

Mortalidad por suicidios en Argentina Nivel, tendencia y diferenciales.

Deborah Altieri.

Cita:

Deborah Altieri (2007). *Mortalidad por suicidios en Argentina Nivel, tendencia y diferenciales*. IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Huerta Grande, Córdoba.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-028/25>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eQa4/8Fu>

MORTALIDAD POR SUICIDIOS EN ARGENTINA

Nivel, tendencia y diferenciales

Deborah Altieri¹

UBA, deboaltieri@hotmail.com

1. Introducción

El suicidio es una de las principales causas de mortalidad entre los adolescentes y jóvenes en casi todo el mundo. Junto a los homicidios y los accidentes, constituye una de las causas de muerte clasificadas como violentas y consideradas evitables.

En Argentina al igual que en otros países, la mortalidad por violencia y en especial por suicidios se ha incrementado de manera preocupante en las últimas décadas. Según la OMS (2004), el reciente incremento de las tasas de mortalidad por suicidio entre los jóvenes constituye un grave problema de salud pública, registrándose las mayores tasas en Europa del este y las menores, en América Latina, los países musulmanes y algunos de Asia.

Varios son los argumentos que intentan dar explicaciones a este fenómeno. Algunos se lo atribuyen sólo a causas individuales y otros hacen hincapié en el peso de la sociedad, sus características económicas, culturales, laborales y la evolución de las relaciones sociales. Las cuestiones relacionadas al desarrollo económico y condiciones sanitarias parecerían en este tipo de muerte, no ser el motivo dominante ya que entre los países con niveles más elevados de mortalidad por suicidio se encuentran varios de los más desarrollados.

En Argentina la mortalidad por suicidio presentó un importante incremento en las últimas décadas que varios especialistas asocian a la existencia de una crisis de valores. Si bien, las defunciones por suicidio representaron desde 1980 el 1% del total de defunciones, entre los jóvenes (15 a 29 años) esta proporción más que se triplicó pasando del 4% en 1980 al 14% en 2004, y junto con el resto de las causas externas (homicidios y accidentes), representaron para este grupo etario uno de los principales motivos de defunción, alcanzando al 60% de las muertes.

Es cierto que el nivel de la mortalidad por suicidios es bastante menor a la mortalidad imputable a otras causas, pero es importante considerar que lo relevante en el estudio de este tipo de muertes, es que las mismas podrían evitarse y reducirse con políticas sociales.

A pesar de la gravedad de la situación en la juventud, casi no existe un seguimiento estadístico del tema y pocos son los estudios que se han realizado a nivel nacional. Ahora bien, un análisis demográfico que permita conocer más y mejor el fenómeno, que describa cuáles son los grupos más afectados y algunas de sus características, (sexo, edad, residencia, ocupación, nivel de educación, etc.), podría orientar y acercar a los estudiosos de la temática a las posibles causas relacionadas con los hechos y permitiría pensar en medidas y planes de prevención que constituyan la base de sustentación de políticas

¹ Este estudio forma parte de la tesis de Maestría en Demografía Social (UNLU).

tendientes a reducir la mortalidad por suicidio y lograr así avances en la lucha por la disminución de pérdidas evitables.

El objetivo principal de este estudio es caracterizar demográficamente el fenómeno del suicidio en la Argentina, su nivel y tendencia entre 1980 y 2004, con la finalidad de poder contribuir al análisis de la problemática de la violencia, especialmente en la juventud. A través de una mirada estadística descriptiva del nivel y de la evolución de la mortalidad por suicidio, tanto por sexo como por edad, para el total del país y para las diferentes provincias en los últimos veinticinco años, se pretende contribuir con un pequeño aporte al estudio del fenómeno en Argentina.

Continuando a esta introducción se presenta en segunda instancia la metodología y un comentario sobre la calidad de la información, seguido por un breve marco conceptual e internacional del fenómeno. En una cuarta sección se describe la situación de la mortalidad por suicidio en Argentina, introduciendo en principio al suicidio como muerte violenta, para luego analizar el nivel, tendencia y diferenciales por edad, sexo y provincias, entre 1980 y 2004, haciendo hincapié especial en la juventud.

2. Metodología y Calidad de la información

2.1. Metodología

En esta sección se presentan las bases técnicas y la metodología utilizadas para realizar el análisis de mortalidad por suicidios en Argentina.

Para comenzar es necesario aclarar que para realizar el estudio de mortalidad se consideraron únicamente los suicidios consumados, es decir aquellos que llegaron a la muerte, dejando de lado los casos de intentos e ideas suicidas.

La información básica utilizada fue suministrada por el sector de estadísticas del ministerio de salud y consta principalmente de:

- Defunciones totales y por causas violentas registradas en las Estadísticas Vitales
- Proyecciones de población elaboradas por el INDEC

Se obtuvieron ambas variables en forma anual entre los años 1980 y 2004, desagregada por grupos quinquenales de edad y sexo, para el total del país y para cada provincia. Dada la escasa frecuencia anual de suicidios, toda la información se reagrupó luego en 5 períodos quinquenales.

Con los datos agrupados por quinquenios se analizó la evolución en Argentina de las defunciones por suicidio, por violencia y por el total de causas para cada sexo, diferenciando la población total de los jóvenes de entre 15 y 29 años.

Luego se estimaron tasas centrales de mortalidad por grupos de edad y sexo para el total del país en forma anual y para cada provincia por períodos quinquenales. Las tasas brutas de mortalidad, afectadas por la estructura por edades de la población de cada provincia, no son

buenos indicadores para realizar una comparación, razón por la cual se estimaron tasas estandarizadas, tomando la estructura por edad del total del país.

2.2. Calidad de la información

Se conoce que la información sobre defunciones por suicidio publicada por el subprograma de estadísticas Vitales posee un claro subregistro. La falta de registro está generalmente asociada a reservas por vergüenza, trastornos familiares y reproches religiosos entre otros. Otra de las dificultades se presenta en muchos casos, en el momento de certificar si la muerte violenta es por suicidio, homicidio o accidente. En varios países europeos certifican el total como suicidio y en otros como accidente. En Argentina donde también persiste la dificultad para discriminar la frontera entre muertes accidentales e intencionales, existe dentro de la codificación una causa especial codificada “violenta no determinada”. Esta causa alcanzó durante el período analizado porcentajes bastante elevados que podrían indicar una subestimación importante de las tasas, motivo por el cual, los datos deben considerarse estimativos.

La evolución de las defunciones registradas como dudosas, pasó del 7% al 23% del total de violentas entre 1980-84 y 1995-99 (alcanzando el 26% entre los jóvenes) y disminuyó en el último quinquenio a 14%. Estos valores implican una subestimación en el nivel de las tasas que impactaría en la distribución de la mortalidad por causas.

Por otro lado las tasas de mortalidad por suicidio estimadas para San Juan, La Rioja y Tierra del Fuego no presentaron valores confiables hasta 1990-94, por lo que se prefirió no considerar a estas provincias para algunos de los análisis.

3. Breve marco Conceptual e Internacional

3.1. ¿Qué se entiende por suicidio?

Es muy difícil encontrar una definición universalmente aceptada de “suicidio”. En sus orígenes muchos lo vieron como un delito y otros como una enfermedad. Yampey (1992) afirma que la palabra suicidio deriva del latín moderno sui (de si mismo) y cidium (matar). Otros autores como Rolla considera que suicidarse es elegir terminar voluntariamente con la vida ya sea un acto terminante o crónico (Yampey, 1992). Por su parte Bonaldi (1998) manifiesta en el mismo sentido que la desvalorización de la vida se expresa no sólo en una mayor predisposición al suicidio, sino también, en una mayor exposición a situaciones riesgosas. Según Freud, el suicidio aparece como un recurso desesperado ante una situación que el paciente considera de salida (Yampey, 1992).

Las definiciones mencionadas suelen encasillarse en 3 amplias categorías: suicidio completo, intento suicida e ideas suicidas (sólo ideas que indican pérdida del deseo de vivir). Para este estudio y en función de la información disponible, el fenómeno se analiza sólo considerando las muertes por suicidio, es decir, los actos consumados.

Desde la psicología y la sociología varios son los autores que coinciden en que a pesar de que sea un acto individual, las causas que llevan al individuo a terminar con su vida dependen de factores sociales. Según señala Durkheim (1897) la tasa de suicidios constituye un buen indicador del estado de una sociedad, pues el aumento del suicidio suele estar asociado a problemas más generales que afectan a todo el colectivo social.

En muchas ocasiones, la rapidez con que se suceden los cambios socioculturales, las nuevas pautas y estilos de vida, la crisis de valores, representen quizás factores conflictivos en las personas y desencadenantes de procesos melancólicos que no les permiten mantenerse dentro del acelerado ritmo de las transformaciones (Mazzeo, 1998).

En diferentes estudios (Quiroga, 1998; Mazzeo, 1998; Bonaldi, 1998; Yampey, 1992) se mencionan entre los principales factores que motivan el suicidio los problemas de comunicación familiar, problemas económicos, desocupación, conflictos de pareja y crisis sociales.

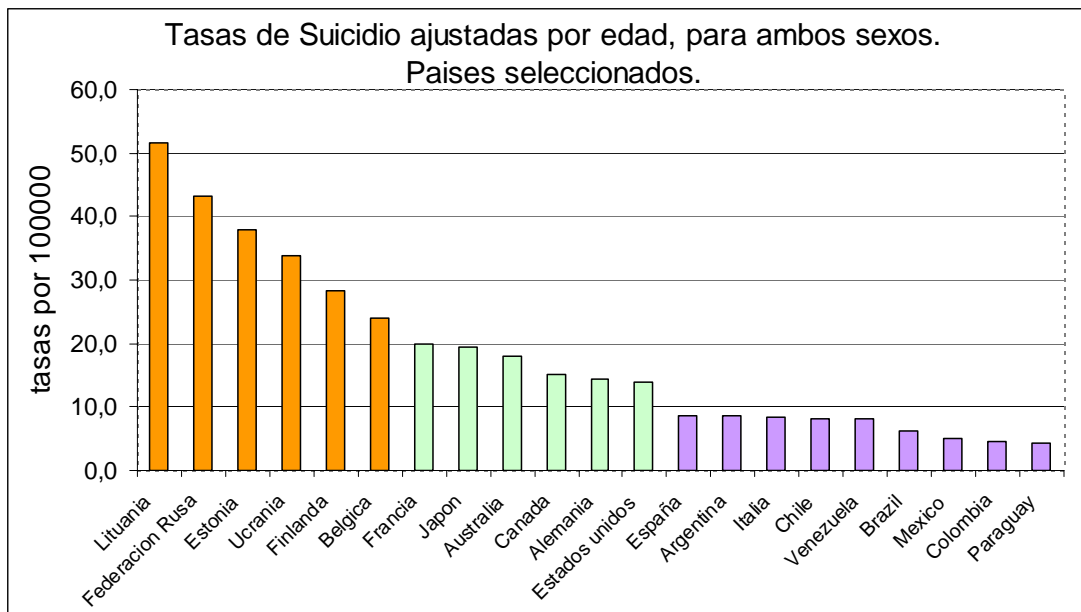
En este sentido sería muy importante el trabajo conjunto e interdisciplinario desde la psicología, sociología y demografía para poder interpretar con mayor profundidad las características, causas y evolución de este fenómeno en el tiempo.

3.2. La mortalidad por suicidio a nivel mundial

Con información estadística internacional publicada para los años 1990 y 2000 (WHO, 2006), se estimaron tasas de mortalidad por suicidio para ciertos países seleccionados, con la finalidad de situar a la Argentina en el contexto mundial. También se consideraron tasas de mortalidad por suicidio ajustadas por edad, publicadas por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2002), que eliminan el efecto estructura y permiten realizar comparaciones internacionales.

La tasa de mortalidad por suicidio ajustada por edad de Argentina (1996), se encuentra entre las más bajas en relación a los países seleccionados, con un nivel muy cercano a los de Italia, España y Chile, todos menores a 10 por cien mil e inferiores a los de Francia, Japón, Australia, Canadá y Estados Unidos, que se ubican entre 10 y 20 por cien mil.

Por otro lado entre los países con niveles más altos se encuentran Finlandia y Estonia con tasas entre los 30 y 40 por cien mil respectivamente y Lituania superando los 50 por cien mil.



Fuente: World Health Organization, 2002

Las diferencias observadas a nivel internacional seguramente encuentren relación en las diferencias culturales de cada población, analizar en profundidad estas diferencias permitiría comprender mejor el fenómeno dentro de cada sociedad.

Además del interés por conocer la situación de Argentina a nivel internacional en cuanto al nivel general de la mortalidad por suicidio, se observaron también las diferencias de las tasas entre los sexos, la incidencia en los jóvenes, y la evolución de la mortalidad por suicidio en la última década.

Si se considera la tasa de mortalidad de los varones ajustada por edad, en relación a la de las mujeres, se observa que la sobremortalidad masculina se encuentra presente en todos los países seleccionados. La tasa masculina siempre más que duplica a la femenina, y en la gran mayoría de los países, incluida Argentina, como mínimo la cuadruplica. La máxima diferencia entre sexos se observa en Chile, donde la tasa de mortalidad por suicidio de los varones superó en ocho veces a la de las mujeres, y la menor en Japón, donde la tasa masculina duplicó a la femenina.

Las tasas de mortalidad por suicidio entre los jóvenes fueron elevadas en la mayoría de los países en relación a las tasas para el total de la población.

4. Mortalidad por suicidio en Argentina

4.1. Defunciones por suicidio. Evolución y características

Los suicidios junto con los homicidios y los accidentes conforman las principales causas de mortalidad dentro del grupo denominado muertes violentas. Una característica particular y común que los agrupa es que se trata de muertes evitables, también denominadas causas

externas, y en general su evolución se dice estar ligada a la situación social que vive la población.

Entre 1980 y 2004 se registraron según las estadísticas vitales, 59 mil muertes por suicidios, el 76% correspondió a varones y el 24% a jóvenes entre 15 y 29 años.

Las muertes por suicidio, que siempre representaron una proporción estable menor al 1% (0.8%) en relación a las defunciones totales, se incrementaron a 1.1% en el último quinquenio (2000-2004). La proporción de suicidios sobre el total de muertes entre los hombres, fue tres veces superior a la de las mujeres.

Durante las últimas dos décadas del siglo XX y los primeros años del siglo XXI, el número de muertes por suicidio promedio anual se incrementó un 56%, pasando de 2 mil a 3 mil muertes anuales. Este aumento fue bastante mayor en los varones (66%) que en las mujeres (27%) y tuvo su pico en el último periodo coincidente con la grave crisis social iniciada en el 2001.

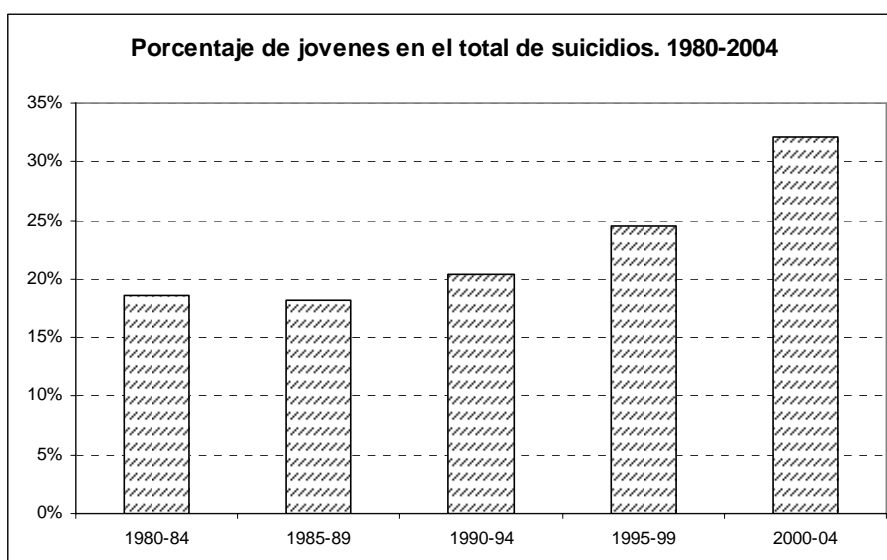
La proporción de varones en los suicidios registrados superó siempre el 70%, con incrementos importantes durante las últimas décadas pasando de 71.3% a 79%.

Defunciones por Suicidio, 1980-2004 (promedio anual)

Sexo	1980-84	1985-89	1990-94	1995-99	2000-04
Varones	1476	1622	1643	1770	2454
Mujeres	518	633	523	523	655
Total	1996	2274	2189	2309	3112
% Varones	73,9%	71,3%	75,0%	76,7%	78,8%

Fuente: elaboración propia a partir de datos de Estadísticas Vitales (MNSAL)

En los jóvenes, este tipo de muerte tuvo mucho más relevancia que para el total de la población y su incremento en los últimos años merece especial atención. Mientras que en 2000-04, el 32% de las muertes por suicidio correspondió a jóvenes entre 15-29 años, esta proporción alcanzaba el 19% veinticinco años antes. El aumento registrado en el peso relativo de esta causa de muerte entre los jóvenes se debió a un incremento del 228% en los suicidios de varones jóvenes y del 56% en mujeres, aumentos que triplican y duplican, según sexo respectivamente, al experimentado en las defunciones por suicidio para el total.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de Estadísticas Vitales (MNSAL)

En 1980-84 el 5,1% de las muertes de jóvenes varones y el 4,8% de las de jóvenes mujeres, eran por suicidio. En 2000-04 estos porcentajes se habían más que duplicado en los varones y casi duplicado en las mujeres (12,4% y 8,2% respectivamente).

Proporción de suicidios sobre el total de defunciones por sexo.

Población Total y Jóvenes, 2000-04

Grupos	Varones	Mujeres	Total
Jóvenes	12,4%	8,2%	11,3%
Total	1,6%	0,5%	1,1%
jov/tot	8	17	11

Fuente: elaboración propia a partir de datos de Estadísticas Vitales (MNSAL)

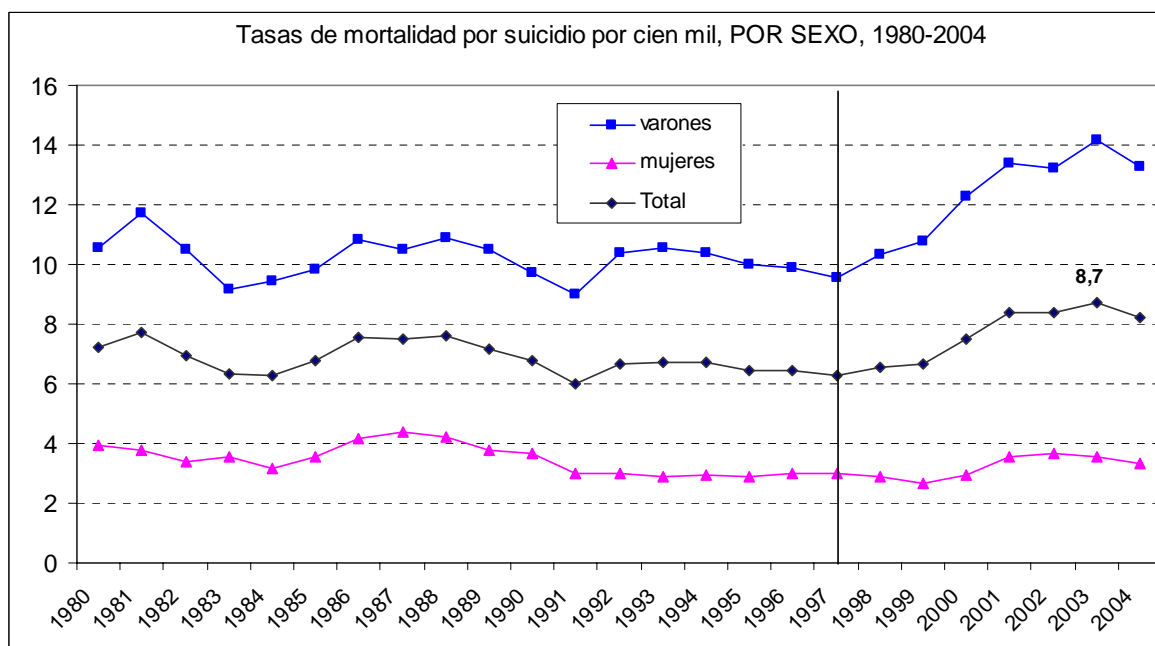
En el último período (2000-04) esta proporción en los jóvenes era 11 veces superior que en el total de muertes, con mayor diferencial entre las mujeres (17).

4.2. Tasas de mortalidad por suicidio por sexo y edad.

El nivel de la mortalidad por suicidio, que desde 1980 se mantenía relativamente estable alrededor de 7 por cien mil, se incrementó a partir de 1998 alcanzando su pico en 2003 en 8,7 por cien mil.

Como se observa en el gráfico siguiente, las mujeres presentaron tasas de mortalidad por suicidio muy inferiores a los varones, aunque hacia el final del período analizado ambas se incrementaron. El nivel de la mortalidad femenina decreció un 4% mientras que la masculina aumentó un 29%, superando 4 veces a la femenina, 13,3 y 3,4 por cien mil respectivamente. El diferencial por sexo suele vincularse en algunos autores como Durkheim (1897), a la mayor participación que históricamente tuvo el hombre en la vida social, donde por su tipo de ocupación estuvo más involucrado en la sociedad y participó mucho más activamente que

la mujer de la vida social. Otra de las teorías, menciona que las mujeres tendrían redes sociales más fuertes para enfrentarse con situaciones críticas (Dandan, 2002).



Fuente: elaboración propia a partir de datos de Estadísticas Vitales (MNSAL)

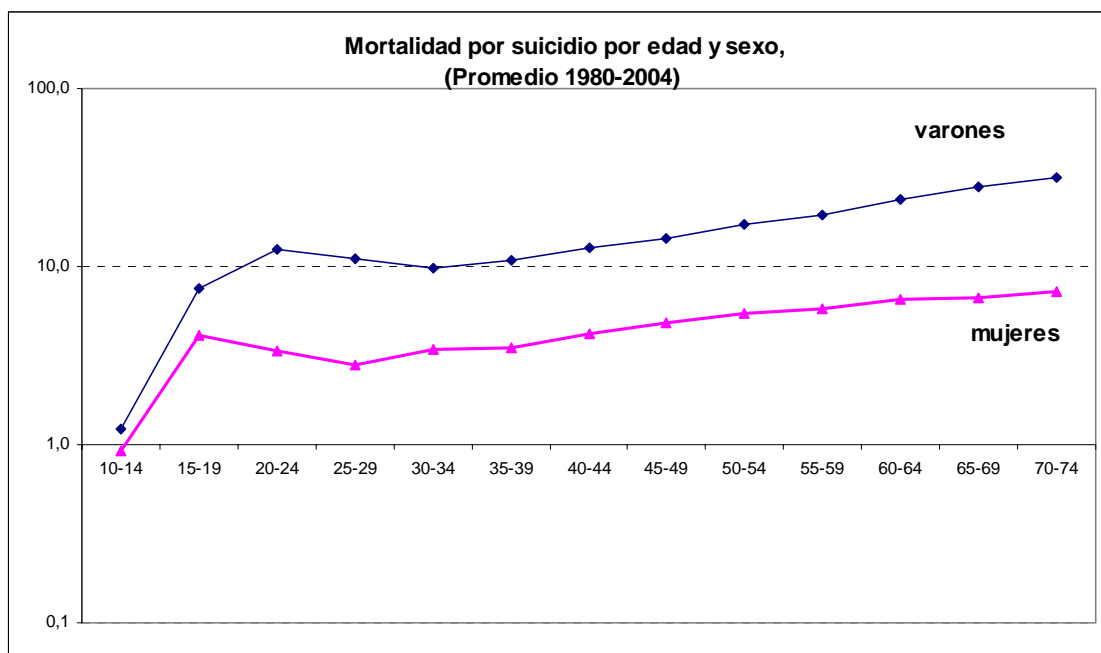
Para analizar el patrón de comportamiento de la mortalidad por suicidios a través de la edad, se estimó la tasa promedio total del período 1980-2004 por grupos quinquenales de edad para cada sexo, que permite apreciar curvas más suavizadas sin necesidad de ajustes adicionales.

Tanto para varones como para mujeres las tasas de mortalidad por suicidio para menores de 10 años fueron casi nulas y alcanzaron valores significativos, aunque relativamente muy inferiores a los grupos etarios siguientes, recién a partir de los 10 años.

Las tasas de mortalidad por suicidio crecen a medida que avanza la edad, alcanzando un valor máximo en los varones entre los 20 y 24 años, donde la tasa es superior al 12 por cien mil y en las mujeres un poco más jóvenes, entre 15 y 19 años, donde la tasa asciende al 4 por cien mil. Luego de estos picos las tasas decrecen hasta los 30-34 y 25-29 respectivamente según sexo y empiezan nuevamente a crecer con la edad hasta el final de la curva.

En todos los grupos etáreos existe sobremortalidad masculina. La brecha es muy pequeña entre los 10 y 14 años y toma distancias importantes entre los 20 y 29 años y a partir de los 60 años, donde la tasa de mortalidad masculina llega a ser 4 veces la femenina.

Dado que la mortalidad crece de manera exponencial con la edad, se grafican a continuación las curvas de mortalidad por suicidio promedio del período para cada sexo, utilizando una escala semilogarítmica que permite observar mejor las variaciones relativas de la mortalidad a través de la edad.



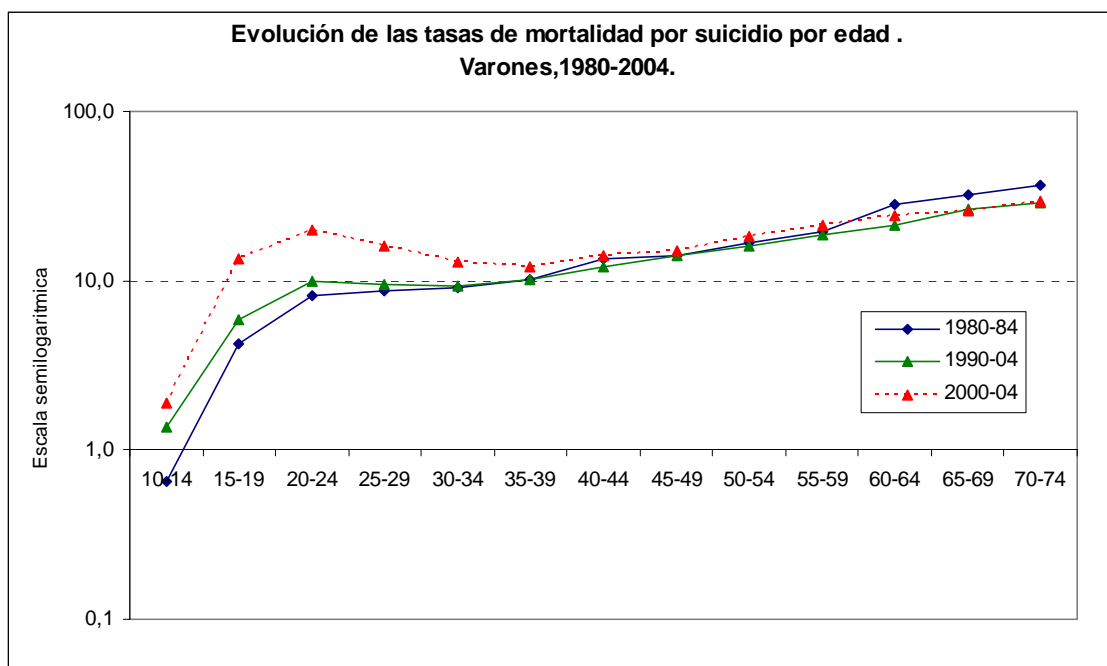
Fuente: elaboración propia a partir de datos de Estadísticas Vitales (MNSAL)

Para analizar la evolución de las tasas de mortalidad por edad entre 1980 y 2004, se compararon los promedios estimados entre los diferentes quinquenios.

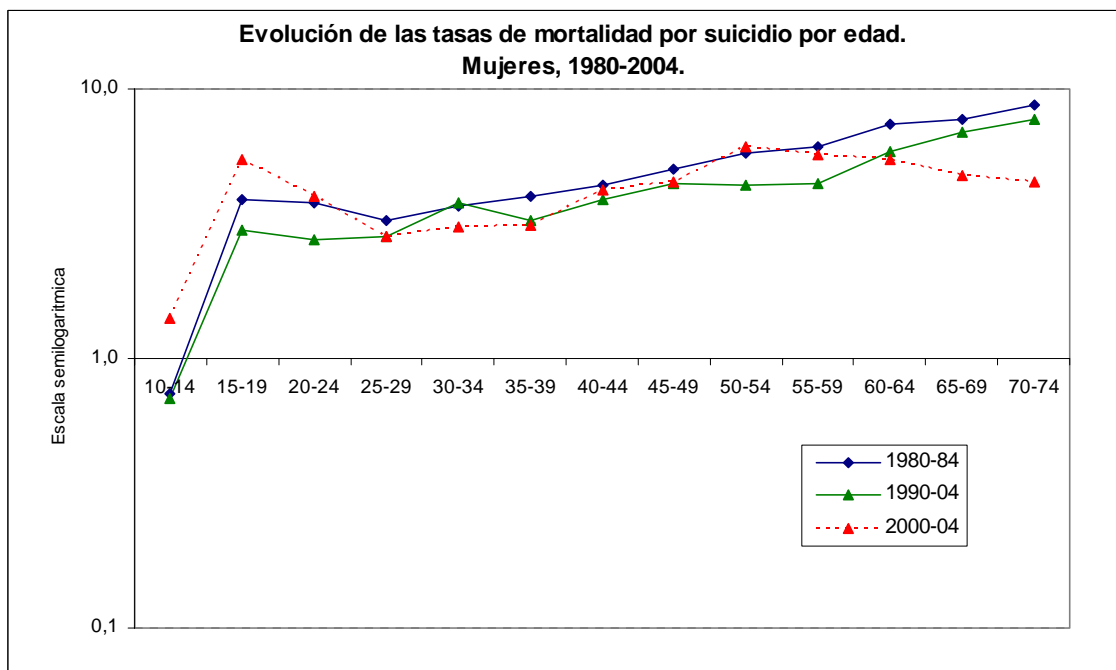
Las tasas de mortalidad por suicidio disminuyeron en la década del 90' en todas las edades excepto en los varones menores de 35 años, donde se registraron incrementos de hasta un 55% (grupo de 15 a 19 años).

En el último período, 2000-04, las tasas de mortalidad por suicidio se incrementaron para ambos sexos en todas las edades, a excepción de las mujeres entre 45 y 49 años y en las mayores de 65. Tanto en varones como en mujeres, el mayor incremento se registró entre los 10 y 14 años (91% varones, 46% mujeres) y en los adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años (75% varones, 35% mujeres). En las mujeres también se observaron incrementos importantes entre las jóvenes de 25 a 29 años y entre las adultas de 50-54 (30%).

Se presentan a continuación para cada sexo, las curvas de mortalidad por suicidio de los primeros quinquenios en escala semilogarítmica.



Fuente: elaboración propia a partir de datos de Estadísticas Vitales (MNSAL)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de Estadísticas Vitales (MNSAL)

Por otro lado, se observa también una masculinización de la mortalidad por suicidio durante el periodo. Mientras en la mortalidad general, la sobremortalidad de los varones se mantuvo estable (1,3), en la mortalidad por suicidios la diferencia por sexos se incrementó. La tasa de mortalidad por suicidio de los varones que triplicaba a la de las mujeres en 1980-84, llegó a cuadruplicarla en 2000-04.

Tasas de mortalidad por suicidio (por cien mil).					
Población total, 1980-2004.					
Sexo	1980-84	1985-89	1990-94	1995-99	2000-04
Varones	10,3	10,5	10,0	10,1	13,3
Mujeres	3,6	4,0	3,1	2,9	3,4
Total	6,9	7,3	6,6	6,5	8,3
v/m	2,9	2,6	3,2	3,5	3,9
Tasas de mortalidad por suicidio (por cien mil).					
Jóvenes, 1980-2004.					
Sexo	1980-84	1985-89	1990-94	1995-99	2000-04
Varones	7,0	7,9	8,2	9,7	16,5
Mujeres	3,7	3,4	2,9	3,1	4,1
Total	5,3	5,7	5,6	6,3	10,4
v/m	1,9	2,3	2,9	3,1	4,0

En los jóvenes la sobremortalidad masculina se incrementó tanto en los suicidios como en la mortalidad general, por todas las causas. En la tasa de mortalidad general la relación de la tasa masculina con respecto a la femenina, pasó de 1,8 a 2,6 mientras que en la mortalidad por suicidios pasó de 2 a 4.

En los siguientes gráficos se presenta el impacto de la mortalidad por suicidios sobre la juventud en relación a la mortalidad general. El riesgo de muerte por naturaleza creciente con la edad presenta niveles similares para los suicidios entre los jóvenes y la población total, tanto para hombres como para mujeres, situación que no se observa en la mortalidad por todas las causas o total, donde la mortalidad promedio de la población total supera ampliamente la mortalidad promedio de los jóvenes.

El importante peso que tiene esta causa violenta sobre la juventud, hace que este grupo merezca un análisis particular y desagregado.

4.3 Tasas de mortalidad por suicidio en la juventud

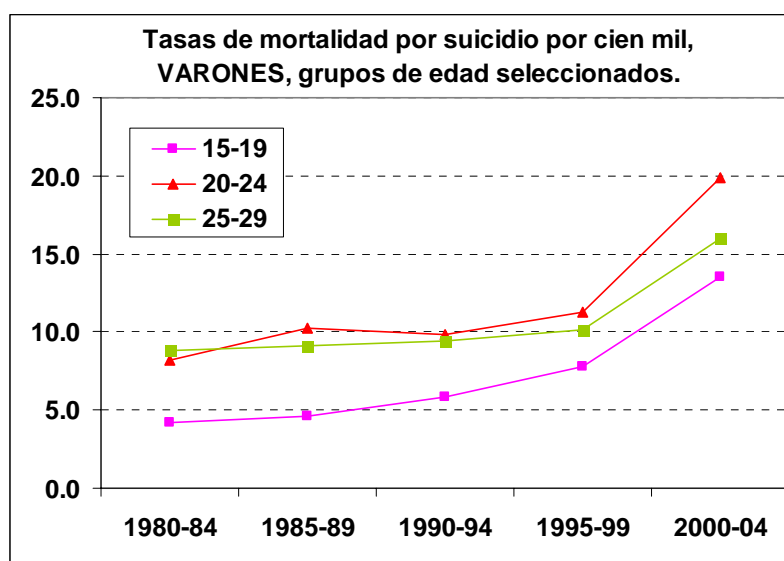
El suicidio en la adolescencia es una de las tres primeras causas de muerte en la mayoría de los países y en algunos, sólo es superada por otro tipo de muerte violenta, como los accidentes de vehículo motor.

Investigaciones realizadas durante la década de 1980 (Quiroga, 1998) señalan que los adolescentes comunican como causas manifiestas de su decisión suicida, factores tales como la inestabilidad familiar por peleas o incomunicación, la pérdida de un ser querido, el aislamiento social, los sentimientos de soledad y de fracaso y el estado de desesperación y desesperanza. Es decir, en la adolescencia los suicidios parecerían ser la consecuencia de una progresiva ruptura de los lazos sociales, de la alienación, el aislamiento y la soledad.

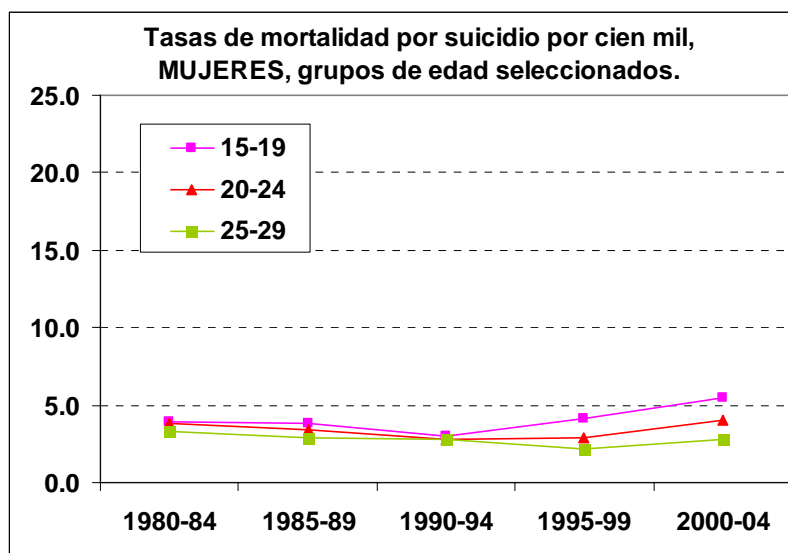
Otros autores como Bonaldi (1998) lo asignan a una cuestión etaria, donde la tasa de suicidio adolescente y de jóvenes es diferencial por cambios importantes asociados al paso de la adolescencia a la adultez. Sobre la base de diferentes investigaciones, Quiroga (1998) atribuye la mayor incidencia entre los jóvenes, al momento de la vida, que define como el de mayor capacidad vital y mayor posibilidad de autodestrucción. Existiría una presencia constante de sentimientos de depresión, desesperanza y/o desesperación, que hacen que el adolescente se sienta incapaz de resolver problemas que él siente irresolubles y se abre así una posibilidad de pasaje al acto autodestructivo.

Los jóvenes están sufriendo los efectos de un debilitamiento cada vez mayor de los lazos sociales (Bonaldi, 1998). Estudiar en forma desagregada los grupos que componen la población juvenil y sus probabilidades de riesgo, podría ayudar a una mejor comprensión del fenómeno y a la elaboración de programas eficaces de prevención y tratamiento.

En el período analizado pudo observarse la alta incidencia en la juventud de las muertes violentas en general y del suicidio en este caso particular. Si tomamos por grupos quinquenales a los jóvenes entre 15 y 29 años, se observa un incremento continuo de las tasas de mortalidad por suicidio, especialmente en el último período (varones entre el 57% y 75%; mujeres entre 30% y 38%).



Fuente: elaboración propia a partir de datos de Estadísticas Vitales (MNSAL)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de Estadísticas Vitales (MNSAL)

En los varones el grupo de mayor riesgo es el de 20 a 24 años, mientras que en las mujeres es el de 15 a 19 años.

Entre los varones es preocupante el crecimiento progresivo de las tasas de suicidio de los jóvenes de 15 a 19 años. Pese a que son menores al resto de las edades, fueron las que más se incrementaron en el período, reduciendo la brecha entre grupos de edad.

Las mujeres tienen tasas de suicidio sensiblemente inferiores a los varones y con valores similares entre adolescentes y jóvenes adultas. Las tasas que más se incrementaron entre 1980 y 2004 fueron las de las jóvenes entre 15 y 19 años, aunque es importante mencionar que entre 1995-99 y 2000-04 se incrementó el riesgo en los tres grupos quinquenales de manera similar, más del 30%.

En ambos sexos y aunque no se presenta en los gráficos por su menor nivel de mortalidad, es llamativo el aumento en la tasa de suicidio de los adolescentes entre 10 y 14 años. En varones pasó de 0,6 por cien mil en 1980-84 a 1,8 por cien mil en 2000-04 (291% de aumento), en mujeres de 0,7 a 1,4 por cien mil, es decir se duplicó. Es importante destacar que fue el grupo con mayores incrementos del período y el que presenta la menor diferencia por sexo.

5. Diferencias Provinciales

Como ya se mencionara en secciones anteriores, la mortalidad por suicidio en Argentina creció de 6,9 a 8,3 por cien mil entre 1980-84 y 2000-04. Estas tasas relativamente bajas esconden sin embargo importantes diferencias dentro del país. El objetivo de esta etapa es describir los niveles de riesgo de las provincias que componen el territorio Argentino y también su evolución en los últimos veinticinco años. Para poder realizar la comparación, se estimaron tasas estandarizadas para cada provincia por período quinquenal para sexo utilizando la estructura por edades de la población total del país.

Durante el período analizado, pudo observarse que Argentina presentó claras diferencias en su interior en relación a este tipo de muerte. La distribución geográfica de las tasas de mortalidad por suicidio por nivel de riesgo fue muy distinta entre varones y mujeres, así como también fue diferente su evolución entre 1980 y 2004.

En la última década se registraron incrementos en las tasas de mortalidad por suicidios de casi todas las provincias, tanto en los varones (92%) como en las mujeres (71%). Lo llamativo fue el importante incremento que presentaron jurisdicciones que solían ser tradicionalmente de bajo riesgo. La diferencia entre la tasa máxima y mínima registrada entre las provincias se incrementó en el último quinquenio, tomando mayor distancia en las mujeres.

Mientras en 1980-84 Chubut alcanzaba la tasa máxima entre los varones (15,4 por cien mil), 3,5 veces mayor a la mínima registrada en Formosa, en 2000-04 Santa Cruz registraba la tasa máxima (26 por cien mil), esta vez 4,5 veces mayor que la mínima registrada en Santiago del Estero.

En el transcurso de los veinticinco años analizados, se incrementó la diferencia entre las tasas de mortalidad por suicidio de los varones con respecto a la de las mujeres en la mayoría de las provincias. Catamarca, La Pampa y La Rioja fueron las tres provincias donde más se acentuó esta diferencia. En 1980-84, **4** provincias tenían tasas masculinas que más que cuadruplicaban a las femeninas, la sobremortalidad masculina máxima se daba en Neuquén donde la tasa de varones era 4,4 veces la de las mujeres. En 2000-04, **17** eran las provincias donde la tasa masculina era 4 veces superior a la femenina, la diferencia máxima se daba esta vez en la provincia de La Rioja donde la tasa masculina era 6,5 veces a la femenina.

No sólo las tasas de los varones fueron muy superiores a las de las mujeres, sino que la distribución según nivel a lo largo del país fue también muy distinta. Mientras en los varones, el mayor riesgo se concentró claramente durante todo el período en el sur del país, en las mujeres se destacó la Ciudad de Buenos Aires y recién en el último período algunas provincias del sur. Por otro lado, mientras entre 1980 y 2004, se incrementaron las tasas de mortalidad por suicidio para los varones en todas las provincias, con excepción de Santiago del Estero, en 2000-04 sin embargo, sólo en 13 provincias para las mujeres las tasas superaban las registradas en 1980-84.

Para facilitar la comparación de la mortalidad por suicidio entre las provincias y su evolución en el tiempo, se clasificaron las tasas en tres niveles (alto, medio, bajo) para cada sexo y haciendo referencia a los períodos 1980-84, 1990-94 y 2000-04.

5.1 Varones

Clasificación de las tasas de mortalidad según nivel:

- 1- Alto, mayores a 13 por cien mil.
- 2- Medio, entre 8 y 13 por cien mil.
- 3- Bajo, menores a 8 por cien mil.

Para los varones fue muy clara la concentración de las tasas más elevadas de riesgo en el Sur del país, y la tendencia creciente de la mortalidad por suicidio a nivel general.

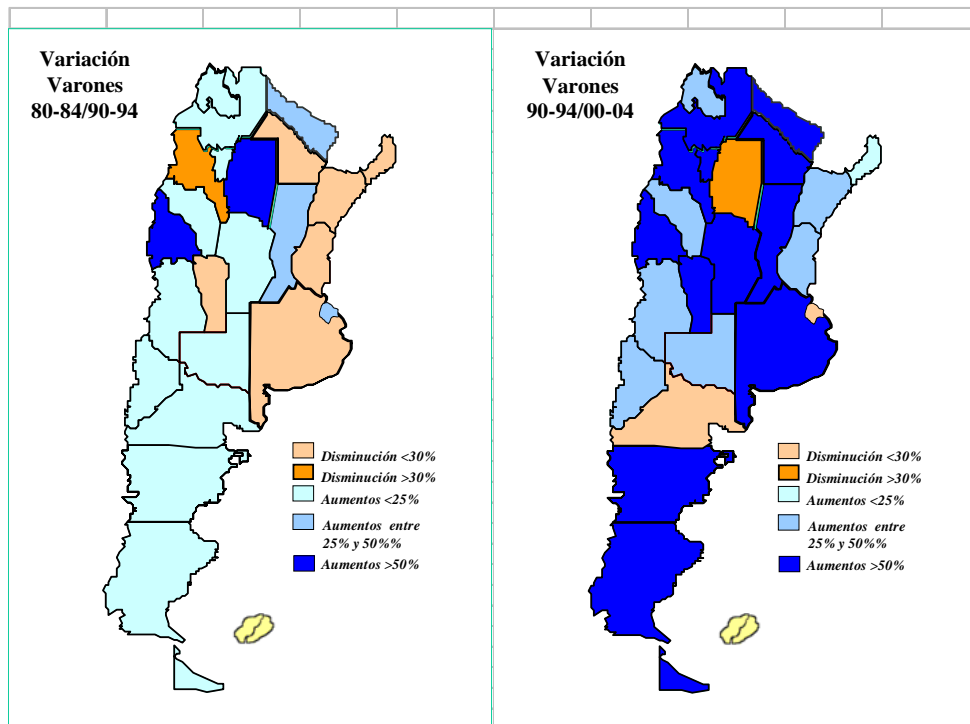
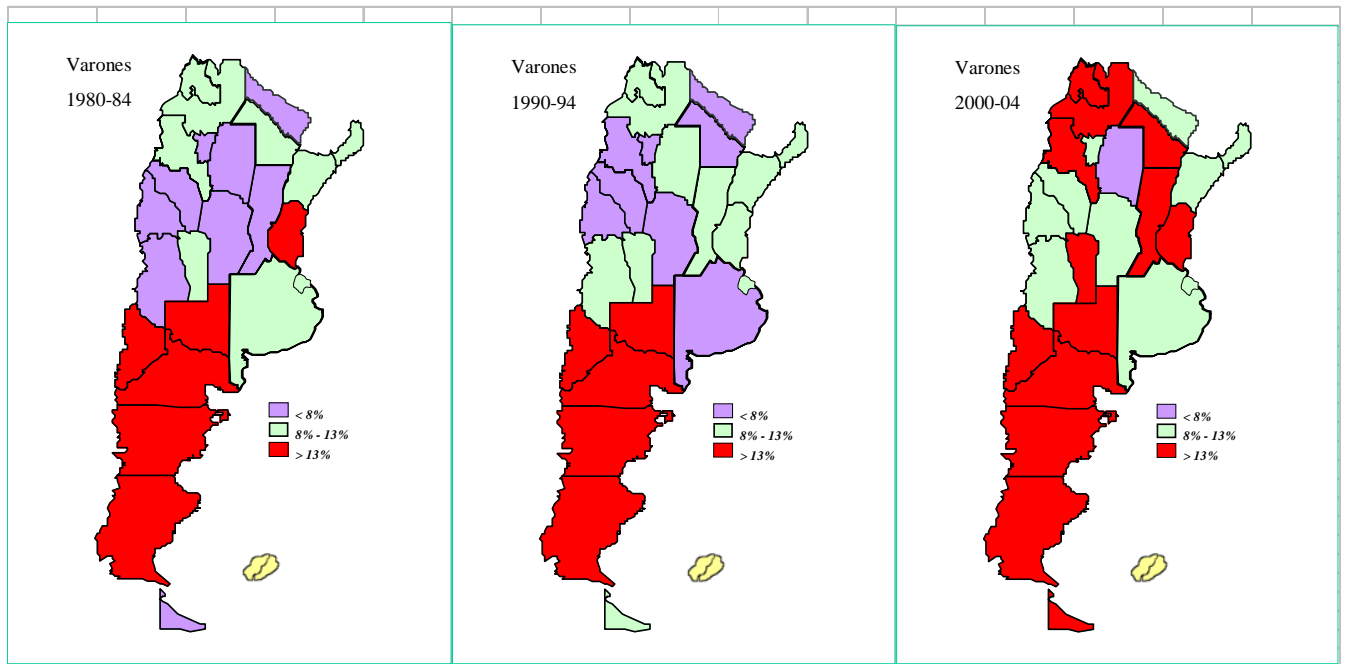
En el quinquenio 1980-84, **6** provincias tenían tasas superiores a 13 por cien mil, cinco se encontraban en la zona sur del país: La Pampa, Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y la sexta era Entre Ríos. De las provincias restantes, 9 tenían nivel medio (Corrientes, Misiones, San Luis, Jujuy, Salta, Capital Federal, Chaco, Buenos Aires y Catamarca) y 9 nivel bajo (Tierra del Fuego, Mendoza, Santa Fe, Santiago del Estero, San Juan, La Rioja, Tucumán, Córdoba y Formosa). La mayor tasa la registraba Chubut (15.4 por cien mil) y la menor Formosa (4.6)².

Luego de 10 años, en el quinquenio 1990-94, la distribución geográfica por niveles no presentaba grandes variaciones. Catamarca había sufrido reducciones mayores al 30% y Ciudad de Buenos Aires, Santa Fe, Formosa, Santiago del Estero y San Juan incrementos superiores al 25%.

Ahora bien, los cambios más importantes se produjeron entre 1990-94 y 2000-04, donde 13 provincias pasaron a tener nivel alto, más del doble que en 1990 y solo 1 provincia, Santiago del Estero, mantuvo su tasa por debajo del 8 por cien mil. En Santa Cruz, Chubut, Tierra del Fuego, Buenos Aires, Córdoba, San Luis, Santa Fé, San Juan, Salta, Chaco, Catamarca, Tucumán y Formosa, las tasas se incrementaron más del 50%.

Cabe destacar que entre 1995-99 y 2000-04 período que contuvo una importante crisis económico-social, las tasas por suicidio se incrementaron en todas las provincias con excepción de La Rioja y Río Negro. Las tres que sufrieron los mayores incrementos fueron San Juan, Tucumán y Catamarca.

² No se considero la tasa de mortalidad por suicidios de la provincia de San Juan.



5.2 Mujeres

Clasificación de las tasas de mortalidad por suicidio según nivel:

- 1- Alto, mayores a 4 por cien mil.
- 2- Medio, entre 2 y 4 por cien mil.
- 3- Bajo, menores a 2 por cien mil.

En las mujeres, la distribución de las tasas de suicidio por nivel de riesgo a lo largo del país se presentó de manera muy diferente. No hubo una concentración regional clara que se mantuviera durante el período, como fue el caso del sur del país para los varones. Sí se destacó la Ciudad de Buenos Aires como la única provincia con alto nivel de riesgo durante todo el período, registrando la mayor tasa de mortalidad por suicidio entre 1980 y 1995 donde, primero Tierra del Fuego y luego Santa Cruz, pasaron a ocupar el primer lugar.

Entre las mujeres predominaron las provincias con niveles medios, aunque se destacó un cambio de tendencia importante durante el período. Mientras entre 1980-84 y 1990-94, 18 provincias habían registrado reducciones y sólo 6 incrementos (2 mayores al 50%), entre 1990-94 y 2000-04, 17 habían registrado aumentos (la mitad de más del 50%) y 7 reducciones.

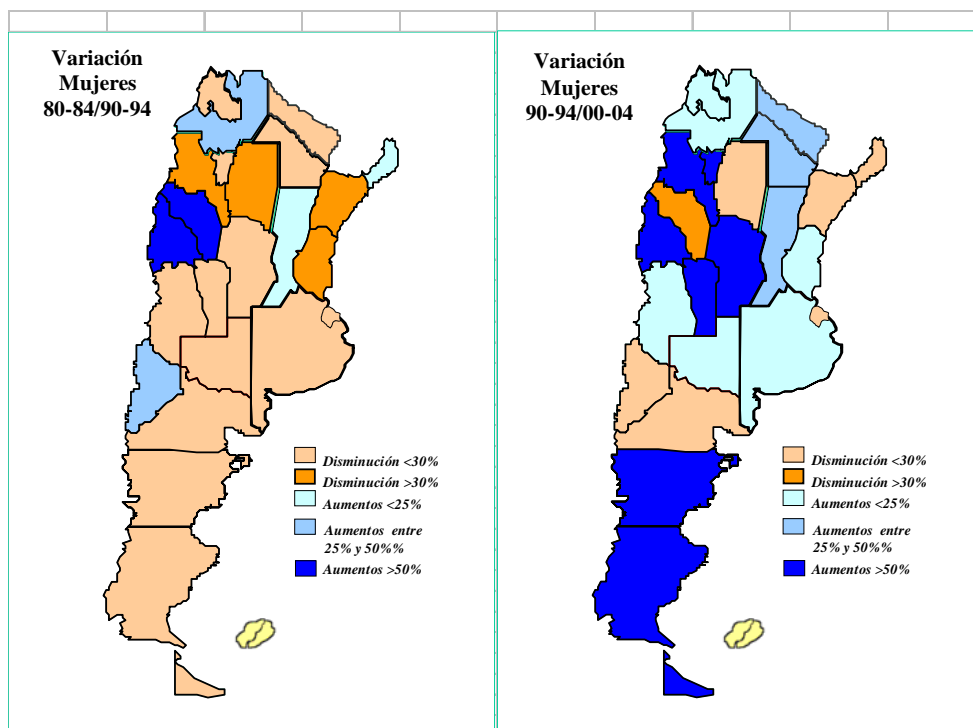
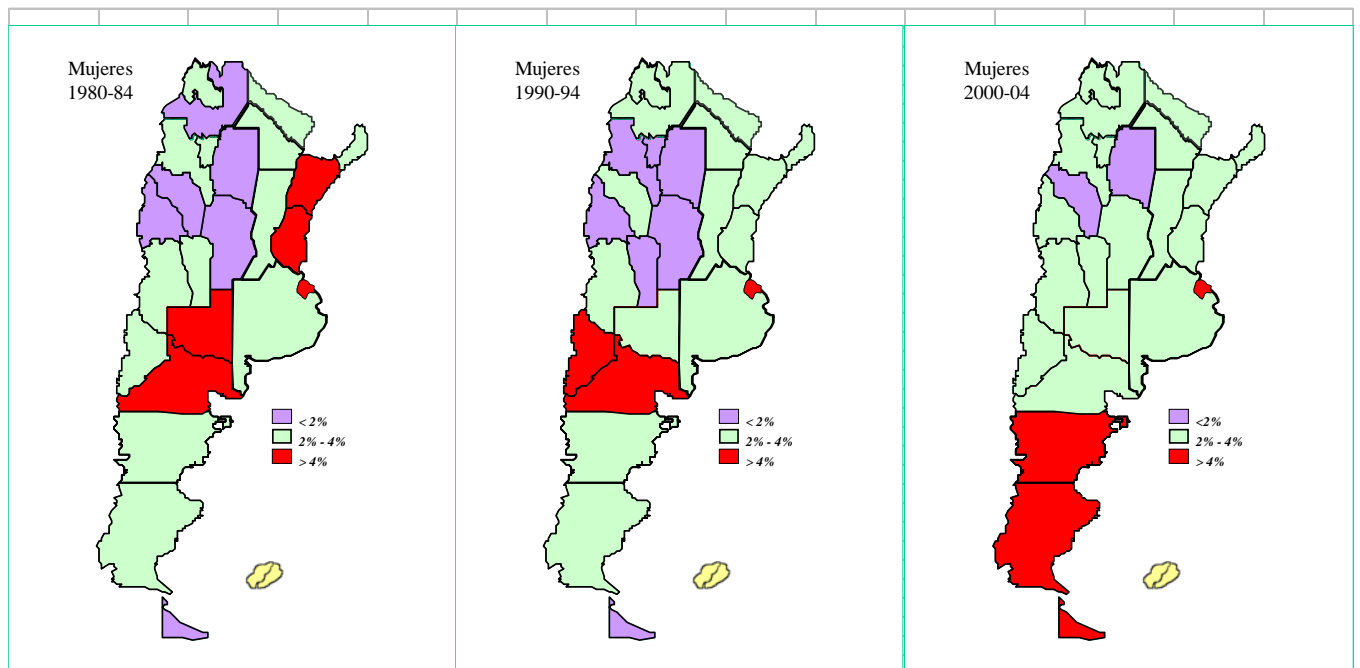
En el primer quinquenio, 1980-84, 5 provincias tenían las tasas más elevadas, superiores a 4 por cien mil: La Pampa, Río Negro, Entre Ríos, Corrientes y Capital; y 6 las más bajas, menores a 2 por cien mil: Salta, La Rioja, Córdoba, Tierra del Fuego, San Juan y Santiago del Estero. Las trece provincias restantes (Neuquén, Chaco, Jujuy, Buenos Aires, Formosa, Mendoza, Santa Cruz, Chubut, Santa Fe, Misiones, Tucumán, San Luis y Catamarca) registraron tasas entre 2 y 4 por cien mil. La mayor tasa de mortalidad por suicidio la registraba Capital (6.2) y la menor La Rioja (1.7).³

Luego de 10 años, en el quinquenio 1990-94, al igual que en los varones, la distribución no presentaba grandes variaciones. La mayor parte de las provincias habían sufrido reducciones, y sólo 6 habían incrementado sus tasas, destacándose La Rioja y San Juan con incrementos mayores al 50%, Salta con 40% y Neuquén, 26%.

En la década siguiente hubo sin embargo un notorio cambio de tendencia. Mientras en el período anterior la mayoría de las provincias habían reducido sus niveles de mortalidad, entre los quinquenios 1990-94 y el 2000-04, se presentaba el caso inverso. Diecisiete provincias habían sufrido incrementos en sus tasas de mortalidad por suicidio, destacándose por un lado Chaco, Formosa y Santa Fe con incrementos entre 25% y 50% y por otro, Chubut, Santa Cruz, Tierra del Fuego, San Luis, Córdoba, Catamarca, Tucumán y San Juan, todas con incrementos superiores al 50%.

A diferencia de los hombres, las tasas de mortalidad por suicidio de las mujeres entre 1980-84 y 2000-04 se habían reducido en 11 de las 24 jurisdicciones, manteniéndose siempre Ciudad de Buenos Aires con niveles altos. En el último período, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego pasaron a acompañar a esta jurisdicción con tasas superiores al 4 por cien mil.

³ No se considero la tasa de mortalidad estimada para la provincia de San Juan



6. Conclusiones

La situación de violencia en Argentina y a nivel mundial, constituye un tema preocupante y considerado de emergencia social. La evolución de las muertes por violencia en general, y por suicidio en particular, afectaron principalmente a los jóvenes y en especial a los varones. Aunque a nivel internacional la mortalidad por suicidio en Argentina fue relativamente baja, pudo observarse que la tasa de mortalidad que se había mantenido estable durante las dos últimas décadas del siglo, en 7 por cien mil, se incrementó entre 2000 y 2004, período de crisis social y económica, a 8,3 por cien mil.

Los datos presentados confirmaron los patrones internacionales, una elevada sobremortalidad masculina y una alta incidencia en la juventud, ambos con incrementos durante el período. La tasa de mortalidad por suicidio de los varones, que triplicaba a la de las mujeres en 1980-84, la cuadruplicó en 2000-04; y la tasa de mortalidad para los jóvenes entre 15 y 29 años, pasó de 5,3 a 10,4 por cien mil en el mismo lapso.

Por otro lado merece especial mención el incremento experimentado en la mortalidad por suicidio de los adolescentes entre 10 y 14 años, no considerado de alto riesgo por el menor nivel relativo de sus tasas. Este grupo presentó, llamativamente, los mayores aumentos del período, por lo que se sugiere su seguimiento y atención.

Dentro de Argentina los niveles de riesgo fueron muy diferentes entre las provincias y para cada sexo se presentó una distribución espacial particular. Mientras en los varones, el mayor riesgo se concentró claramente durante todo el período en el sur del país, en las mujeres se destacó la Ciudad de Buenos Aires y recién para el último período algunas provincias del sur del país.

Por otro lado, en el caso de los varones entre 1980 y 2004, se incrementaron las tasas de mortalidad por suicidio en casi todas las provincias, mientras que en el caso de las mujeres sólo la mitad de las provincias registraban tasas en 2004 superiores a las de 1980.

Los niveles de riesgo tendieron a homogeneizarse en un nivel alto en el caso de los varones y en un nivel medio en el caso de las mujeres, registrándose incrementos llamativos en el último período, en jurisdicciones que no solían ser las de alto nivel. La situación de estas provincias merece también especial atención.

Es importante destacar que a pesar del bajo nivel de riesgo que presenta la mortalidad por suicidio en relación a otras causas, lo relevante de su análisis es considerar que, al igual que el resto de las muertes por violencia, estas causas podrían evitarse y reducirse a través de medidas políticas y sociales. Detectar cuáles son los grupos más afectados y conocer sus características permite focalizar más eficientemente planes de prevención y políticas sanitarias que apunten a la reducción de la mortalidad. Asimismo conocer la evolución y variación de las tasas de mortalidad por suicidio en el tiempo, permite relacionar este hecho con la evolución y variación de otros indicadores que reflejen situaciones sociales, económicas u otras, que se consideren puedan estar relacionadas, apuntando a una mayor comprensión de las motivaciones que llevan a los individuos a este tipo de muerte.

Cabe aclarar que los resultados presentados no son concluyentes y están en continua revisión. Se considera fundamental la realización de estudios interdisciplinarios desde la sociología, psicología, demografía, salud y política, necesarios para ampliar y profundizar el conocimiento acerca este fenómeno.

7. Bibliografía

- Arriaga E. (1996), "Los años de vida perdidos", en Notas de Población, vol. 24, nº 63, CELADE.
- Abdala, Geldstein y Mychaszula (2000), "Economic restructuring and mortality changes in Argentina; Is there any connection?", en Connea, G.A. and R. Paniccia (Eds), The Mortality Crisis in Transitional Economies, Oxford University, New York.
- Ahumada G (2003), "Consumo de alcohol en jóvenes", Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (Sedronar), en Sitio web: <http://www.sedronar.gov.ar> visitado 26/7/2004.
- Benedetto, Ahumada y otros (2003) "Sobre adolescentes suicidas en el conurbano bonaerense", en Pagina 12, 6/11/2003, Buenos Aires.
- Boleda M y Arriaga E. (2000), "América Latina: mortalidad por accidentes y por violencia contra las personas", en Notas de Población N° 70, CELADE, Santiago de Chile.
- Bonaldi P. (1998), "El Suicidio en la Argentina", en Mendez Diz. y otros (comp.), Salud y Población: cuestiones sociales pendientes, Ed. Espacio, Buenos Aires.
- Broche y Griffichs (2003) "Trends in the mortality of young adults age 15-44 in England and wales 1961 to 2001" en Health Statistics Quarterly N° 19.
- Carabajal (2002), "Aumento de depresión, ataques de pánico e intentos de suicidio entre los adolescentes" en Página 12, 30/09/2002, Buenos Aires.
- Dandan A (2002), "La tasa de suicidio entre los adolescentes se duplico entre 1990 y 2000", en Página 12, 17/5/2002, Buenos Aires.
- De Benedetto, Bruno, Kremenchusky, Caprino y Ahumada (2003), "Testimonio de profesionales del hospital Perón", en Página 12, 6/11/2003, Buenos Aires.
- Durkheim E. (1897), "El Suicidio" Buenos Aires, Ed. Coyoacán.
- Freitez y Romero (2004), "Comparación de dos países con mayor crecimiento de la mortalidad juvenil por causas violentas: Brazil y Venezuela", Documento presentado en el I Congreso de la Asociación Latino-Americana de Población (ALAP), Caxambú, Brasil.
- Grushka C. (1995), "Mortalidad adulta en argentina. Tendencias recientes, causas y diferenciales", en Notas de Población, Año XXIII, N°61, CELADE, Santiago de Chile.
- Mazzeo V. (1998), "Mortalidad por violencias en la Capital Federal. Su tendencia histórica y transformaciones recientes" Documento presentado en III Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Buenos Aires.
- Mazzeo V. (1998), "Mortalidad por Suicidio en la Ciudad de Buenos Aires. Su magnitud y características. Transformaciones en el período 1980-1995", en: Mendez Diz. y otros (comp.), Salud y Población: cuestiones sociales pendientes, Ed. Espacio, Buenos Aires.
- OMS (2004), "Suicide huge but presentable public health problem, says" en OMS, Sitio web <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/en/>, visitado el 9/9/2004

WHO (2004b), WHO Mortality Database, en Sitio web:

<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=whosis,mort&language=english>, visitado el 26/12/04

WHO (2006), WHO Mortality Database, en sitio web:

<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=whosis,mort&language=english>, visitado el 12/07/06

WHO (2002), World report on violence and health

http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/en/index.html visitado 15/08/2006

Pérez Barrero (s/f), Cómo evitar el suicidio en adolescentes? En Sitio Web: <http://www.webmaster@psicologia-online.com> visitado 20/12/2004

Quiroga S. (1998), Patologías de la autodestrucción en la adolescencia, Ed. Kargieman, Buenos Aires.

Trovato (1992), A Durkheimian analysis of Youth Suicide in Canada, Population Research Laboratory, paper N°89, Canada, University of Alberta.

Vazquez M. (s/f), Juventud, Violencia y Pobreza. Evolución de la mortalidad por homicidios en jóvenes del conurbano Bonaerense durante la década del 90', FLACSO.

Yampey N (1998), Crisis y Suicidio, A.P.A, Buenos Aires.

Yampey N (1992), Desesperación y Suicidio, Ed. Kargieman, Buenos Aires.