres ocupaciones concentran 69,2% del total de casos.

Los conductores de camiones y autobuses; obreros y trabajadores de la construcción; vendedores y comerciantes; amas de casa; y mecánicos, aglutinan en conjunto 20,0%. El restante 10,8% se distribuye en una variada gama de ocupaciones.

Un resultado que llamó la atención, es que, a partir de 2010, se observa una disminución de la ocurrencia de casos en los estudiantes. De igual modo, se identificó una tendencia similar en los productores agropecuarios, pero a partir de 2015, ocurrió todo lo contrario en otras ocupaciones relacionadas con las actividades agropecuarias, donde aumentaron los casos registrados entre 2015-2018.

Otra tendencia que llamó fuertemente la atención es que, a partir del año 2016, se aprecia una clara tendencia a figurar una mayor cantidad de muertes por suicidio asociadas a una mayor variedad de ocupaciones en comparación con todos los años anteriores del lapso estudiado (2001-2015).

Más en detalle, y en relación con los estudiantes, se obtuvo que 34% (de 248 casos donde se tuvo información) eran adolescentes al momento de su fallecimiento con estudios de básica o media diversificada culminados. Por otro lado, un 40% había alcanzado el nivel de media diversificada, lo que podría permitir inferir que es probable que un número dado fueran estudiantes universitarios al momento de su muerte. Otro dato resaltante es que 72,6% de los estudiantes que se suicidaron, tenían menos de 30 años, en otras palabras, se trataba de adolescentes y jóvenes que se encontraban estudiando o que habían alcanzado aprobar el nivel educativo de básica, media diversificada o superior, dependiente del caso.

En cuanto a los ocupados en las actividades agrícolas y pecuarias, el 50% (de 306 que tenían información) de los suicidios de personas vinculadas a estas labores residían en zonas rurales de la entidad. La edad promedio es de 41 años.

Solteros: los más expuestos

En la situación conyugal los solteros dominan ampliamente las cifras. El 70,9% de los 1.166 casos donde se obtuvo información de este aspecto, eran personas solteras al momento de su fallecimiento. Le continúan muy alejados los casados (19,9%), unidos (3,0%), viudos (2,7%), divorciados (2,5%) y con el menor valor los separados (1,0%).

Al establecer el cruce entre la edad y la situación conyugal, se encontró que 46,0% de los casos son adultos de 30 a 64 años, y le siguen los jóvenes (18-24) y los adultos-jóvenes (25-29) con 37,7% en conjunto. Los adolescentes y jóvenes con los adultos-jóvenes, suman en total 47,9%. De allí que la edad media de las personas fallecidas ronde los 35,4 años.

A mayor grado de instrucción educativa menos riesgo

En la medida que incrementa el nivel educativo alcanzado, las muertes por suicidio pierden peso porcentual. De una totalidad de 1.347 casos de muertes por suicidio donde se conoció esta variable, 62,3% de las personas que se quitaron la vida solo habían culminado el nivel de básica. Luego, ese valor baja hasta menos de la mitad en los individuos que tenían alcanzado el nivel de media diversificada (30,2%) y los que habían logrado obtener un título universitario solo representan 7,5%.

Lo que se observa en esta variable es una relación inversamente proporcional entre el grado de instrucción alcanzado y la ocurrencia de muertes por suicidio en la entidad. Pareciera ser que, a mayor grado de instrucción de las personas, menos vulnerabilidad frente a los comportamientos suicidas.

Residencia habitual: el lugar donde acontece la mayor parte de muertes por suicidio

Tal y como era de esperarse, el lugar donde acontecen la mayoría de las conductas suicidas con un desenlace mortal, resultó ser la vivienda de residencia de las personas con 63,5% de los 1.187 casos que contaron con información al respecto. No obstante, hay que acotar que es muy probable que un buen número de casos donde las personas fallecieron en hospitales o en clínicas, el acto de quitarse la vida haya ocurrido en sus respectivas viviendas, solo que la muerte sucedió en algún centro de salud a las pocas horas, días o semanas del suceso. Los hospitales se ubican en el segundo lugar con 19,3% de los hechos, le siguen los acontecidos en vías públicas (11,6%), en sitios de trabajo (3,7%), en clínicas (0,6%), en vías fluviales (0,2%) y otros lugares no especificados (1,1%)

Patrones espacio-territoriales de las muertes por suicidio

Los municipios que mostraron los mayores valores en sus tasas fueron Cardenal Quintero (19,1 muertes por suicidio por cada 100 mil habitantes), Pueblo Llano (17,2) y Antonio Pinto Salinas (15,8) (tabla 1), todos rurales. Estos tres territorios en conjunto con otros 10 más -7 rurales y 3 urbanos- superan la tasa histórica promedio del estado (11,5). En la tabla 1 se exhibe de mayor a menor las tasas de los municipios y en el mapa 1 su distribución espacial.

Al agrupar los municipios según ámbitos geográficos, los rurales cuentan con una tasa de 13,0, mientras que en los urbanos es inferior y alcanza las 10,9 muertes por cada 100 mil habitantes, a pesar que en los primeros solo acontecieron 20,1% del total de muertes por suicidio del período (1.828) y aglutinan apenas el

17,3% de la población total estimada de Mérida (2001-2018, población promedio 881.737 habitantes).

Es costumbre en el estado Mérida agrupar a sus 23 municipios en cinco grandes regiones¹³. En ese sentido, al estimar las tasas, se obtuvo que el ámbito rural del Páramo cuenta con la tasa histórica más elevada (13,6 muertes por suicidio por cada 100 mil habitantes de la región). En segundo lugar, resalta la zona del Mocotíes (12,7), que a excepción del municipio Tovar, es otro territorio que cuenta también con un predominio de población rural. Le siguen los Pueblos del Sur (ámbito rural) con 11,6; el Área Metropolitana de Mérida (11,2) y finalmente la zona Panamericana (10,2).

¹³ Área Metropolitana de Mérida (conformada por los municipios Campo Elías, Libertador [donde se asienta la ciudad de Mérida, capital de la entidad], Santos Marquina y Sucre); zona Panamericana (municipios Alberto Adriani, Andrés Bello, Caracciolo Parra y Olmedo, Julio César Salas, Justo Briceño, Obispo Ramos de Lora y Tulio Febres Cordero); zona del Valle del Mocotíes (municipios Antonio Pinto Salinas, Rivas Dávila, Tovar y Zea); zona del Páramo (municipios Cardenal Quintero, Miranda, Pueblo Llano y Rangel); zona de los Pueblos del Sur (municipios Aricagua, Arzobispo Chacón, Guaraque y Padre Noguera).

Tabla 1

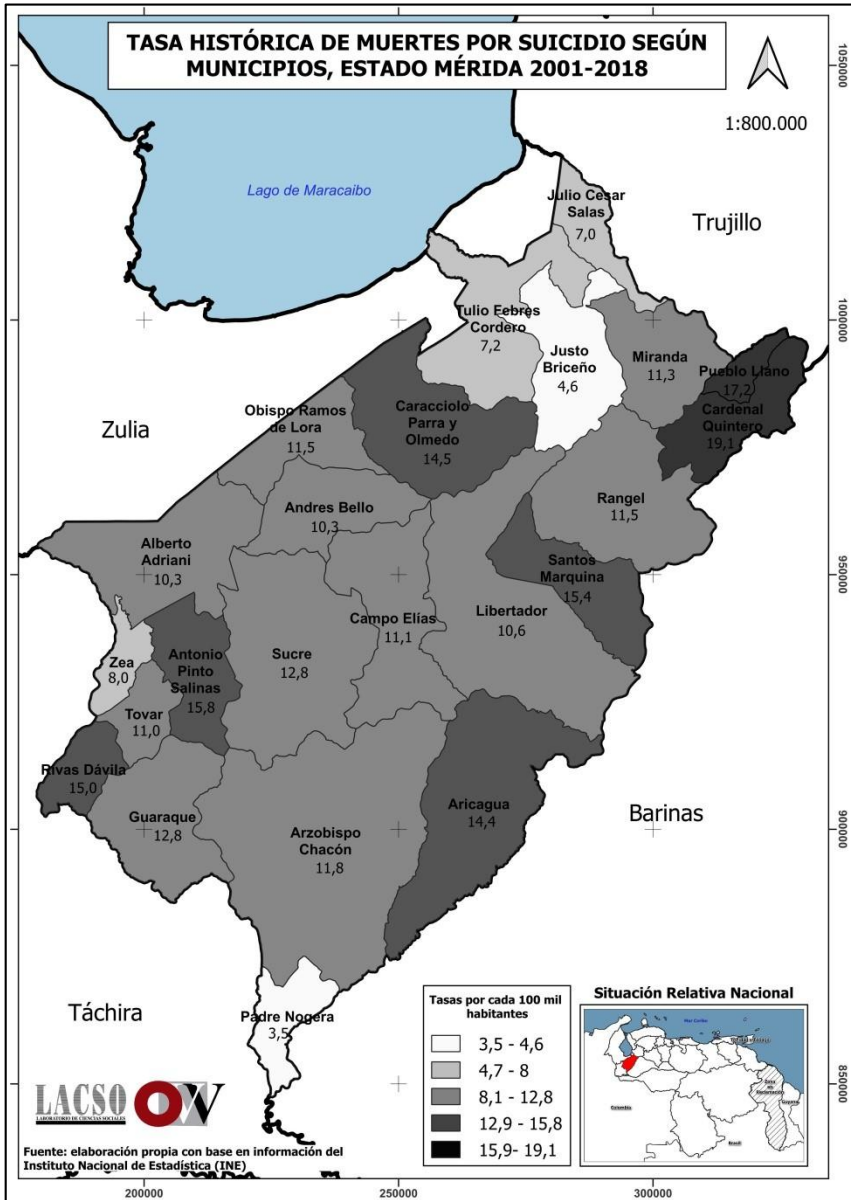
Tasa de suicidios según municipios, estado Mérida

Municipio	Tasas
Cardenal Quintero	19,1
Pueblo Llano	17,2
Antonio Pinto Salinas	15,8
Santos Marquina	15,4
Rivas Dávila	15,0
Caracciolo Parra y Olmedo	14,5
Aricagua	14,4
Sucre	12,8
Guaraque	12,8
Arzobispo Chacón	11,8
Rangel	11,5
Obispo Ramos de Lora	11,5
Miranda	11,3
Campo Elías	11,1
Tovar	11,0
Libertador	10,6
Alberto Adriani	10,3
Andrés Bello	10,3
Zea	8,0
Tulio Febres Cordero	7,2
Julio César Salas	7,0
Justo Briceño	4,6
Padre Noguera	3,5

Nota: el color verde representa los municipios rurales y el gris los urbanos. Fuente: cálculos propios con base en cifras de Corposalud Mérida 2001-2018 y del INE 2013

Mapa 1

Tasa histórica de muertes por suicidio según municipios, estado Mérida



Fuente: cifras resultantes mostradas en la tabla 1

Finalmente, uno de los resultados que más copó la atención al procesar esta variable, es que entre 2017-2018, la mayoría de los municipios (20 en total) aumentaron sus registros de casos de MIND en valores nunca antes vistos a lo largo de los años anteriores estudiados (2001-2016). Siendo los territorios del municipio Libertador, Alberto Adriani y Campo Elías, los que mostraron los mayores registros: 35,8%; 13,4% y 12,8%, respectivamente, de un total de 1.286 MIND identificadas.

Análisis de los hallazgos

Los resultados de las tasas estimadas de Mérida en cuanto a las muertes por suicidio, con respecto a las estadísticas de Corposalud, muestran cifras conservadoras con tendencia creciente a partir de 2013-2014 en adelante. Igual propensión se observa en los registros de los Anuarios de Mortalidad (2013-2016).

Este comportamiento en el indicador no es más que el reflejo de uno de los tantos impactos que ha generado la emergencia humanitaria compleja que le ha tocado vivir a la población merideña y a la sociedad venezolano en general, la cual comienza a aparecer alrededor de los años 2013-2014. Se maneja como hipótesis, tal y como ya lo hemos expuesto en varias publicaciones, que el surgimiento y agravamiento de la emergencia en Venezuela, con todas sus características y situaciones asociadas, acentuó y expandió diversos factores de riesgo en buena parte de la sociedad (factores individuales, familiares, comunitarios y sociales), los que, a su vez, actuaron en diferentes combinaciones y llevaron a muchas personas a quitarse la vida.

Dicha emergencia ha sido estudiada ampliamente y mostrada a través de diversos eventos públicos (foros, ruedas de prensa, entre otros), en investigaciones publicadas en informes técnicos, artículos científicos y libros (Freitez, *et al.* 2015; Universidad Católica Andrés Bello [UCAB] 2016; Freitez 2017; Freitez 2018; HumVenezuela 2020, 2021, 2022, solo por citar algunos ejemplos). La propia OMS (2016) reconoce que los problemas mentales, el sufrimiento emocional intenso y la desesperanza son comunes en las crisis humanitarias, y estos problemas pueden llevar al suicidio o a la autolesión.

El patrón identificado de las proporciones de muertes por suicidio según sexo (81% hombres versus 17% mujeres), se encuentra entre los valores experimentados por muchos países en el mundo, incluyendo Venezuela. A escala planetaria, por lo general, esta relación fluctúa entre una proporción 70-30%/80-20%.

Numerosos estudios han demostrado la mortalidad diferencial según el sexo. En más del 95% de los países del mundo, las tasas de los hombres son entre 3 y 5 veces la de las mujeres, y en Mérida esa propensión se mantiene, donde la tasa de ellos es más de 4 veces la de ellas (OMS, 2014; Echeburúa, 2015; Naghavi, 2019).

Las razones por las que se suicidan más hombres que mujeres se podrían resumir según los aportes de Echeburúa (2015). Este autor argumenta que los hombres son más impulsivos, tienen una menor tolerancia al sufrimiento de tipo crónico, les cuesta más buscar ayuda ante el sufrimiento y están más afectados por trastornos adictivos. En tanto, la mayor tasa de suicidios en ellos guarda estrecha relación con la forma de cómo estos viven sus adversidades: el hombre soporta peor la soledad o la ruptura de pareja; no suele conversar sobre los problemas que lo aquejan, hecho que no permite liberar su carga de sufrimiento; y vive en general con mayor nivel de estrés y angustia laboral.

Los hombres emplean métodos más letales para suicidarse, por ejemplo: ahorcarse, dispararse con un arma de fuego o lanzarse desde un sitio elevado. Las mujeres recurren más al envenenamiento o la intoxicación con sustancias de distinto tipo, o a la ingesta de fármacos. Esto explica, en gran parte por qué las tasas en ellos son más elevadas que en ellas (Värnik, 2012).

A pesar de todo lo descrito en cuanto a las muertes por suicidio según sexo, es necesario decir que se detectó un incremento en los suicidios de mujeres. Se plantea como hipótesis que quizás muchas mujeres que están quedando como cabezas de hogar o jefes de familia (sobre todo por migración hacia el extranjero de sus parejas) (UCAB, 2019-2020, 2021, 2022), son las que están afrontando en el país múltiples tensiones asociadas a la emergencia. Esas fuertes tensiones, y diversos problemas que estarían enfrentando, pudiese ser una razón que está agravando la actuación de ciertos factores de riesgo sobre ese subgrupo poblacional.

En cuanto a la edad, lo más resaltante es el descenso paulatino a lo largo del lapso estudiado de las tasas en edades jóvenes y el incremento de las mismas en adultos de mediana edad (a partir de los 40 años) y adultos mayores (65 años y más).

Ese cambio en el patrón etario pudiera relacionarse con la crisis del país, debido, principalmente, a que las personas que están emigrando son jóvenes y adultas jóvenes (UCAB, 2019-2020, 2021, 2022), quienes apenas construyen su plan de vida y estabilidad, pero aquellos que se encuentran en la etapa de la adultez de mediana y tercera edad, ya tienen su proyecto de vida establecido. En este caso, la frustración es mayor, porque en aquellos que tenían un trabajo estable y luego lo pierden, o ya tenían su casa y luego la pierden, o tienen que vender algunas de sus pertenencias para poder alimentarse, la frustración e indignación aumentan. Es decir, muchos/as jóvenes o personas adultas jóvenes que emigran están comenzado de cero, mientras

que el adulto mayor no suele emigrar porque no es fácil desprenderse de la estabilidad que ha logrado (Páez *et al.*, 2021b).

Las personas adultas y adultas mayores son las que, en su mayoría, quedan expuestos/as y vulnerables ante la crisis profunda que sufre el país. Esto aumenta las probabilidades de que tales poblaciones puedan verse afectadas por diversos factores de riesgo de suicidios (padecimiento de trastornos mentales como el de la depresión o ansiedad, invadidos por la desesperanza o por pensamientos negativos al no ver una salida a corto plazo de la crisis, diagnóstico de enfermedades graves, no poder seguir un tratamiento continuo médico, entre otros) (Páez *et al.*, 2021b).

La mayor frecuencia de ocurrencia (tasa) de muertes por suicidio en individuos del ámbito rural, según conjeturas de médicos comunitarios, psicólogos y psiquiatras merideños entrevistados; podría deberse a una combinación particular de varios factores de riesgo que tienen importancia y que están presente en las zonas rurales merideñas, y que posiblemente se exacerbaron con la crisis, realidad que podría ser similar en los otros dos estados andinos (Táchira y Trujillo), pero que seguramente es una situación no diagnóstica y que requiere de estudios enfocados en la comprobación y medición de la existencia e incidencia de dichos factores.

Entre los posibles factores se encuentran el estilo emocional del merideño del ámbito rural, lo que se refiere a la manera como estas personas pueden reaccionar ante los acontecimientos que tienen un significado afectivo para las personas, que viene a ser el efecto conjunto de los genes del individuo y del entorno donde se desenvuelve.

En otros términos, lo precedente se refiere a la personalidad e incluso cultura del merideño rural, vinculados estos aspectos con la dificultad para expresar los sentimientos negativos. En general, se argumenta que un buen número son cerrados, introvertidos, tradicionalistas y que el machismo en los individuos masculinos

tiene fuerte presencia. Al parecer, la mayoría de estos rasgos se observan con mayor ímpetu hacia las zonas rurales y todo lo anterior tiene que ver con el cómo las personas hace frente a las situaciones adversas, por lo que es posible que la mayoría vuelquen hacia adentro esas situaciones. Si estas últimas no pueden ser bien canalizadas a través de una comunicación asertiva, se interiorizan, y comienzan los pensamientos negativos que se constituyen como un factor de riesgo de suicidio.

Otro elemento identificado en el ámbito rural es la endogamia, la cual se practica con frecuencia en estas zonas y puede tener alguna relación con la aparición recurrente de casos de perturbaciones mentales. La esquizofrenia o la bipolaridad, son ejemplos de esas patologías que pueden ser heredadas a los descendientes. Asimismo, algunos profesionales señalan que, en experiencias de campo, han observado un importante número de individuos (sobre todo niños) que padecen trastornos como el autismo y déficit intelectual, que son trastornos del neurodesarrollo, y que están relacionados con autolesiones o autoagresiones.

A todo lo anterior, se le adiciona la aparente frecuencia con que se presenta la depresión también como trastorno mental. Diversas investigaciones desarrolladas en diferentes países del mundo (Canadá, China, Costa Rica, EE.UU., España, Irán, México, Paraguay, entre otros) han logrado establecer la posible relación entre distintos trastornos mentales (por ejemplo: la depresión), la intoxicación por agroquímicos (empleados en las zonas rurales de Mérida especializadas en agricultura vegetal) y la exposición prolongada (durante años) a los mismos, entre estos estudios se encuentran Beseler *et al.* (2008); Benítez (2012); Beard *et al.* (2014); Beseler y Stallones (2016). Otros estudios han logrado revelar la aparente correlación existente entre el uso de agroquímicos, la aparición frecuente de trastornos mentales, ideación suicida y la ocurrencia de suicidios; algunos ejemplos son: London *et al.* (2005);

Parrón *et al.* (2006); Wesselin *et al.* (2010); Freire y Koifman (2013). Esto podría ser una realidad no diagnóstica en las áreas rurales de Mérida.

A todos estos factores, por un lado, se suma también el consumo de alcohol como sustancia psicoactiva y elemento predisponente a conductas agresivas, impulsivas y que puede agravar situaciones de estados depresivos, por ello guarda relación con muchos casos de intentos de suicidio o de suicidios consumados, y que, según lo indagado, tiene fuerte presencia en las zonas rurales de la entidad, por el otro, se suma el uso de agroquímicos como método de suicidio a través de su ingesta.

La ausencia de personal calificado y especializado - psicólogos y/o psiquiatras- en la salud pública rural que ofrezca atención permanente para el diagnóstico oportuno de posibles trastornos mentales que esté padeciendo la población; la dificultad de parte de los individuos para acceder a medicamentos de tipo psicofármacos; la agricultura como actividad económica de sustento de muchas familias, labor riesgosa que depende de múltiples factores para alcanzar beneficios (condiciones naturales -clima, agua, suelos-, así como de condiciones sociales, económicas y político-institucionales); el desequilibrio entre los sexos (en estos ámbitos la tendencia es a dominar más en número el sexo masculino debido a la demanda de mano de obra de la actividad agrícola y por la mayor migración de la mujer hacia las ciudades), que en muchos casos obstaculiza la formación de parejas y ocasiona frustración en hombres; la rigidez en la crianza de los hijos y la falta de comunicación entre padres e hijos; poca existencia de espacios y actividades de ocio y recreación; entre otros, entran en la lista de posibles factores que se hacen presente en este ámbito rural.

Planteamos que particularmente el elevado porcentaje en agricultores podría encontrar en parte su explicación debido a que -como se conoce- estos municipios se especializan en actividades

agrícolas y pecuarias, siendo estas las principales actividades económicas de estos territorios, las cuales generan empleos directos e indirectos y dinamizan la economía en estas áreas. Por otro parte, este tipo de actividades son muy riesgosas puesto que dependen de múltiples factores, desde naturales (clima, disponibilidad de agua, condiciones favorables en los suelos, presencia de enfermedades en los cultivos o animales de cría, entre otras) hasta sociales, económicas y político-institucionales (disponibilidad de mano de obra, economía estable, procesos inflacionarios, políticas de Estado en materia agrícola, entre otras).

Un desbalance o impacto importante que sobre la actividad genere alguno o algunos de esos factores u otros, podría significar de forma coyuntural o prolongada una caída abrupta en la productividad o en las ventas de rubros o compra de insumos (incluso de pérdida total de cosechas y quiebre de la unidad de producción) y, por ende, pérdidas cuantiosas de dinero, que quizás en estos tiempos actuales de emergencia humanitaria compleja, sean difíciles de recuperar para los agricultores. Afectando esto empleos directos e indirectos y a innumerables economías familiares. Lo que, a su vez, podría llevar a un número dado de agricultores a desesperación, frustración, a verse invadidos por pensamientos y emociones negativas, y esto conducir a un número dado a padecer de trastornos depresivos o de ansiedad y algunos a comportamientos suicidas.

Importante traer a colación los hallazgos de Klingelschmi *et al.* (2018), quienes realizaron una revisión sistemática de la literatura de diferentes partes del mundo para estudiar y comprender el suicidio entre los trabajadores agrícolas forestales y pesqueros, y encontraron una serie de investigaciones que abordaron la relación entre la ocupación y el suicidio. De los 34 estudios revisados encontraron que los agricultores y los pescadores suelen tener un riesgo de suicidio significativamente

más elevado que otras ocupaciones. Según estos estudios entre las principales explicaciones que se argumentan están:

i) El fácil acceso que tienen estas personas a agentes letales como lo son plaguicidas y agroquímicos empleados en la agricultura, siendo este el principal método para suicidarse.

ii) El estrés laboral juega un papel importante y está altamente relacionado con el suicidio en agricultores, es así como las presiones financieras atribuibles a fluctuaciones inesperados en el mercado, la preocupación por la política agrícola y las condiciones climáticas impredecibles que pueden afectar las cosechas tienen fuerte influencia en comportamientos suicidas.

iii) El entorno laboral también lleva consigo un conjunto de riesgos potencialmente peligrosos para la salud mental de los agricultores y productores que están relacionados con el aislamiento social y la falta de apoyo social, dado que generalmente este grupo de personas viven en zonas más despobladas y con menos posibilidad de socialización, además tienen un deficiente acceso a servicios de atención médica.

En cuanto a los estudiantes, que ocupan el segundo lugar después de los agricultores, esto podría estar relacionado con el componente estudiantil tan importante que ha caracterizado al estado Mérida durante décadas, sobre todo por la enorme influencia que ha tenido la Universidad de Los Andes (ULA) como factor de atracción de población joven de diferentes partes de la entidad y de otros estados del país. Sin embargo, el descenso de las muertes por suicidio de estudiantes a partir de 2010, podría deberse por la migración principalmente de jóvenes hacia el extranjero, la cual se acentuó aún más entre 2014-2018. La migración de personas en edades jóvenes, puede ocasionar un efecto de disminución de probables y potenciales víctimas de los factores de riesgo que conducen al suicidio, a pesar de ello, continúan aconteciendo con mucha frecuencia casos de muertes por suicidio en estudiantes.

Es probable que uno de los factores que en la actualidad esté haciendo peso en muchos estudiantes, quienes en su mayoría son adolescentes y jóvenes, sea la situación del país que afecta a sus hogares y familias, la cual los desmotive a estudiar y realizar diferentes actividades cotidianas y extracurriculares, por ver decaer sus condiciones de vida -y de sus familias- y por no avizorar un futuro promisorio positivo en el país. De hecho, el equipo de investigación del OVV Mérida lleva varios casos documentados de este tipo.

La mayor ocurrencia de muertes por suicidio, entre 2016-2018, mostrando una mayor variedad de ocupaciones, para el equipo de investigación, es un indicio cuasi inequívoco del impacto de la emergencia humanitaria compleja y su efecto sobre la extensión y exacerbación de diversos factores de riesgo de suicidios en un amplio espectro de la población merideña y venezolana en general.

Los solteros, resultaron ser los que exhibieron el mayor valor dentro de la situación conyugal. Dentro de estos dominan ampliamente los adolescentes, jóvenes y adultos-jóvenes, es decir, todos individuos de menos de 30 años, lo que podría ser congruente con el hecho de que los estudiantes, desde el punto de vista de la ocupación, se ubiquen en el segundo lugar.

La presencia durante décadas de una proporción significativa de población joven estudiantil, expuesta y vulnerable a un sin fin de factores de riesgo de suicidios, podría explicar ese valor elevado en la población soltera. Algunas investigaciones han revelado que entre los desencadenantes de intentos de suicidios o del suicidio consumado de adolescentes y jóvenes se tienen: aspecto clínico, el consumo excesivo de alcohol y/o drogas, o el surgimiento de una depresión o de una manifestación psicótica; a nivel ambiental, un contexto familiar y social deteriorado, una desilusión amorosa, una orientación sexual diversa, el fracaso escolar o universitario frecuente o el acoso (incluido el ciberacoso);

y en el aspecto psicológico, figuran la presencia de algunas características de personalidad como la impulsividad, la baja autoestima, la inestabilidad emocional o la dependencia emocional extrema; por lo que es muy probable que muchos de estos factores, entre otros, estuvieran detrás de un número dado de casos de aquella población soltera (Echeburúa, 2015; Pérez, 1999).

Aunque con resultados en muchos casos distintos a los obtenidos en cuanto a la proporcionalidad según estados civiles, existen estudios que han mostrado un mayor riesgo de suicidio en personas con estados conyugales diferentes al matrimonio, dentro de los que resaltan principalmente los hombres solteros, pero también en algunos los separados, divorciados y viudos (Gaxiola-Robles *et al.*, 2009; Wyder *et al.*, 2009; Suescún *et al.*, 2017).

En relación a la disminución de la ocurrencia de muertes por suicidio en la medida que el grado de instrucción de las personas aumenta, no está del todo claro, aunque en un trabajo desarrollado en Colombia se encontró el mismo grado de correlación (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2015, 2018). Sin embargo, existen países en el mundo que poseen buenos niveles de instrucción en su población, pero muestran tasas importantes (Por ejemplo: Finlandia o Uruguay). Al respecto, se continúa indagando para afinar una posible hipótesis explicativa.

A modo de cierre

Es muy probable que la tasa de muertes por suicidio del estado Mérida haya experimentado una tendencia al aumento en el lapso estudiado, por las razones esgrimidas en el presente escrito. Los valores estimados para la entidad obviamente representan un valor regional, pero el mismo puede ser desagregado y analizado a la luz de la mortalidad diferencial.

Es así como los resultados indican que los hombres merideños y sobre todo los adultos de mediana edad y los de

tercera edad, representan la mayoría de las muertes por suicidio en el estado. En otras palabras, son los grupos poblacionales de mayor riesgo frente al comportamiento suicida, empleando para ello, en la mayoría de los casos, el método por ahorcamiento y el de envenenamiento. Sin embargo, hay que prestar especial atención al incremento que se detectó en la población femenina, donde todo parece indicar que su vulnerabilidad frente a la violencia autoinfligida se acrecentó.

Cuando se observan las otras variables, de nuevo los hombres, pero en este particular los dedicados a actividades agrícolas y pecuarias, y los que se encuentran estudiando; los solteros menores de 30 años; y los menos instruidos en diferentes etapas de la vida; son los que tienden también a presentar mayores riesgos de comportamientos suicidas.

Tanto los hombres que residen en el medio rural merideño como en el urbano, presentan vulnerabilidad frente a la violencia autoinfligida; no obstante, las cifras indican que las muertes por suicidios son más frecuentes en los varones que habitan en el campo. De allí que la zona del Páramo, la del Mocotíes y los Pueblos del Sur, en ese orden de importancia y todas conformadas por municipios rurales a excepción del municipio Tovar en Mocotíes, son las regiones de Mérida con las tasas más altas.

En cuanto al lugar donde ocurren las muertes por suicidio, la mayoría suele suceder en las viviendas de las personas, por lo que, al momento que un familiar logre detectar las señales, indicios y/o comportamientos (tabla 2) indicativos de una posible conducta suicida, bajo ninguna circunstancia deben dejar sola a la persona en el hogar y, en la medida de lo posible, tampoco cuando salga de su residencia.

Tabla 2

Señales, indicios y comportamientos de potenciales conductas suicidas

• Deseos y búsqueda de formas para herirse, matarse o amenazar con hacerlo
• Sentimientos de agresividad, desgano, cansancio
• Desesperanza o no tener razones para vivir (hastío de la vida)
• Sentimiento de ser una carga para otros o el responsable de todo lo malo que sucede
• Mayor consumo de alcohol, tabaco o drogas
• Alteraciones significativas en el sueño y en la alimentación (dormir o comer demasiado o muy poco), lo que podría llevar a una pérdida o aumento repentino de peso o de apetito
• Aislamiento y/o alejamiento de familiares, amigos, conocidos y vecinos
• Regalar posesiones preciadas, despedirse de los seres queridos o conversar como si ya no va a estar más presente
• Sentirse atrapado(a), bloqueado(a) o sufrir un dolor que no puede soportar
• Hacer un testamento o carta de despedida
• Realizar actividades muy arriesgadas (que comúnmente no hace la persona) como conducir con una rapidez extrema
• Encerrarse con frecuencia en una habitación durante horas, incluso días, sin querer conversar
• Cambios repentinos de humor/ Alteración o reacciones agresivas que antes no presentaba
Pensamientos negativos y fatalistas frente al futuro
• Autoestima bajo a muy bajo
• Desaparecerse por horas o días sin anunciar nada a sus familiares, amigos o conocidos
• Falta de concentración
• Ocasionarse autolesiones en el cuerpo
• Pensamientos de muerte o de querer atentar contra su vida
• Pérdida de interés para hacer cualquier actividad
• Mucha inquietud o nerviosismo
• Cansancio y pérdida de energía

Fuente: elaboración propia

Referencias

- Beard, J., Umbach, D., Hoppin, J., Richards, M., Alavanja, M., Blair, A., Sandler, D. y Kamelz, F. (2014). Pesticide exposure and depression among male private pesticide applicators in the agricultural health study. *Environmental Health Perspectives*, 122(9), 984-991. <https://n9.cl/slfu9>
- Benítez, S. (2012). *Plaguicidas y efectos sobre la salud humana: un estado del arte. Paraguay*. <https://n9.cl/k1t8pz>
- Beseler, C. y Stallones, L. (2016). Structural equation modeling of the relationships between pesticide poisoning, depressive symptoms and safety behaviors among Colorado farm residents. *Journal of Agromedicine*, 11(3-4), 35-46. <https://n9.cl/2r05q>
- Beseler, C., Stallones, L., Hoppin, J., Alavanja, M., Blair, A., Keffe, T. & Kamel, F. (2008). Depression and pesticide exposures among private pesticide applicators enrolled in the Agricultural Health Study. *Environmental Health Perspectives*, 116(12), 1.713-1.719. <https://n9.cl/yemri>
- Bolívar, M. (2008). La población venezolana, su dinámica y su distribución. En *Geo Venezuela, tomo 3*, pp. 30-107, Fundación Polar.
- Crespo, F. (2019). Aproximación descriptiva al fenómeno del suicidio en el estado de Mérida, Venezuela. *URVIO, Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad*, (24), 167-185. <https://n9.cl/lub9y>
- Corposalud Mérida. (2001-2018). *Base de datos de Mortalidad del estado Mérida, años 2001-2018*.
- Correa, G. (2017). Mortalidad infantil en el contexto de la crisis venezolana actual. En A. Freitez (Ed.). *Venezuela la caída sin fin ¿hasta cuándo?: Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2016* (pp. 151-169). Abediciones. <https://n9.cl/htae2>

- Correa, G. (2018). Mortalidad general y esperanza de vida en el contexto de la crisis humanitaria de Venezuela. En A. Freitez (Ed.). *Espejo de la crisis humanitaria venezolana: Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2017* (pp. 205-2018). Abediciones. <https://n9.cl/mbfod>
- Demopedia. (s.f.). *Diccionario demográfico Multilingüe*. <https://n9.cl/q4ifno>
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 117-126. <https://n9.cl/ekssx>
- Freire, C. y Koifman, S. (2013). Pesticides, depression and suicide: a systematic review of the epidemiological evidence. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 216, 445-460. <https://n9.cl/iq0rt>
- Freitez, A. (2017). *Venezuela la caída sin fin ¿hasta cuándo?* Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI 2016). Abediciones. <https://n9.cl/kp41n>
- Freitez, A. (2018). *Espejo de la crisis humanitaria venezolana. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI 2017)*. Abediciones. <https://n9.cl/kp41n>
- Freitez, A., González, M. y Zuñiga, G. (2015). *Una mirada a la situación social de la población venezolana. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI 2014)*. UCAB. <https://n9.cl/kp41n>
- Gaxiola-Robles, O., Quintero, B. García-González, A. y Celis-de la Rosa, A. (2009). El estado civil y el suicidio en Baja California Sur. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(4), 383-386. <https://n9.cl/51rkau>
- HumVenezuela. (2020). *Informe de seguimiento sobre los impactos de la emergencia humanitaria compleja en Venezuela: Impactos, respuesta y factores de complejidad*. <https://n9.cl/qiejp>
- HumVenezuela. (2021). *Informe de seguimiento sobre los impactos de la emergencia humanitaria compleja en Venezuela con la pandemia de COVID*. <https://n9.cl/w554x>

- HumVenezuela. (2022). *Informe de seguimiento a los impactos de la emergencia humanitaria compleja en Venezuela tras el confinamiento por la pandemia de COVID*. <https://n9.cl/hqcug>
- Instituto Nacional de Estadística. (2013). *Proyecciones de población con base al censo 2011*. <https://n9.cl/iy6s3>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2015). *Forensis 2014. Datos para la vida*. <https://n9.cl/ng3g7>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2018). *Forensis 2017. Datos para la vida*. <https://n9.cl/236qz>
- Klingelschmidt, J., Milner, A., Khireddine-Medouni, I., Witt, K., Alexopoulos, E., Toivanen, S., LaMontagne, A., Chastang, J-F. & Niedhammer, I. (2018). Suicide agricultural, forestry and fishery workers: a systematic literature review and meta-analysis. *Arch Prev Riesgos Labor*, 21(2), 95-96. <https://n9.cl/vbc5m>
- London, L., Flisher, A., Wesseling, C., Mergler, D. & Kromhout, H. (2005). Suicide and exposure to organophosphate insecticides: Cause or effect?. *American Journal of Industrial Medicine*, 47(4), 308-321. <https://n9.cl/wm5cvk>
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. (1995-2016). *Anuarios de mortalidad*. Dirección General de Epidemiología del MPPS.
- Naghavi, M. (2019). Global, Regional, and National Burden of Suicide Mortality 1990 to 2016: Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ* 364: 194. <https://n9.cl/u8d0h>
- Observatorio Venezolano de Migración. (s.f.). *Migración venezolana en perspectiva: cifras claves*. <https://n9.cl/wl40q>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio un imperativo global*. <https://n9.cl/nv2h7>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP). El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias*. <https://n9.cl/7b8xf>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Suicide worldwide in 2019: globalhealth estimates*. <https://n9.cl/mi2x8>

- Páez, G. (2013). Diferencias entre las relaciones matemáticas más usadas en Demografía y Geografía de la Población. *Revista Geográfica Venezolana*, 54(2), 303-316. <https://n9.cl/7jtp0>
- Páez, G. (2018). Venezuela: de una mortalidad en descenso a una en ascenso (1950-2012/2017-2020). *Revista Geográfica Venezolana*, 59(1), 70-87. <https://n9.cl/gq9h66>
- Páez, G. (2019). Transición epidemiológica en Venezuela: evolución y principales causas de muerte 1950-2017. *Revista Geográfica Venezolana*, 60(1), 12-27. <https://n9.cl/dxwuga>
- Páez, G. (2023). La mortalidad infantil en Venezuela: 30 años de retroceso. En G. Perdomo & G. Páez (Coord.). *Violencia contra la niñez y la juventud en Venezuela* (pp. 89-122). Editorial Alfa. <https://n9.cl/szehx>
- Páez, G., Trejo, Y., Rondón, K., y Gulfo, N. (2021a). Una aproximación al estudio del suicidio en Mérida Venezuela. *Revista Geográfica Venezolana*, 62(2), 330-347. <https://n9.cl/uvaim>
- Páez, G., Trejo, Y., Rondón, K., y Gulfo, N. (2021b). Una aproximación al estudio del suicidio en Venezuela. *URVIO, Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad*, (31), 90-108. <https://n9.cl/guhr7>
- Parrón, T., Hernández, A. & Villanueva, E. (2006). Increased risk of suicide with exposure to pesticides in an intensive agricultural area. A 12-year retrospective study. *Forensic Science International*, 79(1), 53-63. <https://n9.cl/pkpd4>
- Pérez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(2), 196-217. <https://n9.cl/5irpe>
- Plataforma Regional de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela. (s.f.). *Refugiados y migrantes de Venezuela*. <https://n9.cl/cz4b4>
- Suescún, J., Caballero- Domínguez, C., Fuentes, C. y Ceballos, G. (2017). Características sociodemográficas y suicidios consumados en las ciudades de Santa Marta y Bucaramanga (Colombia): un estudio retrospectivo de género 2010-2014. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 17(1), 17-28. <https://n9.cl/ws9c4>

- Universidad Católica Andrés Bello. (2016). Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI 2015). AB-UCAB ediciones. <https://n9.cl/kp41n>
- Universidad Católica Andrés Bello. (2019-2020). *Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2019-2020*. <https://n9.cl/h10hy>
- Universidad Católica Andrés Bello. (2021). *Condiciones de vida de los venezolanos: entre emergencia humanitaria y pandemia*. ENCOVI 2021. <https://n9.cl/hgyi4>
- Universidad Católica Andrés Bello. (2022). *Condiciones de vida de los venezolanos, ENCOVI 2022*. <https://n9.cl/rmz76>
- Värnik, P. (2012). Suicide in the World. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(3), 760-771. <https://n9.cl/r65k7>
- Wesselin, C., Wendel, B., Keifer, M., London, L., Mergler, D. Stallones, L. (2010). Symptoms of psychological distress and suicidal ideation among banana workers with a history of poisoning by organophosphate or n-methyl carbamate pesticides. *Occupational & Environmental Medicine*, 67(11), 778-784. <https://n9.cl/ms27b>
- Wyder, M., Ward, P., y De Leo, D. (2009). Separation as a suicide risk factor. *Journal of Affective Disorders*, 116(3), 208-213. <https://n9.cl/10uer>

El suicidio, máxima expresión de violencia autoinfligida: configuración espacial en la ciudad de Mérida, período 2001-2018

Gustavo A. Páez S.

Introducción

Al igual que en el caso de los homicidios, cuando se estudian las muertes por suicidio no es común conocer el lugar preciso donde ocurrió el deceso, o en este tema que nos concierne, el lugar de residencia de la persona que atentó contra su vida, sobre todo si la escala de estudio es de detalle: a nivel urbano o de ciudades. Por lo general, la información sobre esta causa de muerte se consigue desagregada a escala nacional, estatal y municipal en los anuarios estadísticos oficiales. De manera que, lograr ubicar dentro de un ámbito urbano un buen número de casos de muertes por suicidio, permitiría no solo observar los patrones espaciales de aquéllas sino además plantear estudios para identificar y comprender las posibles causas y/o factores que podrían estar interviniendo en su comportamiento diferencial en el contexto de una ciudad.

Tomando información de la base de datos de mortalidad de la Corporación de Salud del estado Mérida (Corposalud Mérida), lapso 2001-2018, la cual contiene información que no es de conocimiento público, se lograron identificar una buena cantidad de casos de muertes por suicidio¹⁴ que acontecieron en el contexto

¹⁴ Se tomaron en cuenta las muertes registradas en las categorías X60-X84 según la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-

del municipio Libertador del estado Mérida, territorio donde se emplaza la ciudad de Mérida -capital de la entidad- cuya poligonal urbana concentra cerca del 98% de la población que reside en el municipio. En todos los decesos se conoció la residencia habitual del fallecido según parroquias y en la mayoría su localización por sectores. Luego, con esa información, se estimaron un conjunto de indicadores porcentuales y tasas.

En el cálculo específico de las tasas de muertes por suicidio, es necesario advertir al lector que los resultados expuestos en este apartado son conservadores, esto debido a dos aspectos. Primero, es muy probable que sean superiores los números absolutos de suicidios que se exhiben en este escrito, insumo cuantitativo crucial en la estimación de las tasas (su numerador en la fórmula). Esto debido a que, en Mérida, y en general en Venezuela, en varias oportunidades desde el Observatorio Venezolano de Violencia en Mérida (OVV Mérida) hemos enfatizado que se viene dando un incremento paulatino en los registros de Muertes de Intención No Determinada (MIND), donde quedan “escondidos” un buen número de probables suicidios, situación que ocasiona una subestimación de los valores absolutos de esta causa de muerte (numerador de la tasa) y por ende de las tasas que se cuantifiquen. Es así como se contabilizó un total 588 MIND registradas en el municipio Libertador, durante el período analizado.

El segundo aspecto a resaltar, en referencia también al cálculo de las tasas, es que en el país no existen estimaciones y proyecciones de población a nivel de parroquias, las cuales estén actualizadas y ajustadas a los cambios demográficos experimentados por la sociedad venezolana en los últimos 7 años, siendo este un dato-insumo importante para el cálculo de las tasas (su denominador). Por esta limitación se tuvo que recurrir a las últimas estimaciones y proyecciones hechas por el Instituto

10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las que se refieren a los decesos por lesiones autoinfligidas.

Nacional de Estadística (INE), elaboradas con base en el último censo general de población y vivienda levantado en 2011 (INE, 2013a), puesto que resulta muy cuesta arriba conocer a ciencia cierta el tamaño poblacional con el que cuentan todas las parroquias que conforman a la ciudad de Mérida.

Con la información de ubicación de los casos de muertes por suicidio, se procedió a realizar un conjunto de mapas empleando para ello el Sistema de Información Geográfica (SIG) QGis versión 3.16.10 e imágenes de satélite actuales de la plataforma *Google Earth*, cartografía que posteriormente sirvió de base para realizar el análisis de los resultados.

La ocurrencia de las muertes por suicidio en la ciudad

El municipio Libertador del estado Mérida, es una jurisdicción que está conformada por 15 parroquias (INE, 2013b): Antonio Spinetti Dini, Arias, Caracciolo Parra Pérez, Domingo Peña, El Llano, El Morro, Gonzalo Picón Febres, J.J. Osuna Rodríguez, Jacinto Plaza, Juan Rodríguez Suárez, Lasso de La Vega, Los Nevados, Mariano Picón Salas, Milla y Sagrario. No obstante, Gonzalo Picón Febres, Los Nevados y El Morro, no forman parte de la poligonal de la urbe merideña, y se ubican hacia el extremo noreste, sureste y sur del municipio, respectivamente. La primera es una parroquia periurbana, mientras que las otras dos son netamente rurales (Amaya, 2013).

Durante 2001-2018 se identificaron 292 casos de muertes por suicidio que contaron con la ubicación de residencia habitual de los fallecidos según parroquias, mientras que solo en 271 se logró precisar la dirección de habitación. En la tabla 1 se visualiza la importancia relativa porcentual que tiene cada parroquia dentro del total de muertes por suicidio registradas durante el lapso observado, mientras que en el mapa 1 se muestra la variación espacial de este indicador en las parroquias señaladas.

Las parroquias Domingo Peña, Jacinto Plaza y Antonio Spinetti Dini son los escenarios espaciales donde más individuos se suicidaron en el lapso estudiado (2001-2018). Estas tres áreas concentran 43,8% del total de casos conocidos (292 suicidios). La primera, es la sexta más poblada del municipio, mientras que la segunda y tercera ocupan el segundo y primer puesto, respectivamente. En general, existe una tendencia a observar una mayor ocurrencia de casos en personas residentes de las áreas más pobladas. Esto debido a que, desde el punto de vista estadístico, existe un mayor número potencial de personas que, por la influencia de una gama de factores de riesgo asociados al suicidio, podrían tomar la decisión de atentar contra su vida.

Tabla 1

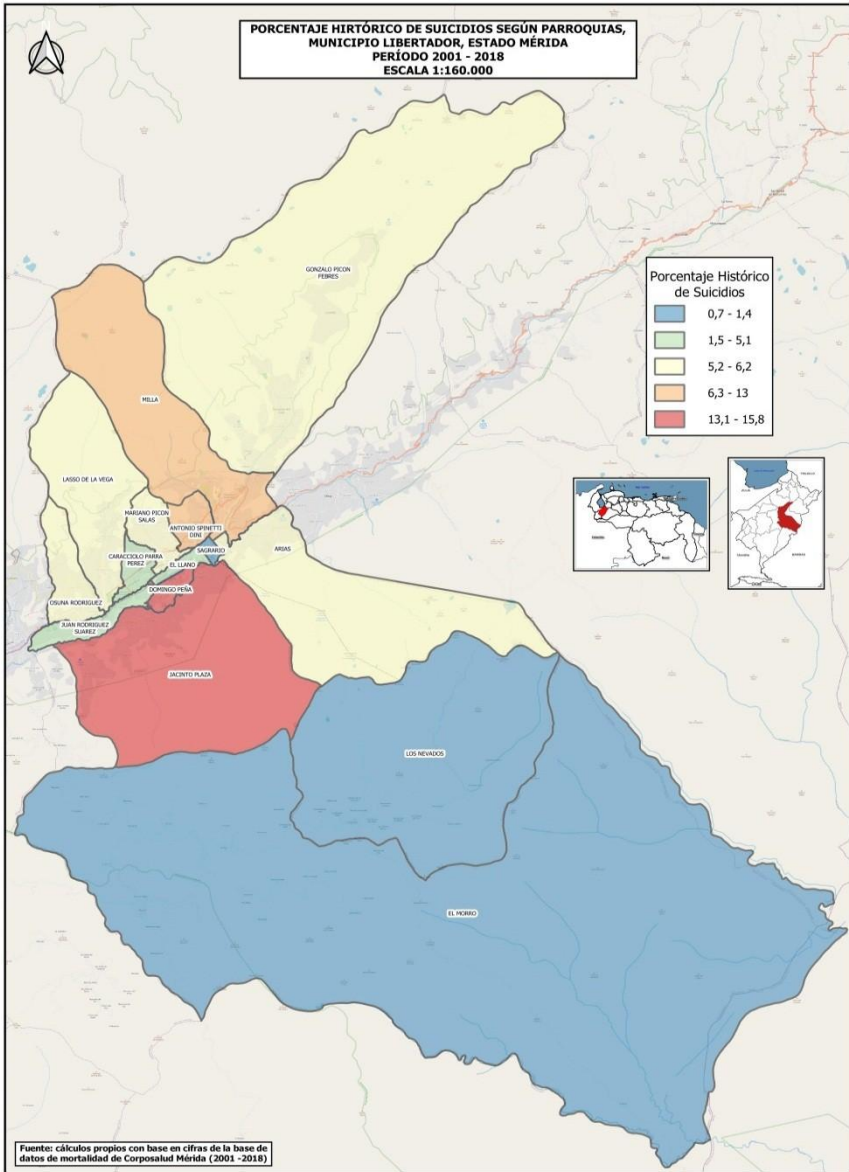
Porcentaje histórico de muertes por suicidio según parroquias del municipio Libertador, estado Mérida

Parroquia	%
Domingo Peña	15,8
Jacinto Plaza	15,1
Antonio Spinetti Dini	13,0
Milla	9,2
Arias	6,2
Lasso de La Vega	6,2
Osuna Rodríguez	6,2
Mariano Picón Salas	5,8
Gonzalo Picón Febres	5,5
Caracciolo Parra Pérez	5,1
El Llano	4,8
Juan Rodríguez Suárez	4,5
Sagrario	1,4
El Morro	0,7
Los Nevados	0,7

Fuente: cálculos propios con cifras de Corposalud Mérida 2001-2018

Mapa 1

Porcentaje histórico de muertes por suicidio según parroquias del municipio Libertador, estado Mérida



Fuente: cifras resultantes mostradas en la tabla 1

Al detallar a escala de sectores de la ciudad, en el mapa 2 se muestra la distribución espacio-territorial de los 271 casos de muertes por suicidio donde se logró conocer la dirección de residencia habitual de los individuos. Entre los sectores que muestran un mayor número de casos se encuentran: Av. 16 de Septiembre, Campo de Oro, Santa Elena, Barrio Obrero y Santa Juana (parroquia Domingo Peña); El Cambio, Chama, Chamita, Las Mesitas del Chama, San Jacinto, Urb. Carabobo y Santa Catalina (parroquia Jacinto Plaza); Pueblo Nuevo, Santo Domingo, San José de las Flores, Santa Anita, Santa Ana, Bella Vista (parroquia Antonio Spinetti Dini). Le siguen en orden de importancia: Los Curos en sus diferentes partes (baja, media y alta, parroquia J.J. Osuna Rodríguez); y La Milagrosa y Andrés Eloy Blanco (parroquia Milla).

Más del 75% de estos sectores se corresponde con poblaciones y hogares que presentan condiciones socioeconómicas “desfavorables”, donde el uso de la tierra urbana dominante es el residencial. El 39% del total de los 271 casos donde se logró precisar su ubicación, ocurrieron en diferentes lugares de estos sectores.

Hacia el otro extremo, con el menor número de casos, se encuentra la parroquia Sagrario, El Morro y Los Nevados, las menos pobladas en ese mismo orden de importancia, y las que apenas aportan el 2,7% del total de casos.

Sagrario es un área principalmente de uso comercial y de oferta de servicios de distinto tipo, y de menor uso residencial, lo que la posiciona entre una de las menos pobladas. Esto, combinado con el hecho de que en Mérida alrededor del 75% de las muertes por suicidio suceden en los sitios de residencia de las personas, podría explicar su ubicación entre las de menor número de casos de ocurrencia registrados (valores absolutos y porcentuales de muertes por suicidio).

Mapa 2

Distribución espacial de muertes por suicidio en la ciudad de Mérida, municipio Libertador, estado Mérida 2001-2018



Fuente: elaboración propia con base en cifras de Corposalud Mérida 2001-2018

En relación a El Morro (menos de 2.000 habitantes) y Los Nevados (menos de 1.000 habitantes), ambas parroquias rurales, también su bajo tamaño poblacional explicaría sus cifras tan bajas. Durante 2001-2018, en cada una de estas parroquias solo acontecieron 2 casos de muertes por suicidio, respectivamente.

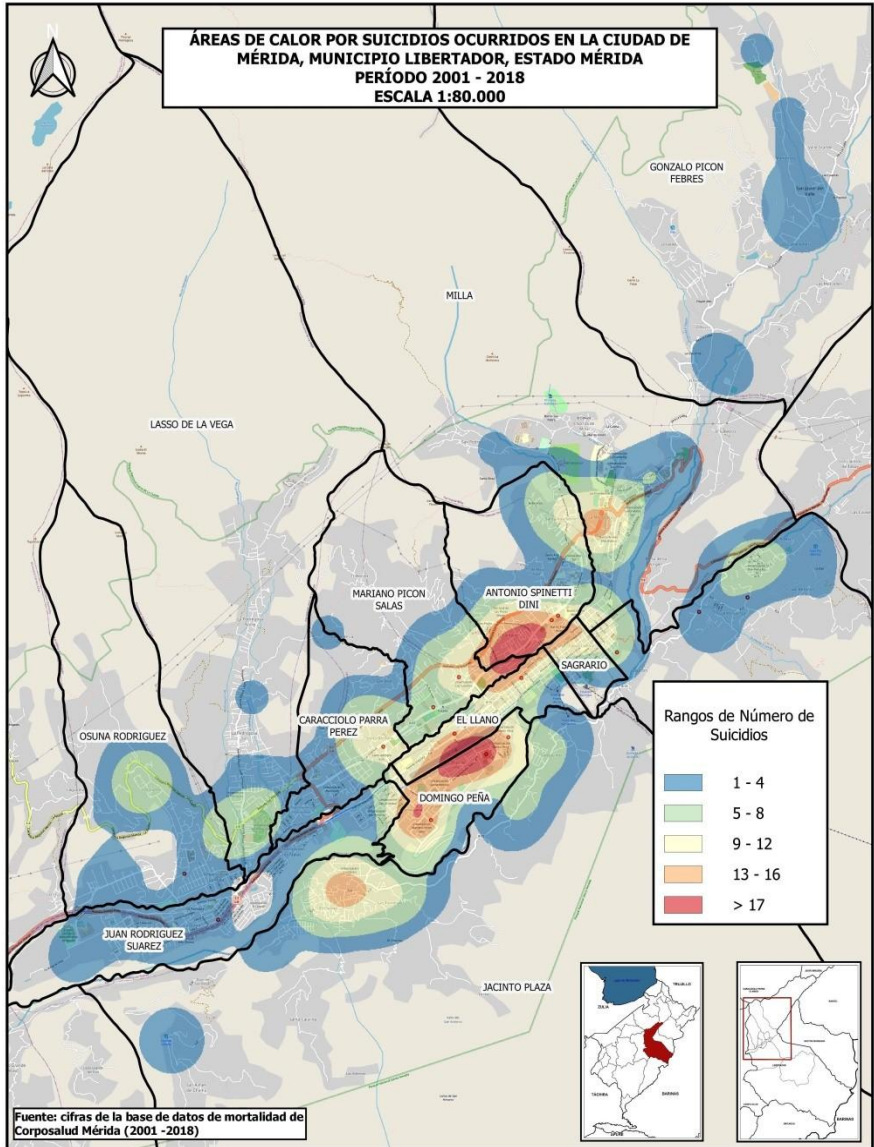
Desde otra perspectiva, el mapa 3 denominado Mapa de Áreas de “Calor”, el cual se derivó del mapa 2, muestra a través de una degradación que va desde colores “fríos” (azul y verde) hasta los “cálidos” (anaranjado y rojo) las áreas concéntricas o “nubes de puntos” -por criterio de proximidad- de menor a mayor número de personas que se quitaron la vida en la ciudad, respectivamente. Nótese que lo primero que resalta a la vista son tres epicentros en color rojo-anaranjado: Dos ubicados hacia la parroquia Domingo Peña (sectores Av. 16 de Septiembre-Campo de Oro-Barrio Obrero-Santa Elena y Santa Juana) y otro localizado hacia la Antonio Spinetti Dini (sectores El Campito-Cardenal Quintero y sus alrededores). Dentro de este resultado capta la atención que sectores de estrato socioeconómico medio como El Campito y Cardenal Quintero, aparezcan como áreas resaltantes dentro del mapa de calor, cuando la tendencia dominante inicial es a resaltar sectores de estrato socioeconómico bajo.

En segundo lugar, destacan dos áreas (color anaranjado), las que se corresponden con los sectores: Urbanización Carabobo-Chama-Chamita-Las Tienditas y sus alrededores, parroquia Jacinto Plaza; y La Milagrosa-Andrés Eloy Blanco de la parroquia Milla.

En tercer y último lugar, se observa que, en la medida que la visual se aleja de los centros de mayor incidencia de suicidios, las tonalidades de color amarillo, verde y azul significan menor importancia de esta causa de muerte en términos de la cantidad de personas que atentaron contra su vida y consumaron el suicidio.

Mapa 3

Áreas de calor de muertes por suicidio, ciudad de Mérida, municipio Libertador, estado Mérida 2001-2018



Fuente: elaborado con los resultados del mapa 2

Tasas de muertes por suicidio

Las tasas, a diferencia de los valores absolutos y porcentuales de suicidios son más independientes de los tamaños poblacionales que tengan los territorios. En el sentido que, por lo general, las áreas que poseen las tasas más elevadas no necesariamente son las que cuentan con los mayores tamaños poblacionales. Prueba de ello lo representa la parroquia Domingo Peña, que estando de sexta en cuanto a población se refiere, ocupa el primer lugar en las tasas. Otro ejemplo lo constituye El Llano, una de las que cuenta con menos población y, a pesar de ello, se ubica en el segundo puesto.

Un aspecto importante a tomar en cuenta es que cuando se estiman tasas en áreas donde el número de muertes por suicidio es relativamente bajo (menos de 20 en un año o en un período), las cuales se relacionan con tamaños poblaciones no muy numerosos (por ejemplo: menos de 10 mil habitantes); los resultados que se obtienen en algunos casos indican tasas aparentemente altas o superiores a otras áreas donde sí acontecen muchas más muertes y en donde existe un mayor tamaño poblacional. Esto no permite reflejar la verdadera realidad imperante y arroja lo que los estadísticos denominan: tasas inestables (Anderson *et. al.*, 2004). Un ejemplo de lo anterior lo representan las tres parroquias no urbanas del municipio Libertador: El Morro, Gonzalo Picón Febres y Los Nevados con una tasa de 14,2; 12,1 y 6,2 suicidios por cada 100 mil habitantes, respectivamente.

Contrario a lo anterior, áreas donde se registren 20 o más muertes al año o en un período, donde la población sea superior a 10 mil o 20 mil habitantes, tenderán a ser estables y más confiables. En la tabla 2 y mapa 4, se exhiben las tasas estimadas de muertes por suicidios para el lapso estudiado, solo para las parroquias urbanas que conforman la ciudad de Mérida.

Tabla 2

Tasa de muertes por suicidio según parroquias urbanas de la ciudad de Mérida, estado Mérida 2001-2018

Parroquia	Tasa Histórica
Domingo Peña	12,6
El Llano	8,0
Jacinto Plaza	7,3
Milla	6,9
Antonio Spinetti Dini	6,1
Lasso De La Vega	5,9
Arias	5,7
Caracciolo Parra Pérez	5,7
Juan Rodríguez Suárez	4,2
Mariano Picón Salas	4,2
Osuna Rodríguez	3,6
Sagrario	3,5

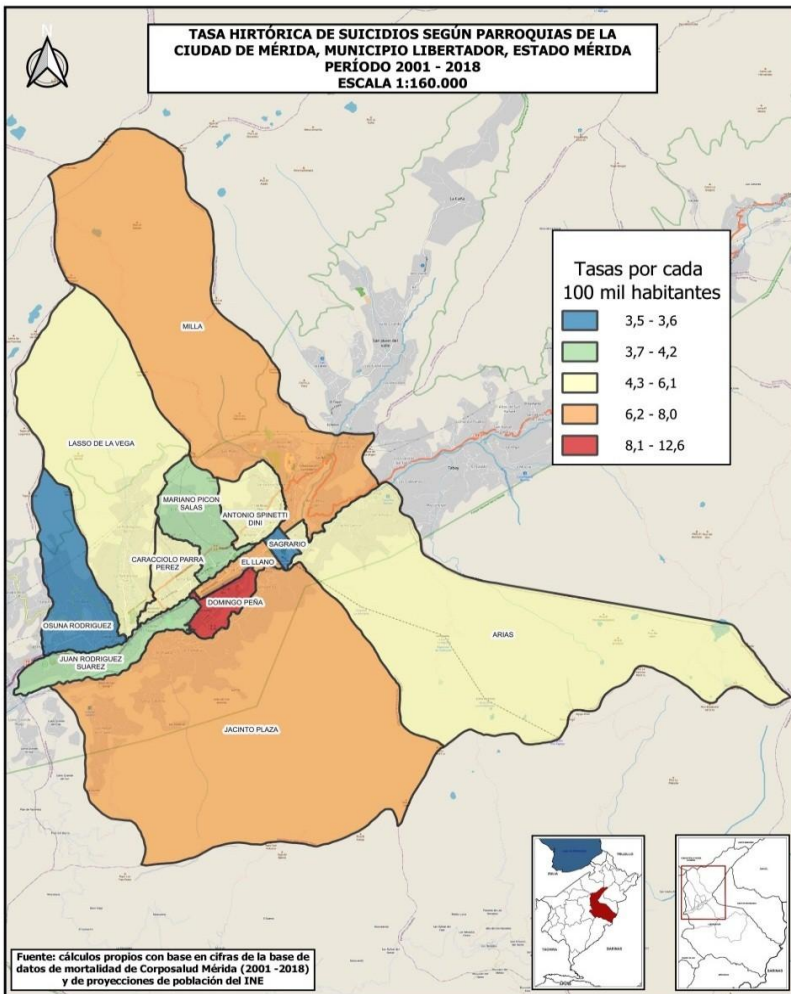
Fuente: cálculos propios con cifras de Corposalud Mérida 2001-2018 y del INE 2013a

A diferencia de las cifras absolutas de casos y sus porcentajes cuyos valores conducen a responder las interrogantes de: ¿Cuántas personas residentes de las diferentes parroquias consumaron el suicidio durante el período estudiado? y ¿Cuál es el porcentaje que representa cada parroquia según la totalidad de casos acontecidos en la ciudad para ese lapso observado?; las tasas permiten precisar con cuál frecuencia suceden los hechos por cada tanto número de habitantes (en este caso 100 mil que es una constante universal para este tipo de tasas). De tal manera que la parroquia Domingo Peña (con una tasa estable), que de nuevo se ubica en el primer lugar con una tasa de 12,6 suicidios por cada 100 mil habitantes, es el territorio dentro de la ciudad de Mérida donde con mayor

frecuencia las personas residentes murieron por suicidio. Tomando en cuenta que la tasa estimada para la urbe es de 6,2 suicidios por cada 100 mil habitantes, Domingo Peña duplica esta última.

Mapa 4

Distribución espacial de la tasa de muertes por suicidio según parroquias urbanas de la ciudad de Mérida, estado Mérida 2001-2018



Fuente: elaborado con los resultados mostrados en la tabla 2

Llama la atención que la parroquia El Llano se ubique en segundo lugar, después de estar, en términos porcentuales, entre los últimos puestos y ser, además, una de las menos pobladas de la ciudad (menos de 10 mil habitantes), tal como ya se había mencionado. Esta parroquia, podría ser un ejemplo de lo indicado anteriormente con respecto a valores relativamente bajos de muertes por suicidio (14 casos) relacionados con bajos tamaños poblacionales. Resulta ser una tasa inestable que no refleja correctamente la realidad.

Con tasas más estables y confiables, al igual que en el caso de Domingo Peña, se ubican en los siguientes puestos: Jacinto Plaza, Milla y Antonio Spinetti Dini, de nuevo, parroquias donde un buen porcentaje de su población y hogares viven en condiciones socioeconómicas “desfavorables”. Entre tanto, las parroquias Caracciolo Parra Pérez, Juan Rodríguez Suárez y Mariano Picón Salas exhiben las tasas más bajas de la ciudad, áreas donde la mayoría de la población residente y de los hogares, presentan condiciones socioeconómicas “más favorables”. En estas áreas el uso de la tierra urbana dominante es el residencial.

Específicamente, la Juan Rodríguez Suárez es una parroquia con sectores donde han residido históricamente la mayoría de la población y hogares “más pudientes” de la ciudad de Mérida, los que han contado con las condiciones socioeconómicas “más favorables” de la urbe. No obstante, hay que puntualizar que las parroquias Mariano Picón Salas, Caracciolo Parra Pérez y Lasso de La Vega, también son espacios donde existen sectores que de igual modo durante muchos años han presentado las mismas características (solo por citar algunos ejemplos: La Lumonty, San José, Los Pinos, Belensate, varias urbanizaciones ubicadas en la Pedregosa norte, entre otros).

Por su parte J.J. Osuna Rodríguez, a pesar de contar con una tasa inestable, resulta ser un caso interesante. En esta parroquia predomina el uso residencial de la tierra donde se combinan áreas habitadas por personas de estratos socioeconómicos bajos combinadas con áreas de estratos medios y altos. El último lugar, ocupado por la parroquia Sagrario con una tasa inestable, podría deberse a lo argumentado en un párrafo precedente. La preponderancia del uso de la tierra comercial y de servicios, y no el predominio del residencial, explicaría en buena medida ese resultado.

Hasta este punto vale preguntarse: ¿Existe una fuerte correlación entre las condiciones socioeconómicas desfavorables de la población y ciertos factores de riesgo asociados al suicidio? No parece ser coincidencia que las parroquias donde se ubican los sectores más “desfavorecidos” sean aquellas que tienen, durante el lapso estudiado, las mayores tasas de personas que atentan contra su vida. Al respecto, algunos estudios dan cuenta de una posible estrecha conexión entre pobreza y comportamientos suicidas.

Iemmi *et al.* (2016), realizaron una revisión sistemática para comprender la asociación entre las ideas y comportamientos suicidas y la pobreza económica en países de bajos y medianos ingresos. Estos investigadores incluyeron estudios que fueron publicados durante 2004-abril 2014, los cuales probaron dicha asociación mediante análisis bivariado o multivariado. Identificaron 37 estudios que cumplieron con estos criterios de inclusión, y de esos, 18 informaron una correlación existente entre el suicidio y la pobreza. Por otro lado, de 20 estudios que informaron sobre la relación entre las ideas y comportamientos suicidas no fatales y la pobreza, de nuevo casi todos notificaron una asociación positiva. Sin embargo, al considerar cada dimensión de la pobreza por separado, encontraron variaciones

sustanciales. Para estos investigadores los resultados muestran una tendencia constante a nivel individual que indica que la pobreza, particularmente en forma de peor situación económica, disminución de la riqueza y desempleo, está asociada con ideas y conductas suicidas.

Los hallazgos de Hoffmann *et al.* (2020), coinciden con el estudio anterior, solo que en este caso la pobreza fue asociada con muertes por suicidio en jóvenes de 5 a 19 años a nivel de condado en los Estados Unidos (2007-2016). Los resultados sugieren que una mayor concentración de pobreza a nivel de condado está asociada con mayores tasas de suicidio entre jóvenes. Por su parte, Choi *et al.* (2019), revelaron que la pobreza es un factor de riesgo de muerte por suicidio en adultos mayores de Corea del Sur y que las estrategias de prevención del suicidio para la tercera edad deben adaptarse específicamente al nivel de ingresos.

De igual modo, pero en este caso enfocado hacia el género femenino, en Camboya, Seponski *et al.* (2019) concluyeron que la pobreza, en conjunto con otros factores acumulativos como la angustia emocional, existencia de una enfermedad y de conflictos familiares, conduce a cierto número de mujeres camboyanas a intentar suicidarse.

El rostro masculino preponderante

Los resultados derivados de muertes por suicidios según sexo, indican que 79,5% de las personas que atentaron contra su vida en el contexto de la ciudad de Mérida y en el municipio Libertador durante 2001-2018, eran del sexo masculino, propensión que, en términos generales, sigue el mismo patrón que se visualiza en la entidad, en Venezuela y en la mayoría de los países del mundo. Es decir, que son muchos más los hombres que se suicidan en comparación con las mujeres (OMS, 2014; Naghavi, 2019).

Ahora bien, al detallar en las parroquias de la ciudad, encontramos algunas diferencias. En las parroquias Domingo Peña, Jacinto Plaza, Lasso de La Vega, Milla J.J. Osuna Rodríguez y Sagrario, los hombres poseen porcentajes que oscilan entre 80 y 100%; mientras que en las parroquias Antonio Spinetti Dini, Carracciolo Parra Pérez, El Llano y Mariano Picón Salas, el porcentaje fluctúa entre 73-79%.

Solo dos parroquias exhibieron cifras poco comunes en la relación según sexos de muertes por suicidio: Arias y Mariano Picón Salas, cuyos valores de muertes por suicidio según sexo masculino oscilan entre 54 y 67%. Hallazgo que conduce a profundizar el conocimiento en este aspecto y en estas áreas.

Reflexión final

Los resultados obtenidos de la configuración espacial urbana de las muertes por suicidio en la ciudad de Mérida, apuntan a estudiar a fondo los posibles factores de riesgo asociados a esta causa de muerte en esta urbe andina -los que han conducido a muchas personas de diferentes edades a atentar contra sus vidas- con énfasis en las parroquias y sectores que denotaron en esta investigación un mayor grado de vulnerabilidad, donde residen poblaciones de estratos socioeconómicos medio- bajos a bajos, pertenecientes a las parroquias Domingo Peña, Jacinto Plaza, Antonio Spinetti Dini y Milla. Esto permitiría a las autoridades competentes en materia de salud pública, establecer líneas de acción con estrategias específicas orientadas hacia esas poblaciones vulnerables frente al suicidio.

En definitiva, con estos resultados, por un lado, se dan aportes hacia la comprensión de los patrones espacio-territoriales diferenciales de la ocurrencia y frecuencia de muertes por suicidio en la ciudad de Mérida, y, por otro, se contribuye con conocimiento base para el diseño y ejecución de políticas públicas

en materia de prevención de esta máxima expresión de violencia autoinfligida en esta urbe andina.

Referencias

- Amaya, C. (2013). *La organización del espacio en el Área Metropolitana de Mérida*. Consejo de Publicaciones de la Universidad de Los Andes-ULA.
- Anderson, R., Miniño, A., Fingerhut, L. Warner, M. y Heinen, M. (2004). Deaths: Injuries, 2001. *National Vital Statistics Report*, 52(21). <https://n9.cl/jayam>
- Choi, J., Kim, T., Shin, J. y Han, E. (2019). Poverty and suicide risk in older adults: A retrospective longitudinal cohort study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 34(11), 1565-1571. <https://n9.cl/7ft5d>
- Corporsalud Mérida. (2001-2018). *Base de datos de Mortalidad del estado Mérida, años 2001-2018*.
- Hoffmann, J., Farrell, C., Monuteaux, M., Fleegler, E. y Lee, L. (2020). Association of pediatric suicide with wounty-level poverty in the united states, 2007-2016. *JAMA Pediatr*, 174(3), 287-294. <https://n9.cl/pdsht>
- Iemmi, V., Bantjes, J., Coast, E., Channer, K., Leone, T., McDaid, D., Palfreyman, A., Stephens, B. y Lund, C. (2016). Suicide and poverty in low-income and middle-income countries: a systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 774-783. <https://n9.cl/rfuh7>
- Instituto Nacional de Estadística. (2013a). *Proyecciones de población con base al censo 2011*. <https://n9.cl/iy6s3>
- Instituto Nacional de Estadística. (2013b). *División político territorial de la República Bolivariana de Venezuela 2013 con fines estadísticos*. <https://n9.cl/j28ca>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio un imperativo global*. <https://n9.cl/nv2h7>
- Seponski, D., Somo, C., Kao, S., Lahar, C., Khann, S. y Schunert, T. (2019). Family, health, and poverty factors impacting suicide attempts in Cambodian women. *Crisis*, 40(2), 141-145. <https://n9.cl/bm86d>

Una aproximación al estudio del suicidio en Venezuela [1936-2018] ¹⁵

Gustavo A. Páez S.
Yhimaina J. Urbina T.
Karina Rondón V.
Nilsa Gulfo

Introducción

Según las cifras más recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de 800.000 personas se suicidaron en el mundo en 2016 (OMS, 2020). Ello se traduce en una tasa de 10,6 suicidios por cada 100 000 habitantes (en lo sucesivo 100m/h). Dicha Organización reconoce que esta causa de muerte es un problema de salud pública grave; sin embargo, señala que es prevenible mediante intervenciones pertinentes, con base en datos fehacientes y a menudo de bajo costo. Agrega que, para que las respuestas nacionales sean eficaces, se requiere de una estrategia de prevención desde una perspectiva multisectorial e integral (OMS, 2019).

Por ser el suicidio para la OMS una prioridad en materia de salud pública, en su primer informe mundial “Prevención del suicidio: un imperativo global” (OMS, 2014) procura aumentar la sensibilización sobre la importancia del suicidio y los intentos de suicidio en ese ámbito, y conceder a su prevención una alta prioridad en la agenda mundial (OMS, 2019). En el caso de

¹⁵ Artículo de revista publicado en: Páez, G., Trejo, Y., Rondón, K., y Gulfo, N. (2021). Una aproximación al estudio del suicidio en Venezuela. URVIO, Revista *Latinoamericana de Estudios de Seguridad*, (31), 90-108. <https://n9.cl/guhr7>

Venezuela, las estadísticas de suicidios publicadas en Anuarios de Mortalidad dan cuenta de que la tasa de suicidios del país, al menos entre 2000 y 2014, se ubica por debajo de la media mundial.

De igual modo, algunos estudios relacionados con las tendencias de la mortalidad por hechos violentos (accidentes de todo tipo, homicidios y suicidios) en personas de 15 a 29 años indican que entre 1990 y 2006 el peso relativo de los suicidios dentro del total de muertes violentas permaneció muy por debajo del valor porcentual de accidentes de todo tipo y de homicidios (ambos en aumento), y que las tasas de hombres y mujeres continuaron estancadas durante ese lapso entre ciertos valores diferenciales según sexo (Freitez, 2008).

En otro trabajo, período 2000-2012, los resultados mostraron que los suicidios disminuyeron en un 60 %, mientras la tasa en ese lapso fue cuatro veces menor a la del continente americano (Martí-Amarista *et al.*, 2018).

Es oportuno acotar que las estadísticas oficiales más actuales publicadas en el país son las del Anuario de Mortalidad de 2014. Este hecho imposibilitó el estudio de esa causa de muerte por medios directos, acción que permitiría entender su comportamiento reciente. Por tanto, en este trabajo se trató de sortear esa limitante a través de procedimientos indirectos.

El propósito de este artículo es ahondar en el conocimiento de los suicidios en Venezuela, país que vive una profunda crisis humanitaria, la cual se ha agravado desde el año 2014. Entendemos por crisis humanitaria la “situación en la que existe una excepcional y generalizada amenaza a la vida humana, la salud o la subsistencia” (Cañadas *et al.* 2010, p. 115). Por tanto, para poder aproximarse mejor a la comprensión del tema, se planteó esta investigación con dos enfoques: uno cuantitativo y otro cualitativo.

Se parte de la hipótesis de que la crisis ha actuado como un factor detonante de un cúmulo de sentimientos y pensamientos negativos, y de trastornos de depresión y ansiedad, los que, a su vez, posiblemente impulsaran a venezolanos/as de distintas edades hacia actos suicidas. Entre los factores de riesgo de mayor peso asociados a la crisis se consideran las barreras en el acceso a la atención de salud; dolor crónico y enfermedades; sentido de aislamiento y falta de apoyo social; conflictos en las relaciones, disputas o pérdidas; trastornos mentales; pérdida de trabajo o financiera; y desesperanza.

Para efectos de esta investigación, se entiende por suicidio el acto por medio del cual una persona se quita la vida deliberadamente; en otras palabras, una muerte autoinfligida. Por su parte, un acto suicida es cualquier acción intencional que pudiera llevar a una persona a morir; mientras que el intento de suicidio se refiere a todo comportamiento suicida que no causa la muerte. Este último se refiere, por ejemplo, a intoxicación autoinfligida o a lesiones intencionales que pueden o no tener una intención o resultado mortal.

Metodología

El enfoque cuantitativo se centró en la estimación, durante el lapso 1950-2018, de un conjunto de indicadores numéricos para conocer, analizar y entender el comportamiento histórico y reciente de los suicidios en Venezuela. En la primera etapa se examinaron diversas fuentes de información. A escala nacional, se consultó un informe sobre Mortalidad por Suicidios y Homicidios (1936-1961), del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS 1961).

Con el objetivo de obtener los valores absolutos de suicidios en Venezuela, y por entidades federales, se revisaron los Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital del MSAS 1950-1996 (1996) y los Anuarios de Mortalidad del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS 1997-2014). En el caso de proyecciones de población, se emplearon las del Instituto Nacional de Estadística (INE 2013) y las de *United Nations* (2019).

Para el estado de Mérida, se utilizaron como fuente los diarios de circulación regional (período 2014-2018), y se tuvo acceso a la base digital del registro de Mortalidad de Corposalud Mérida (2001-2017). A escala internacional, se tomaron las cifras de la OMS (2016a) sobre las tasas de suicidios estimadas para Venezuela (2000-2015). En la segunda etapa, se analizó la calidad de la información por medio de indicadores como la proporción porcentual del subregistro de defunciones en Venezuela, período 1950-1970.

Asimismo, con base en información publicada en anuarios estadísticos (1995-2014), se estimó la proporción porcentual de causas de muertes mal definidas o sin diagnóstico médico tratante y la proporción de Muertes de Intención No Determinada (MIND) (1995-2014). Estas son aquellas cuya intencionalidad se desconoce, por lo que no pueden clasificarse como homicidios, suicidios, accidentes o bajo otra categoría de causa de muerte. En el caso del estado de Mérida, se realizó la estimación de aquellas proporciones al emplear las cifras de Corposalud Mérida. La tercera etapa se centró en la obtención de indicadores sobre suicidios, tal como se describirá en lo sucesivo.

Con las cifras absolutas de suicidios provenientes de los anuarios, y relacionadas con las proyecciones de población existentes para Venezuela, se estimaron las tasas de suicidio del país y de las entidades federales (1950-2014). Asimismo, según la información estadística disponible para Venezuela (1950-2014), se estimaron proporciones porcentuales y tasas de suicidios según

sexo, edad, y con cruce del sexo y la edad, así como porcentajes según el método empleado para suicidarse y las presuntas causas de tales hechos.

Posteriormente, se procedió a estimar la tasa de suicidios de Venezuela para el lapso 2016-2018. En este punto, es importante acotar que el número de defunciones por causa de muerte publicado en fecha más reciente en el país corresponde al del Anuario de Mortalidad del año 2014. Por tanto, se hizo difícil estimar para tiempos más actuales, y por métodos directos, la tasa nacional de suicidios. No obstante, por medio de un procedimiento indirecto, se estimó la tasa de Venezuela entre 2016 y 2018. Para lograrlo, se utilizaron las tasas de suicidios de Mérida en el período 2014-2017, estimadas y corregidas, y la extrapolada al año 2018.

Se decidió utilizar las tasas de Mérida por ser la única entidad de la cual se logró obtener la información estadística oficial sobre suicidios más reciente, y en la que se logró hacer una revisión detallada de la prensa regional.

La tendencia al aumento de MIND en la entidad muestra similitud con la propensión ascendente de estas en el país. Es el estado que, entre 2001 y 2014, ocupó de manera permanente el primer lugar en la tasa de suicidios de la nación, al mostrar una relación por cociente promedio de tamaño-magnitud (tasa de Mérida entre la nacional) de 2,93 veces (intervalo 2,15-3,91). En otras palabras, en ese lapso la tasa de la entidad fue, en promedio, 2,93 veces la de Venezuela.

Para obtener las cifras absolutas de suicidios estimados en Mérida, 2014-2018, se cruzó la información de casos reseñados en la prensa regional con los registros de la base de datos de Corposalud Mérida, lo que derivó en una primera lista depurada. Por otro lado, dentro de aquella base de datos se contabilizó a cantidad de MIND. De ahí que fue necesario extraer de ese

conjunto aquellas probables muertes por suicidio “ocultas” bajo esa categoría, para luego sumarlas a esa lista.

Después, para cada año estudiado (2014-2017), se observaron los patrones numéricos exhibidos de las muertes por suicidios, comprobados según el método empleado: envenenamiento, ahorcamiento, uso de armas de fuego, lanzamiento de un lugar elevado y sumersión. Esto permitió derivar una relación de probabilidad de ocurrencia de estas muertes según el método.

El valor específico arrojado de cada probabilidad se multiplicó por el total de presuntas muertes ocurridas según el método empleado. Ello arrojó la cifra probable de suicidios que acontecieron en un año dado por cada tipo de método, lo que resultó en decesos que estaban “ocultos” dentro de la categoría de MIND.

Una vez estimados los probables suicidios, se sumó cada resultado a los casos que se obtuvieron en la primera lista, según el año correspondiente (2014-2017). Se obtuvo, entonces, una última lista depurada y definitiva (por año) con la que se trabajó en la estimación de las tasas de suicidios corregidas para el estado de Mérida. Es pertinente acotar que, para 2018, no se contó con registros de muertes por suicidio de Corposalud Mérida. Esto llevó a estimar la cifra probable de tales hechos en ese año, para lo cual se empleó el método de extrapolación de la Parábola de segundo grado (Páez, 2018).

En lo que concierne a la estimación de la población media del estado de Mérida (período 2014-2018), es necesario señalar que ni Venezuela ni dicho estado, cuentan con proyecciones actuales que hayan sido ajustadas a los cambios demográficos acontecidos en los últimos años. Las últimas proyecciones conocidas en el país fueron las elaboradas por el INE (2013), con base en el censo general de población y vivienda de 2011 (INE, 2011). Esta limitante

hizo que se recurriera a las proyecciones de población de *United Nations* (2019).

En el cálculo de la población media de la entidad se empleó el método de extrapolación distributivo (Páez, 2018). Para la aplicación de este método se estimó un factor de corrección que surgió de dividir la población de Venezuela (corregida con omisión), arrojada por el censo (INE, 2011), entre la proyectada para el país por las Naciones Unidas, años 2016-2018. Este factor se multiplicó luego por la población de Mérida, extraída del mismo censo, y se obtuvo la población media aproximada de la entidad para cada año (2016-2018).

Con todo lo anterior se obtuvo la cifra estimada de suicidios ocurridos en Mérida durante el período 2014-2018, así como la población media de la entidad en los mismos años. Estos insumos numéricos luego permitieron estimar las tasas corregidas del estado durante ese lapso.

De igual modo, al tener las tasas estimadas y corregidas de Mérida, y las de Venezuela calculadas por la OMS, se procedió a establecer una relación por cociente entre estos indicadores numéricos para el período más reciente disponible: 2010-2015. El resultado es un factor de estimación de tamaño-magnitud ($F_{tm}=2,72$) durante ese lapso. Al dividir las tasas de Mérida (2016-2018) entre ese factor, se obtuvo, de manera indirecta, una aproximación a la tasa de Venezuela (2016-2018).

Es oportuno señalar que, en la selección del F_{tm} entre la tasa de Mérida y la de Venezuela, se calcularon y observaron los patrones temporales mostrados por este, con tasas calculadas de cifras provenientes de anuarios, períodos 1950-2014, 2001-2014 y 2010-2014. También se visualizaron los patrones entre las etapas 2000-2015 y 2010-2015, con la utilización, en el caso de Mérida, de las tasas estimadas y corregidas y, para Venezuela, las estimadas por la OMS. Asimismo, se estimó el promedio y la desviación estándar en cada período. Este último parámetro se empleó como

criterio definitivo de selección del Ftm a tomar en consideración, es decir, el que presentó menor valor de desviación, que en este caso fue 2,72 de 2010 a 2015 (tabla 1).

Se parte de la hipótesis de que la tendencia que exhibe el Ftm (2,72) en el período más reciente conocido de cifras estimadas y corregidas (2010-2015) es la que podría presentarse entre 2016 y 2018. Ello sirvió de base para plantear una estimación aproximada del nivel alcanzado por la tasa de suicidios del país en esos años.

Tabla 1

Factor de estimación tamaño-magnitud en períodos seleccionados

Período	Fuente	Ftm promedio	Des. estándar
1950-2014	Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital, y Anuarios de Mortalidad	2,03	0,776
2001-2014	Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital, y Anuarios de Mortalidad	2,93	0,499
2010-2014	Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital, y Anuarios de Mortalidad	3,31	0,460
2000-2015	Base de datos de Corposalud Mérida, Prensa regional y cifras de la OMS	2,37	0,466
2010-2015	Base de datos de Corposalud Mérida, Prensa regional y cifras de la OMS	2,72	0,011

Fuente: Anuarios y Base de Datos de Corposalud

Es importante añadir otro elemento a la hipótesis anterior: entre 2001 y 2014, la tasa de Mérida permaneció, de forma invariable, como la más elevada del país, al ser, en promedio, 2,93 veces la de Venezuela. Esto podría reforzar el hecho de que se esperaría que el Ftm mostrara una propensión análoga entre 2016

y 2018. En la cuarta y última etapa del enfoque cuantitativo, se elaboró una serie de mapas temáticos en la que se empleó como fuente la base cartográfica de la división político territorial del país, elaborada por el INE. El *software* utilizado en la digitalización de los mapas fue QGis versión 3.8, y la escala de composición 1:7.000.000.

El enfoque cualitativo también se desarrolló en varias etapas. La primera se fundamentó en la revisión de diversos trabajos de investigación precedentes en el ámbito local, regional, nacional e internacional, donde se hubiera abordado el tema de los suicidios. Toda esta información permitió tener un conocimiento general para el planteamiento de distintas interrogantes que posteriormente iban a conformar el cuestionario de las entrevistas a levantar.

La segunda etapa concernió al diseño de dos cuestionarios que se les aplicaron a los entrevistados: familiares de víctimas (tres casos de suicidio y uno de intento) y profesionales vinculados con el tema (tres psiquiatras, dos sociólogos, una psicóloga, un patólogo forense y una especialista en Salud Pública). Cada instrumento se concibió y adaptó al tipo de entrevistado, puesto que la información de interés a obtener iba a ser diferencial. En el primer caso, las categorías que se contemplaron tenían relación con varios aspectos de las víctimas: psicosocial, interpersonal, emocional y mental. En el segundo, se indagó sobre la naturaleza del suicidio; su mortalidad diferencial según sexo, edad y método; así como sobre la tasa de suicidios en Venezuela, sus tendencias recientes y factores detonantes y de riesgo explicativos.

La tercera etapa consistió en la realización de 12 entrevistas en profundidad a las personas aludidas. La cuarta y última fue la sistematización e interpretación de la información recabada en las entrevistas. Para ello se utilizaron las grabaciones hechas durante las entrevistas, se realizó la transcripción de su contenido y luego, para el caso de las víctimas, la información se interpretó con base

en el esquema que plantea la OMS (2014) sobre los principales factores de riesgo que se agrupan en cinco áreas: sistémicos, sociales, comunitarios, relacionales e individuales.

Con respecto a la entrevista recabada de los profesionales, se interpretó de acuerdo con las congruencias que se encontraron entre los resultados cuantitativos y los cualitativos. En otras palabras, conforme a las tendencias numéricas identificadas que coincidieron y adquirieron explicación lógica en la percepción de los profesionales sobre la realidad de los suicidios en Venezuela.

Resultados y discusión

Algunas consideraciones sobre la calidad de las estadísticas utilizadas

Según Chen y Picouet (1979), antes de 1936 el porcentaje de subregistro de muertes en Venezuela era superior al 30 %. Después de ese año, y hasta 1961, pasó de 24 a 14 %, y mostró mejoría en los años 70 con 4,8 %. Zambrano (1985) expone que, en 1959, ese valor rondaba el 14,7 %, mientras que en 1964 había descendido a 10,4 % y, en 1970, bajó a 3% para mantenerse por debajo de esa cifra en las décadas siguientes. Entre tanto, la proporción porcentual de causas de muertes mal definidas, dentro del total de defunciones acontecidas en el país entre 1995 y 2014, también mostró un descenso al pasar de 1,56 % en 1995 a 0,38 % en 2014.

En el caso del porcentaje de las MIND, dentro del total de muertes que acontecieron en el país, la tendencia fue contraria al indicador anterior. Se observa un aumento del registro de estas muertes en el período más reciente de estadísticas oficiales disponibles (1995-2014). Ello exhibe un crecimiento fluctuante que casi llega a duplicarse en esos 20 años (de 2,8 a 5,6 %).

Por otra parte, al estimar las MIND, con relación a las muertes por causas externas de mortalidad y morbilidad, se obtuvo la misma tendencia. Esto revela que en 1995 aquellas tenían un peso relativo de 18,3 % mientras que, 20 años después, en 2014, alcanzaron un 31,8%. De igual manera, se estableció la relación entre las MIND y el total de muertes violentas, de la cual se obtiene un índice que muestra una vez más el aumento creciente de las primeras con respecto a las segundas. En 1995, se registraron 64,5 MIND por cada 100 muertes violentas; para 2014, ese índice había aumentado a 91,1.

En el caso específico de Mérida, se observó también una tendencia general al aumento de las MIND entre 2001 y 2017. Para 2001, el peso de estas dentro del total de muertes violentas era cercano al 7 %; en 2017, ya había ascendido a 33. De igual forma, el índice de relación de aquellas defunciones entre las muertes violentas arrojó en 2001 un valor de 7 MIND por cada 100 muertes violentas; en 2017, ya había escalado a 49.

La mejora en el registro de las defunciones, así como en el porcentaje de causas de muertes mal definidas, suponen una estrecha relación con el paso de la Venezuela rural a la urbana (1950-1960) (Bolívar, 2008) y, en general, con el proceso de modernización del país a partir de los años 60. Esto, por una parte, impulsó a los registros administrativos a mejorar de forma progresiva la calidad de sus asentamientos (Chen y Picouet, 1979). Por otra, permitió una mejora paulatina en la formación del personal de salud en servicios generales y especializados; la construcción de hospitales, ambulatorios rurales y urbanos; y mayor dotación de equipos e insumos, entre otros avances.

El incremento de las MIND en el país podría explicarse por el número, cada vez más creciente, de casos de fallecimiento cuyo registro en el certificado de defunción se plasma como caso en estudio forense. Se desconocen las razones del aumento de este tipo de registros. Dentro de esas muertes quedan ocultos

homicidios, accidentes de todo tipo y suicidios que puede llevar a subestimar tasas en esos tres aspectos.

En el caso de Mérida, donde también se presentó la misma tendencia, se procedió a hacer la corrección de los suicidios absolutos para el período más reciente disponible (2014-2017), tal y como se especificó en el apartado metodológico, lo cual llevó a obtener tasas estimadas y corregidas para Venezuela.

Evolución de la tasa de suicidios en Venezuela

La tasa de suicidios en Venezuela (figura 1) entre 1936 y 1949 fluctuó de 3,1 a 4,7 suicidios 100m/h. Después, osciló de 3,8 a 5,8 durante el período 1950-1964, para luego mostrar valores cercanos o iguales a 7 entre 1965 y 1972. En estos años, se registraron los mayores niveles de suicidios en el país, dentro de la serie temporal 1936-2014. Durante los años de 1972 a 1989, la tasa exhibió una tendencia al descenso, con valores que declinaron de 7 a 3,5; mientras que en los años subsiguientes (1990-2001) tuvo un leve repunte y se mantuvo oscilante entre 5,1 y 5,6. Posteriormente, cayó, de manera ininterrumpida, de 5,6 a 1,9 (2001-2014).

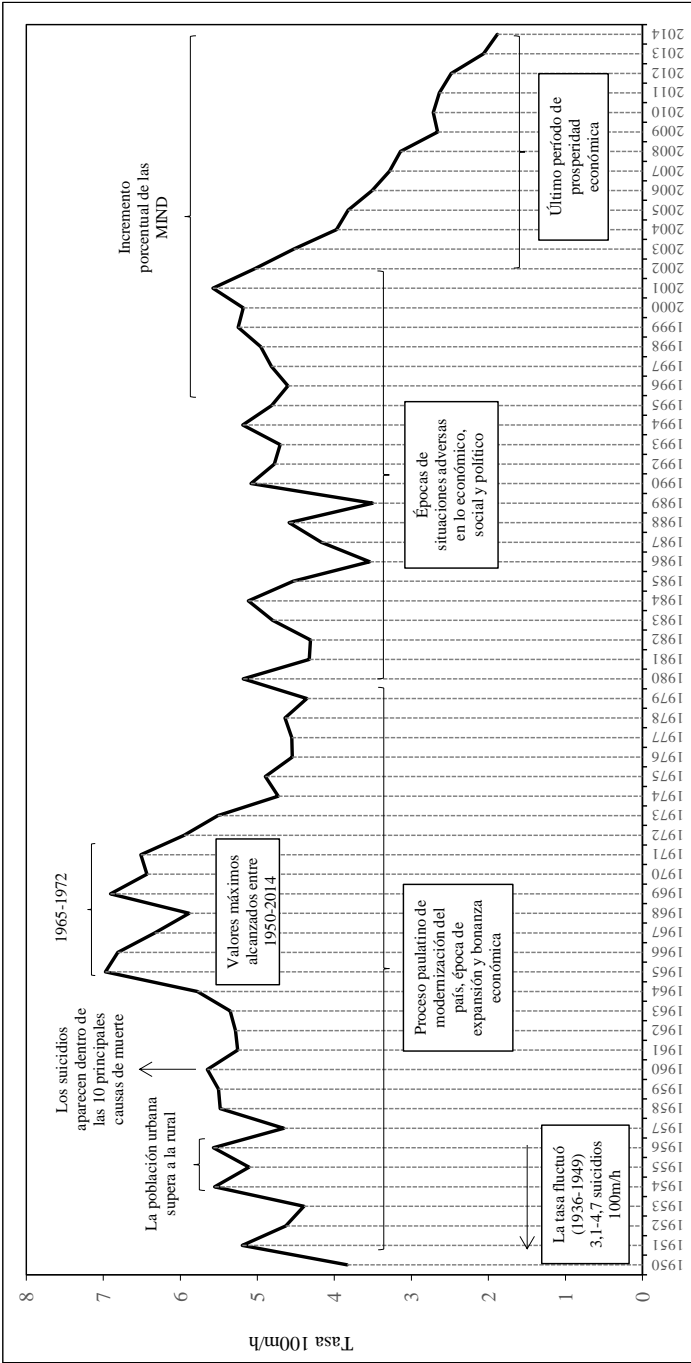
Es a partir de los años 60 que los suicidios comienzan a formar parte de las diez principales causas de muerte de la población venezolana. Este suceso coincide con el paso de la Venezuela rural a la urbana, donde el crecimiento de esta última fue vertiginoso en las décadas de los años 50, 60 y 70.

Aun cuando la tasa de suicidios desde los albores de 1950 mostraba signos de aumento hasta 1972, esta se mantuvo en un intervalo de 4 a 5,5 suicidios 100m/h desde 1950 y hasta el año 2000, a excepción del período 1965-1972. Es decir, en realidad este indicador no experimentó cambios numéricos sustanciales. Quizás, a pesar de haber sido el lapso 1950-1975 de bonanza económica para las personas venezolanas y la inmigración extranjera, los nuevos estilos de vida urbana adquiridos por los individuos, las

dificultades en el proceso de aculturación por parte de los/las extranjeros/as, el no cumplimiento de metas y expectativas al migrar del campo a la ciudad, la segregación social y el aumento de la pobreza en sectores de la población, entre otros, pudieron estar entre los factores que incidieron en la decisión de muchas personas de atentar contra sus vidas. Ese efecto luego declinó de 1973 a 1983.

Lo cierto es que la estructura del patrón de causas de mortalidad en el país se modificó y cambió para articularse en una nueva estructura en la que predominan las enfermedades degenerativas y las que se producen por las modificaciones en el estilo de vida de los venezolanos, como resultado de un síndrome de naturaleza social y cultural (Bolívar, 2008), vale decir: homicidios, accidentes y suicidios.

Figura 1
Evolución de la tasa de suicidios del estado Mérida y Venezuela, período 1950-2014



Fuente: cálculos propios con base en cifras del MSAS (1950-1996), MPPS (1997-2014) y del INE (1950-2050)

El leve incremento de la tasa de suicidios en parte de los años 80 y toda la década de los 90 podría explicarse por los problemas económicos, sociales y políticos que se desencadenaron en el país en esos tiempos (Bolívar, 2011; Freitez, 2011). A partir de 2001, y hasta los últimos datos conocidos (2014), la tasa mostró un descenso paulatino con una pendiente en la recta en ese segmento temporal nunca antes vista.

Dentro de este último lapso es importante hacer dos señalamientos. El primero es que el declive en la tasa (de 2002 a 2012) coincide con el último período de prosperidad económica vivido en Venezuela, un boom petrolero mucho más elevado que el experimentado en la década de los 70 del siglo XX, lo que implicó un aumento sustancial en el gasto social (Santos y Villazmil, 2006; Hernández y Reyes Avendaño, 2008; Weistbrot y Sandoval, 2008).

De los años 2000 a 2010, se produjo en el país un incremento inusitado del ingreso nacional per cápita y se llevó a cabo una política de distribución extensa y generalizada de esa riqueza que, según los informes gubernamentales, condujo a la reducción de la pobreza y la desigualdad, y al cumplimiento por anticipado de las metas del milenio (República Bolivariana de Venezuela, 2010). Entonces, un período de aparente prosperidad y bienestar económico pudo haber incidido en la disminución de la tasa.

Innumerables estudios que se han realizado desde la segunda mitad del siglo XX hasta nuestros días tratan de mostrar la probable relación del aumento de la tasa de suicidios en períodos de crisis económicas, o su reducción en lapsos de bienestar, así como de su posible aumento durante épocas de crecimiento económico (Yu-Hui y Wen-Yi, 2018; Crespo, 2019; Ferreira, Monteiro y Pires, 2019; Inoue, Hashioka y Kawano, 2020; solo por citar algunos de los más recientes).

Uno de los trabajos más exhaustivos que ha abordado esa vinculación es el de Muñoz *et al.* (2014). Estos investigadores intentaron demostrar, a través de la revisión de 42 estudios, la posible relación (o no) existente entre el aumento de las tasas de suicidios y los períodos de crisis económicas.

Concluyeron que dicha relación es controvertida, sujeta a diferentes interpretaciones, y presenta diferencias significativas entre países. En la mayoría de los estudios revisados, los investigadores encontraron una relación de aparente aumento entre los suicidios y momentos de crisis económicas, al evaluar variables tales como: desempleo, momentos de recesión económica, austeridad fiscal y débil protección social.

El segundo señalamiento es que, aun cuando la tasa declinó entre 2001 y 2014, es muy probable que sus valores registrados, según las estadísticas publicadas en los anuarios, no muestren sus verdaderos niveles numéricos. Es decir, es muy posible que esas tasas hayan sido más elevadas, pero que se mantuvieran por debajo de 6 suicidios 100m/h.

Esto se sustenta en que el declive en la tasa en esos tiempos coincide con el incremento sostenido de las MIND, en donde, como se expuso, quedan “ocultos” un número importante de suicidios. Es probable que esa cantidad sea mayor en la medida que el porcentaje de MIND se eleve. Esto explicaría el cambio notorio y prolongado en la curva de la gráfica entre 2001 y 2014, no observado en otra época de registro. De hecho, la OMS estimó que la tasa de Venezuela se posicionó en 5,9; 4,3 y 3,8 suicidios 100m/h para 2005, 2010 y 2015, respectivamente; mientras que con cifras del MPPS (2014) los valores son menores: 3,8 (2005); 2,7 (2010); y 1,9 (2014).

Al calcular el coeficiente de correlación de Pearson entre el comportamiento de las cifras de las tasas de suicidios y el porcentaje de las MIND en aquel período (2001-2014), se obtuvo un valor de -0,93. Ello significa una relación inversa entre las

variables, y un grado de asociación muy elevado entre estas. Es decir, en la medida que aumenta el porcentaje de MIND, disminuye la tasa de suicidios. Esto resulta muy lógico puesto que en la medida que aumente el porcentaje aludido, se subestiman los valores absolutos de muertes por esta causa y, al mismo tiempo, se subestima la tasa de suicidios.

La tasa histórica de suicidios (THS) del país (1950-2014) resultó ser de 4,4 suicidios 100m/h. En el caso de las entidades federales, Mérida presentó la tasa promedio (8,9) más elevada de toda Venezuela (figura 1). Históricamente resulta ser 2,03 veces la THS del país y 102 % superior a esta. El seguidor más cercano es el estado Trujillo (6,3) y, aun así, la tasa de Mérida es 1,4 veces la de esta otra entidad andina (41 % superior) y 6,3 veces la de Vargas (1,4), territorio con el indicador más bajo (535 % superior).

Una aproximación reciente a la tasa de suicidios

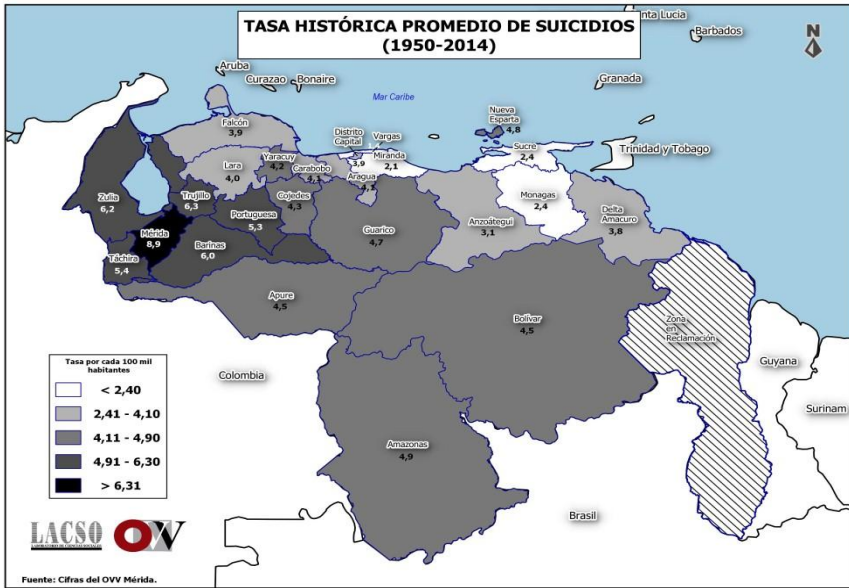
La OMS estimó que la tasa de suicidios de Venezuela para 2015 se ubicó alrededor de los 3,8 suicidios 100m/h. Ello significa que, para ese año, en el país podrían haber ocurrido unas 1.143 muertes autoinfligidas. Nuestras estimaciones arrojaron que, entre 2016 y 2018, ese valor se incrementó de 1.143, en 2015, a 2.687, en 2018. En otras cifras, el aumento durante ese lapso fue de 135 %.

Desde el punto de vista de la tasa de suicidios, este indicador se incrementó de 3,8 en 2015 a 9,3 suicidios 100m/h en 2018. El aumento en este caso estuvo por el orden de 145 % en ese período. En el caso de Mérida, la tasa se acrecentó de 12,6 a 25,4 suicidios 100m/h entre 2015 y 2018, lo que marcó un incremento de 102 % durante ese lapso (tabla 2). Estos resultados son congruentes con los que se obtuvieron en la investigación del *Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)*, *University of Washington*, Estados Unidos (Naghavi, 2019). En esta se estimó que en Venezuela se incrementó la tasa de suicidios (estandarizada por edad) de 40 a \leq

60 % entre 1990 y 2016. Esto, según el mismo estudio, arrojó una tasa en un intervalo de 5 a ≤ 10 suicidios 100m/h.

Figura 1

Tasa histórica de suicidios por cada 100 mil habitantes. Venezuela y entidades federales, 1950-2014



Estados	THS (100m/h)
Mérida	8,9
Trujillo	6,3
Zulia	6,2
Barinas	6,0
Táchira	5,4
Portuguesa	5,3
Amazonas	4,9
Nva. Esparta	4,8
Guárico	4,7
Apure	4,5
Bolívar	4,5
Cojedes	4,3
Yaracuy	4,2
Aragua	4,1

Estados	THS (100m/h)
Carabobo	4,1
Lara	4,0
Distrito Capital	3,9
Falcón	3,9
Delta Amacuro	3,8
Anzoátegui	3,1
Monagas	2,4
Sucre	2,4
Miranda	2,1
Vargas	1,4
Venezuela	4,4

Fuente: Cálculos propios con base en cifras del MSAS (1950-1996), MPPS (1997-2014) y del INE (1950-2050)

Tabla 2
Indicadores de suicidios estimados. Venezuela y estado de Mérida, 2015-2018

	Suicidios ¹	Tasa (100m/h) ²	Aumento % ³	Algunos aspectos e indicadores de la crisis
Venezuela	1.143 (2015)	3,8 (2015)	145%	*En lo económico, políticas dirigidas a regular, fiscalizar y penalizar la actividad productiva (expropiación e intervención de unidades productivas, controles de precios y de cambio, etc), aumentos de salario mínimo de forma unilateral, huida de la inversión privada, cierre de empresas, destrucción del empleo y caída en la producción nacional. *La pobreza total aumentó de 47 a 93% entre 2014-2018, mientras la extrema pasó de 21 a 79% Venezuela se convierte en el país más pobre de América Latina y el Caribe, y el más desigual en la región después de Brasil. Los niveles de pobreza alcanzados se equiparan con los de los países más pobres del mundo y de mayor inestabilidad política. *En 2015, el 80% de los hogares tenían insuficientes ingresos para la compra de alimentos. En 2017 y 2018, ese valor aumentó a 94 y 89%, respectivamente. En 2015, cerca del 12,1% de la población hacía 2 o menos comidas al día, durante 2016-2017 ese valor fluctuó entre 28 y 31%. *En 2016 el excedente de muertes infantiles asociadas a la crisis se estimó en más de 5 mil. Para 2018, ese valor estimado aumentó a 20.000. En 2017, se calculó una pérdida de esperanza de vida al nacer de 3,5 años *Según el Observatorio Venezolano de Violencia la tasa de muertes violentas se elevó de 82 a 89 decesos 100m/h (2014-2017) posicionándose Venezuela como el país más violento de América Latina y el Caribe, y el quinto en el mundo. *Naciones Unidas estimó entre 2015-2017 una variación del stock de migrantes venezolanos de 606 mil a 1 millón 622 mil. Según la ENCOVI 2017, entre 2013-2018; 1,6 millones de personas emigraron al exterior.
	1.821 (2016)	6,1 (2016)		
	2.382 (2017)	8,1 (2017)		
	2.687 (2018)	9,3 (2018)		
Estado Mérida	108 (2015)	12,6 (2015)	102%	*En 2015, el 80% de los hogares tenían insuficientes ingresos para la compra de alimentos. En 2017 y 2018, ese valor aumentó a 94 y 89%, respectivamente. En 2015, cerca del 12,1% de la población hacía 2 o menos comidas al día, durante 2016-2017 ese valor fluctuó entre 28 y 31%. *En 2016 el excedente de muertes infantiles asociadas a la crisis se estimó en más de 5 mil. Para 2018, ese valor estimado aumentó a 20.000. En 2017, se calculó una pérdida de esperanza de vida al nacer de 3,5 años *Según el Observatorio Venezolano de Violencia la tasa de muertes violentas se elevó de 82 a 89 decesos 100m/h (2014-2017) posicionándose Venezuela como el país más violento de América Latina y el Caribe, y el quinto en el mundo. *Naciones Unidas estimó entre 2015-2017 una variación del stock de migrantes venezolanos de 606 mil a 1 millón 622 mil. Según la ENCOVI 2017, entre 2013-2018; 1,6 millones de personas emigraron al exterior.
	142 (2016)	16,6 (2016)		
	185 (2017)	22,0 (2017)		
	210 (2018)	25,4 (2018)		

¹Total de suicidios estimados; ²tasa de suicidios estimada por cada 100 mil habitantes; ³valor porcentual de incremento de la tasa durante el período. Fuente: Cálculos propios con base en cifras de la OMS, prensa regional, Corposalud Mérida (2019) y proyecciones de población de las Naciones Unidas; indicadores de la crisis ENCOVI (2014-2019)

Tal y como se alude en párrafos precedentes, existen trabajos de investigación que han demostrado, en diferentes países del mundo, la relación existente entre momentos de crisis económicas y el probable aumento de las tasas de suicidios. No obstante, en el caso venezolano, el problema va más allá de lo económico y trasciende a un escenario real y muy tangible de crisis humanitaria.

Por tanto, dimensionar el impacto que tiene esta situación negativa en el plano social es posible gracias a la disponibilidad de información sobre las condiciones de vida de la población venezolana proveniente del proyecto ENCOVI.

Es probable que la frecuencia de muertes autoinfligidas aumente ante la realidad que vive la sociedad venezolana en la actualidad, puesto que los problemas mentales, el sufrimiento emocional intenso y la desesperanza son comunes en las crisis humanitarias, y estos problemas pueden llevar al suicidio o a la autolesión (OMS, 2016b).

Nuestra hipótesis se sustenta en que el agravamiento de la crisis en Venezuela ha sido el detonante de sentimientos y pensamientos negativos, y de cuadros de depresión y ansiedad, que ha llevado a muchos/as venezolanos/as a tomar la lamentable decisión de quitarse la vida. Esta crisis ha estado caracterizada por la subnutrición, desnutrición e inseguridad alimentaria en la población; el aumento de la inflación; la pérdida acentuada del poder adquisitivo; el subempleo; el deterioro de las condiciones laborales; entre otras desmejoras económicas.

También la signan el incremento de la inseguridad ciudadana y la violencia; el ascenso de las tasas de mortalidad infantil y la mortalidad en general; el deterioro profundo de la salud de las personas y del sistema de salud pública; la pobreza creciente; la deficiencia en la cobertura y calidad de los servicios públicos; la migración hacia el exterior; entre otras facetas, las cuales han sido estudiadas a detalle por distintos investigadores

(Freitez, González y Zúñiga, 2015; UCAB, 2016; Freitez, 2017; Freitez, 2018; entre otros trabajos realizados durante 2015-2019 donde se ha abordado la crisis).

Mortalidad diferencial por suicidios

En la tabla 3 se exhibe un conjunto de indicadores que dan cuenta de la mortalidad diferencial por suicidios en Venezuela según sexo, edad, con el cruce del sexo y la edad, más los métodos empleados, esto para distintos lapsos.

Numerosos estudios han demostrado la mortalidad diferencial según el sexo, y los suicidios como causa de muerte autoinfligida, no son la excepción. En todos los países del mundo, las tasas de los hombres son superiores a la de las mujeres. No obstante, existen diferencias en torno a la relación de cuántas veces la primera es superior a la segunda, y ello va a depender de las realidades específicas de cada país. Es así como en tiempos recientes, investigaciones de la OMS (2014; 2020) y del IHME (Naghavi, 2019) han demostrado nuevamente esas diferencias a escala mundial.

Las razones por las que se suicidan más hombres que mujeres se podrían resumir según los aportes de Echeburúa (2015). El autor argumenta que los hombres son más impulsivos, tienen una menor tolerancia al sufrimiento de tipo crónico, les cuesta más buscar ayuda ante el sufrimiento y están más afectados por trastornos adictivos. En tanto, la mayor tasa de suicidios en ellos guarda estrecha relación con la forma de cómo estos viven sus adversidades: el hombre soporta peor la soledad o la ruptura de pareja; no suele conversar sobre los problemas que lo aquejan, hecho que no permite liberar su carga de sufrimiento; y vive en general con mayor nivel de estrés y angustia laboral.

Tabla 3

Mortalidad diferencial por suicidios según tipos de indicadores.
Venezuela, 1936-2018

	Sexo	Edad	Sexo y Edad	Métodos	Fuentes
Venezuela (1936-1949)	TH≈6,1-6,2 TM≈1,4-2,1 SH≈78,1% SM≈21,9%	La mayoría de los suicidios ocurrían en individuos menores de 30 años (≈40-50%).	Los hombres en todos los grupos de edad, a excepción de 10-14 y 15-19, mostraban tasas superiores a las mujeres.	Los dos principales métodos que se utilizaban en la época, eran el ahorcamiento y armas de fuego.	Estudio sobre homicidios y suicidios en Venezuela, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.
Venezuela (1950-2014)	TH≈7,0 TM≈2,0 SH≈80% SM≈20%	Antes de los 30 años de edad acontecían cerca del 40% de los suicidios.	Cerca del 45% de los suicidios ocurrieron entre hombres de 15-39 años. Las tasas crecen hacia los adultos mayores.	Continúan como los principales métodos: el ahorcamiento (52%) y el uso de armas de fuego (27%).	Anuarios Epidemiológicos y de Estadísticas Vitales, Anuarios de Mortalidad, Anuarios Estadísticos de Venezuela, Proyecciones de población del INE.
Venezuela (2015-2018)	TH≈6,3 TM≈1,1 SH≈80% SM≈20%	La tasa aumenta hacia las edades avanzadas, es decir, de 3 (10-19) a 8,9 (80 años y más). La tendencia a seguir elevándose las tasas hacia los adultos (45-64) y adultos mayores (65 años y más).	La principal víctima de suicidios son los hombres entre 20-29 años y los adultos mayores de 65 años y más. En el caso de las mujeres, las tasas más elevadas se observan en el grupo (10-19) y a partir de los 70 años y más.	Los métodos más empleados son: el ahorcamiento (62%) y envenenamiento (21%).	Estimaciones propias con base en cifras de la OMS, Anuarios de Mortalidad y datos de Corposalud Mérida. Estimaciones de indicadores de suicidios de la OMS, información de medios de comunicación y la obtenida de las entrevistas.

TH: Tasa de suicidios del sexo masculino por cada 100 mil habitantes del mismo sexo.

TM: Tasa de suicidios del sexo femenino por cada 100 mil habitantes del mismo sexo.

SH: Porcentaje de suicidios en hombres.

SM: Porcentaje de suicidios en mujeres.

Fuente: elaboración propia con base en los resultados generados en el estudio.

Los hombres emplean métodos más letales para suicidarse, por ejemplo: ahorcarse, dispararse con un arma de fuego o lanzarse desde un sitio elevado. Las mujeres recurren más al envenenamiento o la intoxicación con sustancias de distinto tipo, o a la ingesta de fármacos (Värnik, 2012). Esto explica, en gran parte por qué las tasas en ellos son más elevadas que en ellas.

En cuanto a la edad, según Echeburúa (2015), los desencadenantes de intentos de suicidios o del suicidio consumado de adolescentes y jóvenes son los siguientes: a nivel clínico, el consumo excesivo de alcohol y/o drogas, o el surgimiento de una depresión o de una manifestación psicótica; a nivel ambiental, un contexto familiar y social deteriorado, una desilusión amorosa, una orientación sexual diversa, el fracaso escolar o universitario frecuente o el acoso (incluido el ciberacoso).

A nivel psicológico, plantea Echeburúa (2015), figuran la presencia de algunas características de personalidad como la impulsividad, la baja autoestima, la inestabilidad emocional o la dependencia emocional extrema. Agrega que, en el caso de las personas adultas, estas pueden llegar a experimentar sensación de fracaso personal, laboral y familiar, o una recriminación social que las sumerjan en una profunda desesperanza. Si a esto se le añade un estado de soledad, de red de apoyo social pobre, de trastornos mentales (depresión principalmente) o de enfermedades crónicas incapacitantes o con mal pronóstico, se entenderían las razones por las que estos individuos planifican el acto suicida, lo realizan de forma aislada, y llegan a usar métodos rápidos y letales.

También añade Echeburúa que el suicidio tiende a ser más frecuente en personas adultas mayores, con más probabilidad si están solos/solas, deprimidos/deprimidas y si padecen enfermedades incapacitantes. Entre las motivaciones que las llevan a suicidarse señala: la soledad, por pérdida de la pareja o por abandono, la sensación de ser una carga y el padecimiento de

patologías crónicas graves. Para Värnik (2012), las personas adultas mayores llevan a cabo menos intentos de suicidios que las personas jóvenes, pero emplean métodos más efectivos al intentarlo, lo que lleva a una mayor letalidad.

El suicidio en Venezuela: una mirada reciente desde la perspectiva profesional

En opinión de la mayoría de los/las profesionales entrevistados/as, es probable que las tasas de suicidios se hayan incrementado en Venezuela, y relacionan esta escalada con la innegable adversidad que atraviesa el país. Para ellos, situaciones individuales y familiares, en ausencia palpable y contundente de factores de protección, se conjugan con una situación que funge como principal detonante del aumento de casos de suicidios en el territorio nacional.

Los entrevistados son de la idea de que la crisis venezolana se ha convertido en angustia y desesperación para muchas personas, y ha llevado al incremento de los actos suicidas asociados, sobre todo, a padecimientos de depresión y ansiedad, así como a la aparición, cada vez más habitual, de comportamientos impulsivos relacionados con eventos traumáticos.

Diversas investigaciones demuestran la fuerte conexión existente entre el suicidio y trastornos mentales como la depresión, la ansiedad, o la bipolaridad en, al menos, el 80 % de los casos de muertes autoinfligidas (por ejemplo, Echeburúa, 2015; Bertolote y Fleischmann, 2002). De hecho, dentro de una muestra de 216 casos de venezolanos/as cuyos presuntos móviles fueron conocidos (2014-2018), la depresión como factor de riesgo fue el principal. Esta pasó de un peso relativo de 34,1 en 2014, a 58,8 % en 2016. Luego, aun cuando disminuyó un poco, se mantuvo por sobre el 56 % en 2017 y 2018.

En otro orden de ideas, en los últimos años se identifica una tendencia aparente al descenso de las tasas de suicidios en personas jóvenes (20-24 años), adultas jóvenes (25-29) y adultas (30-40), mientras se observa un aparente aumento en las adultas de mediana edad (40-64) y adultas mayores (65 años y más).

Al respecto, de las entrevistas surgió el planteamiento que esto pudiera relacionarse con la crisis del país, debido, principalmente, a que las personas que están emigrando son jóvenes y adultas jóvenes, quienes apenas construyen su plan de vida y estabilidad, pero aquellos que se encuentran en la etapa de la adultez de mediana y tercera edad, ya tienen su proyecto de vida establecido. En este caso, la frustración es mayor, porque en aquellos que tenían un trabajo estable y luego lo pierden, o ya tenían su casa y luego la pierden, o tienen que vender algunas de sus pertenencias para poder alimentarse, la frustración e indignación aumentan. Es decir, muchos/as jóvenes o personas adultas jóvenes que emigran están comenzado de cero, mientras que el adulto mayor no suele emigrar porque no es fácil desprenderse de la estabilidad que ha logrado.

Las personas adultas y adultas mayores son las que, en su mayoría, quedan expuestos/as y vulnerables ante la crisis profunda que sufre el país. Esto aumenta las probabilidades de que tales poblaciones padezcan de trastornos de depresión y ansiedad, que las invada la desesperanza, y que las embarguen pensamientos negativos por no ver una salida a corto plazo de la crisis.

Síntesis de las autopsias psicológicas de las víctimas de hechos suicidas

Dos de las historias conocidas en este trabajo estuvieron fuertemente conectadas con la situación negativa que atraviesa Venezuela, mientras que las otras dos se vincularon con problemas de pareja y familiares. La primera de ellas se trató de un hombre de 51 años, quien llega al acto del suicidio debido a una suma de factores como el aislamiento, la falta de apoyo social, conflictos en la relación de pareja y en el seno del hogar, predisposición familiar al suicidio, problemas económicos y padecimiento de depresión, estos dos últimos conectados con una profunda preocupación por la crisis nacional.

La segunda historia tuvo relación con el intento de suicidio de una mujer de 35 años, donde la pérdida de su empleo debido a la crisis, la falta de dinero para sus compras básicas, el padecimiento de una enfermedad y el hecho de no poder darle todo lo necesario a su hijo de 11 años se conjugaron con otros factores como el sentimiento de aislamiento, junto a la impotencia y soledad, que la llevaron a un cuadro depresivo y a atentar contra su vida.

Otros ejemplos conspicuos de cómo muchos actos suicidas de la población venezolana han estado vinculados, de una u otra manera con la crisis humanitaria, lo representan las tres historias relatadas en la investigación realizada por Crespo (2019). En los tres casos, Crespo halló que la calidad de vida de las víctimas cambió de forma drástica: el hombre adulto entrevistado, de 54 años, perdió la calidad y dinámica de vida a la que estaba acostumbrado; el joven, de 19, y la joven, de 22, perdieron su proyección de futuro. Según el mismo autor, estos cambios se agudizaron con el contexto general del país.

En resumen, el autor expone que, al menos en estos tres casos, si bien es cierto que la motivación principal para llevar a cabo el acto suicida fue individual, esta se presentó como consecuencia del impacto del contexto social en el individuo. El suicidio representó una decisión y un modo de reacción ante dicha situación. De esta manera plantea que, así como el contexto social actual venezolano ha generado individuos violentos contra las demás personas, también está generando individuos violentos contra sí mismos.

Consideraciones finales

A lo largo del siglo XX y hasta el año 2014, aproximadamente, Venezuela puede considerarse un país que siempre mostró tasas de suicidios relativamente bajas con respecto a la media mundial y a la de los países con las tasas más elevadas del mundo. La nación parece ser un buen ejemplo de que, en algunos momentos, la tasa de suicidios aumentó: en tiempos de bonanza económica (décadas de los 60 y 70) y en tiempos de crisis económica (años 90). No obstante, descendió nuevamente en años de crecimiento económico (década de los años 2000).

En años recientes, la situación ha cambiado. La tendencia desde 2015 es al ascenso. Entre 2017 y 2018, se han presentado las cifras más elevadas de suicidios conocidas en los últimos 80 años de registros estadísticos oficiales de esta causa de muerte (1936-2014) en el país. Los suicidios han aumentado en medio de un conflicto social, económico y político-institucional sin precedente en más de 200 años de historia republicana.

En Venezuela, el suicidio pasó de ser una decisión individual relacionada con diferentes factores de riesgo a ser también un fenómeno de carácter social. La precarización de la vida no solo ha incrementado la violencia directa y estructural a lo largo y ancho del espacio nacional, sino también la violencia de los individuos

hacia ellos mismos. Los hallazgos de la presente investigación sugieren que este hecho en la sociedad venezolana se presenta en gran parte por el impacto que ha generado el contexto nacional sobre el individuo.

El incremento de los suicidios parece responder a una decisión y una manera de reaccionar frente al marco social de la crisis humanitaria. Esta última ha generado que cada día más venezolanos sean violentos con ellos mismos y se ocasionen lesiones autoinfligidas que en muchos casos los llevan a consumir el suicidio. En otras palabras, el suicidio se ha convertido en una “válvula de escape” para muchos venezolanos que viven y padecen la profunda crisis actual del país.

La acentuación reciente de la tasa de suicidios en el estado de Mérida no es consecuencia de la singularidad que mantuvo esta entidad durante muchos años (1970-2014), sino que puede representar una muestra de lo que acontece en el resto del territorio nacional. No obstante, los distintos ritmos de aumento y los niveles numéricos de las tasas dependen de las realidades específicas de cada estado.

Los resultados cuantitativos y cualitativos indican que es muy probable que la tasa de suicidios en Venezuela se haya incrementado en los últimos años. Esta investigación apunta a que el agravamiento de la crisis en Venezuela, con todas sus características y situaciones asociadas, acentuó y expandió diversos factores de riesgo en buena parte de la sociedad, los que, a su vez, actuaron en diferentes combinaciones y llevaron a muchas personas al suicidio.

Referencias

- Bertolote, J. y Fleischmann, A. (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Suicidology*, 7(2), 6-8. <https://bit.ly/2OAXwLx>
- Bolívar, M. (2008). La población venezolana, su dinámica y su distribución. En *Geo Venezuela, tomo 3*, pp. 30-107, Fundación Polar.
- Bolívar, M. (2011). 200 años contando la población venezolana a través de censos, estimaciones y otros cálculos. En A. Freitez. (Ed.), *La Población Venezolana 200 años después* (pp. 73-114). UCAB-AVEPO.
- Cañadas, M., Caramés, A., Fisas, V., Gracia, P., Prandi, M., Redondo, G., Royo, J., Sanz, E., Collantes, N., García, J., Vilellas, A. y Vilellas, M. (2010). *Alerta 2009. Informe sobre conflictos, derechos humanos y construcción de la paz*. Icaria Editorial / Escola Cultura de Pau/UAB. <https://bit.ly/2ZbVyTN>
- Chen, C. y Picouet, M. (1979). *Dinámica de la población. Caso de Venezuela*. Universidad Católica Andrés Bello.
- Corposalud Mérida. (2001-2017). *Base de datos de Mortalidad del estado Mérida, años 2001-2017*.
- Crespo, F. (2019). Aproximación descriptiva al fenómeno del suicidio en el estado de Mérida, Venezuela. *URVIO, Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad*, (24), 167-185. <https://bit.ly/2Nnz6oh>
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 117-126. <https://bit.ly/3qu20ln>
- Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. (2014-2019). *Proyecto Encovi*. <https://bit.ly/3aglBQ1>
- Ferreira, E., Monteiro, J. y Pires, J. (2019). Death by Economic Crisis: Suicide and Self-Inflicted Injury in the European Union (EU15) During the Worst of Times. *Society and Economy*, 41(1), 145-164. <https://bit.ly/3da1CEK>

- Freitez, A. (2008). Se intensifican los riesgos de morir por causas violentas en la población joven de Venezuela. *Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura*, 14(1), 307-335. <https://bit.ly/3ahQwM6>
- Freitez, A. (2011). Venezuela 1981-2011. Tránsito de un país de inmigración a otro de emigración. En A. Freitez. (Ed.), *La Población Venezolana 200 años después* (147-180). UCAB-AVEPO.
- Freitez, A. (2017). *Venezuela la caída sin fin ¿hasta cuándo?* Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI 2016). Abediciones. <https://bit.ly/3rJokY4>
- Freitez, A. (2018). *Espejo de la crisis humanitaria venezolana*. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI 2017). Abediciones. <https://bit.ly/3rJokY4>
- Freitez, A., González, M. y Zuñiga, G. (2015). *Una mirada a la situación social de la población venezolana*. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI 2014). UCAB. <https://bit.ly/3ahQfZe>
- Hernández, M. y Reyes, R. (2008). Análisis de la política económica en Venezuela: 1998-2006. *Revista OIKOS* (26), 25-47. <https://bit.ly/3qgLLYL>
- Inoue, Ken, Hashioka, S. y Kawano, N. (2020). Risk of an Increase in Suicide Rates Associated with Economic Downturn Due to Covid-19 Pandemic. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 32(6-7), 367. <https://bit.ly/3qkZc9O>
- Instituto Nacional de Estadística. (2011). *Censo general de población y vivienda*. <https://bit.ly/3jKwrRu>
- Instituto Nacional de Estadística. (2013). *Proyecciones de población con base al censo 2011*. <https://bit.ly/3aVvUIw>
- Martí-Amarista, C., Barboza-Reyes, J., Castro-Mendoza, D. y Ballesteros-Ballesta, T. (2018). Muertes violentas por homicidio y suicidio en Venezuela: ¿Es este un problema de salud pública?. *VITAE. Academia Biomédica Digital 2016*, (65). <https://bit.ly/2N09cad>

- Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. (1961). *Mortalidad por suicidios y homicidios*. Dirección de salud Pública del MSAS.
- Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. (1996). *Anuario de epidemiología y estadística vital*. Dirección General Sectorial de Epidemiología del MSAS.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. (1997-2014). *Anuarios de mortalidad de Venezuela 1997-2014*, <https://bit.ly/3jKwMUg>
- Muñoz, S., García, P., García, S., Portabales, L., Moreno, L., Dominguez, A. y Polo, C. (2014). Conducta suicida y crisis económica. *Norte de salud mental*, 12(48), 36-43. [tts://bit.ly/2MYyjW0](https://bit.ly/2MYyjW0)
- Naghavi, M. (2019). Global, Regional, and National Burden of Suicide Mortality 1990 to 2016: Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ* 364: 194. <https://n9.cl/u8d0h>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio un imperativo global*. <https://bit.ly/3aYj5xb>
- Organización Mundial de la Salud. (2016a). *Global Health Observatory Indicator Views*. <https://bit.ly/2MT8rzT>
- Organización Mundial de la Salud. (2016b). *Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP). El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias*. <https://bit.ly/3tX6Tpc>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Suicidio*. <https://bit.ly/37c2rZT>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Estadísticas Sanitarias 2020: monitoreando la salud para los ODS, objetivo de desarrollo sostenible*. <https://bit.ly/2Noew6Y>
- Páez, G. (2018). *Demografía: indicadores y principales métodos*. Editorial Académica Española, Madrid-España. <https://bit.ly/2MYyCjC>
- Santos, M., y Villasmil, R. (2006). La economía venezolana durante el último cuarto de siglo: análisis y propuestas para alcanzar el desarrollo. En A. Barrios. (Ed.), *Venezuela: un acuerdo para alcanzar el desarrollo* (341-367). Publicaciones UCAB. <https://bit.ly/2N0EcqA>

- United Nations. (2019). *World Population Prospects 2019*.
<https://bit.ly/2OtKoYp>
- Universidad Católica Andrés Bello. (2016). Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI 2015). AB-UCAB ediciones.
<https://n9.cl/kp41n>
- Värnik, P. (2012). Suicide in the World. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(3), 760-771.
<https://bit.ly/2ZffR2G>
- Weistbrot, M. y Sandoval, L. (2008). *Actualidad: la economía venezolana en tiempos de Chávez*. Imprenta Nacional.
- Yu-Hui, Lin, y Wen-Yi, C. (2018). Does Unemployment Have Asymmetric Effects on Suicide Rates? Evidence from the United States: 1928–2013. *Economic Research-Ekonomska Istraživanja*, 31(1), 1404-1417. <https://bit.ly/2NqRBrC>
- Zambrano, J. (1985). *Evolución reciente de la mortalidad en el estado Mérida, período 1950-1981* [Trabajo de ascenso, Escuela de Geografía, Facultad de Ciencias Forestales y Ambientales, Universidad de Los Andes].

Violencia autoinfligida en Venezuela en tiempos de crisis humanitaria y pandemia por Covid-19, período 2020-2022

Gustavo A. Páez S.

Introducción

La violencia autoinfligida comprende el comportamiento suicida y las autolesiones. En el primer caso se incluyen los pensamientos suicidas, los intentos de suicidio –también llamados “parasuicidio” o “intento deliberado de matarse” en algunos países– y el suicidio. El segundo se refiere a los actos de automutilación (OPS/OMS, 2003). En términos más conceptuales se refiere al “uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo” (Sociedad Argentina de Pediatría-UNICEF-Ministerio de Salud de la Nación, 2021, p. 24).

Es así como en este apartado se describe y analiza el comportamiento de la violencia autoinfligida en Venezuela durante 2020-2022, años en donde la crisis humanitaria que comenzó a gestarse desde 2014 en el país, se superpuso con la pandemia por Covid-19 a partir de marzo de 2020.

Desde 2020 el Observatorio Venezolano de Violencia en Mérida (OVV Mérida) ha ofrecido a la sociedad venezolana un balance anual sobre la evolución de la violencia autoinfligida en el país -haciendo énfasis principalmente en las muertes por suicidio como máxima expresión de este tipo de violencia- a través del conocido Informe Anual de Violencia Autoinfligida (OVV, 2020, 2021, 2022). El propósito del seguimiento y estudio de este tipo de

violencia –bajo criterios y procedimientos científicos– se basa en caracterizar esta causa de muerte violenta por medio del monitoreo de su ritmo de ocurrencia y frecuencia, para ofrecer a las autoridades, organizaciones de la sociedad civil y ciudadanía en general; una información amplia y confiable sobre este problema, y generar discusiones y reflexiones en torno a este.

Las cifras que se describen y analizan en este apartado se derivan de los informes elaborados y presentados durante los años 2020-2022, donde para su obtención, se emplearon diferentes fuentes de información y procedimientos metodológicos. Las tasas estimadas de muertes por suicidio, por una parte, se obtuvieron aplicando el modelo ARIMA (González, 2009) de mejor ajuste a la serie de datos disponible de cifras oficiales no públicas para los años observados¹⁶, y por otra, haciendo uso de proyecciones de población del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía [CELADE] - Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] - Naciones Unidas (2022).

Los valores absolutos y porcentuales de muertes por suicidio y de intento, provienen del monitoreo de 82 medios de comunicación a nivel nacional y de información suministrada por 20 informantes clave que residen en diferentes entidades del país: Amazonas, Aragua, Bolívar, Carabobo, Delta Amacuro, Distrito Capital, Falcón, Guárico, Lara, Mérida, Miranda, Monagas, Sucre, Táchira, Trujillo y Zulia). Estas dos últimas fuentes de información (medios e informantes clave) solo muestran los casos que logran ser conocidos por la sociedad durante cada año del lapso observado.

¹⁶ Datos de muertes por: homicidios, resistencia a la autoridad y en averiguación.

I. Tendencias recientes de la tasa de muertes por suicidio

Para Venezuela, en 2022, estimamos una tasa promedio de 7,7 muertes por suicidio por cada 100 mil habitantes, cifra que muestra un aparente descenso en el indicador si lo comparamos con el mayor valor estimado para los últimos 7 años (2015-2022) de 9,3 (en 2018), momento en el que consideramos la tasa alcanzó su máximo nivel (Páez *et al.*, 2021a). En la tabla 1 se exhiben las cifras estimadas durante 2020-2022, así como el valor más reciente calculado para el país (2019) por el Instituto de Medición y Evaluación de la Salud (IHME por sus siglas en inglés) adscrito a la Facultad de Medicina de la Universidad de Washington, EE. UU. (Our World in Data, s.f.).

Tabla 1

Número de casos de muertes por suicidio y tasas estimadas, Venezuela 2019-2022

	2019*	2020	2021	2022
N° de casos estimados no corregidos (ocurrencia)	---	1.150	1.164	1.104
N° de casos estimados corregidos (ocurrencia)	2.310	2.264	2.291	2.173
Tasa por cada 100 mil habitantes (frecuencia)	8,2	7,9	8,1	7,7

*Instituto de Medición y Evaluación de la Salud (IHME por sus siglas en inglés), Facultad de Medicina de la Universidad de Washington (tasa sin estandarizar por grupos de edad)

Fuente: 2019 cifras del IHME, 2020-2022 estimaciones de la Unidad de Análisis Estadístico del OVV

Con base en las últimas estadísticas oficiales públicas reseñadas en los Anuarios de Mortalidad, del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), estimamos un subregistro promedio en Venezuela de muertes por suicidio que ronda el 49,2%. Esto debido al incremento de las Muertes de Intención No Determina (MIND). Tomando este dato se corrigieron los valores absolutos y tasas que se muestran en la tabla 1.

A pesar de esta tendencia a la baja, es pertinente detallar sobre el contexto envolvente que condicionó el comportamiento específico de este indicador –la tasa– en cada año observado.

El año 2020: entre crisis humanitaria y la pandemia por Covid-19

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), oficina regional para las Américas de la OMS, el 10 de septiembre de 2020¹⁷ informó que el Covid-19 estaba afectando la salud mental de muchas personas. Para ese año, datos derivados de estudios mostraban un aumento de la angustia, la ansiedad y la depresión especialmente en trabajadores de la salud, que, sumados a la violencia, los trastornos por consumo de alcohol, el abuso de sustancias y las sensaciones de pérdida, se constituyeron como importantes factores de riesgo que incrementaron las probabilidades de que un cierto número de personas tomaran la decisión de atentar contra sus vidas. La institución advirtió que la pandemia por el virus pudo exacerbar los factores de riesgo de suicidio, por lo que exhortó en aquel momento a discutir sobre el tema en forma abierta y responsable, permanecer relacionados aún durante el distanciamiento físico, y aprender a identificar los signos de advertencia para prevenirlo.

¹⁷ Pandemia por COVID-19 exacerba los factores de riesgo de suicidio: <https://www.paho.org/es/noticias/10-9-2020-pandemia-por-Covid-19-exacerba-factores-riesgosuicidio>

Los problemas mentales, el sufrimiento emocional intenso y la desesperanza son comunes en situaciones de crisis y que además estos problemas pueden llevar a individuos de diferentes edades al suicidio o a la autolesión (OMS, 2016). Entonces, con todo lo dicho con anterioridad, no es de extrañar que, para ese año, en Venezuela, la superposición de la pandemia, y la medida de aislamiento asociada a esta, en conjunción con la emergencia humanitaria compleja que persistía y la influencia de una multiplicidad de factores de riesgo de orden individual, familiar y social asociados a comportamientos suicidas; hayan conducido a un cierto número de individuos de diferentes edades a querer atentar contra sus vidas.

La coexistencia de la emergencia con la pandemia y la medida de confinamiento, según psicólogos y psiquiatras, generó cuadros de depresión y ansiedad entre los venezolanos y, en algunos casos, agravó estos trastornos capaces de detener la vida cotidiana de los individuos. De esta manera lo confirmaron tres profesionales de la salud mental entrevistados (Herrera, 2020): psicólogos Luis Morello e Irene Ferreira y la Dra. Petra Aponte, vicepresidenta de la Sociedad Venezolana de Psiquiatría (SVP).

Los tres concordaron en que:

...estos trastornos están influenciados por la incertidumbre, el miedo, el pánico, la angustia, el estrés y la inseguridad que, juntos, hacen el cóctel perfecto para generar en una persona activa cuadros depresivos y ansiosos, así nunca se haya topado con ellos (párr. 6)

Las dificultades para relacionarse con los demás; desmotivación y desesperanza; perspectivas pesimistas y pensamientos negativos asociados a la posibilidad de enfermarse, de no poder curarse, incluso de morir; asimismo la alteración del sueño (en cuanto a su conciliación y mantenimiento), pérdida del cuidado personal, el no ver posibilidades de superar la situación por el tema laboral y económico, la sensación de estar a solas, entre

muchos otros; son los rasgos predominantes que exhibían las personas en esos tiempos de crisis, pandemia y aislamiento, según las especialistas.

A todo lo anterior, como consecuencia de la cuarentena, podemos agregar diversas situaciones que quizás estuvieron presente a nivel individual y/o familiar: individuos trabajadores informales o por cuenta propia que durante un tiempo no lograron salir a trabajar, en consecuencia, no pudieron generar ingresos económicos para sus hogares; en un buen número de hogares mermaron los ahorros de los jefes de hogar para cubrir los diversos gastos mensuales del grupo familiar; se truncaron metas propuestas que no lograron concretarse por la medida de aislamiento; la no posibilidad de poder asistir a una consulta médica prevista o de seguir algún tipo de tratamiento continuo bajo medicamentos recetados; el no poder hacer visitas regulares como era de costumbre a algún familiar sobre todo si este estaba enfermo y, peor aún, si éste era de tercera edad, entre muchas otras.

La conjunción de algunos de los rasgos y situaciones negativas descritas en párrafos precedentes, probablemente llevaron a ciertos individuos a padecer de trastornos de depresión y ansiedad.

Es así como la psicóloga Morello señala que en sus consultas asistían en su mayoría pacientes depresivos y ansiosos, donde “sea cual sea la razón”, la medida de aislamiento social -necesaria por supuesto- no les permite desarrollar su vida cotidiana como lo hacían antes de la pandemia. Por su parte, la Dra. Aponte, de acuerdo a un estudio de 617 consultas, llevado a cabo entre el 27 de marzo y el 27 de mayo de 2020, señaló con base a esa indagación que la depresión fue el principal motivo de consulta, en el 45% de los casos. En segundo lugar, se ubicó el trastorno de ansiedad con un 35%, es decir que, en suma, ambos trastornos mentales

concentraron el 80% del total de casos registrados de pacientes que asistieron a examen psiquiátrico en el lapso mencionado.

Encuesta sobre manejo de emociones en tiempos de cuarentena

En una encuesta virtual de sondeo realizada por el Observatorio Venezolano de Violencia sede Mérida (OVV Mérida), entre el 25 de mayo y el 15 de junio, se pretendió indagar sobre las emociones de los venezolanos en tiempos de cuarentena, utilizando para ello un muestreo no probabilístico de tipo intencional, cumpliéndose para ello con dos criterios: (i) las personas a encuestar debían ser individuos de 15 años o más y (ii) residenciados en diferentes estados del país.

En ese sentido, se encuestó a 50 personas de las cuales el 43% fueron del sexo masculino y el 57% del femenino. Los individuos consultados fueron adolescentes (15-17 años; 4,3%), jóvenes y adultos-jóvenes (18-29; 19,5%), adultos (30-64; 56,5%) y adultos mayores (65 años y más; 19,7%).

El cuestionario constó de cinco preguntas en concreto. La primera estuvo relacionada con ¿Cuál es la emoción que predomina en usted hoy? La emoción o sentimiento que obtuvo mayor respuesta fue la expectativa (43,4%), le siguen el miedo, rabia y tristeza con 30,4% en conjunto, y luego la angustia, melancolía, incertidumbre, preocupación y desespero que en total concentraron el 13,0%. Solo dos personas respondieron sentir una emoción positiva, es decir, alegría (4,3%).

En la segunda interrogante se indagó sobre: ¿Por qué esa emoción predominante? Al respecto los resultados arrojaron que la expectativa está relacionada con el hecho de que los individuos no sabían qué iba a ocurrir o qué podía ocurrir en el país a futuro con la crisis, la pandemia, el aislamiento y las consecuencias de esa combinación. El resto de sentimientos negativos guardaron relación con el mal funcionamiento de los servicios públicos (sobre

todo el de la electricidad) y la escasez de gasolina, la carencia de recursos económicos para subsistir, el sentirse encerrados en sus propias viviendas y la percepción de destrucción del país.

En tercer lugar, se preguntó: ¿Ha sentido usted que podría padecer o ha padecido de un episodio de depresión o ansiedad? El 43,5% de las personas encuestadas respondieron de forma afirmativa, mientras el restante 56,5% fue negativo.

Luego, en la cuarta pregunta, se consultó: ¿Qué es lo que más le ha costado en la cuarentena? Los patrones encontrados en las respuestas fueron: (i) Lidiar con la deficiencia de los servicios públicos; (ii) Dificultad para ir a trabajar, para poder salir a comprar alimentos y generar ingresos; (iii) Dificultad para poder movilizarse sin combustible y (iv) No poder hacer las actividades cotidianas de manera normal.

La quinta y última pregunta: ¿Qué ha hecho para sobrellevar la cuarentena y esas situaciones? En concreto se encontró un patrón general. Las personas tratan de hacer sus actividades diarias en el hogar y de realizar otras para poder sobrellevar el confinamiento, tales como: leer, escuchar música, ver televisión, navegar en internet, reparaciones en la vivienda, compartir más en familia, entre otras.

Si bien es cierto los resultados de esta encuesta no pueden tomarse como representativos de las emociones que sintieron y padecieron los venezolanos para ese año 2020, debido a que solo se tomó una muestra pequeña de 50 personas, también es cierto que exponen cifras y patrones cuali-cuantitativos que son congruentes con muchos aspectos expuestos en el apartado anterior de este escrito. Asimismo, otro dato a favor de este procedimiento estadístico, es que se trató de realizar la consulta a individuos ubicados en distintos estados del país. Esto se hizo con el objetivo de obtener un panorama general de las emociones de los venezolanos según la realidad específica que viva cada uno en las entidades donde residen. De allí que la distribución geográfica

de la muestra abarcó: Barinas, Bolívar, Carabobo, Distrito Capital, Lara, Mérida, Miranda, Nueva Esparta, Táchira, Trujillo, Sucre y Zulia.

Los sentimientos y pensamientos negativos son los predominantes en la muestra analizada en más del 95% de los encuestados, en tanto que los episodios de ansiedad y depresión estuvieron presentes en 43,5% de aquellos. En añadidura, la información cualitativa obtenida permitió decir que todo lo anterior estuvo conectado con distintas facetas de la compleja realidad que atravesaba el país para ese momento y con los impactos sociales, económicos y psicológicos que ocasionó la pandemia por Covid-19.

Fluctuaciones de las muertes por suicidio durante 2020 según los casos conocidos por la sociedad

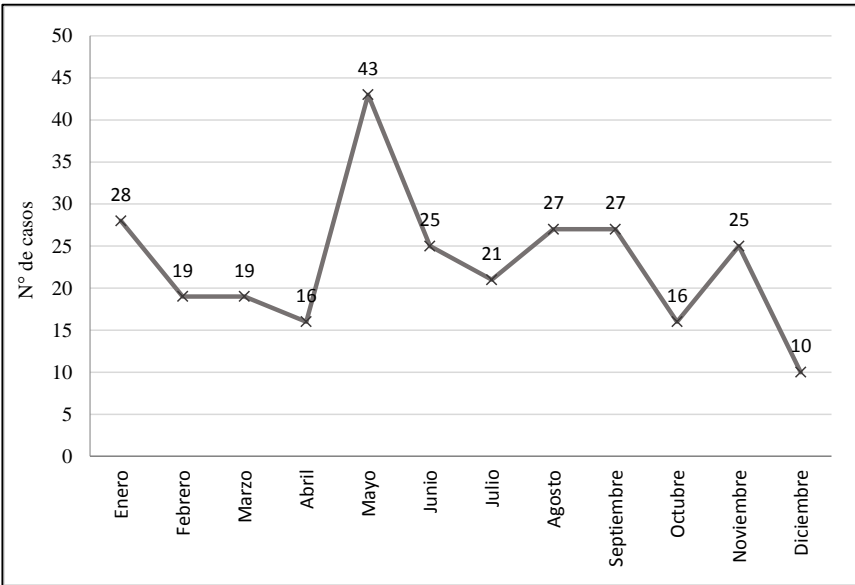
Un primer patrón identificado fue el del incremento del número de casos de presuntos suicidios durante los primeros cinco meses del año (figura 1), reportados por los medios e informantes clave. Específicamente entre marzo y mayo se apreció un aumento notable alrededor del 126,3%, lo cual coincide con lo expuesto en varios estudios donde se reportó un aumento durante algunos meses -entre marzo y junio- de casos de violencia autoinfligida (suicidios, intentos e ideación) (Shrestha *et al.*, 2021; Shi *et al.*, 2021; Louie *et al.*, 2021; Olié *et al.*, 2021). No obstante, durante junio y diciembre, los registros exhibieron un aparente descenso fluctuante (ver figura 1).

Una hipótesis explicativa para tratar de comprender el primer patrón identificado, podría estar sustentada en la aparición y reactivación en las personas de sentimientos y pensamientos negativos que quizás muchos venezolanos ya venían soportando antes de la pandemia. De igual modo, como consecuencia de lo anterior, en un cierto número de individuos podrían haber aparecido, reactivado o agravado (en el caso de las personas que

ya los padecían) cuadros de depresión y ansiedad, producto del solapamiento de la crisis con la pandemia, el aislamiento y todos los efectos asociados, que los podría haber conducido al acto suicida. En otros casos se podrían haber dado acciones de impulsividad para cometer el acto suicida.

Figura 1

Comportamiento mensual de presuntas muertes por suicidios, Venezuela 2020



Fuente: cifras obtenidas del monitoreo de los medios de comunicación y de consulta a informantes clave

Para la psicóloga Ferreira, la pandemia con su resultante medida de aislamiento, la cual llevó a poca interacción social, más el cambio en la dinámica normal del día a día de un individuo (o paciente), se tradujo en un incremento de las patologías que llevaron a personas a padecer cuadros depresivos que, “si no son atacados a tiempo, pueden derivar en suicidio o en patologías y

trastornos mucho más graves que requieren medicación, atención psiquiátrica y psicológica, así como hospitalización” (Herrera, 2020, párr. 30).

A lo anterior podemos agregar lo expuesto por Morello: “si unimos las situaciones previas a la pandemia con los malos servicios, la situación económica y del país en general; son posibilidades de impulsar la depresión y al ocurrir ésta, la alternativa de un pensamiento o acto suicida es mucho mayor” (Herrera, 2020, párr. 32).

Todo apunta que los trastornos de depresión y ansiedad posiblemente aumentaron como producto de la cuarentena. En palabras de Ferreira, los trastornos depresivos son casos “bien graves” porque son capaces de producir psicosis, acciones paranoides y cuadros de mucha más ansiedad y angustia. “La cuarentena ya no son 40 días ni tres meses. Vamos a cuatro meses (según indicó para el mes que se le hizo la entrevista). Se va prolongando en el tiempo una situación donde la persona va esperando que exista un cambio, y al no haberlo, se produce miedo, incertidumbre, confusión, desesperanza, desmotivación; lo cual agudiza los cuadros”, comentó (Herrera, 2020, párr. 52).

El aparente descenso de casos desde el mes de junio en adelante (segundo patrón encontrado, figura 1), pudo ser el resultado de dos factores: el primero, desde aproximadamente finales de mayo, en diversas noticias, se reseñó con frecuencia la flexibilización no oficial de la cuarentena en distintos sectores de pueblos y ciudades venezolanas. Los propios habitantes de estos lugares comenzaron a “suavizar” la medida después de dos meses de encierro. Segundo, y como factor más importante, a inicios del mes de junio, el gobierno nacional comenzó a idear medidas de flexibilización de la cuarentena que implicaran menores riesgos para la población.

Como hipótesis explicativa para ese momento planteamos que el hecho de que se flexibilizara la cuarentena ejecutada por las autoridades nacionales, regionales y locales, podría haber generado una sensación de “alivio” para aquellas personas sumergidas en sentimientos y pensamientos negativos o en cuadros de depresión y ansiedad. Esto pudo haber creado una “sensación de recuperación” frente al problema que se vive o “sensación de salida del problema” y, a su vez, haber incidido, de una u otra manera, en la decisión de atentar contra su vida en cierto número de personas que estaban atravesando por ciertas situaciones adversas. En otras palabras, actuó como un elemento positivo que llevó a la disminución de los casos de suicidios conocidos por la sociedad.

El año 2021: entre crisis humanitaria y la vacunación masiva en el segundo año de pandemia por Covid-19

Para 2021, la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP por sus siglas en inglés) bajo el lema “Crear esperanza a través de la acción”, conmemoró el 10 de septiembre de ese momento un año más del Día Mundial de la Prevención del Suicidio (DMPS), con el objetivo medular de crear conciencia acerca de la prevención del suicidio en todo el mundo (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2022).

Esta temática expresa la necesidad de una acción en conjunto para abordar este problema apremiante de salud pública. La OMS indicó e insistió en ese año (2021) que todos podemos tomar medidas para prevenir el suicidio (familiares, amigos, compañeros de trabajo, miembros de la comunidad, educadores, líderes religiosos, profesionales de la salud, funcionarios políticos y gobiernos). Para esta organización internacional “existe una esperanza a través de la acción”. Señaló que los suicidios y los intentos de suicidio tienen un efecto dominó que afecta no solo a

las personas, sino también a las familias, las comunidades y sociedades, y que -algunos- de los factores de riesgo asociados al suicidio (pérdida laboral o financiera, traumas o abusos, trastornos mentales y por uso de sustancias, y las barreras para acceder a la atención médica), se habían ampliado aún más con la llegada del Covid-19. Por ejemplo, un año después del inicio de la pandemia, más de la mitad de las personas encuestadas en la Región de las Américas, específicamente en Chile, Brasil, Perú y Canadá, informaron que su salud mental había empeorado, realidad a la que seguramente no escapa nuestro país y más aún bajo un contexto de crisis humanitaria más pandemia.

Según la IASP, en 2021, una de cada 100 muertes que acontecieron en el mundo fue consecuencia del suicidio, y que es una realidad que puede afectarnos a todos. De allí que insistió en que todas y cada una de estas muertes son devastadores y tienen un impacto profundo en quienes los rodean. A pesar de ello, se enfatizó en que, al crear conciencia, reducir el estigma en torno al tema y fomentar una acción bien informada, se puede reducir su ocurrencia.

Es probable que, en el caso particular de Venezuela, los impactos y secuelas acumuladas producto de la yuxtaposición de la emergencia y la pandemia, en 2021 generaron cierto aumento en la tasa de suicidios, tal como se aprecia en las cifras exhibidas en la tabla 1 que se mostró al inicio de este apartado, lo que muy probablemente esté conectado con el deterioro progresivo de la salud mental del venezolano al prolongarse el binomio emergencia-pandemia.

Fernández *et al.* (2021) realizaron un estudio basado en una revisión bibliográfica exhaustiva sobre la relación causal entre el aumento en la tasa de suicidios y la pandemia del Covid-19. Concluyeron después de la revisión de 12 investigaciones vinculadas con la temática de interés, que la pandemia no solo causó daño físico a la población, sino que, como es de esperarse,

también ocasionó un deterioro en la salud mental de los individuos.

Acotan que, con el brote de esta enfermedad, la tasa de suicidios –y la violencia autoinfligida en general– tendió a aumentar (en regiones de: China, Nepal, India, Japón, EE.UU., Francia) y que la cuarentena domiciliaria, el aislamiento social y la estigmatización de la enfermedad están entre los principales factores que dispararon las cifras, siendo mayor la incidencia de suicidios e intentos en adolescentes y jóvenes, sobre todo del sexo femenino.

Sin embargo, en un estudio desarrollado por Kahil *et al.* (2021) centrado también en una revisión sistemática de casos de suicidios durante la pandemia por Covid-19 y otros brotes respiratorios internacionales importantes, se llegó a la conclusión que las investigaciones revisadas fueron heterogéneas, divergentes en los métodos y con un bajo grado de evidencia. Por lo tanto, la deducción de una asociación entre pandemias, suicidio y resultados relacionados con el suicidio sigue estando poco respaldada.

Agregan que futuras investigaciones con mejores características metodológicas, el uso de estudios longitudinales y un enfoque en el suicidio como desenlace primario, permitirían profundizar en la comprensión y formulación del alcance de este problema.

El año 2022: entre crisis humanitaria, el cese de la hiperinflación y el tercer año de pandemia por Covid-19

La estimación para 2022 revela de nuevo una caída en la tasa para Venezuela, en tiempos donde en general: en la mayoría de los países –incluyendo el nuestro – no se estaban aplicando medidas de cuarentena y disminuyó considerablemente la puesta en práctica de las diferentes medidas de bioseguridad, las economías

se reactivaron en buena medida y en promedio 68% de la población mundial al menos ya contaba con una dosis de las diferentes vacunas existentes hasta ese momento (Statista, 2023; Our World in Data, 2023).

Se conjetura que, en el caso particular de Venezuela: la migración al extranjero de venezolanos (Plataforma Regional de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela [R4V], s.f.; Universidad Católica Andrés Bello [UCAB], 2022; Observatorio Venezolano de Migración [OVM], s.f.), huyendo de la emergencia humanitaria compleja, donde dentro de esos flujos de población se desplaza cierto número potencial de individuos con probabilidades de comportamientos suicidas; la búsqueda de nuevas alternativas laborales de muchos venezolanos –que residen en Venezuela– con la intención de surgir y salir adelante (creando emprendimientos, empleándose en teletrabajos, trabajando para organizaciones no gubernamentales u otras modalidades); la recepción de remesas desde Venezuela que envían familiares que están en el extranjero (Zambrano *et al.*, 2022); la reactivación postpandemia de la economía y el leve crecimiento económico experimentado (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2022); figuraron entre los principales factores que probablemente contribuyeron con aquel descenso.

Sin embargo, nuestra hipótesis apunta a que los índices elevados de pobreza que se mantienen en el país y el incremento de la desigualdad social, ambas situaciones derivadas de la emergencia; combinados con el aumento de: casos de depresión y ansiedad; desesperanza; disfuncionalidad y desestructuración familiar; así como de casos donde no se supera el duelo migratorio en personas que se quedaron en el país y sus familiares se fueron al extranjero, donde se agrega a la lista el incremento de la violencia doméstica, sexual, de género y contra niños, niñas y adolescentes (NNA); y conflictos sentimentales (donde unos cuantos terminan en femicidios/suicidios); casos de *bullying* que

conducen a suicidios o intentos; la elevada inflación (a pesar de haber cesado la hiperinflación) y pérdida cada vez más acelerada del poder adquisitivo del consumidor concatenado esto con un inusitado desplome del valor de los sueldos y salarios; la falta de acceso en cantidad y calidad a servicios médicos especializados (psicólogos y psiquiatras) y a psicofármacos; entre otros, están entre los principales factores de riesgos que siguen conduciendo a buen número de individuos, de diferentes edades, a comportamientos suicidas.

Nuestra interpretación de la realidad conduce a decir que en Venezuela existen tres grandes grupos de personas que están atentando contra su vida. Un primer conjunto de individuos que se ven invadidos e influenciados por diferentes factores de riesgo asociados a comportamientos suicidas, los cuales están relacionados directa o indirectamente con la emergencia humanitaria compleja; un segundo grupo afectado por factores que no están conectados con la emergencia pero que por su parte generan fuertes tensiones sobre las personas y conducen a un buen número a atentar contra su vida; y un tercer grupo que surge de la combinación de los dos anteriores.

En adición, si bien es cierto las tasas muestran una caída, durante 2019-2022 (ver tabla 1), también es cierto que sus niveles siguen superando ampliamente los valores estimados (iguales o menores a 4 muertes por suicidios por cada 100 mil habitantes) antes de precipitarse el país en la crisis actual, es decir, antes del 2016 (Páez *et al.* 2021a).

II. Diferencias en las tasas de suicidios según entidades federales 2021-2022

En 2022 se estimaron tasas de muertes por suicidio para las entidades federales; no obstante, es importante indicar que solo 16 de estas contaron con tasas estables desde el punto de vista estadístico (Anderson *et al.*, 2004), en las cuales acontecieron 20 o más muertes por suicidio (tabla 2 y mapa 1). Mérida sigue siendo la entidad donde con mayor frecuencia acontecen casos por cada 100 mil habitantes. En el resto, con menos de 20 muertes, se generaron resultados de tasas que no reflejan correctamente la realidad imperante en esos territorios.

Las tasas adquieren “inestabilidad” cuando se estiman con valores de menos de 20 muertes por suicidio, lo que arroja resultados muy elevados, los cuales no reflejan la realidad. Es el caso en 2022 de los estados Amazonas, Apure, Cojedes, Delta Amacuro, Guárico, Nueva Esparta, Sucre y La Guaira. Esto explica el por qué en ciertos años algunas de estas entidades han presentado tasas que parecían ser altas, mientras que en otros tiempos son muy bajas o iguales a cero al ocurrir una, dos o ninguna muerte. Estos aspectos deben ser tomados en cuenta en la interpretación de las tasas, puesto que en muchos casos se ocasiona una distorsión de la realidad.

Tabla 2

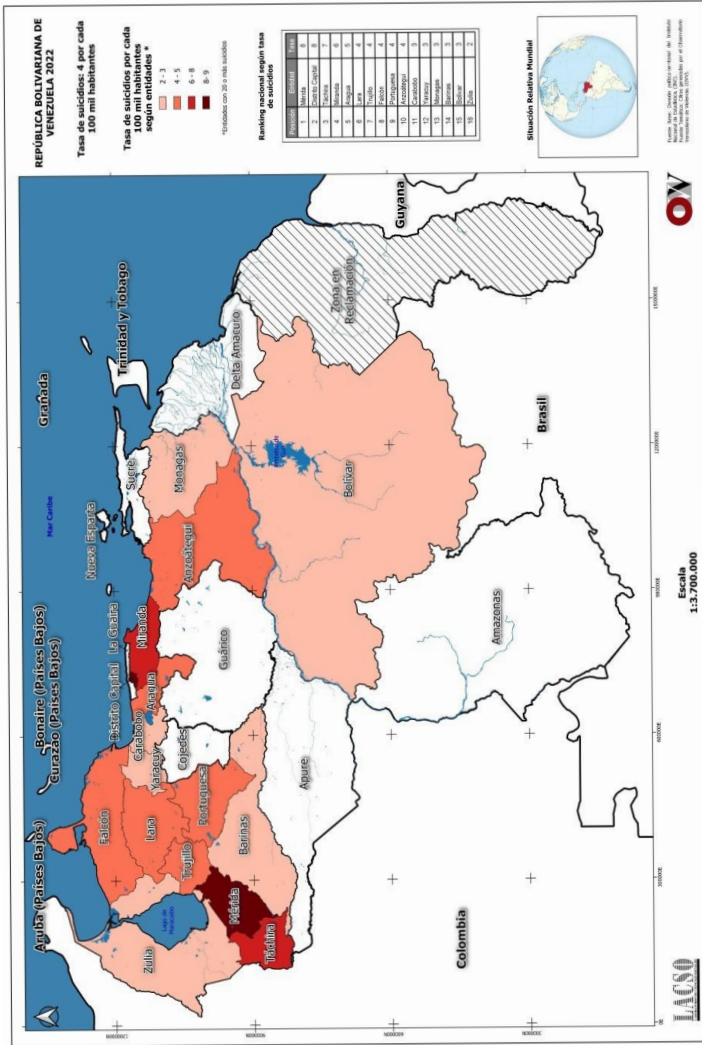
Tasa de muertes por suicidio según entidades federales seleccionadas, Venezuela 2022

Entidad	Tasas por cada 100 mil habitantes
Mérida	8,3
Distrito Capital	7,6
Táchira	6,9
Miranda	6,3
Aragua	4,8
Lara	4,1
Trujillo	4,0
Falcón	3,9
Portuguesa	3,9
Anzoátegui	3,8
Carabobo	3,4
Yaracuy	3,3
Monagas	3,2
Barinas	3,2
Bolívar	2,9
Zulia	2,5

*Entidades con 20 o más casos de muertes por suicidio

Fuente: estimaciones de la Unidad de Análisis Estadístico del OVV

Mapa 1
Tasa de muertes por suicidios según entidades con tasas estables, Venezuela 2022



Fuente: cifras resultantes de la tabla 2

De igual modo, para el año 2021, se estimaron tasas por entidades, hecho que permitió establecer una comparación del comportamiento entre las tasas estables de los 16 territorios aludidos (tabla 3). Sin embargo, en ambos años, el indicador no pudo ser corregido con base en el subregistro de casos, como sí se logró hacer para el país en esos años. Esto debido a la falta de datos estadísticos específicos relacionados con Muertes de Intención No Determinada (MIND) por entidades, por lo que estos resultados deben tomarse como conservadores, ya que es muy probable que las tasas sean más elevadas.

En la tabla 3 se observan los estados que experimentaron aumentos y descensos porcentuales en sus tasas entre 2021-2022. Dentro de estos resultados hay que destacar dos hechos: 1) el descenso aparente de la tasa de Mérida en 15,6%, aun cuando continúa ubicándose en el primer lugar del *ranking* nacional como el estado donde suceden más muertes por suicidio por cada 100 mil habitantes; y 2) el probable incremento de las tasas en entidades de la región capital y centro-norte del país (Distrito Capital, Aragua y Miranda), territorios que no estábamos acostumbrados a observarlos entre los primeros cinco lugares del *ranking* nacional.

Otro aspecto a destacar, es el hecho de que en 11 estados se incrementó la tasa. Además, de manera más específica, el Distrito Capital no solo aumentó su indicador entre 2021-2022, sino que también por segundo año consecutivo se ubicó en el segundo puesto dentro del *ranking* nacional, valor que se acerca cada vez más al de Mérida. No obstante, se requiere seguir investigando los factores que han conducido a la población del Distrito Capital, Aragua y Miranda a elevar sus tasas y a figurar entre los primeros lugares de muertes por suicidio.

Desde otra perspectiva, es posible apreciar las entidades donde acontecen –en valores absolutos– más casos de muertes por suicidio (tabla 4). Como es de esperarse, en los estados más poblados del país es donde se registra mayor número de hechos. En términos generales, la tendencia es que mientras más población tenga un área, mayor será el número potencial y probable de personas que podrían atentar contra su vida, bajo la influencia de ciertos factores de riesgo y de las características específicas de la realidad socioeconómica, cultural y político-institucional del territorio analizado.

Tabla 3

Comparación de tasas estimadas según entidades seleccionadas, Venezuela 2021-2022

Entidad*	Tasas por cada 100 mil habitantes 2021	Tasas por cada 100 mil habitantes 2022	Variación porcentual (%)
Miranda	4,42	6,32	42,9
Táchira	5,65	6,91	22,3
Trujillo	3,42	4,04	18,3
Distrito Capital	6,45	7,58	17,4
Monagas	2,80	3,21	14,7
Aragua	4,21	4,82	14,3
Anzoátegui	3,39	3,80	12,1
Falcón	3,86	3,93	1,9
Portuguesa	3,94	3,90	-1,0
Bolívar	2,93	2,85	-2,5
Carabobo	3,66	3,40	-7,2
Barinas	3,51	3,19	-9,0
Lara	4,54	4,10	-9,8
Mérida	9,89	8,34	-15,6
Zulia	3,94	2,47	-37,7
Yaracuy	6,08	3,26	-46,3

*Entidades con 20 o más casos de muertes por suicidio

Fuente: estimaciones de la Unidad de Análisis Estadístico del OVV

Tabla 4

Número de casos estimados según entidades federales, Venezuela 2021-2022

Entidad	Nº de casos 2022	Porcentaje con respecto al total	Entidad	Nº de casos 2021	Porcentaje con respecto al total
Miranda	171	15,5	Zulia	144	15,5
Distrito Capital	129	11,7	Miranda	122	11,7
Zulia	88	8,0	Distrito Capital	112	8,0
Aragua	74	6,7	Mérida	87	6,7
Mérida	72	6,5	Carabobo	78	6,5
Táchira	72	6,5	Lara	78	6,5
Carabobo	71	6,4	Aragua	66	6,4
Lara	69	6,3	Táchira	60	6,3
Anzoátegui	55	5,0	Anzoátegui	50	5,0
Bolívar	44	4,0	Bolívar	46	4,0
Falcón	35	3,2	Guárico	38	3,2
Portuguesa	34	3,1	Yaracuy	38	3,1
Trujillo	29	2,6	Falcón	35	2,6
Monagas	27	2,4	Portuguesa	35	2,4
Barinas	25	2,3	Barinas	28	2,3
Yaracuy	20	1,8	Nueva Esparta	26	1,8
Guárico	18	1,6	Trujillo	25	1,6
La Guaira	18	1,6	Monagas	24	1,6
Nueva Esparta	15	1,4	Sucre	21	1,4
Sucre	15	1,4	Cojedes	18	1,4
Apure	8	0,7	La Guaira	15	0,7
Cojedes	8	0,7	Apure	8	0,7
Amazonas	5	0,5	Delta Amacuro	8	0,7
Delta Amacuro	2	0,2	Amazonas	2	0,5
Total	1.104	100	Total	1.164	100

Fuente: estimaciones de la Unidad de Análisis Estadístico del OVV

Entre las entidades con mayor número de habitantes en Venezuela se cuentan, en el siguiente orden de importancia poblacional: Zulia, Miranda, Carabobo, Distrito Capital, Lara, Aragua, Anzoátegui y Bolívar (cada una con más de un millón y medio de habitantes); sin embargo, en nuestro país, Mérida rompe

con ese esquema y es claro su protagonismo en los cinco primeros lugares –singularidad detectada desde hace varias décadas (Crespo, 2019; Páez *et al.*, 2021b)- a pesar que es una entidad con una población inferior a 900 mil habitantes (ocupa el puesto 14 en el contexto nacional). A nivel internacional también existen excepciones, y un ejemplo de ello lo representa Guyana, nación con un poco más de 800 mil habitantes y con una de las tasas de muertes por suicidio más altas del mundo

III. Los casos conocidos por la sociedad

Empleando la fuente de medios de comunicación e informante clave, durante 2022, contabilizamos 393 casos de presuntas muertes por suicidio, mientras que para 2021 fueron 340 y 306 en 2020, lo que marca una tendencia de aparente aumento en el reporte de casos a diferencia de los resultados obtenidos por las estimaciones realizadas con cifras oficiales no públicas (ver tenencia de valores absolutos en la tabla 1 para esos años).

En relación a otras variables que se logran cuantificar por estas fuentes, se tiene que, según el sexo, como es de esperarse el masculino lleva a cuesta el mayor valor con 81% de los casos conocidos en 2022, tendencia muy similar observada en los años anteriores: 79% (2021) y 78% (2020).

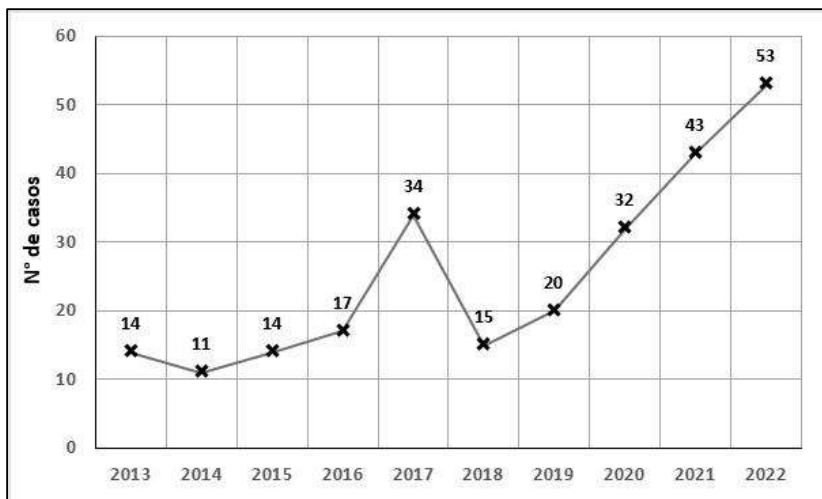
Los adultos (30 a 64 años) durante el lapso observado (2020-2022) continúan siendo el grupo poblacional donde se registran más casos, valor que fluctuó entre 50 y 57%. Esto obedece a que, dentro de la población total venezolana, este gran grupo etario representa aproximadamente la mitad de los individuos que actualmente residen en el país.

Asimismo, tal y como ya habíamos advertido en años anteriores, el grupo de los y las adolescentes (12-17 años) exhibe una escalada en los reportes de los medios, tendencia que llama la atención y lleva a encender las alarmas y a dirigir también la

mirada hacia esta población vulnerable. En 2020 registramos 28 casos, mientras que en 2021 fueron 34, y, en 2022, la cuantía subió a 49. Otra atención especial requieren los niños y niñas (0 - 11 años) quienes, a pesar de ser el grupo donde siempre se registra el menor número de casos, capta la atención que en el lapso analizado contabilizamos un total de 17 hechos. Incluso, esta propensión de aumento en el número de hechos en niños, niñas y adolescentes (NNA) ya se venía perfilando desde años anteriores (figura 2).

Figura 2

Comportamiento temporal del número de casos de muertes por suicidio de NNA según los medios e informantes clave, Venezuela 2013-2022



Fuente: las cifras del 2013-2017 corresponden a los registros de CECODAP; 2018-2022 cifras del OVV contabilizadas de medios de comunicación e informantes clave

El ahorcamiento, dispararse con un arma de fuego y el envenenamiento, siguen siendo los métodos más empleados por los individuos para atentar contra su vida. Estos concentran en conjunto más del 86% de la totalidad de casos donde se identificó esa variable.

A pesar que la información sobre intentos de suicidio suele ser siempre más difícil de documentar, logramos contabilizar en 2022 la ocurrencia de 67 presuntos hechos de esta naturaleza. En 2021 fueron 52 y 40 en 2020. Claramente se aprecia una tendencia de aumento en el número de casos reportados por los medios e informantes clave.

Las entidades con el mayor número de casos conocidos de intento (2020-2022) resultaron ser: Mérida (51), Distrito Capital (17), Lara (17), Táchira (12) y Miranda (11), durante 2020-2022.

IV. Explicación de las discrepancias entre los resultados

Las diferencias entre los resultados del número de casos de muertes por suicidio estriban en la naturaleza de las fuentes de información y procedimientos empleados. No hay que olvidar que las cifras que obtiene el OVV de los medios de comunicación e informantes clave, se refieren sólo a aquellos casos que logran ser conocidos por la sociedad, por lo que es probable que en realidad acontezcan más hechos de muertes por suicidio. Por diferentes razones, en los medios no salen reseñados todos los casos de esta causa de muerte, y no necesariamente los informantes clave van a llegar a conocer sobre todos los sucesos de suicidios que acontezcan en el país. Esto genera un subregistro difícil de ponderar, difícil de estimar y desentrañar. Además, por no ser los medios y los informantes clave las fuentes naturales a través de las cuales se estudia esta causa de muerte –son los anuarios estadísticos oficiales-, todo deceso que se registre siempre va a ser

asumido como “presunto” o probable, así como las tendencias – presuntas de aumento o descenso- que se generen a partir del registro de los casos.

En lo referente a los otros números (las mostradas en la tabla 1 para los años 2020-2022), la fuente original base de las estimaciones se corresponde con registros estadísticos oficiales no públicos de muertes comprobadas por suicidio, asentadas como tal durante los primeros 9 meses de cada año. Utilizando estos registros y aplicando procedimientos estadísticos confiables, el OVV llega a estimar y “pronosticar” con muy poco margen de error estadístico -comprobado a lo largo de los años- el número de muertes por suicidio que se registrarían al final de cada año tanto para Venezuela como para sus entidades federales, en función de la tendencia observada durante aquel período señalado (enero-septiembre, 75% del año). Desafortunadamente, solo desde el año 2021 se ha contado con cifras oficiales no públicas a nivel de entidades, de allí que solo se tienen estimaciones en ese particular para 2021 y 2022, de valores absolutos de casos y de tasas de suicidio.

Un aspecto que no se puede dejar de lado, al que no escapan las estadísticas oficiales tanto públicas como no públicas, es el relacionado con el subregistro de casos. En los últimos años, desde el OVV hemos advertido que en Venezuela se viene dando un incremento sostenido del número de casos de muertes de intención no determinada (MIND), punto descrito y analizado en varios de los apartados de este libro.

Lo aludido anteriormente, sin lugar a dudas, genera un subregistro en las estadísticas, lo que lleva a subestimar tanto el número de casos que de verdad ocurren, así como las tasas que se estimen con base en estos últimos. Asimismo, hay que dejar claro que los casos que se observan por medio de las estadísticas oficiales –públicas o no- son los registrados como tal anualmente, pero no necesariamente estos se van a corresponder con la

totalidad que ocurre en la realidad. En otras palabras, son casos “comprobados” de muertes por suicidio, registrados anualmente por las autoridades competentes, mas no son necesariamente todos los casos que suceden -reales- durante un año dado.

En definitiva, que las cifras generadas a partir de los medios de comunicación e informantes clave muestren un ascenso en el número de casos de muertes por suicidio y de intentos, no significa necesariamente que la tendencia de los mismos sea al aumento, y de allí que estos números entren en una aparente “contradicción” con el descenso exhibido en las tasas estimadas para el país. Lo que está ocurriendo es que probablemente se esté dando un mayor reporte de casos por los medios e informantes clave debido al interés creciente que ha adquirido en el país la temática de violencia autoinfligida como problema de salud pública y esto es lo que genera una tendencia numérica de “aumento” según estas fuentes; sin embargo, ello no significa que los niveles alcanzados por este tipo de violencia no sigan siendo importantes y preocupantes.

V. Venezuela en el contexto suramericano y mundial

Según las cifras más actuales disponibles a escala internacional sobre muertes por suicidio, del IHME (2019), en el mundo acontecen un poco más de 700 mil muertes por suicidio al año, lo que arroja una tasa global aproximada de 9,8 decesos por cada 100 mil habitantes, donde Groenlandia (53,3), Lesotho (42,2) y Guyana (32,6), son las tres naciones con las mayores tasas del mundo.

Dentro de este contexto mundial, la tasa de Venezuela se encuentra por debajo del promedio general y muy distante de los valores de países con las tasas más elevadas, mientras que, en el contexto de Suramérica, nuestro país se posiciona en el séptimo puesto (tabla 5).

Finalmente, si se compara la tasa de Venezuela con la de países de América Central y el Caribe, se obtiene que solo Cuba (10,9), Haití (9,6) y Trinidad y Tobago (9,9), superan el valor del país.

Tabla 5

Tasas de muertes por suicidio de países suramericanos (2019)

País	Tasa por cada 100 mil habitantes*
Guyana	32,6
Surinam	24,1
Uruguay	16,5
Argentina	10,4
Chile	9,8
Ecuador	9,4
Venezuela	7,9
Bolivia	6,8
Paraguay	6,1
Brasil	5,7
Colombia	5,3
Perú	2,9

*Tasas estandarizadas por edad

Fuente: cifras estimadas por el IHME (2019)

Reflexiones finales

La tasa de muertes por suicidio en Venezuela exhibe una aparente caída en los últimos años (2019-2022), y tal como lo hemos expuesto en otras publicaciones, el problema no es que la tasa sea elevada, sino que el indicador aumentó aproximadamente el doble

entre 2015-2018, y aunque su valor declinó, se mantiene por encima de las estimaciones obtenidas unos años antes de la crisis presente. Sin embargo, esto ubica al país en una posición intermedia entre las naciones suramericanas y muy alejado de los países con las mayores tasas del mundo, además, por debajo de la media mundial.

Todo parece indicar, que la fluctuación del nivel numérico de la tasa de muertes por suicidio en Venezuela, va al ritmo que imprimen principalmente los altibajos de la emergencia humanitaria y sus impactos asociados. Mientras no acontezcan en el país cambios estructurales en materia económica y político-institucional que frenen la crisis actual y que mejoren sustancialmente las condiciones de vida y abran un horizonte de progreso para los venezolanos, difícilmente se conseguirá estabilidad emocional y salud mental en la mayoría de la población, por ende, la violencia autoinfligida continuará siendo un problema de salud pública y de preocupación.

Desde el punto de vista de la tasa de muertes por suicidio según entidades federales, el estado Mérida continúa ocupando el primer lugar dentro del *ranking* nacional, aun cuando su indicador descendió durante 2021 y 2022, mientras que los otros primeros puestos, en conjunto con el Táchira, lo ocupan entidades de la región capital y centro-norte del país que en años anteriores no salían a relucir en esta temática: Distrito Capital, Miranda y Aragua.

En cuanto al número de casos que ocurren –y su peso porcentual- en general los estados con mayor tamaño poblacional ocupan los primeros lugares, a pesar de ello, como es usual, Mérida sobresale de forma singular en el *top 5*.

Las cifras generadas de los medios de comunicación e informantes clave, muestran un ascenso en el reporte del número de casos, lo que refleja el interés creciente por visibilizar la violencia autoinfligida en el país como una situación que se

convirtió en un problema de salud pública. Según las cifras contabilizadas de estas fuentes, se mantiene el sexo masculino con los mayores porcentajes de ocurrencia y los adultos como el grupo poblacional donde se registran más decesos, pero sigue en ascenso el reporte de muertes por suicidio en el grupo de los y las adolescentes (11-17 años), incluso de jóvenes entre 18 y 24 años.

Referencias

- Anderson, R., Miniño, A., Fingerhut, L. Warner, M. y Heinen, M. (2004). Deaths: Injuries, 2001. *National Vital Statistics Report*, 52(21). <https://n9.cl/jayam>
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía - Comisión Económica para América Latina y el Caribe - Naciones Unidas. (2022). *Estimaciones y proyecciones: Archivos Excel [revisión 2022]*. <https://n9.cl/qvip3>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2022). *Estudio Económico de América Latina y El Caribe. República Bolivariana de Venezuela*. <https://n9.cl/kd6kl>
- Crespo, F. (2019). Aproximación descriptiva al fenómeno del suicidio en el estado de Mérida, Venezuela. *URVIO, Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad*, (24), 167-185. <https://n9.cl/lub9y>
- Fernández, P., Gómez de Segura, B., Guerra, R., Pérez, M., Antón, V. y García, L. (2021). Relación causal entre el aumento en la tasa de suicidios y la pandemia del COVID-19. Una revisión bibliográfica. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(11). <https://n9.cl/gqr9w>
- Herrera, J. (2020, 10 de julio). Pandemia y crisis económica, dos nubarrones sobre la depresión y la ansiedad en Venezuela. *Observatorio Venezolano de Violencia*. <https://n9.cl/lk0be>
- González, M. (2009). *Análisis de series temporales: Modelos ARIMA*. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad del País Vasco. <https://n9.cl/37x8r>

- Kahil, K., Cheaito M., El Hayek, R., Nofal, M., El Halabi, S., Kudva, K., Pereira-Sanchez, V. y El Hayek, S. (2021). Suicide during COVID-19 and other major international respiratory outbreaks: A systematic review. *Asian J Psychiatr.* <https://n9.cl/a29nf>
- Louie, LLC., Chan, WC. y Cheng, CPW. (2021). Suicidal Risk in Older Patients with Depression During COVID-19 Pandemic: a Case-Control Study. *East Asian Arch Psychiatry*, 31(1). <https://n9.cl/jw1bb>
- Observatorio Venezolano de Migración. (s.f.). *Migración venezolana en perspectiva: cifras claves.* <https://n9.cl/wl40q>
- Observatorio Venezolano de Violencia. (2020). *Informe anual de violencia autoinfligida 2020.* <https://n9.cl/wtgas>
- Observatorio Venezolano de Violencia. (2021). *Informe anual de violencia autoinfligida 2021.* <https://n9.cl/8spil3>
- Observatorio Venezolano de Violencia. (2022). *Informe anual de violencia autoinfligida 2022.* <https://n9.cl/xtn01>
- Olié, E., Nogue, E., Picot, M. y Courtet, P. (2021). Hospitalizations for suicide attempt during the first COVID-19 lockdown in France. *Acta Psychiatr Scand*, 143(6), 535-536. <https://n9.cl/3cb16>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP). El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias.* <https://n9.cl/7b8xf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Día Mundial de Prevención del Suicidio 2022.* <https://n9.cl/5f2pt>
- Our World in Data. (s.f.). *Suicides.* <https://n9.cl/lcidij>
- Our World in Data. (2023). *Daily new confirmed COVID-19 cases per million people.* <https://n9.cl/fqcpw>
- Páez, G., Trejo, Y., Rondón, K., y Gulfo, N. (2021a). Una aproximación al estudio del suicidio en Venezuela. *URVIO, Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad*, (31), 90-108. <https://n9.cl/guhr7>

- Páez, G., Trejo, Y., Rondón, K., y Gulfo, N. (2021b). Una aproximación al estudio del suicidio en Mérida Venezuela. *Revista Geográfica Venezolana*, 62(2), 330-347. <https://n9.cl/uvaim>
- Plataforma Regional de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela. (s.f.). *Refugiados y migrantes de Venezuela*. <https://n9.cl/cz4b4>
- Shi, L., Que, JY., Lu, ZA., Gong, YM., Liu, L., Wang, YH., Ran, MS., Ravindran, N., Ravindran, A., Fazel, S., Bao, YP., Shi, J. y Lu, L. (2021). Prevalence and correlates of suicidal ideation among the general population in China during the COVID-19 pandemic. *Eur Psychiatry*, 64(1). <https://n9.cl/1cda8>
- Shrestha, R., Siwakoti, S., Singh, S. y Shrestha, A. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on suicide and self-harm among patients presenting to the emergency department of a teaching hospital in Nepal. *PLoS One*, 16(4). <https://n9.cl/3q2o0>
- Statista. (2023). *Porcentaje de población con al menos una dosis recibida de las vacunas contra el coronavirus a nivel mundial a fecha de 15 de enero de 2023, por región*. <https://n9.cl/y4r07>
- Universidad Católica Andrés Bello. (2022). *Condiciones de vida de los venezolanos, ENCOVI 2022*. <https://n9.cl/rmz76>
- Zambrano, O., Hernández, H., Granado, A., Quiroz, G., Gómez, J. y Benzecry, R. (2022). *Un análisis a partir de los microdatos de encuestas de hogares*. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://n9.cl/kuhd5>

Violencia autoinfligida en niños, niñas y adolescentes venezolanos ¹⁸

Gustavo A. Páez S.
Yhimaina J. Trejo U.

A modo de introducción

Keiner era un adolescente de 17 años que, antes de la pandemia por Covid-19, tenía una dinámica diaria en la que sus días estaban copados de actividades. Atravesando muchas circunstancias, era un muchacho normal que asistía a sus clases en el liceo, tenía un trabajo y, de vez en cuando, salía con sus amigos. Una de esas circunstancias que este joven atravesaba era la dificultad de vivir en un país como Venezuela, el cual, durante los últimos años, se ha visto sumergido en el mar profundo de una emergencia humanitaria compleja (Human Rights Watch, 2019; HumVenezuela, 2020, 2021). Otra circunstancia que este joven vivía estaba relacionada con una situación familiar. Cuando contaba con 11 años, su madre falleció y en ese momento no recibió apoyo suficiente para batallar con ese dolor.

Dos años después, cuando tenía 13, su padre sufrió un infarto ocular debido a la escasez de medicamentos en el país, hecho que lo llevó a perder la visión. A partir de ese día, Keiner pasó a hacerse cargo de todo en el hogar, por lo que mantenerse a sí mismo y a su padre era todo “un milagro”, contó el joven. “No

¹⁸ Capítulo de libro publicado en: Perdomo, G. y Páez, G. (2023). (Eds.). *Violencia contra la niñez y la juventud en Venezuela. Víctimas ignoradas e invisibles* (pp. 157-192). Editorial Alfa. <https://n9.cl/szehx>

sé cómo he sobrevivido porque siempre estoy buscando dinero acá, buscando dinero allá, buscando esto acá, buscando esto allá...”.

A pesar del contexto adverso del país y del impulso directo a una adultez temprana, el adolescente parecía tener todo bajo control hasta el mes de marzo de 2020, cuando se decretó la cuarentena a escala nacional por la pandemia mundial del Covid-19 y, en consecuencia, se suspendieron las clases presenciales. Keiner cursaba el último año de un bachillerato técnico; entonces, al mismo tiempo que la pandemia trastocó toda su rutina diaria, la educación a distancia se volvió una pesadilla para él. Expuso que se sentía aislado. En la institución donde recibía educación, debido al pésimo servicio de internet en todo el país, las clases por videoconferencia no eran factibles, por lo que la interacción con los profesores se limitaba a mensajes a través de una red social.

“Los profesores han visto el trabajo en casa como algo más simple de lo que en realidad es, nos están sobrecargando con muchas tareas”, dijo Keiner, quien explicó que le enviaban el triple de asignaciones para el hogar. “Entonces, si tú tienes una dinámica familiar complicada, o no estás bien contigo mismo, resulta difícil no solo entender lo que te están tratando de enseñar, sino también cumplir con las metas que te está poniendo el sistema educativo”.

Según la narración de los hechos en esta historia, poco a poco, la ansiedad y la presión por alcanzar las metas fueron invadiendo al joven, afectando hasta los aspectos más simples y normales de su vida (por ejemplo: sus hábitos alimenticios y las horas de sueño). Contó el adolescente que algunos días se alimentaba una sola vez y conciliaba el sueño solo entre 3 y 4 horas. Al parecer, la presión fue tal que al terminar el año escolar Keiner quedó agotado emocionalmente. “Me sentía extremadamente cansado, lleno de tristeza y desesperanza”, dijo.

Las metas propuestas le ocasionaban angustia, pero también el hecho de la ceguera de su padre, así como la difícil relación entre él y su progenitor. Todo ello, junto con la exigencia de los estudios a distancia, comenzó a generar tensiones. En adición, al parecer el joven cada vez se notaba más afligido por el desconuelo no resuelto del fallecimiento de su madre. Se conoció que sentía que antes de la pandemia las rutinas de trabajo, estudio y cuidado de su padre lo protegían de pensar de forma frecuente en sus traumas. Pero todo de pronto cambió con la pandemia. Para finales de 2020, Keiner empezó a tener sueños a menudo con la muerte: la de él o la de alguien cercano.

Todo indica que el punto de quiebre lo alcanzó el joven en diciembre de 2020, cuando su familia se reunió para cenar el 24 de ese mes, después de un largo tiempo sin verse debido a la pandemia por el Covid-19. Durante la tertulia tuvo un altercado con su tía, quien le expresó que no hacía los esfuerzos necesarios y suficientes para sacar adelante a su padre.

En la madrugada de ese día, a Keiner lo invadió una ideación suicida que lo llevó a intentar autolesionarse. Al día siguiente despertó despavorido al ver lo que había hecho. En ese momento comprendió que necesitaba ayuda y pasó alrededor de dos semanas preguntándose sobre qué hacer.

La historia resumida de Keiner (Zúñiga, 2021), obtenida y abordada por la periodista Mariana Zúñiga, es probable que sea el reflejo de parte de la realidad que podrían estar viviendo muchos NNA venezolanos, como consecuencia de la conjunción de factores de riesgo individuales y familiares superpuestos con la emergencia humanitaria compleja y, desde el 2020 hasta la actualidad (2022), con los impactos generados por la pandemia; combinación que quizás esté detrás de un buen número de casos de violencia autoinfligida que han sido reseñados en los medios de comunicación del país entre esos grupos de población —entendiéndose por violencia autoinfligida el “uso intencional de la

fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo” (Sociedad Argentina de Pediatría-Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-Ministerio de Salud de la Nación, 2021, p. 24) —. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), este tipo de violencia comprende el comportamiento suicida y las autolesiones. En el primer caso se incluyen pensamientos suicidas, intentos de suicidio — también denominados en unos países “parasuicidio” o “intento deliberado de matarse” — y el suicidio consumado. El segundo término abarca los actos de automutilación (OPS y OMS, 2003).

Además del trabajo de Zúñiga, existen otros recientes también de naturaleza periodística (solo por citar algunos: Herrera, 2020; Monitor de Víctimas, 2021; Núñez, 2021; Agence France Presse, 2021; Gutiérrez, 2021) y de corte científico-investigativo (Crespo, 2019; Páez *et al.*, 2020; Páez, 2021; Páez *et al.*, 2021), que han intentado revelar que en Venezuela la violencia autoinfligida ha aumentado en la población en general bajo la sombra de una emergencia humanitaria compleja sin precedente alguno en la historia del país, y que dentro de esa contabilidad de fallecidos por autolesiones se cuentan NNA.

En el plano internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021a) expuso que el suicidio sigue siendo una de las principales causas de muerte en todo el mundo, según sus últimas estimaciones publicadas en *Suicide worldwide in 2019* (OMS, 2021b), y que se debe prestar atención al suicidio con más énfasis en estos tiempos, después de muchos meses inmersos en la pandemia por el Covid-19 y cuando muchos de los factores de riesgo del suicidio siguen estando muy presentes. La Organización sostiene que, entre los jóvenes de 15 a 29 años, es la cuarta causa principal de muerte, por detrás de los traumatismos debidos al tránsito, la tuberculosis y la violencia interpersonal. En el caso específico de la adolescencia (de 10 a 19 años), señala que es un período crucial

para la adquisición de competencias socioemocionales, especialmente teniendo en cuenta que la mitad de los trastornos de salud mental se manifiestan antes de los 14 años.

Incluso, un estudio mundial sobre mortalidad por suicidios que abarcó el período 1990-2016 (Naghavi, 2019) mostró que en Venezuela se incrementó la tasa de suicidios (estandarizada por edad) durante ese lapso analizado, resultados cuantitativos que coincidieron con los de Páez *et al.* (2021).

Con esta investigación se pretende estudiar el comportamiento de la violencia autoinfligida en NNA venezolanos en tiempos de emergencia humanitaria compleja y de pandemia. Se parte entonces de la hipótesis según la cual los NNA venezolanos en los últimos años se han visto afectados por un conjunto variable de factores de riesgo individuales y familiares y por otros asociados a la emergencia, los que en distintas combinaciones se han visto exacerbados por la yuxtaposición negativa de esta última con la pandemia y han llevado a un número dado de NNA a suicidarse o intentar suicidarse.

Es oportuno acotar que las estadísticas oficiales más actuales para estudiar la violencia autoinfligida en el país son las del Anuario de Mortalidad de 2016, publicado por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS, 2021). Este hecho imposibilitó abordar este tipo de violencia por fuentes secundarias públicas de nueva data, aspecto que permitiría entender su comportamiento reciente. Por tanto, en este trabajo se trató de sortear esa limitante recurriendo, por un lado, a la interpolación (año 2015) y extrapolación de cifras de muertes por suicidio (período 2017-2020) —utilizando como base las estadísticas oficiales disponibles— y, por otro, realizando una revisión retrospectiva de un variado número de medios de comunicación nacional y regional (2018-2021), así como la consulta periódica a un conjunto de informantes clave residenciados en diferentes entidades federales del país.

También hay que indicar que, debido a lo anterior, no necesariamente en los medios van a salir reseñados todos los hechos de violencia autoinfligida que acontezcan en el contexto nacional, ni tampoco necesariamente los informantes clave van a dar cuenta y tener conocimiento de todos los hechos de este tipo que ocurran en sus entidades de residencia, por cuanto los casos registrados en esta investigación provenientes de estas dos fuentes solo se refieren a una proporción de aquellos, los que logran ser conocidos por la sociedad. Sin embargo, los patrones detectados en los resultados, tanto los obtenidos de las extrapolaciones como los derivados de los medios e informantes, podrían ilustrar de forma próxima lo que probablemente esté aconteciendo en materia de violencia autoinfligida en los NNA venezolanos. Además, como complemento cualitativo de la investigación, se procedió a realizar unas entrevistas semiestructuradas a profesionales de la psicología y psiquiatría, para indagar sobre los factores de riesgo de suicidios que posiblemente han estado incidiendo en los NNA, tanto antes como durante la pandemia.

Aspectos metodológicos

Tal y como se señaló en el apartado anterior, en Venezuela, la fuente oficial más actual que dispone de cifras para lograr estudiar parte de los hechos de violencia autoinfligida en el país (suicidios o muertes autoinfligidas) es el Anuario de Mortalidad, siendo el de 2016 la edición más reciente publicada por el MPPS. A pesar de ello, en aras de realizar un análisis retrospectivo y prospectivo de la ocurrencia y frecuencia de las muertes autoinfligidas en NNA venezolanos, se recurrió a revisar y procesar la información estadística disponible en los Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital, editados por el antiguo Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS, 1995-1996), y de los Anuarios de Mortalidad (MPPS, 1997-2014, 2016).

Para el año 2015 existe un vacío de información, puesto que hubo un salto en la publicación de los Anuarios de Mortalidad, es decir, del año 2014 al 2016, desconociéndose las razones de ese hecho. Con la finalidad de completar la serie de tiempo 1995-2016 para lograr realizar el análisis pasado y futuro, se estimó para el 2015 el número de muertes por suicidio empleando el método de interpolación aritmético (Páez, 2018), cuya expresión matemática está dada por:

$$Ms(2015) = Ms_0 + \frac{(Ms_1 - Ms_0)}{t} * n$$

Donde:

Ms(x): muertes por suicidio de NNA a estimar para el año 2015

Ms₀: muertes por suicidio de NNA conocidas para el año 2014

Ms₁: muertes por suicidio de NNA conocidas para el año 2016

t: período de tiempo transcurrido entre los años a interpolar (2 años)

n: período de tiempo transcurrido entre el año más antiguo (2014) y el año a interpolar (2015) (1 año).

En el caso de las estimaciones de las muertes por suicidio de los años 2017-2020, se utilizaron los métodos de extrapolación aritmético y geométrico (Páez, 2018). Esto con la finalidad de plantear dos escenarios posibles de aumento de los casos. Con el primero se asume un escenario numérico más conservador, mientras que, con el segundo, el aumento de los decesos se supone a un ritmo más acelerado. Las expresiones matemáticas de cada método son las siguientes respectivamente:

Tomando como ejemplo el año 2017:

$$Ms(2017) = Ms_1 + \frac{(Ms_1 - Ms_0)}{t} * n$$

$$Ms(2017) = Ms_1 * (1 + r)^n$$

Estimación del r:

$$r = \sqrt[t]{\frac{Ms_1}{Ms_0}} - 1 * 100 (\%)$$

Donde:

Ms(x): muertes por suicidio de NNA a estimar para el año 2017

Ms₀: las muertes por suicidio de NNA conocidas para el año 2014

Ms₁: muertes por suicidio de NNA conocidas para el año 2016

t: período de tiempo transcurrido entre los años a interpolar (2 años)

n: período de tiempo transcurrido entre el año más reciente de cifras conocidas (2016) y el año a interpolar (2017) (1 año), para el caso de 2018 serían 2 años y así sucesivamente hasta el 2020.

r: crecimiento medio anual de las muertes por suicidios entre 2014-2016

En este punto se parte de la hipótesis de acuerdo con la cual el comportamiento de las muertes por suicidio en NNA durante el lapso 2017-2020 se mantendrá de forma similar al experimentado en el período anterior conocido (2014-2016), lo que arrojaría resultados conservadores sobre aquellas, puesto que la emergencia humanitaria en el país se acentuó en años posteriores.

Contando con la serie completa de muertes por suicidio en NNA del lapso 1995-2020, y tomando como base la población media proyectada para Venezuela por las Naciones Unidas en su última revisión (*United Nations*, 2019), se estimaron las tasas de suicidios de NNA venezolanos para esos años, considerando el criterio de edad de la OMS, es decir, que los niños/niñas están

conformados por los infantes de 0 a 9 años, mientras que los adolescentes abarcan las edades de 10 a 19 años. Debido a que las estadísticas contenidas en los anuarios de Venezuela se muestran en grupos quinquenales de edad y no en edades individuales, esto no permitió hacer el ajuste de la estimación de las tasas a los criterios de edad establecidos por la Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA) (Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2015), es decir, de 0 a 11 para niños y niñas, y de 12 a 17 para los adolescentes.

En relación con los medios de comunicación, se revisaron 81 en total. De estos, 99% se refieren a portales web de noticias y uno a formato impreso (*Diario Pico Bolívar*, estado Mérida). Asimismo, se contó con información de 20 informantes clave residenciados en diferentes entidades del país (Amazonas, Aragua, Bolívar, Carabobo, Delta Amacuro, Distrito Capital, Falcón, Guárico, Lara, Mérida, Miranda, Monagas, Sucre, Táchira, Trujillo y Zulia).

La revisión permitió totalizar las presuntas muertes por suicidio y por intentos de suicidio acontecidos entre 2018-2021, con base en la información proveniente de las dos anteriores fuentes indicadas. De igual modo, la información obtenida de los medios e informantes clave sirvió para estimar un conjunto de indicadores porcentuales asociados a muertes por suicidio en NNA según sexo, edad, método empleado, presunto móvil y entidad federal de ocurrencia.

Como complemento cualitativo de la investigación, se llevaron a cabo cuatro entrevistas semiestructuradas a profesionales vinculados con la temática en estudio, una psicóloga general y otra social, otra psicóloga y una psiquiatra, estas últimas especialistas en NNA. Las entrevistas tuvieron como eje central indagar sobre el abanico de posibles factores de riesgo asociados al suicidio en NNA que han dominado, y quizás algunos se han exacerbado, en estos tiempos de emergencia humanitaria compleja y de pandemia.

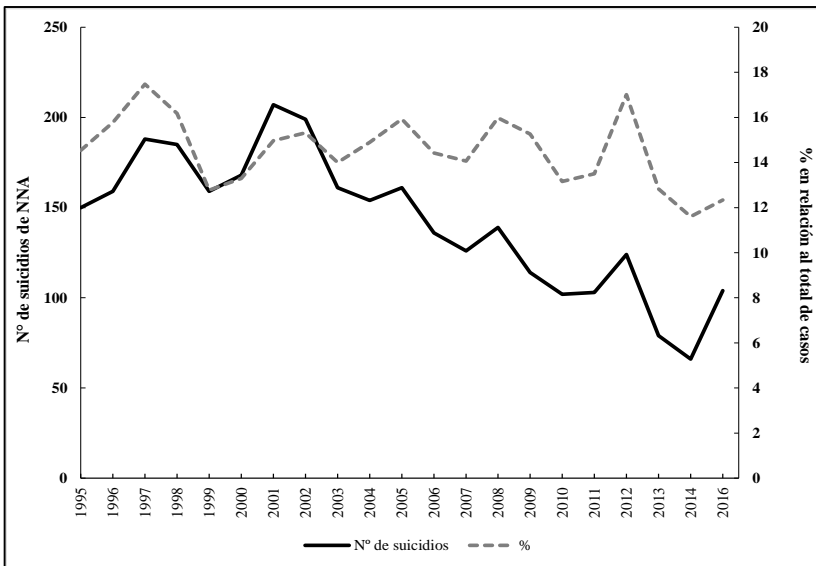
Resultados y análisis

Las cifras del MSAS-MPPS y de las extrapolaciones

En la figura 1 se exhiben las cifras en valores absolutos y porcentuales, bajo el criterio de edad de la OMS, de muertes autoinfligidas de NNA acontecidas en Venezuela, resultantes del procesamiento de las estadísticas del MSAS y del MPPS. En cuanto a los primeros, entre 1995 y 2001, se observa una tendencia de aumento en los valores, alcanzando el máximo histórico en este último año (207 casos). Luego, hasta 2014, ocurre un descenso en estas muertes. No obstante, hay que señalar que es probable que estos registros sean más elevados.

Figura 1

Comportamiento temporal del número de casos de muertes por suicidios de NNA y de su peso porcentual, Venezuela 1995-2016



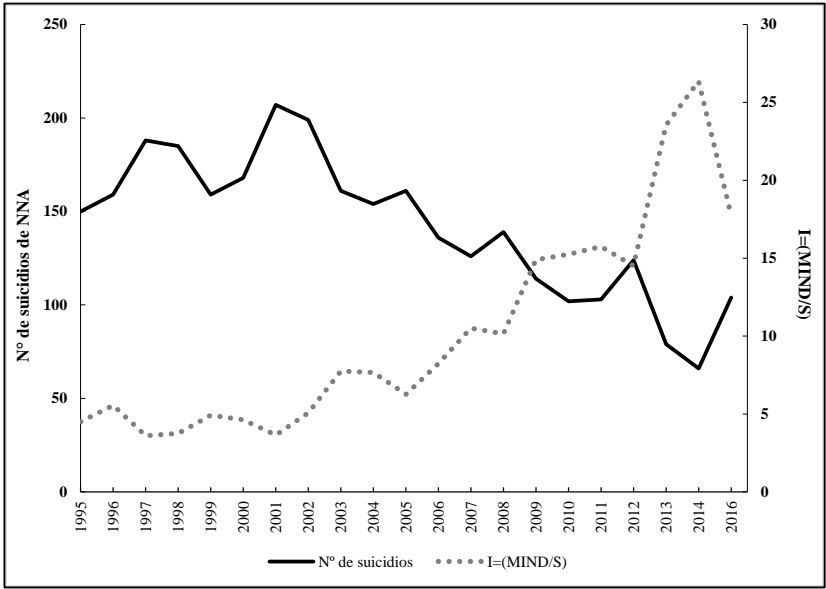
Fuente: cálculos propios con base en cifras de los Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital (MSAS, 1995-1996) y de los Anuarios de Mortalidad (MPPS, 1997-2014, 2016)

Lo anterior se sustenta en que las muertes de intención no determinada (MIND) también experimentaron un acrecentamiento justo a partir de 2001, propensión que posiblemente se mantenga en tiempos actuales. Las MIND son decesos que ocurren por causas externas de mortalidad y morbilidad cuya intencionalidad % en relación con el total de casos se desconoce, por lo cual no pueden ser clasificados como homicidios, suicidios, accidentes o bajo otra categoría de causa de muerte. Esta sección cubre eventos donde la información disponible es insuficiente para que la autoridad médica o legal pueda distinguir entre accidente, lesión autoinfligida o agresión, y se muestran bajo los códigos Y10-Y34 de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) de la OMS.

Esto puede ser evidenciado al estimar un índice de relación dividiendo el número de MIND de NNA entre las muertes por suicidio ocurridas en esos mismos grupos de edad (figura 2). Se encontró que este indicador, entre 1995-2001, se mantuvo fluctuante de 3,6 a 5,6 MIND por cada suicidio comprobado, tendencia que cambió durante 2002 y 2016. Dentro de ese lapso, la relación pasó de 5,1 (2002) a 26,3 (2014, máximo valor alcanzado) y, aun cuando en 2016 disminuyó a 17,3, este valor continuó siendo muy superior al de 2002.

Figura 2

Comportamiento temporal del número de casos de muertes por suicidios de NNA y del índice de relación entre las MIND de NNA y los casos de suicidios de NNA, Venezuela 1995-2016



Fuente: cálculos propios con base en cifras de los Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital (MSAS, 1995-1996) y de los Anuarios de Mortalidad (MPPS, 1997-2014, 2016)

El incremento de las MIND de NNA, y también dentro de los registros de mortalidad general del país, podría explicarse por el número, cada vez más creciente, de casos de fallecimiento cuyo registro en el certificado de defunción se plasma como caso en estudio forense o en investigación. Al respecto se desconocen las razones del aumento de este tipo de registros. Lo cierto es que dentro de esas muertes quedan “ocultos” homicidios, accidentes de todo tipo y suicidios, lo que puede llevar a subestimar valores absolutos y porcentuales, incluso a subvalorar el cálculo de tasas en esos tres aspectos (Páez *et al.*, 2021).

Para la OMS (2014) las muertes autoinfligidas constituyen una causa de muerte que presenta subregistros importantes en la mayoría de las naciones del mundo. Más del 65% de los países miembros de esta organización no poseen buena data para el estudio de los suicidios. Somos de la opinión de que Venezuela, en los últimos años, por la propensión de aumento de las MIND en la mortalidad general de la población y en las de NNA, podría entrar en ese grupo de países.

Esta Organización también agrega que, por ser el suicidio un tema sensible y tabú en muchas sociedades (y estigmatizado), en diversos países del mundo un buen número de casos no se reportan como muertes autoinfligidas. Señala, además, que es probable que haya más problemas de subregistro y mala clasificación en los casos de suicidio que en la mayor parte de las demás causas de muerte. Afirma que las defunciones por suicidio suelen ser mal clasificadas según los códigos de la CIE-10 como “de intención no determinada” –aspecto que refuerza lo mencionado con anterioridad sobre el incremento de las MIND en el país– o también como “accidentes”, “homicidios” o “de causa desconocida”.

En relación con las cifras porcentuales (ver figura 1), llama la atención que no presentaron una tendencia de descenso al igual que las absolutas, sino que se mantuvieron fluctuantes entre 12% y 16% (2003-2016). Ello significa que, mientras el peso porcentual de las muertes por suicidio descendió en la población de 20 años y más, en los NNA no sucedió igual, sino que, por el contrario, en algunos años ascendió. Incluso, tomando en consideración el valor más reciente estimado con números del anuario de 2016, se aprecia de nuevo una posible tendencia al incremento a futuro.

Las tasas de suicidio estimadas entre 1995-2016, según la data de los anuarios y sin tomar en cuenta los posibles casos “ocultos” dentro de las MIND, indican que en 1995 ocurrían en

Venezuela, en promedio, 1,5 suicidios de NNA por cada cien mil habitantes de esa población, alcanzando el máximo valor en 2001 (tasa de 1,9). En 2016, ese indicador ya había bajado alrededor de una muerte por cada cien mil habitantes. Sin embargo, las estimaciones por extrapolación de las tasas en cuestión permiten avizorar un acrecentamiento en las mismas.

Los resultados de las extrapolaciones realizadas entre 2017-2020 muestran un incremento en el número de muertes autoinfligidas en NNA. Los métodos aplicados indican que, en 2017, es probable que hayan acontecido en el país entre 123 y 131 muertes por suicidio de NNA, mientras que en 2020 los números quizás oscilaron entre 180 y 258 decesos de este tipo. En otros términos, eso significa un ascenso de alrededor de 46% y 97%.

Al estimar las tasas de suicidios en NNA, se encontró de igual modo la misma tendencia de aumento. Para 2017 se estimó una tasa que fluctuó entre 1,1 y 1,2 muertes por suicidio de NNA por cada cien mil habitantes de esa población. Entre tanto, para 2020, ese indicador pudo haberse ubicado entre 1,8 y 2,5 decesos, lo que se traduce en un probable ascenso de entre 63% y 108%.

Si se compara la tasa estimada con cifras oficiales para el último año de data disponible (2016) con la extrapolada a 2020, se estaría hablando de un mayor aumento del indicador, al pasar de 0,9 a 2,1 (este último valor surge del promedio obtenido de los resultados de los métodos aplicados 1,8 y 2,5), lo que marca un 133% de aumento relativo. Con todos estos resultados podemos decir que la tasa en los NNA al menos se duplicó durante 2016-2020. Estos coinciden con los generados por Páez *et al.* (2021) para la población venezolana en general, donde, según esa investigación, la tasa de suicidios en Venezuela aumentó en 145% entre 2015-2018 y por lo menos se duplicó en ese lapso.

Otros indicadores estimados con las estadísticas oficiales revelan que, en 2014 y 2016, la relación entre los sexos de muertes por suicidio de NNA estuvo por el orden de 60% (masculino)

versus 40% (femenino). No hubo casos de muertes por suicidio de niños y niñas en Venezuela para esos años, pero sí de adolescentes. Entre esos tiempos, estos últimos ocuparon el último lugar en peso porcentual (promedio $\approx 12\%$ en esos años) dentro de la totalidad de muertes por esta causa ocurridas en el país. En el primer puesto se ubicaron los adultos (30-64 años, $\approx 53,3\%$) y luego, en el segundo, los jóvenes y adultos jóvenes (20-29, $\approx 21,6\%$), y los adultos mayores en el tercero (65 años y más $\approx 13,0\%$). El método más usado (\approx en 77% de los casos) fue el ahorcamiento.

Al analizar en detalle el comportamiento temporal de las muertes por suicidio de NNA en Venezuela, se puede decir que la propensión de aumento de estas hacia la década de los años 90 e inicios de los años 2000 podría encontrar su explicación en los problemas económicos, sociales y políticos que se desencadenaron en el país en esos tiempos (Bolívar, 2011; Freitez, 2011). Estos muy probablemente ocasionaron tensiones sobre muchas familias y hogares venezolanos y activaron, y/o reactivaron, diferentes factores de riesgo asociados a hechos suicidas, que seguro no solo impactaron a individuos jefes de hogar (padres y madres) sino también a sus descendientes, es decir, a los NNA hijos de esos progenitores.

Para nosotros no es casualidad que en esos mismos años (década de los 90 e inicios de los 2000) las muertes por suicidio (y las tasas) en la población en general de Venezuela hayan mostrado un aumento (Páez, 2021; Páez *et al.*, 2021). Es muy probable que diversas situaciones adversas relacionadas con la realidad imperante de la época indujeran a un conjunto de individuos de la población adulta, y específicamente de NNA, a tomar la decisión de quitarse la vida.

Después de 2001 y hasta 2014 la tasa mostró un descenso paulatino. Dentro de este período es importante acotar que la caída en la tasa (de 2002 a 2012) coincide con el último lapso de bonanza económica vivido en Venezuela, un boom petrolero mucho más

elevado que el experimentado en la década de los años 70 del siglo XX, lo que implicó un aumento sustancial en el gasto social (Santos y Villazmil, 2006; Hernández y Reyes, 2008; Weistbrot y Sandoval, 2008).

Durante los años 2000 a 2010, se produjo en el país un acrecentamiento inusitado del ingreso nacional per cápita y se llevó a cabo una política de distribución extensa y generalizada de esa riqueza que, según los reportes gubernamentales, condujo a la reducción de la pobreza y la desigualdad, y al cumplimiento por anticipado de las metas del milenio (República Bolivariana de Venezuela, 2010). Un tiempo de aparente prosperidad y bienestar económico pudo haber incidido en la disminución de la tasa, tanto en la población en general como específicamente en la de los NNA.

Son muchos los estudios que se han realizado desde la segunda mitad del siglo XX hasta nuestros días que han tratado de mostrar la probable relación del crecimiento de la tasa de suicidios en tiempos de crisis económicas, o su reducción en lapsos de prosperidad, así como de su posible aumento durante épocas de crecimiento económico (Yu-Hui y Wen-Yi, 2018; Crespo, 2019; Ferreira *et al.* 2019; Inoue *et al.*, 2020, solo por citar algunos de los más recientes).

Uno de los trabajos más exhaustivos que han abordado esa vinculación es el de Muñoz *et al.* (2014). Estos investigadores intentaron demostrar, a través de la exploración de 42 estudios, la posible relación (o no) existente entre el aumento de las tasas de suicidios y los períodos de crisis económicas.

Su conclusión principal fue que la mencionada relación es controvertida, sujeta a disímiles interpretaciones y presenta diferencias significativas entre países. En la mayoría de las investigaciones revisadas, encontraron una relación de aparente incremento entre los suicidios y momentos de crisis económicas, al evaluar variables tales como: desempleo, momentos de recesión económica, austeridad fiscal y débil protección social.

Después del año 2014 y hasta nuestros días (2022), planteamos que la tendencia del lapso anterior cambió. El supuesto incremento paulatino de la violencia autoinfligida en toda la población, y en especial en NNA, parece ser una de las tantas consecuencias que ha venido dejando el agravamiento de la crisis o emergencia humanitaria compleja que ha venido atravesando el país en los últimos años (2015-2022) y es de resaltar que esta ha sido bien caracterizada en múltiples estudios, informes y publicaciones científicas (Freitez *et al.*, 2015; Universidad Católica Andrés Bello, 2016; Freitez, 2017, 2018; Human Rights Watch, 2019; HumVenezuela, 2020, 2021, solo por citar algunos ejemplos).

De hecho, la OMS-OPS y ACNUR (2016) han expuesto que los problemas mentales, el sufrimiento emocional intenso y la desesperanza son comunes en estas crisis, y que estas situaciones adversas pueden llevar al suicidio o a la autolesión a muchas personas de diferentes edades, con el agravante de que esta situación se pudo haber exacerbado con la llegada de la pandemia por Covid-19.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020), oficina regional para las Américas de la OMS, el pasado 10 de septiembre de 2020 informó que el Covid-19 ha venido afectando la salud mental de muchas personas, y los NNA no son la excepción. Según esta Organización internacional, datos de estudios recientes han mostrado un aumento de la angustia, la ansiedad y la depresión, y que esto y otros factores de riesgo se van a constituir como importantes componentes que pueden incrementar las probabilidades de que una persona decida quitarse la vida, dentro de las que se incluye, por supuesto, a los NNA. La institución advirtió que la pandemia por el virus puede exacerbar los factores de riesgo de suicidio, por lo que exhortó a discutir sobre el tema en forma abierta y responsable, permanecer

relacionados aun durante el distanciamiento físico y aprender a identificar los signos de advertencia para prevenirlo. Por ende, es muy probable que la continua propensión al incremento de las muertes por suicidio en NNA en Venezuela de 2020 hasta la actualidad sea consecuencia de la superposición de la emergencia con la pandemia y todos sus impactos asociados.

Para Echeburúa (2015), en general, los desencadenantes de intentos de suicidios o del suicidio consumado de adolescentes y jóvenes se enmarcan en varios niveles: a nivel clínico, el consumo excesivo de alcohol y/o drogas o el surgimiento de una depresión o de una manifestación psicótica; a nivel ambiental, un contexto familiar y social deteriorado, una desilusión amorosa, una orientación sexual diversa, el fracaso escolar o universitario frecuente o el acoso (incluido el ciberacoso). A nivel psicológico, plantea que figura la presencia de algunas características de personalidad como la impulsividad, la baja autoestima, la inestabilidad emocional o la dependencia emocional extrema.

Otros estudios muestran que los factores y situaciones que se asocian comúnmente con intentos de suicidio y suicidios entre NNA son variados y están relacionados con aspectos culturales y sociodemográficos, contextos familiares y eventos negativos vividos durante la etapa de la niñez, estilos cognitivos y de personalidad, existencia de trastornos psiquiátricos, intentos previos de suicidio y acontecimientos negativos de la vida cotidiana como disparadores del comportamiento suicida. A pesar de ello, es importante recalcar que no necesariamente están presentes en todos los casos.

De igual forma hay que señalar que los factores y situaciones de riesgo listados varían de un país a otro y de un continente a otro, dependiendo de las características económico-sociales, políticas y culturales que incluso difieren entre países próximos (OMS, 2001).

Tener esporádicamente pensamientos o ideaciones suicidas no es algo anormal. No obstante, estos pensamientos se vuelven anormales en los NNA cuando la ejecución de estos pensamientos parece ser la única salida a sus problemas. Es allí cuando entonces existe un serio riesgo de suicidio o de intento de suicidio (OMS, 2001).

Al parecer estos pensamientos son parte de un proceso normal de desarrollo en la niñez y la adolescencia al tratar de esclarecer los problemas existenciales cuando se trata de comprender el sentido de la vida y la muerte. La OMS explica que la mayoría de los individuos que intentan suicidarse son ambivalentes y no buscan meramente la muerte. Se conjetura entonces que el suicida no quiere morir, sino que desea dejar de sufrir. Esta deducción se complementa con la idea de que los niños de entre 8 y 11 años no tienen noción de que la muerte es para siempre y muchos adolescentes tampoco. Por eso, pueden llegar a pensar que cuando estén muertos, las personas que los hicieron sufrir recapacitarán y dejarán de provocarles dolor cuando resuciten (Red Argentina de Periodismo Científico-Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2017).

En el caso particular de Venezuela, es factible que muchos de los factores y situaciones indicados con anterioridad hayan estado detrás de un número dado de hechos de violencia autoinfligida en NNA. En otros casos continuarán ejerciendo tensiones sobre NNA perfilando quizás a unos cuantos como potenciales víctimas de ese tipo de violencia. No obstante, creemos que el contexto se empeoró con la llegada de la pandemia y su transposición con la emergencia humanitaria, hecho que introdujo otro conjunto de factores y situaciones de riesgo en la población en general y especialmente en NNA (encierro en los hogares, interrupción del año escolar y de actividades extracurriculares, pérdida de contacto presencial con amigos y familiares, entre otros). Con base en las entrevistas realizadas a los psicólogos y

psiquiatras, se logró listar un abanico amplio de factores de riesgo (tabla 1) que, en distintas combinaciones, podrían explicar esta importancia relativa adquirida por la violencia autoinfligida en NNA en los últimos años.

Por su parte CECODAP (2021a), en el contexto de Venezuela, ha señalado que la llegada de la pandemia desde marzo de 2020 se presentó bajo condiciones socioeconómicas, institucionales y políticas nada ideales. Ello debido a que el país lleva varios años sumergido en los estragos de una emergencia humanitaria compleja que ha tenido efectos devastadores.

Enfatiza que las formas de relación de los individuos cambiaron, las dinámicas sociales se vieron trastocadas, las familias están sobreexigidas, las escuelas laboran a distancia y/o con profundas limitaciones, mientras que el sistema de protección está profundamente disminuido. Indica que, hoy más que nunca, los derechos de los niños (y de los adolescentes) se encuentran “invisibilizados”. Como consecuencia de todo lo anterior, esta institución manifiesta que la salud mental de los NNA en Venezuela y la de sus familias se ha visto críticamente afectada.

Recientemente, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2021) publicó un informe donde reconoce que la pandemia por el Covid-19 ha causado una enorme preocupación por la salud mental de varias generaciones de niños, niñas y jóvenes, así como de sus padres y cuidadores. Pero señala que puede que la pandemia haya servido solamente para revelar la punta del *iceberg* de la salud mental. Añade que los NNA del mundo llevan mucho tiempo sin acudir a las instituciones educativas, encerrados en sus hogares y sin poder disfrutar de la alegría diaria que supone jugar con sus amigos, todo ello como consecuencia de la pandemia. Millones de familias se han visto arrimadas a la pobreza, mientras que se han incrementado el trabajo infantil, los abusos y la violencia de género.

Tabla 1

Factores de riesgo de violencia autoinfligida identificados en NNA en tiempos de emergencia humanitaria y pandemia, Venezuela

<ul style="list-style-type: none"> • Manejo inadecuado de las emociones, impulsividad e irritabilidad.
<ul style="list-style-type: none"> • Disfuncionalidad familiar grave, con ausencia o poca comunicación entre padres e hijos (relaciones con poca reciprocidad), presencia de padres muy autoritarios, ausencia de padres. Sin fortalezas en la comunicación e intercambio de intereses.
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de sentimientos negativos (tristeza, incertidumbre, minusvalía, inutilidad, tormento por el aislamiento), casos de depresión.
<ul style="list-style-type: none"> • Poca comunicación entre pares (entre NNA) por lo general por algún estigma o <i>bullying</i>.
<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de sustancias (alcohol y/o drogas) entre adolescentes o en el seno familiar.
<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de seguridad personal.
<ul style="list-style-type: none"> • Ruptura de la estructura familiar por migración de padres hacia el extranjero (cuidado de los NNA con otros familiares).
<ul style="list-style-type: none"> • Cambio de planteles educativos donde cursaban estudios (separación entre amigos y ruptura con el ambiente institucional acostumbrado).
<ul style="list-style-type: none"> • Interrupción de actividades extracurriculares por motivos económicos.
<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de apoyo en actividades educativas y falta de adaptación a la educación a distancia.
<ul style="list-style-type: none"> • Adicción al internet y redes sociales.
<ul style="list-style-type: none"> • Problemas o conflictos familiares o con su cuidador. Existencia de una cultura violenta como producto del entorno económico-social.
<ul style="list-style-type: none"> • Apatía por la persistencia de la pandemia y la cuarentena (cese de las actividades escolares y de actividades extracurriculares).
<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social.
<ul style="list-style-type: none"> • Rupturas sentimentales (en adolescentes del sexo masculino), discusiones principalmente con las madres (en adolescentes del sexo femenino)
<ul style="list-style-type: none"> • Intentos de suicidio con patrones regulares similares a años anteriores donde diferentes factores de riesgo están relacionados con la crisis actual. “El intento suicida en los adolescentes es frecuente, es excepcional una semana sin un caso”.

Fuente: elaboración propia, a partir de entrevistas aplicadas a psicólogos y psiquiatras.

Se estima que cada año sucumben unos 45.800 adolescentes por suicidio, en otras cifras, más de un individuo cada 11 minutos, siendo esta causa de muerte la quinta más frecuente entre los individuos de 10 a 19 años. En el caso de los y las adolescentes (15 a 19), es la cuarta causa más frecuente, después de las lesiones por

accidentes de tránsito, la tuberculosis y la violencia interpersonal. Para las mujeres de 15 a 19 años, es la tercera causa de muerte más común, y la cuarta para los hombres de ese grupo de edad (UNICEF, 2021).

Entre otros aspectos que resalta el informe, se expone que, entre los niños de más edad, el hecho de no poder asistir a la escuela o de abandonar los estudios antes de culminarlos está conexo con el aislamiento social, lo que a su vez puede ocasionar trastornos de salud mental relacionados con autolesiones, ideas suicidas, depresión, ansiedad y consumo de sustancias.

Advierte que existe una amplia preocupación por el impacto de la pandemia en la salud mental, puesto que las investigaciones demuestran un cierto aumento del estrés y la ansiedad entre los NNA. Otro tema de preocupación también lo es la salud mental de los padres y cuidadores, especialmente de las madres jóvenes.

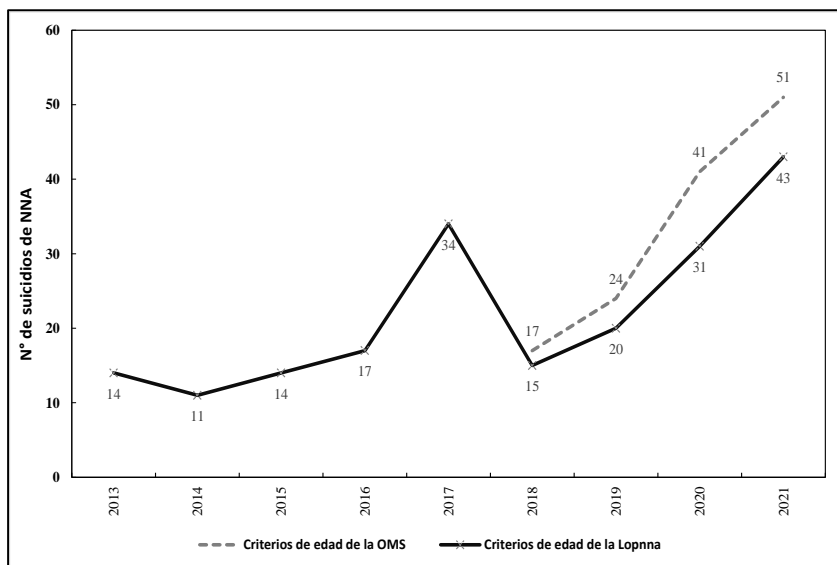
En definitiva, bajo todo este contexto situacional internacional y específicamente nacional, resulta difícil el no imaginar un probable incremento de la violencia autoinfligida en NNA en Venezuela en los últimos años.

Panorama desde los medios de comunicación e informantes clave

De la revisión retrospectiva de los medios de comunicación y la consulta a informantes clave (lapso 2018-2021), utilizando los criterios de edad establecidos en la LOPNNA y los de la OMS, se obtuvo, al igual que con las cifras oficiales, que en el país ha ocurrido un aparente incremento en la ocurrencia de casos de violencia autoinfligida en NNA, específicamente en lo referente a muertes por suicidio, que es el hecho más reseñado en los medios (figura 3). Para extender la serie de tiempo en observación se tomaron cifras del monitoreo de los medios realizado por CECODAP (2021b) durante 2013-2017.

Figura 3

Comportamiento temporal del número de casos de muertes por suicidios de NNA según los medios e informantes clave, Venezuela 2013-2021



Fuente: cuantificación propia con base en información proveniente de medios de comunicación y de informantes clave

En 2013, según CECODAP, en los medios se reseñaron 14 casos de muertes por suicidio de NNA, cifra que en apariencia disminuyó al año siguiente (11 en 2014). De este último año y hasta los números más recientes contabilizados a través de las dos fuentes señaladas, se aprecia, en general, una tendencia al aumento de los casos, con un “pico” sobresaliente en 2017. A pesar de que los valores exhiben una supuesta caída hacia 2018, en adelante de nuevo la curva muestra una propensión ascendente hasta 2021.

El “pico” en 2017 que salta a la vista en la figura es probable que en parte halle su comprensión en que ese año fue uno en el que la emergencia humanitaria compleja impactó con mayor fuerza a los venezolanos y, por supuesto, a los NNA. Fue un año, y sobre todo 2016, en donde sucedieron acciones políticas que abonaron el terreno para que muchos venezolanos salieran a las calles a protestar durante meses (Briceño *et al.*, 2019). Además, tanto en 2016 como en 2017, se registraron las tasas de muertes violentas entre las más elevadas de Venezuela en toda su historia (Observatorio Venezolano de Violencia, 2016, 2017). Adicionalmente, en ese momento ya se vivía en el país una importante escasez de alimentos y medicamentos, falta de insumos y equipos médicos, desprotección de la ciudadanía ante la acción delictiva de grupos criminales (Briceño-León *et al.*, 2019), migración masiva de venezolanos hacia el extranjero (UCAB, 2019-2020a), elevados porcentajes de inseguridad alimentaria y de pobreza en los hogares (UCAB, 2019-2020b), entre otras situaciones adversas. Bajo esa realidad es posible que diversos factores de riesgo hayan invadido el seno de los hogares de un número dado de familias venezolanas, los que en distintas interacciones llevaron a un conjunto de NNA a tomar la desafortunada decisión de quitarse la vida y, por diversas razones, solo una proporción de estos casos salió reflejada en los medios de comunicación.

Otra posible hipótesis explicativa de ese “pico” de 2017, que incluso se complementa con la anterior, sería que, después de ese año, el cierre progresivo de medios de comunicación (de manera espontánea o forzada que ya venía ocurriendo), y la merma de recursos en los que subsisten para poder cumplir con su trabajo (por ejemplo: disponibilidad y poder adquisitivo para compra de papel [entre otros insumos], disponibilidad de vehículos para el trabajo periodístico, etc...), la migración de periodistas hacia el extranjero, la reducción de los espacios de las secciones o bloques

de los periódicos (específicamente para los que subsisten en formato impreso), entre otros aspectos, han limitado y reducido la cobertura de hechos de violencia autoinfligida en Venezuela y de diferentes sucesos en general.

Las razones anteriores podrían justificar el aparente descenso en la curva entre 2017-2018. Con todo y eso, la curva de nuevo asciende entre 2018-2021. Esto significa además que, si los medios estuviesen trabajando con todas las condiciones óptimas, podríamos esperar muchos más casos reseñados en los mismos.

Ahora bien, al comparar las cifras oficiales con las resultantes de los medios e informantes, se observa una diferencia notable. En promedio, según las estadísticas públicas, en Venezuela sucedieron unas 140 muertes por suicidio de NNA durante 1995-2016 y, tomando los valores estimados (2017-2020), probablemente para esos años entre 150 y 190. En cambio, el promedio resultante de los medios e informantes ronda los 31 al año.

Esa discrepancia entre los resultados arrojados expresa de forma fehaciente que los medios (aun cuando se busque complementar con informantes clave) solo muestran una proporción de la totalidad de casos que en realidad acontecen, por lo que los resultados de las investigaciones que recurran a emplear esta fuente como única para estudiar un aspecto, tema o fenómeno social en particular deben acotar que los mismos solo son una aproximación a lo que quizás esté ocurriendo en la realidad. Sin embargo, es sabido que la ausencia en Venezuela de cifras oficiales actualizadas sobre mortalidad, y dentro de estas sobre muertes autoinfligidas, lleva a acudir a otras fuentes de información como las indicadas, con lo cual los investigadores quedan sujetos a varias limitaciones.

Por diferentes razones, no necesariamente en los medios van a salir relatados todos los casos de violencia autoinfligida. Por ejemplo, debido a políticas editoriales, para algunos medios no es de interés darles cobertura y publicar noticias sobre este tipo de

violencia, así como, en otras situaciones, los periodistas no muestran interés en cubrir este tipo de violencia aun cuando el medio lo permita.

Otro aspecto a resaltar son las limitaciones actuales que siguen padeciendo los periodistas –las que se han acentuado a diferencia de años anteriores– para poder cubrir noticias de cualquier tipo: por problemas con los vehículos pertenecientes al medio de comunicación donde laboran, por la escasez y costo de la gasolina, por el déficit de transporte público, por la inseguridad ciudadana, entre otras razones. También es conocido que existen entidades federales en las que se cuenta con un mayor número de medios de comunicación para monitorear los casos de muertes por suicidio e intentos de suicidio, así como con un mayor número de informantes clave. Por el contrario, en algunas regiones no se cuenta con ninguna de las dos fuentes. Esto lleva a tener una mejor cobertura en unas áreas en relación con otras, quedando la mayor posibilidad de no registrar casos en estas últimas. Asimismo, en ciertas entidades los medios les otorgan muy poca cobertura a los sucesos (por ejemplo: en el estado Sucre).

En definitiva, es claro que las cifras derivadas de los medios e informantes clave permiten advertir un incremento en las muertes por suicidio de NNA en Venezuela, lo que es cónsono con la tendencia de aumento de los valores absolutos, porcentuales y de las tasas estimadas con base en las estadísticas de los anuarios oficiales.

Por medio de las dos fuentes referidas en este apartado, en este caso en particular solo para el período 2018-2021, también se logró estimar indicadores porcentuales concernientes a muertes por suicidio de NNA según sexo, edad, método empleado, presuntos factores de riesgo y entidad federal de ocurrencia del hecho.

Del total de casos registrados de muertes autoinfligidas de NNA en 2021, en promedio, 57,6% de estos hechos acontecieron en el sexo femenino y 42,4% en el masculino. En años anteriores, durante 2018-2020, el masculino siempre superó al femenino (60% versus 40% en promedio, respectivamente). En términos generales, en los países y regiones del mundo, la incidencia del suicidio entre las mujeres es tres o cuatro veces menor que entre los hombres. Es así como las mujeres realizan tres veces más intentos de suicidio que los hombres, pero estos consiguen consumar el suicidio tres veces más que las mujeres (Echeburúa, 2015; Naghavi, 2019). Llama la atención que, en este caso, las niñas y las adolescentes superen a los niños y a los adolescentes. Es probable que tenga mucho que ver en este resultado, entre otros factores de riesgo, el incremento de casos de violencia intrafamiliar, de género, contra NNA y sexual, teniendo como principal víctima al sexo femenino en aquellas subpoblaciones vulnerables. Es así como la violencia sexual, de género y estructural ha sido reconocida entre los principales factores de riesgo de violencia autoinfligida (OPS/OMS, 2003; Sociedad Argentina de Pediatría-Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-Ministerio de Salud de la Nación, 2021).

Desde el punto de vista de la edad, también enciende las alarmas el hecho de que los/las adolescentes, después de la población adulta (30-64 años) con 56,8% sobre el total de los casos identificados (266 donde se conoció la edad en 2021), ocupen el segundo lugar como el subgrupo de población con el mayor número de casos, con 12,8%. En 2020, según nuestros registros totales del año, los/las adolescentes se ubicaron en el tercer lugar en conjunto con los jóvenes (18-24 años), con un peso de 12,2%, en cada caso.

Se logró interpretar que, entre los factores de riesgo que desde hace varios años han venido mostrando una mayor incidencia en los NNA, está la depresión (como aparente trastorno mental), los problemas relacionados con noviazgos y rupturas sentimentales y los conflictos familiares. Más recientemente, 2020-2021, se agregan a la lista situaciones adversas derivadas de la combinación de la emergencia humanitaria, la pandemia y la cuarentena, y hay que destacar el aumento del peso relativo porcentual de los conflictos familiares. Estos dos últimos, en suma, durante 2018, alcanzaron un porcentaje de 28,6% dentro de los casos donde se logró conocer esta información, mientras que, en 2020 y 2021, alcanzaron 53,8% y 52,0%, respectivamente.

Cuando observamos las cifras obtenidas de los métodos más empleados para cometer un acto de violencia autoinfligida en NNA venezolanos, se denota un porcentaje sobresaliente en relación con el método por ahorcamiento, el que, en promedio (2018-2021), alcanza 78,7% dentro del total de casos registrados donde se conoció esa variable.

Hay estudios que muestran que, sobre todo en adolescentes, la tendencia es a utilizar métodos menos efectivos para atentar contra sus vidas, como por ejemplo la ingestión de fármacos o los cortes superficiales en los antebrazos, que suponen un serio llamado de atención respecto al malestar emocional en que se encuentran en un momento dado y que altera la dinámica familiar/social, pero que no entrañan un peligro directo para su vida, al menos a corto plazo (Spirito y Donaldson, 1998). No obstante que en más de las tres cuartas partes de los casos registrados en NNA durante el lapso estudiado se haya empleado uno de los métodos más letales para lograr quitarse la vida, ello puede ser indicativo de dos situaciones: (i) de decisiones muy impulsivas y fatales que se están dando cada vez con más frecuencia en estos grupos etarios; (ii) —quizás es el resultado cada

vez más recurrente— de decisiones premeditadas y “seguras” para alcanzar el objetivo planteado de quitarse la vida o de acabar con el sufrimiento padecido.

La decisión de un individuo de suicidarse por lo general guarda relación con la letalidad del método escogido: las personas de edad, por ejemplo, enuncian normalmente una voluntad de morir mayor que la de otras personas y propenden a recurrir a métodos más violentos —dispararse con un arma de fuego, saltar desde un sitio elevado o ahorcarse—, los que ofrecen menos posibilidades de un rescate durante el intento o de salvarle la vida a la persona (De Leo, 1991). Entonces, de ser ese el caso en NNA, es claro que estas decisiones estarían detonadas por la combinación de un número dado y específico de factores de riesgo que han invadido y generado fuertes tensiones, que es posible que se hayan acumulado en los últimos años sobre estos individuos de corta edad (como fue el caso de Keiner) y que, a su vez, por la ausencia de factores de protección que contrarresten a estos, llevaron a muchos al suicidio.

Bajo los criterios de edad de la LOPNNA se identificaron 109 casos acumulados de muertes por suicidio en NNA notificados en los medios y por los informantes, ocurridos entre 2018-2021, mientras que empleando los de la OMS el número subió a 133. En ambos casos se conoció que, en el siguiente orden, Guárico, Zulia, Lara y Trujillo son las entidades que han concentrado la mayoría de estos, más del 40%.

Aun cuando, por lo general y por diferentes razones, son muy pocos los casos de intentos de suicidio que se notifican en los medios, ello no significa que su ocurrencia sea poco frecuente o que no acontezcan. De hecho, según la OMS (2014, p. 26), “por cada adulto que se suicidó, probablemente más de otros 20 hayan cometido uno o más intentos”. En NNA los intentos son bastante frecuentes y quizás en estos la cifra sea próxima a la de los adultos. En esa misma línea, se registraron solo 11 casos de intentos de

suicidio distribuidos en Mérida (6), Lara (2), Miranda (1), Monagas (1) y Táchira (1). De estos, 6 se correspondieron con el sexo femenino, 4 con el masculino y en uno no se conoció esta información. En un solo caso estuvo involucrado un niño y, en el resto, adolescentes. Tres intentaron lanzarse de un lugar elevado, 4 pretendieron envenenarse y en los demás no se conoció el método, mientras que al parecer los factores de riesgo principales fueron los conflictos familiares, la depresión y otras enfermedades mentales no especificadas.

Reflexiones finales

La emergencia humanitaria compleja que ha venido atravesando la sociedad venezolana en los últimos años ha afectado la estructura y funcionamiento de todos los ámbitos – económico, sanitario, político, ambiental, entre otros – que sirven de base para el desarrollo idóneo de la vida de los ciudadanos. Todo se agravó aún más desde marzo de 2020 con la llegada al país de la pandemia y sus impactos asociados, lo que trastocó y estremeció aún más aquella sociedad que de por sí ya era vulnerable, producto de la emergencia. Es así como los niños, niñas y adolescentes venezolanos se encuentran entre los subgrupos poblacionales más impactados por la emergencia, pero luego, con más fuerza, por la conjunción de esta con la pandemia.

Es probable que múltiples situaciones y factores, en diferentes combinaciones, hayan venido acumulándose y perturbado la salud mental de los niños, niñas y adolescentes hasta tal punto que unos cuantos llegaron a tomar la lamentable decisión de intentar atentar contra sus vidas y, lo que es peor aún, de lograr el objetivo de adelantar la muerte, es decir, de consumir el suicidio.

Los resultados obtenidos dan cuenta de que en Venezuela la violencia autoinfligida ha experimentado un aumento desde el 2015 hasta nuestros días. Esto quedó evidenciado tanto en los valores absolutos como en las tasas estimadas de muertes por suicidios y en las cifras generadas a partir de la revisión retrospectiva de medios de comunicación y consulta periódica a informantes clave. Estas derivaciones prueban que los indicadores que permiten medir este tipo de violencia al menos se duplicaron entre 2016-2020. Para nosotros esto ha sido consecuencia, entre 2015-2019, del agravamiento de la emergencia humanitaria; y luego, durante 2020-2021, de la yuxtaposición negativa del binomio emergencia-pandemia que, con todas sus características y situaciones asociadas, exacerbó y expandió diversos factores de riesgo en buena parte de la sociedad, los que, a su vez, actuaron en diferentes formas y llevaron a un buen número de niños, niñas y adolescentes al suicidio.

Todo parece apuntar que el peso porcentual de los NNA dentro del total de muertes por suicidio identificadas en Venezuela ha venido en aumento desde el 2016, así como el empleo del ahorcamiento como uno de los métodos más letales para consumar el suicidio. Las niñas y las adolescentes resultaron ser, durante 2020 y 2021, las principales víctimas de violencia autoinfligida.

En estos tiempos tan difíciles para los venezolanos, hay que poner gran énfasis en la prevención primaria de la violencia autoinfligida en los niños, niñas y adolescentes en los ámbitos de relación familiar y escolar. Debe tratarse de prestarles un apoyo afectivo incondicional, de acostumbrarlos a que soliciten ayuda cuando la necesiten y de enseñarles a afrontar emociones y situaciones negativas. En suma, se debe evitar que un problema dado como, por ejemplo, el bajo rendimiento académico, el consumo de drogas, la pérdida de un ser querido, la migración de un familiar hacia el extranjero o la situación país se convierta en el único tema de conversación con los NNA y, por el contrario, se

debe apuntar a ayudarlos a salir de la dificultad y aumentar las oportunidades de compartir con ellos actividades gratificantes de forma frecuente.

Finalmente, las familias deben estar provistas de información en materia de prevención del suicidio, en este caso en particular sobre los diversos factores de riesgo, especialmente en niños, niñas y adolescentes, así como sobre las diferentes señales, comportamientos e indicios que podrían indicar algún tipo de conducta suicida en aquellos, y en específico adquirir conocimiento en relación con los factores que proveen protección contra el comportamiento suicida (buena relación con los miembros de la familia y apoyo familiar; buenas habilidades sociales, confianza en sí mismo, en su propia situación y logros; búsqueda de ayuda cuando surjan dificultades, tanto a nivel familiar y de amigos como a nivel profesional; receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas; receptividad hacia conocimientos nuevos; integración social [por ejemplo participación en deportes, asociaciones religiosas, clubes y otras actividades]; buenas relaciones con sus compañeros y con sus profesores y otros adultos; apoyo de personas relevantes, entre otros). Con todo esto las familias tendrán herramientas para evitar, en la medida de lo posible, hechos suicidas; en otros términos, para prevenir actos de violencia autoinfligida en NNA.

Referencias

- Agence France-Presse. (2021, 10 de mayo). Aprender a vivir en crisis y pandemia: la salud mental decae en Venezuela. *El Nacional*. <https://bit.ly/2Y2ZqJm>
- Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela (2015, 08 de junio). *Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA)*. Gaceta Oficial Número 6.185 Extraordinario. <https://bit.ly/3D4Atgb>

- Bolívar, M. (2011). 200 años contando la población venezolana a través de censos, estimaciones y otros cálculos. En A. Freitez. (Ed.), *La Población Venezolana 200 años después* (pp. 73-114). UCAB-AVEPO.
- Briceño-León, R., Perdomo, G. y Meléndez, C. (2019). Actores y procesos de la violencia en las protestas políticas. En R. Briceño-León, A. Camardiel y G. Perdomo. (Eds.), *Los nuevos rostros de la violencia: Empobrecimiento y letalidad policial* (pp. 97-122). Editorial Alfa. <https://bit.ly/3iLiovO>
- Centros Comunitarios de Aprendizaje (CECODAP). (2021a). *Informe somos noticia: capítulo salud mental 2020-2021*. <https://bit.ly/3lo4WzK>
- Centros Comunitarios de Aprendizaje (CECODAP). (2021b). *El suicidio infantil: un problema olvidado en medios de comunicación y políticas públicas de Venezuela*. <https://bit.ly/3At7voe>
- Crespo, F. (2019). Aproximación descriptiva al fenómeno del suicidio en el estado de Mérida, Venezuela. *URVIO, Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad*, (24), 167-185. <https://bit.ly/2Nnz6oh>
- De Leo D, O. (1991). Suicide in the elderly: general characteristics. *Crisis*, 12(2), 3-17. <https://bit.ly/3atiSSJ>
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 117-126. <https://bit.ly/3qu20ln>
- Ferreira, E., Monteiro, J. y Pires, J. (2019). Death by Economic Crisis: Suicide and Self-Inflicted Injury in the European Union (EU15) During the Worst of Times. *Society and Economy*, 41(1), 145-164. <https://bit.ly/3da1CEK>
- Freitez, A. (2011). Venezuela 1981-2011. Tránsito de un país de inmigración a otro de emigración. En A. Freitez. (Ed.), *La Población Venezolana 200 años después* (147-180). UCAB-AVEPO.
- Freitez, A. (2017). *Venezuela la caída sin fin ¿hasta cuándo? Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI 2016)*. Abediciones. <https://bit.ly/2TjEvzT>
- Freitez, A. (2018). *Espejo de la crisis humanitaria venezolana. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI 2017)*. Abediciones. <https://bit.ly/2TjEvzT>

- Freitez, A., González, M. y Zuñiga, G. (2015). *Una mirada a la situación social de la población venezolana. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI 2014)*. UCAB. <https://bit.ly/2TjEvzT>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2021). *Estado Mundial de la Infancia 2021: En mi mente: promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*. <https://uni.cf/3aff6ft>
- Gutiérrez, J. (2021). Relatos suicidas: nos puede pasar a todos. *Historias que Laten*. <https://bit.ly/3urNJIG>
- Hernández, M. y Reyes, R. (2008). Análisis de la política económica en Venezuela: 1998–2006. *Revista OIKOS*, 12(26), 25-47. <https://bit.ly/3qgLLYL>
- Herrera, J. (2020). Pandemia y crisis económica, dos nubarrones sobre la depresión y la ansiedad en Venezuela. *Noticiero Digital*. <https://bit.ly/3FLwmYy>
- Human Rights Watch. (2019). *La emergencia humanitaria en Venezuela: se requiere una respuesta a gran escala de la ONU para abordar la crisis de salud y alimentaria*. <https://bit.ly/3CwnweK>
- HumVenezuela. (2020). *Informe de seguimiento sobre los impactos de la emergencia humanitaria compleja en Venezuela: Impactos, respuesta y factores de complejidad*. <https://bit.ly/3ABTju4>
- HumVenezuela. (2021). *Informe de seguimiento sobre los impactos de la emergencia humanitaria compleja en Venezuela con la pandemia de COVID [Actualización a junio 2021]*. <https://bit.ly/3u4tSPr>
- Inoue, K., Hashioka, S. y Kawano, N. (2020). Risk of an Increase in Suicide Rates Associated with Economic Downturn Due to Covid-19 Pandemic. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 32(6-7), 367-367. <https://bit.ly/3qkZc9O>
- Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. (1995-1996). *Anuarios de Epidemiología y estadísticas Vitales*. <https://bit.ly/2TjFCQ5>
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. (1997-2014). *Anuarios de Mortalidad*. <https://bit.ly/2TjFCQ5>
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2021). *Anuario de Mortalidad 2016*. <https://bit.ly/2TjFCQ5>
- Monitor de Víctimas. (2021). Cada 8 días ocurre un suicidio en Táchira. *Runrunes*. <https://bit.ly/3AAwExs>

- Muñoz, S., García, P., García, S., Portabales, L., Moreno, L., Ceverino, A., Polo, C. (2014). Conducta suicida y crisis económica. *Norte de salud mental*, 12(48), 36-43. <https://bit.ly/2MYyjW0>
- Naghavi, M. (2019). Global, Regional, and National Burden of Suicide Mortality 1990 to 2016: Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ* 364: 194. <https://bit.ly/3AuVQ8r>
- Núñez, M. (2021, 20 de septiembre). Por qué se suicidan las personas. *Radio Fe y Alegría Noticias*. <https://bit.ly/2YDMmv0>
- Observatorio Venezolano de Violencia. (2016). 2016- *OVV estima 28.479 muertes violentas en Venezuela*. <https://bit.ly/3zEHINT>
- Observatorio Venezolano de Violencia. (2017). 2017- *Informe OVV de Violencia*. <https://bit.ly/3zpKCp0>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional*. <https://bit.ly/3ambZm3>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio. Un imperativo global*. <https://bit.ly/3zohmyM>
- Organización Mundial de la Salud. (2021a, 17 de junio). *Una de cada 100 muertes es por suicidio*. <https://bit.ly/3m4EGcK>
- Organización Mundial de la Salud. (2021b). *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. <https://bit.ly/3ilbFZ8>
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y la Agencia de la ONU para Refugiados. (2016). *Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP): El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias*. <https://bit.ly/3tX6Tpc>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020, 10 de septiembre). *Pandemia por Covid-19 exagera los factores de riesgo de suicidio*. <https://bit.ly/2WROy12>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. <https://bit.ly/3zZFAw0>
- Páez, G. (2018). *Demografía: indicadores y principales métodos*. Editorial Académica Española. <https://bit.ly/2MYyCjC>

- Páez, G. (2021, 16 de febrero). Venezuela: pandemia y violencia autoinflingida. *El Nacional*. <https://bit.ly/2YGDnZI>
- Páez, G., Rondón, K., Trejo, Y., Boada, J., Gulfo, N., Terán, I., Chacón, M., Chacón, S., Liendo, K. (2020). *El suicidio en Venezuela: crisis humanitaria y violencia autoinflingida. Con énfasis en los estados Mérida y Aragua*. Laboratorio de Ciencias Sociales (LACSO). <https://bit.ly/3CVyfiR>
- Páez, G., Trejo, Y., Rondón, K., y Gulfo, N. (2021). Una aproximación al estudio del suicidio en Venezuela. *URVIO, Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad*, (31), 90-108. <https://bit.ly/3FEuWiv>
- Red Argentina de Periodismo Científico-Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2017). *Comunicación, infancia y adolescencia: guía para periodistas*. <https://uni.cf/3ArBjlt>
- República Bolivariana de Venezuela. (2010). *Cumpliendo las Metas del Milenio 2010*. Imprenta Nacional.
- Santos, M. y Villazmil, R. (2006). La economía venezolana durante el último cuarto de siglo: análisis y propuestas para alcanzar el desarrollo». En A. Barrios (ed.), *Venezuela: un acuerdo para alcanzar el desarrollo* (pp. 341-367). Universidad Católica Andrés Bello. <https://bit.ly/2N0EcqA>
- Sociedad Argentina de Pediatría, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Ministerio de Salud de la Nación. (2021). *Abordaje integral del suicidio en las adolescencias: lineamientos para equipos de salud*. <https://uni.cf/3kUyrc5>
- Spirito, A. y Donaldson, D. (1998). Suicide and suicide attempts during adolescence. En A.S. Bellack y M. Hersen. (Eds.), *Comprehensive Clinical Psychology* (pp. 463-485). Elsevier.
- United Nations. (2019). *World Population Prospects 2019*. Department of Economic and Social Affairs. Population Division, Online Edition Rev. 1. <https://bit.ly/3wP4UU7>
- Universidad Católica Andrés Bello. (2016). *Venezuela: Vivir a Medias. Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI 2015)*. AB-UCAB ediciones.
- Universidad Católica Andrés Bello. (2019-2020). *Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2019-2020*. <https://bit.ly/3oERgSQ>
- Universidad Católica Andrés Bello. (2019-2020b). *La pobreza en sus múltiples dimensiones*. <https://bit.ly/3Asdjik>

- Weistbrot, M. y Sandoval, L. (2008). *Actualidad: la economía venezolana en tiempos de Chávez*. Imprenta Nacional.
- Yu-Hui, L. y Wen-Yi, C. (2018). Does Unemployment Have Asymmetric Effects on Suicide Rates? Evidence from the United States: 1928–2013. *Economic Research-Ekonomska Istraživanja*, 31(1), 1404-1417. <https://bit.ly/2NqRBrC>
- Zúñiga, M. (2021, 26 de agosto). Así afecta la depresión a los adolescentes latinoamericanos en pandemia. *Vice*. <https://bit.ly/2WIMrSG>

PARTE III
Impactos demográficos derivados de la
violencia estructural

Descenso de la esperanza de vida en el estado Mérida, Venezuela, en tiempos de crisis humanitaria ¹⁹

Gustavo A. Páez S.
Karina Rondón V.
Yhimaina J. Trejo U.

Introducción

En Venezuela a lo largo del siglo XX se dieron importantes transformaciones demográficas que marcaron la evolución de su población. Uno de esos cambios específicos estuvo relacionado con el descenso de la mortalidad.

De tal manera que la mejora progresiva en las condiciones de vida de la población venezolana originó cambios en sus niveles de salud que impactaron, además, a sus experiencias y expectativas ante la muerte (Bolívar, 2008). Para Jiménez (2011), el pausado pero contundente control sobre la muerte constituye uno de los procesos sociales más destacados en el mundo, entre los más sobresalientes que han acontecido en los últimos tres siglos; de allí que Haines (2002) denominó Transición de la Mortalidad a la serie de transformaciones que se han observado en la contabilidad general de la muerte, evolución a la cual no escapó Venezuela y por supuesto cada una de las entidades federales que la conforman, como por ejemplo el estado Mérida, contexto espacial en el cual se centra esta investigación.

¹⁹ Artículo de revista publicado en: Páez, G., Rondón, K. y Trejo, Y. (2022). Esperanza de vida en el estado Mérida, Venezuela, en tiempos de crisis humanitaria. *Interacción y Perspectiva Revista de Trabajo Social*, 12(1), 3-26. <https://n9.cl/4sq6l8>

Existe un variado número de estudios que dan cuenta de aquella transición en Venezuela (López, 1962; López, 1968; Chen y Picouet, 1979; Bolívar, 1994; Freitez, 2003; Bolívar, 2008; Yépez, 2014; Páez, 2018), mediante la estimación y el análisis de distintos indicadores que habitualmente se utilizan en el abordaje de la mortalidad como proceso demográfico: tasa bruta de mortalidad, tasas de mortalidad por edad y sexo, tasa de mortalidad infantil y la esperanza de vida. Es precisamente en este último donde el presente trabajo concentra su atención.

La esperanza de vida (e) se refiere al número promedio de años que se esperaría pueda vivir un individuo bajo el comportamiento (en el momento de su estimación) de las tasas de mortalidad por edad, o según edad y sexo si es el caso. Esto quiere decir que la e va a depender de los niveles numéricos que experimenten dichas tasas en un tiempo y espacio considerado. Si las tasas descienden, la e aumentará, si por el contrario aumentan, la e descenderá. De allí que exista una relación inversa - proporcional entre las tasas mencionadas y la e .

A su vez, el descenso o aumento de las tasas de mortalidad va a depender de la evolución de la realidad social de una región o país. Entendiendo como realidad social al contexto o situación sistémica conformada por un conjunto de ámbitos (demográfico, económico, cultural, político, institucional, ambiental, sanitario, entre otros) que se interrelacionan en tiempo y espacio, los cuales caracterizan y definen la realidad de una sociedad. De manera que, si esa realidad en un momento dado exhibe una combinación particular de ciertos aspectos negativos para la población en general o factores de riesgo inmediato de mortalidad y morbilidad (Bayard, 2016), tales como: interrupción de los servicios de salud y disminución del acceso a éstos, exposición a la violencia y otros eventos traumáticos, alta exposición a vectores de enfermedades, cobertura de vacunación insuficiente, factores ambientales (reducción del acceso al agua potable y al saneamiento), acceso

insuficiente a alimentos y baja ingesta de nutrientes, entre otros; es probable que las tasas de mortalidad asciendan y por ende la esperanza de vida retroceda. Si, por el contrario, el comportamiento y tendencias de esos aspectos apuntan de manera positiva, las tasas de mortalidad descenderán y la esperanza de vida aumentará.

En otras palabras, si esa realidad social exhibe dichos aspectos negativos, entonces es posible que estemos en presencia de una situación de crisis humanitaria. Concebida para efectos de esta investigación como “aquella situación en la que existe una excepcional y generalizada amenaza a la vida humana, la salud o la subsistencia” (Cañadas *et al.*, 2010, p. 115).

Venezuela, en los últimos seis años, ha padecido una situación de crisis humanitaria ampliamente conocida a escala internacional, que ha deteriorado de manera profunda el contexto de existencia de la sociedad venezolana. Dicho deterioro ha sido demostrado a través de diversas investigaciones que han tenido como base la Encuesta sobre Condiciones de Vida de la población venezolana (ENCOVI), la cual desde el 2014 ha permitido de forma sistemática y, desde distintos ángulos, hacerle seguimiento a la evolución de la crisis.

En concomitancia con lo anterior, en una investigación desarrollada por Correa (2018) con base en la ENCOVI, estimó la e al nacer de Venezuela en 70,5 años para el año 2017 y agrega que, al comparar ese resultado con la e estimada para ese mismo año, partiendo de tablas de mortalidad elaboradas por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-CELADE (CEPAL, 2017; la cual podría ser considerada como la e al nacer en un escenario sin crisis humanitaria), encontró una pérdida de 3,5 años.

El resultado de Correa que muestra un declive en el indicador en cuestión, se refuerza con las estimaciones hechas por la CEPAL (2020) y por *United Nations* (2019). Ambas instituciones estimaron que la *e* al nacer de Venezuela retrocedió 1 año en promedio, entre los quinquenios 2010-2015 y 2015-2020.

Es así como cabría preguntarse ¿cuál ha sido la evolución reciente de la *e* en el contexto del estado Mérida, a sabiendas que en los últimos años se ha producido un grave deterioro de las condiciones de vida de los venezolanos como consecuencia de la crisis humanitaria por la que ha atravesado el país? Es por ello que el presente trabajo tiene como objetivo estimar la *e* de la población del estado Mérida - Venezuela, entre el período 2010-2017, lapso más reciente del que tenemos registros confiables, para aproximarnos a conocer las tendencias de este indicador en la entidad merideña.

Materiales y métodos

El procedimiento metodológico seguido en esta investigación se estructuró en tres partes:

i) En primera instancia, se hizo una búsqueda de las estadísticas, para lo cual se consultaron distintas fuentes de información. A escala regional y nacional: se empleó la base de datos de mortalidad de la Corporación de Salud del estado Mérida (CORPOSALUD Mérida, 2019) lapso 2010-2017, proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2013a) para los años 2010-2020, así como estimaciones de *e* al nacer para el estado Mérida (INE, 2013b). De igual modo, se revisaron y utilizaron cifras de Anuarios de Mortalidad del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS, 2010-2014). A escala internacional se consultaron: las proyecciones de población del

Observatorio Demográfico de América Latina y el Caribe (CEPAL, 2020) y las del *World Population Prospects 2019* (United Nations, 2019).

ii) Posteriormente se procedió a la estimación de la e al nacer para ambos sexos (2010 y 2017), la e (años que les restan por vivir) para ambos sexos según grupos quinquenales de edad (2010-2017) y la e derivada del cruce de la edad y el sexo (2010 y 2017). Luego, se estimó el peso relativo porcentual de las defunciones según sexo y grupos etarios, valores con lo que se elaboró una pirámide de mortalidad comparativa entre los años 2010 y 2017.

Para la estimación de la e se construyeron tablas de mortalidad utilizando el Programa para Análisis Epidemiológico de Datos Tabulados Epidat 4.0. Es oportuno señalar que, ni para Venezuela ni para el estado Mérida, se cuenta con proyecciones actuales que hayan sido ajustadas a los cambios demográficos acontecidos en los últimos años, en relación a los procesos demográficos de fecundidad, mortalidad y migración. Las últimas proyecciones conocidas en el país, y por ende en la entidad merideña, fueron las elaboradas y publicadas por el INE (2013a) con base en el censo general de población y vivienda levantado en 2011.

Esta limitante hizo que se recurriera a las proyecciones de población según países elaboradas por la *United Nations* (2019), las cuales sí presentan ajustes en función de los cambios experimentados por los aludidos procesos. De allí, mediante procedimientos indirectos y asumiendo algunas hipótesis, se derivó la población total y la población por sexo y grupos de edad del estado Mérida para los años considerados. Sin embargo, es pertinente acotar que es sumamente difícil conocer a ciencia cierta cómo los cambios experimentados por la fecundidad, mortalidad y la migración, entre 2010-2017, han afectado cuantitativamente y de forma diferencial a la pirámide de población de Mérida, sobre todo por ausencia de cifras de flujos migratorios. Por lo que los

resultados obtenidos representan solo una aproximación, de la tendencia numérica probable de dicha estructura poblacional.

En cuanto a aquellos procedimientos indirectos, se tomaron las proyecciones de población elaboradas por la *United Nations* (2019) entre los años 2010-2017 (tabla 1). Luego, se procedió a realizar un análisis retrospectivo de la evolución de la población total de la entidad merideña, tomando como base los últimos siete censos generales de población y vivienda levantados en Venezuela (1950-2011) (tabla 2).

Tabla 1

Población proyectada para Venezuela

Año	Población
2010	28.439.942
2011	28.887.873
2012	29.360.827
2013	29.781.046
2014	30.042.973
2015	30.081.827
2016	29.851.249
2017	29.402.480

Fuente: Naciones Unidas (2019)

Tabla 2

Evolución de peso relativo porcentual de la población del estado Mérida

Año	%
1950	4,2
1961	3,6
1971	3,2
1981	3,2
1990	3,1
2001	3,1
2011	3,0

Fuente: cálculos propios con base en información de los censos generales de población y vivienda, Ministerio de Fomento (1950-1971), OCEI (1981-1990), INE (2001-2011).

Con esta última información y, tomando también en consideración las proyecciones de población hechas para Venezuela y Mérida, elaboradas por el INE para los años 2010-2017, se estimó el peso relativo porcentual de la población de la entidad, con respecto a la población total del país para los mismos años (2010-2017) (tabla 3). En este caso se asumió como hipótesis que, el porcentaje de la población total de Mérida, es igual al estimado con base en las proyecciones específicas existentes de cada año considerado. Al multiplicar este resultado por el dato de proyección de la población del país, se obtuvo la población total de la entidad para cada año de interés (tabla 4).

Tabla 3

Peso relativo porcentual de la población del estado Mérida según proyecciones de población

Año	%
2010	3,1
2011	3,1
2012	3,1
2013	*
2014	3,2
2015	3,2
2016	3,2
2017	3,2

*Para el año 2013 no se cuentan con proyecciones de población del estado Mérida, lo que impidió estimar este indicador para ese año.

Fuente: cálculos propios con base en información del INE (2013a)

Tabla 4

Población estimada para el estado Mérida

Año	Población
2010	882.548
2011	890.299
2012	923.606
2013	*
2014	949.420
2015	955.376
2016	952.704
2017	942.878

*Para el año 2013 no se cuentan con proyecciones de población del estado Mérida, lo que impidió estimar este indicador para el año en cuestión.

Fuente: cálculos propios con base en la información de las tablas 1 y 3

Contando con la población proyectada para Mérida, se procedió a desagregarla por sexo y grupos quinquenales de edad. Para ello, primero, se analizó la distribución de los pesos relativos porcentuales de la población del estado según las categorías aludidas utilizando los resultados del último censo de población y vivienda del 2011, y las proyecciones de población por sexo y grupos etarios elaboradas por el INE. En este particular, se asume como hipótesis que la distribución porcentual de la población según sexo y grupos de edad del estado, es igual a la estimada con base en las proyecciones específicas existentes de cada año considerado.

Segundo, se multiplicó cada porcentaje estimado por sexo y grupo de edad, por la población proyectada de la entidad, esto permitió derivar las cifras absolutas de la población por sexo y grupos etarios de Mérida para los años de interés, valores empleados en la construcción de las tablas de mortalidad.

A pesar de haber aplicado procedimientos indirectos para obtener la población del estado por sexo y grupos de edad, a manera de prueba, se procedió también a construir tablas de mortalidad con las proyecciones disponibles elaboradas por el INE, para poder comparar estos resultados con los obtenidos por medio de las proyecciones de población de las Naciones Unidas.

En el caso de las defunciones por sexo y grupos etarios para la construcción de tablas de mortalidad, los registros fueron tomados de la base de datos de mortalidad de CORPOSALUD Mérida. Dicha base de datos posee 108 columnas de ítems, los cuales se corresponden con la estructura del documento empleado en Venezuela para llevar cabo el registro de los fallecimientos, es decir, el certificado de defunción (EV-14).

Esta plataforma contiene las defunciones según causas de muerte que acontecen cada año en la entidad merideña, no obstante, aun cuando la mayoría de estas muertes son de individuos residenciados en esta (entre el 90,4 y 90,7%), también es cierto que hay personas que fallecen en la entidad, pero su residencia habitual se encuentra en otro estado (en promedio <10%). En vista de esto, se tomaron en consideración solo las muertes ocurridas en Mérida cuya residencia habitual del fallecido se ubicaba en este mismo estado. Esto permitió estimar de manera correcta el comportamiento numérico de las tasas de mortalidad y de la e , y así evitar una sobreestimación/subestimación de los indicadores, respectivamente.

Además, con la información de las defunciones por sexo y grupos de edad, se elaboró la pirámide de mortalidad del año 2010 y 2017 para efectos de observar los cambios experimentados en ese aspecto. Se revisó la evolución de las principales causas de muerte de los merideños, mediante el uso de la base de datos de mortalidad de CORPOSALUD Mérida y de Anuarios de Mortalidad, para tratar de establecer una correlación entre éstas y los cambios visualizados en la pirámide.

iii) Por último, derivadas todas las estimaciones, tablas de mortalidad y gráficos, se hizo una descripción y análisis de los resultados obtenidos para, finalmente, presentar un conjunto de conclusiones.

Resultados

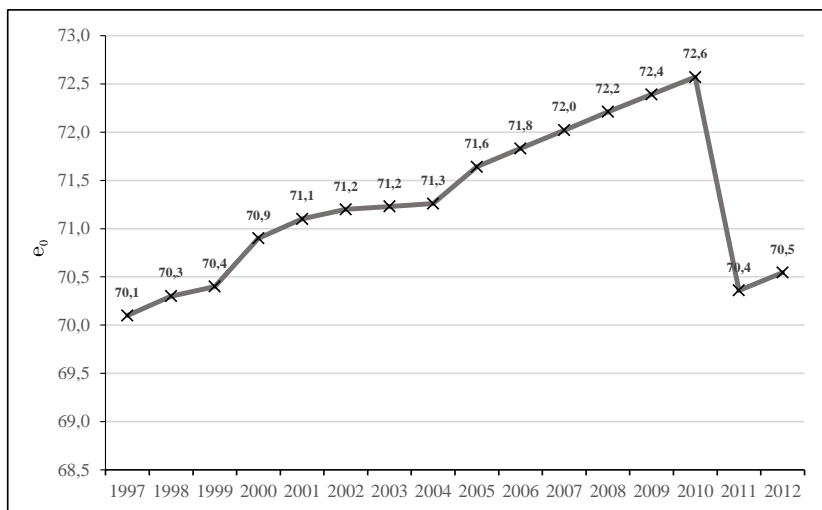
La esperanza de vida al nacer y la expectativa de vida según sexo y grupos de edad

Los resultados obtenidos al calcular la *e* al nacer de los merideños, apuntan que este indicador descendió alrededor de 3 años entre el 2010 y 2017, al disminuir de 78,5 a 75,5 años.

Es importante traer a colación que el INE en su página web, hace unos años atrás, publicó cifras estimadas de *e* al nacer de la población del estado Mérida, correspondientes al período de 1997-2012 (figura 1). Aun cuando esas estimaciones arrojaron valores por debajo de las obtenidas en esta investigación (2010-2012), éstas dan cuenta que, entre esos años, el indicador ya estaba mostrando evidencias de retroceso, al pasar de 72,5 a 70,5 años en ese lapso, lo que significó un declive por el orden de 2 años. Se debe añadir que en el cálculo del valor de la *e* al nacer del año 2011 y el del 2012, el INE empleó proyecciones de población sobre la base del censo general de población y vivienda de 2011, esto quizás podría explicar en parte las diferencias en los resultados.

Figura 1

Evolución de la esperanza de vida al nacer del estado Mérida 1997-2012



Fuente: elaboración propia con base en cifras del INE (2013b)

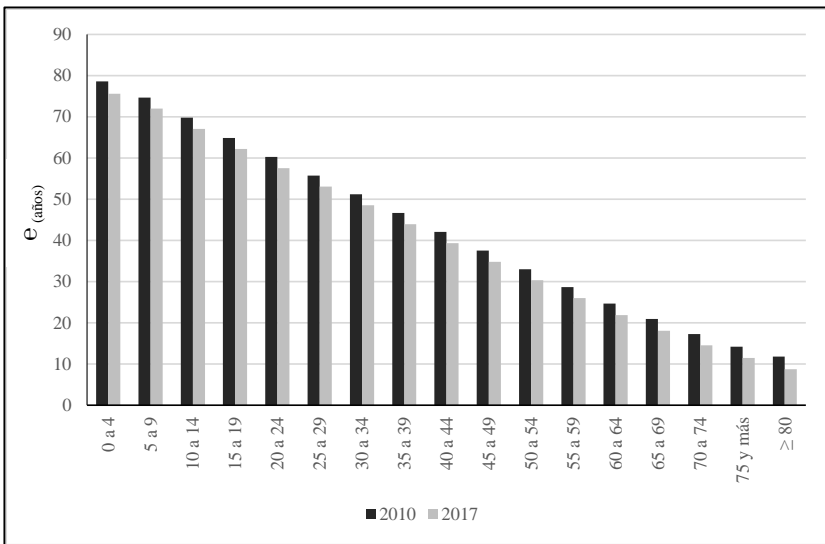
Entonces, si desde inicios de los años 2010 se venía perfilando en la entidad una tendencia hacia el retroceso de la esperanza de vida al momento del nacimiento, es probable que esta propensión haya continuado hasta alcanzar al menos en el año 2017 un retroceso de 3 años, tal como ya se señaló en un párrafo precedente.

Desafortunadamente, no se logró estimar la e_0 al nacer según sexo para observar las diferencias de este indicador en relación a esta categoría biológica. Esto debido a que no se pudo contar con la estadística de población media para niños menores de un año de edad discriminada según niños y niñas o, en su defecto, con la cifra de nacimientos vivos (por año) separada según sexo.

Ahora bien, en lo referente a la e (o años que le restan por vivir) de los merideños según grupos quinquenales de edad, se obtuvo que, en todos los conjuntos, se presentaron pérdidas de años de vida entre el inicio (2010) y final (2017) del período estudiado (figura 2). Las pérdidas fluctuaron entre 2,7 años (grupos entre los 5-39, 45-64 y 70-79 años); 2,8 (40-44 y 65-69 años) y 3 años (0-4 y 80 años y más).

Figura 2

Comparación de la esperanza de vida según grupos de edad, estado Mérida 2010-2017



Fuente: cálculos propios con base en información de la base de datos de mortalidad de CORPOSALUD Mérida

En el caso del sexo, las mermas en los hombres fluctuaron entre 2,0 y 2,6 años, mientras que en el caso de las mujeres éstas fueron superiores y oscilaron entre 3,1 y 4 años de retroceso. En otras cifras, ellos en promedio perdieron 2,2 años de vida, en tanto que, en ellas, la pérdida fue mayor y se ubicó en 3,5 años. Al

establecer la interacción entre el sexo y la edad, se conoció que, en todos los grupos etarios tanto en hombres como en mujeres, hubo disminución de la e .

Por otra parte, se estimó el indicador por grupos de edad y, por grupos etarios y sexo, empleando las mismas cifras de defunciones de CORPOSALUD Mérida, pero con las proyecciones de población del INE para los años 2010 y 2017, con el fin de comparar estos resultados con los obtenidos de las proyecciones de las Naciones Unidas.

Al respecto podemos decir que de nuevo la e en todos los grupos de edad exhibió un descenso, el cual fluctuó entre 1,8 (grupos entre los 10-34 años) y 2,5 años (grupo de 80 años y más). Con el cruce de la edad y el sexo, también se aprecia una disminución en todos los conjuntos etarios en el mismo lapso (2010-2017). Los hombres en promedio experimentaron un declive por el orden de 1,5 años mientras que en las mujeres fue de 2,6. La e al nacer no se estimó puesto que, las proyecciones del INE, no muestran la población media para el caso de los niños menores de un año de edad.

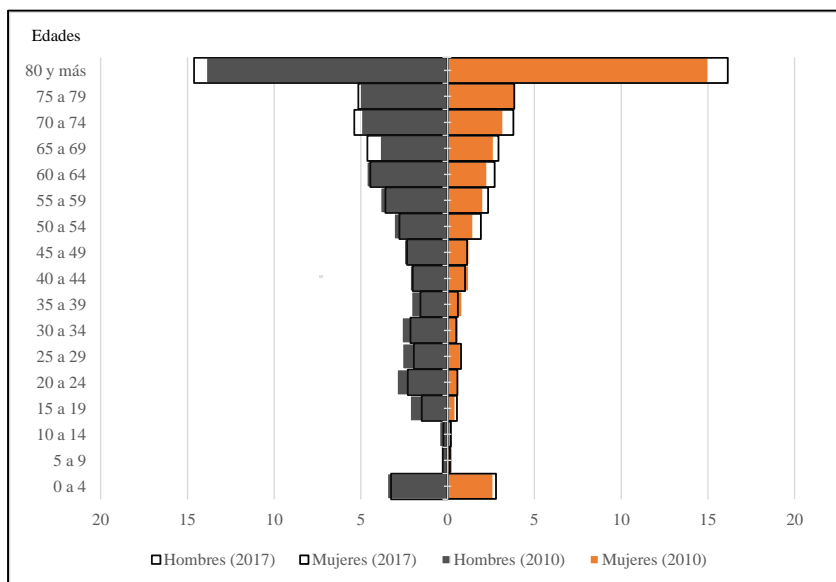
En todo caso, de la comparación de los resultados arrojados se puede decir que, aun cuando se utilizaron dos conjuntos de proyecciones distintas (una más ajustada a la realidad que otra), en ambos casos la e tendió a descender en todos los grupos etarios y en ambos sexos. Resulta lógico esperar que las mayores pérdidas de e se hayan presentado con las proyecciones de las Naciones Unidas puesto que éstas, al estar ajustadas bajo los comportamientos recientes de la fecundidad (tendencia a seguir descendiendo), mortalidad (propensión a seguir aumentando) y de la migración (saldo negativo con aumento de la emigración), reflejan que la población de Venezuela, y por ende la de Mérida, no alcanzaron las cifras proyectadas por el INE para el año 2017 y, al mismo tiempo muestran que las tasas de mortalidad por sexo y edad, en general, se incrementaron en el estado.

La pirámide de mortalidad, las tasas de mortalidad y las diferencias según sexo y grupos de edad

La pirámide de mortalidad (figura 3) exhibe de manera clara que, salvo en el último grupo abierto de edad (80 años y más), los porcentajes de los hombres son superiores a los de las mujeres, lo que evidencia que en Mérida se cumple la ley de sobremortalidad masculina al igual que en muchas regiones y países del mundo (Jiménez, 2011). No obstante, al estimar los porcentajes globales de estas muertes, se denota que las mujeres aumentaron su peso relativo dentro del total de defunciones acontecidas en el estado entre 2010-2017. En 2010, del global de fallecimientos ocurridos en Mérida (3.890 casos cuya residencia habitual era en la entidad), el 60,7% fueron del sexo masculino y 39,3% del femenino. Para 2017 (5.281 casos cuya residencia habitual era en la entidad), el porcentaje de ellos descendió a 58,2 mientras el de ella se incrementó a 41,8%. A pesar de eso, el número absoluto de defunciones aumentó en ese período (2010-2017), en los hombres de 2.361 a 3.071 decesos (30% de incremento) y en las mujeres de 1.529 a 2.210 decesos (44% de incremento).

Figura 3

Pirámide de mortalidad comparativa, estado Mérida 2010 y 2017



Fuente: cálculos propios con base en información de la base de datos de mortalidad de CORPOSALUD Mérida

Al visualizar las diferencias más notables con el cruce de la edad y el sexo, se puede decir que, en el caso del sexo masculino, hubo una disminución importante en el peso relativo de los fallecimientos entre los grupos quinquenales de 15 a 39 años de edad, pero un ascenso de los valores a partir de 65 años en adelante. En el caso del femenino, los cambios más resaltantes estuvieron relacionados con ascensos en los porcentajes de decesos en los grupos etarios de 0-4, 15-19 pero con mayor peso relativo a partir de los 50 años y más.

El acrecentamiento diferencial de las defunciones al ser relacionado con una población que viene reduciéndose en número (también de manera diferencial según sexo y grupos de edad producto de la combinación del comportamiento reciente de la fecundidad, mortalidad y la migración), ha hecho que las tasas de

mortalidad hayan aumentado en Mérida entre 2010-2017 (tablas 5 y 6). En la tabla 5 se observa que la tasa bruta de mortalidad (TBM) aumentó de 4,4 a 5,6 defunciones por cada mil habitantes, lo que significó un incremento de 27,7%. En el caso de la tasa de mortalidad del sexo masculino (TMSm), el ascenso fue de 22,6% y en el femenino (TMSf) de 34,3%.

Tabla 5

Indicadores de mortalidad del estado Mérida

Año	TBM (‰)	TMSm (‰)	TMSf (‰)
2010	4,4	5,3	3,5
2017	5,6	6,5	4,7

Fuente: cálculos propios con base en información de la base de datos de mortalidad de CORPOSALUD Mérida

Desde el ángulo de la edad, salvo en el caso de los conjuntos 5-14 y 30-39, las tasas aumentaron en el 76% de los grupos etarios considerados (en 13 de 17) (tabla 6). Al graficar edad contra sexo, se obtuvo que, las tasas de ellos, aumentaron en 9 de los 17 grupos etarios analizados (52,9%) y, en ellas, este indicador se acrecentó en 13 de los 17 conjuntos de edad (tabla 6), lo que significó que también hubo un incremento en el 76% de estos. Es así como aquellos aumentos diferenciales, con mayor fuerza hacia las mujeres, incidieron en la disminución de la brecha entre las tasas de mortalidad por edad y sexo. Es decir, aun cuando las tasas de los hombres siguen siendo superiores a las de las mujeres en todas las edades, la diferencia entre estos se redujo en el lapso 2010-2017. Prueba de ello es que, en 2017, en 9 grupos quinquenales de edad (0-4, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 50-54, 55-59, 60-64 y 70-74) la relación por cociente entre las tasas de los hombres con respecto a las de las mujeres, decreció entre 5,4% (menor valor de disminución en el grupo 70-74) y 43,2% (mayor valor de disminución en el grupo 15-19).

El incremento diferencial de la ocurrencia y frecuencia de las defunciones según edad y sexo, en gran parte podría conseguir su explicación en el comportamiento de las cinco principales causas de muerte entre 2010-2017. El Anuario de Mortalidad 2010, atribuye el 20,3% de los decesos a enfermedades coronarias, seguidas por el cáncer con 16,1%, los accidentes de todo tipo 10,6%, los suicidios y los homicidios reunían el 8,3% y las enfermedades cerebrovasculares con 8%, consideradas como las cinco principales causas de muerte de los merideños.

En el mismo Anuario, pero de 2014, último año disponible de esa fuente de información, las enfermedades del corazón continuaban en el primer lugar (21,7%), se mantiene el cáncer (16,5%) y los accidentes de todo tipo (8,8%) como segunda y tercera causa de muerte, la diabetes con 8,4% ocupa el cuarto lugar, desplazando a los suicidios y homicidios a la sexta posición, mientras que las enfermedades cerebrovasculares (7,2%) se mantienen en el quinto lugar. Es oportuno señalar que en la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-10) -de la Organización Mundial de la Salud (OMS)- adoptada en los Anuarios de Mortalidad revisados, los códigos asignados según las causas de muerte indicadas con anterioridad son: enfermedades del corazón (I05-I09, I11, I13, I21-I51), cáncer (C00-C97), accidentes de todo tipo (V01-X59), suicidios y homicidios (X60-Y09), enfermedades cerebrovasculares (I60-I69) y diabetes (E10-E14).

Tabla 6

Cifras comparativas de las variaciones de cambio porcentual de las tasas de mortalidad por grupos de edad y según grupos de edad y sexo

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Edades	2010-2017	2010-2017	2010-2017
0 a 4	35,1	28,5	44,8
5 a 9	-11,6	5,4	-34,7
10 a 14	-18,8	-28,6	-1,1
15 a 19	5,6	-6,5	64,6
20 a 24	13,6	8,9	34,4
25 a 29	7,6	-1,4	38,1
30 a 34	-1,4	-1,2	-3,0
35 a 39	-8,1	-6,5	-11,9
40 a 44	16,4	21,6	7,7
45 a 49	15,4	17,1	12,5
50 a 54	13,1	-0,8	42,7
55 a 59	2,0	-5,3	16,1
60 a 64	7,2	-1,2	24,1
65 a 69	25,1	29,0	19,5
70 a 74	22,5	20,4	27,2
75 a 79	11,4	15,4	7,7
80 y más	34,8	40,9	32,5

Nota: en color rojo, las tasas que aumentaron durante el período, en color verde, las que descendieron.

Fuente: cálculos propios con base en información de la base de datos de mortalidad de CORPOSALUD Mérida

Utilizando la base de datos de mortalidad de CORPOSALUD Mérida, fue posible diferenciar el comportamiento de esas causas de muerte según el sexo y su evolución entre 2010-2017. En efecto, en las mujeres las cinco principales causas de decesos, en el siguiente orden, fueron: las

enfermedades del corazón, el cáncer, las enfermedades cerebrovasculares, la diabetes y los accidentes de todo tipo y, en los hombres, las enfermedades del corazón, el cáncer, los accidentes de todo tipo, la diabetes y los suicidios y homicidios.

Entre 2010-2017, las mujeres experimentaron un incremento en el número de casos de muertes por diabetes (aumento de 70,2%), enfermedades cerebrovasculares (20,4%), distintos tipos de cáncer (13,6%) y por accidentes de todo tipo (9,6%), incrementos superiores a los presentados en los hombres en las mismas causas de fallecimiento: diabetes (38,3%), enfermedades cerebrovasculares (11,6%), distintos tipos de cáncer (5,9%) y accidentes de todo tipo (descenso de 8,9%). En adición, se debe señalar que, el Observatorio Venezolano de Violencia en Mérida (OVV Mérida, 2020a), mostró a través de un estudio sobre suicidios en Venezuela, que en el estado Mérida, a pesar que la tasa de mortalidad por suicidios de los hombres es superior entre 3 y 4 veces a la de las mujeres, las tasas de ellas en la entidad, entre 2014-2017, aumentaron en mayor proporción que las de ellos. Al respecto, el OVV Mérida hace mención que las tasas de suicidios según sexo mostraron una tendencia descendente hasta 2012-2013, entre 44% (hombres) y 67% (mujeres). Después de ese período aumentaron en 104 y 416%, respectivamente.

Cabe destacar que, en las cinco principales causas de muerte, tanto del sexo masculino como del femenino, a excepción del caso de los accidentes de todo tipo en ellos, ocurrió una variación de cambio porcentual positiva entre 2010-2017 (tabla 7). En otras palabras, aumentó el número de casos de fallecimientos en las principales causas de muerte en ese lapso.

Tabla 7

Variación de cambio porcentual de las principales causas de muerte del estado Mérida 2010-2017

Causa de muerte	Hombres (%)	Mujeres (%)
Enfermedades del corazón	38,0	28,3
Cáncer (distintos tipos)	5,9	13,6
Diabetes	38,4	70,2
Accidentes de todo tipo	-8,9	9,6
Suicidios	104,0	416,0

Fuente: cálculos propios con base en información de la base de datos de mortalidad de CORPOSALUD Mérida

Desde el punto de vista de edad y sexo, se debe subrayar que, en 2017, de las 202 muertes del sexo masculino por diabetes, el 89% de éstas fueron en individuos de 50 años y más. En el caso del femenino, para el mismo año, de los 206 decesos ocurridos por esa causa, el 95% de las occisas también tenían 50 años y más. Algo similar ocurrió con las enfermedades del corazón, puesto que, el 91% de los hombres que fallecieron por dicha causa (2017), tenían más de 50 años, mientras que, en el caso de las mujeres, ese porcentaje se ubicó en 93%. En cuanto al cáncer, el 85% de las mujeres que fallecieron por esa causa tenían más de 50 años de edad, en el caso de los hombres, el 89%. Por su parte, los suicidios en ambos sexos aumentaron entre las edades de 45 a 74 años, en el caso de ellas y, en ellos, entre los 45 a 74 años de edad y en individuos de 75 años y más. Todo lo anterior coadyuva a explicar el aumento absoluto de las defunciones, el peso relativo porcentual de las muertes del sexo femenino entre 2010-2017 y su probable impacto sobre la e de ellas y, en general, sobre la de ambos sexos.

En resumen, se podría decir que el aumento de las tasas de mortalidad, tanto en hombres como en mujeres, asociado con el incremento diferencial de los fallecimientos en relación a las

principales causas de muerte; en más del 75% de los grupos etarios estudiados, es lo que explica desde el punto de vista cuantitativo, el retroceso de la *e* al nacer (general) de los merideños y el declive en los años que le restan por vivir a éstos según el sexo y grupos quinquenales de edad (*e* por sexo y edad), tal y como se demostró en párrafos precedentes.

Discusión de los resultados

En los resultados durante el período estudiado (2010-2017), quedó evidenciado que la mortalidad en el estado Mérida, cuantificada a través de distintos indicadores, se incrementó en ese lapso. De igual modo, como se señaló en la introducción de este trabajo, el aumento o descenso de la *e* está condicionado por el incremento (o no), en tiempo y espacio, que puedan experimentar las tasas de mortalidad de una población, por lo que esto lleva a decir que, el retroceso de la *e* de los merideños, tanto en el momento del nacimiento, como en ambos sexos y en la mayoría de los grupos etarios estudiados; es un impacto directo del incremento en las tasas de mortalidad.

A su vez, las variaciones temporales y espaciales de dichas tasas van a estar condicionadas por la evolución histórica de la realidad social que sirva de contexto a una población o sociedad (Jiménez, 2011). Si en esa realidad en un momento dado, se presentan situaciones o factores que desencadenan aumentos importantes en las tasas de mortalidad (factores desencadenantes), entonces es probable que uno de los efectos que esto generaría, es la disminución de la *e*. Si, por el contrario, aquellos factores u otros exhiben un comportamiento que lleva a la baja en las tasas de mortalidad (factores propicios), en esa medida el impacto sobre la *e* sería a su aumento.

A manera de ejemplo, entre los factores que podrían incidir en el ascenso (o no) de las tasas, se tienen: índices elevados de pobreza, las guerras o conflictos armados, epidemias o pandemias, ocurrencia de desastres siconaturales, períodos de hambrunas, genocidios, crisis económicas, crisis humanitarias, entre otros. Por el contrario, factores que podrían generar un descenso en las mismas serían: bajos niveles de pobreza; un buen sistema de salud pública, e incluso privada, a la cual pueda acceder la mayoría de la población; estabilidad económica y buenas condiciones laborales; seguridad alimentaria; entre otros.

Las crisis humanitarias, se encuentran entre el grupo de factores aludidos que podrían generar un incremento en las tasas de mortalidad. Este tipo de crisis se caracteriza por un contexto en el que existe una extraordinaria y extensa amenaza a la vida de los seres humanos, la salud o la subsistencia y estas suelen emerger dentro de un contexto de desprotección previa donde una serie de factores preexistentes (pobreza, desigualdad, falta de acceso a servicios básicos), potenciados por el detonante de un desastre natural o un conflicto armado, multiplican sus efectos destructivos (Cañadas *et al.*, 2010).

En adición, según Cañadas *et al.* (2010), desde el final de la Guerra Fría, ha proliferado un tipo de crisis humanitaria a la que se ha denominado como emergencia compleja. Conocida también con la denominación de emergencias políticas complejas, estos autores señalan que son situaciones causadas por el ser humano, en las que un entorno de violencia genera víctimas fatales, migraciones forzadas, focos epidémicos y hambre en la población; lo que se combina con un debilitamiento o desplome total de las estructuras económicas y políticas. Las emergencias complejas se diferencian de las crisis por ser más extendidas en el tiempo, tener un origen fundamentalmente político y un importante impacto destructivo y desestructurador en todos los ámbitos de la vida.

Somos de la opinión que, Venezuela, en los últimos años, viene atravesando por una emergencia política compleja, la cual, por supuesto, ha impactado todas y cada una de las 24 entidades político-administrativas que conforman el país, siendo una de ellas el estado Mérida. No obstante, dicha emergencia no ha sido el producto de un factor detonante, como por ejemplo un conflicto armado o un evento catastrófico de origen natural, sino como consecuencia, de manera sistemática, del diseño y ejecución de un conjunto de políticas públicas emanadas desde el Estado, que han ido en detrimento del bienestar y de la calidad de vida de la población. Lo cierto es que es muy probable que esta situación de emergencia haya ocasionado efectos sobre las tasas de mortalidad de Mérida, llevándolas a incrementarse y, por ende, a retroceder la e en la entidad. Parafraseando a Zimmerman (2014), estas emergencias se caracterizan, entre otras cosas, porque en su contexto ocurre un incremento de la mortalidad, flujos migratorios en masa y el colapso de la infraestructura existente.

Según Cutler y Lleras-Muney (2006), existe una gran cantidad de investigaciones que han demostrado la relación entre condiciones de vida y la salud. Es decir, individuos menos aventajados socialmente fallecen más jóvenes en parangón con aquellos que tienen una situación social más próspera. En ese sentido y, en concordancia con Correa (2018), es de esperar que, en una población dada, en la medida que se deterioren de forma progresiva sus condiciones de vida; en esa proporción también la salud va a experimentar un deterioro y con ello puede incrementarse los niveles de mortalidad. Entonces, al incrementarse éstos últimos, la e tenderá a retroceder.

Asimismo, son muchas las investigaciones que han tratado de abordar, entre otros tópicos, el aumento de la mortalidad en tiempos de crisis humanitarias (Keely *et al.*, 2001; Checchi y Roberts, 2005; Checchi, 2008; Heudtlass *et al.*, 2016; Boyd *et al.*, 2017; Checchi, 2018; solo por citar algunos ejemplos). De hecho, es

ampliamente conocido que algunos indicadores de mortalidad (como la tasa bruta de mortalidad y la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años) son utilizados para evaluar el impacto de una crisis, la magnitud de las necesidades y la adecuación de la respuesta humanitaria.

Retomando de nuevo la idea en el caso de Venezuela, para Freitez (2019), en este país se ha venido registrando la peor crisis de toda su historia republicana, como resultado del fracaso de un modelo político y productivo (el denominado socialismo del siglo XXI) y de la gradual desinstitucionalización, en medio de un clima de conflictividad y polarización. Agrega esta autora que lo anterior ha llevado a la situación de recesión económica y de crisis humanitaria que afronta el país actualmente, después de haberse producido una bonanza económica que no fue aprovechada por el régimen para realizar las reformas estructurales que el país necesitaba, a fin de encaminarlo en una tendencia y ritmo sostenible de desarrollo.

La misma Freitez hace alusión que, dimensionar el impacto de esta crisis en el ámbito social, ha sido posible gracias a la disponibilidad de información sobre las condiciones de vida de la población proveniente del proyecto ENCOVI, el cual ha permitido establecer el grado de empobrecimiento, no sólo en términos de la privación ocasionada por la pérdida de la capacidad adquisitiva en los hogares, sino también por el desmejoramiento en el ámbito de los servicios públicos, las condiciones del hábitat, los logros educativos, la seguridad alimentaria en los hogares y la seguridad ciudadana. Frente al cuadro de deterioro que ha permitido mostrar la ENCOVI que, según la investigadora aludida, bien configura esta situación de crisis, considerables sectores de la población de todos los estratos sociales se han visto obligados a migrar para buscar en otros países oportunidades para atender necesidades esenciales y generar ingresos que ayuden a sostener la sobrevivencia de familiares en Venezuela. De manera más

específica, este cuadro de deterioro ha estado caracterizado por: empobrecimiento absoluto de la sociedad, inseguridad alimentaria, aumento en los riesgos de muerte y retroceso en la sobrevivencia, regresión en logros educativos, fomento de cierre de empresas, destrucción del empleo y caída de la producción nacional, aumento de la violencia e inseguridad ciudadana y migración forzada hacia el extranjero.

Ahora bien, también son diversos los trabajos de investigación que se llevaron a cabo entre 2015-2017 con base en los resultados de la ENCOVI, además de los realizados por investigadores de universidades autónomas y otras instituciones; para tratar de aproximarse a conocer las distintas consecuencias que ha ocasionado la mencionada emergencia que padece Venezuela.

Entre los tópicos abordados se tienen: subnutrición, desnutrición e inseguridad alimentaria en la población (Landaeta *et al.*, 2015, 2016, 2017); aumento de la inflación e hiperinflación; pérdida acentuada del poder adquisitivo, subempleo, deterioro de las condiciones laborales, entre otras desmejoras económicas (Zúñiga, 2015, 2016; Marotta, 2017; incremento de la inseguridad ciudadana y la violencia (Briceño-León y Camardiel, 2015, 2016, 2017), ascenso de las tasas de mortalidad infantil y la mortalidad en general (Correa, 2017, 2018), deterioro profundo de la salud de las personas y del sistema de salud pública (González y Rincón, 2015, 2016, 2017), pobreza creciente (España, 2015, 2016, 2017), deficiencia en la cobertura y calidad de los servicios públicos (Cilento, 2015, 2016) y migración forzada hacia el exterior (Freitez, 2018; Bermúdez *et al.*, 2018), entre muchos otros que se publicaron a lo largo de 2018 y 2019.

Para reforzar lo anterior, podría traerse a colación lo señalado por Correa (2018). Este autor manifiesta que los niveles de mortalidad en Venezuela van a seguir aumentando en la medida que el país siga colapsando (colapso económico, en la

salud, servicios, etc.). También añade que el deterioro de las condiciones de salud queda en evidencia en la reducción que ha experimentado la esperanza de vida de la población venezolana.

De manera más específica, en trabajos recientes desarrollados por el OVV Mérida (2019, 2020; Páez *et al.*, 2022), se ha tratado de relacionar la emergencia política compleja con ciertas tendencias que se han dado en la entidad en relación a varios temas. En ese sentido, el OVV Mérida mostró que la mortalidad infantil (lapso 2010-2017), las muertes violentas por acciones desmedidas de la fuerza pública de seguridad (lapso 2013-2018), la tasa de muertes violentas (Crespo, 2019a) y la tasa de suicidios (lapso 2014-2018), se han venido incrementando en los últimos años. También es válido acotar que, con respecto al aumento de los suicidios en la entidad, los resultados obtenidos por Crespo (2019b) coincidieron con los de esta organización.

Entonces, en función de los resultados de estas investigaciones, más los aludidos que han tenido como base la ENCOVI a escala nacional, podríamos decir reiteradamente, que es muy probable que las tasas de mortalidad se hayan incrementado en Venezuela como consecuencia de la emergencia que padece el país y, en este particular, en el estado Mérida como parte de ese contexto, hecho que ha llevado al descenso de la e de los merideños.

Por otra parte, el retroceso diferencial de este indicador según la edad y el sexo, puede encontrar su explicación en la manera como distintas facetas de la crisis, asociadas con el comportamiento de las principales causas de muerte y con el aumento de las tasas de mortalidad, impactan de manera distintiva a la población según esas dos categorías biológicas.

De allí que, podríamos decir que el aumento en los casos de muertes por suicidios, diabetes y enfermedades del corazón en el lapso 2010-2017, son las principales causantes del incremento de las tasas de mortalidad en los hombres, sobre todo en individuos

de 45 años y más. En las mujeres, operan las mismas causas en el mismo orden de importancia, no obstante, en el caso de los suicidios y la diabetes (también de 50 años en adelante), sus valores porcentuales de aumento entre 2010-2017, fueron mucho más elevados que los presentados por los hombres, lo que, a su vez, es muy probable que explique la mayor disminución de la esperanza de vida de ellas con respecto a la de ellos.

El aumento de la tasa de mortalidad del grupo 0-4 en ambos sexos, podría estar asociado al incremento de la tasa de mortalidad infantil en la entidad entre 2010-2017. Esta tasa, según el OVV Mérida (2019), pasó en ese lapso de 12,2 a 18,7 defunciones de niños menores de un año por cada mil nacidos vivos, lo que significó un incremento porcentual alrededor del 54%. De esta investigación se desprendió que algunas de las principales causas de muerte de los niños menores de un año de edad, están estrechamente relacionadas con la crisis humanitaria que se vive en Mérida y en el país en general. Es decir, la sepsis bacteriana neonatal de inicio tardío (infección neonatal intrahospitalaria relacionada con el estado deplorable en que se encuentran los centros de salud de Mérida), la prematuridad (por ejemplo: en este caso se hace alusión a que influye el estado de la madre: estrés, depresión y carencias alimenticias, atención prenatal tardía o ausencia de ella; situaciones éstas que pueden ser frecuentes en madres que sobreviven en crisis) y la desnutrición (relacionada con la seguridad alimentaria de la población, el deterioro de los ingresos familiares, el proceso inflacionario y la pérdida del poder adquisitivo de las personas).

Conclusiones

Los resultados obtenidos en esta investigación representan una aproximación a la tendencia reciente experimentada por la esperanza de vida de los habitantes del estado Mérida, Venezuela. Es así como quedó en evidencia que, empleando tanto proyecciones corregidas elaboradas por las Naciones Unidas como las hechas por el INE, el indicador en estudio descendió en el lapso 2010-2017.

Ese retroceso numérico de la e fue consecuencia del aumento en las tasas de mortalidad diferenciado según el sexo, grupos de edad, y por el cruce del sexo y la edad. A su vez, somos de la opinión que el incremento de dichas tasas, es una de las tantas consecuencias negativas que se han derivado de la emergencia política compleja que vive Venezuela, demostradas a través de diversos estudios, donde lógicamente se ha visto afectada la población de Mérida por formar parte de ese contexto nacional.

Dentro de toda esta realidad, aun cuando las tasas de mortalidad de los hombres siguen siendo más elevadas que las de las mujeres, la e declinó más en ellas. Desde el punto de vista de la edad, las expectativas de vida se redujeron en todos los grupos etarios analizados, mientras que, con el cruce de la edad y el sexo, en la mayoría de los conjuntos de hombres y mujeres el indicador también mostró un claro descenso.

Finalmente, en cuanto a las causas de muerte, es de destacar el apreciable incremento del número de defunciones y del peso relativo porcentual de enfermedades crónico-degenerativas tales como las del corazón, el cáncer y la diabetes, en el lapso 2010-2017 dentro de la población estudiada. Así como también el ascenso de los fallecimientos por causas externas y violentas de muerte, tal como es el caso de los suicidios y homicidios.

Referencias

- Bayard, R. (2016). *Health responses to humanitarian crises*. <https://bit.ly/3rnbs1W>
- Bermúdez, Y., Mazuera-Arias, R., Albornoz-Arias, N. y Morffe, M. (2018). *Informe sobre la movilidad humana venezolana. Realidades y perspectivas de quienes emigran*. Servicio Jesuita a refugiados Venezuela, UCAT, Universidad Simón Bolívar, Entreculturas, Migración Colombia. <https://bit.ly/3KloTBy>
- Bolívar, C. (1994). *Población y sociedad en la Venezuela del siglo XX*. Fondo Editorial Tropykos.
- Bolívar, C. (2008). La población venezolana, su dinámica y su distribución. En *GeoVenezuela, Tomo 3. Medio humano, establecimientos y actividades*. Fundación Polar.
- Boyd, A., Cookson, S., Anderson, M., Bilukha, O., Brennan, M., Handzel, T., Hardy, C., Husain, F., Lopes, B., Navarro, C., Shahpar, C., Talley, L., Toole, M. y Gerber, M. (2017). Centers for disease control and prevention public health response to humanitarian emergencies, 2007-2016. *EID Journal* 23(13), 196-202. <https://bit.ly/3AkRsL7>
- Briceño-León, R. y Camardiel, A. (2015). Pobreza y violencia en Venezuela. En A. Freitez, M. González, y G. Zúñiga. (Coordinadores), *Una mirada a la situación social de la población venezolana: Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI 2014)* (pp. 35-51). Publicaciones UCAB. <https://bit.ly/3nvD25q>
- Briceño-León, R. y Camardiel, A. (2016). La inseguridad como pérdida de la libertad y del derecho a la ciudad. En Universidad Católica Andrés Bello. *Venezuela: Vivir a medias: Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI 2015)* (pp. 55-70). Publicaciones UCAB. <https://bit.ly/3nvD25q>
- Briceño-León, R. y Camardiel, A. (2017). La precaria calidad de vida: la violencia y la cohesión social. En A. Freitez. (Coord.), *Venezuela la caída sin fin ¿hasta cuándo?: Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI 2016)* (pp. 31-50). Abediciones. <https://bit.ly/3nvD25q>

- Cañadas, M., Cramés, A., Fisas, V., García, P., Prandi, M., Redondo, G., Royo, J., Sanz, E., Collantes, N., Urgell, J., Vilellas, A. y Vilellas, M. (2010). *¡Alerta 2009! Informe sobre conflictos, derechos humanos y construcción de la paz*. Escola Cultura de Pau, UAB. Iscaria Editorial. <https://bit.ly/3fvYxyz>
- CEPAL. (2017). *Observatorio Demográfico de América Latina 2016: Proyecciones de población*. <https://bit.ly/3furFXd>
- CEPAL. (2020). *Observatorio Demográfico de América Latina 2019: Proyecciones de población*. <https://bit.ly/3tF4YYF>
- Checchi, F. (2008). Documenting Mortality in Crises: What Keeps Us from Doing Better?. *PLoS Med*, 5(7). <https://bit.ly/3tzMJDG>
- Checchi, F. (2018). *Estimating population mortality – Guidance for humanitarian coordination mechanisms*. London School of Hygiene and Tropical Medicine. <https://bit.ly/3KjGcD5>
- Checchi, F. y Roberts, L. (2005). *Interpreting and using mortality data in humanitarian emergencies: A primer for non-epidemiologist*. Londres. Overseas Development Institute. <https://bit.ly/34ZWrFl>
- Chen, C. y Picouet, M. (1979). *Dinámica de la población. Caso de Venezuela*. Universidad Católica Andrés Bello - Office de la Recherche Scientifique et Technique Outre-Mer.
- Cilento, A. (2015). Vivienda y servicios. En A. Freitez, M. González, y G. Zúñiga. (Coordinadores), *Una mirada a la situación social de la población venezolana: Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI 2014)* (pp. 131-144). Publicaciones UCAB. <https://bit.ly/3nvD25q>
- Cilento, A. (2016). ENCOVI 2014-2015. Vivienda y servicios. En Universidad Católica Andrés Bello. *Venezuela: Vivir a medias: Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI 2015)* (pp. 147-160). Publicaciones UCAB. <https://bit.ly/3nvD25q>
- Correa, G. (2017). Mortalidad infantil en el contexto de la crisis venezolana actual. En A. Freitez (Ed.). *Venezuela la caída sin fin ¿hasta cuándo?: Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2016* (pp. 151-169). Abediciones. <https://bit.ly/3nvD25q>
- Correa, G. (2018). Mortalidad general y esperanza de vida en el contexto de la crisis humanitaria de Venezuela. En A. Freitez

- (Ed.). *Espejo de la crisis humanitaria venezolana: Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2017* (pp. 205-218). Abediciones. <https://bit.ly/3nvD25q>
- CORPOSALUD MÉRIDA. (2019). *Base de datos de mortalidad 2010-2017*.
- Crespo, F. (2019a). La situación de violencia e inseguridad ciudadana en el estado Mérida. En R. Briceño-León, A. Camardiel, y G. Perdomo. (Eds.), *Los nuevos rostros de la violencia. Empobrecimiento y letalidad policial* (pp.193-216). Editorial Alfa. <https://bit.ly/33IhWKE>
- Crespo, F. (2019b). Aproximación descriptiva al fenómeno del suicidio en el estado de Mérida, Venezuela. *URVIO, Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad*, (24), 167-185. <https://bit.ly/3qB6OrB>
- Cutler, D. y Lleras-Muney, A. (2006). The determinants of mortality. *Journal of Economic Perspectives*, 20(3), pp. 97-120. <https://bit.ly/3FAKOkN>
- España, L. (2015). Aumento de la pobreza y acciones para su superación. En A. Freitez, M. González, y G. Zúñiga. (Coordinadores), *Una mirada a la situación social de la población venezolana: Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI 2014)* (pp. 23-24). Publicaciones UCAB. <https://bit.ly/3nvD25q>
- España, L. (2016). Niveles de pobreza y cobertura de las Misiones Sociales. En Universidad Católica Andrés Bello. *Venezuela: Vivir a medias: Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI 2015)* (pp. 33-54). Publicaciones UCAB. <https://bit.ly/3nvD25q>
- España, L (2017). Recesión prolongada y pobreza: camino a un lustro de crisis social. En A. Freitez (Ed.). *Venezuela la caída sin fin ¿hasta cuándo?: Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2016* (pp. 31-50). Abediciones. <https://bit.ly/3nvD25q>
- Freitez, A. (2003). La situación demográfica en Venezuela a inicios del tercer milenio. *Temas de coyuntura*, (47), pp. 45-92. <https://bit.ly/34ZqD3o>
- Freitez, A. (2018). La emigración venezolana en tiempos de crisis. En A. Freitez (Ed.). *Espejo de la crisis humanitaria venezolana: Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2017* (pp. 219-239). Abediciones. <https://bit.ly/3nvD25q>

- Freitez, A. (2019). Indicadores de la situación social actual en Venezuela. En M. Barrios y M. Bisbal. (Eds.), *Búsqueda de alternativas políticas a la crisis de Venezuela. Seminario Internacional* (pp. 13,24). Universidad Católica Andrés Bello/Conferencia de Provinciales en América Latina y El CaribeCPAL/Ausjal/ Antonio Ruiz de Montoya Universidad Jesuitas. <https://bit.ly/33Ndav2>.
- González, M. y Rincón, E. (2015). Las condiciones de salud de los venezolanos: aportes de ENCOVI 2014. En A. Freitez, M. González, y G. Zúñiga. (Coordinadores), *Una mirada a la situación social de la población venezolana: Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI 2014)* (pp. 107-120). Publicaciones UCAB. <https://bit.ly/3nvD25q>
- González, M. y Rincón, E. (2016). Las condiciones de salud de los venezolanos: aportes de ENCOVI 2015. En Universidad Católica Andrés Bello. *Venezuela: Vivir a medias: Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI 2015)* (pp. 129-146). Publicaciones UCAB. <https://bit.ly/3nvD25q>
- González, M. y Rincón, E. (2017). Las condiciones de salud de los venezolanos: aportes de ENCOVI 2016. En A. Freitez (Ed.). *Venezuela la caída sin fin ¿hasta cuándo?: Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2016* (pp. 129-150). Abediciones. <https://bit.ly/3nvD25q>
- Haines, M. (2002). *The Great Mortality Transition* [Reelaboración de la ponencia presentada en el encuentro anual de Social Science History Association 1999]. Texas, For Worth.
- Heudtlas, P., Speybroeck, N. y Guha-Sapir, D. (2016). Excess mortality in refugees, internally displaced persons and resident populations in complex humanitarian emergencies (1998–2012) – insights from operational data. *Conflict and Health*, 10(15). <https://bit.ly/3fuyk3s>
- INE. (2001). *XIII Censo general de población y vivienda*.
- INE. (2011). *XIV Censo general de población y vivienda*.
- INE. (2013a). *Proyecciones de población con base al censo 2011*. <https://bit.ly/3fuVfvp>
- INE. (2013b). *Estadísticas vitales*. <https://bit.ly/3I6QQv0>

- Jiménez, R. (2011). *¿De la muerte (de)negada a la muerte reivindicada? Análisis de la muerte en la sociedad española actual: muerte sufrida, muerte vivida y discursos sobre la muerte* [Tesis Doctoral, Universidad de Valladolid, Valladolid]. <https://bit.ly/3IfZcjV>
- Keely, C., Reed, H. y Waldman, R. (2001). Understanding mortality patterns in complex humanitarian emergencies. En H. Reed, y C. Keely. (Eds.), *Forced migration and mortality* (pp. 15-51). National Academy Press. <https://bit.ly/3A9gvjP>
- Landaeta-Jiménez, M., Vásquez, M. y Ramírez, G. (2015). La alimentación y nutrición de los venezolanos. En A. Freitez, M. González, y G. Zúñiga. (Coordinadores), *Una mirada a la situación social de la población venezolana: Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI 2014)* (pp. 53-68). Publicaciones UCAB. <https://bit.ly/3nvD25q>
- Landaeta-Jiménez, M., Vásquez, M. y Ramírez, G. (2016). La alimentación de los venezolanos. En Universidad Católica Andrés Bello. *Venezuela: Vivir a medias: Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI 2015)* (pp. 71-90). Publicaciones UCAB. <https://bit.ly/3nvD25q>
- Landaeta-Jiménez, M., Vásquez, M. y Ramírez, G. (2017). La alimentación de los venezolanos. En A. Freitez (Ed.). *Venezuela la caída sin fin ¿hasta cuándo?: Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2016* (pp. 51-76). Abediciones. <https://bit.ly/3nvD25q>
- López, J. (1962). La expansión demográfica de Venezuela. *Revista Geográfica Venezolana*, (8), 195 - 275.
- López, J. (1968). *Tendencias recientes de la población venezolana. Mérida*. Instituto de Geografía y Conservación de Recursos Naturales, Universidad de Los Andes.
- Marotta, D. (2017). Empleo decente y productivo en la Venezuela actual. En A. Freitez (Ed.). *Venezuela la caída sin fin ¿hasta cuándo?: Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2016* (pp. 99-116). Abediciones. <https://bit.ly/3nvD25q>
- Ministerio de Fomento. (1950). *VIII Censo general de población y vivienda*.
- Ministerio de Fomento. (1961 y vivienda). *IX Censo general de población*.

- Ministerio de Fomento. (1971). *X Censo general de población y vivienda*.
- MPPS. (2005-2014). *Anuarios de Mortalidad*.
- OCEI. (1981). XI Censo general de población y vivienda.
- OCEI. (1990). XII Censo general de población y vivienda.
- OVV MÉRIDA. (2019). *Tendencia de aumento de la mortalidad infantil en el estado Mérida* [Informe de investigación]. Mérida. Instituto de Geografía y Conservación de Recursos Naturales-ULA.
- OVV MÉRIDA. (2020). *Una aproximación al estudio del suicidio en Venezuela* [informe de investigación]. Instituto de Geografía y Conservación de Recursos Naturales-ULA.
- Páez, Gustavo. (2018). Venezuela: de una mortalidad en descenso a una en ascenso (1950-2012/2017-2020). *Revista Geográfica Venezolana*, 59(1), 70-87. <https://bit.ly/3FBHqG4>
- Páez, G., Karina, R., Gulfo, N. y Trejo, Y. (2022). Mérida: Escenario de violencia y letalidad de cuerpos de seguridad del Estado. En R. Briceño-León. (Ed.), *Tanatopolítica en Venezuela. Sicariato de estado y derechos humanos* (pp. 273-294). Editorial Alfa. <https://n9.cl/g96w7>
- United Nations. (2019). *World Population Prospects 2019*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division, Online Edition Rev. 1. <https://bit.ly/3tF5TZ7>.
- Yépez, B. (2014). *Las edades de la mortalidad en Venezuela: niveles, tendencias y diferenciales territoriales* [Documento de trabajo para evento científico] Caracas. Asociación Venezolana de Estudios de Población (AVEPO). (Inédito).
- Zimmerman, L. (2014). *Under-5 Mortality Estimation in humanitarian emergencies: a comparison of estimation methodologies using microsimulation* [Tesis Doctoral, Johns Hopkins University]. <https://bit.ly/3tAm9dU>
- Zúñiga, G. (2015). El trabajo como clave del desarrollo y la cohesión social. En A. Freitez, M. González, y G. Zúñiga. (Coordinadores), *Una mirada a la situación social de la población venezolana: Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI 2014)* (pp. 91-106). Publicaciones UCAB. <https://bit.ly/3nvD25q>

Zúñiga, G. (2016). El trabajo como herramienta para el desarrollo humano. En Universidad Católica Andrés Bello. *Venezuela: Vivir a medias: Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI 2015)* (pp. 113-128). Publicaciones UCAB. <https://bit.ly/3nvD25q>

La mortalidad infantil en Venezuela: 30 años de retroceso ²⁰

Gustavo A. Páez S.

Introducción

Durante el siglo XX en Venezuela, al igual que en muchos países del mundo, acontecieron trascendentes cambios demográficos que marcaron la evolución futura de su población. Uno de esos cambios estuvo vinculado con la transición de la mortalidad enmarcada dentro de la conocida teoría de la Transición Demográfica (Stolnitz, 1966; Bolívar, 1984), es decir, el paso de elevadas a bajas tasas de fecundidad y mortalidad.

Es así como la mejora progresiva en las condiciones de vida de la población venezolana (alimentación, vivienda, trabajo, relaciones familiares, comunicación, entre muchas otras) derivó en cambios en sus niveles de salud que afectaron, además, a sus experiencias y expectativas ante la muerte (Bolívar, 2008). De allí que el pausado pero contundente control sobre la mortalidad constituye uno de los procesos sociales más destacados en el mundo, si no es el más sobresaliente, entre los que han tenido lugar a lo largo de los últimos tres siglos (Jiménez, 2011); por lo que al conjunto de cambios que se han observado en la contabilidad general de la muerte, se les ha denominado Transición de la Mortalidad (Haines, 2002), proceso al que no escapó Venezuela.

²⁰ Capítulo de libro publicado en: Perdomo G. y Páez, G. (Coord.). (2023). *Violencia contra la niñez y la juventud en Venezuela* (pp. 89-122). Editorial Alfa. <https://n9.cl/szehx>

Diversos estudios dan cuenta de aquella Transición en el país a lo largo del siglo pasado (por citar algunos de ellos: López, 1962; López, 1968; Chen & Picouet, 1979; Bolívar, 1994; Bolívar, 2008; Yépez, 2014; Páez, 2018a), mediante la estimación y el análisis de distintos indicadores que habitualmente se utilizan en el abordaje de la mortalidad como proceso demográfico: tasa bruta de mortalidad, tasas de mortalidad por edad y sexo, esperanza de vida y tasa de mortalidad infantil. Es precisamente en éste último donde este escrito concentra su atención, entendiéndose por mortalidad infantil las defunciones ocurridas en niños menores de un año de edad que se cuantifican a través de la tasa de mortalidad infantil (TMI). Ésta es un indicador demográfico que da cuenta de la frecuencia con que suceden esas muertes por cada mil nacimientos vivos que ocurran en un año calendario, el que, además, es susceptible a aumentos o descensos como consecuencia de situaciones coyunturales y estructurales que acontezcan en el seno de una sociedad, ya sean de naturaleza económica, social, política, cultural, sanitaria, entre otras.

Venezuela fue uno de los países que obtuvo mayor éxito en la batalla contra la muerte dentro del contexto latinoamericano sobre todo durante el lapso 1920-1960, el cual superó los logros alcanzados por todos los países de la región en lo referente a la velocidad de descenso de su mortalidad; no obstante, en los últimos años (2015-2020), algunas investigaciones han mostrado que la tasa de mortalidad infantil ha venido exhibiendo un ascenso preocupante (Correa, 2017; Páez, 2018b; García *et al.*, 2019; UCAB, 2019-2020).

Entonces, resulta inverosímil que siendo un país que mostró un acelerado declive de la tasa de mortalidad infantil (1920-1960) que lo llevó a tener niveles numéricos análogos a los de los países más desarrollados -donde los recién nacidos y los niños de 1 a 4 años fueron los más beneficiados de esa significativa regresión de la mortalidad- en la segunda década del siglo XXI esté exhibiendo un retroceso acelerado en esos logros alcanzados.

Evolución histórica de la mortalidad infantil

En Venezuela, aproximadamente entre principios y mediados de los años 20 del siglo XX, inicia el declive de la mortalidad general, así como el retroceso de las muertes infantiles, tal y como lo demuestran las estimaciones de la tasa de mortalidad infantil reseñadas en distintas publicaciones.

Las cifras expuestas por Bolívar (1994) provenientes del Anuario de Epidemiología y Estadística Vital, editado por el antiguo Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) y las del Anuario Estadístico publicado en tiempos pasados por la Oficina Central de Estadística e Informática (OCEI), lapso 1935-1990; presentan una TMI que fluctuó en 137,5 (1935) y 24,2 (1990) muertes de menores de un año por cada mil nacidos vivos (en lo sucesivo ‰) (figura 1), lo que se tradujo en un descenso de 82,4% en 56 años. Por su parte, Chen y Picouet (1979), para un período menor, cuantificaron una caída de 72,1% entre 1936-1971, es decir que, en 36 años, retrocedió de 187,3 a 52,2‰.

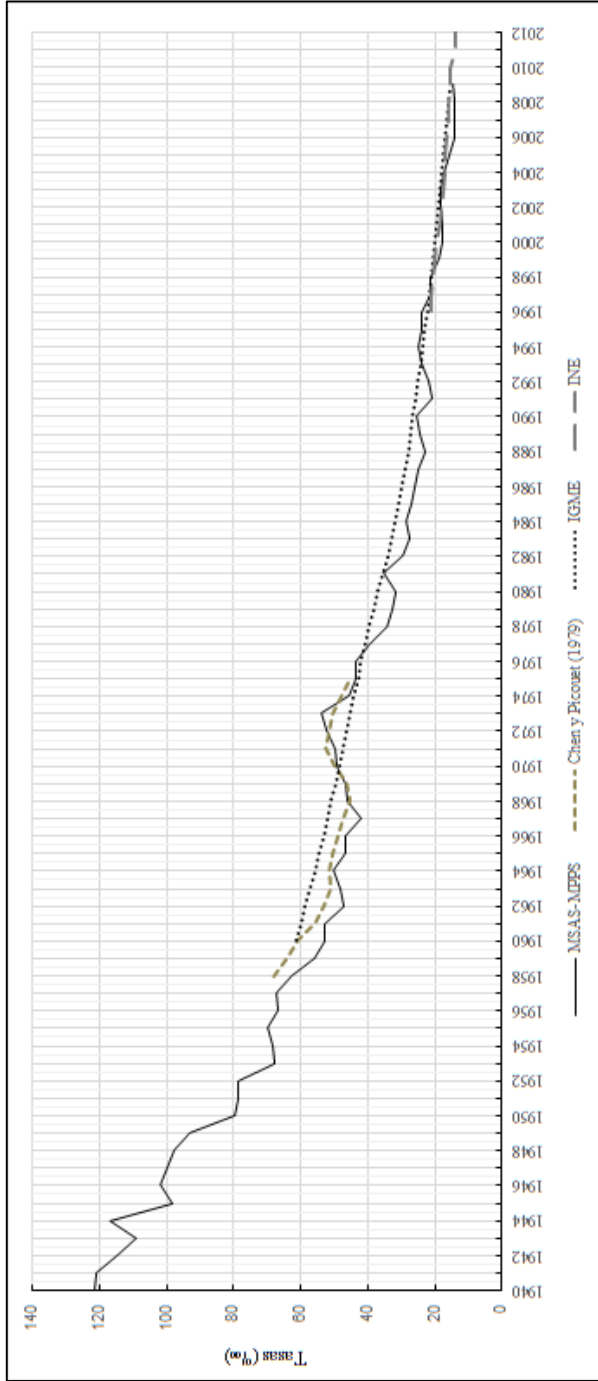
El Grupo Interagencial para la Estimación de Mortalidad en la Niñez (IGME, 2011), conocido como IGME por sus siglas en inglés, calculó que la tasa de Venezuela en 1960 se ubicó en 61,5‰. Para 2009 su estimación arrojó un valor de 15,3‰, lo que marcó un descenso de 46,2% durante 1960-2009 (figura 1). El mismo Grupo para 2019 estimó dicha tasa en 21‰ (IGME, 2020).

En un lapso más extenso, 1940-2009 (70 años) (figura 1), el actual Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS, 2012a) realizó estimaciones de la tasa por año calendario, donde indicó que al inicio del período ésta se ubicó en 121,7‰, mientras que al final de éste ya había retrocedido a 14,4‰. Según estas cifras, durante esa época, la tasa declinó 88,2%.

En tiempos más recientes, las estimaciones publicadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en su Anuario Venezuela: Estadísticas Vitales (INE, 2001; 2006; 2012), dan cuenta que la tasa en cuestión continuó en descenso marcando una caída de 35,3% para los años 1996-2012, puesto que pasó de 21,3 a 13,8‰ en ese lapso (figura 1).

En aras de comprender el comportamiento evolutivo de la TMI durante el tiempo analizado hasta el momento (1935-2012), es pertinente comentar que antes de 1920 y hasta las décadas de los años 20 y 30 (siglo XX), era lógico esperar que la mortalidad infantil en el país ostentara valores muy elevados superiores a 180 e incluso a 200‰, en años donde por causas principalmente de origen exógeno (enfermedades infecto-contagiosas y parasitarias), las defunciones de niños menores de 1 año, así como en el resto de la población, experimentaban incrementos con “picos” extraordinarios.

Figura 1
 Evolución de la tasa de mortalidad infantil según diferentes fuentes, Venezuela 1940-2012



Fuente: Chen y Picouet (1979), IGME (2011), MPPS (2012a), INE (2001; 2006; 2012)

En una nación donde más del 80% de la población vivía en el ámbito rural, con relaciones características de sociedad feudal y ciertas reminiscencias esclavistas heredadas de la época colonial, bajo un sistema de explotación agropecuario anticuado y rudimentario; con una población en su mayoría mal remunerada y sumergida en la pobreza con recursos alimenticios muy limitados acompañado de un consumo per cápita de alimentos muy bajo; en ausencia de una coordinada red de comunicaciones y presencia de un atrasado sistema médico-sanitario; ocurrencia de guerras intestinas; gran número de muertes por distintas enfermedades y epidemias (fiebre amarilla, paludismo, anquilostomiasis, tuberculosis, entre otras); y más de las tres cuartas partes de la población analfabeta (López, 1962); bajo esta realidad socioeconómica y demográfica, no era una tarea sencilla salvaguardarle la vida a un infante, parafraseando a López (1968), en un país con un nivel socioeconómico deteriorado como el señalado, salvarle la vida a un niño menor de un año no significaba para el momento sino aplazar el deceso de éste por escasos años más. Por ejemplo, la víctima menor de un año que se le arrebató a la gastroenteritis podría morir antes de los 5 años de edad como consecuencia de enfermedades parasitarias.

A pesar de ese contexto, con el transcurrir de los años, las cifras exhibidas por la TMI, y de la mortalidad en general, descendieron de manera acelerada hasta mediados de los años 60, en la medida que esas condiciones de la realidad venezolana cambiaron y mejoraron progresivamente al ritmo que pautaba el proceso de modernización (asociado a los importantes ingresos percibidos por concepto de la explotación petrolera) iniciado en Venezuela principalmente entre los años 40 y luego con mayor fuerza en los 50 de la pasada centuria. Después de allí, continuaron los progresos en materia de mortalidad pero a un menor ritmo.

Ese proceso de modernización se caracterizó, entre otras cosas, por un rápido crecimiento urbano y un conjunto de hechos asociados a ello que resultaron de decisiones públicas, al más alto nivel del Estado, para instituir y establecer políticas sociales e inversiones dirigidas a garantizar los derechos sociales de la población. Es así como después de mediados de los años 30 se hace más efectiva la construcción de hospitales y ambulatorios; saneamiento ambiental; construcción y ampliación de la red vial; instalación y ampliación de la infraestructura de líneas vitales; mejoras en la alimentación de los individuos; alfabetización y elevación de los grados de instrucción en la población; expansión de la economía y de la oferta laboral, así como mejora en los ingresos per cápita y medio familiar; entre muchos otros. Todo esto hizo que ese comportamiento de caída de la tasa fuera perceptible hasta el comienzo del siglo XXI y, tal como lo subraya Jiménez (2011): “la transición de la mortalidad es una consecuencia de la dinámica modernizadora, indisociable y constitutiva de un todo coherente con otros procesos sociales del desarrollo con los que ha actuado sinérgicamente en la consolidación del mismo” (p. 279).

En definitiva, las cifras alcanzadas por TMI, a lo largo de este primer período analizado (1935-2012), no hacían sino reflejar las condiciones sanitarias y generales del entorno -las que fueron mejorando sustancialmente con el pasar del tiempo en la misma medida que el país se urbanizaba y modernizaba- puesto que, “por su vulnerabilidad, nada es más sensible a las variaciones del entorno sanitario que las condiciones de vida de los recién nacidos” (Bolívar, 2008, p. 52).

Nivel numérico alcanzado en tiempos recientes y los factores asociados

La ausencia de cifras oficiales actualizadas relacionadas con los datos que se requieren para poder cuantificar la TMI, se constituye como una limitante para conocer cuál ha sido el comportamiento de este indicador en años recientes. Las últimas cifras de nacimientos vivos, de defunciones y de tasas estimadas por el INE se corresponden con el año 2012, entre tanto, el Anuario de Mortalidad más actual con el que se cuenta en el país es del 2016 (MPPS, 2021) -publicado en enero de 2021- y el Boletín Epidemiológico más reciente conocido también es de 2016 (MPPS, 2016), divulgado en mayo de 2017. No obstante, se realizaron estimaciones del indicador para los quinquenios 2010-2015 y 2015-2020.

El hecho de no contarse en el país con cifras actualizadas de mortalidad infantil, entre muchas otras estadísticas, no permite poder dimensionar la verdadera magnitud del problema, es decir, conocer la cifra más próxima a la realidad en relación a su tasa, tendencias (ritmo de aumento/descenso) de estas defunciones y de sus indicadores asociados, principales causas de muerte de los infantes, las diferencias según sexo y por entidades federales, entre otros aspectos de interés. Es imprescindible contar con cifras actualizadas para lograr diagnosticar bien la situación y exigir al Estado que diseñe y ejecute políticas públicas en pro de afrontar el problema para revertir la tendencia de aumento de muchas de estas muertes que son evitables, así como reclamar al mismo que se garanticen los derechos de los niños y niñas (por ejemplo, a la vida, la salud, alimentación, entre otros).

Las tasas estimadas se obtuvieron con base en cifras de defunciones de niños menores de un año de los Anuarios de Mortalidad 2010, 2011, 2012, 2013 y 2014 (MPPS, 2012b; 2014a; 2014b; 2017; 2018) y de nacimientos vivos estimados derivados de

proyecciones de las Naciones Unidas para los quinquenios 2010-2015 y 2015-2020 (*United Nations*, 2019), donde se aplicó el método de extrapolación de la Parábola de Segundo Grado (Páez, 2018c) utilizando la secuencia de cifras de los anuarios de 2012, 2013 y 2014, para estimar las defunciones del año 2015 y luego las del 2016-2020. Es trascendente traer a colación que, aun cuando recientemente el MPPS divulgó el Anuario de Mortalidad de 2016, existe un vacío en 2015, puesto que esta institución no hizo público el de ese año, lo que no permitió aplicar el método mencionado con la secuencia de los años 2014, 2015 y 2016, tal como lo exige dicho procedimiento para poder hacer las estimaciones por extrapolación (2017-2020).

A pesar de la limitación anterior, se estimó de forma puntual la tasa para 2016 para valorar y tener una idea próxima de su nivel numérico. Según el Anuario de 2016, en Venezuela fallecieron 12.477 niños menores de un año. Al relacionar esas muertes con el promedio de nacimientos estimados por Naciones Unidas (2015-2020) se obtuvo una tasa de 23,6‰.

Los resultados muestran que la TMI promedio del quinquenio 2010-2015 estuvo por el orden de 15,4‰, la cual es muy cercana a la proyectada por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CELADE-CEPAL, 2019) para ese mismo lapso (15,0‰), y levemente superior a la del quinquenio anterior (14,8; 2005-2010). Entre tanto, la obtenida para 2015-2020 mostró un ascenso significativo al ubicarse en promedio en 26,8‰, siendo un poco más elevada que la resultante de las proyecciones de Naciones Unidas (25,7; 2015-2020). Con estos resultados se podría decir de forma conservadora que esta tasa se pudo haber incrementado entre 71 y 74% entre 2010-2015 y 2015-2020.

En esta parte es oportuno señalar las diferentes estimaciones que se han llevado a cabo en los últimos años para dar cuenta del posible incremento de las muertes infantiles en Venezuela por

medio de la cuantificación de la TMI. En ese sentido, Correa (2017), utilizando varios métodos y procedimientos, estimó que la TMI mostraría un aumento progresivo entre 2016-2019, obteniendo los siguientes valores: 21,3 (2016); 22,8 (2017); 24,3 (2018) y 25,8 (2019); mientras que para 2020, la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI) (UCAB, 2019-2020), estimó una tasa de 25,2‰.

Tomando como referencia otras fuentes de información demográficas de carácter internacional, se tiene que, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2014; 2015), calculó una TMI para Venezuela de 15‰ para el año 2011; luego, en 2018, ese valor ya había alcanzado la cifra de 21‰ (UNICEF, 2019), lo que se traduce en un incremento de 40%. Por su parte, *The World Population Data Sheet*, producido por la *Population Reference Bureau* (PRB por sus siglas en inglés) publicó en su reporte anual de 2011 que la tasa para el país se posicionó en 15,8 ‰ (PRB, 2011). En 2019 reflejó una tasa de 24,6‰ (PRB, 2019), mientras que para 2020 la estimó en 28‰ (PRB, 2020), dando como consecuencia un aumento de 77,2% (2011-2020).

Estos resultados llevan a destacar varios señalamientos. Primero, que todo indica que en efecto la TMI sí se incrementó en Venezuela en el último quinquenio (2015-2020). Segundo, que ese incremento pudo haber fluctuado al menos entre un mínimo de 21 y un máximo de 28 defunciones de niños menores de un año por cada mil nacimientos vivos. Tercero, que el aumento del indicador entre los dos últimos quinquenios pudo haber sido superior a 70%. Cuarto, las cifras mostradas reflejan un retroceso de 30 años en los progresos alcanzados en la contienda contra las diferentes causas de muerte que diezaban a la población menor de un año, puesto que en el país, la última vez que se registraron tasas de mortalidad infantil alrededor de los 25-26‰, fue hasta aproximadamente mediados de la segunda parte de la década de los años 80.

Es importante acotar que los datos e indicadores de mortalidad de una sociedad, aparte de cumplir con su función de contabilización demográfica, son de gran utilidad en la evaluación de la situación de salud de una población, en la vigilancia epidemiológica y en la planificación sanitaria. Su evolución esboza un tipo de “carta del progreso” en el control de lo que ha constituido la mayor preocupación de la humanidad desde tiempos inmemoriales, es decir, la prolongación de la vida y la posibilidad de eludir la muerte prematura (Jiménez, 2011).

Como se conoce, la TMI es considerada como un indicador de mortalidad bastante sensible a las variaciones en la calidad de vida promedio en el entorno social (Bolívar, 1994). Esta tasa en particular es considerada universalmente como un excelente y fehaciente indicador del estado de salud de una población (Ávila-Agüero, 2007), tanto de niños menores de un año como de la población en general, así como de las condiciones económicas y sociales en las que aquella se desarrolla; por lo que una elevada TMI (o un incremento de la misma) sintetiza e indica deficiencias en el entorno físico y socioeconómico, en la nutrición, la educación o en los cuidados de salud de una población (Silva & Durán, 1990). En otras palabras, como lo subraya Salustiano del Campo (1988, p. 211, citado en Jiménez, 2011), es un indicador muy importante del “bienestar socioeconómico al no haber objetivo superior para una población que salvar la vida de sus nuevos miembros”.

Entonces, el retroceso detectado de la tasa en cuestión en Venezuela, es probable que sea el resultado del deterioro de las condiciones de vida de la población. En palabras más específicas, del progresivo deterioro en la población de su estado nutricional y del colapso de sus niveles de vida, así como del desplome del sistema de salud (García *et al.*, 2019).

Para García *et al.* (2019), ese deterioro y colapso, ha sido consecuencia de recientes acontecimientos económicos, sociales y políticos que se han suscitado en el país. Según estos autores, figuran entre los principales factores, desde el punto de vista económico: la disminución del producto interno bruto (PIB) per cápita, la elevada inflación acumulada y el déficit presupuestario nacional; en lo nutricional: la disminución del consumo de alimentos que proporcionan micronutrientes esenciales asociado con el incremento en los niveles de pobreza (sobre todo la extrema); y en materia de salud: la reducción en el financiamiento para el sistema de salud, así como la disminución de la relación paciente-médico y la de camas hospitalarias por número de habitantes, el cese de las campañas de vacunación en muchas partes del país, la escasez y elevado costo de medicamentos básicos, insumos quirúrgicos y fórmulas infantiles, y finalmente el aumento de la morbilidad y mortalidad debido a ciertas enfermedades infecto contagiosas y parasitarias (reaparición de enfermedades controladas o erradicadas en décadas pasadas, estando la mayoría de ellas asociadas con un acceso inadecuado al saneamiento básico, desnutrición y campañas de vacunación insuficientes).

En el mismo orden de ideas, el descenso o aumento de la mortalidad infantil, y de la mortalidad general, va a depender de la evolución de la realidad social de una región o país. Entendiendo como realidad social al contexto o situación sistémica conformada por un conjunto de ámbitos (demográfico, económico, cultural, político, institucional, ambiental, sanitario, entre otros) que se interrelacionan en tiempo y espacio, y que caracterizan y definen la dinámica de una sociedad. De manera que, si esa realidad en un momento dado exhibe una combinación particular de ciertos aspectos negativos para la población en general o factores de riesgo inmediato de mortalidad y morbilidad, entonces

es probable que las tasas de mortalidad asciendan (Bayard, 2016). Si, por el contrario, el comportamiento y tendencias de esos aspectos apuntan de manera positiva, las tasas de mortalidad descenderán. Entre esos factores se podrían mencionar: interrupción de los servicios de salud y disminución del acceso a éstos, exposición a la violencia y otros eventos traumáticos, alta exposición a vectores de enfermedades, cobertura de vacunación insuficiente, factores ambientales (reducción del acceso al agua potable y al saneamiento), acceso insuficiente a alimentos y baja ingesta de nutrientes. Entre algunas situaciones de grandes dimensiones que podrían incidir en el ascenso (o no) de las tasas de mortalidad de infantil y de la mortalidad en general, se tienen: índices elevados y generalizados de pobreza, las guerras o conflictos armados, epidemias o pandemias, ocurrencia de desastres socionaturales, períodos de hambrunas, genocidios, crisis económicas y las crisis humanitarias.

Como se aprecia, las crisis humanitarias se encuentran entre el grupo de situaciones aludidas que podrían generar un incremento en las tasas de mortalidad infantil. Este tipo de crisis se caracteriza por un contexto en el que existe una extraordinaria y extensa amenaza a la vida de los seres humanos, la salud o la subsistencia y estas suelen emerger dentro de un contexto de desprotección previa donde una serie de factores preexistentes (pobreza, desigualdad, falta de acceso a servicios básicos), potenciados -por lo general- por el detonante de un desastre natural o un conflicto armado, que multiplican sus efectos destructivos (Cañadas *et al.*, 2010).

Somos de la opinión que, Venezuela, en los últimos años, viene atravesando por una crisis humanitaria grave, o por una emergencia humanitaria compleja tal y como la denominan diversas Organizaciones No Gubernamentales (ONG); la que no tiene precedente alguno en más de 200 años de historia republicana de la nación, y que el aumento de la TMi reflejado en

las cifras descritas en este escrito, son prueba fehaciente de ello. Según Zimmerman (2014), estas crisis se caracterizan no solo porque en ellas ocurren flujos migratorios en masa y el colapso de la infraestructura existente, sino también porque como efecto directo de éstas la mortalidad tiende a incrementarse.

También son diversos los estudios que han tratado de abordar, entre otros tópicos, el aumento de la mortalidad en tiempos de crisis humanitarias (Zimmerman, 2014; Heudtlass *et al.*, 2016; Boyd *et al.*, 2017; Checchi, 2018; solo por citar algunos ejemplos). De hecho, es ampliamente conocido que algunos indicadores de mortalidad (como la tasa bruta de mortalidad y la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años) son utilizados para evaluar el impacto de una crisis, la magnitud de las necesidades y la adecuación de la respuesta humanitaria.

Retomando de nuevo la idea en el caso de Venezuela, para Freitez (2019), en el país se ha venido registrando la peor crisis de toda su historia republicana, como resultado del fracaso de un modelo político y productivo, y de la gradual desinstitucionalización, en medio de un clima de conflictividad y polarización. Agrega esta autora que lo anterior ha llevado a la situación de recesión económica y de crisis humanitaria que afronta el país actualmente, después de haberse producido una bonanza económica que no fue aprovechada por el Estado para realizar las reformas estructurales que el país necesitaba, a fin de encaminarlo en una tendencia y ritmo sostenible de desarrollo.

La misma Freitez hace alusión que, dimensionar el impacto de esta crisis en el ámbito social, ha sido posible gracias a la disponibilidad de información sobre las condiciones de vida de la población proveniente del proyecto ENCOVI, el cual ha permitido establecer el grado de empobrecimiento, no sólo en términos de la privación ocasionada por la pérdida de la capacidad adquisitiva en los hogares, sino también por el desmejoramiento en el ámbito de los servicios públicos, las condiciones del hábitat, los logros

educativos, la seguridad alimentaria en los hogares y la seguridad ciudadana. Frente al cuadro de deterioro que ha permitido mostrar la ENCOVI que, según la investigadora referida, bien configura esta situación de crisis, considerables sectores de la población de todos los estratos sociales se han visto obligados a migrar para buscar en otros países oportunidades para atender necesidades esenciales y generar ingresos que ayuden a sostener la sobrevivencia de familiares en Venezuela. De manera más específica, este cuadro de deterioro ha estado caracterizado por: empobrecimiento absoluto de la sociedad, inseguridad alimentaria, aumento en los riesgos de muerte y retroceso en la sobrevivencia (donde se incluye la mortalidad infantil), regresión en logros educativos, fomento de cierre de empresas, destrucción del empleo y caída de la producción nacional, aumento de la violencia e inseguridad ciudadana y migración forzada hacia el extranjero.

Ahora bien, también son muchos los trabajos de investigación que se han llevado a cabo entre 2015-2018 con base en los resultados de la ENCOVI, además de los realizados por investigadores de universidades autónomas y otras instituciones u organizaciones sociales; para tratar de aproximarse a conocer las distintas consecuencias que ha ocasionado la crisis que padece Venezuela. Entre los tópicos abordados resaltan: incremento de la subnutrición, desnutrición e inseguridad alimentaria en la población; inflación e hiperinflación; pérdida acentuada del poder adquisitivo, subempleo, deterioro de las condiciones laborales, entre otras desmejoras económicas; incremento de la inseguridad ciudadana y la violencia, ascenso de las tasas de mortalidad infantil y la mortalidad en general, deterioro profundo de la salud de las personas y del sistema de salud pública; pobreza creciente, deficiencia en la cobertura y calidad de los servicios públicos y migración forzada hacia el exterior, entre otras facetas, las cuales han sido estudiadas a detalle por distintos investigadores (Freitez

et al., 2015; Universidad Católica Andrés Bello, 2016; Freitez, 2017; Freitez, 2018; entre otros trabajos realizados durante 2015-2019 donde se ha abordado la emergencia humanitaria compleja).

En otras investigaciones, informes y reportes técnicos se han abordado los principales factores que han venido incidiendo (y continúan reincidiendo) específicamente en el incremento de la TMi en Venezuela, donde se ha resaltado que, como consecuencia de la emergencia humanitaria compleja que atraviese el país, los niños y niñas venezolanas están amenazados por el aumento de la pobreza; el incremento de la inseguridad alimentaria y la desnutrición (en sus diferentes tipos); la incidencia de epidemias y el regreso de algunas enfermedades prevenibles por vacunas, las que presentan problemas de cobertura y acceso gratuito; la falta de acceso a atención prenatal por parte de las mujeres embarazadas; y por el deterioro profundo del sistema público de salud (solo por citar algunos ejemplos: Herrera, 2018; Landaeta-Jiménez *et al.*, 2018; Human Rights Watch, 2019, Caritas Venezuela, 2020a, 2020b, 2020c; HumVenezuela, 2020, 2021).

Es de esperar que, en Venezuela, particularmente por la situación de inseguridad alimentaria y nutricional que se vive, aumente la mortalidad infantil y neonatal, y también la mortalidad materna, lo que ha hecho que aquella inseguridad se haya intensificado en las comunidades más desasistidas. Las medidas paliativas llevadas a cabo por el Estado, resultan ser insuficiente para detener el tsunami alimentario de alta complejidad, que se ahoga en un sistema de salud inhabilitado para dar respuestas pertinentes, preventivas y curativas, el cual, ni siquiera, puede proveer de un esquema de inmunización mínimo (disponibilidad de vacunas) indispensable para prevenir las enfermedades infectocontagiosas. Bajo ese contexto adverso, el aumento de la mortalidad infantil ratifica que los niños y niñas de Venezuela son las víctimas sigilosas de las peores políticas públicas implementadas en la historia del país (Landaeta-Jiménez *et al.*,

2018). Es así como la ONG Caritas Venezuela, advirtió en 2017 sobre la cantidad de niños que podrían morir por desnutrición en la nación, principalmente por desnutrición, mientras que en 2018 ratificó que en Venezuela los niños son el eslabón más débil de la crisis alimentaria (CIVILIS Derechos Humanos, 2018).

En resumen, se plantea que la TMI en Venezuela se ha incrementado en tiempos recientes como resultado de la emergencia humanitaria compleja y que los niveles de mortalidad infantil, y general, van a seguir aumentando en la medida que el país siga colapsando. Mientras no se reviertan todas esas tendencias negativas descritas con anterioridad, el retroceso del indicador seguirá siendo inminente y se continuarán perdiendo los logros alcanzados en décadas pasadas.

Las diferencias espaciales según entidades federales

Con el propósito de observar y analizar las diferencias espaciales que presenta la mortalidad infantil según entidades federales de Venezuela, se tomaron en cuenta las tasas estimadas por el proyecto ENCOVI. Asimismo, se consideraron un conjunto de indicadores (14 en total) resultantes de la misma encuesta, los que en su mayoría inciden de forma directa en la TMI y llevaron a agrupar las entidades mediante un procedimiento estadístico multivariable. Los indicadores referidos estuvieron relacionados con proporción de hogares y de población que vive por debajo de la línea de pobreza, proporción de hogares y de población que vive por debajo de la línea de pobreza extrema; porcentaje de hogares con inseguridad alimentaria y moderada o severa; porcentaje de niños menores de 5 años con peso inferior a la edad, con talla inferior a la edad y con peso inferior a la estatura; porcentaje de hogares en viviendas inadecuadas; porcentaje de hogares que disponen de servicios de suministro de agua potable gestionados de manera segura, porcentaje de hogares que utilizan servicios de

saneamiento gestionados de manera segura; y porcentaje de madres adolescentes y tasa global de fecundidad.

En primera instancia se realizó un análisis general, el que permitió entender la complejidad de los indicadores según sus niveles numéricos, y esbozar las caracterizaciones generales de las entidades, con ello se abordaron los datos desde una perspectiva univariable (estimación de medidas de tendencia central y de dispersión: media, mediana, moda, desviación estándar y varianza); y bivariable (estimación del coeficiente de correlación de Pearson).

Luego, para la comprensión de las múltiples relaciones entre los indicadores, se hizo necesario profundizar el estudio empleando un análisis estadístico multivariable, cuya esencia reside en la posibilidad de ofrecer e identificar complejas conexiones que se presenten entre los aspectos considerados.

El enfoque multivariable del análisis estadístico se realizó utilizando la técnica de Clúster (grupos) jerárquico (Hair *et al.*, 1999; Pérez, 2006) y la aplicación en este caso específico tuvo como objetivo distinguir grupos de entidades federales en las que se divide el país según su comportamiento (homogéneo) entre los indicadores estudiados. En ese sentido, se utilizó el *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 25, por las bondades con las que cuenta para el desarrollo de procesos de cálculo, salida de la información y facilidad en la representación de los resultados, y el Sistema de Información Geográfica (SIG) QGis versión 3.16.8 para la elaboración del mapa.

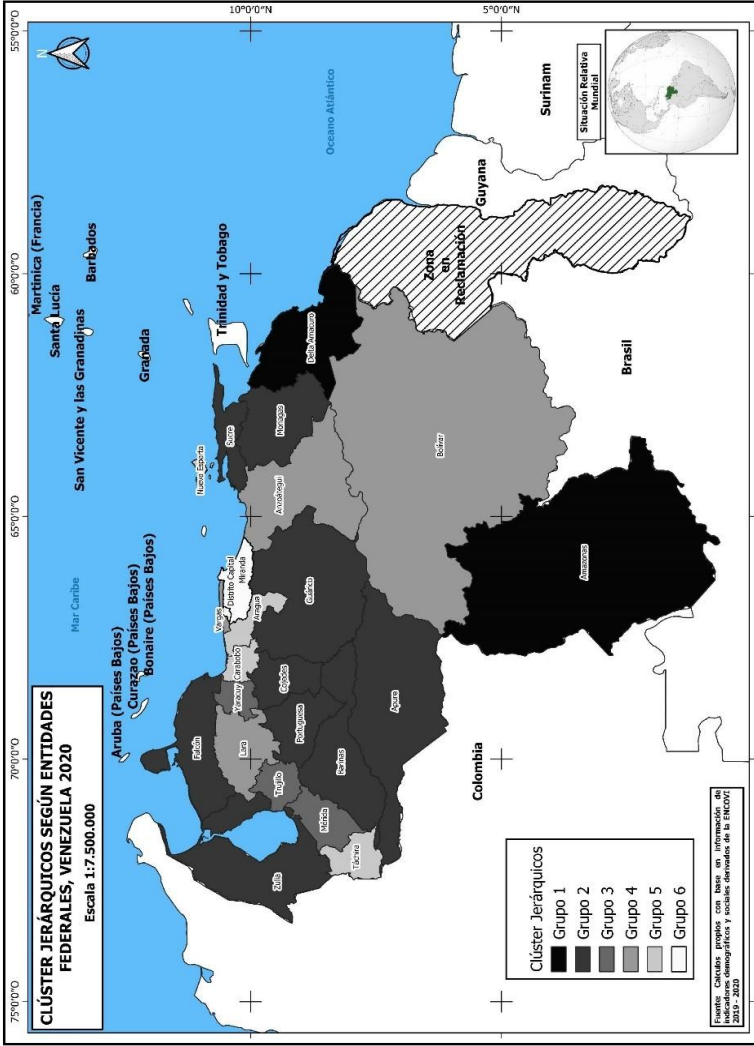
Los resultados se exhiben en el mapa 1. Se obtuvieron 6 Clúster, y el primer grupo está conformado por los estados Amazonas y Delta Amacuro, entidades que poseen las dos TMI más elevadas (35,1 y 34,9%, respectivamente) y que superan significativamente el valor promedio nacional de 25,2%. De igual modo, cuentan con las cifras más altas del país en los indicadores de pobreza, desnutrición infantil, viviendas inadecuadas, madres

adolescentes, tasa global de fecundidad y se ubican entre las entidades con los mayores porcentajes de inseguridad alimentaria y de deficiencias en el servicio de agua potable y saneamiento. En otras palabras, estos dos territorios son los que presentan las condiciones más adversas o desfavorables para la población infantil menor de un año, lo que se traduce en las mayores TMI de la nación.

El segundo, integrado por Apure, Barinas, Cojedes, Falcón, Guárico, Monagas, Portuguesa, Sucre y Zulia; exhibe cifras moderadamente altas de mortalidad infantil (entre 23,3-31,0%), la mayoría (8 de los 9) por sobre el valor del país, así como cifras medias-altas en el indicador de vivienda inadecuadas y de porcentaje de hogares que disponen de servicios de suministro de agua potable gestionados de manera segura. Muestran un comportamiento elevado en los de pobreza e inseguridad alimentaria; números moderados y altos en desnutrición infantil y en porcentaje de madres adolescentes; y valores bajos en relación a la tasa global de fecundidad.

Mérida, Trujillo y Yaracuy, conforman el tercer grupo. A excepción de Trujillo (25,5%), las otras dos entidades poseen una TMI por debajo de la media nacional (23,2 y 23,4%, respectivamente); números medios en porcentajes de hogares y de población que vive por debajo de la línea de pobreza extrema, desnutrición infantil, viviendas inadecuadas y de madres adolescentes. Los mayores porcentajes se concentran en los indicadores de hogares y población que vive por debajo de la línea de pobreza, servicios e inseguridad alimentaria.

Mapa 1
Clúster jerárquicos según entidades federales, Venezuela 2020



Fuente: elaboración propia con base en cifras tomadas de UCAB (2019-2020)

Un cuarto grupo está conformado por Anzoátegui, Bolívar, Lara y Vargas. Todos estos territorios poseen TMi por debajo de la media nacional (fluctúan entre 21,0 y 22,5‰), tienen relativos bajos porcentajes de hogares en viviendas inadecuadas; comportamientos intermedios en pobreza, inseguridad alimentaria, desnutrición infantil y en el porcentaje de hogares que disponen de servicios de suministro de agua potable gestionados de manera segura. Entre medios y altos en madres adolescentes y tasa global de fecundidad. Presentan cifras altas en porcentajes de hogares que utilizan servicios de saneamiento gestionados de manera segura.

En el quinto grupo, integrado por Aragua, Carabobo, Nueva Esparta y Táchira, las TMi oscilan entre 19,8 y 22,3‰, todas inferiores al valor promedio nacional. Estas entidades se encuentran entre las que cuentan con los mayores porcentajes en los indicadores de servicios; muestran números medios en pobreza, inseguridad alimentaria, viviendas inadecuadas y en porcentaje de madres adolescentes; y cifras bajas en desnutrición infantil y tasa global de fecundidad.

El sexto y último grupo, conformado por el Distrito Capital (19,6‰) y el estado Miranda (20,8‰), son las entidades que exhiben los mejores comportamientos de los indicadores considerados: menores porcentajes de pobreza, así como de inseguridad alimentaria, desnutrición infantil, viviendas inadecuadas, madres adolescentes y de tasa global de fecundidad. Mayores porcentajes de hogares que disponen de servicios de suministro de agua potable gestionados de manera segura y que utilizan servicios de saneamiento gestionados de manera segura. Esto explica el por qué son los dos territorios con las tasas más bajas del país.

Venezuela en el contexto de América Latina, el Caribe y el Mundo

El Observatorio Demográfico de América Latina y el Caribe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2020), divulgó su acostumbrado documento sobre Proyecciones de Población de la región. En esta publicación es notorio que Venezuela salta a la vista como el único país en Latinoamérica que vio ascender su TMI con el paso de los dos últimos quinquenios (2010-2015 y 2015-2020). Si se extiende la observación incluyendo el contexto caribeño, de nuevo Venezuela, pero esta vez en conjunto con Granada, son las dos únicas naciones que aumentaron su tasa; sin embargo, el incremento experimentado en la primera fue muy superior a la de la segunda entre esos dos períodos.

En la tabla 1 puede apreciarse la evolución histórica de la TMI de todos los países de América Latina y el Caribe, durante 1950-2020, mientras que en la tabla 2 se visualizan las variaciones porcentuales que obtuvo cada país entre quinquenios.

Durante 1950-1995, todos los países de la región mostraron descensos en sus tasas. En los lapsos subsiguientes 1995-2015, San Vicente y las Granadinas, y Trinidad y Tobago, exhibieron incrementos por debajo de 2%, y la tasa de Granadas aumentó en el quinquenio 2010-2015 (7,9%) así como en el 2015-2020 (9,5%). Por su parte, Venezuela, aun cuando entre 1950-2015 mantuvo una tendencia en descenso, por primera vez en más de 6 décadas invirtió esa propensión y elevó el indicador en 71,3% entre 2015-2020.

Si se centra la atención solo en el último quinquenio (2015-2020), Venezuela se ubica en el quinto lugar en el top cinco de los países con las tasas más elevadas de la región superada en el siguiente orden solo por Haití (54,3‰), Bolivia (29,7‰), Guyana (26,8‰) y República Dominicana (25,9‰), y superando en 66% el valor promedio de América Latina y el Caribe (15,5‰).

En lo que respecta al panorama mundial, la tendencia es hacia la disminución de la mortalidad infantil. Al revisar los datos disponibles más recientes derivados de las proyecciones de Naciones Unidas (*United Nations*, 2019), no solo se aprecia esa tendencia, sino que el valor alcanzado por Venezuela en la TMI para el quinquenio 2015-2020 (25,7‰), se está acercando a la cifra actual del mundo (29,2‰). Es probable que en unos años, de continuar la propensión de ascenso de la tasa en el país, se iguale o incluso supere esa cifra.

Al comparar a Venezuela con países como Afganistán, Chad, República Central Africana, República Democrática del Congo, Sierra Leona y Somalia, que figuran como los territorios con las mayores tasas de mortalidad infantil registradas en los últimos años, y que forman parte del denominado grupo de países menos desarrollados del planeta y entre los más pobres, se observó que éstos no solo han venido consiguiendo logros importantes en la disminución de la tasa desde 1950 sino que también lo han hecho en el último lapso analizado (2015-2020). Durante este período más reciente, todas estas naciones disminuyeron el indicador entre 11% (República Democrática del Congo) y 17% (Sierra Leona), mientras que en Venezuela el mismo subió en más de 71% (figura 2).

Tabla 1

Tasas de mortalidad infantil por quinquenios según países de América Latina y el Caribe, período 1950-2020

Países	1950-1955	1960-1965	1970-1975	1980-1985	1990-1995	2000-2005	2010-2015	2015-2020
Argentina	63,9	59,7	48,1	32,2	23,2	16,7	12,1	10,2
Bolivia	177,7	161,8	140,7	114,3	83,1	52,0	32,4	29,7
Brasil	136,2	111,7	91,7	71,6	42,7	28,2	15,8	13,0
Chile	136,2	107,4	66,6	24,6	14,0	8,3	7,2	6,7
Colombia	116,6	85,8	63,2	37,9	26,4	19,5	14,4	12,6
Costa Rica	103,3	82,1	56,2	22,6	14,6	10,9	9,3	7,3
Cuba	80,6	59,4	38,4	17,6	9,9	6,1	4,8	4,5
Ecuador	138,1	115,0	89,8	62,7	40,7	23,6	15,1	13,6
El Salvador	143,1	121,5	101,5	79,8	41,1	23,6	17,7	14,6
Guatemala	168,4	140,5	111,9	81,6	55,3	37,3	26,9	20,7
Haití	221,3	181,3	148,4	120,1	92,4	68,9	61,0	54,3
Honduras	169,3	135,5	103,6	64,9	43,0	28,4	18,4	15,0
México	121,0	87,9	68,9	47,0	33,1	20,1	15,2	13,5
Nicaragua	172,4	131,3	97,8	79,7	47,9	26,4	17,8	16,8
Panamá	85,6	61,8	43,0	34,1	26,2	20,6	16,0	14,1
Paraguay	73,4	62,3	57,1	46,6	34,1	27,1	20,8	19,0
Perú	158,5	132,9	103,8	80,2	50,1	24,9	14,1	12,8
Rep. Dominicana	153,1	123,8	95,8	75,1	49,5	34,9	27,5	25,9
Uruguay	57,3	47,8	46,3	33,5	20,1	14,5	10,0	8,7
Venezuela	100,6	69,5	46,1	32,3	23,1	17,2	15,0	25,7
Antigua y Barbuda	77,6	49,8	39,2	34,3	20,6	11,5	6,8	5,2
Aruba	69,0	42,5	29,2	20,5	19,0	17,8	14,8	13,6
Bahamas	36,8	28,0	25,9	23,6	17,5	13,1	8,0	5,9
Barbados	121,5	54,8	34,0	20,1	13,4	13,0	11,5	10,0
Belize	100,2	78,2	59,5	39,9	29,7	20,2	15,0	12,8
Curazao	66,3	40,9	27,2	17,7	14,8	14,7	10,3	9,1
Granada	76,7	56,8	37,9	21,5	16,4	12,7	13,7	15,0
Guadalupe	80,2	52,0	33,4	21,4	13,7	8,8	5,8	4,6
Guyana	72,1	62,0	55,9	52,5	44,8	35,3	31,7	26,8
Guyana Francesa	102,7	72,8	45,2	31,8	20,7	13,2	9,1	8,7
Islas Vírgenes	58,2	41,2	29,5	21,5	15,3	11,6	9,0	8,2
Jamaica	82,7	55,7	40,8	31,0	23,7	18,0	14,9	11,8
Martinica	80,8	54,5	35,4	22,0	13,7	8,5	6,4	5,6
Puerto Rico	63,3	44,8	25,3	17,2	11,6	8,0	6,4	5,5
San Vicente y las Granadinas	115,6	87,9	60,8	33,8	19,3	19,6	17,4	14,6
Santa Lucía	118,0	80,8	46,6	22,8	17,8	15,7	16,0	12,5
Suriname	77,4	56,0	52,2	48,3	38,3	28,0	20,3	17,5
Trinidad y Tobago	69,6	51,5	41,6	32,5	28,4	28,8	26,1	22,0
América Latina y el Caribe	126,4	100,9	79,7	59,2	38,2	25,0	17,1	15,5

Fuente: elaboración propia con cifras de la CEPAL (2020)

Tabla 2

Variación porcentual de las tasas de mortalidad infantil entre quinquenios según países de América Latina y el Caribe, período 1950-2020

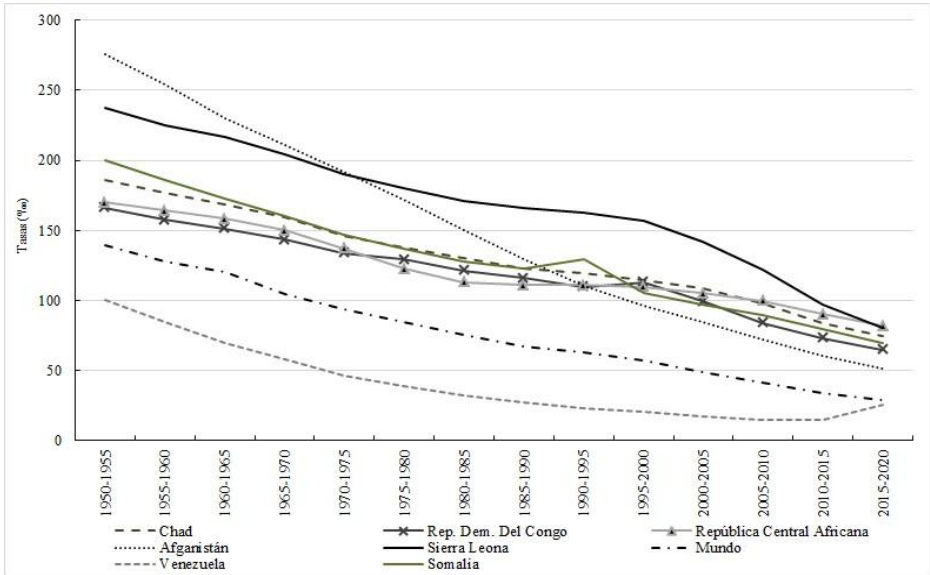
Países	1950-1955/1960-1965	1960-1965/1970-1975	1970-1975/1980-1985	1980-1985/1990-1995	1990-1995/2000-2005	2000-2005/2010-2015	2010-2015/2015-2020
Argentina	-6,6	-19,4	-33,1	-28,0	-28,0	-27,5	-15,7
Bolivia	-8,9	-13,0	-18,8	-27,3	-37,4	-37,7	-8,3
Brasil	-18,0	-17,9	-21,9	-40,4	-34,0	-44,0	-17,7
Chile	-21,1	-38,0	-63,1	-43,1	-40,7	-13,3	-6,9
Colombia	-26,4	-26,3	-40,0	-30,3	-26,1	-26,2	-12,5
Costa Rica	-20,5	-31,5	-59,8	-35,4	-25,3	-14,7	-21,5
Cuba	-26,3	-35,4	-54,2	-43,8	-38,4	-21,3	-6,3
Ecuador	-16,7	-21,9	-30,2	-35,1	-42,0	-36,0	-9,9
El Salvador	-15,1	-16,5	-21,4	-48,5	-42,6	-25,0	-17,5
Guatemala	-16,6	-20,4	-27,1	-32,2	-32,5	-27,9	-23,0
Haití	-18,1	-18,1	-19,1	-23,1	-25,4	-11,5	-11,0
Honduras	-20,0	-23,5	-37,4	-33,7	-34,0	-35,2	-18,5
México	-27,4	-21,6	-31,8	-29,6	-39,3	-24,4	-11,2
Nicaragua	-23,8	-25,5	-18,5	-39,9	-44,9	-32,6	-5,6
Panamá	-27,8	-30,4	-20,7	-23,2	-21,4	-22,3	-11,9
Paraguay	-15,1	-8,3	-18,4	-26,8	-20,5	-23,2	-8,7
Perú	-16,2	-21,9	-22,7	-37,5	-50,3	-43,4	-9,2
Rep. Dominicana	-19,1	-22,6	-21,6	-34,1	-29,5	-21,2	-5,8
Uruguay	-16,6	-3,1	-27,6	-40,0	-27,9	-31,0	-13,0
Venezuela	-30,9	-33,7	-29,9	-28,5	-25,5	-12,8	71,3
Antigua y Barbuda	-35,8	-21,3	-12,5	-39,9	-44,2	-40,9	-23,5
Aruba	-38,4	-31,3	-29,8	-7,3	-6,3	-16,9	-8,1
Bahamas	-23,9	-7,5	-8,9	-25,8	-25,1	-38,9	-26,3
Barbados	-54,9	-38,0	-40,9	-33,3	-3,0	-11,5	-13,0
Belize	-22,0	-23,9	-32,9	-25,6	-32,0	-25,7	-14,7
Curazao	-38,3	-33,5	-34,9	-16,4	-0,7	-29,9	-11,7
Granada	-25,9	-33,3	-43,3	-23,7	-22,6	7,9	9,5
Guadalupe	-35,2	-35,8	-35,9	-36,0	-35,8	-34,1	-20,7
Guyana	-14,0	-9,8	-6,1	-14,7	-21,2	-10,2	-15,5
Guyana Francesa	-29,1	-37,9	-29,6	-34,9	-36,2	-31,1	-4,4
Islas Vírgenes	-29,2	-28,4	-27,1	-28,8	-24,2	-22,4	-8,9
Jamaica	-32,6	-26,8	-24,0	-23,5	-24,1	-17,2	-20,8
Martinica	-32,5	-35,0	-37,9	-37,7	-38,0	-24,7	-12,5
Puerto Rico	-29,2	-43,5	-32,0	-32,6	-31,0	-20,0	-14,1
San Vicente y las Granadinas	-24,0	-30,8	-44,4	-42,9	1,6	-11,2	-16,1
Santa Lucía	-31,5	-42,3	-51,1	-21,9	-11,8	1,9	-21,9
Suriname	-27,6	-6,8	-7,5	-20,7	-26,9	-27,5	-13,8
Trinidad y Tobago	-26,0	-19,2	-21,9	-12,6	1,4	-9,4	-15,7
América Latina y el Caribe	-20,2	-21,0	-25,7	-35,5	-34,6	-31,6	-9,4

Nota: los valores resaltados en negro representan aquellos países que presentaron aumentos en sus tasas entre quinquenios.

Fuente: cálculos propios con base en las cifras exhibidas en la tabla 1

Figura 2

Evolución de la tasa de mortalidad infantil según países seleccionados, período 1950-2020



Fuente: elaboración propia con base en cifras tomadas de *United Nations* (2019)

Reflexiones finales

Después de cerca de ocho décadas de descenso, la tasa de mortalidad infantil en Venezuela, en el último quinquenio (2015-2020), ha elevado sus valores a luz de una profunda emergencia humanitaria compleja. Esto representa un retroceso en el indicador de unos 30 años y una pérdida de muchos logros alcanzados en la batalla contra las diferentes causas de muerte que diezmaron la población infantil en el país.

En el contexto de Latinoamérica y el Caribe, si bien es cierto no fue el único país que mostró aumento en su tasa de mortalidad infantil entre los dos últimos quinquenios, también es cierto que su incremento específico fue muy elevado en paragón con las naciones que también vieron aumentar ese indicador. De igual modo, mientras la tasa a escala mundial continúa en descenso y también la de los países menos desarrollados y entre los más pobres, la de Venezuela se incrementa a un ritmo que quizás en algunos años, de seguir empeorando las condiciones actuales, su nivel numérico se iguale o incluso supere a la del mundo.

En todo momento los niveles de mortalidad de una población constituyen el resultado de la compleja interacción de muy diversos factores de índole biológico, económico, socioculturales, ecológicos, demográficos, médico-sanitarios, políticos, entre otros, que afectan en distinto grado a las condiciones de vida y de salud de las personas (Ávila-Agüero, 2007; Jiménez, 2011). Por ello, son múltiples los aspectos y factores que condicionan e influyen sobre las muertes de niños en su primer año de vida, por lo que pudiéramos decir que nada (o casi nada) de lo que tiene que ver con la mortalidad infantil, escapa al desarrollo económico-social y cultural.

La UNICEF señala que invertir en salud y en la supervivencia de los niños más desfavorecidos no solo es correcto en principio, sino que además es beneficioso. El informe exhibe pruebas contundentes de que las inversiones en los niños que viven en las sociedades más pobres salvan casi el doble de vidas por cada millón de dólares estadounidenses que las inversiones equivalentes en sociedades no pobres. Con base en nuevos datos de 51 países donde ocurren alrededor del 80% de todas las muertes de recién nacidos y menores de 5 años, la investigación realizada por este organismo internacional mostró que las mejoras en la cobertura de las intervenciones para salvar vidas entre los grupos

pobres ayudaron a disminuir la mortalidad infantil casi tres veces más rápido que entre los grupos no pobres. Se agrega que los hallazgos llegan en un momento crítico, debido a que los gobiernos continúan su trabajo para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que establecen el objetivo de poner fin a todas las muertes evitables entre recién nacidos y niños menores de 5 años para 2030. Afirma la UNICEF que, a menos que el mundo progrese más en la reducción de la mortalidad infantil, para 2030 cerca de 70 millones de niños sucumbirán antes de cumplir los 5 años.

Por ser los niños menores de un año un grupo de población muy vulnerable y por lo que implica la supervivencia durante ese primer año de vida, la mortalidad infantil trasciende más allá de la mera calidad de atención a un grupo frágil de población, es decir, traduce y es el reflejo de la calidad de un sistema sanitario y de la calidad de vida que en general en un momento dado tiene una sociedad. Para lograr en tiempo y espacio tasas bajas de mortalidad infantil, es requisito imprescindible que exista una plataforma sociocultural que le sirva de sostén, en la que las responsabilidades a nivel familiar, de comunidades y en general en toda la sociedad, juegan un papel sobresaliente.

Por ejemplo, para que un país pueda alcanzar una tasa de mortalidad infantil baja y que esta se pueda mantener en esos niveles, es necesario que existan un conjunto de condiciones: acceso a agua potable (en cantidad y calidad); viviendas (donde vivirán los niños) con condiciones mínimas idóneas para su sano crecimiento; saneamiento ambiental (en especial en lo referente al manejo y disposición final de desechos sólidos, y al control de vectores que transmitan enfermedades infecto-contagiosas y parasitarias); alimentación adecuada; accesibilidad a servicios de salud en cuanto a calidad, equidad y oportunidad, tanto para el niño como para la madre gestante y lactante; baja fecundidad adolescente; programas de vacunación actualizados acordes a los

patrones epidemiológicos nacionales y de la puericultura (derechos esenciales de todos los seres humanos que deben ser garantizados por los gobiernos), entre otras.

La mayoría de estas condiciones apuntaron de forma positiva en Venezuela entre los años 30 y hasta parte de la primera década de los años 2000. Esas son las condiciones que se fueron dando y mejorando progresivamente durante años como consecuencia del proceso de urbanización y modernización de la nación, lo que se tradujo en un descenso extraordinario de la tasa de mortalidad infantil. Aquellas condiciones fueron las mismas que se han venido deteriorando a pasos agigantados en las dos primeras décadas del siglo XXI, pero con mayor fuerza en los últimos 5 años, y el reflejo de ese deterioro se ha visto palpable en el incremento de la tasa aludida.

Finalmente, en Venezuela, está aconteciendo un excedente de muertes infantiles asociadas a la emergencia humanitaria compleja actual, las que quizás en su mayoría podrían haber sido evitadas si las condiciones externas (económicas, sociales, sanitarias, ambientales...) que reciben a los niños (en los hospitales, viviendas, comunidades y en la sociedad en general) fuesen las idóneas para su bienvenida al mundo y posterior sano crecimiento y desarrollo. Solo si se revierten las tendencias negativas esbozadas que imperan hoy en día en el país, se lograría evitar que cada día fallezcan más niños venezolanos que no tendrían por qué fenecer.

Referencias

- Ávila-Agüero, M. (2007). Mortalidad infantil, indicador de calidad en salud. *Acta Médica Costarricense AMC*, 49(2), 76-78. <https://bit.ly/2UVGj2o>
- Bayard, R. (2016, 02 de marzo). *Health responses to humanitarian crises*. <https://bit.ly/2Ugfczp>
- Bolívar, M. (1984). *Capitalismo y población*. Ediciones Faces-Universidad Central de Venezuela.
- Bolívar, M. (1994). *Población y sociedad en la Venezuela del siglo XX*. Fondo Editorial Tropykos, Ediciones FACES - UCV.
- Bolívar, M. (2008). La población venezolana, su dinámica y su distribución. En *Geo Venezuela, Tomo 3* (pp. 30-107). Fundación Polar.
- Boyd, A. T., Cookson, S. T., Anderson, M., Bilukha, O., Brennan, M., Handzel, T. y Gerber, M. (2017). Centers for disease control and prevention public health response to humanitarian emergencies, 2007-2016. *Emerging Infectious Diseases*, 23(13), 196-202. <https://bit.ly/3isfFqh>
- Cañadas, M., Caramés, A., Fisas, V., García, P., Prandi, M., Redondo, G., María, J., Sanz, E., Collantes, N., Urgell, J., Vilellas, A. y Vilellas, M. (2010). *¡Alerta 2009!: Informe sobre conflictos, derechos humanos y construcción de la paz*. Escola Cultura de Pau, UAB, Iscaria Editorial. <https://bit.ly/2UQgeBY>
- Caritas Venezuela. (2020a). *Monitoreo Centinela de la Desnutrición Infantil y la Seguridad Alimentaria Familiar: enero – marzo 2020 – Venezuela*. <https://bit.ly/39BdgoQ>
- Caritas Venezuela. (2020b). *Nutrición infantil y seguridad alimentaria: abril 2020*. <https://bit.ly/3AAQzgJ>
- Caritas Venezuela. (2020c). *Monitoreo Centinela de la Desnutrición Infantil y la Seguridad Alimentaria Familiar: abril – julio 2020 – Venezuela*. <https://bit.ly/3i2UcEW>

- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-Comisión Económica para América Latina y El Caribe. (2019). *Estimaciones y proyecciones: Archivos Excel. Revisión 2019*. <https://bit.ly/3iliYzr>
- Checchi, F. (2018). *Estimating population mortality: Guidance for humanitarian coordination mechanisms*. World Health Organization. <https://bit.ly/3Mne9SX>
- Chen, C. y Picouet, M. (1979). *Dinámica de la población: Caso de Venezuela*. Universidad Católica Andrés Bello - Office de la Recherche Scientifique et Technique Outre-Mer.
- CIVILIS Derechos Humanos. (2018, 24 de abril). *Susana Raffalli: "En Venezuela los niños son el eslabón más débil de la crisis alimentaria"*. <https://bit.ly/3tjH0B8>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2020). *Observatorio Demográfico de América Latina y el Caribe 2019: Proyecciones de población*. <https://bit.ly/3wNRCXT>
- Correa, G. (2017). Mortalidad infantil en el contexto de la crisis venezolana actual. En A. Freitez. (Ed.), *Venezuela la caída sin fin ¿hasta cuándo?: Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI 2016)* (pp. 151-169). Abediciones. <https://bit.ly/3xVfc6w>
- Freitez, A. (Ed.). (2017). *Venezuela la caída sin fin ¿hasta cuándo?: Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI 2016)*. Abediciones. <https://bit.ly/3wRHHAq>
- Freitez, A. (Ed.). (2018). *Espejo de la crisis humanitaria venezolana: Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI 2017)*. Abediciones. <https://bit.ly/3xPWT2s>
- Freitez, A. (2019). Indicadores de la situación social actual en Venezuela. En M. Barrios, y M. Bisbal. (Eds.), *Búsqueda de alternativas políticas a la crisis de Venezuela* (pp. 13-24). Universidad Católica Andrés Bello/Conferencia de Provinciales en América Latina y El Caribe-CPAL/Ausjal/Antonio Ruiz de Montoya Universidad Jesuitas. <https://bit.ly/3Bryum6>
- Freitez, A., Marino, G. y Genny Z. (Eds.). (2015). *Una mirada a la situación social de la población venezolana: Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI 2014)*. Universidad Católica Andrés Bello. <https://bit.ly/2TjEvzT>

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2014). *Plan de Acción 2015-2019 del Programa País entre el Gobierno de la República Bolivariana de Venezuela y El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia*. <https://uni.cf/3kElbbI>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2015). *Estado Mundial de la Infancia 2015. Reimaginar el futuro: Innovación para todos los niños y niñas*. <https://uni.cf/3aznWs8>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2019). *Estado Mundial de la Infancia 2019. Niños, alimentos y nutrición: crecer bien en un mundo en transformación*. <https://uni.cf/3Mpgm0c>
- García, J., Correa, G. y Rousset, B. (2019). Trends in infant mortality in Venezuela between 1985 and 2016: a systematic analysis of demographic data. *Lancet Glob Health*, 7(3), 331-336. <https://bit.ly/3hLVVOV>
- Grupo Internacional para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez. (2011). *Mortalidad en la niñez: Una base de datos de América Latina desde 1960 (LC/R.2169)*. Naciones Unidas-Comisión Económica para América Latina y El Caribe y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia en Santiago de Chile. <https://bit.ly/36OW1is>
- Grupo Internacional para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez. (2020). *Levels and Trends in Child Mortality [Report 2020]*. United Nations Children's Fund, World Health Organization y World Bank Group. <https://uni.cf/3tgoMAf>
- Haines, M. (2002, noviembre). *The Great Mortality Transition*. [Reelaboración de ponencia]. Annual meeting of Science History Asociación, Texas, United States.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R. y Black, W. (1999). *Análisis Multivariante (5ª Edición)*. Prentice Hall.
- Herrera, M. (2018). Amenazas al bienestar de la infancia venezolana: Un reto para el pediatra ante una emergencia humanitaria compleja. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 31(2), 55-65. <https://bit.ly/3EITHTD>
- Heudtlas, P., Speybroeck, N. y Guha-Sapir, D. (2016). Excess mortality in refugees, internally displaced persons and resident populations in complex humanitarian emergencies

- (1998–2012) – insights from operational data. *Conflict and Health*, 10(15). <https://bit.ly/3iElelB>
- Human Rights Watch. (2019). *La emergencia humanitaria en Venezuela: se requiere una respuesta a gran escala de la ONU para abordar la crisis de salud y alimentaria*. <https://bit.ly/3CwnweK>
- HumVenezuela. (2020). *Informe de seguimiento sobre los impactos de la emergencia humanitaria compleja en Venezuela: Impactos, respuesta y factores de complejidad*. <https://bit.ly/3ABTju4>
- HumVenezuela. (2021). *Informe de seguimiento sobre los impactos de la emergencia humanitaria compleja en Venezuela con la pandemia de COVID [Actualización a junio 2021]*. <https://bit.ly/3u4tSPr>
- Instituto Nacional de Estadística. (2001). *Venezuela: Estadísticas Vitales 2001*.
- Instituto Nacional de Estadística. (2006). *Venezuela: Estadísticas Vitales 2006*.
- Instituto Nacional de Estadística. (2012). *Venezuela: Estadísticas Vitales 2012*.
- Jiménez, R. (2011). *¿De la muerte (de)negada a la muerte reivindicada? Análisis de la muerte en la sociedad española actual: muerte sufrida, muerte vivida y discursos sobre la muerte [tesis de doctorado, Universidad de Valladolid]*. <https://bit.ly/3ezdhN5>
- Landaeta-Jiménez, M., Sifontes, Y. y Herrera, M. (2018). Venezuela entre la inseguridad alimentaria y la malnutrición. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 31(2), 66-77. <https://bit.ly/3kxiSH4>
- López, J. (1962). La expansión demográfica en Venezuela. *Revista Geográfica*, 8, 195-275.
- López, J. (1968). *Tendencias recientes de la población venezolana*. Universidad de los Andes, Instituto de Geografía y Conservación de Recursos Naturales.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2012a). *Mortalidad materna e infantil. República Bolivariana de Venezuela 1990-2009*. <https://bit.ly/3zcoVpe>
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2012b). *Anuario de Mortalidad 2010*. <https://bit.ly/36L8rYM>

- Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2014a). *Anuario de Mortalidad 2011*. <https://bit.ly/3kxCtHO>
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2014b). *Anuario de Mortalidad 2012*. <https://bit.ly/2TnLdF>
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2017). *Anuario de Mortalidad 2013*. <https://bit.ly/2UX6s12>
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2016). *Boletín Epidemiológico 2016*. <https://bit.ly/36L95pa>
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2018). *Anuario de Mortalidad 2014*. <https://bit.ly/2UX6s12>
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2021). *Anuario de Mortalidad 2016*. <https://bit.ly/2TjFCQ5>
- Páez, G. (2018a). Venezuela: de una mortalidad en descenso a una en ascenso (1950-2012/2017-2020). *Revista Geográfica Venezolana*, 59(1), 70-87. <https://bit.ly/3ewzWtg>
- Páez, G. (2018b). Evolución de la mortalidad infantil en Venezuela: ¿reflejo de un país en decadencia?. *Revista Acta Geográfica, Boa Vista*, 13(31), 197-204. <https://bit.ly/2US96oE>
- Páez, G. (2018c). *Demografía: Indicadores y principales métodos*. Editorial Académica Española. <https://bit.ly/3igLHVO>
- Pérez, C. (2006). *Técnica de Análisis multivalente de datos*. Prentice Hall.
- Population Reference Boreau. (2011). *Cuadro de Datos de la Población Mundial*. <https://bit.ly/3igLD8w>
- Population Reference Boreau (2019). *Cuadro de Datos de la Población Mundial*. <https://bit.ly/3iEiYan>
- Population Reference Boreau (2020). *Cuadro de Datos de la Población Mundial*. <https://bit.ly/2ThMm0Q>
- Silva A. y Duran M. (1990). Mortalidad infantil y condiciones higiénico-sociales en las Américas. Un estudio de correlación. *Revista de Saúde pública*, 24(6), 473-480. <https://bit.ly/3rk28ox>
- Stolnitz, G. (1966). La transición demográfica: de altos a bajos índices de mortalidad. En R. Freedman. (Ed.), *La revolución demográfica mundial*. Uteha.
- United Nations. (2019). *World Population Prospects 2019*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Online Edition. Rev. 1. <https://bit.ly/3wP4UU7>

- Universidad Católica Andrés Bello. (2016). *Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI 2015)*. AB-UCAB ediciones.
- Universidad Católica Andrés Bello. (2019-2020). *Indicadores Sociales INSO-ENCOVI*. Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales. <https://bit.ly/36pLIVN>
- Yépez, B. (2014). *Las edades de la mortalidad en Venezuela: niveles, tendencias y diferenciales territoriales*. [Documento inédito]. Asociación Venezolana de Estudios de Población (AVEPO).
- Zimmerman, L. (2014). *Under-5 Mortality Estimation in humanitarian emergencies: a comparison of estimation methodologies using microsimulation* [Tesis de doctorado, Johns Hopkins University]. <https://bit.ly/3kxsMZC>

LOS AUTORES



Gustavo A. Páez S.

Geógrafo egresado de la Universidad de Los Andes (ULA, 2006), magíster en Ordenación del Territorio y Ambiente (ULA, 2010), y especialista en Análisis Demográfico (CCP-Costa Rica, 2016). Profesor titular de la Escuela de Geografía de la ULA, en el área de Demografía y Geografía de la Población. Profesor de la asignatura Dinámica y Estructura de la Población en la Maestría de Ordenación del Territorio y Ambiente (ULA), y de Análisis Demográfico en la Maestría de

Desarrollo Urbano Local (ULA). Investigador del Laboratorio de Ciencias Sociales (LACSO) y coordinador del Observatorio Venezolano de Violencia en Mérida (OVV Mérida), Venezuela. Investigador invitado del Centro de Estudios Regionales de la Universidad Católica Andrés Bello extensión Guayana. Sus líneas de investigación se centran en estudiar el comportamiento temporal y espacial de la mortalidad diferencial en Venezuela, así como de la violencia interpersonal y autoinfligida en el país con énfasis en el estado Mérida. Ha publicado diversos artículos científicos en revistas indexadas tanto a nivel nacional como internacional y es autor de un libro titulado: *Demografía. Indicadores y principales métodos* (2018), así como de varios capítulos publicados en libros vinculados con la temática de la violencia *Los nuevos rostros de la violencia* (2019); y *Tanatopolítica en Venezuela* (2022), en otros, además de ser autor de varios capítulos, ha fungido como revisor-editor: *Violencia contra la niñez y la juventud en Venezuela* (2023); *Cuando ellas agreden* (2023); y *La gobernanza criminal y el Estado* (2023).

En el año 2013, el Vicerrectorado Académico de la ULA le confirió la Condecoración: “Dr. Rafael Chuecos Poggioli” en su 3ra Clase, por trayectoria docente y de investigación, además, ha recibido reconocimientos del Programa del Estímulo al Investigador e Innovador (PEII) del Observatorio Nacional de Ciencia y Tecnología (ONCTI) (2013- 2014 y 2015-2016); del PEII ULA (2013-2014, 2015-2016 y 2017-2018) y del Programa Estímulo a la Docencia Universitaria “Dr. Mariano Picón Salas” (PED) (2017-2018 y 2020-2021).

Equipo de investigación del OVV Mérida

Yhimaina J. Urbina T. Geógrafa. Magíster en Gestión de Recursos Naturales. Profesora asistente de la Universidad de Los Andes. Investigadora del OVV Mérida.

Karina Rondón V. Geógrafa. Investigadora en Ciencias Sociales y del OVV Mérida.

Adelfo Solarte. Comunicador social. Magíster en Desarrollo Urbano Local. Profesor del Departamento de Comunicación Social, Universidad de Los Andes. Periodista actual del OVV Mérida.

Nilsa Gulfo. Comunicadora social. Magíster en Gestión de Riesgos Socionaturales. Profesora del Departamento de Comunicación Social, Universidad de Los Andes. Periodista del OVV Mérida durante el lapso 2018-2021.

Jesús Boada. Geógrafo. Cartógrafo del Instituto Nacional de Estadística y del OVV Mérida



Esta obra condensa el amplio trabajo de investigación que durante seis años ha desarrollado el equipo del Observatorio Venezolano de Violencia en Mérida (OVV Mérida), en la cual se exponen los diferentes rostros de la violencia que han tenido lugar en suelo merideño. El libro está concebido en tres partes. La primera está dedicada a exhibir estudios relacionados con delitos de violencia interpersonal, haciendo énfasis en el análisis cuantitativo de las fluctuaciones temporales de los mismos por medio de diferentes indicadores, y, además, planteando explicaciones de los patrones espaciales configurados por aquellos, tanto a nivel del estado Mérida como en los 23 municipios que lo conforman. En adición, en algunos apartados, con base en la aplicación de técnicas cualitativas (entrevistas a profundidad y grupos focales) se narran percepciones, historias vividas y casos emblemáticos conectados con diferentes tipos de violencia: violencia contra la mujer y contra niños, niñas y adolescentes, y sucesos derivados de violencia policial/militar.

En la segunda parte, se muestran investigaciones también de corte cuantitativo cuyos resultados de igual modo se examinan para diferentes lapsos de tiempo y ámbitos geográficos, pero en esta oportunidad desde el ángulo de la violencia autoinfligida; donde los estudios no solo se circunscriben a Mérida y sus municipios, sino que además algunos abarcan el contexto nacional venezolano. Hay que destacar que se dedicó un apartado a la incidencia de este tipo de violencia en niños, niñas y adolescentes, por ser grupos poblaciones muy vulnerables a verse afectados por conductas suicidas en los actuales momentos de crisis humanitaria.

Finalmente, en la tercera y última parte, se muestran los resultados de dos estudios de carácter demográfico en donde queda en evidencia el impacto de otro tipo de violencia –la estructural– sobre dos indicadores que son empleados para medir desarrollo humano, bienestar y el estado de salud de una población, es decir: la esperanza de vida al nacer y la mortalidad infantil. Actualmente el retroceso en los logros alcanzados en el pasado en estos dos indicadores, en Venezuela, lamentablemente es consecuencia directa de este tipo de violencia invisible y sigilosa que ha venido arrojando a la sociedad venezolana, en los últimos 10 años, producto de la emergencia humanitaria compleja.