

Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

El suicidio como problema público en Argentina (Ponencia)

Autor: José Eduardo González (josesaludable@gmail.com);

Pertenencia institucional: Dirección de Adolescencias y Juventudes (DIAJU), Ministerio de Salud de la Nación

Resumen:

El presente artículo busca comprender el proceso de conformación del suicidio como 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 nº 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.

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 a nivel global. 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. 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.¹

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

¹ 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).

Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

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).

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).

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.

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.

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 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, así como en el ámbito legislativo.

En el presente artículo se 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.

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

Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

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.

Se 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 relevantes.

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.

Según Gusfield (2014), los problemas públicos se entran 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. 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.

El otro aporte conceptual relevante 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.

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.

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

Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

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 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.

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).

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.

Desarrollo

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?”.² Para el suicida, el quitarse la vida muchas veces se

2 “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).

Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

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.³ 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.⁴ 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).

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.⁵

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 problemática. 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 acarreaba. 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).⁶ 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.

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).

3 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.

4 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).

5 “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).

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

Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

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).

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.

Así se configura la emergencia del suicidio en la arena pública de la Argentina de fines del siglo XIX y da lugar a diversas 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.

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.

Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

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.⁷

Otro punto a destacar se dio en la década de 1930 donde tuvieron lugar una serie de suicidios de celebridades argentinas vinculadas al mundo de la cultura y la política que cobraron bastante notoriedad en el ámbito público. 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.⁸

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).

Hubo otras muertes a principios de la década de 1940,⁹ 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.

Por el lado de los discursos, a nivel mundial, la suicidología, corriente teórica inscripta dentro de la psicología, surgida en Estados Unidos en la década del 60 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

⁷ Un ejemplo de esto se puede encontrar en 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.

⁸ 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).

⁹ “Figuras menores, como el escritor Edmundo Montage, 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).

Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

de esta corriente surgió en el país en el año 1967 el CAS¹⁰, 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 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.

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,¹¹ organización de los servicios¹² 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 posteriores al suicidio o su intento.¹³

A esta publicación de la OMS le siguieron varias que tocaban la problemática del suicidio desde una mirada preventiva. Los puntos destacables se dieron en 1997, cuando la ONU elaboró un documento llamado *Prevención del suicidio: directrices para la formulación y*

¹⁰ 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.

¹¹ “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).

¹² 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.

¹³ 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.

Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

la aplicación de estrategias nacionales, en el que resalta la importancia de que los Estados implementen políticas públicas para el abordaje de la problemática.

Dos años más tarde 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.

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.

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, 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.

Procesos de conformación del suicidio como problema público en Argentina (1990-2009)

Entre 1990 y 2009, se dieron una serie de procesos y acontecimientos que llevaron 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). 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”.

Durante este período (1990-2009) 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 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

Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

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.

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 términos esquemáticos, estas son las principales características de cada uno de ellos:

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 autoridad¹⁴ 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. 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 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.

Algunos de estos eventos relevados por los medios se pueden destacar: los 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

14 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.

Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

suicidio del doctor René Favaloro, que dio lugar al planteo del problema del suicidio como cuestión que acontece en el país.¹⁵

La intervención propuesta. El foco en la prevención.

Principalmente promovida desde un tiempo atrás por organismos internacionales como la OMS y OPS, cuyo 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.

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 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.¹⁶ 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

¹⁵ 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.

¹⁶ 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.

Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

y que elaboró un programa de prevención del suicidio y un plan de acción. Entre ellos se encuentran Carlos Martínez,¹⁷ 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.

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 cierta legitimidad en el país durante este período. A partir de esto surgieron nuevos expertos que llevaron el tema hacia la arena pública. Entre los más destacados se encuentra el Lic. Carlos Martínez. 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 interpretado como un problema de privado, tabú, patológico e inevitable. Además de proponer ciertas propuestas de intervención como la postvención, la autopsia psicológica, la detección de riesgo, evaluación de factores protectores.

En las corrientes teóricas más cercanas al psicoanálisis se encuentran los desarrollos del psicoanálisis, entre los diversos autores que trabajan la problemática se destacan los trabajos de la Lic. Altavilla, el Lic. Boronat, y el Lic. Yempey. Si bien toman nociones de la suicidología como la postvención o la autopsia psicológica ponen más en relieve la dimensión del sufrimiento subjetivo (Boronat) y el trabajo de duelo (Altavilla), además de proponer intervenciones puntuales para el sistema de salud (Yempey).

Además de la suicidología también se destacaron otras corrientes como la sociológica en donde se destaca el trabajo 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.

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.

17 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.

Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

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.¹⁸ 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.

Los datos que presentaron el problema. Las estadísticas del 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 dudosas¹⁹ 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. 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

18 “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 anónimo está íntimamente asociado con la desorganización de la sociedad política y la crisis social” (Orellano, 2005, p. 129).

19 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.

Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

judicial. Si las causales de muerte no están clarificadas, será la Justicia —a través de su cuerpo médico forense— la que determine esa causal.

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 no²⁰ 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).²¹

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 urgencia; sin embargo, cuenta con pocas implementación y facturación por parte de las provincias.²²

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.

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

20 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.

21 Estas estimaciones aparecen en varios documentos. En el anexo I 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).

22 Este punto se encuentra más desarrollado en el capítulo 4.

Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

en una localidad puede estar en correlación con el mal registro de esta²³ (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.

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.

Siguiendo la tendencia en cuanto al suicidio en Argentina Figura 1 la tasa de suicidios alcanzó su punto más alto en el año 2003, cuando llegó a 8,7 cada 100 000 habitantes.

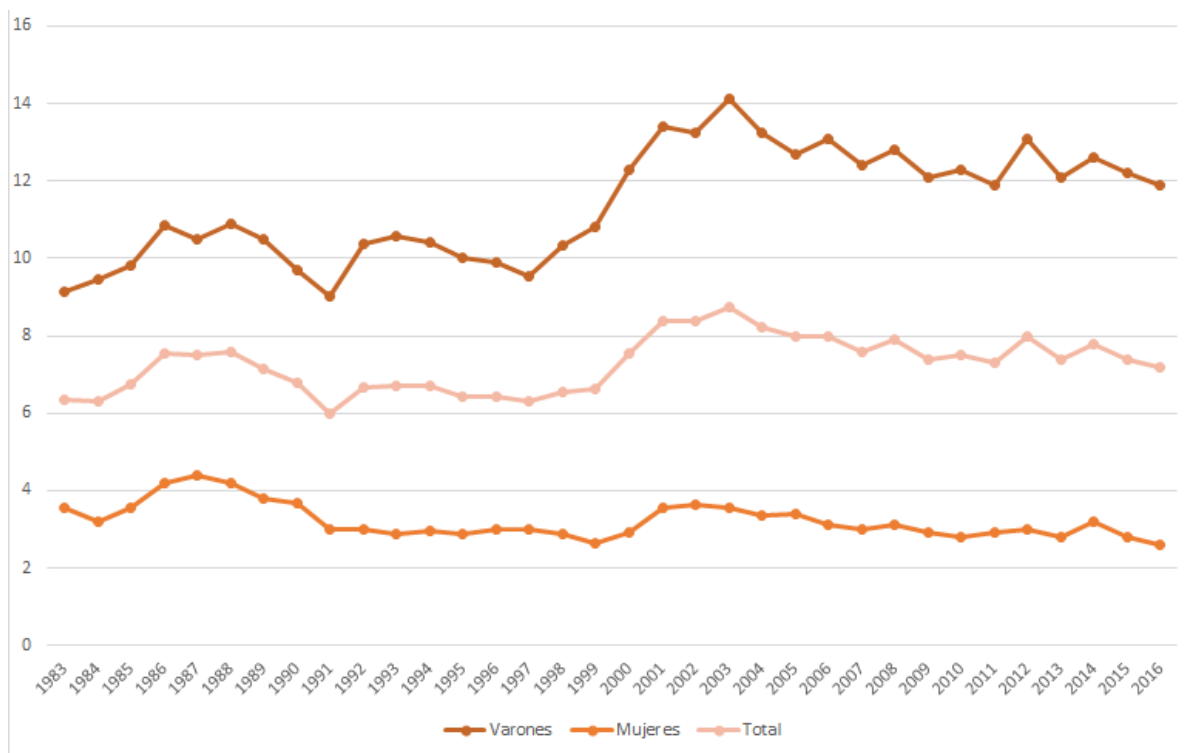
23 “Lo que jamás sabremos con exactitud es si las tasas elevadas de suicidios son, efectivamente, un indicador del número de suicidios, o bien un indicador de eficiencia administrativa” (Estruch & Cardús, 1982, p. 73).

Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

Figura 1. 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. 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 ámbito público.²⁴ 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.

24 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).

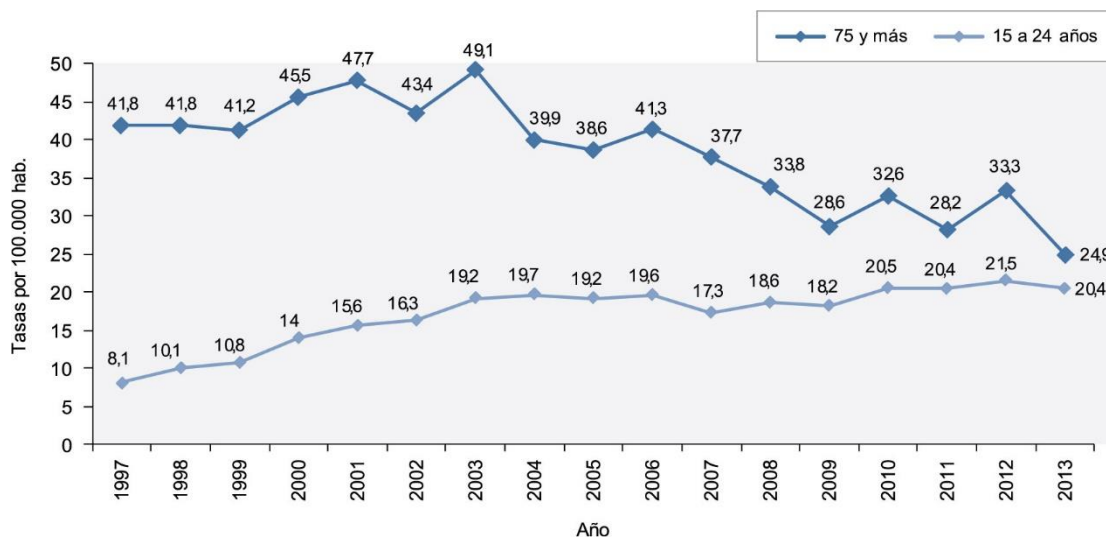
Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

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).

Figura 2. 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.

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.

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.

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.

Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

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.

Como reflejo de la creciente preocupación a nivel global por la salud de los adolescentes, en 2007, a partir de la resolución ministerial nº 619/2007, se creó el PNSIA dentro de la estructura del Ministerio de Salud de la Nación.

La distribución del problema. La federalización del evento.

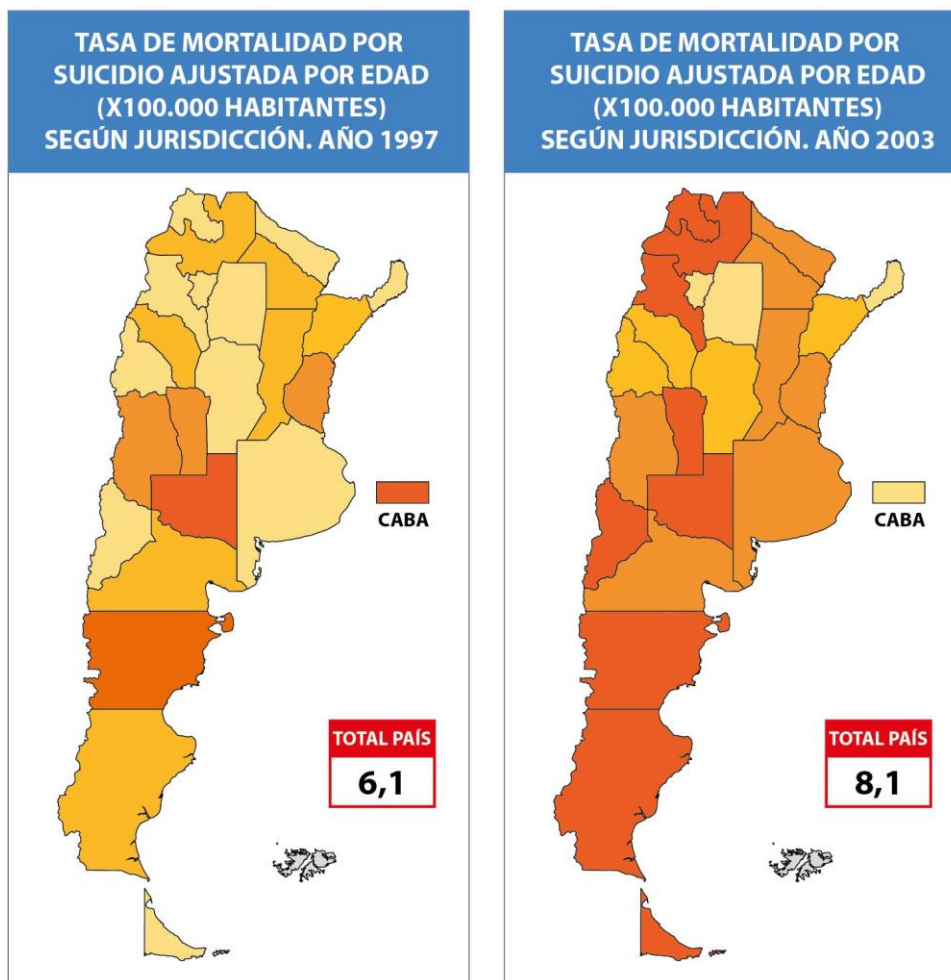
El suicidio solía tener mayor relevancia en los contextos urbanos. Paulatinamente, durante la década de 1990 y principios de la de 2000 se comenzó a dar una serie de suicidios en localidades con menor densidad de población y alejadas de los centros urbanos, con las regiones de la Patagonia y el NOA como las más afectadas. Todo esto desencadenó procesos e intervenciones por parte de los Gobiernos locales de varias jurisdicciones.

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.

Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

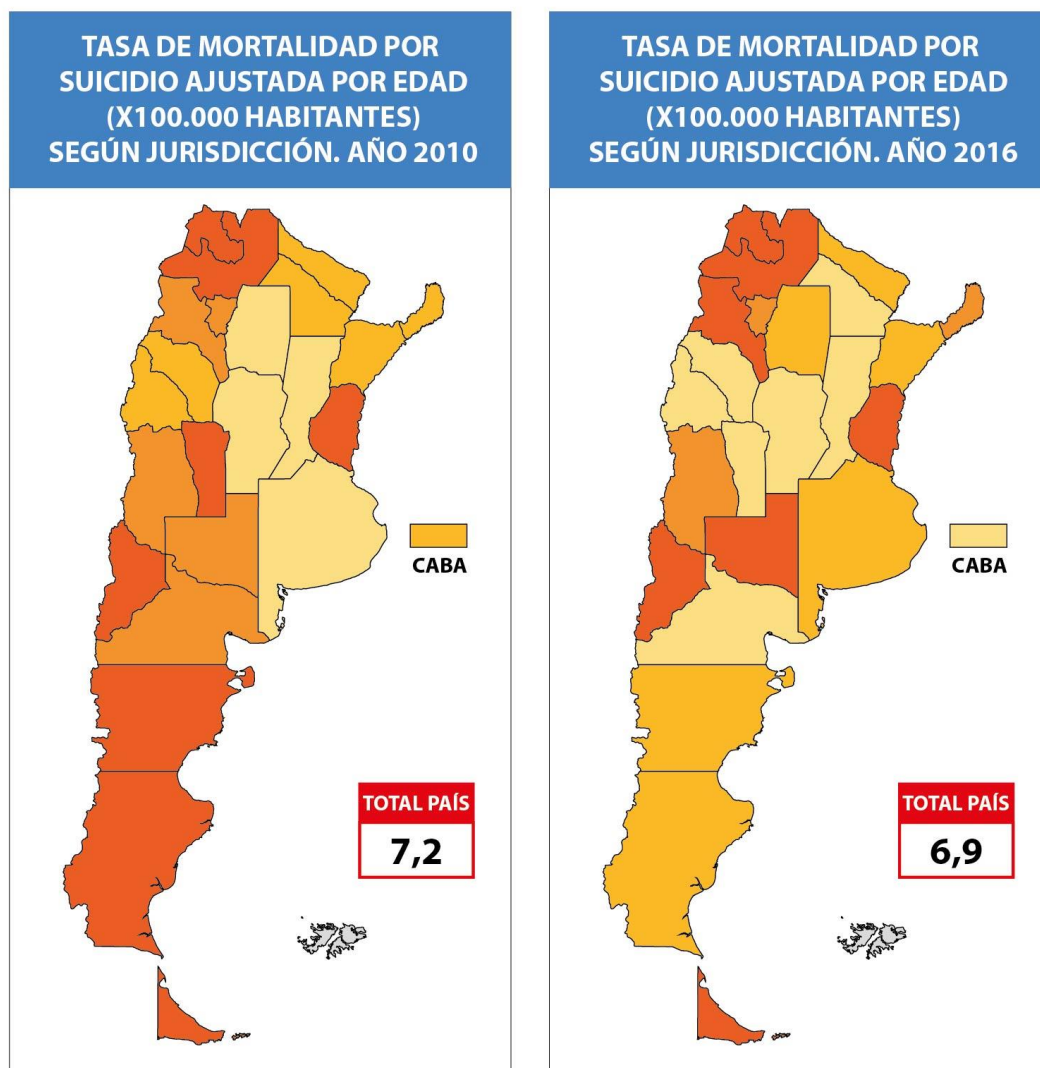
Figura 3. Mapa de Argentina con tasa de mortalidad por suicidio, ajustada por edad según jurisdicción. Años 1997, 2003, 2010 y 2016



Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

Figura 13. continuación



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

Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

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.²⁵

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.²⁶ 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.

Otra cuestión para tener en cuenta son las acciones realizadas desde los Estados provinciales y municipales, principalmente en los sectores Salud y Educación. San Juan, Tucumán, Catamarca entre otros diseñaron e implementaron su primeros programas y estrategias de prevención del suicidio.

Consolidación y diversificación del suicidio como problema público en Argentina (2010-2016)

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.

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 sanitarias²⁷ que tuvieron impacto por entonces y algunas de las cuales se mantienen hasta el día de hoy.

25 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.

26 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).

27 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.

Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

Las entrevistas realizadas a algunos ex funcionarios de la cartera sanitaria marcaron el creciente interés del ministro por la temática.

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),²⁸ 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.

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).²⁹ 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.

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 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

²⁸ 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.

²⁹ 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.

Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

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.

A partir de entonces se generó una fractura entre los diversos actores y expertos, 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 lograsen 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 consolidación³⁰ 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

30 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.

Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

y Salud recuperaron la problemática con acciones concretas, apuntadas por lo general a la confección e implementación de guías de intervención en esos ámbitos.

Las respuestas que brindaron los diversos sectores del Estado nacional frente a la emergencia del suicidio como problema público establecieron 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 cual el Estado nacional, principalmente desde los sectores de la salud y la educación, ofreció respuestas al respecto.

En cuanto al sector salud como se contó antes fue el encargado de congregarse el primer comité de expertos en la temática en el año 2007 que luego dio lugar al subprograma de prevención del Suicidio. Para el año 2010 realizó las primeras publicaciones con datos oficiales del ministerio sobre suicidio. Para el año 2012 se volvió a conformar un nuevo comité para la confección de Lineamientos para atención de intentos de suicidio en adolescentes. A la vez que la atención clínica del suicidio quedó como una prestación del Plan SUMAR. Desde la DNSMyA se publica en 2014 Abordaje de la problemática del suicidio en el primer nivel de atención para equipos territoriales de la DNSMYA. Modelo comunitario de atención. También impulsa junto a educación las encuestas de salud escolar en los años 2007 y 2012 en donde se consultó a una población de alumnos sobre distintos tópicos de salud entre los que se incluyó la temática de suicidio.

En cuanto al sector de educación en el año 2004 implementó el observatorio argentino de violencias en las escuelas. A partir de esta política se confeccionaron para el año 2014 las guías federales de educación para situaciones, donde uno de sus capítulos está dedicado al suicidio en la escuela y tiempo más tarde publica un documento llamado “Acerca de la problemática del suicidio en adolescentes y jóvenes (2014)” en donde se trabaja exclusivamente la problemática.

El sector de Seguridad Nacional a través de la Resolución 506/2013 implementa Abordaje policial de situaciones de presunto padecimiento y consumo problemático de sustancias. Para el 2016 crea el programa de Prevención, asistencia y posvección del suicidio en las fuerzas de Seguridad. Ya que el personal de las fuerzas es considerado como población de riesgo por su tarea. A la vez que mantiene el Sistema Nacional de Información y Estadística Criminal en donde se registra el fenómeno. Cabe destacar que también se redactan algunos protocolos de intervención provinciales.

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 nº 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).

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. 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 Pevaf recogió un número pequeño de armas y que no eran las que suelen ser usadas en esos eventos (Ronconi, Lenis & Schargrodsky, 2011).

Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

Por último, 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).

El suicidio: su marco normativo

Trazando un recorrido en el campo del derecho argentino, a partir del Código Penal,³¹ el suicidio o su intento no constituyen un delito en nuestro país.³² De hecho, el artículo 19 de nuestra Constitución Nacional de Argentina, sancionada en 1853, establece: “Las acciones 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.

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 se sancionó la Ley Nacional nº 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.

31 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 (Cecénarro & Scidá, 2008).

32 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).

Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

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.

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.

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.³³ Cabe destacar que la Capital Federal y cuatro provincias (La Rioja, Entre Ríos,³⁴ 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.

A la fecha, la ley no cuenta con su reglamentación por parte del Ministerio de Salud.

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.

33 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.

34 Entre Ríos instituyó en su adhesión la creación e implementación del programa de prevención del suicidio Entre Ríos Valora la Vida.

Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

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.

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 nº 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.

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 nº 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.

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 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.

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.

Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

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.

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.

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 pujas de poder entre los expertos sobre la propiedad de la problemática. Este enfoque muchas veces se apoya en los enfoques de riesgo, lo que genera ciertos reduccionismos de la problemática³⁵ que resaltan sus perspectivas más individuales generando algunas limitaciones al estudio e intervención sobre la problemática. 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.

35 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.

Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

Otro de los problemas o debilidades que presenta el suicidio como problema público es su registro. 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 investigación 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.

XIV JORNADAS NACIONALES DE DEBATE INTERDISCIPLINARIO EN SALUD Y POBLACIÓN

“Salud, derechos y desigualdades: desafíos urgentes” / Buenos Aires / 2,3 y 4 de septiembre de 2020

Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

Bibliografía

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.

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 Económica.

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.

Blumer H. (1971). Social problems as collective behavior. Social Problems. 18(3):298-306.

XIV JORNADAS NACIONALES DE DEBATE INTERDISCIPLINARIO EN SALUD Y POBLACIÓN

“Salud, derechos y desigualdades: desafíos urgentes” / Buenos Aires / 2,3 y 4 de septiembre de 2020

Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

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.

Cámara de Diputados de la Nación. (2010). Orden del Día nº 950. Sesiones Ordinarias, 31 de agosto de 2010. Buenos Aires: Cámara de Diputados de la Nación.

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.

XIV JORNADAS NACIONALES DE DEBATE INTERDISCIPLINARIO EN SALUD Y POBLACIÓN

“Salud, derechos y desigualdades: desafíos urgentes” / Buenos Aires / 2,3 y 4 de septiembre de 2020

Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

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-años-del-conflicto-los-suicidios-de-ex-combatientes-continuan>

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>

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

XIV JORNADAS NACIONALES DE DEBATE INTERDISCIPLINARIO EN SALUD Y POBLACIÓN

“Salud, derechos y desigualdades: desafíos urgentes” / Buenos Aires / 2,3 y 4 de septiembre de 2020

Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

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>

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.

XIV JORNADAS NACIONALES DE DEBATE INTERDISCIPLINARIO EN SALUD Y POBLACIÓN

“Salud, derechos y desigualdades: desafíos urgentes” / Buenos Aires / 2,3 y 4 de septiembre de 2020

Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

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-a%C3%B1os-del-conflicto-los-suicidios-de-ex-combatientes-continuan>

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.

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.

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.

XIV JORNADAS NACIONALES DE DEBATE INTERDISCIPLINARIO EN SALUD Y POBLACIÓN

“Salud, derechos y desigualdades: desafíos urgentes” / Buenos Aires / 2,3 y 4 de septiembre de 2020

Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

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.

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: Topía Editorial.

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.

Martínez C. (2006). Aportes para la elaboración de un programa nacional de prevención del suicidio [inérito].

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.

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>

XIV JORNADAS NACIONALES DE DEBATE INTERDISCIPLINARIO EN SALUD Y POBLACIÓN

“Salud, derechos y desigualdades: desafíos urgentes” / Buenos Aires / 2,3 y 4 de septiembre de 2020

Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

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.

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.

XIV JORNADAS NACIONALES DE DEBATE INTERDISCIPLINARIO EN SALUD Y POBLACIÓN

“Salud, derechos y desigualdades: desafíos urgentes” / Buenos Aires / 2,3 y 4 de septiembre de 2020

Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

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

XIV JORNADAS NACIONALES DE DEBATE INTERDISCIPLINARIO EN SALUD Y POBLACIÓN

“Salud, derechos y desigualdades: desafíos urgentes” / Buenos Aires / 2,3 y 4 de septiembre de 2020

Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

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>

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>

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 morbilidad 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.

XIV JORNADAS NACIONALES DE DEBATE INTERDISCIPLINARIO EN SALUD Y POBLACIÓN

“Salud, derechos y desigualdades: desafíos urgentes” / Buenos Aires / 2,3 y 4 de septiembre de 2020

Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

Quiroga SE. (1998). Patologías de la autodestrucción: suicidio, violencia familiar, adicciones. Buenos Aires: Publikar.

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 nº 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.

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

XIV JORNADAS NACIONALES DE DEBATE INTERDISCIPLINARIO EN SALUD Y POBLACIÓN

“Salud, derechos y desigualdades: desafíos urgentes” / Buenos Aires / 2,3 y 4 de septiembre de 2020

Mesa 15: Violencias y salud: enfoques y debates transdisciplinarios

Trabajo: El suicidio como problema público en Argentina [Ponencia]

Américas: un abordaje interdisciplinario. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba - Inter-American Institute for Global Change Research.

Valles Martínez MS. (1992). La entrevista psicosocial. En: Clemente Díaz M, coordinador. Psicología social: métodos y técnicas de investigación. Madrid: Eudema. p. 246-261.

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>

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.

Zabala JP. (2010). La enfermedad de Chagas en la Argentina: investigación científica, problemas sociales y políticas sanitarias. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.