

Epidemiología de la mortalidad por suicidio en la provincia de Buenos Aires, Argentina, 2001-2017

Epidemiology of suicide in Buenos Aires province, Argentina, 2001-2017

Ana Laura Barrio¹, Andrés Guillermo Bolzan², Daniela Noemí Obando³,
Juan Ignacio Irassar⁴

Resumen

El suicidio es una de las principales causas de mortalidad entre los adolescentes y jóvenes en casi todo el mundo. El objetivo de este trabajo es describir la evolución histórica en la provincia de Buenos Aires a lo largo del período 2001-2017. El diseño fue descriptivo observacional retrospectivo sobre la mortalidad por lesiones auto infligidas. Los datos de mortalidad se obtuvieron de la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Los datos de mortalidad analizados fueron los relativos a las lesiones autoinfligidas intencionalmente. A lo largo del período estudiado se produjeron 19.287 defunciones por suicidios en la provincia de Buenos Aires, con una tasa acumulada de 7,36 por 100 mil. El tipo de modalidad más frecuentemente fue el uso de un agente externo. Al relacionar las tasas de suicidio con el tamaño poblacional de las diferentes regiones sanitarias se observa que existe una relación inversa entre el tamaño poblacional y las tasas de mortalidad. La tasa global de defunciones muestra que tuvo variaciones: disminución de la tasa desde 2001 a 2009 (con un pico en 2003); crecimiento de 2010 a 2012 y nuevamente disminución desde 2013 hasta 2017.

Palabras clave: Suicidio - Epidemiología - Mortalidad.

Abstract

Suicide is one of the main causes of death among teenagers and young people around the world. The purpose of this work is to describe the historical evolution in the province of Buenos Aires over the period 2001-2017. The design was a retrospective observational description about mortality due to self-inflicted injuries. Mortality data was obtained from the Direction of Statistics and Information in Health (DEIS) of the Ministry of Health of the province of Buenos Aires. Mortality data analyzed was related to intentional self-inflicted injuries. Over the period studied, 19,287 suicide bombings were produced in the province of Buenos Aires, with an accumulated sum of 7.36 per 100 thousand. The type of mode most often used an external agent. Relating suicide cases to the population size of the different health regions, it is observed that there is an inverse relationship between the population size and mortality rates. There were global variations: rate reduction from 2001 to 2009 (with a peak in 2003); growth from 2010 to 2012 and again reduction from 2013 until 2017.

Keywords: Suicide - Epidemiology - Mortality.

RECIBIDO 29/10/2020 - ACEPTADO 29/12/2020

¹Lic. en Psicología. Maestranda en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud.

Cargo actual e institución: Investigadora. Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud, provincia de Buenos Aires, Argentina.

²Licenciado en Antropología, Maestrando en Efectividad Clínica y Sanitaria,

Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud, provincia de Buenos Aires, Argentina.

³Licenciada en Bioquímica. Residente de epidemiología, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Argentina.

⁴Licenciado en Bioquímica. Residente de Epidemiología, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Autor de referencia:

Andrés Guillermo Bolzan

andresguillermobolzan@gmail.com

Lugar en que fue realizado el presente trabajo: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud, provincia de Buenos Aires, Argentina.

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, constituyen una de las causas de muerte clasificadas como violentas y consideradas evitables (Altieri, 2007). Puede definirse como el resultado de comportamientos autoinfligidos que tienen como intención la propia muerte (Gerstner et al., 2018). Si bien es difícil encontrar una definición universalmente aceptada de suicidio, 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. Se trata de un problema de salud pública multideterminado que requiere un abordaje multidisciplinario. Los factores sociales, psicológicos, culturales y de otro tipo pueden interactuar para conducir a una persona a un comportamiento suicida (Organización Panamericana de la Salud, 2014a).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estimó en 2014 que alrededor de un millón de personas en el mundo mueren por suicidio cada año, es decir, el 1,4 % de las muertes a nivel mundial lo cual lo ubica entre las veinte principales causas de mortalidad. Además, indica que en la región de las Américas se producen alrededor de 65.000 defunciones anuales por suicidio y estimó una tasa de mortalidad ajustada por edad de 7,3 cada 100.000 habitantes en el periodo 2005-2009, lo que representa el 12,4% de las causas externas en dicha región. Según la OPS, la cifra ascendería a 1,5 millones de muertes por suicidio para el año 2020 (Organización Panamericana de la Salud, 2014b).

En un tercio de los países del mundo las tasas de suicidio han ido en aumento, y en la actualidad representa según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la segunda causa de defunción, luego de los accidentes, en el grupo etario de 15 a 29 años (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Según un estudio sobre suicidio realizado en la población adolescente (15 -19 años) y joven (20 a 24 años) de Argentina en el período 1999-2007 la tasa promedio de suicidio en la población de 15 a 24 años es de 10,7 cada 100.000 habitantes (Sola, 2011). La evolución de las tasas de mortalidad por suicidios en la Argentina entre los años 1988 y 2008 fue estable, aunque es interesante señalar que experimentó un aumento durante la crisis socio-económica de fines de la década del '90 y comienzos de la del 2000, superando las 8 muertes cada 100.000 habitantes en los años 2001, 2002 y 2003. En el período descrito se registró, además, un cambio en el perfil etario, disminuyendo

la incidencia en mayores de 55 años y aumentando la de jóvenes entre 15 y 34 años (Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, 2010). Diferentes informes han mostrado que dicho perfil se mantiene y que las tasas de suicidio siguen aumentando (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2019).

Las muertes por suicidio son prevenibles en tanto se cuente con información adecuada sobre los factores intervinientes, y puedan elaborarse políticas de prevención oportunas.

Dada la importancia a nivel mundial, regional y nacional del suicidio como problema de salud pública, así como la escasez de artículos académicos publicados con datos de la provincia de Buenos Aires, se ha considerado que el presente trabajo resulta una contribución al conocimiento de la problemática en dicha provincia.

El objetivo de este trabajo es describir la evolución histórica del suicidio en relación a la edad, el sexo y la modalidad empleada en la provincia de Buenos Aires a lo largo del período 2001-2017.

Métodos

Se llevó a cabo un estudio descriptivo observacional retrospectivo sobre la mortalidad por lesiones autoinfligidas de la población general en el período 2001-2017 en la provincia de Buenos Aires.

Los datos de mortalidad se obtuvieron de la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Los datos de mortalidad analizados fueron los relativos a las lesiones autoinfligidas intencionalmente, CIE-10: X600; X700, y X800-849, según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión, a saber:

- CIE X600: causas cuya modalidad es la intervención de un agente invasivo para lograr la defunción (envenenamiento autoinfligido intencionalmente por y exposición a analgésicos no narcóticos, anti-piréticos y antirreumáticos)
- CIE X700: causas cuya modalidad es la intervención de un agente externo para lograr la defunción (lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento o estrangulamiento, sofocación, uso de arma de fuego o de arma blanca).
- CIE X800-849: causas cuya modalidad es la no intervención de un agente externo para lograr la defunción (lesión autoinfligida intencionalmente al saltar de un lugar elevado).

Se calcularon las tasas de mortalidad por suicidio acumuladas de la serie histórica 2001-2017, así como por año y por sexo desagregando en los tres grandes grupos de causas de suicidio mencionadas. Dichas tasas se calcularon en base a las poblaciones totales de la provincia según el año especificado y, cuando se calcularon acumulados, se procedió a la sumatoria de las poblaciones del período.

La razón de tasas fue considerada para comparar entre sexos y entre grupo de causas. Para los cálculos de tasas, se emplearon como denominadores los datos de población de los censos 2001 y 2010, y las proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la República Argentina.

Se calcularon las tasas de mortalidad acumuladas, así como las poblaciones acumuladas para cada región sanitaria de la provincia de Buenos Aires para el período 2001-2017.

Resultados

Las *tablas 1 a 5* muestran la distribución de las defunciones y sus respectivas tasas según año, edad, sexo y modalidad de la serie histórica 2001-2017, en tanto que las *figuras 1 y 2* ilustran las tasas de mortalidad acumuladas según edad y región sanitaria.

A lo largo del período estudiado se produjeron 19.287 defunciones por suicidios en la provincia de Buenos Aires, con una tasa acumulada de 7,36 cada 100 mil habitantes (*tabla 1*). Del año 2001 al año 2009 la tasa de defunciones se redujo hasta alcanzar un valor mínimo de 5,94, lo que significó una reducción del 27% en ese período. Desde 2009 hasta 2012 dicha tasa se incrementó hasta alcanzar 8,40, lo que supuso un aumento del 29,28%. Finalmente, se observa una nueva reducción de la tasa en el período 2013 - 2017, cayendo a 6,92 cada 100.000 habitantes. Esto significó una reducción del 17,61% respecto del año 2012.

El tipo de modalidad más frecuentemente usada en toda la serie fue el uso de un agente externo (ahorcamiento, uso de arma de fuego o arma blanca), seguida de la no intervención de un agente externo (salto al vacío).

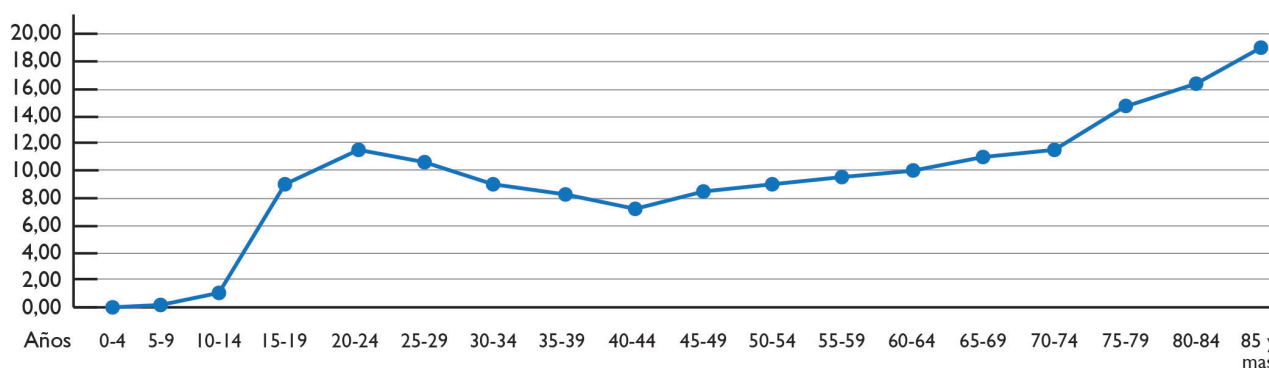
De los 19.264 suicidios donde constaba el dato de sexo (99,8% de los certificados de defunción) el 80,4% fueron varones y el resto mujeres (*tabla 2*), es decir que por cada muerte femenina, hubo 4 masculinas. La tasa de mortalidad por suicidios masculina fue 4 veces superior a la femenina: 2,8 cada 100.000 mujeres contra 12 cada 100.000 varones.

El uso de un agente externo resultó la modalidad de suicidio general más frecuente, mostrando tasas casi 5 veces mayores en varones respecto de las mujeres (*tabla 3*). Las tasas de suicidio por uso de agente invasivo (envenenamiento) fue similar entre ambos sexos.

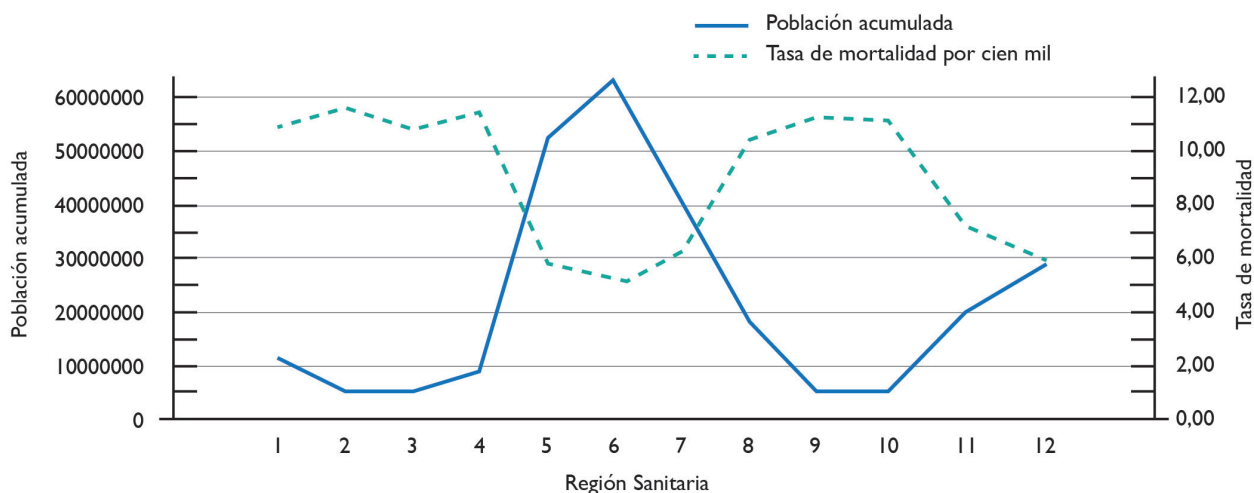
Al analizar el porcentaje que cada modalidad representa dentro del total de suicidios para cada sexo (*tabla 4*) se puede obtener un tipo de información diferente al dado por las tasas; que expresan la relación entre el número de óbitos por causa sobre el total de habitantes por sexo. De cada 100 suicidios en varones, 93 fueron por uso de un agente externo (ahorcamiento, uso de arma de fuego o arma blanca); mientras que esa cifra es de 83 en mujeres. En relación al uso de agente invasivo y la no intervención de un agente externo, vemos que entre las mujeres estas modalidades presentan mayores porcentajes que entre los varones.

La curva de tasa de mortalidad por suicidio acumulada, según edad (*figura 1*), refleja una concentración del evento en los grupos de edad de 10 a 24 años, llegando a una tasa de 11,8 cada 100.000 habitantes en el grupo de 20-24 años. Otro grupo en el que se observa una concentración en la tasa de suicidio es el de personas de 70 años o más, presentando una tasa de 20 por 100.000 en los mayores de 75 años.

Figura 1. Tasa de mortalidad por suicidios (por 100.000 habitantes) según la edad. Acumulado. Provincia de Buenos Aires. Serie histórica 2001-2017



Elaboración propia a partir de los datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

Figura 2. Tasa de mortalidad según Región Sanitaria. Provincia de Buenos Aires. Acumulado serie histórica 2001-2017

Elaboración propia a partir de los datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

Tabla 1. Distribución de las defunciones absolutas y tasas por suicidios (cada 100.000 habitantes) según modalidad, por año y acumulado. Provincia de Buenos Aires. Serie histórica 2001-2017

Año	Defunciones				Tasas por cien mil habitantes			
	Uso de agente externo	Uso de agente invasivo	Sin agente	Total	Global	Uso de agente externo	Uso de agente invasivo	Sin agente
2001	1020	23	110	1153	8,14	7,20	0,16	0,78
2002	978	20	116	1114	7,80	6,84	0,14	0,81
2003	1143	25	117	1285	8,92	7,93	0,17	0,81
2004	1067	20	83	1170	8,05	7,34	0,14	0,57
2005	1039	12	111	1162	7,93	7,09	0,08	0,76
2006	1040	28	65	1133	7,66	7,03	0,19	0,44
2007	937	17	62	1016	6,84	6,31	0,11	0,42
2008	884	18	103	1005	6,68	5,87	0,12	0,68
2009	819	12	71	902	5,94	5,39	0,08	0,47
2010	928	15	86	1029	6,60	5,95	0,10	0,55
2011	955	19	87	1061	6,79	6,11	0,12	0,56
2012	1230	14	68	1312	8,40	7,87	0,09	0,44
2013	1068	19	74	1161	7,13	6,56	0,12	0,45
2014	1121	19	72	1212	7,36	6,80	0,12	0,44
2015	1078	17	51	1146	6,88	6,47	0,10	0,31
2016	1155	25	69	1249	7,42	6,86	0,15	0,41
2017	1067	20	90	1177	6,92	6,27	0,12	0,53
Acumulado	17529	323	1435	19287	7,36	6,69	0,12	0,55

Elaboración propia a partir de los datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

Tabla 2. Distribución de las defunciones por suicidios según sexo y tasa específica. Provincia de Buenos Aires. Serie histórica 2001-2017

Año	Varones	Tasa	Mujeres	Tasa	Razón de tasas
2001	915	13,20	238	3,2	4,0
2002	849	12,15	265	3,6	3,3
2003	1032	14,65	253	3,4	4,3
2004	960	13,52	210	2,8	4,8
2005	920	12,85	242	3,2	4,0
2006	921	12,75	211	2,8	4,5
2007	814	11,17	202	2,6	4,2
2008	808	10,99	195	2,5	4,3
2009	751	10,13	150	1,9	5,2
2010	806	10,50	220	2,7	3,8
2011	845	10,87	215	2,6	4,1
2012	1081	13,73	228	2,7	5,0
2013	935	11,73	225	2,7	4,3
2014	957	11,38	252	3,1	3,6
2015	922	11,30	224	2,6	4,3
2016	1018	12,34	229	2,6	4,6
2017	960	11,51	211	2,4	4,7
Acumulado	15494	12,01	3770	2,8	4,2

Elaboración propia a partir de los datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

Al relacionar las tasas de suicidio con el tamaño poblacional de las diferentes regiones sanitarias (*tabla 5 y figura 2*), se observa que existe una relación inversa entre el tamaño poblacional y las tasas de mortalidad.

Discusión

El análisis de la tasa global de defunciones por suicidio en nuestro estudio muestra que tuvo variaciones en el periodo estudiado, definiendo tres sub-periodos: disminución de la tasa desde 2001 a 2009 (con un pico en 2003); crecimiento de 2010 a 2012 y nuevamente disminución desde 2013 hasta el último año de nuestro estudio, 2017. Como indica la *tabla 1* en los últimos diez años del periodo estudiado se alcanzaron valores algo superiores a los de la primera mitad de la serie. Sin embargo, el leve descenso registrado desde el año 2003 deja la tasa de mortalidad por suicidio al nivel de los valores iniciales (7,7 cada 100.000 habitantes en 1988 y 7,6 cada 100.000 en 2008) (*ver figura 2*). El

pico del año 2003, correspondiente a la tasa más alta hallada en todo el período 2001-2017 en la provincia de Buenos Aires, concuerda con lo reportado por el Ministerio de Salud de Nación en relación a que este año corresponde al período comprendido entre fines de los 90 y el año 2003, cuando Argentina estuvo signada por la crisis social y económica y donde se registraron las tasas más altas de suicidio a nivel nacional (Sistema de Vigilancia en Salud Mental y Adicciones Epidemiológica del Ministerio de Salud de la Nación, 2019; Zeballos, 2003).

En relación a las defunciones según sexo, en la provincia de Buenos Aires se observó una desigual contribución al evento, destacándose la preponderancia del género masculino en la consumación de los suicidios con una regularidad que se encuentra presente en todo el período de estudio, 2001-2017. Ese patrón se observa también a nivel nacional (Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Trasmisibles, 2010; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2009; Sistema de Vigilancia en Salud Mental y Adicciones Epidemiológica del Ministerio de Salud de la Nación, 2019), en el año 2008 la razón de tasas (hombre/mujeres) en Argentina fue de 4,12 (Sistema de Vigilancia en Salud Mental y Adicciones Epidemiológica del Ministerio de Salud de la Nación, 2019); en otros países en diferentes épocas (Gerstner et al., 2018), así como a nivel mundial con tasas de suicidio entre hombres 3,5 veces mayor que la de las mujeres (Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Trasmisibles, 2010; Sistema de Vigilancia en Salud Mental y Adicciones Epidemiológica del Ministerio de Salud de la Nación, 2019). Esta tendencia es compartida por la mayor parte del mundo a excepción de China, donde las tasas de suicidios en mujeres son superiores a las de hombres (Banco Mundial, 2019). Algunos autores, que analizan el fenómeno de la preponderancia masculina en los suicidios desde una perspectiva de género, refieren que la diferencia se explica en parte, y para ciertas causas de suicidio, por el rol que se espera cumpla el varón. Algunas de estas causas son visibles, como ocurre con las adicciones, en las que el consumo de alcohol y drogas es mayor en el caso de los hombres; o en el de la violencia-suicida, como en el caso del suicidio terrorista o el que tiene lugar después de episodios de violencia de género. Otras causas son menos aparentes como la de no poder cumplir con su función de proveedores o el sentimiento de desamparo y la depresión a las que los hombres se enfrentan con dificultad al tener más problemas para pedir ayuda o demostrar sus emociones (Rosado Millán et al., 2014).

Tabla 3. Distribución de las tasas de mortalidad (cada 100 mil habitantes) por suicidios según sexo y modalidad. Provincia de Buenos Aires, 2001-2017

Año	Varones			Mujeres			Razón de tasas		
	Uso de agente externo	Uso de agente invasivo	Sin agente	Uso de agente externo	Uso de agente invasivo	Sin agente	Uso de agente externo	Uso de agente invasivo	Sin agente
2001	12,07	0,16	0,97	2,53	0,17	0,59	4,8	1,0	1,6
2002	10,90	0,11	1,13	2,96	0,16	0,51	3,7	0,7	2,2
2003	13,28	0,18	1,18	2,81	0,16	0,46	4,7	1,1	2,6
2004	12,59	0,14	0,79	2,33	0,13	0,36	5,4	1,0	2,2
2005	11,77	0,08	0,99	2,62	0,08	0,53	4,5	1,0	1,9
2006	12,01	0,22	0,53	2,30	0,16	0,36	5,4	1,0	2,2
2007	10,50	0,11	0,56	2,27	0,12	0,28	4,6	0,9	2,0
2008	9,93	0,14	0,93	2,01	0,11	0,46	4,9	1,3	2,0
2009	9,42	0,09	0,62	1,59	0,07	0,31	5,9	1,4	2,0
2010	9,78	0,08	0,64	2,17	0,11	0,46	4,5	0,7	1,4
2011	9,93	0,13	0,81	2,24	0,11	0,30	4,4	1,2	2,7
2012	13,06	0,10	0,57	2,42	0,07	0,28	5,4	1,4	2,0
2013	11,02	0,09	0,63	2,27	0,14	0,29	4,8	0,6	2,2
2014	10,63	0,11	0,64	2,78	0,12	0,22	3,8	0,9	2,9
2015	10,85	0,10	0,36	2,27	0,11	0,26	4,8	0,9	1,4
2016	11,68	0,11	0,55	2,20	0,19	0,28	5,3	0,6	2,0
2017	10,65	0,10	0,77	2,03	0,14	0,27	5,2	0,7	2,9
Acumulado	11,16	0,12	0,74	2,33	0,13	0,36	4,8	0,9	2,0

Elaboración propia a partir de los datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

La diferencia en la proporción de suicidios según sexo debe ser observada con precaución ya que podría estar asociada a la “paradoja del suicidio” (Canetto, y Sakinofsky, 1998); es decir, los hombres tienen un mayor riesgo de cometer suicidio que las mujeres, pero las mujeres cometen más intentos suicidas. Ejemplo de ello, un estudio realizado en la ciudad de Bahía Blanca donde se observó una alta preponderancia femenina en los intentos de suicidio por intoxicación medicamentosa (Bufonea et al., 2018).

A su vez, la paradoja del suicidio nos lleva a pensar en el sub-registro que existe normalmente respecto de los intentos suicidas; la denuncia de los intentos suicidas varía entre los países y en la mayoría de los casos no hay información disponible y confiable, por la falta de un apropiado sistema de vigilancia. En Argentina, el Sistema de Vigilancia de Lesiones registró, entre 2007 y 2009, 1.179 lesiones autoinfligidas (intentos de suicidio o suicidios consumados) de los cuales solo el 2% fueron suicidios consumados, es decir alrededor

de 48 intentos de suicidio por cada suicidio registrado (Sistema de Vigilancia en Salud Mental y Adicciones Epidemiológica del Ministerio de Salud de la Nación, 2019). No solamente los suicidios consumados sino también la vigilancia de los intentos suicidas se convierten así en un tema de importancia para la salud pública.

En relación con la modalidad empleada para la consumación del suicidio, siguiendo nuestros resultados, el uso de un agente externo (ahorcamiento, uso de arma de fuego o arma blanca) resultó la modalidad más frecuente, para todos los grupos de edad, en toda la serie histórica estudiada. Según el Boletín de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y Factores de Riesgo (Sola, 2011), los principales mecanismos utilizados para cometer suicidio han sufrido variaciones importantes entre los años 1988-2008, creciendo notablemente el recurso del ahorcamiento o la sofocación. Si en 1988 sólo 1 de cada 4 suicidios era por ese medio, en 2008 la proporción era 2 de cada 3. Serfaty y colegas (Serfaty et al., 2004), quienes analizaron

Tabla 4. Distribución porcentual de la modalidad de suicidio según sexo y año. Provincia de Buenos Aires. 2001-2017

Año	Varones			Mujeres		
	Uso de agente externo	Uso de agente invasivo	Sin agente	Uso de agente externo	Uso de agente invasivo	Sin agente
2001	91,5%	1,2%	7,3%	76,9%	5,0%	18,1%
2002	89,8%	0,9%	9,3%	81,5%	4,5%	14,0%
2003	90,7%	1,3%	8,0%	81,8%	4,7%	13,4%
2004	93,1%	1,0%	5,8%	82,4%	4,8%	12,9%
2005	91,6%	0,7%	7,7%	81,0%	2,5%	16,5%
2006	94,1%	1,7%	4,1%	81,5%	5,7%	12,8%
2007	94,0%	1,0%	5,0%	85,1%	4,5%	10,4%
2008	90,3%	1,2%	8,4%	77,9%	4,1%	17,9%
2009	92,9%	0,9%	6,1%	80,7%	3,3%	16,0%
2010	93,2%	0,7%	6,1%	79,1%	4,1%	16,8%
2011	91,4%	1,2%	7,5%	84,7%	4,2%	11,2%
2012	95,1%	0,7%	4,2%	87,3%	2,6%	10,1%
2013	93,9%	0,7%	5,3%	84,0%	5,3%	10,7%
2014	93,4%	0,9%	5,6%	88,9%	4,0%	7,1%
2015	96,0%	0,9%	3,1%	86,2%	4,0%	9,8%
2016	94,7%	0,9%	4,4%	82,5%	7,0%	10,5%
2017	92,5%	0,8%	6,7%	83,4%	5,7%	10,9%
Total	92,9%	1,0%	6,1%	82,7%	4,5%	12,8%

Elaboración propia a partir de los datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

Tabla 5. Distribución de las defunciones por suicidio según región sanitaria y agrupamiento. Acumulado 2001-2017. Tasas por cien mil habitantes

Región	Uso de agente externo	Uso de agente invasivo	Sin agente	Total defunciones	Poblaciones acumuladas	Tasa acumulada
1	1078	39	143	1260	11269803	11,18
2	468	18	25	511	4441624	11,50
3	426	7	34	467	4309956	10,84
4	989	16	57	1062	9494547	11,19
5	2851	44	218	3113	53089828	5,86
6	3117	27	286	3430	63642750	5,39
7	2253	33	195	2481	39616038,2	6,26
8	1961	66	170	2197	19445661	11,30
9	565	10	28	603	5300902	11,38
10	573	10	32	615	5480496	11,22
11	1278	24	87	1389	19863661	6,99
12	1435	21	117	1573	27519476	5,72

Elaboración propia a partir de los datos de la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

la mortalidad por suicidio de adolescentes y jóvenes ocurrida en el país entre los años 1991 y 2000 también encontraron que las formas de suicidio más frecuentes fueron el ahorcamiento y el disparo por arma de fuego, seguidas por el envenenamiento. En otros países de América tales como México (Dávila-Cervantes, 2019), también se ha hallado el ahorcamiento como método de autoeliminación más frecuente.

La modalidad empleada según el sexo podría contribuir a la diferencia entre las tasas totales de suicidio de varones y mujeres. Algunas investigaciones atribuyen estas diferencias al uso de métodos más efectivos por parte de los varones, como el ahorcamiento o los disparos, mientras que las mujeres suelen escoger métodos menos efectivos como intoxicaciones con medicamentos (Ahn et al., 2012; Canetto, y Sakinofsky, 1998; Sola, 2011). En nuestro estudio se refleja ese patrón, la modalidad "lesión autoinfligida por intervención de un agente externo" (que incluye ahorcamiento y disparo por arma de fuego) resultó una modalidad más frecuente entre los casos de suicidio de varones, que entre las mujeres. La proporción de suicidios por intervención de un agente invasivo (que incluye envenenamientos) mostró importancia para el sexo femenino. Es interesante mencionar aquí el patrón encontrado en Ecuador donde se invierte la paradoja del suicidio en el grupo de jóvenes debido a que las mujeres en zonas rurales tienen mayor acceso a pesticidas, los cuales como agente de envenenamiento resulta un método altamente efectivo (Gerstner et al., 2018).

Al analizar la tendencia acumulada en el periodo estudiado para las distintas edades, se encuentra un pico para las edades adolescentes entre 15 y 24 años. Esto concuerda con la vasta bibliografía sobre la problemática de suicidio en la etapa adolescente en nuestro país y a nivel mundial. En la Argentina, el suicidio adolescente es la segunda causa de muerte en la adolescencia después de las lesiones de tránsito: en el año 2005 el suicidio fue la segunda causa de muerte en los adolescentes de 15 a 24 años a nivel nacional (Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Trasmisibles, 2010; Sistema de Vigilancia en Salud Mental y Adicciones Epidemiológica del Ministerio de Salud de la Nación, 2019). El relevamiento de datos mostró que hubo un aumento de las tasas en las últimas décadas en el país entre las y los adolescentes de 15 a 19 años. En términos de magnitud, el fenómeno se presenta con mayor frecuencia en los varones (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2019; Serfaty et al., 2004; Sola, 2011). A su vez, se ve que en la población mayor a 75 años la tasa de suicidios es la más elevada

con respecto a las demás edades. Según el informe de OPS (Organización Panamericana de la Salud, 2014b) las personas de 70 años o mayores presentaban una tasa de suicidio de 12,4 por 100.000, la más elevada entre los diferentes grupos de edad en las Américas. El perfil hallado en nuestro estudio, donde los adultos mayores representan un grupo con alto riesgo para el suicidio es compartido por otros países y también otras épocas (Crestani et al., 2019; Shulman, 1978).

Por último, cuando analizamos la relación de las tasas de suicidio con el tamaño poblacional de las diferentes regiones sanitarias, observamos que existe una relación inversa entre el tamaño poblacional y las tasas de mortalidad. Esto concuerda con algunos artículos que encontraron una relación similar. Solá (Sola, 2011), al estudiar la sociodemográfica del suicidio en la población adolescente y joven en Argentina en el período 1997-2007, refiere que se observó una relación epidemiológica inversa: a menor densidad de población, mayores fueron las tasas de suicidio. Por otro lado, un estudio de UNICEF que analiza la situación en Argentina del suicidio adolescente (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2019), da cuenta de este fenómeno señalando que las poblaciones más grandes del país muestran la mayor cantidad de suicidios (peso absoluto), pero el peso relativo muestra que hay algunos departamentos con poca población en los que los suicidios adolescentes son una realidad cercana. Al analizar las tasas de mortalidad específica por suicidio, los autores encuentran que son más elevadas en algunos municipios pequeños. El ejemplo de la provincia de Jujuy es representativo: la tasa de suicidio adolescente provincial fue de 14,2 cada 100.000 adolescentes para el período 2001 - 2010, mientras que el departamento de Humahuaca alcanzó 36,8 cada 100.000 y Yavi 33,6 cada 100.000. Refieren así, como un hallazgo relevante de su trabajo, la importancia de localidades con menos habitantes en el análisis del fenómeno.

Conclusiones

En este estudio hemos hallado que los grupos con mayor riesgo de cometer suicidio son el grupo de adolescentes y, en particular, el de adultos mayores; que existe una preponderancia masculina para el evento, aunque se debe tener cuidado con el sub-registro de los intentos de suicidio, que podrían estar enmascarando el intento de suicidio de las mujeres como un importante problema de salud pública. También hallamos que el método más frecuentemente usado en todo el período fue el de uso de un agente externo y

que existe una relación inversa entre el tamaño poblacional y las tasas de suicidio. Creemos que toda esta información es valiosa para abordar adecuadamente la prevención del suicidio.

Por otro lado, llamamos a reflexionar acerca de la fiabilidad de los sistemas de certificación y notificación de los suicidios, así como acerca de la mejora de los sistemas de vigilancia que incluyan el intento de suicidio como evento de interés, en el sentido de aportar a la pertinencia de las estrategias de intervención.

La información epidemiológica de este artículo provee las bases para la implementación de acciones tendiente a prevenir el suicidio y la promoción de la atención integral de esta problemática.

Agradecimientos

Al personal de la Dirección de Información Sistemática del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, que consolida la información de las defunciones en sistemas analizables y al equipo de la Dirección de Epidemiología del mismo Ministerio, que monitorea diariamente los eventos de notificación obligatoria e indirectamente posibilita este tipo de estudios.

Conflictos de intereses: los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Referencias bibliográficas

Ahn, M. E., Park, S., Ha, K., Choi S. O., Jin Pyo Honga, J. P. (2012). Gender ratio comparisons of the suicide rates and methods in Korea, Japan, Australia, and the United State. *Journal of Affective Disorders*, 142(1-3), 161-165.

Altieri, D. (2007). Mortalidad por suicidio en Argentina. Nivel, tendencia y diferenciales. En: C. Martínez (Edit.). *Introducción a la suicidología: teoría, investigación e intervenciones* (pp. 56-67). Lugar Editorial.

Banco Mundial. (2019, 7 de diciembre). Suicide mortality rate (per 100,000 female population - China). <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.SUIC.FE.P5?locations=CN&view=map>.

Bufonea, I., Dejtera, M., Fortunattia, M., García Elliota, F., Irazabala, C., Marliaa, R., Daiana, M., Parroua, M., Romanoa, M., Specialea, G., Agostin, G. (2018). Caracterización de la consulta por intoxicación medicamentosa en los adolescentes en el Hospital Municipal de Bahía Blanca, Buenos Aires. *Arch Argent Pediatr*, 116(4), 275-282. <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2018/v116n4a16.pdf>

Canetto, S. S., Sakinofsky, I. (1998). The Gender Paradox in Suicide. *Suicide Life-Threatening Behav*, 28(1), 1-23.

Crestani, C., Masotti, V., Corradi, N., Schirripa, M. L., Cecchi, R. (2019). Suicide in the elderly: a 37-years retrospective study. *Acta Biomed*, 90(1), 68-76. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i1.6312>

Dávila-Cervantes, C. A. (2019). Factores sociodemográficos asociados a la mortalidad por suicidios en México, 2012-2016. *Univ. Salud* 21(3): 235-239. <http://doi.org/10.22267/rus.192103.160>.

Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. (2010). Perfil epidemiológico del suicidio en la Argentina, 1988-2008. *Boletín de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y Factores de Riesgo*, 2:57-78. http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/m_perfil-epidemiologico-suicidio-argentina.pdf

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *El suicidio en la adolescencia. La situación en la Argentina*. https://www.unicef.org/argentina/media/6326/file/Suicidio_adolescencia.pdf (06 de diciembre 2019).

Gerstner, R. M. F., Soriano, I., Sanhueza, A., Caffé, S., Kestel, D. (2018). Epidemiología del suicidio en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Rev Panam Salud Pública* 42:e100. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.100>

Organización Mundial de la Salud. *Infografías. Suicidios: hechos y datos*. https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/suicide-infographic-es.pdf?ua=1 (06 de diciembre 2019)

Organización Panamericana de la Salud. (2014a). Prevención del suicidio: un imperativo global. OPS, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=EC1ED-30BA31E38AB581EA08C73A77D76?sequence=1

Organización Panamericana de la Salud. (2014b). Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional. OPS. <https://www.paho.org/hq/dmdo-cuments/2014/PAHO-Mortalidad-por-suicidio-final.pdf>

Rosado Millán, M. J., García García, F., Alfeo Álvarez, J. C., Rodríguez Rosado, J. (2014). El suicidio masculino: una cuestión de género. *Prisma Social*, (13):433-491. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=355744532013>.

Serfaty, E., Andrade, V., Foglia, L., Masautis, A., Negri, G. (2004). Suicidio en adolescentes y jóvenes residentes en Argentina. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 50(4): 281-288.

Shulman, K. (1978). Suicide and parasuicide in old age: a review. *Age and Ageing*, 7(4), 201-209. <https://doi.org/10.1093/ageing/7.4.201>

Sistema de Vigilancia en Salud Mental y Adicciones Epidemiológica del Ministerio de Salud de la Nación. *Perfil epidemiológico del suicidio en Argentina, algunas aproximaciones*. <http://www.fepra.org.ar/docs/salud-mental/suicidio.pdf> (06 de diciembre 2019).

Sola, M. (2011). Sociodemografía del suicidio en la población adolescente y joven en Argentina, 1997-2007. *Revista Argentina de Salud Pública*, 2(9):18-23. <http://www.rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen9/art-orig>

Zeballos, J. L. (2003). *Argentina: efectos sociosanitarios de la crisis 2001-2003*. Organización Panamericana de la Salud.