

"2014 - Año de Homenaje al Almirante Guillermo Brown, en el Bicentenario del Combate Naval de Montevideo"



# **MORTALIDAD POR SUICIDIO EN ARGENTINA PERÍODO 1997-2012**

**RESUMEN. INTRODUCCIÓN:** Se estima que anualmente mueren cerca de un millón de personas a nivel mundial por suicidio y las tendencias muestran un aumento en el grupo de adolescentes y jóvenes. **OBJETIVO:** Caracterizar epidemiológicamente la mortalidad por suicidio en la República Argentina durante el período 1997-2012. **METODOLOGÍA:** Se analizaron los registros de defunciones por causas externas consolidados por la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación. **RESULTADOS:** La tasa de mortalidad por suicidio en el período analizado, presentó su valor máximo en el año 2003 (8,7 por 100.000 habitantes) a partir del cual comienza un descenso fluctuante hasta el año 2011; pero en 2012 se registró un aumento de 0,7 puntos en relación al año anterior; en el mismo año, el suicidio fue la segunda causa de mortalidad en el grupo de 15 a 24 años. La tendencia de la tasa de suicidio en el grupo de 75 años y más ha ido disminuyendo paulatinamente, en cambio, la tendencia en el grupo poblacional de 15 a 24 años mostró un aumento a lo largo del periodo y alcanzó la tasa más alta en 2012 (13,8 por 100.000 habitantes). La tasa de mortalidad por suicidio en varones presentó su valor máximo en 2003 (14,1 por 100.000 habitantes) y en mujeres en 2002 (3,7 por 100.000 habitantes). Las provincias con mayor cantidad de años de vida potenciales perdidos por suicidio fueron Salta, Jujuy y Formosa. **CONCLUSIONES:** Durante el período analizado, si bien la tendencia en la tasa de mortalidad por suicidio mostró un descenso a partir de 2003, en 2012 se produjo un aumento de 0,7 puntos en relación al año anterior. La misma fue más alta en hombres que en mujeres en todos los grupos de edad. En el grupo de 15 a 24 años se registró un progresivo ascenso de las tasas de mortalidad por esta causa.

**Palabras Clave:** Suicidio, Epidemiología, Salud Pública.

## INTRODUCCIÓN

El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS 2010) como “el acto deliberado de quitarse la vida”, y señala que “es un acto de violencia, el cual genera para los individuos, las familias, las comunidades y los países, graves consecuencias, tanto a corto como a largo plazo, provocando efectos perjudiciales en los servicios de atención de salud”.

La conducta suicida es un proceso complejo que abarca desde la ideación suicida, la elaboración de un plan suicida, la obtención de los medios para hacerlo, el intento de suicidio y el suicidio como desenlace fatal. Resulta un padecimiento multicausal en el que intervienen determinantes psicológicos, biológicos, genéticos, sociales, contextuales y situacionales.

La mortalidad por suicidio se encuentra entre las lesiones por causa externa según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión (CIE 10) bajo la denominación de lesiones autoinfligidas. Las lesiones de causa externa se clasifican según su intencionalidad como intencionales (incluye suicidio y homicidio), no intencionales (accidentes) y de intención no determinada. Una alta tasa de muertes por lesiones de causa externa de intención no determinada implicaría un subregistro en los certificados de defunción de las otras lesiones por causa externa (suicidio, homicidio o accidentes).

Según la OMS (2012), cada año se suicidan en el mundo casi un millón de personas, lo que supone una tasa de mortalidad global de 16 por 100 000. En los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado un 60% a nivel mundial. El suicidio es una de las tres primeras causas de defunción en el grupo de 15 a 44 años en algunos países, y la segunda causa en el de 10 a 24 años; estas cifras no incluyen las tentativas de suicidio, que son hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado. Aunque tradicionalmente las mayores tasas de suicidio se han registrado entre los varones de edad avanzada, las tasas entre los jóvenes han ido en aumento hasta el punto de que ahora éste es el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países, tanto en el mundo desarrollado como en el mundo en desarrollo.

En 2011 en América Latina la tasa de suicidio fue de 5,7 por 100.000 y en el Cono Sur de 8,8 (OPS/OMS 2013).

Según el informe “Situación de Salud en Las Américas. Indicadores Básicos 2013” (OMS), las tasas de mortalidad por suicidio para los países de la región en el año 2011 fueron las siguientes:

País	Tasa de mortalidad por suicidio ( X 100.000 habitantes)
Argentina	7,2
Paraguay	7,1
Uruguay	16,2
Chile	11,7
Brasil	5,0
Colombia	6,0
México	4,7
Canadá	11,5

La tendencia al aumento de las tasas de suicidio en adolescentes y jóvenes se manifiesta en los estudios realizados por algunos países de América del Sur, donde la tasa promedio de suicidio entre 2000 y 2004 en el grupo de 20 a 24 años fue de 10,2 por 100.000 habitantes (OPS 2010).

Según un informe de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2013), en base a datos suministrados por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), en Argentina la tendencia en la tasa de mortalidad por suicidio en el período 1997-2011 fue en ascenso desde 1997 y presentó el máximo valor en 2003 (8.7 por 100.000 habitantes), luego del cual se observó una disminución paulatina hasta llegar, en 2011, a su valor mínimo observado (7,3 por 100.000 habitantes). La tasa de mortalidad por suicidio en varones, registró el valor máximo en 2003 (14,1 por 100.000 habitantes) y el valor mínimo en 2011 (11,9 por 100.000 habitantes). La razón de masculinidad de mortalidad por suicidio fue 4:1 ese mismo año y la tasa de mortalidad en mujeres se mantuvo relativamente estable durante

el período analizado. La tendencia de la tasa de mortalidad por suicidio en el grupo de 15 a 24 años fue en aumento a lo largo del periodo; la tasa más alta se registró en 2011 (13 por 100.000 habitantes), inversamente, la tendencia en el grupo de 75 años y más disminuyó paulatinamente registrando en 2011 una tasa de mortalidad de 11,7 por 100.000 habitantes. Las regiones que presentaron mayores tasas de suicidio a lo largo del periodo fueron NOA y Patagonia.

## **OBJETIVOS**

### **General**

Caracterizar epidemiológicamente la mortalidad por suicidio en la República Argentina durante el período 1997-2012

### **Específicos**

- Describir la tendencia de la mortalidad por suicidio, por homicidio y de intencionalidad no determinada en la República Argentina durante el período 1997-2012.
- Describir la tendencia de la mortalidad por suicidio según grupo de edad y sexo en la República Argentina durante el período 1997-2012.
- Describir la mortalidad por suicidio según jurisdicción y sexo en la República Argentina en 2012.
- Identificar la distribución de los mecanismos de suicidio según sexo en la República Argentina en 2012.
- Describir la distribución de la mortalidad por causas externas según grupos de edad en la República Argentina en 2012.

## **METODOLOGÍA**

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. La población de este estudio fueron las defunciones por causas externas registradas en las estadísticas vitales consolidadas por la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación.

Es importante señalar que hay muertes por causas externas cuya intencionalidad no está consignada en dichos registros.

Para el análisis de la evolución temporal se consideró el período 1997-2012 y para el transversal se tomó la información de 2012.

Para el análisis estadístico hasta el año 2000 se calcularon tasas por 100.000 habitantes en base a las proyecciones de población por grupos de edad 1997-2006 del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Para el análisis estadístico desde el año 2001 hasta 2011 se calcularon tasas por 100.000 habitantes en base a las proyecciones de población por sexo y grupos de edad 2001-2015 del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Para análisis estadístico del año 2012 se calcularon tasas por 100.000 habitantes en base a las proyecciones de población por sexo y grupos de edad 2010-2040 publicado en noviembre de 2013 por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Para la comparación de las tasas, las mismas fueron ajustadas por edad, para lo que se utilizó como población estándar, el total de la población del país para el año 2010.

Para describir la mortalidad por suicidio según jurisdicción, grupo de edad y sexo se calculó la proporción del evento por grupo de edad y sexo para el total país y según jurisdicción.

Para el cálculo de la Tasa de Años Potenciales de Vida Perdidos, se consideraron las defunciones en menores de 70 años del año 2012 y para su ajuste se utilizó como población estándar, el total de la población del país para el año 2010.

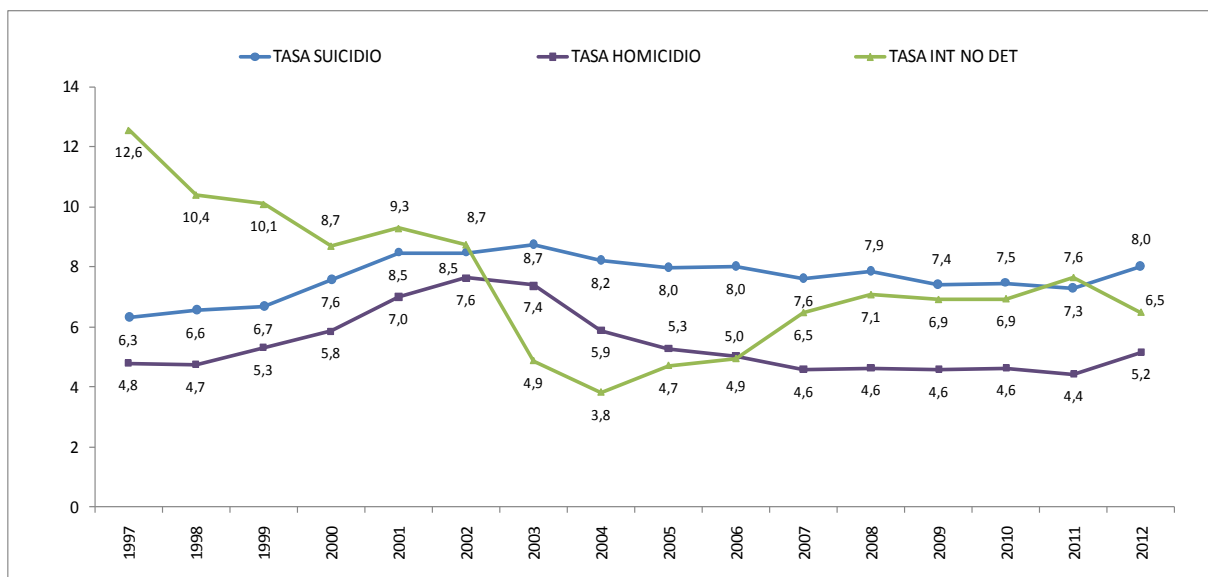
Para el análisis de datos se utilizó EPIDAT 4.0 y SPSS 19.

## **RESULTADOS**

Al analizar la mortalidad por causas externas de acuerdo a la intencionalidad del evento durante el período 1997-2012, se observó que la tasa de suicidio fue mayor que la de homicidios. Se destaca que la tasa de mortalidad por causas externas de intencionalidad no determinada presentó un comportamiento fluctuante siendo incluso mayor a la tasa de suicidio 2011 (7,6 por 100.000 habitantes).

La tasa de mortalidad por suicidio presentó un aumento progresivo desde 1997 hasta 2003, en el que alcanzó su valor máximo (8,7 por 100.000 habitantes). En el resto de los años analizados se observó una disminución progresiva respecto a este valor. En 2012 se produjo un aumento de 0,7 puntos en relación al año anterior. Gráfico 1.

Gráfico 1. Tasas de mortalidad por suicidio, homicidio e intención no determinada por 100.000 habitantes. Total País. Período 1997-2012

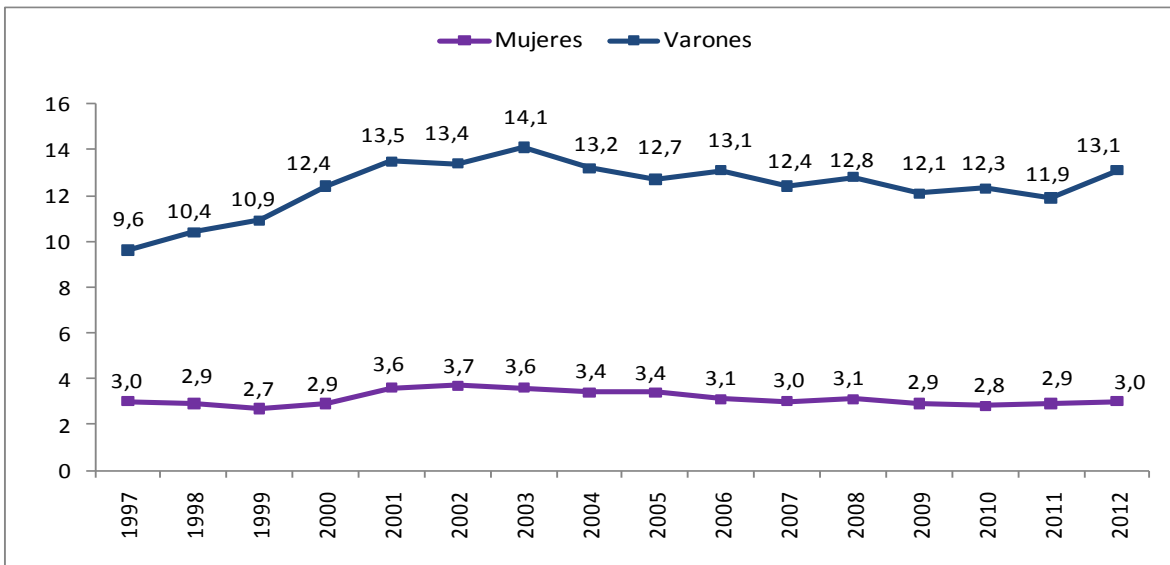


Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

En el período estudiado la tasa de mortalidad por suicidio fue mayor en varones, presentando un aumento desde 1997 hasta llegar a su valor máximo en 2003 (14,1 por 100.000 habitantes), para luego mantenerse fluctuante a lo largo del período. En 2012 hubo un aumento de 1,2 puntos en relación al año anterior.

En mujeres, la tasa de mortalidad se mantuvo relativamente estable a lo largo del período analizado, presentando valores más bajos que los varones durante todo el período, siendo su valor máximo en 2002 (3,7 por 100.000 habitantes). Gráfico 2.

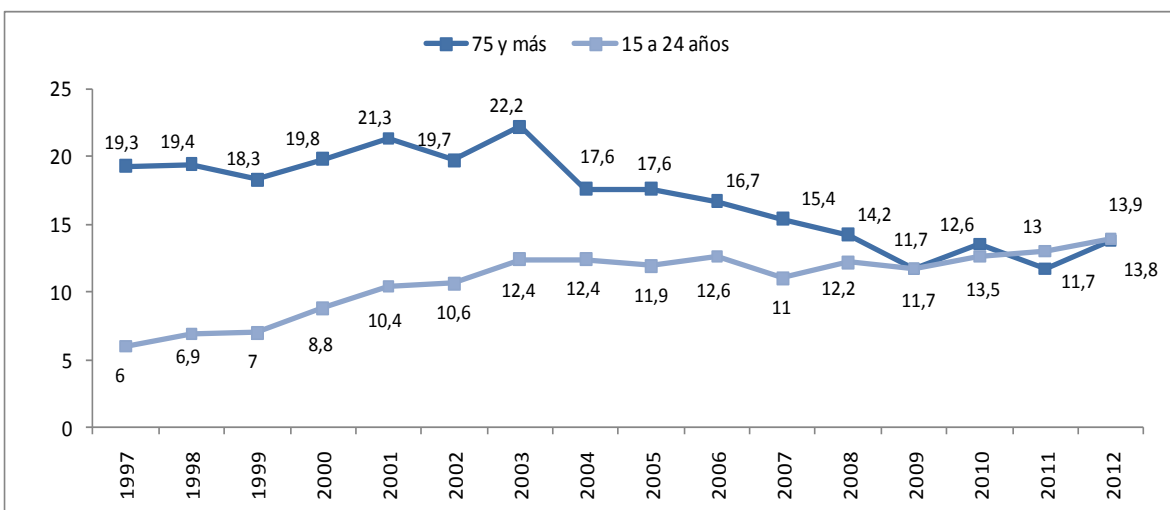
Gráfico 2. Tasa de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes según sexo. Total país. Período 1997-2012



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

Se observó que la tendencia de la tasa de mortalidad por suicidio en el grupo de 15 a 24 años aumentó a lo largo del periodo, alcanzando la tasa más alta en 2012 (13,8 por 100.000 habitantes). Inversamente, en el grupo de 75 años y más, disminuyó paulatinamente, de 19,3 por 100.000 habitantes en 1997 a 13,9 por 100.000 habitantes en 2012. Gráfico 3.

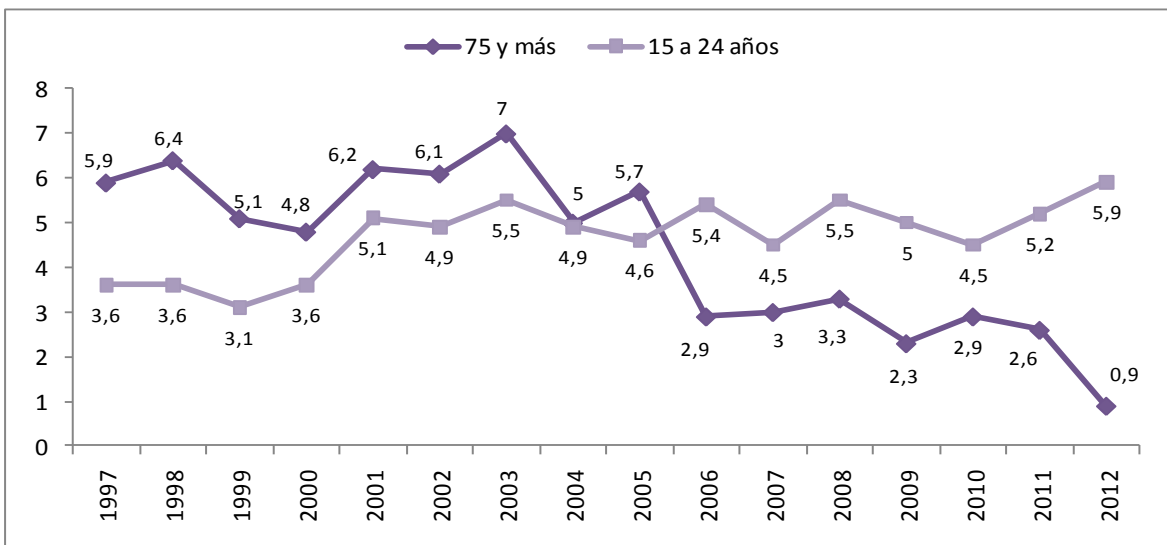
Gráfico 3. Tasa de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes en los grupos de edad de 15 a 24 años y de 75 y más. Total país. Período 1997-2012.





En mujeres, la tasa de mortalidad por suicidio en el grupo de 75 y más presentó un pico en 2003 (7 por 100.000 habitantes), para luego disminuir progresivamente hasta alcanzar el menor valor (0,9 por 100.000 habitantes) en 2012. Mientras que en el grupo de 15 a 24 años la tasa se mantuvo fluctuante a lo largo del período analizado, presentando su máximo valor en 2012 (5,9 por 100.000 habitantes). Gráfico 4.

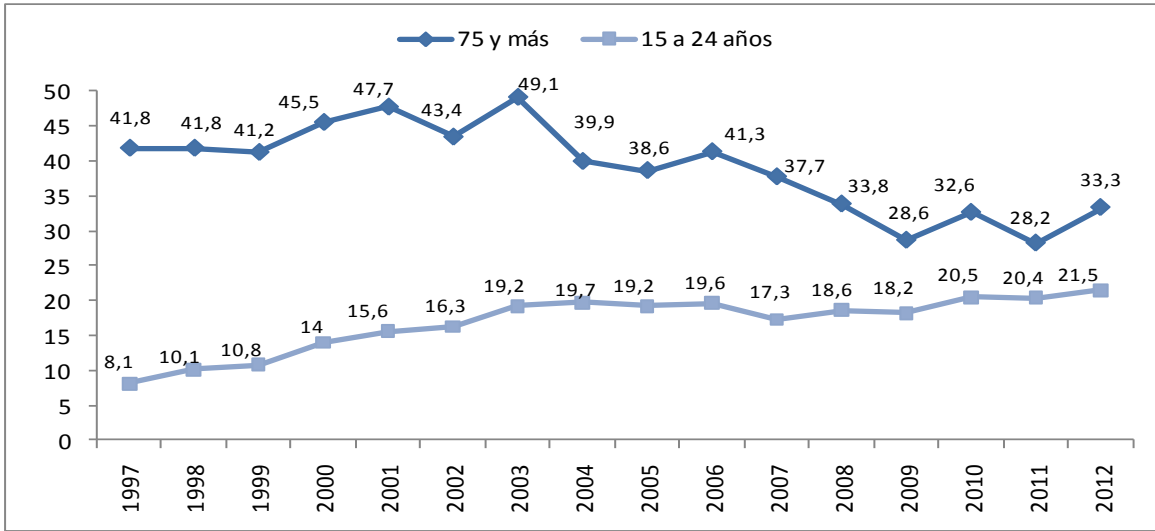
Gráfico 4. Tasa de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes en mujeres de 15 a 24 años y de 75 y más. Año 2012.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

En hombres, en el grupo de 75 años y más, la tasa de mortalidad por suicidio presentó un pico en 2003 (49,1 por 100.000 habitantes) disminuyendo progresivamente hasta 2012 (33,3 por 100.000 habitantes); mientras que en el grupo de 15 a 24 años presentó un aumento progresivo hasta 2012 en el que se registró la tasa más alta (21,5 por 100.000 habitantes) del período. Gráfico 5.

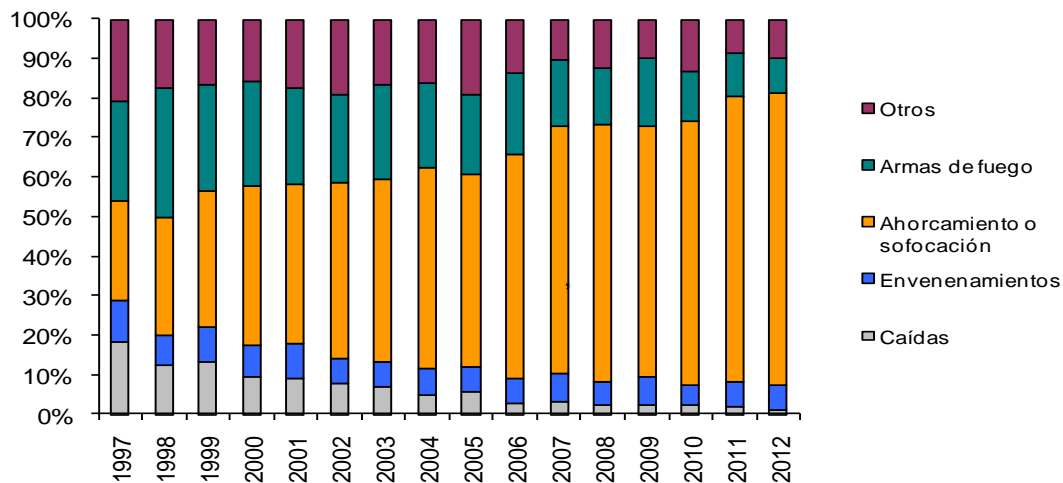
Gráfico 5. Tasa de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes en hombres de 15 a 24 años y de 75 y más. Año 2012



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

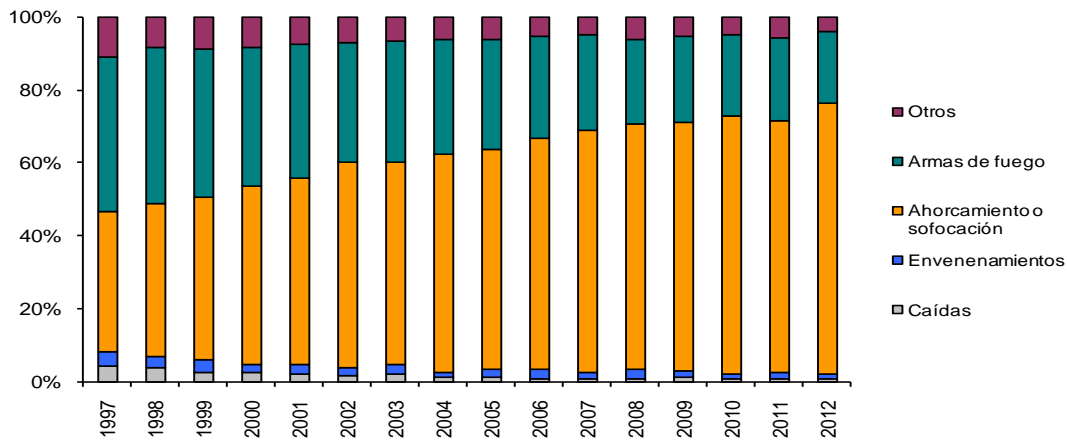
Al analizar los mecanismos de suicidio se observó que en mujeres, el ahorcamiento o sofocación fue el más utilizado y que proporcionalmente aumentó a lo largo de los años estudiados en comparación con los demás mecanismos. El mecanismo de envenenamiento fue más utilizado en mujeres que en varones. Gráfico 6.

Gráfico 6. Evolución porcentual de los mecanismos de suicidio en mujeres. Argentina. Período 1997-2012.



Durante el período analizado, el ahorcamiento o sofocación fue también el mecanismo de suicidio más utilizado en varones, y al igual que en mujeres, aumentó proporcionalmente en relación a los demás mecanismos. El mecanismo de armas de fuego fue más utilizado en varones que en mujeres. Gráfico 7.

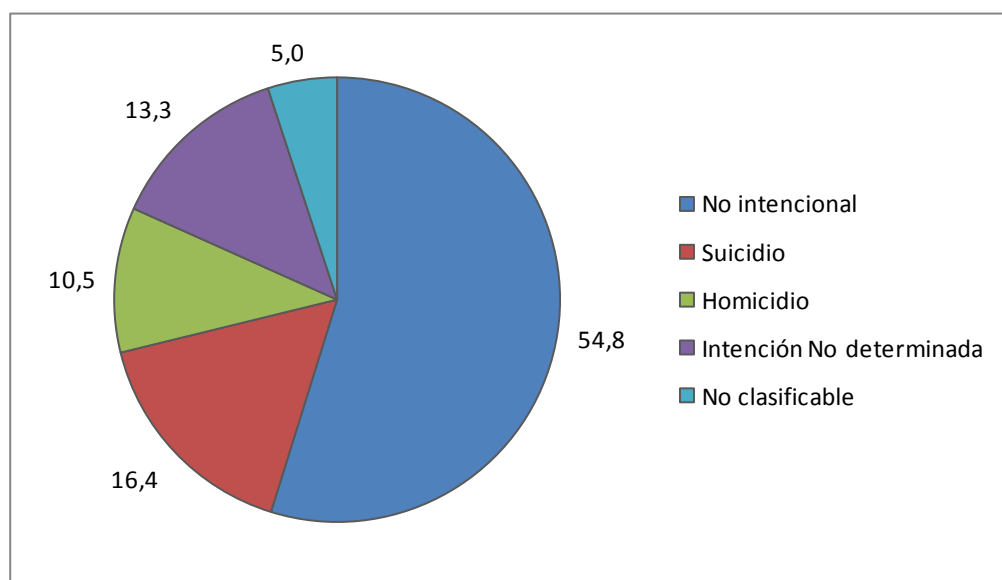
Gráfico 7. Evolución porcentual de los mecanismos de suicidio en hombres. Argentina. Período 1997-2012



En 2012, el mayor porcentaje de mortalidad por causas externas fue por lesiones no intencionales (54,8%) seguido por suicidios (16,4%). Se destaca que el porcentaje de mortalidad por lesiones de intención no determinada fue mayor al de homicidios (10,5%). Gráfico 8.

Gráfico 8. Distribución porcentual de las defunciones por causas externas según intencionalidad.

Total país. Año 2012



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

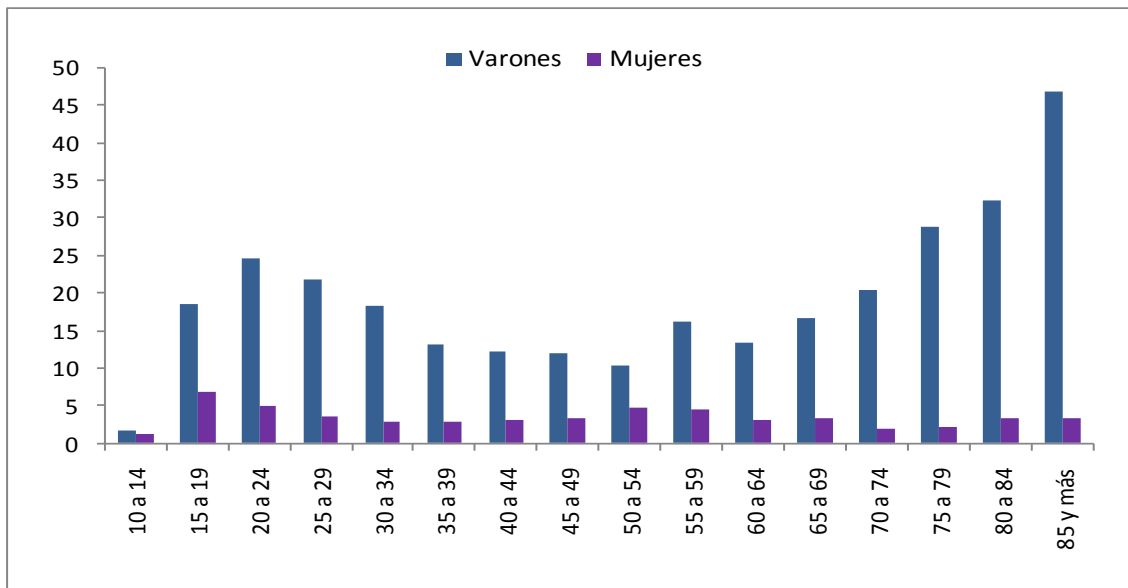
En 2012, las causas externas se presentaron dentro de las cinco primeras causas de mortalidad hasta el grupo de 45 a 54 años. Se destaca que en el grupo de 15 a 34 años, cuatro de las cinco primeras causas de mortalidad fueron por causas externas. Las muertes por suicidio fueron la segunda causa en el grupo de 15 a 24 años, luego de accidentes inclusive secuelas. Tabla 1.

Tabla 1. Cinco primeros grupos de causas de mortalidad según grupo de edad. Total país. Año 2012

	Grupos de Edad								
	De 0 a 4 años	De 5 a 14 años	De 15 a 24 años	De 25 a 34 años	De 35 a 44 años	De 45 a 54 años	De 55 a 64 años	De 65 a 74 años	De 75 y más años
1	Ciertas afec. originadas en el per. perinatal	Accidentes	Accidentes	Accidentes	Tumores malignos	Tumores malignos	Tumores malignos	Tumores malignos	Enfermedades del corazón
2	Malformaciones congénitas	Tumores malignos	Suicidios	Tumores malignos	Accidentes	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón	Tumores malignos
3	Accidentes	Malformaciones congénitas	Agresiones	Suicidios	Enfermedades del corazón	Accidentes	Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades cerebrovasculares	Neumonía e influenza
4	Neumonitis debidas a sólidos y líquidos	Eventos de intención no det., incl. secuelas	Eventos de intención no det., incl. secuelas	Eventos de intención no det., incl. secuelas	Enf. por virus de la inmunodeficiencia humana	Enfermedades cerebrovasculares	Neumonía e influenza	Neumonía e influenza	Enfermedades cerebrovasculares
5	Neumonía e influenza	Enfermedades del corazón	Tumores malignos	Agresiones	Suicidios	Neumonía e influenza	Diabetes mellitus	Diabetes mellitus	Septicemias

La tasa de mortalidad por suicidio en 2012 fue mayor en varones en todos los grupos de edad, con un pico en el grupo de 20 a 24 años (24,6 por 100.000 habitantes), a partir del cual comenzó un descenso paulatino hasta el grupo de 50 a 54 años en el que empezó a aumentar hasta llegar a su valor más alto en el grupo de 85 años y más (46,8 por 100.000 habitantes). En mujeres, se observó el valor máximo en el grupo de 15 a 19 años (6,9 por 100.000 habitantes), seguido por los grupos de 20 a 24 años (5,0 por 100.000 habitantes) y de 50 a 54 años (4,8 por 100.000 habitantes). Gráfico 9.

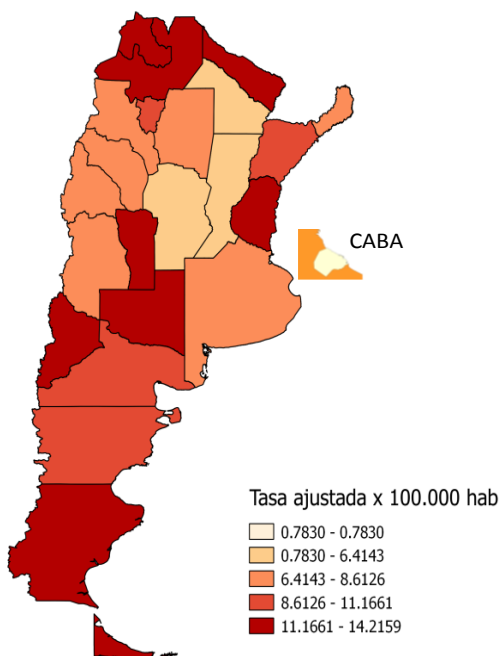
Gráfico 9. Tasa de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes según grupo de edad y sexo. Año 2012.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

En cuanto a la mortalidad por suicidio ajustada por edad según jurisdicción, para 2012 se observó que varias de las provincias de la región patagónica se encontraron dentro las que tienen las tasas más altas; así como dos de las provincias del NEA (Entre Ríos y Formosa) y dos del NOA (Salta y Jujuy). Por su parte, en CABA, Córdoba y Santa Fe se registraron los valores más bajos. Gráfico 10.

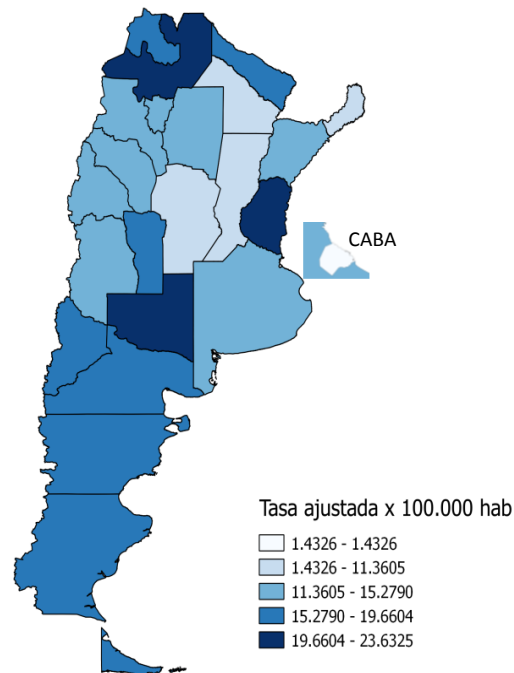
Gráfico 10. Tasa de mortalidad por suicidio ajustada por edad por 100.000 habitantes según jurisdicción. Año 2012



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

Al analizar la mortalidad por suicidio ajustada por edad en varones según jurisdicción, para 2012 se observó que La Pampa, Entre Ríos y Salta presentaron las mayores tasas; mientras que en CABA, Córdoba y Chaco se registraron las más bajas. Gráfico 11.

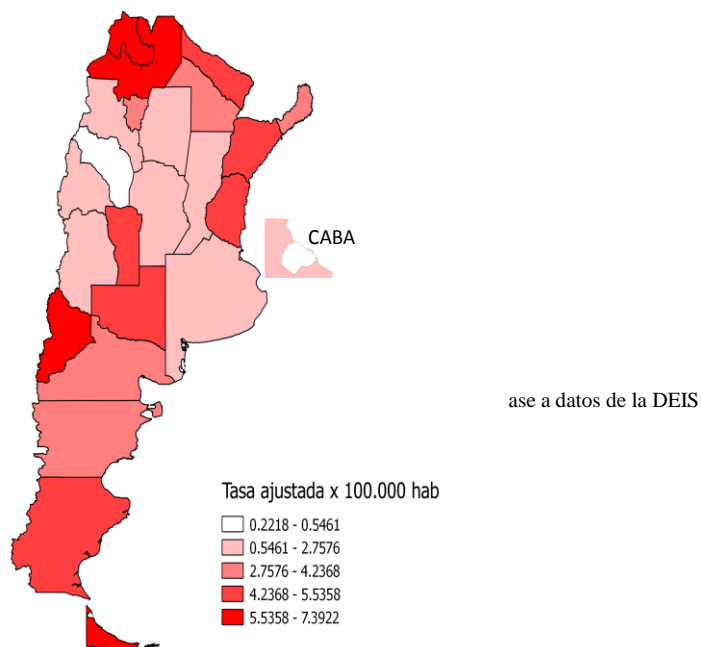
Gráfico 11. Tasa de mortalidad por suicidio ajustada por edad por 100.000 habitantes en varones. Año 2012.



en base a datos de la DEIS

En relación a la mortalidad por suicidio ajustada por edad en mujeres según jurisdicción, para 2012 se observaron las mayores tasas en dos de las provincias de la Patagonia (Neuquén y Tierra del Fuego) y en dos del NOA (Salta y Jujuy); mientras que en CABA, La Rioja y Santiago del Estero se registraron las más bajas. Gráfico 12.

Gráfico 12. Tasa de mortalidad por suicidio ajustada por edad por 100.000 habitantes en mujeres. Año 2012



En relación a la Tasa de Años potenciales de Vida Perdidos por suicidio ajustada por edad, en 2012 se observó que las provincias de Salta, Jujuy y Formosa obtuvieron los valores más elevados. Por el contrario, CABA, Córdoba y Santa Fe fueron las jurisdicciones donde se observaron las tasas más bajas en relación al total país. Tabla 2.



Tabla 2. Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) por suicidio y Tasa de AVPP ajustada por edad por 1.000 habitantes. Total país y provincias. Año 2012

<b>Población</b>	<b>APVP</b>	<b>Tasa bruta de APVP</b>	<b>Tasa de APVP ajustada</b>
<b>Total País</b>	103.426	2,67	2,74
<b>Buenos Aires</b>	39.681	2,66	2,76
<b>CABA</b>	590	0,22	0,21
<b>Catamarca</b>	1.132	3,11	3,09
<b>Chaco</b>	2.582	2,45	2,37
<b>Chubut</b>	2.265	4,46	4,56
<b>Córdoba</b>	4.994	1,57	1,6
<b>Corrientes</b>	2.580	2,63	2,7
<b>Entre Ríos</b>	4.890	4,11	4,25
<b>Formosa</b>	2.604	4,86	4,83
<b>Jujuy</b>	3.626	5,43	5,29
<b>La Pampa</b>	1.361	4,43	4,61
<b>La Rioja</b>	943	2,81	2,71
<b>Mendoza</b>	3.838	2,27	2,32
<b>Misiones</b>	2.785	2,54	2,57
<b>Neuquén</b>	2.207	3,9	3,97
<b>Rio Negro</b>	2.179	3,46	3,58
<b>Salta</b>	6.831	5,61	5,53
<b>San Juan</b>	1.863	2,77	2,87
<b>San Luis</b>	1.431	3,33	3,44
<b>Santa Cruz</b>	1.181	4,17	4,2
<b>Santa Fe</b>	5.758	1,9	1,9
<b>Santiago del Estero</b>	2.514	2,95	3
<b>Tierra del Fuego</b>	613	4,49	4,61
<b>Tucumán</b>	4.890	3,38	3,4

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

## CONCLUSIONES

En el período 1997-2012 la tasa de mortalidad por suicidio en Argentina fue mayor que la tasa de homicidio. En 2012, la tasa fue superior a la de América Latina e inferior a la del Cono Sur (Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay), ambas en 2011. Presentó un aumento progresivo desde 1997 hasta 2003, en el que alcanzó el máximo valor. Ese mismo año, inició un descenso paulatino y aumentó 0,7 puntos en 2012 respecto al año anterior. En forma simultánea, en este último año se registró un descenso de la tasa de mortalidad por lesiones de intencionalidad no determinada.

En concordancia con los datos globales, en el período estudiado se registraron mayores tasas de suicidio en varones que en mujeres. En estas últimas se observó una tendencia estable, mientras que en los varones se presentaron variaciones a lo largo del período, observándose en 2012 un aumento de 1,2 puntos respecto al año anterior.

En coincidencia con las tendencias mundiales, en cuanto a la distribución por edad, en el grupo de 15 a 24 años se presentó un aumento a lo largo del período, alcanzando la tasa más alta en 2012; inversamente, en el grupo de 75 años y más, disminuyó paulatinamente. Estos comportamientos han derivado en que, en los últimos cuatro años, las tasas de mortalidad por suicidio de ambos grupos de edad sean cada vez más similares.

La mortalidad por suicidio en 2012 se presentó dentro de las cinco primeras causas de mortalidad entre los 15 y los 44 años. En el grupo de 15 a 24 años el suicidio se presentó como segunda causa de mortalidad.

Al analizar los mecanismos de suicidio, se observó que el ahorcamiento o sofocación es el más utilizado en ambos sexos y aumentó proporcionalmente en relación a los demás mecanismos a lo largo del período analizado.

Para el mismo año, las jurisdicciones con mayores tasas de mortalidad por suicidio fueron La Pampa, Salta y Entre Ríos. Por el contrario, las que presentaron las más bajas fueron CABA, Córdoba y Santa Fe. Las provincias de Salta, Jujuy y Formosa fueron las que presentaron las mayores tasas ajustadas de Años de Vida Potencialmente Perdidos por suicidio en relación al total de su población.

## DISCUSIÓN

Desde la década de los 70, la OMS ha cuestionado los procedimientos para indagar las defunciones por causas externas. Si bien se han concretado criterios de registro para los responsables del mismo, aún puede existir una atribución errónea de ciertos suicidios a causas accidentales o de intención no determinada.

En relación a esto, cabe destacar que si bien en Argentina la tasa mortalidad por suicidio se ha mantenido estable y la de homicidios ha disminuido paulatinamente durante el período analizado, la tasa de mortalidad por causas externas de intencionalidad no determinada ha tenido un comportamiento fluctuante durante el mismo período, siendo incluso mayor que la de suicidio en 2011.

En este sentido, además de contar con fuentes oficiales de salud pública, sería interesante incorporar al análisis de mortalidad por suicidio los datos correspondientes a sistemas oficiales de otros sectores, como poder judicial, policial e instituciones u organismos no oficiales que permitan mayor aproximación a la complejidad del evento.

La identificación de estas fuentes y el análisis de estos datos pueden ser de especial utilidad a nivel jurisdiccional permitiendo así la elaboración de estrategias preventivas oportunas en tiempo y lugar.

La mayor tasa de mortalidad por suicidio en el período estudiado se presentó en 2003, contemporáneamente a la crisis socioeconómica que impactó sobre la calidad de vida de la población argentina. Cabe aclarar que si bien a partir de ese año la tasa de mortalidad por esta causa fue descendiendo, en 2012 se registró un aumento de 0,7 puntos en relación al año anterior.

Al igual que la tendencia a nivel mundial, se presentó en la población de adultos mayores una tendencia decreciente de la tasa de mortalidad por suicidio. Por el contrario, se observó un aumento de este indicador en la población joven, llegando a constituir en 2012 el grupo de edad más afectado, superando al grupo de mayores de 75 años.

El aumento de la tasa de mortalidad por suicidio en la población de 15 a 24 años observado en nuestro país se corresponde a la tendencia mundial, lo que ha sido analizado por la Organización Mundial de la Salud, que la ubica en el tercer lugar entre las principales causas de muerte en este grupo de edad (WHO 2012).

Si bien los datos sobre suicidio han permitido una primer aproximación a la tendencia y la distribución de la mortalidad por esta causa en la Argentina, conformando una importante evidencia para la percepción del problema, los datos analizados en los diferentes años, la diferencia de registros entre jurisdicciones y entre las mismas a lo largo del periodo, plantea la necesidad de profundizar el análisis a nivel provincial comparando la categoría de lesiones de mortalidad por suicidio con las de agresiones y eventos de intención no determinada, en pos de evaluar la calidad del registro.

### **BIBLIOGRAFÍA**

De Lellis, M; Demasi, A. (2014). Comunicación responsable ante la problemática del suicidio. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Ministerio de Salud de la Nación.

Dirección Nacional de Estadísticas e Información de Salud. Evolución de la mortalidad según causas. República Argentina. Período 1997 – 2006.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. 31 Serie de Análisis demográfico. Proyecciones provinciales de población por sexo y grupo de edad 2001 – 2015.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. Estimaciones y proyecciones de población 2010-2040. : Total del país. - 1a ed. – Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC, Noviembre 2013.

Organización Mundial de la Salud (2010). Guía de Intervención MH GAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Paraná: Ediciones de la OMS.

Organización Panamericana de la Salud (2012). Situación de Salud en las Américas.

Indicadores básicos. Disponible en:

[http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=580:situacion-de-salud-en-las-americas.-indicadores-ba%C2%A1sicos-2012&Itemid=260](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=580:situacion-de-salud-en-las-americas.-indicadores-ba%C2%A1sicos-2012&Itemid=260)Organización

Mundial de la Salud (2013). Día Mundial para la Prevención del Suicidio: En las Américas cada año se quitan la vida más de 60 mil personas. Disponible en:

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=8987%3Asuici](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8987%3Asuici)

de-claims-more-than-60000-lives-yearly-in-the-americas-&catid=740%3Anews-press-releases&Itemid=1926&lang=es

Organización Mundial de la Salud (2012). Prevención del suicidio (SUPRE). Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/)

Organización Mundial de la Salud. (2012) Public health action for the prevention of suicide: a framework. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.

Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de Salud, 1999-2012. Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Publicaciones.asp>