UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA,
GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

16.^a cohorte / 2013-2015

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO

EL SUICIDIO COMO PROBLEMA PÚBLICO EN ARGENTINA

MAESTRANDO

Lic. José Eduardo González

DIRECTOR

Dr. Juan Zabala

mayo de 2019

Lanús, Argentina

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA,
GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

16.^a cohorte / 2013-2015

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO

EL SUICIDIO COMO PROBLEMA PÚBLICO EN ARGENTINA

MAESTRANDO

Lic. José Eduardo González

DIRECTOR

Dr. Juan Zabala

INTEGRANTES DEL JURADO

Mgr. Fermín Alvarez Ruiz

Dra. Lucía Romero

Dr. Nicolás Damín

FECHA DE APROBACIÓN

20/08/2019

CALIFICACIÓN

10 (DIEZ)

*A los amigos y amigas
A los compañeros y compañeras
A mi madre
y la memoria de mi padre
y, por supuesto, ¡a Hermozura!*

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis fue pensada y elaborada por bastante tiempo y con mucho esfuerzo, pero sin duda hubiese sido imposible sin la ayuda de muchísima gente a la que estoy infinitamente agradecido. En principio, quiero agradecer a mi director, Juan Zabala, quien de verdad cumplió con creces la tarea de tutelaje animando, corrigiendo y acompañando con ánimo certero y preciso. Luego, a todos los entrevistados, quienes fueron muy amables; en especial, a María Rosner, Élica Marconi, Adrián Santoro, Miriam Solá, y Laura Gutiérrez de la DNSMYA, a quienes consulté en más de una oportunidad. A la gente del CAS. A Juan Carlos Escobar y a todos mis compañeros del PNSIA; en especial, al equipo de Causas Externas al cual pertenezco (Mariana, Maia, Agustina, Alexia). A les más lindes (Martín, María, Lu, Laura, Milena, Carla, Érica, Paula). A Juan Amitrano por la gran mano con el texto en general. A Facundo Gingarelli, por la mano enorme con los gráficos. A Juan Librandi, por sus libros de muerte y sus consejos. A Julián Arroyo, por acercarme su increíble trabajo de investigación. A Gabriela del Sumar y a Martín Matilla de la DNSMyA. A la gente del Programa de Salud en Contextos de Encierro. A Marcelo Lapido, por la paciencia y el amor. ¡Salute!

RESUMEN

La presente investigación busca comprender el proceso de conformación del suicidio como un problema público en la Argentina durante el último siglo tomando como punto de partida su estudio, a fines del siglo XIX, como fenómeno emergente en la ciudad de Buenos Aires y, como punto final, su emergencia y consolidación como problemática a nivel nacional a partir de la década de 1990, la cual presentó una particular configuración que generó diversas respuestas del Estado, cuyo punto relevante se refleja en la sanción de la Ley Nacional n° 27130 de Prevención del Suicidio (República Argentina, 2015). La perspectiva de análisis planteada articula herramientas teóricas referidas a la construcción de problemas públicos y a su trayectoria en el tiempo a partir de fuentes primarias y secundarias. Se procura dar cuenta de las medidas e intervenciones públicas sobre el suicidio, como también de los saberes, las concepciones y los intereses detrás de estas, identificando los actores sociales y los marcos institucionales en los que se generó su entrada en la agenda oficial del ámbito público.

PALABRAS CLAVES: Suicidio; Argentina; Discursos; Ámbito Público; Problema Público; Historia; Problema Social

ABSTRACT

This thesis seeks to understand the process of shaping suicide as a public problem in Argentina during the last century. It takes as a starting point the study of suicide, at the end of the 19th century, as an emerging phenomenon in Buenos Aires City and, as a final point, its emergency and consolidation as a public problem at the national level since the 1990's, which presented a particular configuration that generates various responses from the government, whose relevant point is reflected in the sanction in 2015 of the National Law No. 27130 on the Prevention of Suicide. The theoretical approach of the analysis is based on the construction of public problems theory and emphasizes their trajectory in time. Primary and secondary data sources were used. A detailed account is given regarding public measures and interventions on suicide, as well as the knowledge, conceptions and interests that underpin these governmental actions. Social actors and the institutional frameworks are identified, when they played a key role in incorporating this topic into the official agenda.

KEY WORDS: Suicide; Argentina; Speeches; Public Sphere; Public Problem; History; Social Problem

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Infografía diseñada por la OMS en 1999	76
Figura 2. Mitos acerca del suicidio. Cuadro elaborado por la OMS en 2000	79
Figura 3. Flujograma del certificado e informe estadístico de defunción	91
Figura 4. Certificado de defunción e informe estadístico de defunción (anverso)	92
Figura 5. Certificado de defunción e informe estadístico de defunción (reverso)	93
Figura 6. Tasas de mortalidad por suicidio (por 100.000 habitantes), por sexo. Argentina, 1980-2016	97
Figura 7. Tasas de mortalidad por suicidio (promedio), por edad y sexo. Argentina, 1980-2004	98
Figura 8. Tasas de mortalidad por suicidio (por 100.000 habitantes), según edad. Argentina, 2000-2013	100
Figura 9. Tasas de mortalidad por suicidio (por 100.000 habitantes), en varones de 14 a 24 años y de 75 y más años. Argentina, 1997-2013	100
Figura 10. Mortalidad proporcional por causas en adolescentes según lista de carga de enfermedad. Argentina, 2016	101
Figura 11. Muertes de adolescentes por causas externas, de acuerdo con el tipo de causa y el sexo. Argentina, 2015	102
Figura 12. Muertes de adolescentes por causas externas, de acuerdo con el tipo de causa y la jurisdicción de residencia (en porcentajes). Argentina, 2015	103

Figura 13. Mapa de Argentina con tasa de mortalidad por suicidio, ajustada por edad según jurisdicción. Años 1997, 2003, 2010 y 2016	110
Figura 14. Consultas facturadas a Sumar por la atención en urgencia de intentos de suicidio. Argentina, 2012-2018	128
Figura 15. Consultas facturadas a Sumar por el seguimiento de intentos de suicidio. Argentina, 2012-2018	128
Figura 16. Indicadores para valorar aspectos de salud mental relacionados con el suicidio en adolescentes de 13 a 15 años. Argentina, 2012	134
Figura 17. Mapa de Argentina con las provincias que cuentan con una ley provincial de adhesión a la Ley Nacional n° 27130 de Prevención del Suicidio (al 1° de febrero de 2019)	147
Figura 18. Mapa de América con los países que cuentan con un plan nacional para la prevención del suicidio	150

LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1. Planes nacionales para la prevención del suicidio en
América

151

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Tasas quinquenales de mortalidad por suicidio (por 100.000 habitantes). Ciudad de Buenos Aires, 1880-2002	45
Tabla 2. Mortalidad en números absolutos por causas en adolescentes, según lista de carga de enfermedad. Argentina, 2016	102
Tabla 3. Distribución por provincia de las prestaciones facturadas al Sumar por intentos de suicidio (urgencia y seguimiento), ajustadas por beneficiario. Argentina, 2015-2018	129

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

APA: Asociación Psicoanalítica Argentina
API: Asociación Psicoanalítica Internacional
APS: Atención primaria de salud
CAS: Centro de Asistencia al Suicida
CD: Certificado de defunción
CE: Causas externas
CIC: Centros Integradores Comunitarios
CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades
COFESA: Consejo Federal de Salud
DEIS: Dirección de Estadísticas e Información en Salud
DNSMYA: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones
IASP: International Association for Suicide Prevention (Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio)
IED: Informe estadístico de defunción
IS: Intento de Suicidio
NOA: Noroeste Argentino
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONU: Organización de las Naciones Unidas
OPES: Oficinas provinciales de Estadísticas de Salud
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PAMI: Programa de Atención Médica Integral
PNSIA: Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia
SAME: Sistema de Atención Médica de Emergencias
SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry
SENAF: Secretaría Nacional de la Niñez Adolescencia y Familia
SES: Sistema Estadístico de Salud
UIC: Unidades de intervención en crisis
UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia)

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN Y PLANTEO DEL PROBLEMA	15
1.1. <i>Introducción</i>	15
1.2. <i>Preguntas de investigación</i>	19
1.3. <i>Propósito</i>	20
1.4. <i>Justificación</i>	20
1.4.1. Justificación social	20
1.4.2. Justificación académica	21
1.4.3. Justificación personal	21
1.5. <i>Problema</i>	22
1.6. <i>Marcos teórico y conceptual</i>	23
1.7. <i>Objetivos</i>	27
1.7.1. Objetivo general	27
1.7.2. Objetivos específicos	27
1.8. <i>Antecedentes</i>	27
2. METODOLOGÍA	33
3. TRAYECTORIA DEL SUICIDIO COMO PROBLEMA PÚBLICO	37
3.1. <i>El suicidio en la ciudad de Buenos Aires entre 1880 y 1910</i>	38
3.1.1. El higienismo	39
3.1.2. La medicina legal	40
3.1.3. Los alienistas	40
3.1.4. Un cambio de rumbo en la forma de abordar el suicidio (1910-1930)	42

3.2. <i>Hechos, discursos e instituciones alrededor de la problemática del suicidio en Argentina entre 1930 y 1980</i>	43
3.2.1. Los primeros análisis estadísticos del suicidio en algunas jurisdicciones de Argentina	44
3.2.2. Los suicidas de los años treinta	46
3.2.3. Los abordajes del suicidio a partir de los años cuarenta	47
3.2.3.1. <i>Los abordajes desde la criminología</i>	48
3.2.3.2. <i>Las perspectivas psicoanalíticas</i>	49
3.2.3.3. <i>El suicidio como problema a nivel global</i>	54
3.2.3.4. <i>El Centro de Asistencia al Suicida (CAS), primera institución argentina especializada en la problemática</i>	60
3.3. <i>Conclusiones de este apartado</i>	63
 4. PROCESOS DE CONFORMACIÓN DEL SUICIDIO COMO PROBLEMA PÚBLICO EN ARGENTINA (1990-2009)	64
4.1. <i>Percepción del fenómeno. El suicidio como problema público en los medios de comunicación</i>	68
4.1.1. Los veteranos de la Guerra de Malvinas	69
4.1.2. Los jubilados	70
4.1.3. Los jóvenes y adolescentes	71
4.1.4. El suicidio del doctor René Favaloro	72
4.2. <i>La intervención propuesta. El foco en la prevención. la influencia de los organismos internacionales</i>	73
2.3. <i>Las conceptualizaciones. los enfoques que abordaron la problemática</i>	78
4.3.1. Las perspectivas sociológicas	79
4.3.2. La suicidología	81
4.3.3. Las perspectivas psicoanalíticas	83
4.4. <i>los datos que construyen el problema.</i> <i>las estadísticas del suicidio</i>	86
4.4.1. El circuito de registro de la muerte por suicidio	87

4.4.2. La medición del suicidio en Argentina	95
4.5. <i>La población demarcada. los adolescentes como principales afectados</i>	99
4.6. <i>La distribución del problema. la federalización del suicidio en argentina</i>	109
4.7. <i>La llegada al estado nacional</i>	113
4.8. <i>Conclusiones de este apartado</i>	118
 5. CONSOLIDACIÓN Y DIVERSIFICACIÓN DEL SUICIDIO COMO PROBLEMA PÚBLICO EN ARGENTINA (2010/2016)	119
5.1. <i>La conmoción por el caso de Rosario de la Frontera</i>	121
5.2. <i>Las respuestas de los diversos sectores del Estado a la problemática del suicidio</i>	123
5.2.1. El sector de la salud	124
5.2.2. El sector de la educación	132
5.2.3. Los sectores de la seguridad y la justicia	137
5.2.4. El sector del desarrollo social	140
5.3. <i>El suicidio: su marco normativo</i>	141
5.3.1. La eutanasia y la muerte digna	142
5.3.2. Declaración del 10 de septiembre como Día Nacional para la Prevención del Suicidio	142
5.3.3. Ley Nacional nº 27130	144
5.4. <i>Conclusiones de este apartado</i>	152
 6. CONCLUSIONES	154
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	158

1.INTRODUCCIÓN Y PLANTEO DEL PROBLEMA

1.1. INTRODUCCIÓN

El suicidio es un fenómeno actual que reviste notoria relevancia en el ámbito público y se inserta en las agendas de instituciones públicas y privadas a diversos niveles jurisdiccionales. En Argentina, el suicidio cuenta con una larga trayectoria como problema público —que se remonta a finales del siglo XIX—, y en los últimos treinta años ha cobrado cada vez más relevancia al instalarse como preocupación no solo de grandes centros urbanos, como la ciudad de Buenos Aires, sino también de localidades de provincias como Jujuy o Salta, afectadas en gran medida por el incremento de casos en la población joven y adolescente.¹ A ello se suma la preponderancia que ganó como problemática por tratar en la agenda de organismos internacionales como la OMS, la OPS y Unicef, entre otros, que instaron a las naciones a trabajar a partir de diversas estrategias de prevención.²

Los problemas sociales no son solo el producto de condiciones objetivas en la sociedad, sino que son el fruto de un proceso de definición colectiva de ciertas condiciones como problemas (Blumer, 1971). Tan solo algunos fenómenos sociales se constituyen, en un momento determinado, en causa de preocupación y pasan a ser considerados problemas sociales (Spector & Kitsuse, 1973).

Los problemas de interés público surgen cuando se pone en marcha una serie de acontecimientos y procesos. A la vez, no todos los problemas que sufren los individuos de una sociedad alcanzan el estatus de problema público; solo algunos logran captar la atención y consiguen instituciones, políticas, actores que tratan de resolverlos (Gusfield, 2014).

Ninguna sociedad posee la capacidad ni los recursos para atender omnímodamente la lista de necesidades y demandas de sus integrantes. Solo algunas son problematizadas, en el sentido de que ciertas clases, fracciones de clase, organizaciones, grupos o incluso individuos estratégicamente situados creen que puede y debe hacerse algo a su respecto y están en condiciones de promover su incorporación a la agenda de problemas socialmente problematizados (Oszlak & O'Donnell, 1995, p. 110).

¹ En el apartado 4 se desarrollan estos aspectos en particular.

² En el año 2003, el suicidio fue declarado un problema de salud pública por la OMS y, por tanto, la ONU, junto con la IASP, instituyeron el 10 de septiembre como el Día Mundial para la Prevención del Suicidio. A la vez, la OPS publicó, en 2014, *Prevención del suicidio: un imperativo global* (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

Además, el posicionamiento del Estado es sumamente relevante en cuanto el lugar que logra conseguir una problemática, ya que, si este lo toma dentro de su agenda, oficializa su abordaje al insertarlo como problema de injerencia pública (Oszlak & O'Donnell, 1995; Bourdieu, 2014).

A partir de 2009, el Estado nacional impulsó una serie de intervenciones, regulaciones, materiales y políticas públicas que marcan la consolidación de la entrada en la agenda oficial del suicidio como problema público. Dos de los hechos más destacables tuvieron lugar en el ámbito legislativo: el 31 de agosto de 2010, la Cámara de Diputados de la Nación se adhirió a la propuesta de la ONU y la OMS de declarar el 10 de septiembre como Día Mundial para la Prevención del Suicidio; luego, en abril de 2015, se sancionó —con una casi unánime aprobación tanto en la Cámara de Diputados como en la de Senadores— la Ley Nacional n° 27 130 de Prevención del Suicidio (República Argentina, 2015), presentada por el diputado jujeño Mario Fiad. Esta ley apunta a un sostenido y articulado trabajo de intervenciones de las instituciones del Estado para abordar la prevención del suicidio, además de generar impacto en otras leyes —como las de obras sociales—, las cuales, a partir de esta nueva legislación, están obligadas a prestar servicio a las víctimas de suicidio, a sus familiares o a quienes cometiesen un intento de suicidio.

En términos conceptuales, el abordaje del problema del suicidio obtuvo gran relevancia a partir del surgimiento de una disciplina o rama del saber llamada suicidología, cuyo planteamiento principalmente se centra en la prevención. Su génesis se sitúa en la década de 1960, en Estados Unidos, y sus principales precursores fueron Edwin Shneidman y Norman Farberow, dos psicólogos estadounidenses que comenzaron a estudiar la problemática creando esta nueva disciplina o rama de la psicología. Además, Shneidman y Farberow están entre los principales fundadores de la IASP, institución que, con el tiempo, ha ganado peso e influencia política dentro de los organismos internacionales.

Actualmente, la suicidología cuenta con varios referentes en la Argentina, que tienen cada vez mayor propiedad del problema y han sido instituidos como la rama de expertos convocada para tratar esta temática. De entre ellos emergieron varios actores clave para impulsar el tema hacia la agenda oficial. La suicidología ha dado incluso sus primeros pasos en la formación profesional a partir de 2015, cuando se estableció como una diplomatura en la Universidad de Flores, así como una materia optativa de la carrera de Psicología de la Universidad de Palermo; además, se ha realizado una gran cantidad de jornadas, congresos y actividades alrededor de la temática a lo largo del país.

Sin embargo, este punto de emergencia y consolidación del suicidio como problema público no es nuevo. El suicidio cuenta con una trayectoria como problema público dentro del país, desde fines del siglo XIX y principios del XX, en la ciudad de Buenos Aires, cuando los médicos higienistas lo identificaron como un nuevo fenómeno del espacio urbano. Además de esta escuela, hubo otras de la medicina del momento que abordaron el fenómeno, como las de los alienistas y la medicina legal. Algunas de estas escuelas sostenían lecturas del fenómeno coincidentes en algunos puntos con la obra clásica de Durkheim (Otero, 1991). Sus interpretaciones del fenómeno se mantenían desde una perspectiva moral y muchas veces estaban relacionadas con la creciente ola de inmigración que vivía la ciudad de Buenos Aires por ese tiempo y con el notorio y acelerado crecimiento del tejido urbano, que dio lugar a todo tipo de problemáticas sociales, entre ellas, el suicidio (Arroyo, 2015). Esta preocupación por el tema se vio reflejada en la construcción de las primeras estadísticas del fenómeno, a partir del año 1880, en la ciudad de Buenos Aires, que revelaron tasas muy altas en la jurisdicción.

Ya entrado el siglo XX surgió un paulatino desinterés por el tema de parte del círculo médico, lo que fue acompañado, además, por un descenso en las tasas de suicidio. Con la llegada de perspectivas psicológicas, el hecho comenzó a ser leído principalmente como fenómeno intrapsíquico, particular, individual y, sobre todo, clínico.

Así, la problemática del suicidio quedó por mucho tiempo (de 1930 a 1980) circunscripta a cierto grupo de especialistas de la salud mental, que analizaron el fenómeno desde diversos enfoques teóricos sin la resonancia que había mantenido años atrás. Un punto por destacar en este período es la creación, en el año 1967, del CAS, una institución pionera en abordar la temática y proponer una estrategia de intervención para la prevención del suicidio: la implementación de un número telefónico para la contención del posible suicida. Esta institución tuvo un papel fundamental en los procesos que se dieron después a partir de la década de 1990, cuando el tema comenzó a tener más interlocutores, y propició la conformación de una red de actores alrededor de la temática.

En la década de 1990, el suicidio comenzó, sobre todo a través de los medios, quienes brindaron una percepción y sensibilización sobre la problemática, a tener un lugar cada vez más destacado en la esfera pública, y gradualmente se proyectó y configuró más allá de un problema que sufren ciertos individuos para pasar a ser un problema del país. Este pasaje implicó también variaciones en algunas dimensiones: el foco de la intervención pasó a estar en la prevención, se dio un alto incremento en la tasa de suicidios, alterándose su configuración etaria (comenzó a afectar principalmente a la población de jóvenes y

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

adolescentes); asimismo, se expandió por todo el territorio nacional, afectó pequeñas localidades del interior del país y desencadenó varios procesos de intervención local, todo acompañado por una lectura epidemiológica y estadística del problema y sustentado en un enfoque novedoso en el país como el de la suicidología.

De a poco, el interés por el tema llegó al nivel central de Gobierno, que, con los años, se tradujo en algunas políticas impulsadas desde varios sectores: sobre todo, Salud y Educación.

Estos son algunos mojones en el proceso sociohistórico de configuración del suicidio como problema público a través de varios ámbitos de interés, como el de los expertos, el legislativo y el sanitario.

Recorriendo este trabajo, en el Apartado 3 se plantea un recorrido por algunos antecedentes de la trayectoria del suicidio como problema público: el desarrollo como problema social a fines del siglo XIX en la ciudad de Buenos Aires, algunos estudios de análisis de datos, una serie de suicidios de intelectuales y famosos en la década de 1930, las perspectivas de especialistas de la salud mental, el surgimiento del CAS como institución pionera en el planteo de la temática y el recorrido que mantuvieron los organismos internacionales, como la OMS, con respecto a la problemática.

En el Apartado 4 se trabaja la nueva configuración del suicidio como problema social identificando su aparición en la prensa en a partir de la década de 1990, los actores que tomaron el tema y los planteos alrededor de la temática, así como la primera llegada al nivel central a través del armado de un comité de expertos para el Ministerio de Salud de la Nación.

Por último, en el Apartado 5 de esta tesis se plantea la consolidación y diversificación de la problemática a través de políticas e intervenciones de diversos sectores del Estado nacional y el tratamiento del tema en el ámbito legislativo, que lo inserta dentro de las problemáticas para trabajar por el Estado nacional.

Esta tesis pretende reconstruir la conformación del suicidio como problema público en la Argentina, con foco en lo sucedido a partir de la década de 1990, pero recuperando algunos antecedentes de la trayectoria que lo llevó a adquirir la relevancia actual e identificando a los actores sociales que lo tomaron a través de este proceso de emergencia, qué recortes hicieron de él y qué tensiones se pueden identificar. En este trabajo se demarcan los eventos que resultaron significativos en la construcción de este problema público y los contextos o coyunturas que lo propiciaron.

1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo se conformó el fenómeno del suicidio como problema dentro del ámbito público en Argentina en el último siglo?

¿Qué actores e instituciones (prensa, legislación, políticas, intervenciones, discusiones, investigaciones, religión, comunidad) lo tomaron como relevante?

¿Cuáles son los discursos y las perspectivas que lo abordaron? ¿Qué tensiones se pueden identificar entre ellos?

¿En qué momento histórico el Estado nacional lo puso en agenda como una problemática por tratar? ¿Qué posición tomó? ¿Qué impacto tuvo sobre otros actores?

¿Cómo fue enmarcado dentro de las políticas públicas? ¿Cuáles fueron las principales localidades del país que tomaron el tema?

¿Qué conflictos, acuerdos y negociaciones se dan alrededor del tema?

¿Cómo fue abordada la problemática dentro de los distintos sectores (jurídico, sanitario, educativo, medios de comunicación, comunidad)?

¿Cómo se conforma el suicidio como objeto de estudio? ¿Qué lenguaje técnico está asociado a él? ¿Qué disciplinas lo tomaron? ¿Qué tensiones hay entre ellas?

¿Existe una correlación entre la ocurrencia del fenómeno y su devenir como problema dentro del ámbito público?

1.3. PROPÓSITO

El propósito de este trabajo es tener una comprensión más completa sobre un fenómeno complejo como el suicidio a través del estudio del proceso de conformación como problema en el ámbito público en Argentina durante el último siglo identificando actores relevantes y analizando sus discursos, fundamentos, concepciones y espacios institucionales, así como destacando los recortes, conceptualizaciones, políticas y tensiones alrededor de la temática e identificando los aspectos del fenómeno que se tomaron como relevantes y los que fueron dejados de lado o recibieron otro tratamiento.

1.4. JUSTIFICACIÓN

1.4.1. JUSTIFICACIÓN SOCIAL

En Argentina, el suicidio es un fenómeno en crecimiento tanto desde su perfil epidemiológico como en la agenda de diversas instituciones del ámbito público. En los últimos años ha cobrado una relevancia más marcada en los medios de comunicación, en la legislación, como también se ha vuelto objeto de intervenciones y políticas por parte del Estado nacional.

Actualmente, su foco como problema de intervención se suele centrar en la franja etaria de adolescentes y jóvenes, en la que el fenómeno se ha incrementado en el último tiempo tanto en número de casos como en abordajes posibles, lo que genera un impacto aún más grande en la comunidad en general no solo a nivel nacional, sino también internacional.

El estudio de los problemas públicos consiste en analizar cómo un fenómeno es delimitado y tomado por diversos actores y discursos que lo conforman y atraviesan en instituciones, agendas, legislaciones, teorías, etc.

Los problemas públicos tienen una historia, una trayectoria, que se inicia cuando comienzan a cobrar el interés de actores sociales y logran instalarse en el ámbito público — muchas veces, formando parte de las políticas del Estado— y, allí, mantienen su vigencia o decaen. Conocer este proceso de conformación como problema ayuda a comprender el sentido de las políticas estatales alrededor del tema y cómo pueden ser explicadas.

Las diversas formas de intervención y la toma de posición de diferentes actores frente al suicidio reflejan el entramado de un proceso social que lo configura como objeto de análisis para un conocimiento más acabado del problema. Se busca, así, poder dar cuenta de los sentidos producidos alrededor del problema relevando los contextos en que se insertan, como también sus marcos institucionales, sus premisas, sus percepciones, sus intereses y limitaciones, para lograr una comprensión más amplia de la complejidad de un fenómeno como el suicidio, en el que se entranan arduas cuestiones como la vida, la muerte y la voluntad.

Además, contar con un estudio de la génesis de un problema público sitúa todo un campo de acción para posibles intervenciones futuras o miradas sobre el fenómeno, el cual no suele tener una perspectiva sociohistórica de su proceso de conformación como problema. Los interrogantes y objetivos de este proyecto de tesis tienen gran importancia en cuanto a comprender el suicidio desde una perspectiva social.

1.4.2. JUSTIFICACIÓN ACADÉMICA

El suicidio es un problema muy trabajado en el ámbito académico argentino a través de perspectivas psicológicas, psiquiátricas y demográficas o mediante análisis de morbilidad, pero muy poco estudiado desde perspectivas más históricas o sociales. Si bien es insoslayable la influencia de la clásica obra de Durkheim (2004), los campos disciplinares o perspectivas que prevalecen en Argentina vienen, principalmente, del campo de la salud mental más que del de las ciencias sociales.

El estudio de los problemas públicos es un intento de delimitar y describir el panorama general de un fenómeno a través de su lugar en instituciones y políticas tomando como relevante el papel del Estado en cuanto a su posicionamiento sobre el tema. Esto puede permitir comprender el rumbo que toma el fenómeno y contribuir al desarrollo de estudios sobre suicidio al proponer un relevamiento de diversas fuentes en las que el tema cobró relevancia y que permitan comprender cómo fue tratado. También puede servir como antecedente para otros estudios que quieran profundizar acerca de la trayectoria del suicidio como problema dentro del ámbito público, del modo en que fue recortado por las instituciones y de las discusiones alrededor del tema que se dieron.

Su pertinencia en el contexto de esta maestría se relaciona con la concepción ampliada de la epidemiología y las políticas de salud que tiene el instituto, donde pudimos contar con una perspectiva social y colectiva de la salud. También se propone comprender las políticas, las instituciones y sus interacciones en relación con problemáticas de salud. Desde el enfoque promovido por la maestría, cobran relevancia la recopilación y la lectura de documentos sobre un fenómeno como el suicidio desde un planteo crítico en el proceso de construcción de conocimiento.

1.4.3. JUSTIFICACIÓN PERSONAL

El puntapié inicial del ensayo de Albert Camus sobre el mito de Sísifo es: “No hay más que un problema filosófico verdaderamente serio: el suicidio. Juzgar que la vida vale o no vale la pena de que se la viva es responder a la pregunta fundamental de la filosofía” (2006, p.13). Si bien este trabajo no apunta a responder esa pregunta, desde el plano personal me resultan interesantes las discusiones éticas y las perspectivas morales que el suicidio

despierta, y busco rescatar en su trayectoria como problema público las discusiones en torno a la vida, la muerte y la voluntad.

El hecho de suponer una voluntad de muerte genera un verdadero impacto de incertidumbre que es difícil de soportar para los campos social, científico y público. La presencia de la muerte resulta incómoda en una sociedad cuyo eje de producción de subjetividad busca, por todos los medios, negarla; por ello, en términos personales, este trabajo busca dejar entrever las perspectivas éticas que trae aparejadas el abordaje del suicidio y cómo se corresponden con cierta visión de la vida social que cambia a lo largo del tiempo. Asimismo, en mi recorrido laboral por ámbitos de gestión de políticas públicas, siempre me generó interés el modo en que estas se vuelven objeto de intervención y cómo las diferentes miradas sobre el tema condicionan sus posibles abordajes.

1.5. PROBLEMA

Esta investigación tiene por objeto de estudio la conformación del suicidio como problema público emergente de un proceso sociohistórico que tuvo lugar principalmente en los últimos treinta años en Argentina, sin dejar de retomar antecedentes de la trayectoria del suicidio dentro del país anteriores a ese período. Dos hechos que delimitan el foco de esta investigación son la emergencia en los medios de comunicación del suicidio afectando ciertas poblaciones a principio de la década de 1990 y su consolidación como problemática pública a través de diversas políticas estatales y propuestas legislativas, como la aprobación de la Ley Nacional n° 27 130 de Prevención del Suicidio (República Argentina, 2015) en las Cámaras de Senadores y Diputados del país.

“Existe un patrón o parámetro que determina cómo los temas y los problemas surgen, salen a la luz y evidencian una estructura” (Gusfield, 2014, p. 74). Se entiende como “problema público” el resultado de interacciones, negociaciones y acuerdos entre diversos actores sociales y sus respectivos recortes y enfoques del fenómeno. En este trabajo se analizó:

- La variación de ocurrencia de casos a lo largo de ese período (priorizando el recorte 1980-2016).
- La forma en que el tema se discutió en la arena pública.
- El rol atribuido y asumido por el Estado en la problemática y su posicionamiento.

- La identificación de sus principales actores y hechos con relación al tema.
- Las perspectivas y los marcos conceptuales desde los cuales se definió el fenómeno y se planteó su intervención.
- Las iniciativas estatales orientadas a su tratamiento en sus distintas modalidades de registro, detección, análisis, seguimiento, prevención, posvención, etc.
- Los marcos institucionales en los cuales se instaló la problemática (sectores jurídico, de la salud, la educación, la seguridad etc.).

Se trabajó a partir de un diseño de investigación cualitativa llamado “estudio de caso”, además de una triangulación con los registros estadísticos del suicidio, para lo que se emplearon diversas técnicas como el análisis documental, el mapeo de actores sociales y entrevistas semiestructuradas a informantes clave.

1.6. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

El marco conceptual de este trabajo está compuesto por distintos abordajes que coinciden en entender los problemas públicos como el resultado de interacciones entre distintos actores, quienes acuerdan que determinadas cuestiones —y no otras— merecen la atención de la sociedad. Y es como consecuencia de estos sentidos compartidos, y no de la naturaleza de la situación a la que refieren esas cuestiones, que se constituyen en problemas sociales. Estas nociones provienen de las corrientes del interaccionismo simbólico, cuyo principal impulsor fue Herbert Blumer, para quien “los problemas sociales son, fundamentalmente, productos de un proceso de definición colectiva en vez de existir independientemente como un conjunto de arreglos sociales objetivos con una apariencia intrínseca” (1971, p. 298).

Esta idea mantiene un doble sustento sobre las perspectivas más “objetivistas” de los fenómenos sociales: por un lado, las mismas situaciones “concretas” han sido consideradas “problemáticas” en ciertos momentos históricos y no en otros, de acuerdo con la percepción que de ellas se formó la sociedad en cada momento; por otro lado, ayuda a comprender el surgimiento de determinadas cuestiones como asuntos de interés en la esfera común mientras que otras, que son potencialmente capaces de provocar un daño igual o mayor, no logran despertar la atención pública.

Es así como la atención a problemas es limitada por la sociedad, por lo que hay un mercado de los problemas públicos. Esta atención puede estar dada por ciertos factores, como la apetencia de los medios por temáticas románticas y novedosas, los temas culturales de cada sociedad o las tendencias en la arena política. Siguiendo la línea de John Kitsuse y Malcolm Spector (1973), se busca rescatar “el proceso por cuyo intermedio los miembros de determinados grupos o sociedades definen una ‘situación supuesta o posible’ como un problema” (p.8)

Este trabajo intenta delimitar esas dos cuestiones en cuanto al suicidio: cómo han cambiado las dimensiones problemáticas del fenómeno en este último siglo y qué aspectos fueron tomados como relevantes³.

Uno de los autores más destacados que trabajaron en la construcción de los problemas públicos y que se toman para el desarrollo de este trabajo es Joseph Gusfield, quien, en su obra *La cultura de los problemas públicos* (2014; editada originalmente en 1981), estudió la configuración como problema público del “alcohol al volante” en Estados Unidos.

Su enfoque hace una distinción entre problemas “sociales” y “públicos”, ya que, como aclara, no todos los problemas sociales generan conflictos, controversia o acuerdos en la esfera pública y, a la vez, no todos cuentan con instituciones o dependencias públicas que traten de resolverlos; es así como los problemas se configuran en la arena pública a través de ciertos recortes y tratamientos del fenómeno que afecta a la sociedad (Gusfield, 2014, p. 69).

La estructura de los problemas públicos es, por lo tanto, un área de conflicto en la que un conjunto de grupos e instituciones —que a menudo incluye dependencias del Gobierno— compiten y pelean por la propiedad de esos problemas o bien por desatenderse de ellos, por la aceptación de las teorías causales y por la atribución de la responsabilidad. En esa instancia, el conocimiento y la política entran en contacto (Gusfield, 2014, p. 83).

Según Gusfield (2014), los problemas públicos se entraman en una estructura que resalta dos dimensiones: una cognitiva, que se relaciona con las creencias sobre el fenómeno, y una moral, lo condenable o no deseable de una situación susceptible de ser cambiado. “Si no

³ Hay que recordar que el del suicidio es uno de los tres grandes grupos de causas externas, junto con el de siniestros viales y el de homicidios. Si bien cuenta con casos considerables, no es el que los tiene en mayor número (Spinelli *et al.*, 2005); sin embargo, el nivel de tratamiento que tiene el suicidio en cuanto a, por ejemplo, prevención en la esfera pública está bastante más desarrollado en relación con las otras causas externas, lo que demuestra que los problemas sociales son un reflejo de los intereses y significados que los actores asignan colectivamente a cada cuestión.

tenemos una creencia cognitiva en su alterabilidad y un juicio moral sobre su carácter, el fenómeno no es un tema ni un problema (p.75)”.

A la vez, el autor establece ciertas características que tienen los actores en cuanto a un tema de interés público, como son la propiedad sobre un tema y la responsabilidad causal y política. La propiedad de un problema público se da a partir del diferencial de poder que tienen los distintos actores para definir la realidad de un problema. Es así que esta propiedad del problema muchas veces genera conflicto, ya que los actores buscan imponer su lectura del problema. También puede producir el desentendimiento del problema por parte de un actor convocado a “hacer algo” al respecto.

La propiedad de un problema da lugar a una responsabilidad. Gusfield ubica la responsabilidad causal en relación con el reconocimiento del problema y la posibilidad de intervenir en él, en tanto que la responsabilidad política que genera esta propiedad del problema muchas veces apunta al Estado o dependencias del Estado como encargados de intervenir sobre el problema. Esto genera un nexo entre las representaciones de los problemas y las prácticas de producción de conocimiento, y es así como se establecen dos dimensiones de los problemas públicos: una cultural y una organizacional. La dimensión cultural refiere a la significación de los hechos, su interpretación y su intervención, mientras que la organizacional refiere al “patrón de actividades a través del cual el fenómeno se vuelve accesible y es sistematizado en teoría y datos” (Gusfield, 2014, p. 32).

El otro aporte conceptual relevante que se encontró para el marco teórico de esta tesis es el realizado por Oscar Oszlak y Guillermo O'Donnell (1995), quienes se han centrado en el estudio de las problemáticas a través del análisis de las políticas estatales y su impacto en la arena pública. Estos autores destacan como relevante el papel del Estado en cuanto a la problematización de algunos temas y el rol que juega frente a otros actores que toman el problema, y para ello tratan de rastrear el surgimiento histórico de la cuestión (período de iniciación) para relevar quién la reconoció como problemática, cómo se difundió la visión y quién —y sobre la base de qué recursos y estrategias— logró convertirla en cuestión.

Desde esta perspectiva, plantean que “el examen de este ‘período de iniciación’ puede enriquecer nuestro conocimiento sobre el poder relativo de diversos actores, sus percepciones e ideología, la naturaleza de sus recursos, su capacidad de movilización, alianzas, conflictos y sus estrategias de acción política” (Oszlak & O'Donnell, 1995, p. 111). Para ello resulta fundamental poner de relieve la toma de posición por parte del Estado para el planteo y la resolución del problema. Esta posición no es unívoca y sus objetivos pueden sufrir variadas

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

interpretaciones por parte de varios estamentos del Estado, pero su inserción en la agenda estatal delimita la relevancia en el ámbito público a través de dos cuestiones: el respaldo de normas de cumplimiento supuestamente obligatorio y la repercusión sobre la sociedad entera; a la vez, genera procesos horizontales en las distintas dependencias sobre los posicionamientos y verticales en cuanto a atribuciones de competencias y asignación de recursos para la posible solución.

La teoría de Pierre Bourdieu (1994) puede complementar la comprensión de la construcción de los problemas sociales introduciendo las diferencias de poder de los actores sociales alrededor de una problemática y el modo en que estas juegan un papel determinante en la toma de posición o en la imposición de una temática. Este enfoque introduce la complejidad de las posiciones de poder en un campo determinado y el modo en que estas son el resultado de disposiciones de acción adquiridas en un anterior proceso de socialización. Además, ayuda a develar las lógicas subyacentes a las prácticas y los discursos alrededor de una problemática social.

También se toma como relevante para la conformación de nuestro objeto la noción de imaginario social de Cornelius Castoriadis (1994) que alude al conjunto de significaciones por las cuales un colectivo (grupo, institución, sociedad) configura sus universos de sentido. Está constituido por una multiplicidad de significaciones imaginarias sociales que operan como organizadoras de sentido de una sociedad o un colectivo particular. No operan en el plano de la conciencia reflexiva, sino que trabajan en lo implícito y configuran las naturalizaciones a través de las cuales una sociedad establece líneas de demarcación de lo lícito y lo ilícito, lo permitido y lo prohibido, lo normal y lo anormal, lo bello y lo feo, lo sano y lo enfermo. Si bien algunos universos de sentido tienen larga permanencia histórica, pueden transformarse incluso radicalmente. Dadas estas características, forman uno de los elementos constitutivos de las subjetividades.

Por último, en cuanto al abordaje específico de la problemática, interesa rescatar el trabajo de los sociólogos Joan Estruch y Salvador Cardús, quienes abordan la temática en su libro *Los suicidios* (1982). Estos autores realizan un profundo desarrollo y ponen en tensión diversos aspectos que estructuran el suicidio como un problema, así como proponen la pluralidad de “los suicidios” como enfoque, ya que sería imposible aunar en una única entidad hechos tan diversos como los que ocurren cuando las personas se quitan la vida.

De este modo se delimita el marco conceptual para emprender este estudio que analizó material documental y bibliográfico, como también las voces de los actores clave, en pos de la

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

reconstrucción del suicidio como problema público. Las nociones de Gusfield sirvieron para caracterizar y demarcar la trayectoria y el recorte de un problema social. En tanto, Oszlak y O'Donnell posibilitaron comprender la relevancia del papel del Estado al tomar posición frente a la problemática. Las concepciones de Bourdieu aportaron al trabajo de las dimensiones del poder entre los distintos actores, y a través de la noción de imaginario social de Castoriadis se relevaron las significaciones que impregnan los sentidos alrededor de un fenómeno como el suicidio. Por último, el trabajo de Estruch y Cardús fue de relevancia para abordar las cuestiones más específicas de la problemática.

1.7. OBJETIVOS

1.7.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar el proceso de conformación del suicidio como problema público en Argentina con foco en el período comprendido entre los años 1990 y 2016.

1.7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las principales formas de intervención pública en relación con el suicidio, tales como programas, políticas y normativas sobre el tema.
- Reconstruir el modo en que el suicidio fue concebido y medido por parte del Estado y dar cuenta de su variación a lo largo del período analizado.
- Identificar y caracterizar en términos de su pertinencia institucional, disciplinaria y profesional a los actores que participaron en la conformación del suicidio como problema público en Argentina.

1.8. ANTECEDENTES

En cuanto a antecedentes que conforman el estado del arte de esta investigación se encuentran tres tipos de trabajos para referenciar a nivel local: los que abordaron el suicidio con una perspectiva similar, pero enfocados en otro período (principalmente, trabajos realizados por historiadores que rastrearon el suicidio como problema social a principios de siglo); los que utilizaron el mismo abordaje, pero con diferentes objetos de investigación

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

(estudios de problemas públicos), y los trabajos con diferentes abordajes, pero con el mismo objeto (trabajos sobre el suicidio).

El del tratamiento del suicidio como una problemática emergente en el ámbito público en Argentina no es un camino muy transitado dentro de las investigaciones académicas. Los principales trabajos en esta línea que son tomados como referencia son los de dos historiadores: la tesis de Marcelo Otero titulada *El suicidio en la ciudad de Buenos Aires: su nacimiento como problema social* (1991) y la de Julián Arroyo, *Los significados de la desesperación. Las representaciones del suicidio en Buenos Aires (1868-1903)* (2018). Ambos trabajos relatan en profundidad la emergencia del suicidio en el ámbito público de finales del siglo pasado en la ciudad de Buenos Aires.

En cuanto al grupo de trabajos con el mismo enfoque, pero con diferente objeto, es una referencia en el país la investigación de Juan Zabala *La enfermedad de Chagas en la Argentina: investigación científica, problemas sociales y políticas sanitarias* (2010). En su estudio, este autor describe la conformación y el surgimiento como problema de estudio e intervención de la enfermedad de Chagas en Argentina dentro de diversos campos del conocimiento, cuáles fueron sus enfoques y los recortes sobre el tema y, a la vez, cómo se determinaron las posibles intervenciones.

Otros autores que estudiaron la conformación de problemas públicos son Paz Cabral y Juan Antonio Acacio, cuyo trabajo *La violencia de género como problema público: las movilizaciones por “Ni una menos” en la Argentina* (2016) analiza la configuración de la violencia contra la mujer y el femicidio como problema público en Argentina, como también el impacto que tuvieron en la problemática las movilizaciones con el lema “Ni una menos”.

También se tomó como referencia la tesis de grado de Manuela Nogueira Expósito (2017), que estudia la obesidad a partir del análisis del problema público y toma como punto de partida la sanción de la Ley Nacional n.º 26 396 de Prevención y Control de los Trastornos Alimentarios. Al igual que este trabajo, el de Nogueira Expósito marca la sanción de una ley de prevención como un hecho destacable dentro del problema en la arena pública.

Son muchos los trabajos en el país que toman la problemática del suicidio desde diferentes perspectivas, desde las corrientes médicas higienistas de 1880 hasta las perspectivas más actuales, enmarcadas en la suicidología y ligadas a la prevención, con paso por enfoques psicoanalíticos y sociológicos. Gran parte de estas perspectivas se desarrollan en profundidad a lo largo de este trabajo, ya que conforman las diversas lecturas que tuvieron los

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

actores sobre el fenómeno. Estos desarrollos se dieron, en gran medida, como réplica de algunos enfoques que se gestaron en Europa y Estados Unidos.

El suicidio es un tema muy estudiado desde diversas disciplinas. Las más relevantes en nuestro país son las sociológicas, las psiquiátricas y las psicológicas. Dentro de estas últimas se enmarcan las psicoanalíticas o las del ámbito de la suicidología.

Estruch y Cardús plantean que toda teoría sobre el suicidio

Es, en buena medida, un ejercicio de reduccionismo, entendiendo por reduccionismo aquella forma (científica) de proceder que consiste en privilegiar unos factores determinados en detrimento de otras variables que permanecen, ya relegadas a un segundo plano, ya olvidadas, ya sencillamente ignoradas o rechazadas (1982, p. 44).

Una de las perspectivas más destacadas sobre el suicidio es la sociológica inaugurada por el trabajo del sociólogo francés Émile Durkheim. A fines del siglo XIX, Durkheim propuso una obra que retoma el trabajo de los “estadísticos morales” surgidos a fines del siglo XVII, que analizaban las cifras de los suicidios en distintas sociedades.

Este autor buscó la correlación del suicidio con otros factores para crear una perspectiva sociológica que le permitiera fundamentar coherente y abarcadoramente el papel que juega lo social en el fenómeno y alejarse de la perspectiva moralista de la época. Así, Durkheim demostró, sobre la base de estudios estadísticos, que el suicidio presentaba distintas tendencias en relación con cada grupo social. Su planteo dejó de lado las características individuales para dar lugar a la explicación del suicidio como fenómeno de la sociedad.

Los factores sociales juegan, así, un papel preponderante para dar cuenta de la variación en las tasas de suicidio en cada localidad. En su estudio, Durkheim llegó a la conclusión de que las sociedades que mantienen una cohesión social son las que presentan tasas más bajas, por lo cual la integración social de sus miembros tiene un papel fundamental en el modo en que se exprese el fenómeno en cada comunidad. Este autor distingue tres tipos de suicidio: los suicidios egoístas (cuando el sujeto no logra integrarse a la sociedad), los suicidios altruistas (a raíz de una integración excesiva a la sociedad que deja al sujeto incapaz de responder a las demandas que esta le impone) y, por último, los suicidios anómicos (resultantes del cambio social que lleva a la inestabilidad moral y las pérdidas de normas claras para integrarse a la sociedad). A través de este último, Durkheim (2014) introduce el concepto de anomia como la débil estructuración del grupo que impide el desarrollo de ciertos individuos en la trama social.

Luego del trabajo de Durkheim se mantuvo cierta continuidad de su perspectiva con algunas modificaciones por algunos de sus discípulos, como Maurice Halbwachs (1930), quien trabajó sobre las relaciones entre las causas de los suicidios.

En Estados Unidos, la escuela de Chicago hizo su aporte al formular lo que se conoce como “enfoque ecológico”, que amplía en varios niveles de comprensión las problemáticas sociales desde el individuo hasta la comunidad entera. También alcanzó una conclusión similar a la de Durkheim al mostrar que la desorganización social y la rotación/movilidad de los habitantes generaban contextos más propensos al suicidio (Bonaldi, 2006).

Andrew Henry y James Short (1954), por otro lado, demostraron la correlación de los suicidios y homicidios con los períodos de recesión económica, y probaron que las clases altas son más propensas al suicidio y las clases bajas, al homicidio⁴. A la vez unificaron los factores que originan tales comportamientos y los diferenciaron en su objeto de agresión.

Desde el emblemático trabajo de Durkheim en adelante, la perspectiva sociológica permitió dar cuenta de la influencia del contexto social en el fenómeno, un paso más allá del enfoque moral de sus antecesores y a través de un marco teórico específico como el papel de la sociedad en relación con este hecho. Hay que recordar que el suicidio sirvió a Durkheim como ejemplo de metodología para poder estudiar otros fenómenos. Según Jean Baechler (1975), al sociólogo francés no le interesaba el suicidio en sí ni, menos aún, los suicidas: su interés primordial era la sociología como ciencia capaz de estudiar estos.

A nivel local, el trabajo de Durkheim fue una fuente a la que acudieron muchos autores —ya sea para discutir sus ideas o para retomar sus planteos—, desde la criminología de Licurzi (1942) o Tozzini (1969), con paso por la lectura psicoanalítica de Garma (1943), hasta los trabajos más actuales de Bonaldi (1998), Orellano (2005) o Martínez (2007).

La psiquiatría es otra de las ramas del saber que tomó relevancia en cuanto a la lectura de este fenómeno, que lo ubicó siempre en relación con la enfermedad mental, ya entendiendo el suicidio en sí mismo como enfermedad o como consecuencia de ella. Para Jean-Étienne Dominique Esquirol, uno de los padres de la psiquiatría francesa, todo suicidio se da en estado de delirio (citado por Estruch & Cardús, 1982, p. 51). Por su parte, Henri Ey sostiene que los suicidios se pueden dar en condiciones psíquicas variadas, tanto en los trastornos depresivos o ansiosos como a modo de reacción frente a ciertas ideas o creencias (Barrionuevo, 2009).

⁴ Este aspecto es, de algún modo, similar a las observaciones argumenta Licurzi (1942, p. 11) en su libro sobre la temática.

François Achille-Delmas, en su libro *Psicopatología del suicidio* (1932), afirma que para suicidarse hay que estar alienado y que el suicidio se da en dos tipos de personas: los ciclotímicos, categoría que engloba las personas depresivas, melancólicas, angustiadas, inquietas e inseguras, y los hiperemotivos, que son aquellas que reaccionan de manera extrema frente a situaciones conflictivas.

El entendimiento del suicidio como una enfermedad tuvo gran impacto en las primeras lecturas sobre el fenómeno que hicieron los alienistas y médicos legales (Licurzi, 1942; Otero, 1991; Arroyo, 2018), y mantuvo cierta continuidad incluso por algunas líneas psicológicas.

Dentro de las líneas psicológicas, el psicoanálisis es una de las que más impacto ha tenido en los enfoques desarrollados en el país, sobre todo en el período entre 1930 y 1990. Sigmund Freud, su fundador, nunca tomó explícitamente el tema más allá de una intervención en un simposio en Viena, en 1910, a raíz de suicidios escolares. Allí planteó que se suicidan quienes perdieron toda esperanza de ser amados y que nadie se mata sin querer que otros también mueran o sin que esa muerte sea deseada por alguien. Luego, en su trabajo *Duelo y melancolía*, del año 1915, Freud hizo un desarrollo de la melancolía como conflicto psíquico en el que pondrá en juego las nociones de pulsión de muerte y superyó, que pueden traer como consecuencia la aniquilación del yo mediante un suicidio. Según este autor, el superyó dirige las pulsiones hostiles hacia el yo, que se vuelve objeto de estas, que, a su vez, tienen su origen en la hostilidad hacia un objeto de amor.

Karl Menninger es uno de los autores dentro de esta rama que estudió el suicidio. Este psiquiatra estadounidense distinguió tres dimensiones del fenómeno: el deseo de morir, como las ansias de escapar o alejarse del conflicto; el deseo de matar, como las pulsiones hostiles desviadas hacia uno mismo, y el deseo de ser matado, como la necesidad de punición o castigo arraigada en la culpabilidad (Menninger, 1993).

Uno de los abordajes que más impacto tuvieron en el desarrollo del tema a nivel global y con impacto local es el de los desarrollos surgidos a partir de una disciplina o rama del saber llamada suicidología. Este enfoque surgió en la década de 1960, en Estados Unidos, y sus principales precursores fueron Edwin Shneidman y Norman Farberow.

La suicidología se instituyó como un cambio de enfoque en el abordaje del suicidio, que, si bien ya era un tema científico y se alejaba de las concepciones populares y religiosas, todavía no encontraba una metodología consistente en su abordaje, que ofrecía múltiples

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

respuestas contrapuestas.⁵ En ese momento se mantenía una ligazón bastante fuerte entre la psicosis y el suicidio, a la vez que no había un estudio claro del fenómeno en cuanto a las posibilidades de pensarlo como una conducta con determinadas características y pasible de prevenir. Este último punto es lo que hizo que esta escuela ganara cada vez más peso, ya que proponía herramientas de intervención específicas para la prevención del suicidio.

“El estudio del suicidio no debía centrarse solamente en la muerte del sujeto, sino también en el momento de su planeación y en los rastros materiales y textuales que este dejaba” (Chávez-Hernández & Leenaars, 2010).⁶ A partir de este enfoque preventivo surgen conceptos como ideación suicida, posvención, intento de suicidio, personalidad suicida, parasuicidio, etc., que tuvieron cada vez más peso en las diversas caracterizaciones del fenómeno.

En Argentina tomaron sus desarrollos referentes a nivel local a partir de 1990. En la actualidad, ha logrado cierta inserción académica a través de posgrados de universidades como la de Flores o Palermo.

La sociología, la psiquiatría, el psicoanálisis y la suicidología se encuentran entre los enfoques que más relevancia obtuvieron en el tratamiento del tema en el ámbito público en nuestro país.

5 Al día de hoy se mantienen posturas contrapuestas sobre el fenómeno, muchas de las cuales conservan similitudes con las discusiones que se mantenían. No obstante, algunos aspectos —como, por ejemplo, la prevención— parecerían más saldados que otros.

6 Es importante recordar que los primeros acercamientos de Shneidman al suicidio fueron a través del análisis de las cartas que dejaban los suicidas (Chávez-Hernández & Leenaars, 2010).

2. METODOLOGÍA

La estrategia metodológica propuesta se enmarca principalmente dentro del conjunto de los estudios cualitativos, que se proponen reconstruir el sentido de los fenómenos, por los cuales se busca discernir el modo en que el mundo social es interpretado, comprendido, experimentado y producido, sostenidos por métodos de análisis y explicaciones que abarcan la comprensión de la complejidad, el detalle y el contexto (Stake, 1995).

También se realizó una triangulación con datos estadísticos, ya que, desde el marco conceptual planteado, se entiende que las cuantificaciones del fenómeno son un aspecto central de definición del problema (Gusfield, 2014). Principalmente se relevaron los datos estadísticos de la franja 1990-2016, que es aquella en la que se encuentran los datos más sistematizados del fenómeno a nivel nacional y, a la vez, en la que más relevancia tuvieron los procesos de configuración del suicidio como problema público.

Esta tesis se encuadra dentro de los estudios de tipo descriptivo y exploratorio, definidos como estudios de caso, a partir de datos primarios y secundarios (Stake, 1995; Valles Martínez, 1997). El estudio de caso se caracteriza como una forma de investigar un fenómeno contemporáneo inserto en su contexto teniendo en cuenta sus particularidades. El caso no necesariamente es entendido en un sentido individual o como una abstracción, sino como un recorte del investigador estructurado en lo discursivo, en un contexto histórico particular y reproducido en sociedad; así, se convierte en una forma apropiada para abordar un objeto o fenómeno en toda su complejidad y demarcando un espacio de significaciones producidas a través del tiempo, que necesita más de la interpretación comprensiva que de la medición estadística.

La investigación se realizó a través de tres técnicas: un análisis documental, el mapeo de actores y entrevistas semiestructuradas a informantes clave, e incluye una complementación con datos estadísticos obtenidos siguiendo las principales características de ocurrencia del fenómeno.

En cuanto al análisis documental, se lo entiende como una estrategia metodológica de obtención de información centrada en el análisis de registros simbólicos y escritos destinados a registrar diversas facetas del contexto social al cual se pretende “interrogar” (Valles Martínez, 1997). Se caracteriza por la recolección, la descripción y la síntesis de un conjunto de fuentes secundarias que, usualmente, son producto de investigaciones (artículos científicos, libros, noticias en periódicos, tesis, reportes institucionales, resoluciones, leyes, etc.). Si bien son diversos los interrogantes que orientan la adopción de esta metodología, estos suelen

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

vincularse con indagar qué y cuánto se ha producido en cierta área de conocimiento, cómo se lo ha investigado y qué resultados se han encontrado.

Se entiende los documentos escritos con un doble objetivo: transmitir mensajes y compilar información. Este material o corpus documental fue considerado tanto en relación con su contexto de producción como con la finalidad que ha desempeñado (Trias Mercant, 1995). Esta técnica es la predilecta para este tipo de estudio, ya que permite abordar las instituciones públicas con solvencia debido a que se encuentran, frecuentemente, orientadas a la producción de documentos escritos de diversos tipos, desde resoluciones internas hasta publicaciones para la difusión pública o académica.

Las principales fuentes documentales para este estudio fueron proyectos de ley, resoluciones ministeriales, protocolos de abordaje, tesis de investigación, artículos científicos, agendas de jornadas, programas de capacitación, noticias periodísticas y todo aquel documento que las instituciones públicas o privadas hayan difundido en el ámbito público, tomando como relevante la institucionalidad estatal que hayan llegado a tener ciertas intervenciones. Se clasificaron los ámbitos de relevancia (educación, salud, seguridad, justicia, medios de comunicación).

La otra técnica utilizada fue el mapeo de actores clave. Los actores sociales pueden ser personas, grupos u organizaciones que tengan o hayan tenido algún tipo de interés en un proyecto o programa.⁷ Estos pudieron influir significativamente para que una situación se manifieste. Los actores clave son los agentes y actores sociales que pueden ejercer su poder o su liderazgo para afectar el proceso político —ya sea a favor o en contra— y aquellos otros actores para quienes el proceso es importante.

Es necesario especificar en función de qué se hace la identificación de los actores. Para este proyecto se entrevistó a actores que, a través de su recorrido, han logrado colocar el suicidio como problemática en el ámbito público y se los identificó relevando su conocimiento sobre el tema, sus intereses y posiciones, su inserción en el campo y sus alianzas en relación con el proceso estudiado.

De acuerdo con Eugene Bardach (1998), el análisis de los actores es un proceso en el que se analiza principalmente información cualitativa recabada para:

7 “Un actor es toda unidad generadora de acción o relación social, sea un individuo o un todo colectivo (grupo, asociación, etc.) que enlaza a su acción un sentido subjetivamente mentado, consciente o inconscientemente” (Tapella, 2007, p. 3).

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

- determinar sus intereses en relación con la propuesta política o con el proyecto —sea un proyecto de investigación, de desarrollo o una propuesta política de información—;
- identificar los actores clave que ejercen una mayor influencia por su poder o liderazgo, y
- determinar los temas o puntos más importantes para el diseño, el desarrollo o la implementación de la política o el proyecto.

Las características de los actores que deben tomarse en cuenta para el análisis son:

- su conocimiento de la propuesta o proyecto;
- sus intereses relacionados con la propuesta o proyecto;
- sus posiciones políticas a favor o en contra del proyecto;
- sus alianzas reales o potenciales con otros actores, y
- sus posibilidades de ejercer poder o su liderazgo para afectar el proceso.

El énfasis de un mapa de actores está puesto en la comprensión de los diversos tipos de relaciones o la agrupación entre sujetos, densidades o discontinuidades en las relaciones y, también, en las diferencias en los contenidos de las relaciones entre los actores. Con esto no solo se busca tener un listado de los diferentes actores que participan en una iniciativa, sino también conocer sus acciones y los objetivos de su participación. Para realizar un mapa de actores se toma toda información proveniente de diversos documentos como leyes, agendas, resoluciones, proyectos, investigaciones, guías, etc.

En cuanto a las entrevistas, se consideró informante clave a toda persona que, a través de su experiencia debida a alguna institución o una investigación, pudiese dar cuenta del objeto de estudio recortado para esta tesis. Para esta investigación se entrevistó a expertos en la temática, exfuncionarios, legisladores y técnicos de distintos ministerios a niveles provinciales y nacionales e instituciones que abordaron la problemática del suicidio.⁸

⁸ Fueron entrevistados los siguientes actores clave: licenciada Diana Altavilla (experta en la temática, coordinadora del CAFS), licenciado Martín Álvarez (Fundación Manos Unidas por la Paz, integrante de la Red Argentina de Suicidología), licenciada María Fernanda Azcoitia (actual presidenta del CAS, experta en la temática, doctor Héctor Basile (experto en la temática, integrante de la Asociación de Psiquiatras Argentinos), licenciado Carlos Boronat (ex presidente del CAS, experto en la temática), magíster Mariano Copo (asesor experto técnico de la Dirección de Bienestar de las Fuerzas de Seguridad, Ministerio de Seguridad de la Nación), doctor Antonio Di Nanno (ex funcionario del Ministerio de Salud de la Nación, coordinador del área de Salud Mental y Comportamiento Saludable), doctor Mario Fiad (senador de la nación por la provincia de Jujuy, autor de la Ley Nacional n° 27 130 de Prevención del Suicidio [República Argentina, 2015]), doctor Gustavo Girard (ex funcionario del Ministerio de Salud de la Nación, coordinador del PNSIA entre 2007 y 2009), licenciada Tania Godoy (Programa de Orientación Escolar Salta), doctora Beatriz Greco (ex funcionaria del Ministerio de Educación de la Nación), licenciada Laura Gutiérrez (profesional del equipo de la DNSMYA), licenciado Daniel

La entrevista semiestructurada en profundidad es una técnica apropiada para dar cuenta de los marcos referenciales de los actores a partir de sus discursos. Estos permiten construir, a partir de nuestras categorías teóricas, preguntas, imaginarios, temas y consideraciones significativos para profundizar el análisis. Bruce L. Berg (2001) señala que estas entrevistas son particularmente útiles para fenómenos que no pueden ser observados de forma directa y que brindan un acceso privilegiado a cómo la gente piensa o siente respecto de un tema específico, de manera que a través de ellas no se accede de forma directa a lo estudiado, sino a las percepciones, los imaginarios o las sensaciones que tengan o comuniquen los entrevistados. Estas impresiones, cuando se trabaja retrospectivamente, tampoco han de ser consideradas como equivalentes a las que el mismo entrevistado pudiera tener en el momento de fenómeno, sino como una actualización matizada por sus experiencias, aprendizajes, relaciones sociales, olvidos y otras experiencias vitales.

Esta técnica permite que el entrevistador desarrolle, adapte y genere preguntas apropiadas para la situación de entrevista que permitan abordar el propósito central de la investigación. Estas preguntas, inicialmente, pueden encontrarse en un orden consistente y sistemático, pero esto puede ser alterado según las necesidades del entrevistador (Darlington & Scott, 2002). En las entrevistas semiestructuradas, las preguntas se plantearon de forma estandarizada y generaron un foco de interés hacia el que se orientó la conversación. Se realizó un trabajo de recopilación de la obra o publicaciones del entrevistado con relación al tema.

A través de estas tres técnicas se configura este estudio, cuyo objetivo es reconstruir el proceso sociohistórico de conformación del suicidio como problema público en Argentina en el último siglo.

Korinfeld (autor del material *Acerca de la problemática del suicidio de adolescentes y jóvenes. Un enfoque para su abordaje desde el campo de la educación* [Ministerio de Educación de la Nación, 2014a]), licenciada Elida Marconi (ex directora de la DEIS), licenciado Carlos Martínez (experto en la temática, autor del libro *Introducción a la suicidología* [Martínez, 2007]), licenciada Mariana Rodríguez (personal del Servicio de Salud Mental del hospital Melchor Figueroa de Comejo, de Rosario de la Frontera), licenciada María Rosner (profesional parte del equipo del PNSIA que coordinó el comité de expertos del año 2011), magíster Adrián Santoro (profesional del equipo de la DEIS), oficial Jorge Scalzo (presidente de la Red Argentina de Suicidología), licenciada Miriam Solá (profesional del equipo de la DNSMYA, autora de varios artículos de análisis epidemiológicos sobre el suicidio) y doctor Fernando Zingman (ex funcionario del Ministerio de Salud de la Nación, coordinador del PNSIA entre 2010 y 2015).

3. TRAYECTORIA DEL SUICIDIO COMO PROBLEMA PÚBLICO

El suicidio es un fenómeno que siempre revistió cierta polémica. Como plantea la antropóloga Livia Vitenti (2016), “los actos suicidas poseen una lógica históricamente y culturalmente localizada y que revela aspectos también de la estructura moral de un grupo social particular”.

Aunque el suicidio viene siendo planteado ya hace tiempo como problema o problemática a nivel global, autores como Estruch y Cardús hacen una pregunta que abre un campo de posibilidades: “¿para quién?”.⁹ Para el suicida, el quitarse la vida muchas veces se configura más como una solución; sin embargo, el hecho del suicidio, más allá del individuo, arroja un problema dirigido principalmente a los demás, a la sociedad en su conjunto, y se erige así como un problema social.¹⁰ Interpelando a toda la sociedad, ya que impacta en su marco axiológico, es decir, en el conjunto de principios morales de una sociedad que dan autoridad, legitimidad o reprobación a las acciones de sus miembros (Arroyo, 2018).

Desde la religión católica, la respuesta a este problema fue la condena. En el año 452, se consideraba el suicidio como un acto inspirado por el demonio y se solía negar la sepultura a quien lo cometía, así como, en algunos países, se quitaba a los herederos la posibilidad de realizar la sucesión de bienes (Cecenarro & Scidá, 2008). Todo esto dio lugar a un muy fuerte estigma social alrededor del acto suicida.

Para el siglo XVII, posturas distantes de la perspectiva religiosa (principalmente, el pensamiento laico) planteaban que los suicidios podrían ser valorados como legítimos.¹¹ Así, el suicidio pasó de considerarse un pecado a establecerse como un problema moral o filosófico para, luego, devenir un objeto de estudio de diversas disciplinas (Andrés, 2003; Arroyo, 2018).

La construcción social de los problemas públicos se da en un proceso sociohistórico (Gusfield, 2014), por lo que se hace necesario trazar el recorrido que tuvo el fenómeno en su dimensión problemática en la arena pública marcando ciertos acontecimientos y procesos que hicieron del suicidio una problemática relevante. En este sentido, en este apartado se recorre la trayectoria que tuvo el suicidio como problema social en la Argentina, donde mantuvo una

⁹ “El suicidio no es, en el fondo, tanto un problema individual cuanto un problema social: el suicidio, más que plantearle un problema al individuo que se mata, nos lo plantea a los demás” (Estruch & Cardús, 1982, p. 25).

¹⁰ Para estos autores convendría más hablar de “los suicidios” que de “el suicidio”, ya que la pluralidad puede ayudar a la comprensión de las complejas configuraciones que se dan en cada caso.

¹¹ Es destacable que el filósofo escocés David Hume (1711-1776) haya sido uno de los que defendieron el suicidio como posibilidad del libre albedrío (Hume, 2017).

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

fluctuante relevancia en el ámbito público y fue leído por diversos actores en distintos contextos.

Así se retoman las primeras instancias de discusión alrededor del tema, que se dieron a partir de 1880 en Argentina, en la ciudad de Buenos Aires, donde las especialidades médicas lo establecieron como un problema social emergente en el contexto de un exponencial crecimiento poblacional de la ciudad, para, luego, dar cuenta de la llegada al país de perspectivas psicológicas como el psicoanálisis, que ofrecieron una particular lectura clínica, subjetiva y muchas veces individual del fenómeno a través de diversos autores.

Por otro lado, se destaca la relevancia que tuvieron en la década de 1930 los suicidios de notables celebridades, hechos que impactaron en la opinión pública del momento.

Por último, se hace un desarrollo del fenómeno en organismos internacionales como la OMS, la ONU y el IASP y del surgimiento del CAS como primera institución argentina abocada a la prevención del suicidio.

3.1. EL SUICIDIO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES ENTRE 1880 Y 1910

El del suicidio fue un tema que, postulado como un problema social, adquirió una notoria relevancia pública entre finales del siglo XIX y principios del XX en la ciudad de Buenos Aires. Así lo describen las investigaciones realizadas por los historiadores Otero (1991) y Arroyo (2018). En dichos estudios se reconstruye el modo en que el fenómeno comenzó a discutirse en varios círculos de especialistas de la salud —entre ellos, los forenses, los alienistas y los higienistas— que se hicieron con la propiedad del tema.¹²

Siguiendo a Gusfield (2014), la propiedad sobre un tema se relaciona con el poder, la autoridad y la influencia para definir la realidad del problema que tienen los actores sociales. Muchas veces, esta propiedad del problema genera conflictos o tensiones entre quienes plantean el problema público y convocan a la acción pública: estos actores gozan de credibilidad por sobre otros. Además, la propiedad sobre un tema delimita la responsabilidad sobre este, desde determinar sus causales hasta evocar a quién debería brindarse una solución al respecto.

La preocupación por el suicidio se dio a partir del aumento considerable de casos en la ciudad de Buenos Aires, que puso de relieve las cuestiones sociales alrededor de la

12 “El suicidio atrajo sobre sí la ‘mirada’ de la ciencia hacia fines del siglo pasado [siglo XIX] adquiriendo estatus de ‘problema social’. Fueron los ‘médicos’ los primeros en dar relevancia al fenómeno, en interpretarlo, en medirlo, en intentar controlar su rápido incremento abordándolo originalmente desde diferentes perspectivas” (Otero, 1991, p. 11).

problemática y generó teorías muy cercanas a las de Durkheim (sin conocer aún su obra). Varios destacados médicos de ese momento, como José María Ramos Mejía, lo leyeron como un problema principalmente social, relacionado con la transformación de Buenos Aires en una gran urbe a partir de las primeras grandes olas de inmigración y con las complicaciones que esto acarrearba. Así se configura la emergencia del suicidio en la arena pública de la Argentina de fines del siglo XIX y da lugar a diversas de lecturas del fenómeno y hasta a algunas intervenciones destacables, como su primer registro estadístico o la regulación en los medios de comunicación al respecto.

Ya hacia principios de siglo XX, el número de suicidios se volvió una tendencia en descenso, así como la preocupación por el tema. A partir de entonces se dio un viraje en las concepciones dominantes sobre el suicidio hacia una perspectiva psicológica e individual, preocupada por la comprensión intrapsíquica del fenómeno. Así, mantuvo un lugar más restringido en la arena pública, y se volvió objeto de estudio de especialistas de los ámbitos de la psicología o el psicoanálisis principalmente.

3.1.1. EL HIGIENISMO

Hacia fines del siglo XIX surgieron especialidades médicas que, más allá de mantener una perspectiva técnica y teórica sobre la salud de la población, cobraron especial relevancia en la función de reformadoras sociales al desempeñarse como marcadoras morales de la época. Entre estos nuevos expertos, los médicos higienistas se destacaron como especialistas de una reforma social. Fueron ellos quienes forjaron la metáfora del “cuerpo social” y bregaron por erradicar desde un imaginario positivista todos los factores desfavorables al progreso humano (Vezzetti, 1985). Desde ese posicionamiento, ubicaron el suicidio como síntoma del malestar moral de la sociedad.

Cabe destacar que esta especialidad se desarrolló dentro de la consolidación de la criminología como práctica y movimiento teórico que buscaba, desde una perspectiva positivista, ordenar la sociedad en pos de la idea de progreso y trataba problemáticas¹³ sociales complejas como entidades patológicas de la sociedad.¹⁴ Su función estaba guiada por la ciencia y los ideales filantrópicos. Así, el higienismo ocupó dos escenarios: uno más ligado

13 “La consolidación de esta práctica y movimiento teórico se relaciona íntimamente con la cuestión de la economía agroexportadora, ya que los criminólogos positivistas tenían sus esperanzas puestas en la reinserción de los delincuentes en el sistema productivo debido a que eran necesarias grandes cantidades de obreros y operarios” (Espinoza, 2017, p. 3).

14 El doctor Gaché, presidente del Círculo Médico Argentino en 1884, declaraba el suicidio como una “epidemia social” a partir del análisis de los primeros registros estadísticos sobre el fenómeno (Otero, 1991).

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

a la elite dominante y otro, como la “voz” de la población más necesitada (Vezzetti, 1985, p. 69).

Gran parte de la preocupación de ese momento estaba relacionada con las olas de inmigración que ingresaban al país y se afincaban en la ciudad de Buenos Aires, lo que causó un acelerado proceso de urbanización y generó espacios hacinados y carentes de higiene e intimidad, donde rápidamente comenzaron a emerger problemas sociales como la locura y el alcoholismo, que, para los expertos de la época, tenían una relación directa con la alta tasa de suicidios que se iniciaba en la ciudad. El gran repertorio de cuestiones que se trataban marcaba la referencia con “la mala composición de la sociedad argentina y la necesidad de armonizar y educar la masa inmigrante” (Vezzetti, 1985, p. 69).

3.1.2. LA MEDICINA LEGAL

Otra escuela médica que estudió el fenómeno del suicidio fue la de la medicina legal, ligada a los médicos forenses y cuyo representante más destacado es el doctor Eduardo Wilde, quien fuera titular de la cátedra de esa materia dentro de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. En general, su enfoque se relacionaba más con la determinación de una patología mental, a la que Wilde llamaba “la exaltación de las pasiones” y que muchas veces era relacionada con el estilo de vida en el mundo urbano.

3.1.3. LOS ALIENISTAS

Otra mirada de la época sobre el fenómeno es la de los alienistas. Esta escuela, cuyos referentes son los franceses Pinel y Esquirol, llegó a la Argentina principalmente de la mano del doctor Meléndez. Su perspectiva sobre la locura estaba basada en lo acontecido en los asilos de los dementes, también llamados “loqueros”. Con una lectura más moral que orgánica, los alienistas proponían el tratamiento de las pasiones (Vezzetti, 1985). Dentro de esta escuela, José Vásquez fue quien trabajó el suicidio, al cual enmarcó como una entidad mórbida dentro de las patologías mentales que llamó “suicidomanía”. Para este autor, el suicidio no podía ser meditado por la razón de que era un acto de plena locura (Arroyo, 2018).

Además de estas corrientes, la problemática del suicidio fue abordada por destacadas personalidades médicas de la época que representaban el discurso oficial y autorizado sobre las problemáticas. Un célebre médico argentino que propuso una perspectiva diversa sobre la temática fue Ramos Mejía. Su interpretación darwinista del fenómeno era la de una selección natural del tejido social. Ramos Mejía sostenía que, frente al mundo cambiante, el hombre

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

vive nuevas y diversas presiones sociales. Esto hace que, a quienes no puedan soportarlas, les queden dos caminos: la locura o el suicidio. Sin embargo, Ramos Mejía reservaba el derecho de quitarse la vida en casos extremos como el de un militar que ha perdido sus genitales o el de un hombre que ve venir la locura. Así, las lecturas de los suicidios serían muy diversas dependiendo de la clase social a la que perteneciese el suicida:

En el caso de los suicidios, solo en las clases altas o en grupos socioprofesionales prestigiosos parecía existir cierto “derecho al suicidio”; en otros grupos y clases, solo era un indicador de degradación moral, alienación o la existencia de algún “vicio”.

Así, la muerte de Catón será un acto sublime, y hasta la ingesta de alcohol por algún artista como parte de su proceso de inspiración; posteriormente, el suicidio de Leandro Alem será una actitud ejemplar, o la autoeliminación del joven profesional que, creyéndose una segura víctima de la locura hereditaria, no quiere ser una carga para su familia ni para la sociedad. Pero el inmigrante agobiado por sus desventuras económicas que se ahorca en el parque Tres de Febrero o la empleada doméstica que, víctima de un engaño amoroso, decide envenenarse y apenas puede redactar una nota de despedida serán blanco de todo el arsenal terminológico científico moral, que los definirá como cobardes, débiles mentales, alienados y hasta delincuentes, presentando escasa atención o hasta descalificando sus descargos rudimentarios cuando los hay (Otero, 1991, p. 120).

Otro célebre médico implicado en la problemática fue el doctor Emilio Coni. Presidente de la Sociedad Médica Argentina y director de la Asistencia Pública de la ciudad de Buenos Aires entre 1891 y 1893 (Vezzetti, 1985), Coni fue uno de los primeros en marcar la posibilidad de imitación de la conducta suicida y propuso la limitación de su difusión en prensa y medios gráficos en su *Código de higiene y medicina legal* (1891).

En general, todas las perspectivas médicas recurrieron a las pasiones como origen del fenómeno; algunos especialistas, con base en lo social (higienistas), y otros, en la patología particular (alienistas, medicina forense).¹⁵ A la vez, se comenzó a medir el fenómeno a través del registro de mortalidad de los médicos forenses. Cabe destacar que los registros más antiguos de este hecho datan de principios de 1880 y son de la ciudad de Buenos Aires.

Lo ocurrido en la ciudad de Buenos Aires a finales del siglo XIX puede configurarse como un punto de inicio en cuanto a la presentación del suicidio como un problema dentro del ámbito público. En un Estado muy diferente y más pequeño que el de la actualidad, sin una cartera sanitaria que atendiera asuntos específicos de salud, fue el sector médico, con sus diversas escuelas, que asumió la rectoría del problema y propuso los enfoques para su lectura.

¹⁵ Estas lecturas del fenómeno, si bien distan de los desarrollos actuales alrededor del tema, encuentran en gran medida correlación en algunos posicionamientos más recientes.

3.1.4. UN CAMBIO DE RUMBO EN LA FORMA DE ABORDAR EL SUICIDIO (1910-1930)

A partir de 1910, de manera gradual, el fenómeno perdió interés en el sector médico y, paulatinamente, varió su enfoque y se volvió más particular, clínico e individual.

Si bien no desaparecen los trabajos sobre suicidio en la ciudad de Buenos Aires, no solo son menos frecuentes, sino que las perspectivas son diferentes y la preocupación por la propagación del fenómeno o por los aspectos profilácticos es casi inexistente, principalmente en las décadas de 1910 y 1920 (Otero, 1991, p. 129).

Durante el nuevo milenio, la escuela higienista, principal propulsora de la lectura social del fenómeno, fue perdiendo relevancia. A partir de 1900, el descubrimiento de Louis Pasteur que permitió elucidar la etiología de las enfermedades infecciosas dio lugar a un nuevo paradigma médico que dejó gradualmente atrás los principios higienistas de mirada más social y pública para volcarse a la reducción a la etiología de la enfermedad en el germen.¹⁶

A la vez, en el país se produjo una tendencia en baja de la tasa de suicidios de la ciudad de Buenos Aires —que, luego, repuntó al acercarse la década de 1930—. Esto hizo que las preocupaciones se centrasen en las variables alrededor de los suicidios (si morían más niños que ancianos, más hombres que mujeres) o en los medios de autoeliminación. De hecho, en 1927, el doctor Antonio Rossi publicó el primer artículo que trataba el suicidio en niños, lo que dio lugar a una emergente preocupación por un hecho que, antes, aparecía como excepcional. También comenzaron a aparecer algunos trabajos como los de Raimundo Bosch, que introdujeron una etiología de factores, como los trastornos de identidad sexual, así como la relación entre la menstruación y los suicidios femeninos (Otero, 1991).

Cerca de la década de 1930 aconteció en la ciudad lo que se llamó “la moda de los barbitúricos”: varias personas se suicidaron consumiendo cianuro de potasio (un producto de fácil acceso en farmacias), lo que desplazó las armas de fuego del primer puesto en las estadísticas de los medios usados para la autoejecución¹⁷ y produjo, ya en 1928, dos de las

16 “A partir de las primeras décadas de 1900, el modelo flexneriano, basado en el paradigma pasteuriano, comienza a moldear las prácticas médicas vigentes en la actualidad, y se produce así el paulatino abandono de los principios higienistas de neto carácter público para reducir la enfermedad al espacio de lo privado y de lo individual” (Spinelli, 2005).

17 Esto sucedió de forma increíblemente rápida: de no figurar como método, en 1925, el cianuro de potasio pasó al 35 % solo tres años después (Otero, 1991, p. 131).

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

primeras prohibiciones propuestas: la venta de cianuro de potasio y el tratamiento periodístico de cualquier caso de suicidio (Otero, 1991, p. 131).

A la vez, comenzaron los acercamientos de los médicos al psicoanálisis como método novedoso de tratamiento. Esta corriente teórica logró tener cada vez más lugar en Argentina —principalmente, en Buenos Aires— y se consolidó como uno de los principales enfoques para abordar las patologías psíquicas. En 1930, el doctor Gregorio Bermann, con el psicoanálisis como marco teórico, presentó *El suicidio como venganza*, conferencia en la que recomendaba hacer una “psicología clínica e individual del suicidio” (Otero, 1991). Así, las lecturas más sociales del fenómeno perdieron lugar y prevalecieron las más subjetivas, clínicas e individuales. “La realidad de un problema suele expandirse o contraerse conforme cambian los juicios cognitivos o morales al respecto” (Gusfield, 2014, p. 76).

3.2. HECHOS, DISCURSOS E INSTITUCIONES ALREDEDOR DE LA PROBLEMÁTICA DEL SUICIDIO EN ARGENTINA ENTRE 1930 Y 1980

A partir de 1930 el suicidio no logra configurarse sólidamente como un problema público, luego de disminuir el interés por la problemática los sectores de médicos expertos sobre el tema en Buenos Aires. Sin embargo, algunos hechos, instituciones y discursos establecieron ciertos planteos sobre la problemática.

Los análisis estadísticos sobre el suicidio continuaron, y a partir de la apertura de universidades en otras metrópolis del país hizo que algunos expertos de ciudades como Rosario y Córdoba tomaran la temática.

Entre los hechos, se destacan en la década de 1930 una serie de suicidios de celebridades argentinas vinculadas al mundo de la cultura y la política que cobró bastante notoriedad en el ámbito público.

Por el lado de los discursos, a nivel mundial, la suicidología, se consolidó como corriente teórica experta en el tema y cobró mayor peso entre las agencias y políticas de organismos internacionales como la OMS y la OPS, que insertaron paulatinamente el suicidio dentro de su agenda de prioridades y produjeron materiales alrededor del tema. Como reflejo de esta corriente surgió en el país el CAS, institución pionera en replicar y adaptar la estrategia de abordaje gestada sobre todo en Europa y Estados Unidos, lo que derivó en la línea de atención al suicida, que se convirtió así en la primera línea telefónica destinada a atender una problemática social o pública en la región, además de configurarse como la

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

primera forma de abordaje en cuanto a la prevención del suicidio. A su vez, el psicoanálisis y la criminología, fueron algunas de las corrientes que desarrollaron lecturas sobre el fenómeno.

De este modo, el suicidio, como problemática pública, quedaría circunscripto entre los años treinta y ochenta a ciertos ámbitos de especialistas de la salud.

En este apartado se desarrollarán estos hechos, discursos e instituciones en que el suicidio tuvo un lugar sin lograr entrar en la agenda pública como problema.

3.2.1. LOS PRIMEROS ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DEL SUICIDIO EN ALGUNAS JURISDICCIONES DE ARGENTINA

La primera medición a través del registro de muertes fue llevada a cabo en el año 1884 por el Círculo Médico Argentino con datos registrados a partir de 1880 por la policía de la ciudad. La intención de contar con estadísticas tiene la doble finalidad de que el fenómeno pueda ser medido y pueda ser estudiado a nivel social (Otero, 1991, p. 50); así, estas primeras estadísticas se usaron sin prevenciones ni criterios claros, y llegaron a comparar cifras totales con cifras relativas o ciudades con países (Otero, 1991, p. 117).

Las estadísticas sirven para la construcción de un problema público al aportar el matiz objetivable, aunque solo se trate —como plantean Estruch y Cardús (1982)— de otro punto de vista. Numerosos estudios sobre la mortalidad por suicidio en la ciudad de Buenos Aires se realizaron con posterioridad, entre los que se destacan los de Lemus (1992), Mazzeo (1993) y Spinelli *et al.* (2005).

En la Tabla 1 se puede ver cómo se manifestó en los registros de mortalidad el suicidio en la ciudad de Buenos Aires entre que se comenzó a medir y la llegada del nuevo milenio: luego de un pico alrededor de los años treinta, la tendencia de la tasa de suicidios se mantuvo en baja o estable entre los años 1940 y 1980 (Spinelli *et al.*, 2005).

Tabla 1. Tasas quinquenales de mortalidad por suicidio (por 100 000 habitantes).

Ciudad de Buenos Aires, 1880-2002

Quinquenio	Tasa	Quinquenio	Tasa
1880-84	8	1945-49	9
1885-89	13	1950-54	9
1890-94	14	1955-59	10
1895-99	16	1960-64	10
1900-04	14	1965-69	10
1905-09	16	1970-74	11
1910-14	19	1975-79	10
1915-19	14	1980-84	10
1920-24	13	1985-89	13
1925-29	23	1990-94	12
1930-34	25	1995-99	9
1935-39	19	2000-02	10
1940-44	12		

Fuente: Mazzeo (1998) (modificada) y elaboración de Spinelli *et al.* (2005, p. 12).

En cuanto a estudios estadísticos del fenómeno se puede contar con el trabajo de la doctora en Ciencias Económicas Clotilde Bula, quien en 1934 publicó *Análisis estadístico del suicidio*, obra en la que realiza un trabajo de seguimiento estadístico del fenómeno en la ciudad de Rosario e intenta efectuar —cuando son posibles— comparaciones entre el suicidio y el intento de suicidio en las ciudades de Rosario y de Buenos Aires en el período entre 1907 y 1932. Bula advierte sobre las limitaciones de este estudio y sus comparaciones entre distritos debido a la calidad que pueden tener en el registro, lo que impide desarrollar objetivos más ambiciosos. En su trabajo no da cuenta de cómo se realiza el registro de esas muertes ni cuál es la fuente exacta, y Bula sugiere la necesidad de contar con una estadística más sistematizada, que pueda superar la “anarquía” padecida en ese momento.

Sin embargo, a pesar de usar números totales o tasas no realizadas por 100 000 habitantes, el trabajo muestra una muy buena caracterización del fenómeno en Rosario. Entre sus resultados, Bula describe la brecha entre hombres y mujeres (los primeros, afectados en edades más avanzadas que las segundas, para quienes el evento se da en las edades más

tempranas). En cuanto a la nacionalidad, los sujetos eran en su mayoría argentinos, seguidos por italianos y españoles. La mayor parte de ellos eran empleados, con poco nivel de instrucción y de sectores sociales más bajos. Se denota una gran cantidad de católicos entre los que cometen suicidio, con el 53 % del total. Si bien esta caracterización se basa en aproximaciones, la intención de Bula está muy en línea con Durkheim, quien es claro referente de su marco teórico, e intenta dar cuenta de la influencia de los factores sociales en este fenómeno.

Estos son solo dos estudios de jurisdicciones especiales de dos de las principales ciudades de Argentina. Los estudios estadísticos a nivel nacional se dificultaron debido a que el SES, que daría datos unificados y sistematizados a nivel país de mortalidad, apareció más adelante (actualmente, cuenta con datos a partir de 1980). En el siguiente apartado se ahondará en el funcionamiento de ese sistema y en cuál es el circuito de registro de las muertes por suicidio.

3.2.2. LOS SUICIDAS DE LOS AÑOS TREINTA

Entre 1937 y 1938, en un lapso no mayor de ocho meses, se suicidaron tres exponentes de la literatura argentina: Leopoldo Lugones, Horacio Quiroga y Alfonsina Storni. Otro de los suicidios notables de la época fue, en 1939, el del político argentino Lisandro de la Torre, quien había caído en una profunda depresión luego de retirarse de la política tras un gran debate en el Parlamento argentino en el marco de una investigación sobre el comercio de las carnes.¹⁸

Si bien estas muertes estuvieron determinadas por cuestiones personales, no se puede dejar de pensar en un clima de época previo a la Segunda Guerra Mundial (Bauza, 2018). El senador Alfredo Palacios, en un homenaje que se le rindió a Storni en la Honorable Cámara, enunció: “Algo anda mal en la vida de una nación cuando, en vez de cantarla, los poetas parten, voluntariamente, con un gesto de amargura y desdén, en medio de una glacial indiferencia del Estado” (Bauza, 2018, p. 274). Es interesante remarcar en esta sentencia

18 En 1935, una comisión investigadora del Senado de la Nación presidida por el senador Lisandro de la Torre presentó un informe que contenía las conclusiones sobre los perjuicios que acarrearía para el país el comercio de carne con Inglaterra tras la firma del pacto Roca-Runciman. El legislador no solo acusó de fraude y evasión impositiva a los frigoríficos Anglo, Armour y Swift, sino que aportó pruebas que comprometían seriamente a dos ministros del entonces presidente Agustín P. Justo: Federico Pinedo, de Economía, y Luis Duhau, de Hacienda. El informe establecía el trato preferencial que recibían estas empresas que casi no pagaban impuestos y a las que nunca se inspeccionaba. De la Torre probó, además, cómo se ocultaba información contable en cajas selladas por el Ministerio de Hacienda. Los debates en el Senado fueron subiendo de tono, lo que produjo un histórico incidente que atentó contra la vida de De la Torre y culminó con el asesinato del senador por Santa Fe Bordabehere (Silberstein, 1970).

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

cómo el legislador ubica el Estado en cuanto responsable, con su “indiferencia”, del trágico fin de estas celebridades. Los actores sociales pueden omitir tomar una problemática o posicionarse con respecto a ella; así, el Estado nacional no tomaría un posicionamiento con respecto al suicidio hasta mucho después.

En el año 1940, el suicidio llegó nuevamente al ámbito político tras lo que se conoció como “el escándalo del Palomar”, que arrastró consigo la muerte por mano propia del diputado nacional Víctor Juan Guillot (Abós & Cáceres, 1998).¹⁹ Este hecho, de gran impacto en la opinión pública, fue caratulado y hasta tratado por especialistas como un suicidio por cuestiones éticas y políticas.

Hubo otras muertes a principios de la década de 1940,²⁰ entre ellas las del excéntrico actor Florencio Parravicini y el escritor Enrique Méndez Calzada.

Esta serie de suicidios de ilustres personalidades del ámbito argentino introdujo el tema en el ámbito público de esa época, sin plantearse como un problema nacional, sino como de instancias particulares. Muchas de estas muertes fueron tratadas desde el sufrimiento individual, personal, por lo que acontecía en su contexto y demarcando cierto clima de época e instalándose en el imaginario cultural del momento. Sanguinetti (1988), en su artículo “Los suicidas del 30”, relaciona la letra del clásico tango *Cafetín de Buenos Aires*, cuya letra nombra a “sabi-hondos y suicidas”, con un rastro de ese clima de época.

3.2.3. LOS ABORDAJES DEL SUICIDIO A PARTIR DE LOS AÑOS CUARENTA

“Los temas y los problemas pueden aparecer y desaparecer intermitentemente de la atención pública” (Gusfield, 2014, p. 70). La permanencia de un problema social en la arena pública puede variar. A partir de la década de 1940, el suicidio tuvo un tratamiento moderado como problemática y sobre todo se circunscribió a miradas más psicológicas, individuales e intrapsíquicas, sin llegar a hacer surgir actores sociales que logren plantearlo como problemática de incumbencia pública y llevarlo a una agenda oficial.

19 Se trató de un escándalo referido a la venta ilegal de unas tierras al Estado. Por dicho fraude fue acusado el diputado Guillot (Abós & Cáceres, 1998).

20 “Figuras menores, como el escritor Edmundo Montagne, y los jóvenes políticos Mariano Calvento (h) y Emilio Vigliani, ambos de amplia actuación en las lides estudiantiles de la Facultad de Derecho, también se eliminaron en esos años crudos” (Sanguinetti, 1988).

3.2.3.1. Los abordajes desde la criminología

En continuidad con los abordajes moralistas que se presentaron a principios de siglo se encuentra la obra del titular de Medicina Legal de la Universidad de Córdoba, el doctor Ariosto Licurzi, llamada *El suicidio. Psicosociología, medicina legal y profilaxis* (1942). En dicho trabajo, Licurzi retoma la mirada moral sobre el fenómeno y lo relaciona con varios factores como el amor, la pobreza, la sugestión, la locura y, principalmente, el miedo. Para el autor, este último es la clave para entender todos los suicidios; es así que clasifica diversas clases de miedos que causarían el suicidio (a la vejez, a la enfermedad, a la pobreza, pudor, etc.) y llega a llamar “cobardes” a todos los que cometen el acto de quitarse la vida. Licurzi critica con fuerza la noción de voluntad en el acto suicida, reniega de las estadísticas y se basa sobre todo en la observación de casos puntuales. A la vez, desde una perspectiva “naturalista”, plantea la importancia de la prevención del suicidio.²¹

Licurzi analiza el suicidio en niños y adolescentes, que toma como un evento raro y esporádico y cuyas causas adjudica a cierta inmadurez psíquica.²² El autor trabaja de forma más rigurosa y técnica la labor de la medicina legal para determinar frente a un cadáver si la causal de muerte fue suicidio, homicidio o accidente.

Por último, aborda de modo breve en su obra la noción de profilaxis e insta a las instituciones de higiene mental a trabajar por ella.²³ El enfoque planteado es el de comprender las razones que llevaron a una persona a demostrar sus “deseos de muerte” y hacer que comprenda su “error”. De todas maneras, dice Licurzi, hay individuos constitucionalmente predispuestos por los que nada se puede hacer. A la vez, recomienda evitar la difusión de noticias sobre “el más triste fenómeno social producido por el hombre: la destrucción de su propia vida” (Licurzi, 1942, p. 202).

Este autor toma la idea de organismo social, usado planteado por los higienistas, y posiciona la prevención como tarea fundamental de su campo:

21 En un pasaje de su libro, Licurzi (1942, p. 2) se pregunta: “¿Por qué, en los tiempos actuales, en todos los países civilizados se organizan instituciones destinadas a prevenir los suicidios y, al propio tiempo, se van eliminando de los códigos penales las disposiciones sancionatorias contra la tentativa de suicidio? Es porque la sociedad conoce mejor la psiquis individual, cuyo dinamismo, maravillosamente complejo, ofrece frecuentes signos indicativos de desequilibrio, de labilidad o de trastornos capaces de neutralizar, en la conciencia del hombre, el deseo natural y deber natural de vivir”.

22 Licurzi (1942) lo plantea como un hecho que se da más en niñas, ya que ellas serían “más inteligentes y sensibles a la ética y la estética”.

23 Licurzi (1942) narra incluso experiencias de países como Japón, en las cuales la profilaxis del suicidio tuvo rédito político.

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

Con la muerte del individuo se hiere al organismo social en sus intereses y en sus sentimientos. La prevención del suicidio tiende a realizar la noble finalidad de defender la vida de la especie a través de la vida individual. Esto, naturalmente, impone una condición preparatoria: comprender el suicidio en su esencialidad psicobiológica más que filosófica (Licurzi, 1942, p. 3).

En el año 1969, Carlos Tozzini, doctor en Derecho y Ciencias Sociales publicó su libro, *El suicidio*, donde aborda el fenómeno desde el ámbito de la criminología, y analiza diversas perspectivas teóricas y prácticas a la vez que realiza un trabajo de campo en varios juzgados. Su obra discute con varias corrientes teóricas, como las sociológicas de Durkheim y las psicoanalíticas, así como realiza una serie de análisis: uno estadístico del fenómeno en la ciudad de Buenos Aires, uno de la interacción del sujeto en diferentes ámbitos, uno de las cartas de los suicidas (con una clasificación de sus contenidos) y, por último, una categorización de los tipos de suicidios según su psicodinamismo.

Las ideas de Licurzi y Tozzini se enmarcan en teorías que mantienen cierta continuidad con enfoques anteriores como los de la medicina higienista y la criminalística, a la vez que vislumbran un campo nuevo de abordaje y análisis con puntos de contacto con la entonces emergente suicidología, principalmente en la mirada preventista.

3.2.3.2. *Las perspectivas psicoanalíticas*

El psicoanálisis fue y es una de las líneas teóricas que más espacios ocupan en el campo de la salud mental en nuestro país. Sus desarrollos sobre suicidios son variados, eclécticos, teóricos y, principalmente, clínicos. Algunas líneas se acercan más a la suicidología o a la prevención de los suicidios, mientras que otras evitan una postura preventiva y sólo buscan explicar los procesos subjetivos del fenómeno.

Su aporte principal al tema es conducirlo al campo de estudio de los procesos intrapsíquicos para dar cuenta de las dinámicas subjetivas que llevan al sujeto a arremeter contra su vida. Su limitante es el poco valor que se suele dar a lo social o contextual (Estruch & Cardús, 1982). Gran parte de los nuevos expertos surgidos a partir de la década de 1990 toman sus aportes para elaborar sus propias líneas teóricas más o menos articuladas con los desarrollos de la suicidología.

Si bien desde principios de siglo varios destacados médicos se interesaron por la novedosa teoría que fundó Sigmund Freud, fue realmente en la década de 1940, con la constitución de la APA (el acta de la primera conformación de la entidad, presidida por el

doctor Ángel Garma, se firmó el 15 de diciembre de 1942), cuando el psicoanálisis comenzó a cobrar más relevancia en el ámbito público e intelectual del país. Así, muchos médicos volcaron sus prácticas al novedoso método para tratar las patologías mentales (Puig, 2005).

El principal hallazgo de Freud se ubica en la conceptualización del inconsciente como un más allá de la voluntad consciente que configura nuestro psiquismo. En cuanto al suicidio, la línea freudiana siempre se mostró cauta en su abordaje y lo vinculó con el estudio de la melancolía y el duelo.²⁴ Varios autores dentro del psicoanálisis tomaron los principales conceptos del libro *Duelo y melancolía* para abordarlo.

Una de las figuras embanderadas por el desarrollo a nivel local de esta nueva corriente teórica y clínica fue el doctor Ángel Garma, quien fuera el primer presidente de la APA y un pionero en escribir sobre suicidio desde una perspectiva psicoanalítica. Para este autor, “el suicidio es un fenómeno psicológico provocado por una serie de factores, entre los que se destacan los del ambiente” (Garma, 1973, p.63). Siguiendo las ideas de Freud, pero también trazando nuevas interpretaciones, Garma establece dos mecanismos por los cuales se llega al suicidio: la pérdida del objeto libidinoso y una agresión irresuelta contra el mundo exterior. Esta última es la más desarrollada por el autor, y para ello usará referencias literarias a casos clínicos y hasta se apoyará en enfoques más sociológicos, como el de Durkheim. Su propuesta apunta a poder trabajar un duelo por el objeto perdido y los afectos de los que tienen ideas suicidas para hacer menos agresivo el ambiente exterior.²⁵ Su trabajo fue escrito para la revista *Imago* y publicado en 1937; luego, apareció en múltiples libros y tomado como referencia sobre el tema por otros autores. También fue objeto de críticas por parte del medio psicoanalítico por la relevancia que dio al ambiente en cuanto a la causal de suicidio por sobre la perspectiva freudiana de ambivalencia del yo con el objeto de la libido. En este sentido, el propio Garma, en 1973, retomó el tema acercándose más a la perspectiva del último tramo de la obra de Freud. En su trabajo resulta interesante ver la abstención que mantiene con respecto a un juicio moral del sujeto que tiene deseos o ideas suicidas. Palabras como *suicida* o *enfermo* no aparecen con el mismo protagonismo que en los abordajes que le siguieron y precedieron.

24 En el epílogo de un simposio realizado en 1910 en la Asociación Psicoanalítica de Viena a raíz del suicidio de jóvenes, Freud (2008a) declara: “Creo que como punto de partida para su estudio solamente podemos compararlo con el estado melancólico y con el afecto del duelo. Mas ocurre que desconocemos por completo los procesos afectivos de la melancolía y el destino que en ella ha sufrido la libido, como asimismo no se ha hecho comprensible psicoanalíticamente el afecto permanente del duelo. Demoremos, pues, nuestra decisión hasta que la experiencia haya resuelto tales problemas”.

25 “Cuando el ambiente exterior deja de ser desagradable, desaparece la agresión y, con ello, cesan también los deseos de suicidio” (Garma, 1973, p. 39).

En la década de 1950, otro psicoanalista que abordó el tema fue Mauricio Abadi, cuyo trabajo incluye cierto aporte de las ideas de Jean-Paul Sartre en cuanto a la angustia por la vida, de la que realiza una completa categorización. En su obra, Abadi apunta a una “intención suicida subyacente” en toda persona que, de llegar a consumarse, se vuelve un fenómeno patológico. Marca una serie de “nociones nucleares” acerca del suicidio, entre las que ubica el predominio de ansiedades paranoides y el suicidio como defensa del yo, como actuación psicótica. Para el autor, el suicidio —en quien lo consuma— encierra un núcleo psicótico de su personalidad, la condición masoquista subyacente, y, como todo suicida, más allá de su aniquilación busca su continuación o supervivencia. Este abordaje es bastante más profundo y centrado en la subjetividad psíquica que el de Garma; lo contextual, así, no adquiere la misma relevancia que en la obra del otro autor.

En continuidad con el trabajo de Abadi se encuentra el desarrollo que realizó el psicoanalista León Grinberg —quien también fue presidente de APA y vicepresidente de API— en su libro *Culpa y depresión*, del año 1971. Para Grinberg, el suicidio es el “acto constituido por la tendencia autodestructiva más extrema” y, al igual que Abadi, lo ubica como un acto psicótico. También lo relaciona con la culpa persecutoria. Grinberg habla de una gradación de suicidas (leves, moderados y serios) y describe cada clasificación. También menciona en su trabajo los avances en el campo de la prevención del suicidio realizados en Estados Unidos.

Grinberg caracteriza estadísticamente la población y, a la vez, usa términos como “personas suicidas” o “conductas suicidas”. Trabajó con la creciente preocupación de los suicidios en adolescentes y realizó caracterizaciones de los tipos de familias que podrían generar un potencial adolescente suicida. En estos abordajes se pone de relieve una lectura patológica del suicidio.

Otro de los autores de esta escuela que se dedicaron al estudio del suicidio fue Alfredo Gazzano (relacionado también con la fundación del CAS). Si bien su recorrido tiene cierto anclaje en el psicoanálisis, se lo podría considerar un pionero en la introducción de la suicidología en Argentina, por lo que puede constituirse un actor puente entre estas dos líneas teóricas. Gazzano (1973, p. 193) plantea el suicidio “como una situación de la cual el suicida es un emergente, es decir, un condensador de las fuerzas agresivas del campo”, y que puede ser abordado de forma transversal (a partir del momento o acto suicida) o de manera longitudinal (teniendo en cuenta la historia del sujeto, los determinantes hereditarios, su disposición suicida, etc.).

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

Este autor delimita bien el suicidio consumado y el intento de suicidio como dos campos de acción e investigación diferentes, de los que este último estaría más ligado a la prevención. Gazzano identifica, en línea con el campo de la suicidología, distintas características: ideación suicida, conductas autodestructivas, gestos suicidas, amenaza de suicidio, etc.

Dentro del psicoanálisis se encuentran diversas líneas teóricas. Una de las más establecidas en el país en la actualidad es la escuela francesa, cuyo principal referente es el psiquiatra Jacques Lacan. Este movimiento surgió alrededor de la década de 1960, en contraposición a la ya establecida APA y en consonancia con las ideas de los intelectuales franceses de esa época. Uno de sus principales propulsores fue Oscar Masotta. Llegada la década de 1970, este nuevo grupo de pensadores y psicoanalistas se nucleó en la Escuela Freudiana de Psicoanálisis y tuvo cada vez más peso en el ámbito de los analistas y entre los prestigiosos médicos del país (Puig, 2005).

Algunos psicoanalistas de la escuela lacaniana trabajaron el tema del suicidio en publicaciones de revistas de carácter psicológico o psiquiátrico, sobre todo. Dentro del hermetismo característico de esta escuela, buscaron explicar el proceso que genera el suicidio dentro de los registros simbólico, real e imaginario, a veces haciendo foco en las transmisiones intersubjetivas de la familia (Grinspon & Neves, 1998), y otras, retomando la noción de sacrificio de la obra de Freud y Lacan en relación con las dinámicas del superyó (Gerez Ambertín, 1998).

Los abordajes suelen ser con eje clínico. Lo social o contextual no toma marcada relevancia sino a través del ámbito en que se da ese suicidio; por lo general, el más abordado es la familia. Su eje de estudio hace principalmente hincapié en el proceso de subjetivación que puede llevar al suicidio y en cómo se inscribe este en el entorno próximo. Algunos de los conceptos lacanianos más usados en relación con el suicidio son el *acting out* y el pasaje al acto. Si bien la raíz del primero descansa en el concepto freudiano de “actuación”, Lacan los distingue y los opone: el *acting out*, como un mensaje inconsciente actuado y dirigido a otro, mientras que el pasaje al acto consiste en una salida de la escena del sujeto; esto implica una acción en lo real en la que el sujeto queda por fuera de la relación con su objeto libidinal y se identifica con él. El concepto de pasaje al acto se lee muchas veces en lo relativo al suicidio, pero también en los homicidios o crímenes. El *acting out* se suele pensar más en relación con el intento de suicidio, cuando el acto tiene un claro mensaje y destinatario (Muñoz *et al.*, 2011). Gran parte de estos desarrollos tienen su soporte en las concepciones lacanianas de los

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

tres registros (simbólico, real e imaginario); el objeto a, como el objeto libidinal que es causa del deseo; el gran Otro, como el lugar donde residen los significantes, y la escena fantasmática como estructurante del psiquismo y la subjetividad.²⁶

El psicoanálisis también se insertó dentro del medio hospitalario como modelo de tratamiento para patologías mentales. Uno de sus principales propulsores fue la labor que llevó a cabo entre 1958 y 1973 en el hospital Borda el médico Jorge García Badaracco, quien organizó dentro de la institución un servicio de Residencia de formación en psicoanálisis para todo el país. En ese espacio de formación dictaron clases destacados psicólogos como Enrique Pichon-Rivière, José Bleger y David Liberman.

Se puede nombrar como otro punto de desarrollo el trabajo de Mauricio Goldenberg en el policlínico Gregorio Aráoz Alfaro, de Lanús, donde organizó un servicio de Psicopatología en 1956. Este fue el primer servicio en incorporar un psicólogo, un antropólogo y un filósofo desde una mirada interdisciplinaria, y se deshizo cuando Goldenberg tuvo que exiliarse, durante el régimen militar que tomó el poder en 1976.

Como ejemplo de la llegada del psicoanálisis a los hospitales y en relación con el tema del suicidio se encuentra el trabajo sobre suicidio infantil realizado en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez por la licenciada Marta Nudelman en el año 1974 a través del análisis de casos clínicos de niños y adolescentes llegados al hospital. El estudio, que caracteriza la población como los pacientes derivados por el servicio de Toxicología del hospital —en su mayoría, mujeres—, está encarado plenamente desde una perspectiva psicoanalítica, con base sobre todo en los aportes de las escuelas freudianas y kleinianas, que —según la autora— “permiten una comprensión evolutiva, psicodinámica, de las vicisitudes de las relaciones objetales y el interjuego de las sucesivas identificaciones y las fantasías inconscientes que subyacen a todos estos procesos psíquicos” (Nudelman, 1974 p.34). También toma autores locales, como Gazzano.

Las conceptualizaciones teóricas de este trabajo buscan dar cuenta de la conformación del psiquismo desde épocas muy tempranas del desarrollo, como también del estudio freudiano de la melancolía como patología más predispuesta al suicidio. Es destacable que en esta obra no esté articulado ningún enfoque más social o de otra disciplina (más allá de que las historias clínicas cuenten con intervenciones de, por ejemplo, trabajo social).

26 Hebe Roimiser (1998) toma el proceso de constitución subjetiva de alienación-separación y su relación con el pasaje al acto: “Una primera cuestión se trata de la constitución subjetiva y de la identificación al objeto, pero en la separación perdiendo como ‘a’ del Otro me constituyo, es decir, soy sujeto al precio de la pérdida del ‘a’, y en el pasaje al acto identificado al ‘a’ me pierdo en el campo del Otro”.

A través del recorrido propuesto se buscó dar cuenta de los principales desarrollos y aportes del psicoanálisis argentino en torno al suicidio. Desde los primeros psicoanalistas freudianos a los lacaneanos pasando por el impacto en las instituciones hospitalarias. Algunos de estos autores fueron retomados luego por los expertos surgidos a partir de la década de 1990, marcando algunas continuidades con sus enfoques, así como también, discutiendo sus conceptualizaciones alrededor de la temática.

3.2.3.3. *El suicidio como problema a nivel global*

Un aspecto para tener en cuenta es el desarrollo que tuvo y mantiene el suicidio como problemática en todo el globo. En el siguiente apartado se desarrolla un recorrido por dicha institucionalización como hecho problemático a nivel mundial a través de lecturas del fenómeno que —como se verá más adelante— tuvieron una marcada influencia en los actores sociales que tomaron el tema en Argentina en el último siglo: el surgimiento de la suicidología como rama de experticia y el modo en que fue tomado el suicidio por parte de las organizaciones internacionales, principalmente la OMS.

En 1948 se conformó la OMS como un organismo de la ONU que se especializaría en la prevención, la promoción y la intervención en la salud a nivel mundial a través del trabajo con los 196 Estados miembros de la ONU (Organización Mundial de la Salud, 2006c). Este ente, que se volvió rector y voz oficial en las cuestiones y problemáticas de salud, propone políticas, estrategias, intervenciones y herramientas a los Estados miembros.

El suicidio tuvo lugar por primera vez en sus publicaciones en el año 1968, en uno de sus cuadernos llamado, *Prevención del suicidio*. Dicho documento fue realizado a partir del año 1966, sobre todo por expertos de Estados Unidos y Europa (Inglaterra, Austria, Suiza) que tenían ya un recorrido en la temática y estaban, en gran medida, relacionados con la IASP. Desde los desarrollos e investigaciones de la suicidología de Farberow y Shneidman hasta los enfoques más psicoanalíticos de Stengel fueron parte del documento, que destaca la importancia del problema y encuadra la prevención del suicidio como una de las funciones importantes de la salud pública. En este trabajo, la OMS insta a las naciones a trabajar por ello con diversas medidas: creación de programas de prevención,²⁷ organización de los servicios²⁸

27 “Incumbe a los servicios nacionales y locales de sanidad establecer un centro de prevención del suicidio. En esta labor, la iniciativa privada se ha adelantado en muchos países a los servicios de salud pública. Las autoridades competentes habrán de estudiar con detenimiento los resultados obtenidos en esas actividades, ya que, en muchos casos, estas podrán ser utilizadas como base para el establecimiento de servicios más extensos de protección de la colectividad” (Organización Mundial de la Salud, 1968, p. 28).

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

de primeros auxilios para brindar una prestación oportuna y preventiva, desarrollo de investigaciones y estadísticas sobre el tema y reducción del acceso de la población a los métodos de más letalidad, además de remarcar la necesidad de seguimiento y asistencia ulteriores al suicidio o su intento.²⁹

El documento traza una perspectiva sobre el suicidio que se sostiene en la actualidad; un ejemplo de esto es la desmitificación de las creencias que rodean el suicidio poniendo de relieve la evidencia científica.³⁰ En este trabajo se realiza una caracterización epidemiológica sobre el fenómeno a nivel mundial. Según el documento, para 1968 se suicidaban 1000 personas por día; la mayoría de los suicidios se daban más en hombres que en mujeres y los intentos, de manera contraria, más en mujeres que en hombres. Destaca como poblaciones más expuestas a las personas de edad (mayores de 75 años), “los enfermos mentales”, los “alcohólicos y toxicómanos”, las “personas de sectores socialmente desorganizados”,³¹ los “grupos de profesionales” (entre los que destacan los médicos, dentistas y abogados) y los desempleados, los “grupos socialmente aislados” y las “personas procedentes de hogares deshechos” (Organización Mundial de la Salud, 1968).

La OMS ubica como edades no tan frecuentes para el fenómeno aquellas entre los 15 años y los 24, aunque advierte que, en algunos estados, las personas de esta franja etaria experimentan una tendencia suicida creciente.³² A la vez, demuestra que las personas solteras son bastante más propensas a cometer suicidio que las casadas. También denuncia los problemas que surgen con el registro de las muertes (por las instancias judiciales que suele haber en el circuito) y de los intentos (por la mala detección y la débil formación que habría para registrar el tema).

Este documento identifica la prevención del suicidio desde una cuádruple función para evitar: “a) el desenlace mortal de los actos suicidas, b) la repetición de dichos actos, c) el

28 En el documento se marcan las diferencias que hay entre los servicios de salud de la Unión Soviética e Inglaterra, donde el Estado tiene peso, y los de los Estados Unidos, donde el sector privado tiene un peso mucho más relevante en el tratamiento del tema.

29 Si bien no habla específicamente de posvención, habla de la necesidad de que un psiquiatra realice un seguimiento a los pacientes con propensión al suicidio o a los familiares de una persona que se suicidó.

30 Una idea difundida popularmente es que quien va a cometer un suicidio está decidido a morir y lo hace sin dudas y sin intentos previos; esto es contrastado por los hechos: muchos de los suicidios tienen intentos previos y, después de un intento, muchos suicidas repiten y consuman el suicidio (Organización Mundial de la Salud, 1968, p. 11).

31 Se refiere a la gente que vive sola o donde hay hacinamiento, y marca que las tasas son más elevadas en las ciudades que en el campo.

32 Esta es una de las cosas que variaron a lo largo de los años no solo a nivel mundial, sino también local. Se volvieron más frecuentes los suicidios de jóvenes y adolescentes, lo que hizo que el tema tomara más relevancia. Este punto se desarrollará en los próximos apartados.

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

primer intento de suicidio y d) la inclinación al suicidio” (Organización Mundial de la Salud, 1968, p. 10). Establece también la necesidad de conocer más a fondo la atención que brindan los servicios de salud frente a un suicidio y la evaluación de estos. Asimismo, impulsa el desarrollo de estadística e investigación con respecto al tema para establecer servicios preventivos en función de las necesidades locales.

Debido a no llegar a un acuerdo sobre la definición de suicidio, la OMS emplea términos como “acto suicida”, al que define como “todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil” (Organización Mundial de la Salud, 1968).³³

Otro documento de la institución que retoma la temática es publicado en el año 1976 y se llama *El suicidio y los intentos de suicidio*. Este trabajo también está a cargo principalmente de expertos de países europeos y Estados Unidos, aunque incluye una investigación realizada en Nigeria y una encuesta sobre el registro de suicidios en algunos países latinoamericanos, como México y Colombia.

Este trabajo se centra en las dificultades que se presentan a la hora del registro del suicidio o del intento de suicidio y muestra los resultados de una encuesta realizada a 24 países sobre el circuito de registro del suicidio. El análisis de estos datos podría servir principalmente para la localización de los grupos con mayor riesgo, y presenta varios de los problemas que tiene el registro del suicidio y que hacen muy difícil la comparación entre países.³⁴

Un punto de suma relevancia es que el documento tiene dos partes, la segunda de las cuales está enteramente dedicada al suicidio en jóvenes y adolescentes, que demarca como un tema emergente.

En 1995, la OMS publicó un documento llamado *La salud de los jóvenes: un reto y una esperanza*, en el que pone de relieve la necesidad de trabajar la salud de los jóvenes en múltiples dimensiones (una de ellas, las violencias, y entre ellas se encuentran el suicidio y las autolesiones).

En 1997, la publicación *Salud mental en el mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos* dedicó íntegramente su tercer capítulo al suicidio. De él se

³³ Años después, la OMS volverá a definir *suicidio*, de un modo más acotado, como “el acto deliberado de quitarse la vida” (Organización Mundial de la Salud, 2009). Esta definición tuvo sus críticas, relacionadas con lo deliberado que puede ser o no un suicidio.

³⁴ De hecho, el documento versa sobre el análisis comparativo de tasas de dos países —Dinamarca e Inglaterra— con índices muy disímiles para probar si esta comparación tiene validez.

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

desprende que en 1990 se suicidaron 1,4 millones de personas en el mundo,³⁵ con China y Sri Lanka como los países más afectados. También se ubica la autoeliminación como segunda y tercera causas de muerte entre las poblaciones de 15 a 19 años.

Llama la atención, en este trabajo, la propuesta de un abordaje más amplio del suicidio, en un intento por ir más allá de las perspectivas psicopatológicas. Además, investiga poblaciones que no solo son de Europa y Estados Unidos, sino —sobre todo— orientales. Trabaja el problema de lo poco fidedigno de las estadísticas y aclara que una tasa elevada puede corresponder a un mejor registro del evento. A la vez, cuestiona y pone en tensión con contraejemplos las correlaciones más difundidas sobre el evento; por ejemplo, que el suicidio es más urbano que rural, que se da más en países pobres que ricos, que se da más en época de paz que de guerra, que se da en menor medida en sociedades en las que es castigado, etc.

Esta publicación también destaca el papel cultural que tiene el suicidio y comenta la particularidad del caso de China, único lugar en el mundo donde las tasas de suicidio son más altas en mujeres que en varones. A raíz de esto, presenta el caso del *sati*, una costumbre por la cual se valora que una mujer, al quedarse viuda, se suicide junto a la tumba de su esposo. Si bien tiene en cuenta los factores culturales detrás de este fenómeno, el trabajo también visibiliza la vulneración y el desprecio que viven muchas mujeres en la comunidad china.

Es de destacar que *Salud mental en el mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos* retoma algunas de las ideas desarrolladas por Durkheim y da relevancia a los factores sociales que determinan el suicidio, como el desempleo, la violencia doméstica, las discusiones familiares o el terrorismo; asimismo, otorga un papel fundamental al acceso a los medios para llevar a cabo los suicidios y destaca la disponibilidad de plaguicidas o insecticidas en países orientales así como la de armas de fuego en Estados Unidos, lo que pone de relieve la necesidad de reglamentar y regular este acceso por parte de los Estados.

Como un punto de contacto con Argentina se puede mencionar que, entre los ejemplos, se toma el de la provincia de Chaco, donde los indígenas matacos se suicidan con la fruta de la sachá sandía (*Capparis salicifolia*), que se da en diciembre por esa zona.

Por último, este trabajo insta a los planificadores de los Estados, a los científicos sociales y a los médicos clínicos a trabajar de manera intersectorial para poder dar respuestas más eficaces en la prevención del suicidio.

35 Si se comparan las cifras de mortalidad con el documento de 1968, en el que se decía que se suicidaban 1000 personas por día —o sea, un estimativo de 365 000 muertes por año por suicidio a nivel mundial—, se comprueba que, para 1990, se ha incrementado en más de un 300 % el número total de suicidios.

Es necesario lograr una comprensión más completa de los factores determinantes y el significado práctico del suicidio como problema de salud pública y como indicador de la calidad de los entornos sociales. A tal fin puede contribuir el examen de los valores culturales que configuran las actitudes hacia los actos suicidas y el análisis de los motivos subyacentes y los métodos empleados. Un enfoque muy estrecho, concentrado en la psicopatología, puede oscurecer los determinantes sociales del suicidio y dar lugar a programas que no atacan las causas importantes del problema ni responden a necesidades sentidas de la comunidad; por lo tanto, los planificadores de salud y los dirigentes gubernamentales deben analizar seriamente el impacto de políticas que pueden terminar enaltecendo la violencia, favorecedora de homicidios y suicidios, y estudiar sus efectos sobre la conducta suicida y los suicidios consumados (Desjarlais *et al.*, 1997, p. 121).

Este impulso a las naciones para tomar la prevención del suicidio como parte de sus políticas en salud se acentuó hacia fines del siglo pasado.³⁶

En 1997, la ONU elaboró un documento llamado *Prevención del suicidio: directrices para la formulación y la aplicación de estrategias nacionales*, en el que resalta la importancia de que los Estados implementen políticas públicas para el abordaje de la problemática.

En 1999 lanzó la estrategia Supre (acrónimo de *suicide prevention*, ‘prevención del suicidio’), que propone el abordaje intersectorial de la problemática con textos especialmente elaborados para cada área.³⁷

En el año 2003, por propuesta de la IASP, la OMS estableció el 10 de septiembre como el Día Mundial para la Prevención del Suicidio e instó a las naciones a realizar en esa fecha actividades de prevención y sensibilización sobre el tema.

Para 2014, la prevención del suicidio se volvió un “imperativo global”.³⁸ Se destaca que en 2012 se registraron unas 804 000 muertes a nivel mundial por suicidio y que esta es la segunda causa de muerte en la franja etaria de entre 15 y 29 años. A partir de estos datos, la OPS exhortó a las naciones a trabajar con la proyección de lograr reducir la tasa a nivel mundial en el año 2020 (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

Todo esto promovió un desarrollo de la problemática dentro de la agenda de los organismos mundiales al conformar el suicidio como un problema público —principalmente,

36 Estas estrategias por parte de la OMS se encuentran más desarrolladas en el apartado 4.

37 Estos puntos son más desarrollados en el apartado 4, apartado 4.2.1: “La influencia de los organismos internacionales. La OMS y el foco en la prevención”.

38 En 2014, la OPS publicó un documento llamado *Prevención del suicidio: un imperativo global* (Organización Panamericana de la Salud, 2014). Llama la atención el uso del término *imperativo*, que da lugar a la evocación de un deber de las naciones frente a un problema de salud.

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

de salud— para ser tratado por los Gobiernos nacionales, estableciéndolo como prioritario en sus agendas de gobierno y en sus propuestas de políticas. Esta influencia fue fundamental en la emergencia como problema en la arena pública de Argentina para finales de los años noventa y el principio de la década de 2000.

Por otra parte, la suicidología, una corriente psicológica surgida en Estados Unidos, especializada en el estudio y abordaje de la problemática del suicidio, fue de vital importancia en el planteo del problema a nivel global. Uno de los referentes, Farberow, está además entre los fundadores de la IASP, creada en 1960 y de mucho prestigio en la temática. El nacimiento de esta institución se dio en Viena, Austria, por un proyecto impulsado por el profesor Ringel y la fundación cristiana Cáritas. Para 1963, con la incorporación de Farberow, la IASP se amplió a nivel mundial. Entre sus objetivos están:

- Proporcionar una plataforma común para todos los representantes de las muchas profesiones que están comprometidos en el campo de la prevención del suicidio y la intervención de crisis.
- Reunir el conocimiento y la experiencia disponibles para una acción efectiva.
- Fomentar el intercambio de experiencias adquiridas en diversos países y regiones.
- Promover el establecimiento de organizaciones nacionales para la prevención del suicidio.
- Organizar la formación especializada de personas seleccionadas en el área del suicidio.
- Llevar a cabo programas de investigación, especialmente aquellos que se puedan seguir a través de la cooperación internacional conjunta.

Los miembros de esta institución son, en gran medida, especialistas provenientes del campo de la salud mental, pero también la integran de manera interdisciplinaria otros profesionales, como sociólogos, antropólogos, especialistas en salud pública, médicos forenses, filósofos, etc.

Actualmente, la IASP se posiciona como la principal institución en cuanto al abordaje del suicidio a nivel mundial y centraliza —en gran medida— las instituciones de especialistas en la temática de cada país. Desde 1960 realiza congresos internacionales sobre la prevención del suicidio, que es su eje principal, y publica una revista sobre la temática llamada *Crisis*, en la que se difunden diversas investigaciones a nivel global alrededor de la problemática del suicidio.

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

Esta fundación ha ido ganando peso e influencia política dentro de los organismos internacionales —principalmente la OMS, con la que trabaja desde 2003 para la difusión del Día Mundial para la Prevención del Suicidio—. Cabe destacar que la primera institución argentina dedicada a la problemática del suicidio, el CAS, fue auspiciada por la IASP, que cuenta con referentes en el país al día de hoy, como el licenciado Ernesto Páez.

3.2.3.4. El Centro de Asistencia al Suicida (CAS), primera institución argentina especializada en la problemática

En el año 1966 se fundó en la ciudad de Buenos Aires el CAS, instaurado por los doctores Alfredo Gazzano y Emilio Astolfi, dos psiquiatras y docentes de la Universidad de Buenos Aires que recibieron el encargo de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Nación (Bianchini, 2010) de organizar una institución como las que existían en otras partes del mundo, dedicadas a la contención de personas en crisis o riesgo de suicidio. Gazzano y Astolfi se repartieron la tarea, visitaron Europa y Estados Unidos y se informaron de los servicios que ya existían, con diversas características según las modalidades, necesidades e idiosincrasia de los distintos países. A su vuelta, propusieron el CAS, con una modalidad intermedia y adaptada a las posibilidades locales y de acuerdo con la población tan heterogénea que vive en Buenos Aires. Hoy en día, el Centro realiza atención exclusivamente telefónica, voluntaria y anónima.³⁹

En su estatuto de conformación, el CAS declara que fue auspiciado por la IASP y tiene por finalidad

promover la mejor asistencia al suicida; investigar los fenómenos etiológicos, ecológicos, psicológicos y sociológicos del suicidio; promover el mejoramiento y/o eliminación de las causas etiológicas del suicidio, como así también la rehabilitación del suicida de fomentar la especialización en esta nueva materia (Centro de Asistencia al Suicida, 1966).

El mismo documento refiere que la financiación del CAS se sustenta en los aportes de los socios.

La Comisión Directiva del Centro fue cambiando a lo largo del tiempo y en la actualidad no mantiene relación con los médicos fundantes. Entre los directivos del CAS estuvieron el doctor Alfredo Gazzano (1972, p. 193), quien, en su texto *Clínica y terapéutica del suicidio*, planteó como objetivo “presentar al estudioso de medicina y psicología un

³⁹ Referencia tomada de la página <https://www.casbuenosaires.com.ar/nosotros>.

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

campo interdisciplinario nuevo: la suicidología”. Así, el CAS se volvió pionero en esta rama, si bien no se explicitaba como una institución de suicidología sino, principalmente, como una de prevención del suicidio.

En su texto *Prevención del suicidio en el nivel comunitario*, Gazzano (1973) cuenta la historia de la conformación de la institución y coloca como causal que el suicidio figuraba dentro de las 10 principales causas de muerte de esa época y entre las cinco para menores de 22 años.⁴⁰ Allí mismo relata cómo, en un principio, introdujeron en el Centro un tratamiento psicoterapéutico para intervenir durante las primeras 72 horas, con la posibilidad de un seguimiento posterior, luego del cual intervendría la asistencia social. Esto fue interrumpido, según refiere Gazzano, por múltiples dificultades en el abordaje y por un intento de homicidio contra alguien del personal, tras lo cual el CAS quedó afectado solo a la instancia de llamada telefónica.

Hoy en día, la presidenta del CAS es la licenciada María Fernanda Azcoitia y forma parte del Consejo Directivo el licenciado Carlos Boronat. En sus más de 50 años de historia, el Centro no recibió subsidio alguno del Estado y tuvo que lidiar con todo tipo de dificultades, como el cambio constante de sede, la baja de voluntarios y hasta inundaciones que lo llevaron a perder parte de su equipamiento, entre otras. No obstante, se mantiene fiel a que sus operadores sean voluntarios.

En 2001, a partir de una resolución del Ministerio de Comunicaciones del Gobierno de la ciudad, se asignó al CAS el número 135 para acceder directamente a la línea; de todos modos, por varios problemas que presentó este número, el Centro mantiene una línea extra.⁴¹ Su área de cobertura es Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires. El llamado es confidencial y anónimo. El CAS trabaja de modo articulado con el SAME en caso de una urgencia. Debido a su carácter voluntario, el servicio no puede cubrir 24 horas de asistencia.

40 “La técnica básica con la que comenzamos a trabajar el día 8 de junio de 1967 fue tomada de aspectos parciales de lo que podríamos llamar las escuelas europea, inglesa y estadounidense de prevención en suicidología. De la primera, [tomamos] el doble anonimato en la asistencia telefónica; de la segunda, su sistema para la selección de voluntarios telefónicos; de la tercera, el modelo asistencial para personas que cometían tentativa de suicidio. Para esto último incluimos, modificado, el modelo de psicoterapia intensiva de las 48 horas inmediatas a la T. S. [tentativa de suicidio] que había desarrollado el doctor Querido en Bélgica” (Gazzano, 1973, p. 210).

41 Por la Resolución n° 8880 de la Secretaría de Comunicaciones, del 9 de abril de 1999, se estableció el indicativo 135 para Servicio a la Comunidad. Para ampliar esa resolución se dictó la n° 398/2001 para Servicio Telefónico-Servicios Especiales (publicada en la p. 4 del Boletín Oficial n° 28758, del 23 de octubre de 2001), que estableció el indicativo de Servicio Especial 135 para la atención de llamadas relacionadas con la asistencia al suicida. Telecom lo tomó gratis desde el primer momento; Telefónica, en cambio, lo hace desde el 7 agosto de 2002 (información suministrada por el CAS).

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

El Centro mantiene un proceso de selección de los voluntarios a través de capacitaciones introductorias en la temática y en el manejo de personas en situación de crisis. Sus cohortes son de entre 20 y 30 personas anuales. La estructura del CAS tiene tres instancias: equipo profesional (cuatro personas), comisión directiva (nueve personas) y operadores telefónicos. Todas las instancias son voluntarias.

Los operadores telefónicos tienen una capacitación de casi un año con una periodicidad presencial de una vez por semana. No tienen que ser profesionales de la salud mental ni de ninguna disciplina en particular. El equipo profesional está formado por psicólogos y se encarga de realizar las capacitaciones y supervisiones, y también asiste a escuelas u otras instituciones que pidan capacitación en la temática.

En el año 2017, el CAS fue condecorado por la Legislatura porteña por sus 50 años de servicio a la comunidad. Recibe alrededor de unas 20 llamadas por día, dependiendo de la época del año, y algunos de los que llaman ya son habitués o crónicos, que simplemente buscan alguien que los escuche.

Esta estrategia de atención telefónica fue luego replicada por varias provincias a partir de capacitaciones y asesoramiento del CAS de la ciudad de Buenos Aires.⁴² Cabe destacar que el CAS como centro de atención por teléfono fue pionero en la temática y en la estrategia de atención para el abordaje de una problemática de salud no solo en Argentina, sino en la región.

Por otra parte, vale aclarar que la estrategia de atención telefónica para el abordaje de los intentos de suicidio, si bien es muy difundida en todo el mundo y apoyada por muchas instituciones,⁴³ es objeto de varias críticas atendibles, como las siguientes: los individuos decididos a llevar a cabo un suicidio no recurren a las líneas telefónicas porque están muy perturbados o tratan de no desviarse de su objetivo; muchas veces, acceder a estas líneas no es sencillo, ya que no se atiende al suicida o este tiene que esperar; la intervención suele ser estereotipada, inapropiada para las necesidades del que demanda atención, y, en general, la mayoría de los usuarios de estas líneas son de sexo femenino cuando el riesgo principal lo corren los varones.

42 En su acta constitutiva se planeaba que el CAS contase con otras filiales en el territorio argentino.

43 Entre ellas, la OMS, en su documento de 1968 de prevención del suicidio (Organización Mundial de la Salud, 1968), pone de relieve una investigación de Badley, quien evaluó la eficacia de un sistema de atención llamado "samaritanos" en 15 ciudades británicas. Según este trabajo, en los distritos que contaban con este sistema las tasas de suicidio eran más bajas que en los que no lo habían implementado. Sin embargo, el mismo estudio aclara que es difícil comprobar si una tasa más baja se debe a la eficacia del sistema.

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

A pesar de que estas deficiencias son potencialmente modificables, hasta ahora no ha habido intentos sistemáticos para hacerlo. Los estudios de investigación en esta área han sido escasos⁴⁴ y son urgentemente necesarios (Fernández *et al.*, 2017, p. 176).

El CAS tuvo un papel de suma importancia en la llegada del suicidio a la agenda pública, ya que fue la institución pionera en el abordaje de este problema, y así se mantuvo mucho tiempo hasta que comenzó a replicarse su estrategia en otras provincias y llegó a conformarse en una red alrededor de la problemática. Además, fue una de las instituciones que realizó una de las primeras articulaciones con el Estado nacional.

3.3. CONCLUSIONES DE ESTE APARATADO

En este apartado se buscó referir el devenir problemático del suicidio, ya desde lo social, lo teórico, lo técnico, lo estadístico, trazando una trayectoria fluctuante en la arena pública desde los abordajes, más morales, de las disciplinas médicas a fines de siglo XIX en la ciudad de Buenos Aires, con paso por las explicaciones subjetivas y teóricas de la psicología —en especial, el psicoanálisis—, hasta el surgimiento de una institución pionera en cuanto al abordaje de la prevención del suicidio como fue el CAS.

Estos puntos aislados alrededor del suicidio mantienen cierta influencia en la configuración más actual de la problemática y hasta plantean sus mismos dilemas y tensiones, e incluso algunos actores lograron más relevancia en el planteo del problema y se convierten en sus voceros al imponer una propiedad y marcar las responsabilidades causales del problema. Sin embargo, también aparecen ciertos cambios, a fines del siglo XX y principios del XXI, que resaltan algunas particularidades en una nueva configuración como problema público y demanda intervenciones más concretas de los sectores oficiales del Estado.

Así, el suicidio planteado como problema cambió, a lo largo de casi de un siglo, de actores y de perspectivas, como también fue variando su relevancia.

⁴⁴ Cabe aclarar que, en las entrevistas realizadas, funcionarios y equipo técnico del Ministerio de Salud aludieron a esta falta de evidencia científica respecto de la eficacia de esta estrategia como modo de prevención.

4. PROCESOS DE CONFORMACIÓN DEL SUICIDIO COMO PROBLEMA PÚBLICO EN ARGENTINA (1990-2009)

Como se ha visto hasta aquí, a partir de la década de 1930 la problematización del suicidio quedó circunscripta a los ámbitos académicos, psiquiátricos y psicológicos, que lo concebían como un hecho que sucedía en instancias particulares, patológicas o privadas de las personas. En este apartado, en cambio, se dará cuenta del cambio que tuvo lugar en el período comprendido entre 1990 y 2009, cuando una serie de procesos y acontecimientos llevó a una nueva configuración del suicidio como problema público en Argentina. Esta configuración estuvo asociada a la emergencia de una nueva percepción del problema en la arena pública, una novedosa propuesta de intervención específica, ciertas lecturas del fenómeno desde diversos enfoques o conceptualizaciones que marcaron una innovación con respecto al período anterior, un registro y análisis de datos que demarcaron el carácter “objetivo” del problema, el recorte de una nueva franja de la población (los jóvenes) como la más afectada y una distribución particular del problema por el territorio.

En términos conceptuales, el presente análisis está sustentado en la idea de que los procesos de conformación y emergencia de un problema público se dan a través de actores sociales que problematizan un fenómeno y demandan soluciones o respuestas a instituciones oficiales como el Estado. Estos procesos cuentan con un período de iniciación, entendido como el momento en que una cuestión se vuelve problemática a partir de ciertas lecturas, actores y estrategias que actúan de manera previa a la toma de posición del Estado con respecto a ella (Oszlak & O'Donnell, 1995).

De este modo, para que un fenómeno sea considerado un problema, ciertos actores tienen que reconocer su existencia, elaborar ciertas definiciones acerca de su alcance y características y lograr que estas sean aceptadas por un público más amplio (Spector & Kitsuse, 1973). Ahora bien, retomando el planteo inicial, se considera que este proceso se da como resultado de la combinación entre los acontecimientos que tienen lugar en la sociedad y el modo en que estos son interpretados, sin que exista una relación de determinación objetiva de unos hacia otros. En efecto, siguiendo a Gusfield (2014), se entiende que los hechos que dan cuenta de un problema público son escogidos entre un montón y, luego, son “ofrecidos como descubrimientos en el contexto de las consideraciones particulares y prácticas de sus descubridores”.

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

Según este autor, los problemas públicos se estructuran básicamente en dos dimensiones: una cognitiva y una moral.⁴⁵ La dimensión cognitiva está relacionada con la forma de leer el aspecto fáctico de la situación y se sustenta en un conjunto de creencias y teorías. La dimensión moral, por su lado, refiere a los aspectos condenables del problema, aquello que es deseable corregir o cambiar. De esta forma, en los problemas públicos se combinan ciencia y retórica, es decir, un conocimiento de la realidad elaborado a través de procedimientos estructurados y ciertos valores que hacen imputar determinados significados a esos hechos.⁴⁶

Estos dos aspectos se encuentran, en los hechos, mutuamente relacionados: las problemáticas no surgen a través de un planteo objetivo, repentino y claro, sino que se conforman cuando se han puesto en movimiento los acontecimientos y los procesos (Gusfield, 2014). Dice el autor: “Vivimos en un bosque de símbolos a la vera de una jungla de hechos. En nuestro intento de entender el mundo que nos rodea, los seres humanos nos dejamos llevar por creencias acerca de aquello que no podemos experimentar o reconocer personalmente” (Gusfield, 2014, p. 127).⁴⁷

A partir de este planteo, en el presente apartado se hará una reconstrucción de los cambios en la configuración del suicidio como problema público que tuvo lugar en el período de dos décadas comprendido entre 1990 y 2009. Durante esos años, una serie de sucesos marcó un avance del tema en la esfera pública, impulsado tanto por acontecimientos sucedidos en el nivel local como por la creciente importancia que comenzó a tener en la agenda sanitaria internacional, y una novedosa recepción dentro de la agenda política local. Así, durante este período fue posible observar cómo los medios de comunicación brindaron una novedosa cobertura del suicidio como problema social, lo que impulsó una novedosa percepción en el nivel colectivo. Por otro lado, a partir de las propuestas de las organizaciones internacionales, el foco del abordaje pasó a estar en la prevención y la asistencia frente a un

45 “Si no tenemos una creencia cognitiva en su alterabilidad y un juicio moral sobre su carácter, el fenómeno no es un tema ni un problema” (Gusfield, 2014, p. 75).

46 Esta estructuración de los problemas públicos se puede leer también desde la perspectiva de Castoriadis (1988) como parte de la institución del dominio histórico social de una sociedad que genera cohesión a través de las nociones instituidas en el imaginario. Siguiendo a Gusfield (2014), no es posible acceder por experiencias personales a los hechos, sino a través de ciertas creencias que organizan los actores autorizados para tratar el problema en cuestión.

47 Gusfield utiliza esta metáfora en relación con el problema público en Estados Unidos de los conductores alcoholizados para distinguir la diferencia entre los hechos personales y los hechos públicos. “Muchísimas personas en Estados Unidos han tenido experiencia directa y personal con choques y colisiones automovilísticos. Esos son hechos personales. La cantidad de víctimas del automóvil no es un hecho personal: es un hecho público” (Gusfield, 2014, p. 127).

intento, lo que modificó las estrategias de intervención. Asociado a ello, la mayor relevancia del enfoque psicológico preventivo estuvo ligada a la emergencia de la suicidología como voz experta en el tema, que brindó los principales marcos interpretativos en los que se basaron las concepciones del fenómeno.

También es posible observar, en este período, una nueva configuración del estatus objetivo del problema por medio de los datos aportados por las oficinas de estadísticas sanitarias, que cuantificaron el problema. En este sentido, la principal modificación —que tuvo importantes implicancias tanto en la dimensión cognitiva del problema como en la moral— fue el cambio en el señalamiento de los principales afectados, poniendo el acento en la franja etaria de adolescentes y jóvenes como la porción de la población más afectada por el problema. Una segunda modificación relevante fue el reconocimiento de que estos procesos se dieron en diferentes lugares del territorio nacional, lo que implicó, a su vez, que distintos actores se apropiaran del tema, con sus propias lecturas y abordajes, y esto conllevó una federalización del problema. Como resultado de todos estos hechos, el tema gradualmente se instaló en el ámbito público y diferentes iniciativas privadas o estatales, en variados niveles de jurisdicción, marcaron su definitiva configuración como problema público.

Estos procesos fueron impulsados por nuevos actores, que llegaron a interactuar y articular con acciones más o menos fructíferas con el Estado nacional, que tuvo sus primeras iniciativas e intervenciones desde el nivel central.⁴⁸

Retomando el planteo de Gusfield (2014), todos estos aspectos dieron una consistencia particular a la ficción del problema público. Vale aclarar que, para este autor, una ficción social no es precisamente ficticia, sino que se enmarca en un imaginario para poder ser abordada y problematizada. Esta emergente caracterización da cuenta del armado de esa ficción del suicidio como problema público en Argentina. En este apartado, entonces, se hará una reconstrucción de estos procesos que marcaron la emergencia del suicidio dentro del ámbito público y que tuvieron impacto en su consolidación. En términos esquemáticos, estas son las principales características de cada uno de ellos.

48 La primera intervención en el tema a nivel central se dio a través del Ministerio de Salud de la Nación, que, luego de convocar el primer comité de expertos en la temática, elaboró un programa nacional de prevención del suicidio y un plan para su implementación, que, más tarde, a través de una resolución ministerial, apareció como subprograma de Prevención de Suicidio. Todo esto quedó sin efectos a causa de cambios de gestión y de agenda en la cartera sanitaria nacional.

- *Percepción del fenómeno. El papel de los medios de comunicación.* Un papel primordial en este proceso lo jugaron los medios de comunicación. Durante la década de 1990, el suicidio cobró importancia en los medios. Paulatinamente, las noticias sobre suicidios fueron dejando de ser narradas como hechos personales para comenzar a plantearse como hechos públicos que afectan a ciertas poblaciones y, luego, a toda la nación. Los medios de comunicación son una arena fundamental en la emergencia de un problema público, ya que ellos reciben el aporte de los expertos, que se apropian de un tema, se conceden autoridad⁴⁹ e influyen en llevarlo al campo de las políticas para que sea tratado por los legisladores y el Poder Ejecutivo. De este modo, el suicidio logró desbordar el campo de los especialistas para pasar a ser una cuestión de preocupación general. Tal como señala Frigerio (1995), “los problemas que alcanzan el estatus de importantes son los que llegan a dominar no solo una arena, sino varios ámbitos de discusión”.
- *La intervención propuesta. El foco en la prevención.* Principalmente promovida desde un tiempo atrás por organismos internacionales como la OMS y OPS, cuyos peso e influencia son destacables en la determinación de las políticas sanitarias de Argentina, la prevención del suicidio tomó relevancia por sobre la preocupación por la explicación y la comprensión del fenómeno ya consumado. Así, el foco de los abordajes de suicidio se concentró en el intento de suicidio más que en el suicidio realizado. Bajo el lema “Muchos de los suicidios se pueden prevenir”, el enfoque y las intervenciones se orientaron hacia la prevención.
También cobró importancia el concepto de “posvención”, como la intervención realizada luego de un suicidio consumado para proteger de un posible riesgo al contexto afectado por esta muerte. A este posicionamiento preventivo se sumó la necesidad de abordar el problema de manera interdisciplinaria e intersectorial.
- *Las conceptualizaciones. Los enfoques que abordaron la problemática.* Si bien son variadas las perspectivas teóricas que se preocuparon por el suicidio, desde la sociológica hasta la psicoanalítica, se puede decir que las líneas psicológicas preventivistas son las que lograron apropiarse del tema. Entre estos enfoques, la suicidología, surgida y desarrollada en principio en Estados Unidos, logró obtener

⁴⁹ En la línea de Gusfield (2014), la autoridad sobre un tema es ilusoria. Muchas veces, los fundamentos del conocimiento sobre el tema del suicidio no son tan certeros, consistentes ni constantes.

cierta legitimidad en el país durante este período. A partir de esto surgieron nuevos expertos que llevaron el tema hacia la arena pública.

- *Los datos que presentaron el problema. Las estadísticas del suicidio.* Las estadísticas cobraron, en este período, mayor relevancia y legitimidad en la explicación del fenómeno con respecto a períodos anteriores y resaltaron el incremento en el número de casos.⁵⁰ Muchos particulares toman las estadísticas con que cuenta el país y elaboran sus análisis poniendo de relieve aspectos que demarcan la emergencia de un problema público con características particulares (afectación de la franja etaria de jóvenes y adolescentes, la brecha entre varones y mujeres, la forma en que se distribuye el fenómeno en el país, etc.).
- *La población demarcada. Los adolescentes como principales afectados.* Por mucho tiempo, la población más afectada por el suicidio en el país fue la de los adultos mayores. Esa tendencia se revirtió en estos años. Cada vez más jóvenes y adolescentes se suicidaron, lo que generó un impacto mayor en la opinión pública, los especialistas y el Estado. Este punto es el que pone de relieve la dimensión más moral del problema del suicidio, ya que pone el acento en lo no deseable que debe cambiarse (Gusfield, 2014).
- *La distribución del problema. La federalización del evento.* El suicidio solía tener mayor relevancia en los contextos urbanos. Paulatinamente, durante la década de 1990 y principios de la de 2000 se comenzó a dar una serie de suicidios en localidades con menor densidad de población y alejadas de los centros urbanos, con las regiones de la Patagonia y el NOA como las más afectadas. Todo esto desencadenó procesos e intervenciones por parte de los Gobiernos locales de varias jurisdicciones.

4.1. PERCEPCIÓN DEL FENÓMENO. EL SUICIDIO COMO PROBLEMA PÚBLICO EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Durante la década de 1990 se dieron una serie de hechos que la prensa denominó “ola de suicidios” o “epidemia de suicidios”, en referencia a las muertes que afectaban a cierta población o franja etaria, a veces con foco en ciertas localidades. Estos eventos, que tuvieron relevante notoriedad en los medios de comunicación, generaron interés y diversas intenciones del Estado o entes cooperadores internacionales para intervenir. Aunque muchas veces no se

⁵⁰ En 2003, el país alcanzó la tasa de mortalidad por suicidio más alta (8,7 por 100 000 habitantes) que tuvo hasta la fecha. Este aumento fue de más de dos puntos, comparado con décadas pasadas.

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

llegó a propuestas de intervención concretas y/o sostenidas, sí se logró instalar el tema en la agenda pública.

Gradualmente el suicidio dejó de ser encarado como una situación meramente individual o patológica para comenzar a ser entendido en términos más poblacionales y pasibles de intervención preventiva. Siguiendo a Estruch y Cardús (1982), la cuestión dejó de ser por qué se suicidó tal o cual persona y pasó a ser por qué se mata la gente y qué se debe hacer al respecto.

Tomaremos cinco de estos eventos: las violencias y suicidios en los ex combatientes de Malvinas, el suicidio de jubilados a principios de los noventa, los suicidios en la ciudad santafesina de Villa Gobernador Gálvez a mediados de esa década, los suicidios acontecidos a fines de los noventa en la localidad de santacruceña de Las Heras (estos dos últimos eventos, principalmente en población joven y adolescente) y, por último, el suicidio del doctor René Favaloro, que dio lugar al planteo del problema del suicidio como cuestión que acontece en el país.

4.1.1. LOS VETERANOS DE LA GUERRA DE MALVINAS

Varios de los suicidios acontecidos en el país durante las últimas dos décadas del siglo pasado tuvieron como protagonistas a los veteranos de la Guerra de Malvinas, quienes también fueron parte de episodios de agresiones y homicidios. Todo esto dio cuenta de las serias secuelas psicológicas y orgánicas que dejó en ellos la guerra y movilizó su agrupamiento en organizaciones que comenzaron a denunciar la vulnerable situación que atravesaban y la ausencia del Estado con una respuesta. Para el año 2006, los veteranos denunciaban que el suicidio ya había superado la cantidad de muertos de la propia guerra.⁵¹

Un artículo del periódico *Página/12* del año 1997 refería: “En su mayoría, los ex combatientes de la Guerra de Malvinas han volcado su violencia sobre sí mismos. Desde la rendición de los argentinos ante las tropas reales, 200 de ellos se han suicidado”. Según asociaciones de excombatientes, este número fue en aumento, y en 2005, de acuerdo con las cifras no oficiales, se calculaba entre 500 y 600 el número de suicidios de veteranos de Malvinas. Las secuelas psíquicas y físicas de la guerra, más el desinterés de la sociedad y la

51 “Según estadísticas de salud del año 2004, la tasa anual de suicidios es de 8,2 casos cada 100 000 habitantes. Si se considera que hay unos 14 000 sobrevivientes del conflicto bélico por la soberanía de las islas Malvinas (el censo que realizó el Ministerio del Interior habla de más de 25 000, pero esa cifra ha sido muy resistida entre los excombatientes) y se toma como cierta la cantidad de 350 casos que manejan los propios veteranos, la tasa anual de suicidios en este segmento sería de 108,7 cada 100 000 habitantes, esto es, casi 14 veces más que en el resto de la población” (Galak, 2006).

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

falta de intervención y reconocimiento del Estado, son algunas de las causales que, según los afectados, marcaron estos trágicos desenlaces (Página/12, 1997). Por otro lado, el CAS refirió que varios ex combatientes de Malvinas son y fueron usuarios de sus líneas de atención (Fernández, 2017).

Cabe destacar que desde instancias estatales se iniciaron proyectos de reconocimiento a veteranos de guerra, el más relevante de los cuales fue el otorgado años después, en 2005, a través de un decreto presidencial por el cual se otorgaban pensiones honoríficas a los ex combatientes de Malvinas (Cristina Fernández de Kirchner, Unidad Ciudadana, 2005).

4.1.2. LOS JUBILADOS

Otros casos resonantes de suicidio en los medios fueron los de jubilados. A finales del año 1992 se suicidaron en el país 23 personas mayores de 50 años. Esta serie de suicidios generó una sucesión de noticias en los medios de comunicación, que se hicieron eco y demarcaron un emergente problema social. En cuanto al tratamiento que tuvieron en la prensa, estos hechos fueron leídos en relación con la grave y castigada situación económica que pasaban los jubilados en ese momento, que los llevaba a arremeter contra su propia vida. Este sector fue especialmente castigado por las políticas económicas determinadas por entonces por el Gobierno nacional y, a través de su movilización, los jubilados se fueron consolidando como un actor social opositor al Gobierno de Carlos Menem (Driven, 1992).⁵²

El licenciado Carlos Boronat, presidente del CAS por aquel entonces, refiere cierto sensacionalismo de la prensa en el tratamiento de estas muertes:

En ese momento se inventó el tema del suicidio de los jubilados. Los periodistas registraban a los suicidas cuando eran jubilados, y se dijo que era[n suicidas] porque estaban en las peores condiciones de jubilación, sin plata, enfermos. Rápidamente, [ante] todo suicidio que había, iban a buscar si [el suicida] era jubilado o no [...]. Entonces se corrió la bolilla de que los jubilados se estaban suicidando. Era como una obligación para ellos suicidarse porque estaban sin plata, enfermos, solos, lo cual hizo que yo muchas veces dijera en los diarios que eso era negativo para los jubilados, ya que era ubicarlos en una situación casi de que su próxima salida era el suicidio. Después, como tantas otras noticias, pasó. En ese momento fue cuando Matilde Menéndez se acercó a nosotros.

⁵² Una de las figuras más recordadas de entonces es la activista Norma Plá, quien representó en gran medida los reclamos de los jubilados (Driven, 1992).

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

Según relata Boronat, la entonces directora del Programa de Atención Médica Integral (PAMI), Matilde Menéndez, les ofreció algún tipo de apoyo y un lugar donde asentar el CAS. Tales iniciativas no prosperaron. Sin embargo, PAMI armó por esas épocas un dispositivo de atención telefónica y psicológica, en articulación con 31 instituciones psiquiátricas que brindaban una serie de prestaciones médicas psicológicas y psiquiátricas las 24 horas, para contener el drama social (Página/12, 1992a).

La población de adultos mayores fue históricamente la más afectada por el suicidio; sin embargo, poca relevancia ha tenido esto en el marco del abordaje de la problemática en comparación con otros grupos etarios, como el de los adolescentes.

4.1.3. LOS JÓVENES Y ADOLESCENTES

Entre mediados y fines de la década de 1990 tuvieron lugar en algunas localidades del país series de suicidios de jóvenes y adolescentes. De a poco, esto fue convirtiéndose en una preocupación cada vez mayor en las comunidades y en las autoridades locales, a la vez que dio lugar a las primeras intervenciones de varios expertos en la temática.

Entre 1992 y 1995, en la ciudad santafesina cercana a Rosario de Villa Gobernador Gálvez se dio una serie de suicidios de jóvenes. Los diarios de esa época narran que la mayoría de ellos se efectuaron con armas de fuego, aunque los datos varían según la fuente: algunas hablan de nueve suicidios en un año y medio, y otras, de cinco en ocho meses (El Tiempo, 1994; La Nación, 2008).⁵³

Según refiere Élica Marconi, referente de la DEIS en ese momento, estos hechos habrían logrado suficiente repercusión y llegado a reclamos a la cartera de Salud:

Recuerdo que, por los noventa, había llegado al ministro una denuncia que había salido en los diarios, de que, en una localidad de Santa Fe, Villa Gobernador Gálvez, se había producido una cantidad muy importante de suicidios de adolescentes; un número cercano a 14. Igual, habría que ver cómo se gestó esa información (si eran 14 en los últimos cinco años, por ejemplo). Y nos pidieron que hiciéramos un tratamiento del tema. Trabajando con la provincia, con la localidad, no encontramos que la información estadística reflejara lo que se había denunciado.

53 Entre octubre de 1993 y fines de 1995 fueron 10 los jóvenes que se quitaron la vida en Villa Gobernador Gálvez. A esto se debe una notoria cantidad de intentos que se dieron por esa época en la localidad (Bonaldi, Casullo & Fernández Liporace, 2006).

Otro lugar donde se registró una serie de suicidios de jóvenes y adolescentes fue la localidad patagónica de Las Heras, en la provincia de Santa Cruz.⁵⁴ Dicha localidad fue una de las más afectadas por la crisis de los noventa; principalmente, por la privatización de Yacimientos Petrolíferos Fiscales (YPF) en 1991, lo que generó una gran reducción de los puestos de trabajo y varios conflictos en la principal industria de extracción de petróleo.

La localidad se había desarrollado alrededor de la explotación de los pozos petrolíferos de YPF en los años sesenta, dado que allí la empresa instaló su base operativa. La venta de YPF a Repsol desató una crisis en esta empresa y derivó en la conformación de un contexto vulnerable en la localidad, donde se hacían presentes varios problemas como el alcoholismo, el desempleo, la violencia, la deserción escolar, el embarazo adolescente y los suicidios. En cuanto a estos últimos, las edades de las víctimas se encontraban entre los 14 y los 32 años.

En menos de un año y medio se suicidaron 22 personas, la mayoría de las cuales usó como método el ahorcamiento. Los suicidios comenzaron a mediados de 1998 y cesaron alrededor del año 2000, aunque los intentos siguieron dándose por un tiempo. La grave situación que generaron en la localidad estos suicidios dio pie a que su intendente, por aquel entonces José Luis Martinelli, contactase a Unicef. Esta, a través de la organización no gubernamental (ONG) Poder Ciudadano, desarrolló una estrategia para trabajar con conflictos sociales llamada Programa de Jóvenes Negociadores. Este programa capacitaba a jóvenes para que pudieran intervenir en situaciones de vulnerabilidad social (Guerriero, 2006).

Estos hechos, parte de los más notorios que relevó la prensa en la última década del siglo pasado sobre el tema del suicidio, sirvieron como antesala para el surgimiento del suicidio como un tema de agenda para la intervención de los sectores públicos. Así se propició la necesidad de trabajar en su prevención, principalmente en el sector de la salud, pero también en el legislativo, el de educación y el de seguridad; lo demarcó como un emergente con iniciativas más o menos erráticas y sostenidas que, al final, quedó recortado como un problema de salud pública cuya prevención es función del Estado y sus instituciones.

4.1.4. EL SUICIDIO DEL DOCTOR RENÉ FAVALORO

El 29 de julio de 2000, una de las eminencias médicas con las que contaba el país, el cardiocirujano René Favaloro, se suicidó de un tiro en el corazón. Entre las varias cartas de despedida que dejó hubo una, que se difundió en la prensa, en la que narraba la crisis institucional y ética que vivía por aquel entonces el país. A la vez, su trágico final generó un

54 Esta serie de muertes dio lugar al libro de Leila Guerriero *Los suicidas del fin del mundo* (2006).

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

impacto en la opinión pública y posicionó el suicidio como un acontecimiento alarmante, que estaba comenzando a ser delineado como tema de preocupación por especialistas de la salud mental.

En un artículo de *Página/12* de agosto del mismo año (Carbajal, 2000), un grupo de psicólogos y psiquiatras —que, con el tiempo, se volvieron claros referentes del tema— traza las cuestiones que, gradualmente, se fueron incorporando en la configuración del suicidio como problema público de salud. En este texto, los licenciados Carlos Martínez y Carlos Boronat plantean el crecimiento del fenómeno en Argentina, la afectación de los jóvenes y la necesidad de intervenir desde la prevención.

Los medios de comunicación suelen ser una de las arenas más importantes para la construcción de problemas públicos. A través de ellos se da la presentación de las dimensiones problemáticas de un fenómeno y se brinda determinado enfoque o interpretación de él. Este acceso a los medios es importante para los actores que reclaman por el tema. Es así como, en este período, el suicidio apareció discursivamente en los medios como un problema público que afectaba a la población de Argentina y expertos sobre el tema fueron proponiendo acciones, responsables e intervenciones (Página/12, 1998; Dandan, 2002a; La Nación, 2004).

4.2. LA INTERVENCIÓN PROPUESTA. EL FOCO EN LA PREVENCIÓN. LA INFLUENCIA DE LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES.

Siguiendo los conceptos planteados por Gusfield (2014), los organismos internacionales fueron actores clave para aportar las dimensiones culturales y organizacionales del problema del suicidio,⁵⁵ ya que, a través de su discurso, significan, interpretan, proponen intervenciones, sistematizan datos y generan una forma de acceso a él (principalmente, a nivel global, pero con destacada injerencia en los niveles nacionales o, incluso, en localidades o instituciones). En nuestro país, su influencia es de suma importancia, en principio, porque abrió camino a los expertos y les otorgó legitimidad sobre el tema.

Como se vio anteriormente, la OMS venía trabajando en el suicidio ya desde 1966 y ha publicado una serie de documentos, algunos con foco en la interpretación y el análisis del problema y otros, más centrados en su sistematización y, también, en propuestas de

⁵⁵ La dimensión cultural refiere a la significación de los hechos, su interpretación y su intervención, mientras que la organizacional refiere al “patrón de actividades a través del cual el fenómeno se vuelve accesible y es sistematizado en teoría y datos” (Gusfield, 2014, p. 32).

estrategias de intervención.⁵⁶ Sin embargo, durante la década de 1990 la OMS y la ONU elaboraron una estrategia particular para abordar el tema del suicidio, de la que surgió una serie de documentos sobre su prevención que se volvieron claves en el viraje a la necesidad de trabajar sobre los intentos de suicidio de maneras intersectorial e interdisciplinaria. Si bien esto no es algo nuevo, ya que sus documentos anteriores lo mencionan como importante, es notorio cómo se resalta, en este último tiempo, el lugar de la prevención y la necesidad de políticas e intervenciones puntuales desde los gobiernos para ello.

En 1997, la ONU publicó un texto llamado *Prevención del suicidio: directrices para la formulación y la aplicación de estrategias nacionales*. En dicho documento se relata el trabajo realizado en la Universidad de Calgary (Canadá) en el año 1993, donde un conjunto de expertos y decisores de políticas públicas de varios países se juntó para desarrollar medidas y políticas que pudiesen tomar los gobiernos, a través de estrategias globales nacionales efectivas, para luchar contra el suicidio. El enfoque de la estrategia planteada pone el acento en modelos de intervención de base comunitaria por sobre el tratamiento individual, toma sobre todo la perspectiva del modelo ecológico⁵⁷ y los modelos de transacción para la intervención, evita así una perspectiva plenamente individual y otorga un lugar de importancia al contexto dentro del evento.

En este trabajo se delimita la necesidad de trabajar en la prevención, ya que el suicidio es una causa evitable de mortalidad, y así se destaca la importancia de realizar actividades preventivas tanto frente a intentos de suicidio como con los suicidios consumados. El texto resalta que las franjas etarias más afectadas son las de los jóvenes y los ancianos y comprende el suicidio como un problema multicausal. Por último, se hace mención al costo socioeconómico que tendrían los suicidios para las naciones, y así se las insta a la elaboración de estrategias y planes para la prevención del suicidio.

Por otro lado, en 1999 la OMS lanzó un programa integral para la prevención del suicidio llamado Supre, en cuyo marco realizó una serie de documentos destinado a diversas instituciones estratégicas que podrían intervenir frente al fenómeno. En este sentido, la OMS se ubica como un actor que reclama la intervención de diversos sectores que tendrían que

⁵⁶ Estos puntos son más desarrollados en el apartado 3, apartado 3.2.3.3.2: “La inclusión de la problemática en la agenda mundial de salud”.

⁵⁷ Este modelo de análisis es utilizado para trabajar con hechos de violencia. En un principio, se usó para analizar hechos de abuso infantil y sirve, frente a un hecho como la violencia, para evaluar la acción recíproca y compleja de factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales. Así, ayuda a comprender la forma en que estos factores están vinculados con el hecho (Organización Panamericana de la Salud, 2003).

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

incluir la problemática de la prevención en su agenda: salud, educación, seguridad, justicia y medios de comunicación.

En su justificación, el Supre indica el crecimiento del suicidio en un 60 % a nivel mundial —tanto en los países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo—, la afectación de poblaciones jóvenes y adolescentes y la necesidad de insertar estrategias de prevención en la APS. Su objetivo principal es reducir la mortalidad y la morbilidad por comportamientos suicidas a través del mejoramiento de la atención, la temprana detección de factores de riesgo, la evaluación de servicios y la eficacia en las respuestas. La estrategia consta en una serie de documentos destinados a diversos actores (médicos generalistas, medios de comunicación, docentes, servicios de APS, personal de cárceles y de posvección, fuerzas de seguridad, consejeros), que establecen así la necesidad de afrontar el tema con estrategias globales e intersectoriales y, a la vez, generan herramientas para evaluar tratamientos, riesgo suicida e intervenciones (Supre-MISS). Estas herramientas fueron difundidas y tomadas por diversos países, y la estrategia marcó la legitimación del suicidio como problema público a nivel mundial.

En la siguiente infografía elaborada por la OMS en 1999 se puede observar la forma de presentar el problema del suicidio a nivel global con determinadas características: afectación de la población joven, acceso a medios, propuestas intersectoriales y, principalmente, con el foco puesto en la prevención (Figura 1).

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

Figura 1. Infografía diseñada por la OMS en 1999

Fuente: Organización Mundial de la Salud (1999).

En el recorrido por las fuentes de esta tesis —ya sean noticias, informes, investigaciones o libros sobre el tema— es notorio cómo, a partir del año 2000, la OMS aparece como un referente autorizado y legitimado sobre el tema.

Una de las estrategias comunicacionales más importantes que tuvo la OMS, por impulso de la IASP, fue la designación, en el año 2003, del 10 de septiembre como el Día Mundial para la Prevención del Suicidio, bajo el lema “*Suicide can be prevented*” (‘El suicidio puede prevenirse’). Ese día, cada año, la IASP y la OMS lanzan un nuevo lema y organizan actividades de prevención del suicidio en todo el mundo.

A nivel local, durante los primeros años de la década de 2000 se replicaron los planteos de la OMS y comenzaron a aparecer cada vez más nuevas asociaciones civiles que

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

trabajaban el tema de suicidio. El CAS, pionero y casi único referente del tema en el país durante mucho tiempo, empezó a relacionarse y a replicar su estrategia en otras jurisdicciones. Esto, con el tiempo, terminó conformando la primera Red Argentina de Suicidología.⁵⁸ En principio, esta red estaba conformada en su mayoría por otros servicios de asistencia telefónica de varias provincias de la Argentina. Al respecto refiere el licenciado Boronat, ex presidente del CAS:

Empezamos a conocernos los que trabajábamos con el tema del suicidio. Recuerdo que, en el año 2002, me vinieron a buscar de Jujuy, por ejemplo, para hacer toda una tarea de sensibilización y conocimiento del suicidio. De ahí surgió una línea de teléfono. Después, de otros lados también; llamándonos y queriendo hacer alguna línea de teléfono en cada provincia, muchas veces, en varias ciudades o pueblos, nos llamaban para capacitar. Asesoramos y capacitamos a cerca de veinte líneas semejantes a las nuestras [...]. Así se hicieron muchas líneas. Empezamos a pensar que teníamos que trabajar en red. Se empezó a hablar de las redes y [los] trabajos en redes. Entonces, empezamos a hacer un Congreso de Prevención del Suicidio e invitamos a todas las líneas para poder trabajar en red. De eso, formalmente, nació la Red Argentina de Suicidología.

Esta red comenzó a realizar varias intervenciones en la comunidad y generó contactos con el Estado en busca de respuesta a esta problemática que marcaba como un emergente.

En ella se nucleó una nueva generación de expertos. Algunos de ellos fueron los integrantes del primer comité que convocó y coordinó el Estado nacional a través del Ministerio de Salud y que elaboró un programa de prevención del suicidio y un plan de acción. Entre ellos se encuentran Carlos Martínez,⁵⁹ Diana Altavilla, Héctor Basile y Carlos Boronat. Ellos, y sus instituciones, comenzaron en 2002 y 2003 a realizar los primeros encuentros y a adherirse al Día Mundial para la Prevención del Suicidio mediante congresos, intervenciones y capacitaciones. Si bien recién en 2010 el Congreso de la Nación declaró la fecha de interés nacional, ya esta red realizaba su conmemoración.

En plena consonancia con las directrices de los organismos internacionales, estas instituciones y los expertos en Argentina comenzaron a pensar en la prevención del suicidio como la dimensión para intervenir por excelencia dentro de la problemática del suicidio.

58 La Red cuenta con un gran número de profesionales y organizaciones que cambiaron a lo largo de los años. Algunos de los más destacados son los CAS de varias jurisdicciones, las fundaciones Manos Unidas por la Paz (Jujuy), Apostando a la Vida (Jujuy), Defender la Vida (Misiones), etc.

59 El licenciado Carlos Martínez no perteneció nunca formalmente a la Red Argentina de Suicidología (la institución que representaba era la Asociación Argentina de Prevención del Suicidio); sin embargo, fue parte de los expertos y mantuvo relación con la Red en más de una ocasión.

4.3. LAS CONCEPTUALIZACIONES. LOS ENFOQUES QUE ABORDARON LA PROBLEMÁTICA

Son varios los enfoques que surgieron alrededor del suicidio. De los psicológicos a los sociológicos, pasando por los psiquiátricos, el suicidio fue leído como un acto, como una causa externa de mortalidad, como una violencia, como un proceso, como un pasaje al acto o como un trastorno. Las diversas lecturas que se hacen del suicidio como fenómeno ponen de relieve las tensiones entre lo individual y lo colectivo, entre lo patológico y lo contextual, entre el riesgo y la vulnerabilidad.

Un punto para destacar es que, pese a la cantidad de desarrollos teóricos sobre suicidio que pueden relevarse en Argentina, son pocos los artículos que llegan a publicarse en revistas científicas. En un estudio bibliométrico, el licenciado Flores Kanter (2017) encontró que solo 17 artículos sobre el suicidio se publicaron en revistas de divulgación científica, recién desde el año 2005; la mayoría de ellos, con una perspectiva médica psiquiátrica. Este número deja a la Argentina muy debajo de otros países de la región, como Brasil (con 304) o Colombia (con 60). Sin embargo, el suicidio es la temática dentro del estudio de las violencias que más producción científica ostenta. En la mayoría de las publicaciones se plantea el suicidio como un problema de salud pública y se adoptan las perspectivas de los organismos internacionales —principalmente, la OMS y la OPS—, con sus términos y conceptualizaciones específicas alrededor de la temática (ideación, intento, parasuicidio, etc.). Estos son trabajos que abarcan desde objetivos poblacionales generales hasta institucionales; gran parte de ellos son estudios descriptivos con datos primarios, y en varios se utilizan diversos test proyectivos para evaluar la población (Di Marco, 2019).

Con el foco puesto en la prevención, siguiendo los lineamientos internacionales, se impusieron las perspectivas teóricas preventivistas que proponían una estrategia específica de intervención. Es así como la suicidología fue teniendo cada vez más peso a través de una nueva generación de expertos en el tema que muestran algunas continuidades y disrupciones con líneas teóricas anteriores, como el psicoanálisis.

Estas nuevas teorías generaron un cambio en la lectura social del suicidio al dar entidad a una “nueva realidad” sobre el problema y motivar un cambio en las representaciones ya instaladas en el imaginario social sobre el fenómeno. Generalmente, los procesos sociales crean una tensión entre lo instituido y lo instituyente, pensado esto último como lo que cuestiona el orden dado de las cosas (Castoriadis, 1988). Un ejemplo de ello fue el trabajo de estos expertos para discutir los discursos instalados en el saber popular sobre el suicidio.

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

La siguiente figura fue diseñada por la OMS y, luego, tomada por el Ministerio de Salud en sus lineamientos del año 2012 (Figura 2).

Figura 2. Mitos acerca del suicidio. Cuadro elaborado por la OMS en 2000

FICCIÓN	REALIDAD
Las personas que hablan de suicidio no cometen suicidio.	La mayoría de los suicidas han advertido sobre sus intenciones.
Los suicidas tienen toda la intención de morir.	La mayoría de ellos es ambivalente.
El suicidio sucede sin advertencias.	Los suicidas a menudo dan amplias indicaciones.
La mejoría después de una crisis significa que el riesgo de suicidio se ha superado.	Muchos suicidios ocurren en el periodo de mejoría, cuando la persona tiene toda la energía y la voluntad para convertir los pensamientos de desesperación en actos destructivos.
No todos los suicidios pueden prevenirse.	Esto es verdadero, pero la mayoría es prevenible.
Una vez que una persona es suicida, lo es para siempre.	Los pensamientos suicidas pueden regresar, pero no son permanentes y en algunas personas pueden no hacerlo jamás.

Fuente: Programa Supre (2000c).

Las definiciones que se presentan de un problema pueden imponerse por su tono dramático o novedoso o por el lugar que este tenga en las creencias y cultura populares (Lorenc Valcarce, 2005). En esta distinción entre ficción y realidad se hace notoria la inclusión de la dimensión de la prevención como intervención posible. Algo llamativo es que en estos planteos no se rescata ninguna dimensión del hecho por fuera de lo individual.

En este apartado se desarrollarán algunas de las teorías que tuvieron lugar durante el período 1990-2009 en Argentina.

4.3.1. LAS PERSPECTIVAS SOCIOLÓGICAS

Desde el punto de vista sociológico se pueden encontrar los trabajos de Bonaldi, (2006) y de Orellano (2005). Ambos trabajan el impacto de la crisis de los noventa sobre el aumento de las tasas de suicidio.

Bonaldi explica el incremento dado en los suicidios de adolescentes y jóvenes, además de diversas violencias de las que es víctima ese grupo etario. Propone: “Es necesario

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

desplazar la atención desde los casos individuales hacia el estudio de las relaciones sociales que se dan en el grupo” (Bonaldi, Casullo & Fernández Liporace, 2006, p. 70). En la misma línea de Durkheim, resalta el debilitamiento de los lazos sociales en sociedades cada vez más individualistas que no ofrecen ningún tipo de soporte al sujeto. Esta debilidad se daría, por un lado, por la dificultad de sentirse parte de algo mayor y, a la vez, por un debilitamiento de las expectativas sobre él. Por último, ubica los cambios económicos, sociales e institucionales que sufrió la Argentina en la década de 1990 como causal de este debilitamiento que tuvo su efecto en el desprestigio en la esfera de lo público.

Por otro lado, Orellano (2005) investiga los efectos del desempleo y la precarización laboral en el período histórico de la década de 1990 sobre la salud mental de los argentinos. En el libro *Trabajo, desocupación y suicidio* (Orellano, 2005) investiga la asociación entre suicidio y desempleo a través de un desarrollo conceptual profundo y riguroso —muy en línea con el trabajo de Durkheim—, a la vez que presenta una investigación epidemiológica de casos y controles realizada en las ciudades de Buenos Aires y Rosario entre los años 1995 y 1999 en la que encontró una fuerte asociación estadística entre el desempleo y el suicidio.

Este autor, siguiendo el concepto de *anomia*, presenta la incapacidad de las instituciones de la modernidad —como las sociedades política, doméstica o religiosa— para cumplir una función de cohesión social, por lo que dejan a sus integrantes más sueltos, librados a su suerte y vulnerables al comportamiento suicida frente a circunstancias desfavorables o desbordes.⁶⁰ La falta de un colectivo social del cual formar parte da lugar, en el capitalismo industrial, a la corporación de trabajadores como un ente capaz de cumplir esa función social. Sin embargo, en el pasaje de la sociedad laboral a la sociedad de riesgo, en el que se dan trayectorias laborales aleatorias, flexibilizadas y sin la protección interventora del Estado, se producen la desintegración y la anomia social. Esto provoca diversos tipos de violencias que se pueden volver autodestructivas.

Estas perspectivas del fenómeno del suicidio son amplias y ponen de relieve los procesos sociohistóricos de nuestro país en relación con el suicidio. Sin embargo, no fueron los enfoques más tomados en el planteo del problema en la arena pública, y quedaron más circunscriptos a los ámbitos académicos.

60 “El suicidio altruista aparecerá relacionado con la desestructuración de las organizaciones verticalistas del ejército y la religión, mientras que el suicidio egoísta se vinculará con la debacle de la sociedad familiar doméstica; finalmente, el suicidio anómico está íntimamente asociado con la desorganización de la sociedad política y la crisis social” (Orellano, 2005, p. 129).

4.3.2. LA SUICIDOLOGÍA

Si bien la primera institución argentina que estableció una relación con el IASP y se ocupó de la problemática del suicidio fue el CAS, en el año 1966, la suicidología no tuvo mayor desarrollo como corriente teórica en nuestro país hasta la década de 2000.⁶¹

El psicólogo Carlos Martínez se fue constituyendo un actor relevante en esta corriente teórica desde la década de 1990. En 2007 editó el libro *Introducción a la suicidología*, en el que realiza su primer acercamiento a esta corriente teórica, ubicada dentro de la psicología, que incluye no solo los suicidios consumados y las tentativas de suicidio, sino también las conductas autodestructivas,⁶² las autolesiones, los parasuicidios⁶³ y los gestos e ideaciones suicidas como objeto de su estudio.⁶⁴ Martínez fija posición con su definición de *suicidio*, que entiende como “un proceso complejo multideterminado. Una manera de vivir que va construyendo un enigma mortal, por condensación sobre un marco representacional existente. Un proceso que va más allá del acto, rompiendo la concepción del hecho consumado” (Martínez, 2007 p.19). Desde esta perspectiva, este proceso no necesariamente tiene correlación con alguna patología mental: se puede dar sin una patología. En este punto se

61 Cabe destacar los desarrollos del doctor Gazzano, que funcionaron como un puente entre el psicoanálisis y los conceptos de la escuela de Shneidman.

62 Es importante subrayar que este nuevo enfoque hace una clara distinción entre estas entidades, ya que todas tienen etiología e intencionalidad distintas y, de este modo, se pone el énfasis en la posibilidad de evaluación frente a una situación, en qué componentes de estos se encuentran presentes y cuáles no se hallan.

63 En la suicidología se distinguen los siguientes conceptos:

Suicidabilidad: un continuo que va desde la mera ocurrencia hasta la consecución del suicidio, con pasos por la ideación, la planificación y el intento suicida.

Ideación suicida: pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con planificación o método o sin ello.

Parasuicidio (o gesto suicida): acción destructiva no letal que se considera un pedido de ayuda o una manipulación sin intenciones serias de quitarse la vida.

Intento suicida: conductas o actos que intencionalmente busca el ser humano para causarse daño hasta alcanzar la muerte sin lograr la consumación de esta.

Suicidio consumado: término que una persona, de forma voluntaria e intencional, hace de su vida. Sus características preponderantes son la fatalidad y la premeditación.

Shneidman describió diez características comunes a todo suicidio:

1. El propósito común del suicidio es buscar una solución.
 2. El objetivo común es el cese de la conciencia.
 3. El estímulo común es el dolor psicológico insoportable.
 4. El estresor común son las necesidades psicológicas insatisfechas.
 5. La emoción común es la desesperanza, la desesperación.
 6. El estado cognoscitivo común es la ambivalencia.
 7. El estado perceptual común es la constricción (visión de túnel).
 8. La acción común es escapar.
 9. El acto interpersonal común es la comunicación de la intención suicida.
 10. La consistencia común es con los patrones de enfrentamiento de toda la vida (Ministerio de Salud, 2013).
- 64 Según Shneidman, todo esto entraría en lo que se denomina “conducta autodestructiva”.

aleja de corrientes psiquiátricas y psicológicas anteriores, que interpretaban el suicidio como una patología o como un acto psicótico.

Martínez toma como marco conceptual teórico las perspectivas de dos corrientes psicológicas: la psicología positiva y la psicología de la salud, que, según el autor, logran dar una respuesta integral y contextual a un problema complejo y multifactorial como es el suicidio yendo más allá de la psicología clínica. También compila gran parte su recorrido en la temática, muestra todo tipo de intervenciones —que venía realizando a través de la Asociación Argentina de Suicidología— y desarrolla varios conceptos clave de la suicidología:

- La posvención, entendida como las intervenciones posteriores a un evento autodestructivo (ya sea el suicidio consumado o un intento de suicidio). Este concepto se aleja de la prevención terciaria o rehabilitación, ya que lo que trabaja la posvención es el contexto y la posibilidad de reincidencia. Son variadas las maneras de definir estas intervenciones. Mientras algunos las piensan como un conjunto de acciones para generar capacidad de afrontamiento frente a un suceso traumático e inesperado, como el suicidio o la tentativa de suicidio, Martínez (2007) se decanta por comprenderlo a partir de una desconstrucción del proceso destructivo.
- La autopsia psicológica, como denomina al proceso acuñado por Shneidman y Farberow para dilucidar muertes dudosas. Su función es doble, tanto de peritaje como de prevención o posvención, y puede servir para tomar medidas sanitarias o intervenciones específicas. Consiste en la reconstrucción de la vida de la persona fallecida enfatizando aspectos como su estilo de vida, procesos conflictivos, duelos, padecimientos mentales, etc. La información es recogida a través de entrevistas con personas allegadas y documentación. La metodología varía bastante y puede tener estructuras rígidas o más flexibles, lo que imposibilita una estandarización del método.
- La evaluación del riesgo o potencial suicida, cuyo instrumento destacado es el ISO 30 (Inventario de Orientaciones Suicidas de King y Kowalchuk), adaptado en nuestro país por la licenciada Casullo. El instrumento cuenta con una ficha que recolecta ciertos datos y, luego, presenta al encuestado una serie de sentencias respecto de las que tiene que decir cuán de acuerdo está. Esto arroja un puntaje, además de poner de relieve ciertos puntos críticos que, luego, son interpretados como distintos niveles de

riesgo suicida. Este test fue ratificado con validez concurrente con el test proyectivo de Rorschach.

- El relevamiento de los factores protectores, entendidos como aquellos elementos individuales, sociales o familiares que pueden favorecer la salud del paciente y deconstruir el proceso de autodestrucción. Según el autor, es importante conocer estos factores para poder apoyarse en ellos.

Martínez da un lugar en su libro también a las interpretaciones más psicoanalíticas, así como a un análisis estadístico del fenómeno en Argentina.

En este primer acercamiento a la suicidología se presentan y resaltan conceptos y experiencias que sirven para la intervención específica en prevención, y estas herramientas pueden adaptarse a diversos marcos teóricos.

4.3.3. LAS PERSPECTIVAS PSICOANALÍTICAS

Una de las variantes dentro del campo de la psicología es el desarrollo aportado en este período por la licenciada Diana Altavilla, con un recorrido en el hospital Pedro Elizalde, con diversas problemáticas complejas, y luego nucleada en el Centro de Atención al Familiar del Suicida (CAFS), una institución creada en el año 2001 que realizó diversas intervenciones, principalmente, con los familiares afectados por un suicidio. Si bien su recorrido y su desarrollo están en la línea de la posvención, Altavilla plantea otro posicionamiento: *“Posvención es un término que está inserto en la suicidología. A mí me gusta hablar desde el psicoanálisis, que trabajo con la afectación posterior al suicidio consumado”*. Su marco teórico principal es el psicoanálisis, aunque se distancia de las perspectivas dentro de esta escuela que rechazan la prevención del suicidio. Según Altavilla,

el psicoanálisis sostenía dentro de una jerga que no se podía hacer prevención. Prevención es reducir los factores de riesgo que precipitan a algo, no es evitarlo. No se puede evitar el suicidio, pero sí se puede bajar mucho el riesgo: eso es prevenir el suicidio, tener herramientas colectivas e individuales para disminuir los factores de riesgo.

Así se posiciona con una perspectiva propia sobre el fenómeno del suicidio con puntos de contacto con algunas de las corrientes psicoanalíticas que tomaron el tema:

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

Hay psicoanalistas que están demasiado circunscriptos al valor de lo intrapsíquico. Con el equipo de investigación que tenemos, concebimos que el sujeto no está solo, [sino que] depende de un entorno. Lo que rodea a una persona es un permanente intercambio. En ese sentido, vamos a tener cosas que coincidan con los suicidólogos, pero no en cuanto a la estructura intrapsíquica. A nuestro gusto, los suicidólogos se quedan muy en la escuela estadounidense, que sería una interpretación psicológica dentro de un ámbito más superficial; no me gusta ese término, pero sería con menos arraigo con ir y volver a las raíces profundas de algo.

Según Altavilla (2012), por cada suicidio quedan vulnerables un entorno directo de, al menos, veinte personas y un entorno indirecto de por lo menos cincuenta individuos. Para la autora es incorrecto llamarlos *supervivientes*, y prefiere el término *afectados* para dar cuenta del impacto del suceso.

Su enfoque integra diversas corrientes psicológicas como la suicidología, el psicoanálisis, la sociología y la antropología cultural. Altavilla plantea el trabajo de duelo con los allegados luego de un suicidio a través de tres ejes: el enigma (vinculado a la explicación), el legado (vinculado a los efectos) y la participación (vinculada a la culpa o responsabilización por esa pérdida). Destaca la necesidad del trabajo individual y en grupo para poder poner palabras a lo traumático del suicidio e insta a un cambio en la posición subjetiva. Esta autora remarca la necesidad de mantener una escucha activa y dar tiempo al trabajo con esta afectación para que, luego, se dé lugar al trabajo de duelo. Recomienda la autopsia psicológica, pero se opone al uso indiscriminado de test de evaluación del potencial suicida como el ISO 30.

En palabras de la licenciada Altavilla:

Lo que más aprendí es que para hacer posvención tenés que hacer promoción de la salud mental, entrar por ese lado. Cuando entrás en lo colectivo, hacés mucho mejor trabajo que si vas por el lado diagnóstico. Ese es el error de muchos suicidólogos.

Altavilla (2012, p. 55) se diferencia de las terapias comportamentales focalizadas, ya que estas, en pos de la reconducción de los sentimientos, suelen obstaculizar la expresión de los recursos más propios del sujeto. En cambio, esta perspectiva favorece el desarrollo de experiencias lúdicas de expresión, sobre todo si los afectados son adolescentes o niños. Las

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

intervenciones apuntan a “recomponer el lazo social y visualizar los recursos psicológicos propios”.⁶⁵

El licenciado Carlos Boronat estudia el suicidio con eje en la negación que se tiene de él. La negación del suicidio no es solo individual, sino también social, y se realiza a través de mecanismos de sobredimensionamiento o desestimación. Esta negación estaría anclada en la culpa que ocasiona la muerte por suicidio. Es así que Boronat plantea dos círculos, uno de la soledad y otro del encuentro: en el de la soledad se realiza una huida del hecho guiada principalmente por la culpa, mientras que en el del encuentro se puede, a través del vínculo con los otros, encontrar una manera de dar sentido a la pérdida a través de un proceso de duelo (Boronat, 2010).

Las personas que se suicidan siempre, a mi juicio, pasan por un momento de sentimiento de soledad; sentimiento de soledad en relación con el tema que más les duele o las hace sufrir. Cuando se juntan un sufrimiento grande y un sentimiento de soledad es muy difícil salir, [y] uno tiene que ser rescatado. Entonces, la soledad está en el principio; no en el principio del proceso suicida, [sino] en el principio del acto suicida, en la fase más depresiva. Curiosamente, después de que [el suicida] muere, las personas que quedan también quedan más solas que nunca. Porque a nadie le gusta acercarse al tema ni, menos, preguntar a una persona: “¿Le pasó esto a tu hermano?”. Justamente, dicen “esto”, y no “se suicidó”. Las personas que han sufrido el suicidio de un ser querido cuentan que nunca se han sentido tan solas como entonces, cuando tendría que ser al revés y estar más acompañadas, más contenidas. Para mí, el circuito es, justamente, la apertura, no la cerrazón. El dolor cierra. Si hacemos una similitud con un animal, aísla. El animal que está enfermo y dolorido se aísla, se aleja. La persona también se aleja y se esconde porque no sabe cómo ni a quién confiar su dolor, y por eso el sentimiento de soledad. Justamente, hay que rescatarla acercándose, preguntándole qué le pasa. Cuando alguien tiene cara de tristeza, cara de sufrimiento o dolor, es necesario que alguien se le acerque y le pregunte qué le pasa. Cuando alguien está enfermo de cáncer nadie le pregunta, y la persona quiere hablar de eso que le duele, necesita una escucha. Por eso, la tarea nuestra es de escucha. Los dos circuitos esos lo que quieren indicar es eso: uno es de cerrazón cuando se queda en el dolor porque a lo que a uno le pasa, le pasa, ya sea física o espiritualmente. ¿Cómo se sale de eso? Dándole un sentido, convirtiendo el dolor en sufrimiento.

Boronat fue presidente del CAS, y su enfoque es utilizado en la formación de los voluntarios que atienden las llamadas del Centro.

⁶⁵ “Hay mucho por hacer, se hace mucho y el paciente vira su imaginario cuando se puede hablar francamente sobre la vida y la muerte y la muerte por mano propia” (fragmento extraído de la entrevista con la licenciada Altavilla).

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

Dentro de las corrientes psicoanalíticas también se encuentran los trabajos desarrollados por Nasim Yampey y su equipo de investigación con sede en APA, llamado Grupo de Estudio sobre Crisis y Suicidio y creado en 1994. Sus trabajos consisten en intervenciones de casos individuales, en instituciones —entre ellas, escuelas y centros de salud—, como también en publicaciones varias y libros editados. Su enfoque, desde una perspectiva psicodinámica, propone un abordaje que retoma el de los analistas que trabajaron la temática (Abadi, Garma, entre otros).

Otra de sus propuestas es la formación de Unidades de Intervención en Crisis (UIC), que consisten en un equipo de psicoterapeutas entrenados en psicoterapia dinámica a corto plazo para la intervención de crisis graves e intentos de suicidio. Estos equipos actúan sumándose a psicoterapias individuales, grupales y comunitarias a través de variadas técnicas como el psicodrama, la terapia por el arte y la ocupacional. El paciente afectado se interna durante una semana o un mes, lapso en el que se lo saca de la crisis, se lo estabiliza y se intenta localizar y clarificar sus problemas, buscar posibles soluciones y prepararlo para una terapia psicoanalítica individual. Según Yampey (1998), este dispositivo nunca se llegó a instalar plenamente en Argentina, aunque algunos hospitales tendrían estrategias algo similares.

Estos son los principales enfoques que articulan las intervenciones de los diversos expertos en la temática. A través de estas lecturas del fenómeno, algunos actores lograron apropiarse del tema y reclamar un lugar para el suicidio como una problemática atendible por la agenda pública. Muchos de ellos se constituyeron voces autorizadas para hablar del tema en los medios de comunicación. Todo esto terminó resonando en los sectores del Estado más ligados a la problemática,⁶⁶ que propusieron un primer abordaje, a nivel central, a través de la conformación de un comité de expertos y la creación de un programa de prevención del suicidio.

4.4. LOS DATOS QUE CONSTRUYEN EL PROBLEMA. LAS ESTADÍSTICAS DEL SUICIDIO.

Una de las dimensiones de los problemas públicos que consigue legitimar su estatus de tema atendible en la arena pública es su cuantificación y medición. Esto da lugar a la construcción de la dimensión “objetiva” del problema y ayuda tanto a analizar el fenómeno

66 Bourdieu (2014, p. 44) plantea que “si hay un acto del Estado, se trata del nombramiento de un grupo de personas reconocidas como habilitadas, socialmente designadas para realizar una función determinada; después, la designación de un problema digno de ser tratado por personas dignas de tratar los problemas públicos. El problema público que merece ser tratado públicamente, oficialmente”.

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

como a diseñar posibles políticas de intervención para su intervención. En palabras de Castoriadis (1988), “la cuantificación no es más que la expresión de una de las significaciones imaginarias dominantes de esta sociedad: aquello que no puede ser contado no cuenta, no importa” (p. 71). Sin embargo, el propio proceso de realizar los registros puede presentar dificultades en su circuito que hacen cuestionar la validez y la fiabilidad de las estadísticas sobre un fenómeno. El caso del suicidio cuenta con cuestionamientos de este tipo, e incluso Durkheim fue criticado por Douglas por usar estadísticas sin cuestionar la validez de su registro (Estruch & Cardús, 1982).

4.4.1. EL CIRCUITO DE REGISTRO DE LA MUERTE POR SUICIDIO

En las noticias, las investigaciones, los artículos o cualquier documento que trate sobre el suicidio se nota una clara tendencia, a partir del 2000, a presentar las estadísticas como una entrada al problema. Son presentadas de diversas maneras, ya de modos técnicos o más dramáticos, a veces incluso con fuentes dudosas⁶⁷ o términos técnicos ambiguos como “tasas de prevalencia”. En general, la fuente más consultada es la DEIS, que toma sus datos del SES.

El suicidio como evento de mortalidad se encuentra dentro del grupo de las denominadas “causas externas” (CE), que son eventos y circunstancias del ambiente identificados como la causa de una lesión y en los que la muerte no es el resultado de una enfermedad, sino que directamente es provocada por una lesión traumática o una intoxicación (Holder, Peden, Krug *et al.*, 2001).

Según la Clasificación Internacional de Lesiones de Causa Externa, se entiende como lesión el evento que sucede cuando el cuerpo está expuesto a un nivel inaceptable (demasiado alto o bajo) de energía o sustancias (mecánicas, físicas, eléctricas, térmicas o químicas) que ocasiona morbilidad, mortalidad y gasto de recursos. Dentro de esta clasificación se incluyen las lesiones no intencionales (antes denominadas “accidentales”), las lesiones intencionales (suicidios y homicidios) y las de intención no determinada (Holder, Peden, Krug *et al.*, 2001).

Es importante aclarar que, entre 1979 y 1997, la revisión fue de acuerdo con la novena versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9), mientras que a partir de 1997 se empleó la décima versión (CIE-10) del sistema de clasificación.

⁶⁷ Un artículo aparecido en *Clarín* (2017) hace referencia a un reciente informe de estadísticas mundiales de la OMS que señala a Argentina con una tasa de suicidios de 14 por 100 000 habitantes. Este país nunca llegó a ese número; su tasa más alta fue de 8,7 por 100 000, en el año 2003. El periódico no determina el año de la fuente y no se pudo encontrar tal informe de la OMS con esas cifras para constatar si alude a otro tipo de medición.

Conocer el tipo de causa externa que causó la lesión no siempre es tarea sencilla: estas muertes no suelen ocurrir en instituciones médicas y cuentan con una instancia judicial. Si las causales de muerte no están clarificadas, será la Justicia —a través de su cuerpo médico forense— la que determine esa causal.

Las causas externas expresan en gran medida el impacto de las situaciones de violencia en términos de morbilidad y mortalidad. Es así como se establecen dos circuitos: la morbilidad, más ligada a los registros hospitalarios (especialmente el de egresos), y la mortalidad, ligada al registro del evento “muerte”.

En cuanto al suicidio, los dos eventos característicos son los intentos de suicidio y los suicidios consumados. Los eventos de mortalidad están claramente ligados con los suicidios consumados; en cambio, la morbilidad no siempre está tan clara, ya que no todos los intentos de suicidio llegan a un efector sanitario ni todos implican una internación, no siempre se tiene un criterio claro sobre cómo determinar si se trata de un intento o no⁶⁸ y, además, hay otros procesos implicados (como la ideación suicida, por ejemplo), por lo que no se cuenta con buenos registros de morbilidad. Se pueden tomar algunos indicadores —como motivo de consulta, historias clínicas de seguimiento o egresos hospitalarios— para una aproximación; sin embargo, en cuanto a egresos hospitalarios, este registro tiene un claro sesgo, ya que las instituciones de salud dependientes de universidades nacionales, así como los sectores de obras sociales y medicina privada, no los reportan (Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, 2017a). Así, el registro es bastante complejo: por ejemplo, la ideación suicida puede no tener un intento aún, y muchas veces es posible que no quede registrada como tal en la consulta.

La OMS estima que por cada muerte autoinfligida se producen entre 10 y 20 intentos fallidos de suicidio, que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales. Además, este número se elevaría de 20 a 200 en adolescentes y jóvenes (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicción 2012; 2014; Organización Mundial de la Salud, 1968).⁶⁹

Un intento por mejorar el registro de morbilidad en el suicidio es el Programa Sumar, que inscribe las prestaciones de intento de suicidio en adolescentes, su seguimiento y su

68 Ya a fines de los sesenta, la OMS (1968) plantea la necesidad de que se llegue a un acuerdo de criterio y procedimiento para la notificación de casos.

69 Estas estimaciones aparecen en varios documentos. En el anexo 1 de su publicación de 1968, la OMS cuenta sobre la base de qué investigaciones se sacaron algunas de esas estimaciones (Organización Mundial de la Salud, 1968).

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

urgencia; sin embargo, cuenta con pocas implementación y facturación por parte de las provincias.⁷⁰

El suicidio como evento de mortalidad —al igual que las otras muertes por causas externas— tiene subregistro. En el caso del suicidio, principalmente, se dan condicionantes políticos, culturales, institucionales y económicos que influyen sobre esto. Por ejemplo, la Iglesia católica negaba los servicios religiosos al suicida, lo que generaba que se cambiase la carátula de la muerte (Spinelli *et al.*, 2005). A la vez, antes de la sanción de nuestro Código Penal, en 1921, existió una propuesta de Tejedor, quien en 1868 sugirió tipificar el suicidio como delito y condenar a quien lo intentara a encierro y tres años de observación y a los herederos de quien lo cometiese, a no poder acceder a la herencia del difunto (Arroyo, 2018). Para finalizar, culturalmente se juega la “vergüenza social” que implica el suicidio⁷¹ (Estruch & Cardús, 1982; Spinelli *et al.*, 2005), que muchas veces estigmatiza no solo a quien lo comete, sino a todo su entorno, en especial el familiar.

Otro papel importante son las cuestiones legales en relación con el suicidio. Si bien en nuestro país, a partir de su Código Penal, el suicidio o el intento de suicidio no constituyen un delito, sí tienen repercusiones en la responsabilidad de las aseguradoras de trabajo y de vida, que excluyen los casos de suicidio o intento de suicidio (Cecenarro & Scidá, 2008).

Cabe mencionar que muchas veces los médicos no registran la muerte de la forma correcta, sino que presentan las causales del deceso y, simplemente, registran el síntoma final que dio curso a esa muerte.

Las muertes con causa indeterminada también suelen aportar al subregistro del fenómeno. En efecto, las causas de muerte se vuelven con frecuencia la principal dificultad en los registros e imposibilitan certificar si se trató un accidente, homicidio o suicidio. De hecho, muchos suicidios consumados son considerados accidentes en los registros y una parte de los accidentes mantienen un componente suicida (Spinelli *et al.*, 2005; Altieri, 2008). Es importante, a la hora de analizar tasas de alguna de las causas externas (homicidios, suicidios o accidentes), tener en cuenta la tasa de las muertes por causas no determinadas. Una mejora en los registros se traduce en reducir esta tasa, lo que impacta en los otros eventos y genera un aumento en cualquiera de las causas externas. Una baja tasa de suicidios en una localidad

⁷⁰ Este punto se encuentra más desarrollado en el apartado 5.

⁷¹ “La muerte por suicidio no es una muerte cualquiera, sino una muerte relativamente excepcional, al tiempo que socialmente culpabilizada. Dificilmente podrán contabilizarse, por consiguiente, las muertes por suicidio como quien contabiliza, en un registro, las muertes ‘naturales’” (Estruch & Cardús, 1982, p. 61).

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

puede estar en correlación con el mal registro de esta⁷² (Organización Mundial de la Salud & Brooke, 1976).

Desde muchos sectores estatales y privados se reclama una mejora en las estadísticas del evento, ya que esto permitiría conocer más información sobre las circunstancias en las que ocurrieron y, así, aclarar posibles estrategias de abordaje de este tipo de muertes con fines de prevención.

Una de las principales instituciones encargadas del registro de hechos vitales (nacimientos, defunciones, matrimonios, adopciones) es el Registro Civil. La centralización de estos datos tiene una doble función: una jurídica, en relación con el ejercicio de derechos de ciudadanía y, a la vez, una estadística. Las estadísticas vitales se apoyan en las del Registro Civil utilizando su estructura administrativa, que es muy anterior a la existencia del sistema estadístico. Actualmente, cuando ocurre un nacimiento o una defunción se completan dos soportes: uno de carácter legal y otro de carácter estadístico.

En Argentina se establece que el registro de las muertes se debe realizar a través del certificado médico de defunción, un formulario que es completado por los médicos que intervienen en la constatación del fallecimiento; muchas veces, en las causas externas actúan médicos forenses, sobre todo si la muerte es sospechosa o no están claras sus circunstancias. Cabe destacar que, cuando se trata de una causa externa, entra en el marco de una investigación policial y judicial. Por eso, frente a un suicidio o ante la sospecha de él, el médico debe dar comunicación a la Policía (Organización Panamericana de la Salud, 2014).

El punto de partida es la inscripción legal y el registro estadístico de la defunción. La primera se materializa cuando el médico completa el CD y con él se labra el acta de defunción en el Registro Civil. El registro estadístico, en tanto, se concreta cuando el médico llena el IED. Ambos, CD y IED,⁷³ llegan al Registro Civil, y este lo envía a las OPES, que centralizan y elaboran la información de la jurisdicción para uso provincial. Luego, remiten sus datos una vez por año a las DEIS.

En la Figura 3 se presenta el flujograma del CD y IED.

72 “Lo que jamás sabremos con exactitud es si las tasas elevadas de suicidios son, efectivamente, un indicador del número de suicidios, o bien un indicador de eficiencia administrativa” (Estruch & Cardús, 1982, p. 73).

73 El soporte legal y el estadístico están juntos en una hoja de tamaño oficio en cuya parte superior están los datos del CD y en la inferior, troquelados, los datos que se recaban en el IED. Véanse figuras 4 y 5.

Figura 3. Flujograma del certificado e informe estadístico de defunción

Fuente: Dirección de Estadísticas e Información de Salud (2015).

Si una persona muere por una causa no externa, el médico completa tanto el CD como el informe estadístico. En este último debe escribir más en relación con la causa, siguiendo el modelo internacional de registro de las causas de muerte recomendado por la OMS. Tiene dos partes: una donde deben constar las causas directas relacionadas con la muerte y las causas final, intermedia —si la hubiera— y básica (o sea, la que inició la cadena de acontecimientos que condujo a la muerte); en la otra parte, en tanto, se puede registrar causas que no estén directamente relacionadas con la muerte pero que hayan contribuido a esta, además de aclarar estados morbosos que, a criterio del profesional, aunque no estén relacionados de forma directa con el deceso, hayan ayudado al agravamiento que llevó a la muerte.

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

Figura 4. Certificado de defunción e informe estadístico de defunción (anverso)

MINISTERIO DE SALUD
DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA

Avda. Vélez Sarsfield 2300
Tel: 49886035

ACTA N° FOLIO N°
TOMO SEÑAL
certifica haber comprobado el suicidio en el momento de la defunción

El suscrito Dr. De De años de edad, domiciliado en
Calle N° Localidad D.I.
Fecha y hora del deceso
Causa inmediata de la muerte

Firma del Médico Matrícula

Informe Estadístico de DEFUNCIÓN
(Datos separados por el secreto estadístico de acuerdo con la Ley Nacional 17823)

DATOS PARA SER LLENADO POR EL REGISTRO CIVIL

Departamento o Partido Delegación o Registro Civil Número Tomo Folio Acta

DATOS DE LA DEFUNCIÓN (Sólo para fines estadísticos y a ser llenado sólo por el médico certificante)

1. ¿Hubo atención médica durante la enfermedad o lesión que le condujo a la muerte? Si 1 No 2

2. ¿Atendió el médico que suscriba? Si 1 No 2

3. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN

a) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente.

CAUSAS ANTERIORES: Lesiones morales, si existen alguna, que produjeron la causa causa congenerada, mencionándose en último lugar la causa básica

b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)
c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)

4. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la enfermedad o condición morales que lo produjo

5. EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (accidente)

a) Indicar el tipo por: • Accidente 1 • Suicidio 2 • Homicidio 3 • Se ignora 9

b) Cómo se produjo. Describir las circunstancias o situación en que ocurrió: caída de andamio, herido por arma de fuego, intoxicación por pesticidas, etc. Si fue accidente de transporte indicar el tipo de vehículo y si el fallecido era peatón, conductor, acompañante, pasajero, etc.

c) Lugar donde ocurrió el hecho:

6. PARA TODAS LAS MUJERES DE 10-59 AÑOS CUMPLIDOS: ¿Se encuentra embarazada? Si 1 No 2

7. ¿Cuál fue la causa de terminación del embarazo? Si 1 No 2

DATOS DEL FALLECIDO

Apellido Nombre
1. Fecha de la defunción: Día Mes Año
2. Edad al momento de fallecimiento (escribir donde corresponda):
• Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años: Años Meses Días
• Si la edad es de 1 día o más, pero menor de un año, consignar días, meses y años: Días Meses Años
• Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos: Horas Minutos
3. Ocurrió en: • Establecimiento de salud público 1 • Establecimiento privado, otro establecimiento, etc. 2 • Vivienda (particular, particular) 3 • Otro lugar (lugar de trabajo, de estudio, etc.) 4

4. Domicilio donde se produjo: Calle, y N°/Ruta y km:
Localidad/Paraje Departamento o Partido Provincia
5. Vivió habitualmente en: Calle, y N°/Ruta y km:
Localidad/Paraje Departamento o Partido Provincia (o país para extranjeros)
6. ¿Pertenece o estaba sujeta a: (si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)
• Obra Social 1 • Plan de salud privado o mutual 2 • Ambos 3 • Ninguno 4

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación.

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

Figura 5. Certificado de defunción e informe estadístico de defunción (reverso)

SÓLO PARA FALLECIDOS DE 14 AÑOS Y MAS

DATOS DEL FALLECIDO

18. ¿Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)

• Nunca Asistió	01 ☐				
• S. E. No reformado	Incompleto	02 ☐	03 ☐	Completo	
- Primario					
- Secundario		04 ☐	05 ☐		
• Superior o Universitario	06 ☐	07 ☐			

S. E. No reformado Incompleto Completo

- Ciclos EGB (1ro. Y 2do.) 11 ☐ 12 ☐

- Ciclo EGB 3ro. 13 ☐ 14 ☐

- Polimodal 15 ☐ 16 ☐

19. ¿Cuál era su situación laboral?

• Trabajaba o estaba de licencia 1 ☐

• No trabajaba

Buscaba trabajo 2 ☐

No buscaba trabajo 3 ☐

20. ¿Cuál era su ocupación habitual?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

SÓLO PARA LOS FALLECIDOS MENORES DE 14 AÑOS (incluyendo a los menores de 1 año)

DATOS DE LA MADRE AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

21. ¿Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)

• Nunca Asistió	01 ☐				
• S. E. No reformado	Incompleto	02 ☐	03 ☐	Completo	
- Primario					
- Secundario		04 ☐	05 ☐		
• Superior o Universitario	06 ☐	07 ☐			

S. E. No reformado Incompleto Completo

- Ciclos EGB (1ro. Y 2do.) 11 ☐ 12 ☐

- Ciclo EGB 3ro. 13 ☐ 14 ☐

- Polimodal 15 ☐ 16 ☐

22. ¿Cuál es su edad? (Años cumplidos)

Años

23. ¿La madre convive en pareja? (Ya sea casada o en unión de hecho)

Si 1 ☐

No 2 ☐

Responder Preg. 24, 25, 26
Con los datos del padre exclusivamente
Pasará a Preg. 25 Y 26 y responderá
con los datos de la madre exclusivamente

DATOS DEL PADRE (al corresponde) AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

24. ¿Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)

• Nunca asistió	01 ☐				
• S.E. No Reformado	Incompleto	02 ☐	03 ☐	Completo	
- Primario					
- Secundario		04 ☐	05 ☐		
• Superior o universitario	06 ☐	07 ☐			

S.E. Reformado Incompleto Completo

- Ciclos EGB (1ro. Y 2do.) 11 ☐ 12 ☐

- Ciclo EGB 3ro. 13 ☐ 14 ☐

- Polimodal 15 ☐ 16 ☐

DATOS DEL PADRE/MADRE (tachar la que no corresponda) AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

25. ¿Cuál es su situación laboral?

- Trabaja o está de licencia 1 ☐

- No Trabaja

Busca trabajo 2 ☐

No busca trabajo 3 ☐

26. ¿Cuál es su ocupación habitual?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

COMPLETAR EN CASO DE SER MENOR DE 1 AÑO (Solo para fallecidos que no tienen un año cumplido)

DATOS PARA SER LLENADOS PREFERENTEMENTE POR EL MÉDICO

27. ¿Cuál fue el peso del niño al nacer? Gramos

28. ¿Cuál fue su peso al morir? Gramos

29. ¿Cuántos meses completos duró la gestación?

• Semanas completas

30. ¿En qué fecha comenzó la última menstruación normal previa al embarazo de esta niño?

Día Mes Año

31. Contando hasta el de este niño, inclusive, ¿Cuántos embarazos tuvo la madre? • Embarazos

32. Entre todos estos embarazos, ¿Cuántos hijos nacidos vivos tuvo?

33. ¿Y cuántas defunciones fetales?

PERSONA QUE CUMPLIMENTÓ EL INFORME

Médico: 1 ☐

Otro: 2 ☐

Apellido y nombre

Matrícula Profesional N°

Firma

Domicilio Profesional: Calle

N°

Seto

Localidad

Teléfono

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación.

Cuando las causas del suicidio no están clarificadas o se tiene alguna sospecha sobre las circunstancias de esa muerte, el caso pasa a una instancia judicial.

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

Por cuestiones particulares de la práctica facultativa, suele ocurrir que, si el médico tiene dudas sobre la causa de muerte, evite consignar todo lo debido en el IED. Esto fue manifestado por personal de la DEIS en las entrevistas.

Similar es el planteo realizado por Estruch y Cardús (1982):

Un análisis de los dictámenes médicos nos demuestra hasta qué punto puede ser decisiva la actitud de cada médico concreto: hay períodos durante los cuales, en una población determinada, todo son “hemorragias” o “aneurisma de la aorta” (en casos en que nosotros hemos podido comprobar que se trata efectivamente de suicidios); en otros momentos se hablará incluso de “accidente”, mientras que con la entrada en funciones de un médico nuevo el lenguaje de los dictámenes se hace más explícito: “asfixia por suspensión” o “ahorcamiento” (p. 63).

Según refirió la ex directora de la DEIS Élide Marconi, en una capacitación dirigida al personal médico sobre la forma de completar el registro de las causas de muerte en el IED, uno de los asistentes confesó: “Es que nuestros jefes de servicio nos dicen: ‘Escriban mal, escriban poco y se evitan un juicio’”. Al respecto, aclaró Marconi: “Es justamente todo lo contrario: cuando mejor se completa, más se puede defender”. La réplica de esta práctica en servicios de salud es lo que muchas veces impacta sobre el subregistro del suicidio.

Cuando se marca en el CD “muerte dudosa”, por lo general en el IED no se registra nada que dé cuenta de si se trató de un suicidio, un accidente o un homicidio, debido a que se ha hecho la denuncia y esto desencadena una investigación médico-legal. En principio, se realiza una autopsia, la cual da una primera aproximación que permite la inhumación del cuerpo. Luego, los estudios complementarios permiten procesar cómo se produjo la muerte.

La muerte se cuenta con un primer informe del forense en el que aparece la causa inmediata y entra en el circuito estadístico dentro de las muertes por causas no determinadas (luego, tras la autopsia y la investigación, puede clarificarse). Cabe señalar que este proceso puede demorar un tiempo considerable. Luego de revelarse la causa de la muerte en el circuito legal, esta información no retorna al circuito estadístico, ya que el Poder Judicial no está obligado a informar al sistema estadístico, lo que dificulta la clarificación de la información y la retroalimentación.

En algunas provincias, a partir del armado de comités específicos por el tema se logró una correcta coordinación entre los dos circuitos (PNSIA 2017a).⁷⁴

⁷⁴ San Juan es una provincia que ha logrado generar un efectivo circuito de registro por causas externas. El relato de su experiencia se puede encontrar en Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (2017a).

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

A pesar de las dificultades que puede tener el registro de muertes de este circuito, sus datos son los más confiables a la hora de analizar estadísticamente el evento.

4.4.2. LA MEDICIÓN DEL SUICIDIO EN ARGENTINA

La Argentina cuenta con un sistema de estadística propio, y desde 1984 la DEIS realiza una publicación anual de las cifras de mortalidad del país. A pesar de esto, los informes y análisis sobre el suicidio del Ministerio de Salud tardaron en llegar: el primero de ellos se encuentra en el segundo *Boletín de Vigilancia de Enfermedades no Transmisibles y Factores de Riesgo*, de julio de 2010, que efectúa un seguimiento del suicidio desde 1988 hasta 2008.

Sin embargo, varias investigaciones como las de Serfaty (1998); Casullo (2002); Basile (2005); Bonaldi, Casullo y Fernández Liporace (2006); Fleitas (Derghougassian, Fleitas 2007), y Altieri (2008) tomaron los datos oficiales de la DEIS e hicieron sus propios análisis sobre el tema, en los que no solo tomó notoriedad el marcado incremento de la tasa en las últimas décadas (de seis a ocho cada 100 000 habitantes entre 1980 y 2003) (Ministerio de Salud, 2018), sino que también ganaron relevancia otras variables que configuraban el fenómeno como la edad, el lugar de residencia, el género y el medio utilizado, entre otras.

Así, el estatus público del problema se fue construyendo como un fenómeno que dejó de ser algo que sucedía a cierto sector de la población o algo que respondía a una tendencia a nivel global y se comenzó a conformar como algo que “le sucedía a la Argentina”. Siguiendo a Gusfield (2014), los que suelen recopilar y transmitir la realidad de un fenómeno suelen ser los expertos y profesionales en el nivel del conocimiento sobre el tema.

Según la página oficial del Ministerio de Salud,⁷⁵ la tasa de suicidios alcanzó su punto más alto en el año 2003, cuando llegó a 8,7 cada 100 000 habitantes. En número brutos, esto representa un total de 3310 muertes, de las cuales 818 (24,71 %) correspondieron a la franja etaria de 15 a 24 años, que resultó la más afectada por esta causa de muerte (Dirección de Estadísticas e Información de Salud, 2008). Muchos autores coinciden con el relato oficial de

⁷⁵ En Argentina, en el período 1997-2011, la evolución de la tasa de mortalidad por suicidio calculada por 100 000 habitantes se ha mantenido relativamente estable —es posible que esto sea consecuencia de la grave crisis económica y social de 2001-2002—, y en 2011 descendió a 7,3, según datos suministrados por la DNSMYA con base en los registros de defunciones por causas externas consolidados por la DEIS del Ministerio de Salud de la Nación.

A la hora de analizar este complejo fenómeno —que, como ya se señaló, es multicausal— es importante tener en cuenta las tasas de mortalidad por suicidio por cada 100 000 habitantes que se presentaron en otros países de la región en el período 2007-2009: Chile, 11,5; Paraguay, 6,5; Uruguay, 16,2, y Argentina, 7,5 (Ministerio de Salud, 2018).

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

que este aumento estaría relacionado con la crisis político-institucional que vivió la Argentina en el año 2001 (Bonaldi, 2006 Orellano, 2005).

Según refiere la ex directora de la DEIS Élide Marconi, este fenómeno se comenzó a hacer más visible en la misma Dirección de Estadística durante este período:

En rigor, la observación de la tasa de suicidio no surgió por un análisis especial del tema, sino en el control final de las publicaciones; o sea, en el control final de las publicaciones yo utilizaba variables o información que tienen, por lo general, baja obsolescencia, es decir que permanecen medianamente estables a lo largo del tiempo. Entonces, cuando controlaba la publicación, más allá de los controles formales y de contenido básicos, después tomaba estas variables [...].

Una de ellas eran las muertes por suicidio [...]. Por lo tanto, [este] era un dato que a mí me permitía controlar si podía haber un problema del procesamiento de datos, si había algún error de codificación, un error de carga, un error de adjudicación de una tabla, y siempre me daba 7 la tasa a nivel país. En el año 1998, me dio 7,3, y entonces yo me dije: “Debe haber algún problema”. Me acerqué al área de procesamiento de datos, nos fijamos, controlamos la base: no había ningún problema.

Al año siguiente, volví a incluir este dato en el control final y me dio que [la tasa] estaba un poco más alta: 7,5 o 7,6. Volví a controlarla con el área de procesamiento y estaba bien. Entonces me empezó a llamar la atención [...]. Comencé a controlar la distribución por edades, la distribución por sexo, y empecé a darme cuenta de que había una modificación, de que el suicidio, que históricamente fue una conducta de personas mayores, por lo general, comenzaba a correrse a edades más jóvenes. Esto, ya en los años 1999-2000.

El interés del Ministerio de Salud por el suicidio fue llegando a partir de la lectura de los datos estadísticos que diversos expertos presentaban incluso en la prensa. Entre ellos se encontraban Serfaty (1998); Casullo (2002); Basile (2005); Bonaldi, Casullo y Fernández Liporace (2006); Fleitas (Derghougassian, Fleitas 2007), y Altieri (2008), quienes realizaron una serie de trabajos —algunos, pertenecientes al campo de la psiquiatría— que analizaban la situación epidemiológica del suicidio en el país. Estas investigaciones tuvieron notoria difusión, sobre todo la del doctor Héctor Basile, quien presentó en 2005, en la Asociación de Psiquiatras Argentinos, un trabajo titulado *El suicidio de los adolescentes en Argentina*, que ponía de relieve todos los aspectos antes mencionados, y la de la doctora Edith Serfaty, quien trabajó ampliamente el tema del suicidio en la adolescencia e incluso realizó un estudio a 304 varones con el método SCAN (*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*) para indagar sobre intención e ideación suicidas.

La OMS clasifica las tasas de suicidio cada 100 000 habitantes de acuerdo con los siguientes niveles: baja para menores de cinco; media, entre cinco y 15; alta, entre 15 y 30, y

muy alta, más de 30 suicidios (Organización Mundial de la Salud, 1999). Como se puede observar en la Figura 6, si se hace un seguimiento del comportamiento del suicidio a nivel local se observa que la tendencia de la tasa de suicidios en el país fue relativamente estable y osciló entre 6 y 7: una tasa media, según la clasificación de la OMS. Se destaca un pico de 8,7 en el año 2003, techo que hasta 2016 no se superó.

Figura 6. Tasas de mortalidad por suicidio (por 100 000 habitantes), por sexo. Argentina, 1980-2016

Fuente: elaboración propia con base en el trabajo de Altieri (2008), informes de la dirección de Salud Mental (2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016) y boletines de mortalidad de la DEIS.

Es notoria la diferencia de tasas entre varones y mujeres: los varones tienen tasas casi cuatro veces mayores que las de las mujeres. Y esta brecha, con el tiempo, se va acrecentando. Como aclara el trabajo de Altieri,

en todos los grupos de edad existe sobremortalidad masculina. La brecha es muy pequeña entre los 10 y los 14 años y toma distancias importantes entre los 20 y los 29 años, y es a partir de los 60 años cuando la tasa de mortalidad masculina llega a ser cuatro veces la femenina (2008, p. 68).

Cabe destacar que las variaciones a nivel provincial también mostraron diferencias por sexo como se muestra en la Figura 7. Entre 1980 y 2004, en la mayoría de las provincias se incrementaron notablemente las tasas de suicidio en jóvenes varones, con grandes aumentos en Santa Cruz y Neuquén; en tanto, para mujeres jóvenes el comportamiento de las tasas de suicidio no fue tan homogéneo, ya que, en algunas provincias, como La Pampa, aumentaron y en otras, como Formosa, disminuyeron (Altieri, 2008). Esto se condice con la mayor incidencia que tiene el suicidio en el género masculino en todas las edades, un factor que suele repetirse a nivel mundial; tanto es así que muchas veces se considera la masculinidad como “factor de riesgo”.

Figura 7. Tasas de mortalidad por suicidio (promedio), por edad y sexo. Argentina, 1980-2004

Fuente: elaboración propia con base en el trabajo de Altieri (2008, p. 69) y datos de la DEIS.

Si bien esta dimensión del problema es planteada en casi todos los trabajos de investigación sobre el suicidio, llama la atención que no reciba la misma atención en el

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

ámbito público.⁷⁶ Según estudios, la relación está invertida en cuanto al género en relación con los intentos: las mujeres son las que más lo intentan y los hombres, los que más se matan (Altieri, 2008). A la vez, las mujeres son también quienes más acuden al sistema de salud (Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, 2016).

La cuantificación del suicidio como problema público adiciona al relato un punto de vista relevante, pero que debe ser completado con la cualificación y el estudio de los eventos. Siguiendo a Ronze (1977), medir no es conocer, y realidad y cantidad no son lo mismo, así como verificación no es verdad.

4.5. LA POBLACIÓN DEMARCADA. LOS ADOLESCENTES COMO PRINCIPALES AFECTADOS

Como se señaló, el suicidio tenía lugar sobre todo entre adultos mayores. A partir de fines de los noventa, este perfil se modificó y el evento comenzó a darse cada vez más en los más jóvenes, principalmente en el rango entre 15 y 30 años,⁷⁷ siguiendo el patrón de que los varones son los más afectados. Siguiendo las Figuras 8 y 9, si se comparan la tasa de la franja etaria entre 15 y 24 años y la de más de 75, se puede ver que, mientras que la primera mostró una tendencia en aumento, la segunda, al contrario, marcó un descenso (Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, 2016). Sin embargo, las tasas en adultos mayores son más altas debido a que la población en esa franja etaria se reduce, por lo que las muertes tienen más impacto en la elaboración de las tasas.

⁷⁶ No se encontraron abordajes específicos realizados en el país de estudios de la relación entre género y suicidio o masculinidades y suicidio. Lo más cercano es el trabajo de Ana María Fernández que estudia la relación entre suicidios de mujeres y femicidios (Fernández *et al.*, 2010).

⁷⁷ “Entre 1995-99 y 2000-04 hay un aumento importante en los tres grupos de edad. Las tasas de mortalidad de 15-19, 20-24 y 25-29 años pasaron de 5,9; 7,0, y 6,1 por 100 000 a 9,6; 12,0, y 9,5 por 100 000, respectivamente” (Altieri, 2008, p. 86).

Figura 8. Tasas de mortalidad por suicidio (por 100 000 habitantes), según edad. Argentina, 2000-2013

Fuente: Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (2016, p. 57). Elaboración a partir de datos de la DEIS.

Figura 9. Tasas de mortalidad por suicidio (por 100 000 habitantes), en varones de 14 a 24 años y de 75 y más años. Argentina, 1997-2013

Fuente: Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (2016, p. 57). Elaboración a partir de datos de la DEIS.

En cuanto a su clasificación, el PNSIA hace una distinción entre el suicidio adolescente (15-19 años) y el de jóvenes (20-24). Según Bonaldi (2006),

mientras que en los jóvenes mayores el suicidio suele ser el final de un proceso de aceptación de las ideas suicidas como única solución posible a un conjunto de problemas que se viven como insostenibles, en los adolescentes la idea del suicidio está más asociada a un conjunto de fantasías sobre la muerte antes que a la muerte real (p. 75).

Cabe destacar que las causas de mortalidad en la población adolescente son, en su mayoría, externas (sinistros viales, suicidios, accidentes, homicidios). Al pasar la adolescencia temprana (10-14), estas causas cobran más peso.

Figura 10. Mortalidad proporcional por causas en adolescentes según lista de carga de enfermedad. Argentina, 2016

Fuente: Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (2017c). Elaboración propia con base en datos de la DEIS.

Tabla 2. Mortalidad en números absolutos por causas en adolescentes, según lista de carga de enfermedad. Argentina, 2016

Franja etaria	10 a 19	10 a 14	15 a 19
Total de defunciones de adolescentes	440	836	2604
Por causas externas	1897	283	1614
Por enfermedades transmisibles	114	28	86
Por enfermedades no transmisibles	1288	490	798
Mal definidas	141	35	106

Fuente: Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (2017c). Elaboración propia con base en datos de la DEIS.

Dentro de las causas de mortalidad externas, el suicidio ocupa el segundo lugar.

Figura 11. Muertes de adolescentes por causas externas, de acuerdo con el tipo de causa y el sexo. Argentina, 2015

Fuente: Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (2017a, p. 9).

Figura 12. Muertes de adolescentes por causas externas, de acuerdo con el tipo de causa y la jurisdicción de residencia (en porcentajes). Argentina, 2015

Fuente: Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (2017a, p. 11).

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

Cabe destacar que muchos de estos suicidios de adolescentes se dieron en poblaciones pequeñas del interior del país, lo que hizo que su impacto fuese aún mayor.

A la vez, la afectación de este sector de la población devino en el involucramiento del sector de la educación, ya que la escuela es una de las instituciones que los adolescentes transitan y termina impactada por el suicidio o el intento de suicidio de sus alumnos. Según refiere el licenciado Daniel Korinfeld, autor de la guía *Acerca de la problemática del suicidio de adolescentes y jóvenes. Un enfoque para su abordaje desde el campo de la educación*,

El impacto de la muerte por mano propia de un adolescente en el campo educativo es de un impacto altísimo. Lo que plantea es una especie de ruptura, es como si atacara todo el orden que construye la propia escuela y la idea de pasaje y transmisión de la idea de educación entre los jóvenes y grandes. Rompe las leyes naturales y culturales sobre las que está edificada la transmisión cultural de la escuela. Además, desde la perspectiva de los adultos, es una ida muy fuerte; es imposible de admitir, de comprender, de aprender que un pibe en el esplendor del crecimiento de su vida pueda tener deseos de morir. Ahí se abre una cuestión muy grande de si se trata del deseo de morir [...]. Yo tiendo a pensar que la adolescencia no se trata de un deseo de morir, sino más bien de existir. Esta es una línea que planteamos, un deseo de encontrar un lugar a costa de la propia vida. Es muy diferente de otros tipos de suicidios que se pueden dar, en los que está en juego la muerte de otro modo.

La Convención de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes celebrada en 1989 fue un hito que remarcó la importancia de garantizar a esta población derechos universales como los de la salud y la educación. A partir de esta y otras instancias, los jóvenes y adolescentes han sido cada vez más priorizados por las agencias internacionales como rango etario con el que trabajar. Esto se puede observar en el texto *La salud de los jóvenes: un reto y una esperanza*, en el que la OMS (1995) enfatiza:

Durante muchos años se ha prestado escasa atención a la salud de los jóvenes porque, en general, estos son menos vulnerables a la enfermedad que los niños o los ancianos. Sin embargo, los jóvenes son sumamente vulnerables a los cambios radicales que se han producido recientemente en las condiciones sociales, y que pueden tener profundos efectos en su salud. En muchas sociedades, la evolución de las costumbres sociales y sexuales ha acrecentado los riesgos de embarazo no deseado, enfermedades de transmisión sexual y la nueva amenaza del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). Actualmente, el tabaco, el alcohol y las drogas son fáciles de obtener en muchos lugares, y la propensión de los jóvenes a experimentar con esas sustancias es explotada con frecuencia con fines de lucro. Las condiciones imperantes en algunas industrias y en las carreteras han aumentado para los jóvenes los peligros de accidentes, traumatismos y discapacidad. Los hábitos en materia de nutrición evolucionan rápidamente,

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

y es poca la atención que se presta a las consecuencias de una alimentación incorrecta para la salud. La competencia, en lo que atañe al empleo y a las oportunidades de educación, es cada vez más áspera y deja en pos de sí una copiosa estela de jóvenes afectados psicológicamente y aun suicidas (p. 9).

Muchos de los enfoques relacionados al suicidio en adolescentes y jóvenes mantienen la mirada de riesgo y consideran la etapa adolescente como un factor de peligro, principalmente vinculado con una parte “natural” de la conducta:

Una parte natural del proceso de desarrollo es el comportamiento exploratorio y experimental, lo que lleva consigo ciertos riesgos. Así, muchos de los problemas de salud particulares de la adolescencia y la juventud son de índole esencialmente conductual en su origen, tales como el abuso de sustancias, ciertas formas de comportamiento sexual y los accidentes y traumatismos, incluido el comportamiento suicida [...]. La juventud es un período de la vida particularmente asociado al amor al riesgo. El consumo de alcohol, que afloja las coerciones sociales y anula las inhibiciones, aumenta las probabilidades de comportamientos arriesgados. Oscurece el juicio y reduce la capacidad psicomotriz, y está particularmente implicado en agresiones, crímenes, suicidios y accidentes de carretera y en el hogar, que son una causa importante de discapacitación, desfiguración y muerte entre los jóvenes (Organización Mundial de la Salud, 1995, p. 114).

Lo “esencialmente conductual” de los problemas de los adolescentes termina ubicando a los jóvenes y adolescentes como los principales agentes de las conductas de riesgo. Sería importante revisar los límites que tiene la concepción de las conductas de riesgo que muestran una tendencia a culpabilizar individualmente las conductas de los sujetos.⁷⁸ Sin embargo, en el caso del suicidio también es considerado el contexto social:

También es importante el contexto social de la vida del joven. La ruptura de las relaciones familiares normales es una de las causas más frecuentes de comportamiento suicida. Las presiones que derivan de la migración urbana, el aislamiento, la competición intensa en la escuela y el desempleo crean estrés. Para algunos jóvenes, las demandas resultan abrumadoras y las perspectivas de apoyo emocional aparecen desesperadas.

Cuando las esperanzas puestas en los jóvenes no se pueden cumplir, disminuye la autoestima y pueden surgir la depresión y el suicidio. Datos recientes muestran que el aumento de las tasas de suicidio guarda relación

⁷⁸ Este es uno de los grandes escollos que presentan, muchas veces, acciones preventivas y de promoción en diversas problemáticas: la culpabilización de los sujetos en detrimento de su salud, con prevalencia del enfoque individual e ignorando los componentes sociales que determinan la conducta. Gran parte de estas cuestiones son trabajadas por Castiel y Álvarez-Dardet Díaz en su libro *La salud persecutoria* (2010), en el que, a través del uso de la metáfora del cuento *Minority Report*, de Philip K. Dick, los autores muestran los problemas que presentan los abordajes preventivos individualistas de la conducta de los sujetos, en los que las políticas parecen condenar un crimen que aún no se cometió.

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

con la presencia simultánea de varios factores sociales (Organización Mundial de la Salud, 1995, p. 54).

A pesar de la relevancia de los contextos sociales que se marca, el enfoque de riesgo es el que prevalece en los abordajes preventivos del suicidio. Llama la atención que no se haga uso del concepto de vulnerabilidad usado para el abordaje de problemáticas complejas. El enfoque de riesgo cuenta con la pretensión de encontrar asociaciones entre eventos aislados: lo que busca es medir el grado de asociación entre estos. El concepto de vulnerabilidad apunta hacia la construcción de una síntesis entre los diversos factores que dan cuenta de un fenómeno, sin un carácter probabilística de este. Es así que este concepto cuaja muy bien dentro del enfoque integral que propone la promoción de la salud, ya que en él las personas vulnerables no tienen que ver solo con su comportamiento o grupo de pertenencia, sino que se toman en cuenta variables colectivas y contextuales a partir de las que se da un determinado problema de salud. Así, los análisis de vulnerabilidad deben tener en cuenta articuladamente cómo se entretajan tres ejes fundamentales:

- El componente individual, relacionado con la información con que cuentan las personas y su capacidad e interés para incluirla en sus prácticas.
- El componente social, que también tiene que ver con la información y la transformación de prácticas, pero releva las cuestiones de contexto del colectivo como el acceso, los recursos materiales con que cuenta la comunidad, las capacidades políticas y técnicas, las barreras culturales, etc.
- El componente programático, que implica estudiar qué esfuerzos relativos al programa hay desde distintas jurisdicciones de Gobierno, sectores de la comunidad y movimientos sociales para fomentar políticas que trabajen el tema en esa comunidad.

Este análisis no prescinde de los abordajes epidemiológicos de riesgo, sino que los amplía y los pone en contexto (Ayres *et al.*, 2006).

El concepto de vulnerabilidad presenta algunas limitantes y puede generar cierta proyección paralizante capaz de acarrear la falta de entusiasmo por no poder abarcar una acción articulada entre varias fuerzas sociales. Ayres y otros proponen una posible solución para esto a través de la jerarquización y el seguimiento dinámico mediante criterios de efectividad, operatividad y progresividad, siempre tratando de impulsar y crear la viabilidad

de los procesos de formas gradual, eficiente y ordenada. También se puede generar cierta victimización y tutela de los sujetos. Es bueno tener en claro las cualidades que remarca Ayres siguiendo a Gorovitz sobre la vulnerabilidad: no es binaria, sino multidimensional (las diversas situaciones que enfrentamos pueden volvernos más o menos vulnerables); no es unitaria, sino gradual, y no es estable, sino dinámica (las vulnerabilidades pueden cambiar a través del tiempo).

Es importante remarcar que es necesario generar un pasaje del ser al estar para evitar dar una categoría ontológica al lugar de víctima. También es imprescindible una responsabilidad bilateral en la relación que se mantiene con la persona que está en una situación vulnerable para evitar caer en el lugar del tutelaje. Siguiendo a Ayres y otros (2006, p. 158), “tomar conciencia de que los sujetos se constituyen uno frente al otro, en un contexto dado, esto es, asumir el carácter inexorable inter-subjetivo de la construcción de nuestras identidades”.

El modelo ecológico utilizado en el documento de la ONU sobre suicidio (Organización de las Naciones Unidas, 1997) y en el de la OMS sobre salud adolescente (Organización Mundial de la Salud, 2014) se asemeja a este abordaje a través de la evaluación de los distintos niveles de intervención: particular, familiar, comunitario, sociales, ambientales y macroeconómicos.

Tanto el concepto de vulnerabilidad como el enfoque ecológico se pueden volver una herramienta técnica para programar y evaluar programas de salud, planificación y comunicación. Esto implica la necesidad de un abordaje intersectorial, con énfasis en las construcciones colectivas y teniendo por fin último generar una respuesta social.

Otra mirada sobre los comportamientos de riesgo en los adolescentes la aporta el antropólogo y sociólogo francés David Le Breton (2011), quien plantea que las conductas de riesgo de los jóvenes pueden ser entendidas como una búsqueda de identidad para los que no se encuentran incluidos en la sociedad. Así, estas conductas son un acto positivo, un rito privado e íntimo y a la vez público, por afirmarse en la vida volviéndose tentativas dolorosas, pero necesarias para ubicarse en el mundo. (Le Breton, 2011).

Le Breton propone alejarse del adultocentrismo con el que son leídas estas conductas para lograr una visión amplia de cada hecho, que tenga en cuenta los contextos sociales que los determina. Ubica dos conceptos para dar cuenta de estas conductas de riesgo: la ordalía, como el acto por el cual se busca dar sentido a la existencia poniendo a prueba el ser mismo, y, por otro lado, la blancura, como una disolución de la identidad en actos errantes o riesgosos

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

que buscan desprenderse de su propia identidad. Este autor sitúa gran parte de estas conductas ligadas a la falta de lazo social o una sociedad que los incluya y marca las políticas neoliberales, con las formas de desprecio y exclusión que estas engendran, como una causal subyacente a gran parte de estas conductas (Le Breton, 2011).

En concordancia con el enfoque preventivo, las conductas de riesgo remarcaban a los adolescentes como la principal población afectada, foco de muchas políticas en salud.

Como reflejo de la creciente preocupación a nivel global por la salud de los adolescentes, en 2007, a partir de la resolución ministerial n° 619/2007, se creó el PNSIA dentro de la estructura del Ministerio de Salud de la Nación. En principio, el programa fue coordinado por el doctor Gustavo Girard, quien, con el correr de los años, fue conformándose como un actor clave para la inserción en la agenda sanitaria de los problemas de salud de los adolescentes. De 2007 a 2009, Girard tuvo una influencia destacada en dos de los procesos que se generaron desde el Estado en relación con la problemática del suicidio adolescente: la conformación del primer comité de expertos para la elaboración de un plan de acción y, ya durante la gestión del doctor Fernando Zingman, la redacción de los lineamientos para la atención de intentos de suicidios en adolescentes en guardia en el año 2012.

En síntesis, la muerte de adolescentes por suicidio en nuestro país fue uno de los aspectos de la problemática que más impacto generó e impulsó el establecimiento del suicidio como tema para ser abordado por las instituciones públicas. Bonaldi reflexiona sobre la muerte de estos jóvenes:

Si pensamos sociológicamente que el valor de la vida humana no es algo natural que todos traemos al nacer, sino que, por el contrario, se aprende a través de la participación en un grupo, y aceptamos, tal como hemos propuesto, que existe en los jóvenes una débil integración social al grupo, podemos suponer que ha disminuido el respeto que tienen los jóvenes por la vida (Bonaldi, 2006 p. 82).

A partir de todo esto se puede decir que los suicidios de los jóvenes se conforman como un problema para la sociedad, ya que ponen de relieve sus débiles lazos sociales y, a la vez, relativizan el valor de la vida en ella.

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

4.6. LA DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA. LA FEDERALIZACIÓN DEL SUICIDIO EN ARGENTINA

Otra particularidad que presentó la problemática del suicidio en nuestro país fue lo que se podría llamar un proceso de federalización. Desde una lectura epidemiológica, el suicidio se distribuyó de diversas formas a lo largo del territorio nacional.

A partir de la siguiente figura —publicada por la Dirección Nacional de Salud Mental y actualizada al 2016— son observables ciertas tendencias con los años 1997, 2003, 2010 y 2016 como referencia. En principio, se puede observar cómo en 2003, año en que la Argentina alcanzó la tasa de suicidio más alta, varias de las provincias mantenían tasas por arriba de 10 muertes cada 100 000 habitantes. En Salta, Jujuy y Catamarca se incrementó la tasa a partir de ese año, y la región del NOA mantiene altas tasas hasta el día de hoy. La Patagonia muestra Neuquén, La Pampa y Tierra del Fuego con las tasas más altas y Santa Cruz, Río Negro y Chubut, con una tendencia en disminución desde 2003. Las tasas de las provincias centrales —con la excepción de Entre Ríos, que desde 2010 presenta un alto indicador— están entre las más bajas.

Otra investigación que releva en parte este fenómeno es la tesis desarrollada por Carlos Leveau (2017) *El suicidio en Argentina: variaciones espacio-temporales y factores de área asociados*, que estudia las variaciones en tiempo y espacio del fenómeno del suicidio y otras causas externas en conglomerados poblacionales durante el período 1994-2014. En sus resultados, Leveau (2017) plantea:

La concentración espacio-temporal de suicidios fue más frecuente durante los años de recesión económica (caída del PBI) y fuera de las grandes aglomeraciones urbanas. En los 21 años del período de estudio 1994-2014 se registraron cinco años con caída del PBI durante los primeros 10 años y tres años de caída en los 11 años siguientes. El peor período recesivo se extendió durante cuatro años (entre 1999 y 2002) y, a diferencia de los años de recesión post-2002, contó con un aumento sostenido de niveles elevados de desempleo culminando en casi el 20 % de la población económicamente activa sin empleo durante el año 2002. Considerando los suicidios totales, se observó que el impacto de la crisis económica de fines de 2001 con una fuerte caída del PBI en el año 2002 se concentró en algunas áreas de la región pampeana y Patagonia en ambos sexos y en la mayoría de los grupos etarios (p.88).

Otro aspecto estudiado por este autor es la fragmentación social, que, según sus resultados, estaría directamente relacionada con los suicidios registrados (no así los índices de

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

pobreza, que no determinaron una relación con el suicidio a nivel departamental) (Leveau, 2017).

Figura 13. Mapa de Argentina con tasa de mortalidad por suicidio, ajustada por edad según jurisdicción. Años 1997, 2003, 2010 y 2016

Figura 13. continuación

Fuente: Dirección Nacional de Salud Mental (2015, p. 78), modificada por elaboración propia con base en datos de la DEIS.

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

Esta dispersión del fenómeno por todo el territorio nacional dio lugar a procesos de intervención y participación de diversas asociaciones que venían trabajando en la temática a niveles locales junto con sectores de los Gobiernos de las provincias y municipios.⁷⁹

Durante la primera década de 2000 surgieron en el país diversas instituciones que trabajaban la temática del suicidio; algunas funcionaban como líneas telefónicas de contención, de estilo similar al del CAS, y otras intervenían de maneras preventiva o posventiva.⁸⁰ A la vez, muchos de los expertos realizaron sus primeras intervenciones en ciertas localidades donde tuvieron lugar suicidios: Carlos Martínez, en La Pampa; Héctor Basile, en Neuquén, y Diana Altavilla, en Buenos Aires.

De a poco, estos nuevos expertos se aunaron en la Red Argentina de Suicidología, que realizó los primeros congresos nacionales sobre el tema, lo que hizo que el conocimiento y la discusión sobre el suicidio se extendieran por todo el país. Estos congresos, de los que participa gente de toda la Argentina, cambian de sede cada año. La conformación de esta red, con sus actividades, hizo que la temática se difundiese por todo el territorio nacional.

Otra cuestión para tener en cuenta son las acciones realizadas desde los Estados provinciales y municipales, principalmente en los sectores Salud y Educación. En distintas provincias y municipios, el impacto que provocó el suicidio de sus pobladores (en especial, la muerte de jóvenes y adolescentes) hizo que se conformasen diversos programas y estrategias de prevención o abordaje intersectorial de la morbilidad por suicidio con algunos logros y, así, se establecieran con cierto peso entre las políticas sanitarias.⁸¹

Una de las experiencias pioneras fue la de la provincia de San Juan, que dio sus primeros pasos en el año 2006 y más tarde devino en el Programa Provincial de Prevención del Suicidio, que logró grandes avances a través de cuatro áreas: registro, asistencia, capacitación y comunicación, y se destacó sobre todo por la mejora en el registro del evento, lo que redujo el gran porcentaje de muertes indeterminadas que mantenían un impacto en el

79 En su libro de 2007 *Introducción a la suicidología*, Martínez relata las experiencias de intervención comunitaria y evaluación de riesgo en localidades de Córdoba y Santa Fe.

80 Algunas de ellas son S. O. S. Un Amigo Anónimo, Asociación Civil Estaciones del Alma y Teléfono de la Vida (Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

81 Cabe señalar que, muchas veces, jurisdicciones provinciales o municipales, ante el caso de un “brote suicida”, convocan a organizaciones que trabajan en el tema o especialistas con variados resultados: a veces, generando recursos locales o estrategias y otras veces, sin desencadenar ningún tipo de proceso y fragmentando y diversificando las intervenciones.

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

número de suicidios acontecidos, como también por el armado de un sistema de alerta temprana⁸² frente a un suicidio o intento de suicidio (PNSIA, 2017a).

Algo similar ocurrió en el año 2009 en Tucumán, que instituyó dentro del área de Salud Mental de la provincia un programa de prevención del suicidio coordinado por Irma Thomas. Uno de sus logros fue la redacción e implementación de un protocolo de atención de intentos de suicidio en guardia, que fue tomado como referencia años más tarde por el Estado nacional (PNSIA, 2017a).

Ya a nivel local, municipios de Catamarca, como Santa María o Fiambalá, y Esquel, de Chubut, diseñaron diversos dispositivos de intervención para el abordaje de la problemática entre los años 2010 y 2015, generalmente a través de ONG en articulación con los municipios. Gran parte de estas intervenciones tienen que ver con armado de red, asistencia, capacitaciones y mejora del registro del evento (PNSIA, 2017a).

4.7. LA LLEGADA AL ESTADO NACIONAL

Siguiendo el planteo de Bourdieu, el Estado como ficción jurídica es una farsa y, por lo tanto, también lo es la instancia de comisión como institución objetiva y capacitada para tratar un tema, “Es deber del sociólogo conocer cómo está compuesta una comisión: quién ha elegido a los miembros y por qué [...], cómo se ha llevado a cabo la cooptación, si están echadas las cartas por el hecho de definir a sus miembros” (2014, p. 43). En este sentido se puede decir que, luego de entrevistar a los actores participantes del comité, expertos y funcionarios, no queda claro quién realizó el primer acercamiento. Las versiones se contradicen, pero queda claro que el tema fue tomado por un interés creciente de la cartera sanitaria por la problemática del suicidio y, a la vez, los expertos, con variada trayectoria en la temática, fueron los principales propulsores apropiándose del problema, ocupando espacios y nucleándose en instituciones.

Luego de estos acercamientos entre el Ministerio de Salud de la Nación y una serie de expertos, en 2006 se conformó el primer comité a nivel central para la elaboración de un Programa Nacional para la Prevención del Suicidio. Según Bourdieu (2014),

82 El objetivo general del mecanismo de alerta temprana y respuesta es detectar y controlar rápidamente eventos agudos de salud pública de cualquier origen, con especial atención a los riesgos para la salud prioritarios en la esfera nacional. El mecanismo de alerta temprana buscar dar respuesta a los riesgos para la salud pública, a modo de reducir al mínimo las consecuencias negativas para la salud de la población. (Organización Mundial de la Salud, 2015). En el año 2011, el PNSIA quiso introducir como evento el intento de suicidio, pero no logró acordar su forma de implementación con el área de Vigilancia del Ministerio de Salud. (PNSIA 2014)

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

la comisión [...] es un típico acto del Estado, un acto colectivo que solo puede llevarse a cabo por personas que mantienen una relación suficientemente reconocida en lo oficial como para poder utilizar el recurso simbólico universal que consiste en movilizar aquello sobre lo que todo el grupo, se supone, está de acuerdo (p. 54).

Luego de la crisis de 2001, el doctor Ginés González García llegó al Ministerio de Salud de la Nación como ministro de Salud, tanto en la presidencia de Duhalde como en la de Kirchner, con una serie de destacables políticas sanitarias⁸³ que tuvieron impacto por entonces y algunas de las cuales se mantienen hasta el día de hoy.

Las entrevistas realizadas a algunos ex funcionarios de la cartera sanitaria marcaron el creciente interés del ministro por la temática. Élica Marconi, ex directora de la DEIS, refirió:

Llegó al ministerio Ginés González García, quien tenía una particularidad: usaba mucho las estadísticas y era un demandante de información estadística. Además, cuando la DEIS sacaba una publicación importante, hacía algún espacio en la reunión de Gabinete para que se presentara esa publicación, y también cuando salía el anuario —que salía en diciembre—, en los primeros meses del año siguiente, le interesaba que se hiciera una presentación al Gabinete de la situación sanitaria a partir de los indicadores que elaboraba la DEIS. De eso, generalmente, me invitaba a participar.

En esas presentaciones, yo sacaba el tema del suicidio porque era un tema que me llamaba la atención. Ya para 2004, la tasa estaba en 8,4 por 100 000 habitantes. Ya era muy alta, lo planteaba cómo se daba la tasa y cómo se comportaba por edad y por sexo. En ese momento no estaba todavía en la agenda, y no faltaba algún integrante del Gabinete que lo tomara a broma, principalmente cuando yo decía que aumentaba la cantidad de suicidios de varones por cada suicidio de mujer; surgían comentarios como “lo que pasa es que ustedes (las mujeres) nos matan”, etc., pero no pasaba de ahí.

Yo este tema lo iba contando en las universidades donde daba clase. En un momento dado —creo que cerca de 2005—, salió una ONG que dijo lo que yo venía diciendo, que la tasa ya estaba en 8,4, que había aumentado la muerte en varones, que había un corrimiento en edad de los suicidios, etc. A partir de entonces, Ginés me reclamaba, cuando se terminaba de elaborar la publicación anual de la DEIS, que le hiciera un informe especial sobre suicidio.

También el ex coordinador del área de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Nación, el doctor Antonio Di Nanno, planteó algo similar:

⁸³ Durante la gestión de González García se establecieron muchas de las políticas sanitarias más destacadas de los últimos tiempos; principalmente, la aplicación de la Ley Nacional n° 25 649 de Medicamentos Genéricos, que permitió bajar los costos en salud en tratamientos, como también facilitar el acceso al público a ciertos medicamentos. Otras de sus políticas que aún siguen vigentes son el Plan Sumar, un programa de prestaciones médicas creado como Plan Nacer, y el Plan Remediar, encargado de la distribución de medicamentos a efectores de todo el país.

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

Generalmente, Ginés, si no le interesaba [algo], se levantaba de la mesa y se iba. Cuando fui a presentarle el plan de salud mental, recuerdo que comencé con la presentación y vi que él se levantaba. Lo primero que dije fue que había bajado dos puntos la tasa de suicidio; se sentó de vuelta y me dijo que le mostrase lo que tenía, y ahí me escuchó el resto de la presentación. [González García es] un tipo que tiene la chispa de la cosa política y que sabe qué tiene impacto. El suicidio tiene impacto.

Esta entrada en agenda se hizo fehaciente en 2007, cuando el Ministerio de Salud de la Nación, a través del Consejo Federal de Salud (COFESA),⁸⁴ presentó la problemática del suicidio dentro de un plan de salud mental previamente consensuado por referentes de la salud mental de todas las provincias en el año 2004 en la ciudad de La Falda.

El suicidio cobró relevancia a través de la comisión consultiva de expertos convocada por el ministerio entre los años 2006 y 2007 para trabajar sobre un proyecto para la creación de un programa nacional de prevención del suicidio. Entre estos expertos se encontraban el doctor Basile, el licenciado Carlos Martínez, la licenciada Altavilla y el licenciado Boronat, coordinados por el área de Salud Mental a cargo del doctor Di Nanno y en colaboración con el PNSIA, que era dirigido en ese momento por el doctor Girard. Sobre ese momento refirió el doctor Di Nanno:

Esta gente [los expertos de la Red Argentina de Suicidología] se acercó, y nosotros empezamos a frecuentar los espacios donde se hablaba de suicidio. Yo fui a la Universidad Católica Argentina, a unos congresos. Pensamos en por qué el suicidio.

El suicidio es el síntoma —no sé si llamarlo síntoma— de una realidad. Tiene que ver con alguna patología prevalente o trastorno severo: no se suicida cualquiera. El suicidio de Weber, por honor, en tiempos modernos no se ve, [sino que] se ve como una respuesta a una situación anómala. En tiempos de crisis, de 1999 a 2001, la Argentina llegó a tener una tasa de suicidio dos puntos superior al promedio que había tenido habitualmente [...].

Primero, se peleaban entre todos porque todos querían ser padres de la criatura. Todos formaban parte de una ONG distinta y cada una tenía su propia voz. Lo que me tocaba a mí era complicado porque era tratar de que todos se llevaran bien y no se pelearan.

Los aportes hechos por el licenciado Carlos Martínez (2006) para la elaboración de un programa nacional de prevención del suicidio marcan que este “debe establecer, jerarquizar y

84 A partir de la Ley Nacional n° 22 373, de 1981, se creó este organismo del Estado nacional, compuesto por las más altas autoridades de la salud pública de cada provincia con el objeto de coordinar las acciones de la salud pública en todo el territorio nacional. El Consejo se reúne alrededor de dos o tres veces al año para trabajar sobre las principales problemáticas de salud y sus estrategias de abordaje.

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

articular las acciones de prevención para que sean eficaces y eficientes” (p.1). El texto de este autor enmarca muchas cosas que son luego retomadas en la resolución ministerial, pero llama la atención que la perspectiva de Martínez parezca más pragmática en relación con una serie de capacitaciones a sectores involucrados en el tema, como los de la salud, la justicia, la educación y la seguridad, los medios de comunicación y la comunidad en general. Martínez (2007, p. 1) retoma varias de las experiencias locales y aclara: “En nuestro país, si bien se ha adelantado mucho en el tema en la última década, las intervenciones han sido aisladas y con poca o nula posibilidad de seguimiento y evaluación”. En el documento elaborado, basado en gran medida en los lineamientos generales de la OMS, se hace mucho énfasis en la detección de factores de riesgos y protectores a partir de herramientas validadas.⁸⁵

En el año 2009, ya con Graciela Ocaña como ministra, se creó, a través de la resolución ministerial n° 275/2009, el Programa Nacional de Patologías Mentales Severas y Prevalentes y, dentro de este, el Subprograma de Asistencia y Prevención del Suicidio. En dicha resolución se observa que, si bien está enmarcado en un subprograma, el suicidio cuenta con un desarrollo mucho mayor que el de las patologías mentales severas. El documento cuenta con datos a niveles mundial y local, a la vez que propone una serie de objetivos y la planificación de actividades.

Este programa plantea el abordaje de la detección, la atención y la prevención mediante cuatro ejes estratégicos (relevamiento y evaluación, planificación y formación de recursos humanos, implementación de dispositivos de prevención y dispositivos asistenciales).⁸⁶ Entre las justificaciones de la creación del subprograma, son notorias las siguientes: “Alto impacto en la opinión pública, causa de muerte evitable y prevenible con acciones de baja tecnología y costo” (Ministerio de Salud de la Nación, 2009). Llama la atención al analizar el documento que este punto del bajo costo entre en contradicción con los objetivos planteados, los cuales requieren un despliegue de varios recursos.

Es interesante, en este punto, cómo el Estado coloca el suicidio dentro del ámbito plenamente patológico de la salud mental. Incluso en la posterior Ley Nacional de Prevención del Suicidio, la pertinencia del tema a ese ámbito aparece muy marcada.

⁸⁵ Entre los instrumentos validados para nuestro país se encuentran la ISO 30, validada por Casullo en 1998, y la escala ESPA del test de Rorschach, validada por Passalacqua en 1997, ambas realizadas solo en población adolescente. Los documentos elaborados con posterioridad por el Estado nacional no hicieron énfasis en estas herramientas para la detección de factores de riesgo.

⁸⁶ Llama la atención que no aparezca el seguimiento como una de las líneas para llevar a cabo por el programa; sin embargo, planteos de vigilancia y supervisión dan una idea de la continuidad en las intervenciones. Otro punto interesante es que la posvención no está planteada como un eje de implementación y parece sugerirse en el eje de asistencia.

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

Sobre la discusión de plantear el suicidio por fuera de las patologías mentales, el ex coordinador del área de Salud Mental, Di Nanno, refirió:

Yo les planteaba que, si querían que tuviese impacto y que el ministerio les diera bola, había que presentarlo así. Cada uno quería que el suicidio tuviera su entidad. Si el suicidio tiene su propia entidad, puede llegar a tener una cátedra [...], lo pueden avalar los libros. Se puede hablar de suicidio como una parte específica de la medicina o de la psicología. Pero la verdad es que no es así; tomarlo de esa forma, no. [...] no iba a aceptar nunca el ministro que yo lo planteara de esa manera. Era un tema importante, preocupante, que a él le interesaba, pero yo no se lo iba a plantear como una entidad aparte porque no lo iba a aceptar.

El hecho de que el programa y el plan diseñados por la comisión de expertos junto con el ministerio quedasen degradados como subprograma y englobados dentro de las patologías severas fue criticado por la Red Argentina de Suicidología. A la vez, esto generó una fractura dentro de la Red, ya que —según cuentan algunos integrantes de la Red entrevistados— fueron solo algunos los expertos que formaron parte de la formulación de este plan, que en ningún momento fue consultado al resto de la Red.

Al entrevistar a varios de los miembros destacados de esta red se notan varias disidencias entre ellos; algunas, desde el posicionamiento teórico; algunas, desde lo personal; algunas, desde el tipo de intervención realizada, por su gestión en la red, etc. Según refieren los entrevistados, la fractura se dio en el año 2013, en el Congreso Argentino de Suicidología realizado en Necochea, cuando algunos de los primeros representantes de la Red, como Basile, Altavilla o el propio CAS, se retiraron de ella por diferencias con otros integrantes, principalmente la fundación Manos Unidas por la Paz, que fue la principal impulsora de la Ley Nacional de Prevención del Suicidio.

Este punto de conflicto da cuenta de la batalla por la propiedad de la problemática del suicidio y de la manera en que está juego un capital simbólico dentro del campo. No obstante, cabe destacar que, a pesar de las disidencias, todos los entrevistados defendieron la existencia de la Ley Nacional n° 27 130 de Prevención del Suicidio (República Argentina, 2015).

Luego de ser creado por decreto ministerial, el Subprograma de Asistencia y Prevención del Suicidio quedó sin efecto por una serie de circunstancias. Esto aconteció en un contexto de movimientos dentro de la cartera sanitaria. Por un lado, en cuanto a cambios de gestión, fueron tres los ministros de Salud que se sucedieron en el período 2006-2010 (González García, Ocaña y Manzur). Por otro lado, la sanción de la Ley Nacional n° 26 657

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

de Salud Mental (República Argentina, 2010) logró posicionar la salud mental dentro de la agenda de la salud pública e instituir un profundo cambio de enfoque basado en los derechos humanos.

Esta ley se volvió prioridad para la cartera sanitaria y elevó de programa a dirección nacional el área de Salud Mental, que incrementó en gran número su personal no solo a nivel central, sino también en las provincias. Cabe mencionar que la coordinación de Salud Mental recibía muy poco presupuesto antes de convertirse en dirección.

En 2010 asumió como primer director nacional de Salud Mental el licenciado Yago Di Nella con el impulso y el foco puestos en la implementación de esta nueva ley en el territorio nacional, lo que hizo que el suicidio quedase relegado a un plano secundario en cuanto a prioridad por este sector de la cartera sanitaria.

Este primer paso del Estado nacional quedó sin efecto, pero de algún modo sirvió como puntapié para que, luego, la problemática se diversificase en más ámbitos estatales y se consiguieran intervenciones más precisas por varios sectores.

4.8. CONCLUSIONES DE ESTE APARTADO

En este apartado se siguió la emergencia del suicidio como problema público, y la particular configuración que presento a partir de la década de 1990. De manera paulatina, el suicidio cobró notoriedad como un problema público que ocurría al país y que requería la solución de instancias específicas de varios sectores, sobre todo el de la salud. Todo esto desencadenó distintos procesos e intervenciones que lograron que, de a poco, la preocupación por el tema llegara a niveles centrales. El Ministerio de Salud de la Nación hizo un primer intento de intervención, a partir de la realización de un plan bastante ambicioso que buscó articular, capacitar y sensibilizar varios sectores de la sociedad, que luego quedó sin efecto.

Así, esta primera década del siglo puso a andar una serie de procesos y actores que trazaron un recorrido y un devenir de la temática en el país en la arena pública. Lo acontecido a partir del año 2010, cuando el problema logró cierta consolidación, tiene mucho que ver con este primer momento o período de iniciación de la cuestión.

5. CONSOLIDACIÓN Y DIVERSIFICACIÓN DEL SUICIDIO COMO PROBLEMA PÚBLICO EN ARGENTINA (2010-2016)

Tras ser planteado como tema atendible en el ámbito público por nuevos actores legitimados como expertos, y a partir de la emergencia de cierta configuración problemática (el foco en la prevención, mayor presencia de las estadísticas del suicidio, la afectación de la franja etaria de adolescentes y jóvenes, la expresión del fenómeno en todo el territorio nacional, nuevos enfoques ligados a la corriente de la suicidología, etc.), el suicidio tuvo un primer arribo al nivel central que devino en el armado de un comité de expertos por parte del Ministerio de Salud de la Nación y la confección de un programa de prevención del suicidio y un plan de acción. Si bien el trabajo de este comité llegó a plasmarse en una resolución ministerial que instituyó un subprograma de prevención del suicidio, este quedó sin efecto alguno por diversos cambios de gestión y agenda dentro de la cartera sanitaria.

A partir de entonces se generó una fractura entre los diversos actores, pero el tema se diversificó, tomó lugar en diversas arenas y reclamó atención desde otros sectores; a la vez, se produjeron acciones e intervenciones más específicas desde el nivel central. En el período comprendido entre 2010 y 2016 se puede dar cuenta de la oficialización del suicidio por parte de diversos sectores del Estado nacional, que comenzó a delinear e implementar las primeras políticas públicas específicas de abordaje del fenómeno. Así, se afectaron recursos, se redactaron guías y protocolos de acción, se instituyeron programas de intervención e incluso se llegó a conformar un marco normativo específico. Todo esto hizo que las intervenciones tuviesen más solidez dentro del nivel central y del discurso oficial y logran una consolidación como problemática.

En su serie de clases sobre el Estado, Bourdieu (2014) plantea que este debe teatralizar lo oficial y lo universal, debe crear un espectáculo del respeto público por las verdades oficiales en las que se presume que la totalidad de la sociedad se reconoce. Tomando este planteo se puede decir que el Estado, en este último período, presentó un discurso oficial sobre el suicidio.

Siguiendo a Hilgartner y Bosk (1988), el proceso de definición de un problema público transita varias arenas públicas, algunas de las cuales son: medios de comunicación, debates en el Congreso y dependencias del Poder Ejecutivo, juicios en tribunales, ámbitos de la cultura (libros, películas, obras de teatro, etc.), la comunidad científica, las organizaciones

religiosas, etc. Varias de esas arenas aportaron a la consolidación⁸⁷ del suicidio como problemática pública al captar la atención y presencia de diversos sectores de la sociedad y traducirse en políticas públicas. Tomando la metáfora ofrecida por Oszlak y O'Donnell (1995, p. 110-118), las políticas son solo algunos acordes que ejecutan actores sociales siguiendo el ritmo de un proceso social que se da alrededor de una problemática. La toma de posición del Estado puede generar diferentes tipos de respuestas, tanto en esos actores como en otras unidades estatales, pero no todas las respuestas ocurren a la vez: algunos sectores reaccionan tardíamente a la problemática y otros son excluidos de ella.

Por un lado, los suicidios en serie de jóvenes se siguieron dando en el territorio nacional, afectando varias localidades —principalmente, de la región del NOA— y logrando repercusión en la prensa y en sectores del Estado a varios niveles. Uno de estos hechos, que cobró notoria relevancia, es el de los suicidios de jóvenes acontecidos en la localidad de Rosario de la Frontera (Salta) en el año 2010. Por primera vez se realizó un comité de crisis intersectorial para afrontar la problemática, y su impacto llegó incluso hasta el nivel central.

Por otro lado, se logró dar un primer gran paso para la entrada en la agenda pública cuando, también en 2010, el Congreso declaró de interés nacional la jornada del 10 de septiembre como Día Mundial para la Prevención del Suicidio. Esto marcó el camino en el ámbito legislativo para que, luego, se sancionara la Ley Nacional n° 27 130 de Prevención del Suicidio (República Argentina, 2015). Además, funcionarios de los ministerios de Educación y Salud recuperaron la problemática con acciones concretas, apuntadas por lo general a la confección e implementación de guías de intervención en esos ámbitos.

En este período tomó relevancia la articulación intersectorial e interjurisdiccional como respuesta al problema, ya desde el trabajo conjunto de Salud y Educación, que comenzaron a plantear el principio de corresponsabilidad entre los sectores, como también a partir de las intervenciones desde ámbitos municipales y nacionales.

En este apartado se traza un recorrido en el desarrollo de estos procesos de consolidación y diversificación del suicidio como problema público en la Argentina, proceso que surge a partir del posicionamiento del Estado nacional con respecto al fenómeno. Se mencionarán las políticas, estrategias e intervenciones pensadas y direccionadas desde los distintos sectores del Estado nacional.

87 Se habla de “consolidación” debido a que las acciones e intervenciones del Estado nacional tendrán mayor solidez y lograrán instalar el tema definitivamente en la agenda pública.

5.1. LA CONMOCIÓN POR EL CASO DE ROSARIO DE LA FRONTERA

En la provincia de Salta, a 170 kilómetros de la capital, se ubica Rosario de la Frontera, una localidad de alrededor de 30 000 habitantes que, en el año 2010, fue epicentro de ocho casos de suicidios de adolescentes en menos de seis meses.⁸⁸ La mayoría de los suicidas se conocían e, incluso, iban a un mismo colegio. Estas muertes generaron un gran impacto en la localidad, trascendieron en la prensa no solo a nivel local, sino también nacional, y dieron lugar a todo tipo de intervenciones desde la propia gobernación y desde diversos sectores de los ministerios de Salud y Educación de la Nación. A partir de esto se conformó un comité de crisis integrado por la Iglesia, el Poder Judicial, representantes de los ministerios de Salud y Educación, directivos de escuelas y padres de alumnos. Este comité estuvo precedido por el trabajo en red que comenzaron a realizar los efectores de salud, las escuelas y la municipalidad.

A partir de esta situación, el hospital local incrementó su personal y hasta llegó a realizar su propio protocolo para la atención de intentos de suicidio. También el licenciado Carlos Martínez capacitó de forma virtual a personal educativo de la Escuela, donde se dieron gran parte de estos suicidios, en tanto que la Asociación Argentina de Suicidología hizo lo propio con personal del hospital local. Según refiere la licenciada Mariana Rodríguez, personal de salud mental del hospital Melchor Figueroa de Cornejo, de Rosario de la Frontera, “mejoraron mucho las intervenciones. En un principio, se les decía a los chicos que realizaron un intento cosas como: ‘¿Por qué le hiciste esto a tu mami?’, ‘¿Por qué le hacés esto a Dios?’, cosas que los culpabilizaban aún más”.

Por su parte, el Ministerio Provincial de Educación también incrementó su personal y las intervenciones en la localidad,⁸⁹ ya que la escuela era una de las instituciones más afectadas. Tania Godoy, de dicho ministerio, refiere: “Me tocó a mí, en Rosario de la Frontera, ver cómo los docentes se habían encerrado en un aula y los chicos deambulaban llorando por los pasillos”.

Estos hechos cobraron destacada trascendencia en todos los niveles jurisdiccionales, y desde el municipio hasta el Gobierno nacional se realizaron algunas intervenciones. Este

88 Para rastrear lo ocurrido se toman como fuentes las noticias publicadas en ese tiempo en los diarios locales tanto como en los principales medios nacionales, a la vez que se realizó una serie de entrevistas con personal del Observatorio de Salud Mental de la provincia de Salta, una profesional de salud mental del hospital Melchor Figueroa de Cornejo, de Rosario de la Frontera, quien estuvo presente durante estos sucesos, y personal del Ministerio de Educación de Salta.

89 Algunas de las ideas de abordaje fueron, luego, retomadas por la guía nacional para abordar el suicidio con una división en tres tiempos de intervención: antes, durante y después.

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

impacto colocó a Salta, en la percepción social, como la provincia más afectada y a la región del NOA, como la más vulnerable al suicidio adolescente. En este caso, las muertes fueron envueltas por cierto imaginario morboso muy promovido por los medios de comunicación;⁹⁰ incluso se publicaron notas en las que, sin proteger la identidad de un joven, se lo marcaba como instigador de los suicidios. Esto generó que el sector de prensa de la DNSMYA capacitase a los medios locales sobre los lineamientos de la OMS para cubrir casos de suicidios.

En general, estas series de muertes están acompañadas por un imaginario⁹¹ que da lugar a diversos relatos que se entremezclan con leyendas del lugar. Según refiere una de las personas entrevistadas, “en Rosario, el relato era que llegaba un mensaje por teléfono a los chicos; a partir de ese mensaje, los chicos se colgaban con una corbata azul. También tenía que ver con algo de lo mítico. Es más, ellos estaban muy angustiados por los mensajes que les llegaban”. La prensa incluso mencionaba un juego, el *choking game* (‘juego de la asfixia’), que consiste en la estrangulación para obtener placer. Muchas veces, detrás de estos relatos se hallaron situaciones familiares complejas, dificultades económicas, falta de solidaridad, niveles altos de exigencia para los jóvenes y hasta abusos intrafamiliares.

Siguiendo a Joel Best, Frigerio (1995) considera que las leyendas pueden presentarse como problemas sociales aún no contruidos del todo y reflejan tensiones sociales o temas preocupantes para la población sin terminar de configurarse como problemas sociales. Frente a los hechos de Rosario de la Frontera se articularon respuestas intersectoriales e interjurisdiccionales entre diversos ministerios y áreas. Según cuenta Tania Godoy, integrante del equipo de Educación que intervino en la localidad,

se trabajaron mucho los vínculos con la comunidad, los vínculos comunitarios, los vínculos de la misma escuela con las otras instituciones. Pero no trabajamos solo desde la escuela: se trabajó también con el Ministerio de Salud de la provincia; específicamente, con la Secretaría de Salud Mental [...]. Fueron alarmas muy fuertes para las propias políticas de gobierno, que movilizaron mucho para que se rearmasen de otra manera los equipos y también para que hubiera más articulación entre los ministerios en cuanto a las intervenciones cuando se trataba de adolescentes.

90 En general, los titulares de los diarios aludían a una nueva ola de suicidios o a suicidios en cadena, o bien los subtítulos relataban la existencia de listas de chicos que se iban a suicidar. Luego, aparecieron varios titulares que apuntaban a un supuesto instigador de los suicidios (un chico amigo de las víctimas) y se publicaron fotos de estos chicos, cartas, etc., sin tomar en cuenta ninguna de las recomendaciones sobre el tratamiento del tema en los medios.

91 Siguiendo a Castoriadis (1988), estas significaciones imaginarias no son reales o racionales, sino que son creencias que cumplen una función social de cohesión y se dan como creación de un ente impersonal y anónimo.

Varias situaciones similares⁹² se dieron en el país a partir del caso de Rosario de la Frontera,⁹³ que se presentaron como un problema, muchas veces, de salud, pero con impacto en varios ámbitos y demandaron una respuesta por parte de las instancias del Gobierno. Así, comenzaron a visualizarse dentro de los sectores estatales las dificultades en cuanto a cómo se recolectaba la información de los suicidios, cómo se la leía, a quiénes afectaba y cómo se intervenía.

Cabe aclarar que eventos de este tipo, de varios suicidios en una localidad, se siguieron dando en la región del NOA, e incluso en Salta, pero no tuvieron la misma relevancia que los hechos de Rosario de la Frontera.

5.2. LAS RESPUESTAS DE LOS DIVERSOS SECTORES DEL ESTADO NACIONAL A LA PROBLEMÁTICA DEL SUICIDIO

A partir de lo acontecido desde 1990, cuando el suicidio se fue configurando de manera particular como problema público, y en especial por el alto impacto que causaron los suicidios de jóvenes en localidades pequeñas, la problemática se comenzó a diversificar en distintas arenas públicas, lo que generó actores o reclamadores⁹⁴ que pidieron el tratamiento del tema por parte del Estado nacional. Siguiendo a Gusfield (2014), cuando se analiza lo público de un problema es necesario atender a qué instituciones se responsabiliza de dar una solución.

En este apartado se dará cuenta de cuáles fueron las respuestas que brindaron los diversos sectores del Estado nacional frente a la emergencia del suicidio como problema público, que establecieron, así, oficialmente su responsabilidad causal, entendida como la determinación en la cual se reconoce la necesidad de intervenir sobre el problema y el modo en que se debe hacerlo. A la vez, se delimitó la responsabilidad política del problema, por la

92 Sobre el caso, refiere el doctor Zingman, coordinador del PNSIA: “En mi estadía en el programa tuvimos el caso de Rosario de la Frontera, que había tenido una seguidilla de suicidios; entonces la provincia entró a trabajar con nosotros. Después, en algún momento, tuvimos una alarma similar en La Rioja, pero cuando llamábamos a La Rioja resultaba que no todos eran adolescentes, otros eran jóvenes, ni siquiera ellos sabían cuántos eran. Eran alarmas que se disparaban sin poder dar cuentas específicas, lo que daba cuenta de la dificultad de registro que tiene el problema en sí”.

93 En 2016, Salta fue el epicentro de otra serie de suicidios, esta vez en la localidad de San Antonio de los Cobres. También se realizaron diversas intervenciones, principalmente desde el sector de la salud y el de la educación.

94 Reclamadores (Frigerio, 1995) u operadores (Hilgartner & Bosk, 1988), o, siguiendo la definición de Testa (2007), un actor como el que logra poner un tema en agenda; estos pueden ser las víctimas del fenómeno (principalmente, los familiares de las víctimas, en este caso), los expertos, los funcionarios, etc.

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

cual el Estado nacional, principalmente desde los sectores de la salud y la educación, ofreció respuestas al respecto.

5.2.1. EL SECTOR DE LA SALUD

Para 2010, el Ministerio de Salud de la Nación contaba con cierto recorrido en la temática del suicidio a partir de la convocatoria de un comité de expertos y la elaboración de un programa de prevención y un plan de acción, que, si bien llegó a plasmarse en una resolución ministerial como el Subprograma de Asistencia y Prevención del Suicidio, en el año 2009, quedó en lo nominal sin efecto o intervención alguna. Sin embargo, a partir del año 2010 se conformó dentro de ese ministerio un nuevo panorama marcado por algunos acontecimientos: se sancionó la Ley Nacional n° 26 657 de Salud Mental, cuya implementación enfrentó un cambio de paradigma en la injerencia y el lugar de la salud mental dentro del ámbito de la salud, lo que llevó a la creación de la DNSMYA, encargada de regular e implementar la nueva ley. Esta dirección creció, no solo en importancia dentro de las políticas sanitarias, sino también en cuanto a personal. También las políticas sanitarias incorporaron a los adolescentes como población con la que trabajar, lo que hizo que el PNSIA cobrase más importancia. Estos dos departamentos del Ministerio de Salud pusieron el tema del suicidio en sus agendas y establecieron una serie de estrategias al respecto. A la vez, ese ministerio publicó una serie de informes y análisis de los datos de mortalidad por suicidio.

En 2010 se dieron a conocer los primeros documentos del Ministerio de Salud que planteaban, a través del análisis de datos estadísticos, la relevancia y la nueva caracterización del suicidio en Argentina. La Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades no Transmisibles, a cargo del doctor Sebastián Laspiur, dio a conocer en su boletín n° 2 el perfil epidemiológico del suicidio en Argentina desde 1988 hasta 2008 (Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades no Transmisibles, 2010). Un mes antes, la *Revista Argentina de Salud Pública* —una publicación dependiente del Ministerio de Salud que difunde investigaciones que este organismo realiza a través de sus programas o de las investigaciones financiadas mediante las becas Salud Investiga— divulgó dos artículos en relación con el suicidio. Uno de ellos, “Identificación de factores de riesgo en intentos de suicidio en niños y adolescentes” (Bella *et al.*, 2010), evaluaba, a partir de la aplicación de test proyectivos, el riesgo suicida en jóvenes internados por haber intentado quitarse la vida en comparación con un grupo control internado por otras causas. El otro artículo, “Estudio cualitativo de la mortalidad femenina por causas externas y su relación con la violencia de

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

género” (Fernández *et al.*, 2010), analizaba los suicidios de mujeres y cuestionaba a partir de particularidades del registro, si en verdad podrían ser femicidios encubiertos.

En 2011, la DNSMYA comenzó a publicar una serie de documentación y artículos de análisis estadísticos, lo que dio cuenta de la llegada al discurso oficial⁹⁵ del suicidio como problema público. A la vez, el PNSIA, bajo la coordinación del pediatra Fernando Zingman, tomó el tema al observar que el suicidio se encuentra entre las principales causas de muerte en la franja etaria entre los 10 y los 19 años. Según refiere Zingman,

lo que propusimos fue decir: “Estamos en el Ministerio de Salud, hay que dar una mirada sanitaria”. ¿Qué le pasa a la población? ¿Cuántos son? ¿Cuáles son sus principales problemas? Cuando fuimos a listar sus principales problemas (de los que hay registro), el suicidio era algo que venía en aumento desde 10 o 15 años atrás, en ese momento sin ninguna respuesta sistemática. Ese fue el primer momento en que dijimos: “¿Qué hacemos?”.

Para meterse a trabajar en suicidio, lo primero que te dicen es: “No vas a poder mostrar resultados”, y vos tenés que buscar cosas para mostrar resultados. Por otro lado, es importante desde el tema de salud pública. No lo podemos dejar de lado; por lo menos, avancemos en saber, en ponerlo en agenda.

A la vez, dentro del ministerio se elaboraba un plan de reducción de la mortalidad materno-infantil y de adolescentes. Este plan, que solía abocarse a la salud materno-infantil y los procesos de embarazo, parto y puerperio, sumaba a la población adolescente por primera vez mediante la inclusión de otras causas de mortalidad que afectan a la población adolescente, como el suicidio y los siniestros viales. A partir de este plan, el PNSIA logró tener una llegada efectiva a todas las provincias para la conformación de una red de referentes de salud adolescente a nivel nacional. Algunas de estas provincias conformaban por primera vez programas locales de adolescencia que replicaban y difundían los lineamientos desde el nivel central. Según un informe del PNSIA (2014),

en aquel momento era difícil pensar en la posibilidad de trabajar desde una perspectiva de violencia o causas externas, ya que tradicionalmente la mirada estaba en las adolescentes mujeres y madres y el PNSIA contaba con pocas articulaciones interministeriales y extraministeriales, por ser un programa joven, como para proponerse objetivos más ambiciosos. Abordar las muertes por causas externas es un problema complejo que implica no solo “mirar” lo que se podría hacer diferente desde el sistema de salud, sino desde otras instituciones como las de la educación, la seguridad vial, etc. A

95 El discurso oficial es el emitido por el Estado, muchas veces, a través del armado de un comité de expertos sobre el tema que erige una verdad sobre un fenómeno (Bourdieu, 2014).

su vez, implica pensar en la prevención, la atención y la posvención. Para poder comenzar a trabajar estos temas se focalizó en la situación de urgencia para delimitar y hacer posible un primer abordaje y posicionamiento de la problemática. Lentamente, y con mucho esfuerzo, se pudo posicionar el tema de la mortalidad por causas externas y, específicamente, por suicidio en las agendas de los programas provinciales, así como en el plan operativo y en el trabajo articulado con la DNSMYA (p.1).

A partir de esto, la intervención del PNSIA se propuso desde una acción más acotada, puntual y enfocada en el ámbito del personal de la salud: la redacción de un protocolo para la atención de intentos de suicidio en guardia y su implementación en servicios del país. A esta propuesta se sumó la DNSMYA compartiendo la autoría del documento. Para la confección de dicho material se volvió a convocar a los expertos ya citados para el comité de 2007-2009 (Héctor Basile, Diana Altavilla, Carlos Martínez), pero esta convocatoria se amplió con otros profesionales de servicios de hospitales, centros de salud y expertos en emergentología. La redacción quedó a cargo del licenciado Carlos Martínez y la doctora Sandra Novas, psiquiatra del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez de la ciudad de Buenos Aires y parte del equipo del SAME, con un amplio recorrido en el sector de internaciones de dicha institución. Las reuniones del comité se dieron entre 2010 y 2011, y el protocolo se publicó en 2012 (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2012). Cabe destacar que, además de la palabra del comité de expertos, para la confección de este material se tuvieron en cuenta protocolos de atención realizados en otros países y aquellos ya formulados en el país, como el de la provincia de Tucumán.

Sobre este proceso, el doctor Zingman refiere:

Hicimos un ejercicio de centrar el problema, la pregunta. Estas cuestiones, que son tan abiertas, generan muchos abordajes inespecíficos, y entonces todos te proponen actividades para la vida, promoción para la vida... Te hacían los listados de factores de riesgo —en realidad, te describen chicos en riesgo—, pero riesgo que podía ser para cualquier otra cuestión, no era específico. A mí me parecía que eso era estigmatizante con la adolescencia porque, al final, había una mirada de querer construir la adolescencia desde un lugar de riesgo y eso iba en contra de nuestra posición en el programa. Dijimos: “Vamos a generar algún dispositivo en el que haya buenas prácticas”. Hicimos un relevamiento no formal de buenas prácticas [...]. Hicimos un gran trabajo para definir qué es un intento de suicidio. La otra propuesta nuestra, en la que trabajamos fuerte, fue hacer un marco teórico legal para que no se revictimizase al chico o la chica con intento de suicidio, que se respetara su autonomía, que hubiese espacio para la confidencialidad, que no se derivara a la policía directamente (esto era la práctica común y lo sigue siendo en muchos lugares), en resumen, definir que [el suicidio] no es un delito.

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

Asimismo, sobre el modo en que estas intervenciones se volcaron principalmente a trabajar en la respuesta sanitaria a la problemática, Zingman explica:

La idea del programa, en ese momento, era: “Trabajemos donde tenemos más gobernanza” [...]. Los médicos —hablando desde el punto de vista sanitario— se sientan con otras áreas y les dicen: “Justicia, vos tenés que hacer esto”, “educación, vos tenés que hacer esto”. Les damos indicaciones y, cuando miramos hacia adentro, el área de salud no tiene los dispositivos ni la oferta de servicio que debería tener. Entonces había una cuestión conceptual de “trabajemos en lo que nosotros tenemos que dar como sistema de salud, que es donde tenemos más gobernanza para llegar”. De hecho, fracasando o no, podría reunir a la gente de guardia de un hospital de una provincia, pero no podía reunir al Consejo de Educación. Entonces, la idea era: “Vayamos a donde tenemos gobernanza y oportunidad de trabajar”. El plan [de reducción de mortalidad materno infantil y de adolescentes] nos daba presupuesto para trabajar y dar capacitaciones, así que fuimos para ese lado.

A este protocolo de atención para intentos de suicidio (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2012) se sumó, el mismo año, la iniciativa de la inclusión de la atención del intento de suicidio como prestación en el Programa Sumar. Dicho plan es la ampliación del Plan Nacer, un programa de cobertura con prestaciones de servicios en el ámbito público que, en principio, se implementó con madres y recién nacidos y para 2012 extendió su cobertura hacia adolescentes y hombres y mujeres hasta los 64 años. A través de este sistema, el Estado financia ciertas prestaciones realizadas en el sistema público, lo que otorga una suma por cada prestación efectuada y facturada, suma que vuelve al efector o al ministerio de salud provincial. Esta estrategia buscaba también tener algún tipo de registro sobre los intentos de suicidio.

Por intento de suicidio, el Programa Sumar incluye dos prestaciones que pueden ser facturadas por el efector: atención en urgencia y seguimiento. La atención en urgencia se da frente a un intento de suicidio consumado, en tanto que el seguimiento puede ser el tratamiento preventivo o posterior a un intento. Según datos suministrados por el Sumar, entre los años 2012 y 2018 se facturaron 10 704 prestaciones por seguimiento en el país y 1553 por atención en urgencia. Son cifras bajas, comparadas con las de otras prestaciones, y sus tendencias pueden estar sujetas a muchos sesgos.

Figura 14. Consultas facturadas a Sumar por la atención en urgencia de intentos de suicidio. Argentina, 2012-2018

Fuente: elaboración propia con base en datos del Programa Sumar (2018).

Figura 15. Consultas facturadas a Sumar por el seguimiento de intentos de suicidio. Argentina, 2012-2018

Fuente: elaboración propia con base en datos del Programa Sumar (2018).

En el caso de la atención en urgencia se puede ver una tendencia gradual de crecimiento de la facturación. En cuanto al seguimiento, llama la atención el pico presentado en 2014 (según refiere el Programa Sumar, esto puede deberse a un error de carga). Cabe destacar que estos números son de consultas, por lo que varias de ellas pueden corresponder al mismo usuario. Si se ajustan los datos suministrados por número de beneficiarios entre 2015 y 2018, los montos son: 1041 en cuanto a las prestaciones de urgencia y 1429 por las prestaciones de seguimiento.

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

Tabla 3. Distribución por provincia de las prestaciones facturadas al Sumar por intentos de suicidio (urgencia y seguimiento), ajustadas por beneficiario. Argentina, 2015-2018

Provincias	Urgencias I. S.	Provincias	Seguimiento I. S.⁹⁶
Mendoza	412	Tucumán	393
Buenos Aires	156	Buenos Aires	228
Tucumán	109	Mendoza	216
Córdoba	62	Chaco	121
Entre Ríos	45	Jujuy	89
Jujuy	43	Corrientes	52
Salta	42	San Juan	47
Catamarca	39	Entre Ríos	34
La Rioja	23	Salta	29
Río Negro	15	Santa Cruz	28
San Juan	14	Chubut	25
Chaco	11	Río Negro	25
Neuquén	11	Córdoba	23
Corrientes	10	Santiago del Estero	23
San Luis	10	Misiones	20
Santiago del Estero	10	La Pampa	19
Chubut	9	Catamarca	14
La Pampa	5	Neuquén	14
Misiones	5	La Rioja	12
Formosa	4	San Luis	10

⁹⁶ I.S. = Intento de Suicidio

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

Tabla 3.Continuación

Santa Cruz	3	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	7
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1	Formosa	--
Santa Fe	1	Santa Fe	--
Tierra del Fuego	1	Tierra del Fuego	--
Total general	1.041	Total general	1.429

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Programa Sumar (2019).

Si se sigue la distribución por provincias, llama la atención la concentración de prestaciones —tanto en urgencia como en seguimiento— en Buenos Aires, Tucumán y Mendoza. Esto puede deberse a los procesos de implementación del Programa Sumar en esas provincias.

Otra propuesta que se impulsó desde el PNSIA fue la de incluir los intentos de suicidio y el consumo problemático de alcohol como eventos dentro del sistema de vigilancia epidemiológica, ya que, según este programa, “la vigilancia sistemática de ambos eventos permitiría mejorar la calidad y la oportunidad de la información y funcionaría como insumo para fortalecer la respuesta adecuada del sistema de salud ante estos casos” (PNSIA, 2014). Sin embargo, esta propuesta no llegó a implementarse por diferencias con el Área de Vigilancia de la Dirección Nacional de Epidemiología. Según refiere Zingman,

teníamos dos vías de trabajo que nos parecían posibles. Una era a través de las ventanas epidemiológicas de laboratorios que tenía el área de [la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades] no Transmisibles. Teníamos discusiones conceptuales, de si podían o no, porque ellos vigilan cosas para las cuales hay respuestas concretas; no hay respuestas concretas para el suicidio, entonces ellos no lo podían vigilar. Entrábamos en un círculo vicioso: no registramos, entonces no sabemos

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

cuánto hay porque no tenemos nada que ofrecer, pero, a la vez, para poder diseñar algo para ofrecer hay que saber un poco de qué se trata. Eso no logramos destrabarlo con ellos, pero sí nos disparó la idea de que los intentos de suicidio dan cuenta de potenciales suicidios, [y eso] es algo que está en contacto con el sistema de salud, donde tenemos un mayor grado de gobernanza. Entonces fue que empezamos a diseñar los lineamientos.

Tras la publicación de los lineamientos de atención de intento de suicidio para guardias (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2012) se impulsó una serie de capacitaciones para la implementación⁹⁷ de este protocolo en 13 provincias de la Argentina (Catamarca, Chaco, Chubut, Corrientes, Jujuy, La Rioja, Mendoza, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, San Luis y Tucumán) a las que asistieron 1019 agentes de salud y de otros sectores. En un informe sobre este proceso de implementación, el PNSIA define ciertos desafíos para ampliar y profundizar la sensibilización y la capacitación dentro del área de salud. Así, propone:

Profundizar el compromiso de los niveles decisores de cada provincia para adoptar el proyecto como política sanitaria; sensibilizar en la aplicación de los lineamientos a todo el equipo de salud, más allá de los agentes de salud mental; mejorar la calidad y la oportunidad de la información a través del registro sistemático y la definición de los circuitos y mecanismos de notificación; fortalecer el armado de la red de servicios y la gestión de las derivaciones para el seguimiento de los casos, tanto de intento de suicidio como de consumo de alcohol (Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, 2014 p.3).

Este protocolo fue impulsado, en un primer momento, por el PNSIA, y luego se sumó la DNSMYA, que volvió a dar prioridad a la problemática luego de la asunción en el año 2012 de Matilde Massa como directora nacional de Salud Mental. Así, se llevaron a cabo varias publicaciones oficiales, principalmente de análisis epidemiológicos, intervenciones y capacitaciones sobre la temática (Ministerio de Salud de la Nación, 2011; Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2014, 2015).

Dentro de este marco, en el año 2014 se publicó un documento llamado *Abordaje de la problemática del suicidio en el primer nivel de atención para equipos territoriales de la DNSMYA. Modelo comunitario de atención* (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2014), que propone la intervención desde un modelo de atención comunitario con foco en APS y amplía lo ya planteado en los lineamientos al sumar cuestiones particulares de

97 Entre los objetivos de esta implementación se encontraba la priorización del suicidio como problema de salud pública.

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

la población de adultos mayores en relación con el suicidio, como la planificación estratégica de una intervención y el modo de tratar el tema en los medios de comunicación. Este documento estaba acompañado por un proceso de capacitación interna de la DNSMYA a su personal de todo el país, principalmente al que atendía en los CIC dependientes del Ministerio de Desarrollo Social.

En cuanto a 2015, cabe destacar que tanto el PNSIA como la DNSMYA fueron los sectores del Estado consultados para la elaboración de la Ley Nacional de Prevención del Suicidio, que se abordará más adelante.

En 2016, el PNSIA publicó una línea de base de la situación de salud adolescente llamada *Situación de salud de las y los adolescentes en la Argentina* (Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, 2016), que plantea el suicidio y sus móviles externos como las principales causas de mortalidad de esta población (sobre todo afectan a los varones). A esto siguió un relevamiento en todo el país de buenas prácticas en el abordaje de causas externas, que dio lugar a un paquete de herramientas para el circuito de la información, lineamientos para la intervención integral y sistematización de experiencias.

Por su lado, el Ministerio de Salud de la Nación siguió teniendo instancias de encuentro para el tratamiento de la temática, además de ocuparse de la reglamentación de la Ley Nacional n° 27 130 de Prevención del Suicidio (República Argentina, 2015)⁹⁸. En la actualidad son estas dos áreas (PNSIA y DNSMYA) las que trabajan la problemática del suicidio capacitando en las provincias, elaborando documentos y desarrollando estrategias de abordaje intersectorial.

5.2.2. EL SECTOR DE LA EDUCACIÓN

Una de las primeras aproximaciones que tuvo el Ministerio de Educación a la problemática del suicidio se dio en una intersección de los sectores de la salud y la educación en los años 2007 y 2012, cuando se realizó en nuestro país la encuesta mundial de salud escolar. Estas encuestas —principalmente recomendadas por entes internacionales como la OMS y Unicef— fueron realizadas a chicos escolarizados entre 13 y 15 años en escuelas de todo el país.

⁹⁸ Reglamentación que se encargó al Ministerio de Salud de la Nación y hasta el momento aún sigue pendiente.

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

La diferencia entre la primera y la segunda es muy marcada, ya que la de 2012 contó con más presupuesto y recolección de datos.⁹⁹ Si bien los temas trabajados fueron similares, la importancia de los eventos relacionados con la violencia es marcadamente predominante en la segunda publicación. En comparación, puede notarse que el término *suicidio*, que aparece en 19 oportunidades en el documento de 2007, aumenta sus referencias a 57 en 2012, además de ser planteado de manera más compleja, con cruzamientos de variables como depresión o consumo. Este tema es tratado en los apartados de salud mental, factores de protección, violencia y lesiones no intencionales. (Ministerio de Salud de la Nación, 2007, 2013a).

Algo llamativo de estas encuestas es que el porcentaje de adolescentes que consideraron suicidarse fue exactamente el mismo entre los años 2007 y 2012: 16,9 %. En 2012, un 16,2 % de los encuestados realizó un intento; en 2007, el 13,5 % tuvo una ideación suicida. (Ministerio de Salud de la Nación, 2007, 2013a).

Esta encuesta fue una de las primeras publicaciones que introdujeron la problemática del suicidio en el ámbito educativo y que, según los entrevistados, tuvieron repercusión en cuanto al planteo de la problemática.

⁹⁹ Mientras que en 2007 se completaron 1980 cuestionarios en 47 escuelas, la encuesta realizada en 2012 fue completada por 28 368 alumnos de 544 escuelas de Argentina. (Ministerio de Salud de la Nación, 2007, 2013a).

Figura 16. Indicadores para valorar aspectos de salud mental relacionados con el suicidio en adolescentes de 13 a 15 años. Argentina, 2012

Fuente: Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (2016, p. 63). Elaboración del Sistema de Vigilancia de Lesiones (Sivile) con base en la encuesta mundial de salud escolar de 2012.

Nota: Se aclaran las categorías en el eje horizontal de izquierda a derecha: Consideró seriamente la posibilidad de suicidarse en los últimos 12 meses / Intentó suicidarse al menos una vez en los últimos 12 meses / Hizo un plan acerca de cómo suicidarse en los últimos 12 meses / Se sintió solo siempre o casi siempre en los últimos 12 meses / Estuvo tan preocupado por algo que no pudo dormir por la noche siempre o casi siempre en los últimos 12 meses / Se sintió tan triste o desesperado casi todos los días durante dos semanas consecutivas o más tiempo, que dejó de hacer sus actividades habituales en los últimos 12 meses.

La escuela es una de las instituciones que quedan más afectadas frente al suicidio de un alumno. Según las palabras de una de las funcionarias entrevistadas, “el suicidio tiene una particularidad y es la enorme conmoción que provoca en la escuela, en los adultos, en la rápida tendencia de culpar a alguien o culparse por no haber visto, no haber sabido”. Al aumentar el número de adolescentes que se suicidan o lo intentan, las escuelas comenzaron a demandar a los niveles superiores un acompañamiento o intervención. Esto no solo se dio con respecto al suicidio, sino también con varias dimensiones de violencia que tienen lugar en la escuela.

La primera intervención en este sentido la realizó el Ministerio de Educación en el año 2004, al crear el Observatorio Argentino de Violencia en las Escuelas luego de la llamada

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

Masacre de Carmen de Patagones, ocurrida el 28 de septiembre de ese año, en la que un joven asesinó a balazos a tres compañeros. La intervención propuesta por el Observatorio consistió en la monitorización de situaciones complejas a través de estudios y encuestas realizados en el ámbito educativo (Rodríguez, 2011). Así se gestó una demanda cada vez mayor por parte de las escuelas públicas por tratar estas problemáticas complejas hacia un sector que generalmente estaba focalizado en las cuestiones pedagógicas. Frente a este panorama, los niveles locales encargados de estas temáticas (gabinetes, equipos de orientación) comenzaron a realizar diferentes intervenciones, a veces en asociación con el sector de la salud, a veces con instituciones privadas especializadas en el tema. Algunas de estas prácticas se empezaron a sistematizar y, a la vez, a nivel nacional, llegaban desde escuelas del interior del país demandas específicas para trabajar estas problemáticas.

En 2014, el Ministerio de Educación de la Nación publicó la *Guía federal de orientaciones para la intervención educativa en situaciones complejas relacionadas con la vida escolar* (Ministerio de Educación de la Nación, 2014b), cuyo segundo volumen trabaja la problemática del suicidio en la escuela y toma la prevención y la posvención como intervenciones posibles estructuradas en tres momentos: antes de un episodio problemático, durante este y después de él. Para la confección de esta guía se relevó el trabajo ya realizado por varias provincias con protocolos de acción y guías orientativas. Según la doctora Beatriz Greco, ex funcionaria del Ministerio de Educación de la Nación,

fue el momento en que más se valorizó el tema de que el ministerio estuviera atendiendo la labor de estos equipos, cosa a la que nunca se le había dado tanta importancia porque, justamente, se visualizaba a los psicólogos en la escuela o a otros profesionales como satélites alrededor de problemáticas, pero nunca como parte del sistema educativo, y son fundamentales.

Este material fue el puntapié para la confección, el año siguiente, de una guía especialmente dedicada a la problemática, llamada *Acerca de la problemática del suicidio en adolescentes y jóvenes. Un enfoque para su abordaje desde el campo de la educación* (Ministerio de Educación de la Nación, 2014a). Este documento fue escrito por Rubén Efrón y Daniel Korinfeld, procedentes del área de la salud mental comunitaria y con un recorrido en el trabajo en escuelas.

Según refiere Beatriz Greco —quien estuvo detrás del armado de este material en su gestión como funcionaria del ministerio—, la demanda por el abordaje del suicidio en la adolescencia era constante por parte de los equipos de orientación escolar —sobre todo en

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

localidades del norte argentino—, pero recién se avanzó en la confección de un documento en 2013, bajo la gestión de Gustavo Galli como coordinador del Área de Inclusión Democrática en las Escuelas del Ministerio de Educación de la Nación, que mantenía contacto con las diversas áreas de orientación escolar de todo el país. Si bien ya se habían abordado situaciones de violencia en la escuela, el suicidio, específicamente, no había sido tomado.

Para la redacción de *Acerca de la problemática del suicidio en adolescentes y jóvenes. Un enfoque para su abordaje desde el campo de la educación* (Ministerio de Educación de la Nación, 2014a) se visitaron escuelas en el Gran Buenos Aires (con los equipos de orientación educacional) y en Jujuy (con los servicios de atención al adolescente). Al respecto narra Greco:

Lo que aparecía en algunas provincias era cierta ineficacia de los psicólogos que venían interviniendo, de los equipos que venían interviniendo, y algunas cuestiones medio iatrogénicas en relación con la intervención respecto del suicidio [...]. Más o menos, escuchaba lo mismo de siempre: la escuela desbordada, la derivación que no lleva a ningún lado, salud desbordado porque nunca tiene capacidad para atender a todos, la no intervención o la sobreintervención.

El documento busca evitar la mirada patológica, individual de riesgo, más ligada a la perspectiva adoptada desde el ámbito de la salud, para constituir el suicidio como una problemática educativa, con una visión diferente a la de riesgo individual y dando relevancia al ámbito educativo desde una perspectiva que toma el suicidio de jóvenes y adolescentes como una problemática psicosocial. Al igual que el documento anterior (Ministerio de Educación de la Nación, 2014b), *Acerca de la problemática del suicidio en adolescentes y jóvenes. Un enfoque para su abordaje desde el campo de la educación* (Ministerio de Educación de la Nación, 2014a) agrupa las intervenciones posibles en tres momentos: antes, durante y después, a la vez que realiza puntuaciones bastantes pragmáticas en cuanto a qué hacer y qué no hacer frente a un suicidio o intento de suicidio.

Según Korinfeld, uno de los autores del documento,

para nosotros, [el suicidio] es un problema comunitario. De ninguna manera se puede negar que hay un sujeto en juego, con su historia, con sus complicaciones, pero también hay un entorno. El cómo nos estamos ubicando en el campo educativo tenemos que pensarlo desde ese entorno comunitario, y ver qué potencialidad había en la capacidad de promover y prevenir algunas de esas situaciones. Entonces, la idea era pensarlo [el suicidio] más en esos términos, y no como patología individual.

A partir de estas intervenciones y lecturas del hecho fue que el ámbito de la educación a nivel nacional tomó el suicidio, proponiendo una mirada distinta sobre el fenómeno y dándole lugar en la agenda de las problemáticas complejas por trabajar en la escuela.

5.2.3. LOS SECTORES DE LA SEGURIDAD Y LA JUSTICIA

A través de la estrategia Supre, la OMS elaboró una serie de instrumentos específicos para el abordaje de suicidios destinados a distintos sectores. Entre estos se encontraban las fuerzas de seguridad, descritas como “los primeros mediadores”, ya que suelen ser las instituciones que intervienen desde el inicio en suicidios consumados o intentos de suicidio. El texto *Prevención del suicidio: un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea* (Organización Mundial de la Salud, 2009) establece líneas de abordaje básicas para actuar frente a un acto suicida, además de desarrollar conceptos como la diferenciación entre intento, ideación y suicidio consumado.

Por otra parte, en nuestro país, la Ley Nacional n° 26 657 de Salud Mental (República Argentina, 2010) refiere a la intervención de las fuerzas de seguridad —siempre enmarcada en las concepciones de los derechos humanos— en el abordaje de personas con padecimiento mental o en crisis que puedan presentar algún tipo de riesgo. La reglamentación de dicha ley, elaborada en el año 2013, aclara en su Artículo 20:

Las fuerzas de seguridad que tomasen contacto con una situación de riesgo cierto e inminente para la persona o para terceros por presunto padecimiento mental deberán intervenir procurando evitar daños, dando parte inmediatamente y colaborando con el sistema de emergencias sanitarias que corresponda. La autoridad de aplicación, en conjunto con el Ministerio de Seguridad, elaborará protocolos de intervención y capacitación con base en el criterio de evitar todo tipo de daños para sí o para terceros.

Además, a través de la Resolución n° 506/2013 (Ministerio de Seguridad de la Nación, 2013) se adaptaron —a partir de este nuevo marco normativo— las pautas de intervención para los cuerpos policiales y fuerzas de seguridad con el objeto de preservar la seguridad en situaciones que involucren a personas con presunto padecimiento mental o en situación de consumo problemático de sustancias en riesgo inminente para sí o para terceros. A la vez, la Ley Nacional n° 27 130 de Prevención del Suicidio (República Argentina, 2015) incluye las fuerzas de seguridad como sector al cual capacitar sobre la temática.

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

Así, este sector aparece como uno de los demandados a intervenir sobre la problemática del suicidio; sin embargo, no hay en la formación de las fuerzas una instancia formal sobre la problemática, y —según los entrevistados— en la práctica no siempre parecen conocer estos marcos normativos y enfoques de abordaje.

Sí existe la formación de equipos de rescate en crisis. Según refiere Jorge Scalzo, presidente de la Red Argentina de Suicidología y parte de las fuerzas de seguridad,

el primer equipo de rescate en crisis que se creó en el país fue de la Policía de la Provincia de Buenos Aires, en el año 1998. A partir de este se fueron generando distintos equipos para la intervención en crisis, en los que siempre aparecían instituciones de fuerzas federales en el país. En los cursos de capacitación o en las jornadas que se realizaban, la problemática suicida era una bolilla más también. No solo [se trataban] las tomas de rehenes o problemáticas de seguridad crítica: también la crisis del suicida era para tener en cuenta porque el tipo de negociación es distinta [...], entonces, necesitamos herramientas de trabajo.

Si bien desde el Estado nacional no se encuentran en este sector protocolos o guías en cuanto al abordaje o la capacitación, se puede nombrar la iniciativa del Gobierno de Santa Cruz para adecuar el accionar de las fuerzas de seguridad sobre la base del marco normativo vigente desarrollado en la Resolución n° 506/2013 (Ministerio de Seguridad de la Nación, 2013) y en el protocolo de la provincia para la actuación en intervenciones con personas con padecimiento mental, consumo problemático de sustancias o intento de suicidio. En ella se establece:

El personal policial tratará a las personas que se encuentran en situación de riesgo con absoluto respeto de sus derechos y garantías constitucionales. La finalidad de la actuación de los cuerpos policiales es preservar la seguridad de estas personas y, asimismo, facilitar las condiciones para una correcta intervención de los servicios de salud y sociales (Ministerio Policial de la provincia de Santa Cruz, 2013)

También la policía de Córdoba y la de Jujuy ofrecieron una serie de capacitaciones sobre la actuación en casos de crisis, entre los que se incluye el suicidio (Todo Jujuy, 2012; Policía de la Provincia de Córdoba, 2018).

Una de las iniciativas más actuales del sector de la seguridad es el plan de abordaje integral del suicidio impulsado en 2017 por la Dirección Nacional de Gestión y Bienestar del Personal de las Fuerzas Policiales y de Seguridad (Ministerio de Seguridad de la Nación, 2017). Este programa establece un abordaje en cuanto a prevención, asistencia y vigilancia

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

epidemiológica entre el personal de las fuerzas de seguridad, donde el suicidio es un fenómeno habitual. Para la protección de esta población vulnerable, el programa plantea un trabajo conjunto de las áreas encargadas de la salud y la educación de las fuerzas, así como la Dirección de Capacitación y Formación.

Una de las áreas que realizaron acciones en relación con el suicidio fue el Servicio Penitenciario Federal, dependiente del Ministerio de Justicia de la Nación. Mediante la Resolución n° 493/2012, implementó el Programa Marco de Prevención de Suicidios en todos los establecimientos del Servicio Penitenciario Federal. Este programa instauraba lineamientos generales para el abordaje de este fenómeno en las personas privadas de su libertad y proponía, principalmente, la prevención a través del seguimiento y la evaluación de individuos en riesgo. Su implementación quedó enmarcada dentro del Plan Estratégico de Salud Integral en el Servicio Penitenciario Federal 2012-2015 (Kreplak *et al.*, 2013).

En 2018, este programa se derogó y se creó en su reemplazo el Programa de Detección e Intervención Específica por Niveles de Riesgo de Suicidio para personas privadas de libertad alojadas en el ámbito del Servicio Penitenciario Federal (Servicio Penitenciario Federal, 2018), con un abordaje que pone el foco en la detección e intervención del riesgo a partir de los factores situacionales y establece una línea para la contención de personas privadas de su libertad con riesgo suicida.

Entre las políticas impulsadas desde este sector y que mantienen alguna relación con el suicidio se puede nombrar el Programa Nacional de Entrega Voluntaria de Armas de Fuego y Municiones (Pevaf), implementado en el país entre julio de 2007 y diciembre de 2008, que recolectó 107 761 armas de fuego. Este plan consistía en retribuir económicamente a quien entregara al Estado nacional un arma de fuego o munición y se ha implementado en otros países con diversos resultados.

La iniciativa fue creada a través de la Ley Nacional n° 26 216 (conocida como Ley de Desarme), sancionada el 20 de diciembre de 2006, y llevada adelante por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y el Registro Nacional de Armas (Renar) en todo el país (primero se comenzó con 11 provincias, y luego se sumó el resto) (Ronconi, Lenis & Schargrodsky, 2011).

Este plan buscaba reducir el número de muertos y heridos por suicidios (hay que tener en cuenta que las armas de fuego son el segundo medio más utilizado para suicidarse después del ahorcamiento) y homicidios. Evaluaciones mostraron que el programa no habría sido exitoso en esos términos. Algunas de las explicaciones para esto tienen que ver con que el

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

Pevaf recogió un número pequeño de armas y que no eran las que suelen ser usadas en esos eventos (Ronconi, Lenis & Schargrodsky, 2011).

A partir de todo esto se puede observar que, en el ámbito de la seguridad, el suicidio es un tema emergente que aún no se ha instalado con la fuerza de una problemática, no obstante, lo cual se han realizado algunas intervenciones para abordarlo.

5.2.4. EL SECTOR DEL DESARROLLO SOCIAL

En Argentina, el sector del desarrollo social se encarga de la garantía de derechos a nivel nacional. Este ámbito ha tomado la problemática del suicidio con pocas intervenciones. Principalmente son dos las dependencias del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación que han realizado algunas acciones, ambas relacionadas con la población adolescente y joven: la Secretaría Nacional de la Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF) y la Subsecretaría de Juventud (sobre todo, a través de su Programa Hablemos de Todo).

En la SENAF, el suicidio resulta un tema de consulta y preocupación por parte de los jóvenes y las comunidades en las provincias, motivo por el cual los programas de Protagonismo Adolescente han diseñado talleres de capacitación para equipos técnicos del sistema de promoción y protección sobre la temática.

Los sistemas de promoción y protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes de la República Argentina surgen de los lineamientos de la Ley Nacional n° 26 061, de 2005. En ella, la nación se adhiere a lo establecido en la Convención de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes y garantiza la protección integral de sus derechos. Las provincias se adhirieron a esta ley paulatinamente y con diversos grados de desarrollo. Si bien hay distintas iniciativas a niveles provinciales y locales, todavía no se encuentra una política específica de este sector al respecto.

Un punto importante es que los organismos de protección de derechos son enunciados en los lineamientos de 2012 para la atención de intentos de suicidio del Ministerio de Salud, y también en la reciente Ley Nacional n° 27 130, como actores encargados de garantizar los derechos de un adolescente en caso de un intento de suicidio:

Artículo 12. En el caso de tratarse del intento de suicidio de un niño, niña o adolescente, es obligatoria la comunicación, no denuncia, a la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia o la autoridad administrativa de protección de derechos del niño que corresponda en el ámbito local a los efectos de solicitar medidas de protección integral de derechos que se estimen convenientes (República Argentina, 2015).

La otra secretaría dentro del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación que tomó el tema recientemente es el Programa Hablemos de Todo, dependiente del Instituto Nacional de Juventud, sobre todo a través de una campaña de comunicación sobre problemáticas que afectan a los jóvenes. A través de su página de internet, www.hablemosdetodo.gob.ar, se puede acceder a información sobre diversas temáticas de interés para jóvenes, entre las que se encuentran definiciones de la OMS sobre el suicidio y diversos signos de alerta que pueden dar cuenta del riesgo de un intento suicida, además de un *spot* preventivo. La fundación Manos Unidas por la Paz es la institución consultada por el programa para este trabajo sobre prevención del suicidio.

Estas intervenciones son bastante actuales, y se comenzaron a desarrollar principalmente a partir de 2016.

Si bien no cuentan como estrategias específicas sobre suicidio, durante la gestión de gobierno de Néstor Kirchner y Cristina Fernández de Kirchner se instalaron en todo el territorio nacional CIC con el objetivo de ofrecer a la comunidad un espacio para desarrollarse. En estos centros hay servicios de salud del primer nivel (APS) que funcionan como articuladores entre la comunidad y otros niveles. El personal de estos CIC dependía en gran medida del sector de la salud —ya sea por la DNSMYA o por el Programa Nacional de Médicos Comunitarios— y fue muchas veces capacitado por diversas instancias del Estado nacional en la problemática del suicidio, ya que es un actor clave en la intervención y su prevención.

Se puede decir que esta problemática tiene cada vez más lugar en la agenda de este sector del Estado nacional, con políticas más puntuales y específicas, aunque todavía su recorrido es incipiente en comparación con sectores como los de la salud y la educación.

5.3. EL SUICIDIO: SU MARCO NORMATIVO

Trazando un recorrido en el campo del derecho argentino, a partir del Código Penal,¹⁰⁰ el suicidio o su intento no constituyen un delito en nuestro país.¹⁰¹ De hecho, el artículo 19 de nuestra Constitución Nacional de Argentina, sancionada en 1853, establece: “Las acciones

100 Antes se castigaba el suicidio: principalmente, a los herederos del suicida, que no podían acceder a la herencia, y también al propio suicida, a cuyo cuerpo se negaba la sepultura o se le amputaba algún miembro (Cecenarro & Scidá, 2008).

101 Antes de la sanción de nuestro Código Penal, en 1921, existió una propuesta de Tejedor, quien en 1868 sugirió tipificar el suicidio como delito y condenar a quien lo intentara a encierro y tres años de observación y a los herederos de quien lo cometiese, a no poder acceder a la herencia del difunto (Arroyo, 2018, p. 14).

privadas de los hombres que de ningún modo ofendan el orden y la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están solo reservadas a Dios y exentas de la autoridad de los magistrados”. Lo que sí está penado es la instigación al suicidio, a través del artículo 83 del Código Penal Argentino del año 1921: “Será reprimido con prisión de uno a cuatro años el que instigare a otro al suicidio o le ayude a cometerlo si el suicidio se hubiese tentado o consumado”. Muchas veces, en las investigaciones forenses de muerte dudosa o por suicidio lo que se trata de comprobar es si hubo instigación al suicidio o no la hubo. Esto es bastante difícil de patentizar.

5.3.1. LA EUTANASIA Y LA MUERTE DIGNA

Un punto para destacar son las problemáticas alrededor de la eutanasia y la muerte asistida, dos conceptos que a veces son confundidos pero que están diferenciados y tienen distinto devenir normativo en nuestro país.

La eutanasia es entendida como el hecho de dar muerte a una persona para evitar su sufrimiento. Esto, en nuestro país, no es lícito aunque lo solicite la propia persona. En cambio, sí está legislada la muerte digna, también llamada ortotanasia o eutanasia pasiva, la cual sentó jurisprudencia en el caso M. A. D. (así se dio a conocer debido a las siglas del solicitante) mediante el fallo del 7 de julio de 1995, que permitía la muerte digna del paciente. Esto quedaría plasmado en la Ley Nacional n° 26 742 —que amplía la n° 26 529, del año 2009—, sobre los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. Esta ley asegura el goce del derecho a la autonomía personal en la etapa final de la existencia, representado en la posibilidad de aceptar tratamientos invasivos que mantengan la vida de forma artificial o negarse a ellos.

La diferencia entre estas dos tipologías, eutanasia y muerte digna, es, entonces, que la primera provoca la muerte, en tanto que la segunda consiste en no mantener la vida de forma artificial por más que eso lleve al deceso (Debernardis, 2018).

5.3.2. DECLARACIÓN DEL 10 DE SEPTIEMBRE COMO DÍA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

A partir de 2010 se dio una serie de eventos en el ámbito legislativo alrededor de la problemática del suicidio. El 31 de agosto de ese año, la Cámara de Diputados de la Nación se adhirió a la propuesta de la ONU y la OMS de declarar el 10 de septiembre como Día Mundial para la Prevención del Suicidio, que consideró de interés nacional. En tanto, en 2015

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

se sancionó la Ley Nacional n° 27130 de Prevención del Suicidio (República Argentina, 2015). Estos dos puntos marcan la entrada del suicidio a la agenda legislativa nacional.

Ambas iniciativas tuvieron como principales impulsores a la organización Manos Unidas por la Paz, una institución con sedes en Buenos Aires y Jujuy encabezada por los licenciados Ernesto Páez y Martín Álvarez, y a parte de los directivos actuales de la Red Argentina de Suicidología, que trabaja en la problemática desde 2007 (cada vez con más peso) y realiza diversas intervenciones en las provincias (y, a la vez, es responsable de la instancia inaugural de la formación en suicidología en el país por haber creado la primera diplomatura en Suicidología, en la Universidad de Flores, en el año 2015).

A través de un acercamiento a la entonces diputada por Jujuy María Eugenia Bernal se propuso la declaración de interés nacional del Día Mundial para la Prevención del Suicidio, una iniciativa que la OMS impulsa desde el año 2003 y que es conmemorada por varias instituciones ligadas a la problemática.¹⁰² Según refiere Álvarez, este proceso tuvo una vinculación con el desarrollo del programa de prevención del suicidio de los años 2006 a 2009:

A partir de esa historia del programa, nosotros empezamos a pensar en el 2010 con la misma gente que había hecho ese programa.¹⁰³ Les dijimos: “Che, ¿por qué no avanzamos de otra manera? El programa no dio resultado... Nosotros siempre pensamos proactivamente, veamos otra forma”. En ese momento, en el 2010, nos pusimos en contacto con María Eugenia Bernal, diputada nacional por la provincia de Jujuy por el Partido Justicialista (Frente para la Victoria, en ese momento). Ella había trabajado con nosotros en el Ministerio de Educación [...]. Entonces, le dijimos: “Mirá, María Eugenia: vos sos diputada nacional, nosotros queremos una ley”, y le llevamos el CD del programa.

Cuando lo vio, dijo que, en primer lugar, nadie iba dar la cantidad de recursos que pedíamos para una problemática que ni el Estado tiene considerada así. En segundo lugar, ¿quién te va a dar bolilla si ni el propio Poder Ejecutivo pudo poner un programa que puede decidir por decreto o resolución o porque a alguien se le ocurre y lo pone? Dijo: “¿Por qué no pensamos en algo para ponerlo en agenda? Yo consulto dentro del Poder Ejecutivo cómo lo hacemos y vemos cómo lo resolvemos” [...].

Se nos ocurrió a nosotros: la IASP tiene el 10 de septiembre como Día Mundial para la Prevención del Suicidio, que es una celebración y no es por nada en especial, sino que es la primera reunión que hubo entre la IASP y la OMS para hablar por el suicidio. Entonces dijimos: “Está a nivel internacional, pero no a nivel nacional: declarémoslo de interés nacional”. Así se hizo la declaración del 10 de septiembre como Día Nacional para la

102 Una nota de color es aportada por el logo distintivo de este día, un lazo, que varía del amarillo al naranja. En Argentina se instituyó el color naranja por un evento realizado en la localidad de San Antonio de Areco en 2015. Luego de eso, varios eventos de otras partes del mundo tomaron el mismo logo.

103 Se refiere al Programa Nacional para la Prevención del Suicidio. La elaboración de este programa es trabajada en el apartado 4, punto 4.7.: “La llegada al Estado nacional”.

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

Prevención del Suicidio. Salió promulgado por unanimidad. También se hicieron las primeras jornadas parlamentarias y de educación en prevención del suicidio. Salió el 10 de septiembre de 2010 y se hizo. A partir de entonces, trabajamos para pensar cómo seguir avanzando en eso.

Es interesante ver cómo se dan paulatinamente los procesos de inserción en la agenda parlamentaria. Esta declaración fue lo que abrió paso a la ley nacional.

5.3.3. LEY NACIONAL N° 27130

En abril de 2015 se aprobó casi por unanimidad, tanto en la Cámara de Diputados como en la de Senadores, la Ley Nacional n° 27130 de Prevención del Suicidio (República Argentina, 2015). Presentada por el entonces diputado jujeño Mario Fiad, esta ley apunta a plantear las bases para un trabajo sostenido de intervenciones de las instituciones del Estado para que aborden la prevención del suicidio a través de “la atención biopsicosocial, la investigación científica y epidemiológica, la capacitación profesional en la detección y atención de las personas en riesgo de suicidio y la asistencia a las víctimas de suicidio” (República Argentina, 2015).

Un punto interesante de esta ley es que no define el suicidio —definición para nada homogénea—, sino el intento de suicidio y la posvención, lo que resalta su carácter preventivo. Abordaje, registro, vigilancia, sensibilización, asistencia, formación de recursos y creación de redes, todo desde una perspectiva integral e intersectorial, son los objetivos de esta ley. Sin embargo, se resalta el papel del Ministerio de Salud como la autoridad de aplicación y el ámbito de salud es el que aparece más demandando en sus artículos. De hecho, para su implementación, en su artículo 18 establece que “los gastos que demande el cumplimiento de la presente ley se atenderán con las partidas que anualmente se asignen a tal efecto en la jurisdicción del Ministerio de Salud” (República Argentina, 2015), lo que coloca al sector de la salud como principal garante de llevar adelante esta ley.

Según refiere el doctor Fiad, había una intención clara de que el suicidio entrase en agenda como problema público de salud:

El tema del suicidio eran trabajos sectoriales, inicialmente, que se superponían con algunas acciones de distintos ministerios. No estaba en la agenda como problema de salud pública, más allá de la definición que tiene desde la OMS; nosotros lo tomamos así y comenzamos a trabajarlo para tratar de integrar un poco las acciones y, por supuesto, también discernir sobre los problemas sociales que, primero, llevan a tomar ciertas decisiones y, con ellas, el trabajo que se tiene que hacer en la faz laboral como la

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

familiar o la educativa donde se desempeña quien intentó o logró concretar la fase de suicidio. Es un tema de complejo abordaje.

En el desarrollo de la asistencia frente al intento de suicidio o posvención, la ley hace foco en la población adolescente. En su artículo 8, aclara: “El equipo de salud debe priorizar la asistencia de los niños, niñas y adolescentes sin ningún tipo de menoscabo o discriminación” (República Argentina, 2015). Esta priorización obedecería a lo ya planteado en cuanto al corrimiento etario que presentó el tema en el último tiempo;¹⁰⁴ no obstante, llama la atención que no se especifique el porqué de esta priorización.

Siguiendo lo instituido en los lineamientos de 2012 para la atención del intento de suicidio (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2012), esta ley establece que el intento de suicidio de un niño, niña o adolescente debe ser comunicado al organismo de protección de derechos correspondiente.

Esta ley se apoya para su intervención en el cambio de paradigma que introdujo la Ley Nacional 26 657 de Salud Mental (República Argentina, 2010), que resguarda y protege los derechos y garantías de sus padecientes. A la vez, esto enmarca de un modo implícito el suicidio dentro del ámbito de la salud mental.

Un punto para destacar de la ley es la demanda, como parte de las acciones preventivas, de una línea de atención telefónica para el abordaje de estas situaciones. Se puede inferir así cierto reconocimiento de la estrategia del CAS, que fue pionera en nuestro país.

Según refieren los entrevistados, el trasfondo de la ley se dio a través de las demandas y noticias que surgieron en relación con el tema y que impactaron en todo el país y, particularmente, en la provincia del jujeño Fiad:

Yo soy de la provincia de Jujuy. Era una de las provincias cuyo indicador no era de los mejores, [donde] era un tema de demanda continua. Entonces, eso alertó a mi equipo de trabajo, y también a mi persona, para poder abordar el tratamiento integral del suicidio [...]. Había hechos notorios en Jujuy, en algunas localidades poco pobladas, en la Puna; eran [suicidios] complejos que se dieron en una seguidilla de hechos, como si hubiesen pactado las situaciones, [algo] que se suele dar. Era siempre como chocante, el tema [...]. Vimos que había como un vacío y que, por ahí, con el tema de la ley se podían integrar, estructurar, coordinar acciones para prevenir este hecho. Lo creímos propicio para que se pudiera llevar a cabo.

¹⁰⁴ Este punto es más desarrollado en el apartado 4, punto 4.5.: “La población demarcada. Los adolescentes como principales afectados”.

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

Pensamos que [la Ley Nacional n° 27 130] es una gran herramienta. No es que con la ley se soluciona el problema, pero se pueden articular acciones coordinadas entre todos los sectores para poder ir disminuyendo estos índices que hoy tiene la República Argentina.

Según el equipo técnico del doctor Fiad, las noticias de la prensa escrita que surgían en relación con el tema fueron lo que hizo que se volcasen a pensar en la posibilidad de una ley para esta problemática.

Desde su sanción en 2015 hasta estos días, la ley generó adhesión en 17 provincias y, recientemente, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, además de proyectos de adhesión en otras jurisdicciones.¹⁰⁵ Cabe destacar que la Capital Federal y cuatro provincias (La Rioja, Entre Ríos,¹⁰⁶ Misiones y Salta) asignan presupuesto de sus partidas para la implementación de la ley en sus respectivas leyes provinciales, así como cuatro provincias (la citada La Rioja, Tierra del Fuego, Neuquén y La Pampa) instituyen en su adhesión a la Ley Nacional n° 27 130 (República Argentina, 2015) la declaración de interés provincial del 10 de septiembre como el Día Mundial para la Prevención del Suicidio.

105 Proyectos de adhesión a la Ley Nacional n° 27 130: en Jujuy, Ley n° 5938 (6/7/16); en Salta, Ley n° 7909 (1/12/15); en Catamarca, Ley n° 5484 (7/9/16); en Córdoba, Ley n° 10357 (22/6/16); en Tierra del Fuego, Ley n° 1052 (13/8/15); en Tucumán, Ley n° 8921 (28/9/16); en Chaco, Ley n° 7574 (27/5/15); en Corrientes, Ley n° 6364 (7/10/15), en Buenos Aires, Ley n° 14991 (30/11/17); en Chubut, Ley n° 1570 (1/12/15); en La Pampa, Ley n° 3040 (1/12/17); en Santa Cruz, Ley n° 3594 (10/5/18); en Misiones, Ley XVII-103 (6/7/18); en Neuquén, Ley n° 3089 (29/11/17), en La Rioja, Ley n° 10 107 (30/10/18); en Entre Ríos, Ley n° 10605 (3/7/18), y, recientemente, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Ley n° 6106 (16/1/19). Además, hubo proyectos de ley en Río Negro, San Juan, Santa Fe y Mendoza.

106 Entre Ríos instituyó en su adhesión la creación e implementación del programa de prevención del suicidio Entre Ríos Valora la Vida.

Figura 17. Mapa de Argentina de provincias que cuentan con una ley provincial de adhesión a la Ley Nacional n° 27130 de Prevención del Suicidio (al 1° de febrero de 2019)

Fuente: elaboración propia con base en legislaciones provinciales.

A la fecha, la ley no cuenta con su reglamentación por parte del Ministerio de Salud. Una de las causas puede atribuirse a los cambios de gestión no solo a nivel país, sino dentro del área de la salud mental,¹⁰⁷ encargada de reglamentarla. Ya se han realizado tres reglamentaciones de esta ley, y ninguna llegó a dictaminarse; sin embargo, a pesar de la falta de regulación, ya hubo algunas sentencias en instancias de juzgados provinciales que se apoyaron en la ley para responsabilizar a los Estados provinciales o a empresas de cobertura de salud (Microjuris.com, 2016, 2018).

¹⁰⁷ Desde que se sancionó la Ley Nacional de Prevención del Suicidio pasaron tres gestiones dentro del área de la salud mental. Primero, Matilde Massa fue directora durante el gobierno de Cristina Fernández de Kirchner; luego, ya con Mauricio Macri como presidente, los directores fueron el psiquiatra Andy Blake y, actualmente, el licenciado Luciano Grasso. Cada una de estas gestiones elaboró una reglamentación que fue consultada por diversas áreas de la salud y de otros ministerios.

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

La Ley Nacional de Prevención del Suicidio no trajo grandes disidencias; de hecho, todos los sectores políticos la acompañaron y fue consultada con las áreas involucradas del Ministerio de Salud —principalmente, la DNSMYA y el PNSIA—, además de estar coordinada con la Red Argentina de Suicidología, sobre todo a través de la fundación Manos Unidas por la Paz. Sin embargo, la ley no fue consultada con otros sectores como el Ministerio de Educación de la Nación.

Uno de los puntos que modifica esta ley con respecto al marco normativo anterior se da a través de su artículo 16, que introduce la incorporación de la cobertura de las obras sociales, las cuales —a partir de esta nueva legislación— tendrían que prestar servicio a las víctimas de suicidio o de un intento de suicidio o a los familiares de las víctimas.

Artículo 16. Las obras sociales enmarcadas en las leyes 23 660 y 23 661, la obra social del Poder Judicial de la Nación, la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación, las entidades de medicina prepaga y las entidades que brinden atención al personal de las universidades, como también todos aquellos agentes que brinden servicios médicos, asistenciales, a sus afiliados, independientemente de la figura jurídica que posean, deben brindar cobertura asistencial a las personas que hayan sido víctimas de intento de suicidio y a sus familias, así como a las familias de víctimas de suicidio, lo que comprende la detección, el seguimiento y el tratamiento de acuerdo con lo establecido por la autoridad de aplicación (República Argentina, 2015).

Hay algunos puntos que quedan fuera del alcance de esta ley; en general, los relacionados con el papel de las aseguradoras en relación con el suicidio consumado. Las aseguradoras se rigen a partir de la Ley Nacional n° 17 418 de Seguros, cuyo artículo 135 dice: “El suicidio voluntario de la persona cuya vida se asegura libera al asegurador, salvo que el contrato haya estado en vigor ininterrumpidamente por tres años”. Esto permite cierta exclusión de brindar servicios y de responder en los casos de suicidio o intento de suicidio (Cecenarro & Scidá, 2008). Sin embargo, su argumento es evitar los fraudes que puedan incluso incentivar al suicidio, ya que alguien, a través de su muerte, podría beneficiar a otro. Si un suicidio está relacionado con alguna patología de salud mental, a la aseguradora le costará más evadirse de la responsabilidad del pago del seguro. En Argentina hay jurisprudencia de conflictos por el cobro de un seguro por suicidio (Pensamiento Civil, 2016). Este es uno de los aspectos que pueden influir en el registro de las muertes por suicidio, ya que algunas veces se busca hacer pasar por accidente un suicidio para percibir la suma de dinero asegurada.

En cuanto a los trabajadores en relación de dependencia, la Resolución n° 26 871/99 de la Superintendencia de Seguros de la Nación aprueba el Reglamento del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto 1567/74, donde se establece que “se cubre el riesgo de muerte e incluye el suicidio como hecho indemnizable, sin limitaciones de ninguna especie, de todo trabajador en relación de dependencia”. Por otro lado, se encuentra la Ley n° 24 557 de Riesgos de Trabajo, que, si bien no incluye explícitamente el suicidio ni el intento de suicidio como factores que impidan percibir la reparación por daños ocasionados en el trabajo, en su artículo 6 excluye los accidentes y enfermedades profesionales causados por dolo del trabajador. Según Cecenarro y Scidá (2008), “la taxatividad de las causales previstas excluye (no lo nombra) el suicidio como enfermedad susceptible de ser indemnizable” (p. 5). Sin embargo, hay jurisprudencia en fallos provinciales en los que la aseguradora tuvo que responder si el suicidio estuvo relacionado, como secuela, con un accidente ocurrido en el trabajo.

Volviendo a la Ley Nacional n° 27 130, un punto interesante para destacar es el relativo al registro o seguimiento a nivel estadístico del suicidio. En su artículo 6, la ley propone

crear un sistema de registro que contenga información estadística de los intentos de suicidios, suicidios cometidos, causa de los decesos, edad, sexo, evolución mensual, modalidad utilizada y todo otro dato de interés a los fines del mejoramiento de la información estadística, la que será proporcionada por los sectores dedicados a la problemática del suicidio, públicos y privados (República Argentina, 2015).

Como se ha explicado antes, los datos estadísticos en relación con el suicidio poseen un subregistro. Las causas de esto son varias: culturales, económicas, de formación. Parte del sistema de registro de la DEIS cuenta con varios datos, como edad, sexo, causa. Los problemas en la estadística del suicidio tienen que ver con la falta de comunicación entre los circuitos forenses y estadísticos. Otro punto crítico en cuanto al registro es el referido a los intentos de suicidio: no todos ellos llegan necesariamente al sistema de salud, pero, entre los que llegan, solo se tiene registro de los egresos hospitalarios, o sea, solo de aquellos casos que ameritaron una internación; además, los establecimientos que dependen de universidades nacionales, así como los subsectores de obras sociales y medicina privada, no reportan egresos hospitalarios. Este es uno de los puntos más difíciles de articular en una posible

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

reglamentación, sobre todo porque habría que coordinar los circuitos que ya existen y crear nuevos para un registro adecuado de los intentos.

Esta ley sienta un precedente en cuanto a la entrada en agenda de la temática. Son pocos los países de la región que tienen una ley específica dedicada a la problemática. El de Paraguay es uno de los ejemplos, con la sanción de una ley muy similar a la nuestra. Uruguay, en tanto, sancionó en 2006 una ley, la n° 18 097, que instituye el 17 de julio como el Día Nacional para la Prevención del Suicidio y establece diversas intervenciones para ello.

Sin embargo, muchos países cuentan con un plan de prevención. En los siguientes mapa y cuadro, extraídos de un material de capacitación de la OPS, se puede identificar los países de América presentan un plan.

Figura 18. Mapa de América con los países que cuentan con un plan nacional para la prevención del suicidio

Fuente: Arribas-Ibar (2016).

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

Cuadro 1. Planes nacionales para la prevención del suicidio en América

País	Año de publicación	Planes nacionales en prevención del Suicidio Encuesta IASP OMS
Chile	2013	Programa Nacional de Prevención del Suicidio
Colombia	2012	Plan Nacional de Prevención e Intervención de la Conducta Suicida
Costa Rica	2015	Estrategia Nacional Prevención de los Intentos de Autoeliminación y el Suicidio
Cuba	1989	Prevención del Comportamiento Suicida
Estados Unidos	2012	National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for an Action
Guyana	2015	National Suicide Prevention Plan 2015 - 2020
Nicaragua	2000	Estrategia Nacional Prevención del Suicidio. Plan Nacional de Promoción de Vida
Panamá	2006	Plan para la Prevención y Control de la Conducta Suicida en Panamá
República Dominicana	2014	Programa de Prevención de la Conducta Suicida en la República Dominicana
Suriname	2015	Towards a Surinamese Suicide Prevention Strategy
Uruguay	2010	Plan Nacional de Prevención del Suicidio

Fuente: Arribas-Ibar (2016).

En esta presentación no aparece Argentina, aunque, como se vio, nuestro país elaboró un plan en 2007 que salió, por resolución del Ministerio de Salud de la Nación, en 2009. Por cuestiones relacionadas con cambios de gestión y de agenda, este plan nunca se puso en marcha. Hoy en día, el país cuenta con una ley específica para la prevención del suicidio, pero aún no ha sido reglamentada, pese a los pedidos del sector legislativo al ejecutivo.¹⁰⁸ Dicha reglamentación sería el puntapié para su implementación plena y colocaría a la Argentina con algo más que un plan de prevención, ya que cuenta con un marco normativo propio y hasta con la designación de recursos dada la preeminencia de la cuestión dentro de la agenda pública.

De algún modo, la ley podría servir para organizar los recursos y ordenar las intervenciones y los procedimientos; a la vez, es posible que se haga necesaria la especialización o especificidad de recursos con los que el sector no cuenta. Sería importante evaluar el impacto que, de ahora en más, genera esta ley en las políticas públicas dedicadas al

¹⁰⁸ En un artículo publicado en *La Nación* (Serra, 2018) se plantea el reclamo del sector legislativo por la reglamentación de leyes, entre las que se encuentra la Ley Nacional n° 27 130 de Prevención del Suicidio.

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

suicidio, lo que daría la pauta de cómo se implementa. La dilación sobre la regulación muestra que, si bien el suicidio logró ocupar un lugar en la arena pública oficial de varias instituciones, aún está en la puja por priorizarse en la agenda de los decisores políticos.

5.4. CONCLUSIONES DE ESTE APARTADO

Los problemas públicos cumplen un “ciclo vital” que comienza en su emergencia como problemática y se extiende hasta su resolución (Oszlak & O’Donnell, 1995).

El recorrido de Argentina en la temática del suicidio como problema público muestra varios puntos que darían lugar a una consolidación de este fenómeno con algunas respuestas instituidas como políticas públicas más o menos sostenidas desde distintos sectores del nivel central. Todo esto establece lo que se llama un discurso oficial sobre la problemática, que refiere a un posicionamiento del Estado nacional.¹⁰⁹ Como se vio a lo largo de este trabajo, el Estado fue tomando posición sobre el tema y, principalmente a partir de 2010, se pueden identificar políticas e intervenciones específicas sobre el suicidio. Sin embargo, es posible hablar de una respuesta fragmentada o sectorial no integrada como política integral del Estado nacional. Como plantean Oszlak y O’Donnell (1995), las tomas de posición sobre una cuestión específica generan también procesos internos del propio Estado.¹¹⁰

En principio, el tema del suicidio —y aún más el del suicidio adolescente— ya fue planteado en la agenda de problemáticas globales atendidas por agencias internacionales como la OPS, la OMS y Unicef. Teniendo en cuenta la influencia de estos organismos en las políticas nacionales, se puede pensar que esta ha sido un factor importante para mantener el tema en agenda. Por otra parte, cada vez hay más actores sociales que sostienen y reclaman la atención por esta problemática. Y, por último —como se vio en el recorrido de este apartado—, se puede dar cuenta de cómo el suicidio, ya emergente en la arena pública, se diversificó en diversos ámbitos del Estado nacional y logró distintos grados de avance en la entrada en agenda de reparticiones del nivel central, lo que generó una serie de documentación, intervenciones, enfoques y legislación propia al respecto.

109 Siguiendo a Oszlak y O’Donnell (1995, p. 115), el posicionamiento del Estado con respecto a una problemática tiene más relevancia que las políticas privadas debido a que cuenta con el respaldo de normas de cumplimiento que se supone obligatorio y de una última *ratio* fundada en el control de superiores medios de coacción física, y porque, en general, repercute sobre la sociedad extensamente.

110 “La toma de posición respecto de ella por parte de cierta unidad que tiene atribuciones para hacerlo en nombre del Estado suele generar repercusiones ‘horizontales’ —tomas y reajustes de posición de otras unidades— y ‘verticales’. Estas últimas consisten principalmente en la atribución de competencia y en la asignación de recursos (tiempo, personal, dinero, equipo) a unidades formalmente dependientes de la que adoptó la política” (Oszlak & O’Donnell, 1995, p. 117).

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

La pendiente reglamentación de la Ley Nacional n° 27130 (República Argentina, 2015) es un indicador de esta deuda, que se expresa en debilidades de la respuesta brindada por el Estado, como mejorar los circuitos de registro sobre el evento, organizar las responsabilidades y los recursos de los sectores frente a las intervenciones o introducir el tema en la formación de los diversos sectores convocados por la problemática. Si bien el suicidio como problema público cuenta con cierto recorrido en el país, habrá que ver cómo se sostiene y se prioriza en el caudal de problemas de agenda pública atendidos por las instituciones de Estado, ya que, como se vio, los problemas públicos se sustentan principalmente en la influencia que los actores sociales puedan ejercer en la arena pública para dar lugar a la implementación de políticas que brinden una solución.

6. Conclusiones

Con el objeto de analizar el proceso de conformación del suicidio como problema público, se trazó un recorrido que abarca más de cien años. Sabiendo la complejidad de dicho desarrollo, se marcaron de forma cronológica distintos períodos a partir de los diferentes procesos que configuraron el suicidio como un problema público con particulares características que logró un lugar dentro de los temas atendibles por el ámbito público. Así, se demarca un primer período con lo acontecido en la creciente ciudad de Buenos Aires a fines del siglo XIX, cuando el suicidio era uno de los tantos problemas atendidos por el sector médico de entonces, que impuso explicaciones de tipos moral, patológico y social.

El segundo período se delimita entre 1930 y 1980, cuando el tema quedó circunscripto a ciertos discursos, hechos e instituciones ligados principalmente al área de la salud mental. Entonces prevaleció el enfoque clínico e individual, sin llegar a instalarse plenamente en la arena pública ni a conformar actores que reclamasen en ella la propiedad del problema ni la implementación de intervenciones concretas.

A principios de 1990 se hallan los primeros pasos impulsados desde la prensa y por parte de los nuevos expertos en la temática, que hicieron emerger la problemática con una nueva y particular configuración que logró llegar hasta la agenda pública nacional.

Por último, a partir del año 2010 se puede dar cuenta de un proceso de consolidación y diversificación del problema a través de la toma de posición sobre el tema del Estado nacional en sus distintos sectores. Esto impulsó un proceso de oficialización de la problemática mediante la legitimación de discursos, enfoques y datos, el diseño y la implementación de políticas públicas y la elaboración de legislación específica sobre el tema.

Luego de este recorrido es posible asegurar que el suicidio, como entidad problemática, tiene una amplia trayectoria en la Argentina y cuenta, al día de hoy, con actores sociales con propiedad en el tema, diversas perspectivas teóricas que lo abordan y conceptualizan, instituciones a nivel internacional que promueven su abordaje, políticas públicas desde diversos sectores y en distintos niveles nacionales, provinciales y municipales y legislaciones que la respaldan. Así, desde diversos sectores, médicos, psicoanalistas, psicólogos, sociólogos, legisladores, periodistas e incluso instituciones realizaron su lectura y plantearon su posibles demandas y soluciones. Entre ellos, algunos lograron acumular más capital simbólico y erigirse como voz autorizada.

Siguiendo la línea planteada por Sarfatti Larson y Cabrera Montoya (1989), en la sociedad moderna, en las articulaciones entre el saber y el poder, surge la referencia al discurso “docto” o “erudito”. Ahora bien, no todos los grupos de profesionales tienen la misma capacidad de apropiación del discurso autorizado y autorizante. “Tal circunstancia constituye una dimensión singular y característica de la desigualdad social” (Sarfatti Larson & Cabrera Montoya, 1989, p. 203). La relevancia de algunos actores sobre otros tuvo relación con los discursos, lecturas y enfoques autorizados para cada momento (por ejemplo, los médicos higienistas en 1880, los profesionales de la salud mental en 1990).

En todos los períodos estudiados, el ámbito de la salud fue el que tomó más preponderancia en la propiedad del suicidio como problema, al que enmarcó como un problema de salud. Este marco se consolidó a partir de la postura de los organismos internacionales sobre la temática y mediante la propuesta de un modelo preventivo como solución posible, modelo que a fines del siglo XIX y principios del XX, cuando miradas sociales y moralistas —como la de los higienistas— cobraban protagonismo, no estaba aún configurado.

“Gran parte de los comentarios sociales y políticos conciben el trabajo científico como algo que, en cierto modo, está por fuera de la cultura de la sociedad de su época” (Gusfield, 2014, p. 128). Esta tesis buscó lograr una comprensión de las lecturas científicas sobre el suicidio pensándolas en diálogo con el contexto de su génesis.

El enfoque preventivista es el que tomó más relevancia en el último tiempo, y su desarrollo ha aportado en gran medida a llevar al suicidio al campo de los asuntos públicos. Dentro de este enfoque, es notorio el surgimiento de una disciplina específica que reclama su experticia: la suicidología. Esta corriente, una de las más desarrolladas en el abordaje de la temática, hace hincapié en la prevención del suicidio y tiene cada vez más lugar entre los expertos en el tema que surgieron en Argentina. Estos, principalmente legitimados por sus intervenciones y recorrido dentro del territorio nacional, desencadenan una serie de procesos en las distintas jurisdicciones del país.

Estruch y Cardús (1982) plantean los suicidios como una pluralidad diversa y como una respuesta positiva ante una situación desesperante que vive el sujeto que puede actuar como sistema de defensa, así como la fiebre habla del cuerpo defendiéndose de una enfermedad. Así, atacar el “síntoma” o hacer “profilaxis” o “prevención” sin afectar las causas que generan esto sería un camino que no lleva a nada, y advierten que limitarse a condenar el suicidio no tiene sentido, pues este no es nunca (o casi nunca) un acto arbitrario y

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

gratuito; es preciso tratar de indagar en las causas, procurando comprender cuál es el vínculo que une estas causas con la decisión de cometer el suicidio (Estruch & Cardús, 1982, p. 25).

Si bien en el enfoque preventivista conviven muchas teorías y conceptualizaciones, algunas de ellas presentan limitaciones en cuanto a poder dar cuenta de las causas e intervenir sobre ellas. Sobre este punto se da la mayoría de las pugnas de poder entre los expertos sobre la propiedad de la problemática.

La perspectiva preventivista muchas veces se apoya en los enfoques de riesgo, lo que genera ciertos reduccionismos de la problemática¹¹¹ que resaltan sus perspectivas más individuales generando algunas limitaciones al estudio e intervención sobre la problemática, generalmente atribuidas a los enfoques de riesgos. Lo contextual suele aparecer como un factor destacado en el marco de esta problemática leída como multicausal, pero no profundizado. Llama la atención que nociones como la de vulnerabilidad, superadora de la mirada del riesgo para el estudio de problemáticas complejas, o el concepto de anomia de Durkheim, referido a la falta de lazo social, escaseen o no aparezcan en absoluto en los discursos más legitimados sobre el tema.

A la vez, hoy en día, otros sectores como el de la educación o el desarrollo sostienen sus lecturas e intervenciones sobre el suicidio. Asimismo, en el sector de la salud este fenómeno se encuentra cada vez más enmarcado dentro del ámbito de la salud mental. Esta diversidad en las respuestas no siempre se da de forma aislada, sino que se presenta bajo la forma de abordajes intersectoriales y/o interjurisdiccionales coordinados a través de la noción de corresponsabilidad. Este tipo de abordajes es uno de los desafíos que arroja actualmente la problemática.

Un punto para destacar es el papel del Estado, que, en la actualidad, se presenta como una institución compleja conformada por multiplicidad de sectores que atienden diversos problemas y asuntos del ámbito público. Estos sectores también se vuelven actores con peso específico sobre la entrada en agenda oficial.

Otro de los problemas o debilidades que presenta el suicidio como problema público es su registro. En su devenir, se construyó la medición del fenómeno a través de los datos que crearon una perspectiva “objetiva” de él: tanto en su primera medición, en 1880, cuando los suicidios marcaban un notorio incremento en la ciudad de Buenos Aires, como también a

111 Estruch y Cardús (1982) plantean que no habría manera de acercarse al tema sino a través de reduccionismos. Estos autores marcan los reduccionismos del sociologismo, en el que solo preponderan las perspectivas contextuales y se dejan por fuera las subjetivas, y los psicologistas, con los que ocurre exactamente lo inverso.

González JE. El suicidio como problema público en Argentina. [Tesis de maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2019.

principios del año 2000, cuando apareció otra tendencia creciente del fenómeno a nivel nacional. Son dos los registros que engloba actualmente la problemática: la mortalidad (suicidio consumado) y la morbilidad (intento de suicidio). Tanto una como la otra presentan diversas dificultades en cuanto a su registro; sin embargo, la mortalidad es lo que más puede dar cuenta del fenómeno, ya que los intentos están circunscriptos a estimaciones.

Esta tesis tuvo como objetivo mejorar la comprensión del proceso histórico social que llevó al suicidio a configurarse como problema público en Argentina; comprensión que puede aportar a los desafíos futuros que presente el suicidio en su dimensión pública al develar sus procesos de conformación problemática y tratando de resaltar que se ha aprendido, por parte de las unidades del Estado y de los actores sociales de esta historia de la problemática, qué “cuestiones” han sedimentado ese proceso de conformación problemática y dado lugar a discursos, instituciones, actores sociales y hechos que la definen.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abadi M, Garma Á, Garma E, Gazzano A. *et al.* (1973). La fascinación de la muerte. Buenos Aires: Paidós.
- Abós A, Cáceres F. (1998). Guillot o el engranaje del deshonor. La Nación Revista [Internet]. 18 ene [citado 5 feb 2019]; Sec. Lifestyle. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/lifestyle/guillot-o-el-engranaje-del-deshonor-nid211177>
- Achille-Delmas F. (1932). Psychopathologie du suicide. París: Felix Alcan.
- Arroyo J. (2015). ¿Pasión romántica, locura moral o cuestión de honor? El saber médico y los motivos del suicidio: Buenos Aires, 1875-1905. Revista Latino-Americana de História. 4(13):24-45.
- Altavilla D. (2012). Reconstrucción(es) luego de un suicidio: afectación en la familia y el entorno social. En: Chávez Hernández AM, Macías García LF, Klein A, coordinadores. Salud mental y malestar subjetivo. Debates en Latinoamérica. Buenos Aires: Manantial.
- Altieri D. (2008). Mortalidad por suicidios y juventud en Argentina [tesis de doctorado]. Luján: Universidad Nacional de Luján.
- Andrés R. (2003). Historia del suicidio en Occidente. Barcelona: Península.
- Arribas-Ibar E. (2016). Prevención del suicidio a nivel de país: componentes de un plan nacional de prevención del suicidio [exposición]. San José: Taller Regional en Prevención del Suicidio.
- Arroyo J. (2018). Los significados de la desesperación. Las representaciones del suicidio en Buenos Aires (1868-1903) [tesis de doctorado]. La Plata: Universidad Nacional de La Plata.
- Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, *et al.* (2006). El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud: nuevas perspectivas y desafíos. En: Machado de Freitas C, Czeresnia D, coordinadores. Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Baechler, J. (1975) Les Suicides. París, Calmann-Lévy.

- Bär N. (2019). El suicidio: un flagelo global del que la OMS recomienda hablar. La Nación [Internet]. 28 ene [citado 2 mar 2019]:Sec. Sociedad. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/2214847-el-suicidio-un-flagelo-global-del-que-la-OMS-recomienda-hablar>
- Bardach E. (1998). Los ocho pasos para el análisis de políticas públicas: un manual para la práctica. México: Centro de Investigación y Docencia Económicas - Porrúa.
- Barrionuevo J. (2009). Suicidio e intentos de suicidio. Material de cátedra de Psicología Evolutiva: Adolescencia, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Basile H. (2005) El suicidio de los adolescentes en Argentina. ALCMEON 47 Año XV - Vol.12 Nro. 3- octubre de 2005 pag. 211 a 231
- Bauza H. (2018). Miradas sobre el suicidio. Buenos Aires: Fondo de Cultura Economica.
- Bella ME, Fernández RA, Willington JM. (2010). Identificación de factores de riesgo en intentos de suicidio en niños y adolescentes. Revista Argentina de Salud Pública. 1(3):24-29.
- Berg BL. (2001). Qualitative research methods for the social sciences. Washington D. C.: Allyn & Bacon.
- Bianchini F. (2010). Suicidas en línea. Prodavinci [Internet]. 26 jul [citado 5 feb 2019]:Sec. Actualidad. Disponible en: <http://historico.prodavinci.com/2010/07/26/actualidad/suicidas-en-linea/>
- Blumer H. (1971). Social problems as collective behavior. Social Problems. 18(3):298-306.
- Bonaldi P, Casullo M, Fernández Liporace M. (2006). Comportamientos suicidas en la adolescencia. Morir antes de la muerte. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Bourdieu P. (1994). El campo científico. Redes [Internet]. 1(2):129-160 [citado 4 mar 2019]. Disponible en: <https://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/317>
- Boronat C. (2010). La negación social del suicidio [exposición]. Rosario: VII Congreso de Suicidología “La asistencia en red”.
- Bourdieu P. (2000). Cuestiones de sociología. Madrid: Istmo.
- Bourdieu P. (2004). El oficio de científico: ciencia de la ciencia y reflexividad. Buenos Aires: Anagrama.
- Bourdieu P. (2014). Sobre el Estado. Buenos Aires: Anagrama.

- Bula CA. (1934). Análisis estadístico del suicidio. Rosario: Universidad Nacional del Litoral.
- Cabral P, Acacio JA. (2016). La violencia de género como problema público: las movilizaciones por “Ni una menos” en la Argentina. *Question*. 1(51):170-187.
- Cámara de Diputados de la Nación. (2010). Orden del Día n° 950. Sesiones Ordinarias, 31 de agosto de 2010. Buenos Aires: Cámara de Diputados de la Nación.
- Camus A. (2006). El mito de Sísifo. Buenos Aires: Losada.
- Carabajal G. (2010a). Buscan psicólogos para frenar la crisis por los suicidios. *La Nación*. 20 jun: Sec. Información general: 19 (col. 2-6).
- Carabajal G. (2010b). Otro chico se quitó la vida en Rosario de la Frontera. *La Nación* [Internet]. 22 jun [citado 2 mar 2019]:Sec. Sociedad. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/1277433-otro-chico-se-quito-la-vida-en-rosario-de-la-frontera>
- Carbajal M. (2000). Estar al borde del abismo. La angustia que disparó el caso Favaloro: una radiografía del suicidio. *Página/12* [Internet]. 6 ago [citado 2 mar 2019]:Sec. Xxx. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/2000/00-08/00-08-06/pag17.htm>
- Carbajal M. (2002). Aumento de depresión, ataques de pánico e intentos de suicidio entre los adolescentes. *El futuro en crisis*. *Página/12* [Internet]. 30 sep [citado 2 mar 2019]:Sec. El país. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-10827-2002-09-30.html>
- Castiel LD, Álvarez-Dardet Díaz C. (2010). La salud persecutoria. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Castoriadis C. (1988). Los dominios del hombre. Las encrucijadas del laberinto. Barcelona: Gedisa.
- Castoriadis C. (1994). La institución imaginaria de la sociedad. Barcelona: Tusquets.
- Casullo M, Passalacqua A, Volnovich JC. (2002). Por qué crece el suicidio en los jóvenes. *Página/12* [Internet]. 17 may [citado 2 mar 2019]:Sec. El país. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/subnotas/5251-2525-2002-05-17.html>
- Cecenarro R, Scidá MA. (2008). Análisis vinculado a la regulación del suicidio [exposición]. Buenos Aires: IV Encuentro Nacional Universitario sobre Prevención del Suicidio.
- Centro de Asistencia al Suicida. (1966). Acta de constitución.

Centro de Asistencia al Suicida. (1967a). Estatuto de conformación.

Centro de Asistencia al Suicida. (1967b). Invitación a la apertura.

Chávez-Hernández AM, Leenaars AA. (2010). Edwin S. Shneidman y la suicidología moderna. *Salud Mental*. 33(4):355-360.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (2019). Ley 6106 Prevención del Suicidio [Internet]. 10 ene [citado 13 mar 2019]. Disponible en: <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley6106.html>

Clarín. (2002). Suicidio en el Monumento a la Bandera: las otras muertes que dejó la guerra. Clarín [Internet]. 6 abr [citado 2 mar 2019]:Sec. Política. Disponible en: https://www.clarin.com/politica/suicidio-monumento-bandera-muertes-dejo-guerra_0_SJtZ0USg0Fg.html

Clarín. (2017). Argentina, uno de los países de la región con mayor tasa de suicidios. Clarín [Internet]. 19 may [citado 2 mar 2019]:Sec. Sociedad. Disponible en: https://www.clarin.com/sociedad/argentina-paises-region-mayor-tasa-suicidios_0_H1hleA2xZ.html

Coni, E. R. (1891). Código de higiene y medicina legal de la República Argentina para uso de los médicos abogados, farmacéuticos, etc. Buenos Aires, J. Etchepareborda.

Cristina Fernández de Kirchner, Unidad Ciudadana. (2005). Néstor Kirchner firma un decreto para pensiones a Veteranos de Guerra, 2005. Cristina Fernández de Kirchner - Unidad Ciudadana [Internet]. 21 jul [citado 5 feb 2019]. Disponible en: <https://www.cfkargentina.com/nestor-kirchner-firma-un-decreto-para-pensiones-a-veteranos-de-guerra-2005/>

Dandan A. (2002a). Cuando los chicos no encuentran salida. Página/12 [Internet]. 17 may [citado 5 feb 2019]:Sec. El país. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-5251-2002-05-17.html>

Dandan A. (2002b). Romina y un fin trágico en el baño de la escuela. Página/12 [Internet]. 17 may [citado 2 mar 2019]:Sec. El país. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/subnotas/5251-2526-2002-05-17.html>

Darlington Y, Scott D. (2002). *Qualitative research in practice: stories from the field*. Nueva Gales del Sur: Allen & Unwin.

Debernardis M. (2018). El suicidio. su tratamiento en el derecho argentino. Suicidio en la vejez. Suicidio asistido. Eutanasia. Directivas anticipadas. En: Stingo NR, Espiño G, coordinadores. Suicidios: perspectivas teóricas y clínicas. Buenos Aires: Erga Omnes.

Derghougassian, L. y Fleitas D. (2007) Homicidios, suicidios y uso de armas de fuego en las provincias argentinas” en Derghougassian (comp.) Las armas y las víctimas. Buenos Aires: Universidad de San Andrés.

Desjarlais RR, Eisenberg L, Good B, *et al.* (1997). Salud mental en el mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud.

Di Marco M. (2019). La producción de conocimiento sobre violencias ocurridas en Argentina, 2001-2016. [tesis] Lanús: Universidad Nacional de Lanús.

Dirección de Estadísticas e Información de Salud. (2008). Evolución de la mortalidad según causas. República Argentina, período 1997-2006 [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación [citado 28 abr 2019]. Disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Serie12Nro6.pdf>

Dirección de Estadísticas e Información de Salud. (2015). Circuito de certificación de muerte. Material para capacitación [inédito].

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.

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2015). Políticas públicas de salud mental. Enfoques, estrategias y experiencias con base en la comunidad. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2012). Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes. Año 2012. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2014). Abordaje de la problemática del suicidio en el primer nivel de atención para equipos territoriales de la DNSMYA. Modelo comunitario de atención. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2015). Políticas públicas de salud mental. Enfoque, estrategias y experiencias con base en la comunidad. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Driven L. (1992). El suicidio como fin de fiesta de los jubilados. *La Maga*. 30 (col):1-8.
- Durkheim E. (2004). *El suicidio: estudio de sociología*. Madrid: Losada.
- El Tiempo. (1994). Argentina, ola de suicidios. *El Tiempo* [Internet]. 9 ene [citado 2 mar 2019]:Sec. Sociedad Disponible en: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-10428>
- Espinoza M. (2017). Conceptos, causas y enfoque del suicidio en la Argentina del siglo XIX y XX y el contraste con la perspectiva de Durkheim [seminario “Psicología y criminología en Argentina en la primera mitad del siglo XX”]. Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires.
- Estruch J, Cardús S. (1982). *Los suicidios*. Barcelona: Herder.
- Fernández A. (2017). Malvinas, a 35 años del conflicto los suicidios de ex-combatientes continúan. Centro de Asistencia al Suicida [Internet]. 11 abr [citado 5 feb 2019]. Disponible en: <https://www.casbuenosaires.com.ar/single-post/2017/04/11/Malvinas-a-35-aC3B1os-del-conflicto-los-suicidios-de-ex-combatientes-continuan>
- Fernández AM, Tajer D, Galimberti D, *et al.* (2010). Estudio cuali-cuantitativo de la mortalidad femenina por causas externas y su relación con la violencia de género. *Revista Argentina de Salud Pública*. 1(3):18-23.
- Fernández JJ, Basile H, Pérez Barrero S. (2017). *Suicidio infantojuvenil. Un desafío para padres, amigos y profesionales*. Buenos Aires: Salerno.
- Fleitas Ortiz de Rozas D. (2014). *Homicidios y suicidios en Argentina: alcance y evolución de 1997 al 2012*. Buenos Aires: Asociación para Políticas Públicas.
- Fleitas Ortiz de Rozas D. (2017). *Estadísticas y fuentes de información sobre suicidio* [material para curso virtual de la DNSMYA, inédito].
- Florit A. (1995) El 11% de los jóvenes pensó en suicidarse. *La Nación*. 23 ene Sec. Policía 12 col. 1-4
- Flores Kanter PE. (2017). El lugar de la psicología en las investigaciones empíricas del suicidio en Argentina: un estudio bibliométrico. *Interdisciplinaria*. 34(1):25-37.

- Frigerio A. (1995). La construcción de los problemas sociales: cultura, política y movilización. *Boletín de Lecturas Sociales y Económicas UCA-FCSE*. 2(6):12-17.
- Freud S. (2008a). Contribuciones al simposio sobre el suicidio. En: Freud S. Obras completas de Sigmund Freud: tomo XI. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud S. (2008b). Duelo y melancolía. En: Freud S. Obras completas de Sigmund Freud: tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Galak O. (2006). No cesan los suicidios de ex combatientes de Malvinas. *La Nación* [Internet]. 28 feb [citado 2 mar 2019]: Sec. Política. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/784519-no-cesan-los-suicidios-de-ex-combatientes-de-malvinas>
- Garma Á. (1943). Sadismo y masoquismo en la conducta humana. Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica Argentina - El Ateneo.
- Gerez Ambertín M. (1998). Suicidio, culpa y sacrificio. *Actualidad Psicológica*. 23(255):8-10.
- Goldney RD, Davis AT, Scott V. (2010). The International Association for Suicide Prevention: 1960-2010. IASP 50th Anniversary. Oslo: International Association for Suicide Prevention.
- Grinberg L. (1971). El suicidio. En: Grinberg L. Culpa y depresión: estudio psicoanalítico. 2a ed. aum. Buenos Aires: Paidós.
- Grinspon EA, Neves N. (1998). El acto suicida en la frontera del psiquismo. Cuando ni el dolor ni la paradojalidad alcanzan. *Actualidad Psicológica*. 23(255):2-7-xxx.
- Guerriero L. (2006). Los suicidas del fin del mundo. Crónica de un pueblo patagónico. Barcelona: Tusquets.
- Gusfield JR. (2014). La cultura de los problemas públicos: el mito del conductor alcoholizado versus la sociedad inocente. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Guzzo E, Taragno F. (2018). El suicidio y su importancia en adultos mayores. En: Stingo NR, Espiño G, coordinadores. Suicidios: perspectivas teóricas y clínicas. Buenos Aires: Erga Omnes.
- Halbwachs M. (1930) Les causes du suicide. París: Alcan.
- Henry, A; Short, J: (1954) Suicide and Homicide. Glencoe: Free Press.
- Hilgartner S, Bosk CL. (1988). The rise and fall of social problems: a public arenas model. *American Journal of Sociology*. 94(1):53-78.

Holder Y, Peden M, Krug E, *et al.*, organizadores. (2001). Injury surveillance guidelines. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Hume D. (2017). Del suicidio. De la inmortalidad del alma. México: Océano Expres.

Kreplak N, Larrabide J, Giorgi S, *et al.* (2013). Atención y cuidado de la salud de personas privadas de su libertad: Plan Estratégico de Salud Integral en el Servicio Penitenciario Federal 2012-2015. Buenos Aires: Infojus.

La Nación. (2004). El suicidio causa más muertes que las guerras. La Nación [Internet]. 10 sep [citado 5 feb 2019]:Sec. Ciencia. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/ciencia/el-suicidio-causa-mas-muertes-que-las-guerras-nid635144>

La Nación. (2008). Hay un suicidio cada ocho días en el norte de Santa Fe. La Nación [Internet]. 10 nov [citado 2 mar 2019]:Sec. Sociedad. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/1068421-hay-un-suicidio-cada-ocho-dias-en-el-norte-de-santa-fe>

Le Breton, David (2011). Conductas de Riesgo. De los juegos de la muerte a los juegos del vivir. Buenos Aires: Topia Editorial.

Lemus J. (1992). Características epidemiológico-ambientales del suicidio en la ciudad de Buenos Aires. Signos Universitarios. XI(22):23-80.

Leveau C. (2017) El suicidio en Argentina: variaciones espacio-temporales y factores de área asociados. [tesis] Lanús: Universidad Nacional de Lanús.

Licurzi A. (1942). El suicidio. Psicosociología, medicina legal y profilaxis. Buenos Aires: El Ateneo.

Lorenc Valcarce F. (2005). La sociología de los problemas públicos. Una perspectiva crítica para el estudio de las relaciones entre la sociedad y la política. Nómadas: Critical Journal of Social and Juridical SCnces. 12(2):141-150.

Martínez C. (2006). Aportes para la elaboración de un programa nacional de prevención del suicidio [inédito].

Martínez C. (2007). Introducción a la suicidología: teoría, investigación e intervenciones. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Mazzeo V. (1998). Mortalidad por suicidio en la ciudad de Buenos Aires. Su magnitud y características. Transformaciones en el período 1980-1995. En: Mendes Diz AM, Findling L, Petracci M, *et al.*, coordinadores. Salud y población: cuestiones sociales pendientes. Buenos Aires: Espacio.

Menninger K. (1993). El hombre contra sí mismo. Barcelona: Península.

Microjuris.com. (2016). Prepaga debe proveer de un acompañante terapéutico a quien padece síndrome depresivo con ideas de autoeliminación. Microjuris.com [Internet]. 16 jun [citado 30 abr 2019]; Sec. Al Día Argentina. Disponible en: <https://aldiaargentina.microjuris.com/2016/06/16/prepaga-debe-proveer-de-un-acompanante-terapeutico-a-quien-padece-sindrome-depresivo-con-ideas-de-autoeliminacion/>

Microjuris.com. (2018). Por mayoría se dejó sin efecto la sentencia que eximió de responsabilidad al Estado por el suicidio de un recluso. Microjuris.com [Internet]. 18 dic [citado 30 abr 2019]; Sec. Al Día Argentina. Disponible en: <https://aldiaargentina.microjuris.com/2018/12/18/por-mayoria-se-dejo-sin-efecto-la-sentencia-que-eximio-de-responsabilidad-al-estado-por-el-suicidio-de-un-recluso/>

Minayo MCS. (1994). Violência social sob a perspectiva da saúde pública. Cadernos de Saúde Pública. 10(supl.1):S7-S18.

Minayo MCS, coordinadora. (2007). Investigación social: teoría, método y creatividad. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Ministerio de Educación de la Nación. (2014a). Acerca de la problemática del suicidio de adolescentes y jóvenes. Un enfoque para su abordaje desde el campo de la educación [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación [citado 14 mar 2019]. Disponible en: <https://www.educ.ar/recursos/127063/acerca-de-la-problematica-del-suicidio-de-adolescentes-y-jovenes-un-enfoque-para-su-abordaje-desde-el-campo-de-la-educacion>

Ministerio de Educación de la Nación. (2014b). Guía federal de orientaciones para la intervención educativa en situaciones complejas relacionadas con la vida escolar: tomo 1 [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación [citado 14 mar 2019]. Disponible en: <https://www.educ.ar/recursos/123194/guia-federal-de-orientaciones-para-la-intervencion-educativa-en-situaciones-complejas-relacionadas-con-la-vida-escolar-1>

Ministerio de Salud de la Nación. (2007). Encuesta mundial de salud escolar. Resultados de 2007. Argentina. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Ministerio de Salud de la Nación. (2009). Resolución 275/2009 Créase el Programa Nacional de Patologías Mentales Severas y Prevalentes [Internet]. 27 mar [citado 23 mar 2019]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/151795/norma.htm>

Ministerio de Salud de la Nación. (2011). Perfil epidemiológico del suicidio en Argentina. Algunas aproximaciones. Año 2011. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Ministerio de Salud de la Nación. (2013a). 2.^a encuesta mundial de salud escolar. Argentina 2012. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Ministerio de Salud de la Nación. (2013b). Lineamientos para la atención de la urgencia en salud mental. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Mortalidad por suicidio en Argentina 2000-2013. Informe Técnico (2015). (inédito).

Ministerio de Salud de la Nación. Subsecretaría de Salud Comunitaria. Informe de Asesoría suicidio adolescentes (2013) (inédito).

Ministerio de Salud. (2013). Programa Nacional de Prevención del Suicidio: orientaciones para su implementación. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud de la Nación (2018) Información relacionada con suicidios. Disponible en <http://www.msal.gob.ar/index.php/component/content/article/46-ministerio/401-informacion-relacionada-con-suicidios>

Ministerio de Seguridad de la Nación. (2013). Resolución 506/2013 Cuerpos policiales y Fuerzas de Seguridad. Pautas de intervención para determinadas situaciones [Internet]. 31 may [citado 12 abr 2019]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/216049/norma.htm>.

Ministerio de Seguridad de la Nación. (2017). Plan de abordaje integral sobre prevención del suicidio [inédito].

Ministerio Policial de la provincia de Santa Cruz Protocolo de actuación para intervenciones en personas con padecimiento mental/ consumo problemático de sustancias/ Intentos de suicidio (2013)

Muñoz PD, Leibson L, Smith MC, *et al.* (2011). Pasaje al acto, *acting out* y acto analítico. Variaciones de la relación sujeto-Otro. Anuario de Investigaciones. 18:113-121.

Nogueira Expósito M. (2017). La construcción de la obesidad como problema público en la Argentina contemporánea: un análisis a partir de la sanción de la Ley n° 26 396 [tesis de grado]. La Plata: Universidad Nacional de La Plata.

Nudelman M. (1974). Suicidio en la infancia: aspectos socioculturales, familiares y psicodinámicos personales. Incidencias y características en nuestro medio. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

Orellano M. (2005). Trabajo, desocupación y suicidio: efectos psicosociales del desempleo. Buenos Aires: Lumen.

Organización de las Naciones Unidas. (1997). Prevención del suicidio: directrices para la formulación y la aplicación de estrategias nacionales. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas.

Organización Mundial de la Salud, Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio. (2007). Prevención del suicidio en cárceles y prisiones. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud, Brooke EM, organizadora. (1976). El suicidio y los intentos de suicidio. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (1968). Prevención del suicidio. Cuadernos de Salud Pública:35. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (1995). La salud de los jóvenes: un reto y una esperanza. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (1999). Prevención del suicidio. Datos y cifras sobre el suicidio: infografía. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2000). Prevención del suicidio: ¿cómo establecer un grupo de supervivientes? Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2006a). Prevención del suicidio: recurso para consejeros. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2006b). Prevención del suicidio: un instrumento en el trabajo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2006c). Trabajar en pro de la salud: presentación de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2009). Prevención del suicidio: un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2014). Salud para los adolescentes del mundo: una segunda oportunidad en la segunda década. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2015). Detección temprana, evaluación y respuesta ante eventos agudos de salud pública: puesta en marcha de un mecanismo de alerta temprana y respuesta con énfasis en la vigilancia basada en eventos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (2011). Información y análisis de salud. Situación de salud en las Américas: indicadores básicos 2011 [Internet]. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud [citado 28 abr 2019]. Disponible en: http://ais.paho.org/chi/brochures/2011/BI_2011_ESP.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2014). Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud.

Oszlak O, O'Donnell G. (1995). Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. Redes. 2(4):99-128.

Otero MV. (1991). El suicidio en la ciudad de Buenos Aires: su nacimiento como problema social [tesis]. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

Páez ER, organizador. (2011). Suicidio en niños y jóvenes. Un encuentro entre salud y educación. Buenos Aires: iRojo.

Página/12. (1992a). PAMI atiende por teléfono. Página/12. 26 nov: Sec. el país 4 (col. 3-4).

Página/12. (1992b). Suicidios sin razón aparente. Página/12. 17 oct: Sec. El país 3 (col. 2-4).

Página/12. (1997). Las secuelas de Malvinas. Página/12. 19 feb: Sec. El país (col. 1-6).

Página/12. (1998). Otro salto al vacío por problemas en la escuela. Página/12 [Internet]. 14 ago [citado 5 feb 2019]:Sec. Sociedad. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/1998/98-08/98-08-14/pag18.htm>

Pantelides EA, Govea J, Bruno M, *et al.* (2012). Mortalidad por homicidio y suicidio en la adolescencia: magnitud, características y circunstancias. Provincia de Buenos Aires. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Pensamiento Civil. (2016). Seguro de vida no reconocido por suicidio voluntario. Pensamiento Civil [Internet]. 23 dic [citado 5 feb 2019]:Sec. Fallos. Disponible en: <http://www.pensamientocivil.com.ar/fallos/2586-seguro-vida-no-reconocido-suicidio-voluntario>

Policía de la Provincia de Córdoba. (2018). IV° Curso Internacional de Negociación en Situaciones de Crisis. Policía de la Provincia de Córdoba [Internet]. 31 oct [citado 9 feb 2019]. Disponible en: <https://www.policiacordoba.gov.ar/Nota.aspx?id=3223>

Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. (2014). Informe de acciones realizadas por el PNSIA para la implementación de los lineamientos de atención del intento de suicidio y del consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes en 15 provincias de Argentina. Septiembre 2014 [inédito].

Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. (2016). Situación de salud de las y los adolescentes en la Argentina. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación - Unicef.

Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. (2017a). Abordaje de la morbimortalidad adolescente por causas externas (MMACE). Paquete de herramientas para el circuito de información. Lineamientos para la intervención integral. Sistematización de experiencias. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. (2017b). Informe de gestión del PNSIA [inédito].

Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. (2017c). Material para capacitación [inédito].

Programa Supre. (2000a). Prevención del suicidio: un instrumento para los médicos generalistas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Programa Supre. (2000b). Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Programa Supre. (2000c). Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de la atención primaria de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Programa Supre. (2000d). Prevención del suicidio: un instrumento para profesionales de los medios de comunicación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Provincia de Buenos Aires. (2017). Ley 14 991 Adhesión de la provincia de Buenos Aires a la Ley Nacional n° 27 130, sobre Prevención del Suicidio [Internet]. 29 dic [citado 13 mar 2019]. Disponible en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=29830>

Provincia de Catamarca. (2016). Ley 5484 Adhesión de la provincia de Catamarca a la Ley Nacional n° 27 130 denominada Ley Nacional de Prevención del Suicidio [Internet]. 4 oct [citado 4 mar 2019]. Disponible en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=27748>

Provincia de Córdoba. (2016). Ley 10 357 Adhesión de la provincia de Córdoba a la Ley Nacional n° 27 130 de Prevención al Suicidio [Internet]. 28 jun [citado 13 mar 2019]. Disponible en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=27053>

Provincia de Corrientes. (2015). Ley 6364 Adhesión de la provincia de Corrientes a la Ley Nacional n° 27 130 que declara de interés nacional la atención médica, la investigación clínica y epidemiológica y la capacitación profesional en la detección y atención de las personas en riesgo de suicidio y la asistencia a las familias de víctimas del suicidio [Internet]. 22 oct [citado 13 mar 2019]. Disponible en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=26030>

Provincia de Entre Ríos. (2018). Ley 10 605 La provincia de Entre Ríos adhiere a la Ley Nacional n° 27 130 (Ley Nacional de Prevención del Suicidio). Se crea el Programa “Entre Ríos #Valora la vida”, a efectos de procurar y promover en las instituciones de gestión pública y privada la sensibilización de la población sobre la temática del suicidio. [Internet]. 16 jul [citado 13 mar 2019]. Disponible en: <http://www.senadoer.gob.ar/leyes/leyes.php>

Provincia de Jujuy. (2016). Ley 5938 Adhesión a la Ley Nacional n° 27 130 “Ley Nacional de prevención del suicidio” [Internet]. 20 jul [citado 4 mar 2019]. Disponible en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=28517>

Provincia de La Pampa. (2017) Ley 3040 Adhiriendo la provincia de La Pampa a la Ley 27 130, Ley Nacional de Prevención del Suicidio [Internet]. 1 dic [citado 13 mar 2019]. Disponible en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=29811>

Provincia de La Rioja. (2018). Ley 10 107 Adhiérase la provincia de La Rioja a la Ley Nacional n° 27 130, denominada Ley Nacional de Prevención del Suicidio, según prescribe el artículo 19° de la misma normativa legal. Boletín Oficial de la provincia de La Rioja. La Rioja, 30 de octubre de 2018.

Provincia de Misiones. (2018). Ley XVII-103 Centro de Asistencia a las Personas en Riego de Suicidio y Conductas Autodestructivas. Adhiere a la Ley 27 130 [Internet]. 4 jul [citado 13 mar 2019]. Disponible en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=31746>

Provincia de Salta. (2015). Ley 7909 Adhiere la provincia de Salta a la Ley Nacional n° 27 130 “Prevención del suicidio” [Internet]. 21 dic [citado 4 mar 2019]. Disponible en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=26393>

Provincia de Santa Cruz. (2018). Ley 3594 Adhesión Ley Nacional 27 130 de Prevención del Suicidio. Boletín Oficial de la provincia de Santa Cruz. Río Gallegos, 10 de mayo de 2018.

Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur. (2015) Ley 1052 Prevención del Suicidio. Adhiere a ley 27 130 [Internet]. 7 sep [citado 13 mar 2019]. Disponible en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=26856>

Provincia de Tucumán. (2016). Ley 8921 Adhiere la provincia de Tucumán a la Ley Nacional n° 27 130 de Prevención del Suicidio [Internet]. 28 sep [citado 13 mar 2019]. Disponible en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=27698>

Provincia del Chubut. (2015). Ley I-570 Adhesión a la Ley Nacional n° 27 130, “Ley de Prevención del Suicidio” [Internet]. 17 dic [citado 13 mar 2019]. Disponible en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=26448>

Provincia del Neuquén. (2017). Ley 3089 Institúyese el 10 de septiembre como Día de la Prevención del Suicidio. Adhesión de la provincia del Neuquén a la Ley Nacional n° 27 130 [Internet]. 20 dic [citado 13 mar 2019]. Disponible en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=29800>

Puig IJ. (2005). Historia del psicoanálisis en la Argentina. Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica Argentina.

Quiroga SE. (1998). Patologías de la autodestrucción: suicidio, violencia familiar, adicciones. Buenos Aires: Publika.

República Argentina (1853) “Constitución de la Nación Argentina,” *Biblioteca Digital*, consulta 3 de junio de 2019, <http://www.bibliotecadigital.gob.ar/items/show/1716>.

República Argentina (1921) Código Penal Argentino <http://www.saij.gob.ar/documentDisplay.jsp?guid=123456789-0abc-defg-g77-62000scanyel>

República Argentina. (2010). Ley 26 657 Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Derógase la Ley n° 22 914 [Internet]. 2 dic [citado 13 mar 2019]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

República Argentina. (2015). Ley 27 130 Ley Nacional de Prevención del Suicidio [Internet]. 6 abr [citado 13 mar 2019]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/245000-249999/245618/norma.htm>

Riso R. (2018). Suicidio. Una perspectiva psicoanalítica. En: Stingo NR, Espiño G, coordinadores. Suicidios: perspectivas teóricas y clínicas. Buenos Aires: Erga Omnes.

Rodríguez C. (2011). Violencia y escuelas bajo la lupa. Página/12 [Internet]. 1 oct [citado 2 mar 2019]: Sec. Sociedad. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-177955-2011-10-01.html>

Roimiser H. (1998). El pasaje al acto no habla, pero da que hablar. *Actualidad Psicológica*. 23(255):27-31.

Ronconi L, Lenis D, Schargrotsky E. (2011). Evaluación del Programa de Entrega Voluntaria de Armas de Fuego en Argentina. *Perspectivas sobre el Desarrollo*. 9(1):14-34.

Ronze, B. (1977) *L'homee de quantité*, Paris: Gallimard

Rossi A. (1927). El suicidio de niños y la profilaxis mental. *Revista Argentina de Neurología, Psiquiatría y Medicina Legal*. 1:350.

Ruchansky E. (2010). Hablando de chicos que se matan. Página/12 [Internet]. 20 jun [citado 2 mar 2019]:Sec. Sociedad. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-147946-2010-06-20.html>

Sanguinetti H. (1988). Los suicidas del 30. *Todo es Historia*. 22(254): 25-34.

Sarfatti Larson M, Cabrera Montoya B. (1989). Acerca de los expertos y los profesionales o la imposibilidad de haberlo dicho todo. *Revista de Educación*. 1:199-237.

Secretaría de Comunicaciones. (1999). Resolución 8880/99 Establécese un grupo de indicativos para los servicios tipo Servicios a la Comunidad [Internet]. 9 abr [citado 23 mar 2019]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/55000-59999/57301/norma.htm>

Serfaty E. (1998). Suicidio en la adolescencia. *Adolescencia Latinoamericana*. 1(2):105-110.

Serra L. (2018). Leyes trucas: el Congreso acusa al Gobierno por las normas en el limbo. *La Nación* [Internet]. 14 ago [citado 2 mar 2019]:Sec. Política. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/2162158-leyes-trucas-el-congreso-acusa-al-gobierno-por-las-normas-en-el-limbo>

Servicio Penitenciario Federal. (2018). Boletín Público Normativo. 25(668).

Silberstein E. (1970). *De la Torre y los frigoríficos*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

Solá M, Martínez Calle S, Venesio S, *et al.* (2015). Mortalidad por suicidio en Argentina. Período 1997-2011. En: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, coordinadora. Políticas públicas de salud mental: enfoque, estrategias y experiencias con base en la comunidad. Buenos Aires: Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones - Ministerio de Salud de la Nación. p. 73-91.

Spector M, Kitsuse JI. (1973). Social problems: a re-formulation. *Social Problems*. 21(2):145-159.

Spinelli H, Alazraqui M, Macías G, *et al.* (2005). Muertes violentas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Una mirada desde el sector salud. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

Spinelli H. (2005). Prólogo. En: Orellano M. Trabajo, desocupación y suicidio: efectos psicosociales del desempleo. Buenos Aires: Lumen.

Stake RE. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks: Sage.

Stingo NR. (2018). Suicidio y duelo, psicopatológica, perspectiva jurídica y prevención. En: Stingo NR, Espiño G, coordinadores. Suicidios: perspectivas teóricas y clínicas. Buenos Aires: Erga Omnes.

Szewach C. (1995). Sobre el suicidio en la adolescencia. *Ensayos y Experiencias*. 1(6):40-42.

- Tapella E. (2007). El mapeo de actores claves, documento de trabajo del proyecto Efectos de la biodiversidad funcional sobre procesos ecosistémicos, servicios ecosistémicos y sustentabilidad en las Américas: un abordaje interdisciplinario. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba - Inter-American Institute for Global Change Research.
- Testa M. (2007). Decidir en salud: ¿quién?, ¿cómo? y ¿por qué? *Salud Colectiva*. 3(3):247-257.
- Todo Jujuy. (2012). Curso internacional de negociador en situaciones de crisis. Todo Jujuy [Internet]. 14 sep [citado 9 feb 2019]:Sec. Policiales. Disponible en: <https://www.todojujuy.com/policiales/curso-internacional-negociador-situaciones-crisis-n2080>
- Tozzini C. (1969). El suicidio. Buenos Aires: Depalma.
- Trias Mercant S. (1995). Los documentos y la cultura material. En: Aguirre Baztán Á, coordinador. *Etnografía: metodología cualitativa en la investigación sociocultural*. Barcelona: Marcombo. p. 160-170.
- Urquía ML. (2006). Riesgo. En: *Teorías dominantes y alternativas en epidemiología*. Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús.
- Vallejos S. (2010). “Los pibes son invisibles”. *Página/12* [Internet]. 20 jun [citado 2 mar 2019]:Sec. Sociedad. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-147947-2010-06-20.html>
- Valles Martínez MS. (1992). La entrevista psicosocial. En: Clemente Díaz M, coordinador. *Psicología social: métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Eudema. p. 246-261.
- Valles Martínez MS. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Vezzetti H. (1985). *La locura en la Argentina*. Buenos Aires: Paidós.
- Vitenti L. (2016). *Los pueblos indígenas americanos y la práctica del suicidio. Una reseña crítica*. Buenos Aires: Prometeo.
- World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. (2010). *Towards evidence-based suicide prevention programmes*. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific.

Yampey N, coordinador. (1998). Crisis y suicidio. Grupo de investigación sobre crisis y suicidio. Buenos Aires: Asociación Psicoanalítica Argentina.

Yin RK. (1994). Case study research: design and methods. 2a ed. Thousand Oaks: Sage.

Zabala JP. (2010). La enfermedad de Chagas en la Argentina: investigación científica, problemas sociales y políticas sanitarias. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.