

FECHA DE RECEPCIÓN: 23 de agosto de 2022

FECHA DE ACEPTACIÓN: 26 de enero de 2023

FECHA DE PUBLICACIÓN: 5 de mayo de 2023

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Ninguna

\*AUTOR DE CORRESPONDENCIA:

andresguillermobolzan@gmail.com

REGISTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES  
EN SALUD N°: IS003783MORTALIDAD POR SUICIDIO EN LA PROVINCIA  
DE BUENOS AIRES: EPIDEMIOLOGÍA Y CONTEXTO  
PANDÉMICO POR COVID-19 EN PERSPECTIVA  
HISTÓRICA 2009-2020*Mortality due to suicide in the province of Buenos Aires:  
epidemiology and COVID-19 pandemic context in historical  
perspective, 2009-2020*Ana Laura Barrio<sup>1</sup>. Lic. en Psicología.Daniela Obando<sup>1</sup>. Lic. en Bioquímica.Sara Ardila-Gómez<sup>2,3</sup>. Dra. en Salud Mental Comunitaria.Ricardo Wright<sup>1</sup>. Dr. en Ciencias de la Salud.Lupe Marin<sup>1</sup>. Lic. en Sociología.Juliana Pisonero<sup>1</sup>. Lic. en Biología.Agustina D'Agostino<sup>1</sup>. Lic. en Psicología.\* Andrés Guillermo Bolzán<sup>1</sup>. Lic. en Antropología.Santiago Pesci<sup>1</sup>. Lic. en Economía.Teresa Varela<sup>1</sup>. Médica Pediatra, Epidemióloga.<sup>1</sup> Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.<sup>2</sup> Universidad de Buenos Aires, Argentina.<sup>3</sup> Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

**RESUMEN.** INTRODUCCIÓN: El suicidio constituye una de las principales causas de muerte consideradas como violentas y evitables. El objetivo fue estimar la incidencia y modalidad de suicidios en la serie histórica 2009-2020, considerando este último año como contexto pandémico por COVID-19. MÉTODOS: Se realizó un estudio transversal, observacional y retrospectivo de línea histórica. Los datos fueron obtenidos de la Dirección de Estadística e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Se clasificaron según tres modalidades de suicidio: intervención de un agente invasivo, un agente externo o sin agente. Para evaluar la posible variación de la densidad poblacional sobre las tasas de incidencia, se distribuyeron las defunciones sobre la base del tamaño poblacional de residencia. Finalmente, se obtuvieron dos índices: score p y estimación de mortalidad observada (MO). RESULTADOS: Entre 2009 y 2020 se produjeron 13 221 muertes por lesiones autoinfligidas, con un promedio de 1110 suicidios al año. Al comparar 2020 (916 suicidios) con el quinquenio inmediato anterior (2015-2019, con una media de 1139 suicidios  $\pm 26$  en su error estándar), el score p mostró una reducción del 23,1% (275 muertes menos de lo esperado) y la MO, un descenso de 19,6% (223 muertes por debajo del intervalo superior esperado). DISCUSIÓN: En 2020 se redujo la incidencia absoluta y relativa de suicidios, aunque se mantuvo la diferencia según modalidad y género observada en la línea histórica.

**PALABRAS CLAVE:** Suicidio; Epidemiología; Lesiones Autoinfligidas

**ABSTRACT.** INTRODUCTION: Suicide is one of the main causes of death classified as violent and preventable. The objective was to estimate the incidence and mode of suicide in the 2009-2020 historical series, considering year 2020 as COVID-19 pandemic context. METHODS: A cross-sectional, retrospective, observational, historical timeline study was conducted. Data were obtained from the Department of Health Statistics and Information of the Ministry of Health of the Province of Buenos Aires. They were classified according to three modes of suicide: intervention of an invasive agent, an external agent or no agent. In order to evaluate the possible variation of population density on suicide incidence rates, deaths were distributed based on the population size of residence. Finally, two indices were obtained: the p-score and the estimate of observed mortality (OM). RESULTS: During 2009-2020 there were 13221 deaths due to self-inflicted injuries, with an average of 1110 suicides per year. When comparing the year 2020 (916 suicides) with the previous five-year period (2015-2019, with a mean of 1139 suicides  $\pm 26$  in its standard error), the p-score showed a reduction of 23.1% (275 deaths less than expected) and OM, a decrease of 19.6% (223 deaths below the expected upper interval). DISCUSSION: During 2020 there was a reduction in the absolute and relative incidence of suicides, while maintaining the difference according to mode and gender observed through the historical timeline.

**KEY WORDS:** Suicide; Epidemiology; Self-Inflicted Injuries

## INTRODUCCIÓN

Se sabe que el suicidio es una de las principales causas de mortalidad entre los adolescentes y jóvenes en casi todo el mundo<sup>1</sup>. Junto a los homicidios y los accidentes, constituye una de las causas de muerte clasificadas como violentas y consideradas evitables<sup>2</sup>. La salud mental ha sido una de las preocupaciones en lo referido a los posibles efectos a corto, mediano y largo plazo de la pandemia por COVID-19, ya que esta impuso en un corto tiempo una drástica modificación en las formas de vida de buena parte de la población del planeta<sup>3</sup>. Se ha procurado, a la luz de situaciones similares vividas en el pasado, prever los efectos de la pandemia en la salud mental y, particularmente, se ha buscado responder al interrogante sobre el aumento o no de los suicidios asociados, que pueden ser vistos como la punta del iceberg de las problemáticas derivadas del sufrimiento y malestar individuales y colectivos. Así, se ha planteado la pregunta de si los suicidios han aumentado desde el inicio de la pandemia o si es esperable que lo hagan, y si es posible establecer una relación de un eventual aumento con la pandemia misma<sup>4</sup>. En la provincia de Buenos Aires se cuenta con estadísticas históricas desde 2001 a 2017, que muestran que se producen aproximadamente 1000 defunciones por lesiones autoinfligidas, es decir, que pueden ser clasificadas como suicidios en términos generales. A lo largo de ese periodo se produjeron 19 287 defunciones por suicidios, con una tasa acumulada de 7,36 por 100 000 y una razón varones:mujeres de 4:1<sup>5</sup>. Al relacionar las tasas de suicidio con el tamaño poblacional de las diferentes regiones sanitarias de la provincia, se observó una relación inversa entre el tamaño poblacional y las tasas de mortalidad. La tasa global de defunciones muestra variaciones: una disminución de la tasa desde 2001 a 2009 (con un pico en 2003), luego un crecimiento de 2010 a 2012 y nuevamente una reducción desde 2013 hasta 2017. Por otra parte, la modalidad de autoagresión difiere significativamente entre sexos y dentro del grupo general. El uso de agente externo resultó la modalidad de suicidio más frecuente (6,69 por 100 000, comparado con 0,12 de agente invasivo [intoxicaciones] y 0,55 sin agente). En Argentina, el análisis del periodo 1990-2019 muestra un punto de inflexión en 1998-2001, donde se observa un aumento de las tasas de suicidio. A su vez, el año con mayor tasa general de suicidios fue 2003<sup>6</sup>.

En el contexto de la pandemia de COVID-19, los estudios realizados durante los primeros meses mostraron un efecto reducido en las tasas de suicidio, lo cual contrasta con el panorama presentado por algunos medios de comunicación. De acuerdo con análisis de datos a nivel nacional de Australia, Nueva Zelanda, Estados Unidos, Canadá, Noruega y Perú, las tasas de suicidio no se elevaron durante los primeros meses de la pandemia. Japón mostró un patrón diferente: se observó una disminución de dichas tasas (14%) entre febrero y julio de 2020, así como un incremento durante la segunda ola (16%), más marcado en mujeres y en niños y adolescentes<sup>3</sup>. Por otro lado, el estudio de Pirkis<sup>6</sup>, que analizó datos de 21 países de ingresos altos y medios altos,

concluyó que las tasas de suicidio en un sentido general no se modificaron y que incluso mostraron una disminución en los primeros meses de la pandemia, si se compara con los niveles esperados con base en el periodo pre-pandemia. A su vez, considerando la crisis económica global asociada a la pandemia y la consecuente pérdida de puestos de trabajo, un modelo de análisis estimó que es esperable un aumento en las tasas de suicidio, relacionado con un mayor desempleo<sup>7</sup>. El objetivo general del presente trabajo fue estimar la incidencia y modalidad de suicidios en la serie histórica 2009-2020, considerando este último año como contexto pandémico por COVID-19, y caracterizarlos según edad, sexo y agrupamiento demográfico como reflejo del tamaño poblacional.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal observacional retrospectivo de línea histórica. El universo de análisis fue la población fallecida y registrada con certificado de defunción con residencia en la provincia de Buenos Aires durante la serie histórica 2009-2020 y cuya primera causa de muerte fue lesión autoinfligida. Como criterio de exclusión, se definió un registro en la base de datos que careciera de los campos de información sobre edad, sexo, código principal de muerte, partido de residencia o fecha de defunción. Los datos de mortalidad se obtuvieron de la Dirección de Estadística e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Los datos analizados fueron los relativos a las lesiones autoinfligidas intencionalmente, es decir, X600, X700 y X800-849 según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10), a saber:

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

Para evaluar la variación que la densidad poblacional podría ejercer sobre las tasas de incidencia de suicidio, se distribuyeron las defunciones de acuerdo con el criterio de tamaño poblacional de residencia según los niveles que establece el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC): pequeñas urbes (2500 a 29 999 habitantes); medianas urbes (30 000 a 499 000 habitantes); grandes urbes (500 000 habitantes y más).

El análisis estadístico consistió en la determinación de la frecuencia absoluta y relativa de las defunciones totales y las defunciones por lesiones autoinfligidas según sexo,

edad y conglomerado de residencia, el cálculo de las tasas de incidencia y cálculo de las razones de tasas de incidencia y sus intervalos de confianza del 95% según agrupamiento demográfico (edad, sexo) y conglomerado poblacional. Finalmente se obtuvieron dos índices: el *score p* y la estimación de mortalidad observada (MO)<sup>8,9</sup>.

$$\text{score } p = \frac{\text{Mortalidad observada} - \text{mortalidad promedio 2015-2019}}{\text{mortalidad promedio 2015-2019}}$$

$$MO = \frac{\text{mortalidad observada} - \text{límite superior del promedio histórico (IC95\%)2015-2019}}{\text{límite superior (IC95\%)histórico 2015-2019}}$$

El exceso de mortalidad puede ser determinado a partir de los valores absolutos y porcentuales respecto del año de comparación y la distribución histórica esperada, tanto en relación con el promedio como con el límite superior del IC95%. De esta manera, la distribución esperada a partir de la evidencia histórica puede expresarse tanto en términos puntuales (*score p*) como de intervalos (MO).

El proyecto de investigación del presente estudio no requirió aprobación de comité de ética de investigación debido a que se basó en datos de fuente estadística secundaria y anónima. Asimismo, no requirió la utilización de consentimiento informado de los participantes del estudio o paciente(s) debido a que se utilizó para su elaboración una fuente estadística anónima de registro.

## RESULTADOS

Durante el periodo 2009-2020 se produjeron 13 221 muertes debido a lesiones autoinfligidas, con un promedio de 1110 suicidios al año. Al comparar 2020 (916 suicidios) con el quinquenio inmediato anterior (2015-2019, con una media de 1139 suicidios  $\pm 26$  en su error estándar), el *score p* mostró una reducción del 23,1% (275

mueres menos de lo esperado) y la MO, un descenso de 19,6% (223 muertes por debajo del intervalo superior esperado). La información desagregada por factores demográficos (sexo, edad y localidad de residencia) varió levemente según su disponibilidad en el certificado de defunción. Sin embargo, a los fines del cálculo de tasas, resultó estadísticamente despreciable. A lo largo de la serie histórica se produjeron 4,5 suicidios en varones por cada 1 ocurrido en mujeres; las mayores razones se observaron en los segmentos de 20-24 y 75-79 años de edad, que superaron los 6 suicidios en varones por cada 1 ocurrido en mujeres (ver Tabla 1).

En términos absolutos hubo mayor cantidad de suicidios en edades jóvenes que en adultos, y luego en ancianos. Sin embargo, las tasas de incidencia mostraron una relación invertida (ver Gráfico 1).

En lo que respecta a la variación entre sexos, el valor resultó superior en varones en todos los tramos etarios. Se distanció a partir de los 60 años (12,4 por 100 000), cuando cayó en mujeres (2,8 por 100 000) pero aumentó en varones (ver Gráfico 2).

Las tasas de incidencia mostraron diferencias entre géneros según la modalidad empleada para ejecutar el suicidio. Mientras que el uso de agente invasivo (tóxicos y envenenamientos) fue muy similar tanto en lo acumulado como por grupo de edad entre varones y mujeres (ver Tabla 2), no ocurrió lo mismo en cuanto al empleo de un agente externo (disparo, soga, etc.); allí la razón de tasas fue 5:1 en varones respecto a mujeres.

Por otra parte, la modalidad sin intervención de ningún agente (salto al vacío) fue 2,3 veces superior en el sexo masculino. Al analizar por años, se observó la reducción de las tasas relativas de incidencia respecto al periodo

**TABLA 1.** Distribución de los suicidios según grupo de edad, sexo (V:varones, M:mujeres) y modalidad (intervención de agente), casos y tasas acumuladas, 2009-2020, provincia de Buenos Aires, Argentina.

Edad (años)	Casos acumulados 2009-2020						Tasas (por 100 000 habitantes) acumuladas 2009-2020						Razón V:M	
	Modalidad del suicidio						Modalidad del suicidio							
	Agente invasivo		Agente externo		Sin agente		Agente invasivo		Agente externo		Sin agente		casos	tasas
	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M		
10 a 14	0	0	84	48	3	3	0,00	0,00	1,05	0,63	0,04	0,04	1,71	1,63
15 a 19	2	2	921	252	33	20	0,03	0,03	11,76	3,33	0,42	0,26	3,49	3,37
20 a 24	8	8	1482	229	52	17	0,10	0,10	18,94	2,99	0,66	0,22	6,07	5,95
25 a 29	14	5	1190	215	35	21	0,18	0,07	15,49	2,82	0,46	0,28	5,14	5,09
30 a 34	10	8	1068	170	45	16	0,14	0,11	14,44	2,29	0,61	0,22	5,79	5,80
35 a 39	8	6	908	181	51	17	0,12	0,09	13,11	2,57	0,74	0,24	4,74	4,82
40 a 44	4	7	672	145	39	21	0,06	0,11	10,77	2,26	0,63	0,33	4,13	4,26
45 a 49	7	11	563	151	40	19	0,13	0,19	10,24	2,63	0,73	0,33	3,37	3,52
50 a 54	12	15	529	150	43	17	0,24	0,28	10,66	2,83	0,87	0,32	3,21	3,43
55 a 59	4	10	489	136	46	25	0,09	0,20	10,87	2,76	1,02	0,51	3,15	3,46
60 a 64	6	4	437	99	44	22	0,15	0,09	11,09	2,21	1,12	0,49	3,90	4,43
65 a 69	7	9	473	91	31	19	0,22	0,23	14,61	2,34	0,96	0,49	4,29	5,15
70 a 74	6	8	355	64	21	18	0,25	0,25	14,62	2,01	0,86	0,57	4,24	5,57
75 a 79	0	5	418	49	32	11	0,00	0,20	24,76	1,94	1,90	0,44	6,92	10,37
80 a 84	4	2	319	34	30	5	0,39	0,11	30,86	1,84	2,90	0,27	8,61	15,40
85 y más	2	3	272	39	33	13	0,28	0,17	38,63	2,24	4,69	0,75	5,58	13,78
Total	94	103	10 180	2053	578	264	0,12	0,12	10,49	2,03	0,60	0,26	4,48	4,68

GRÁFICO 1. Casos y tasas de suicidios por 100 000 habitantes según grupos de edad, acumulado 2009-2020, provincia de Buenos Aires, Argentina.

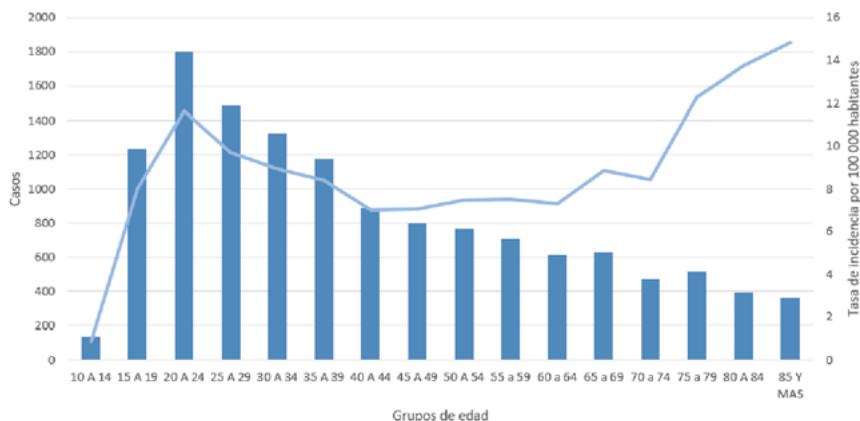


GRÁFICO 2. Casos y tasas de suicidios por 100 000 habitantes según grupos de edad, acumulado 2009-2020, provincia de Buenos Aires, Argentina.

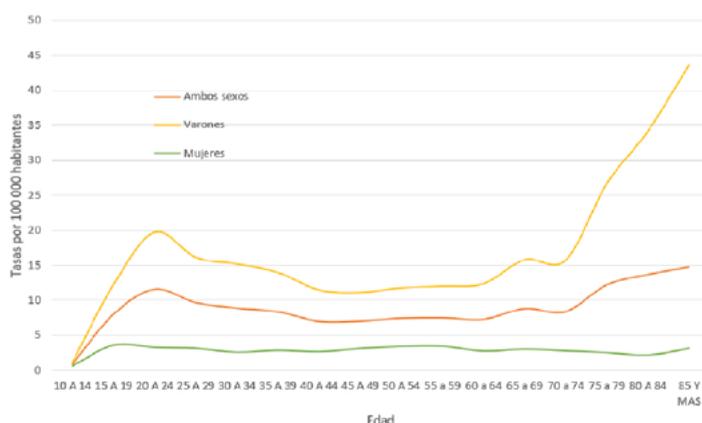


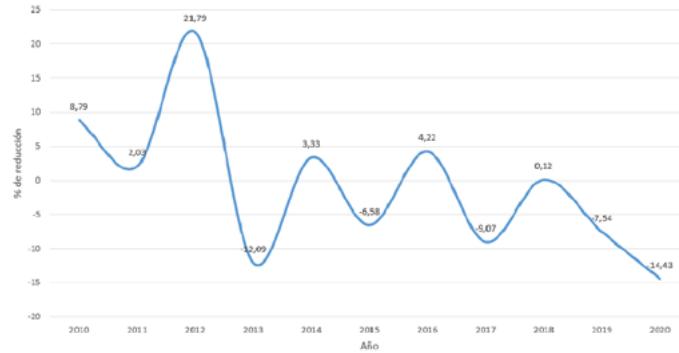
TABLA 2. Distribución de los suicidios según año, sexo (V:varones, M:mujeres) y modalidad (intervención de agente), casos y tasas, 2009-2020, provincia de Buenos Aires, Argentina.

Año	Casos						Tasas					
	Modalidad del suicidio						Modalidad del suicidio					
	Agente invasivo		Agente externo		Sin agente		Agente invasivo		Agente externo		Sin agente	
	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M
2009	8	5	712	124	46	25	0,13	0,08	11,53	1,88	0,75	0,38
2010	6	9	757	176	49	37	0,10	0,13	12,01	2,61	0,78	0,55
2011	10	9	781	182	64	24	0,16	1,32	12,24	2,67	1,00	3,52
2012	8	6	1036	199	46	22	0,12	0,09	16,04	2,89	0,71	0,32
2013	8	12	886	192	50	24	0,12	0,17	13,55	2,75	0,76	0,34
2014	9	10	906	224	57	18	0,14	0,14	13,69	3,18	0,86	0,26
2015	9	11	894	194	29	22	0,13	0,15	13,35	2,72	0,43	0,31
2016	9	16	941	186	45	23	0,13	0,22	13,88	2,58	0,66	0,32
2017	8	12	847	172	57	22	0,12	0,16	12,34	2,36	0,83	0,30
2018	6	7	919	143	41	11	0,09	0,10	13,23	1,94	0,59	0,15
2019	5	1	836	149	48	18	0,07	0,01	11,88	2,00	0,68	0,24
2020	8	5	665	112	46	18	0,11	0,07	9,33	1,49	0,65	0,24
Total	94	103	10 180	2053	578	264	0,12	0,12	12,74	2,42	0,72	0,31

calendario inmediato anterior, lo que refleja (ver Gráfico 3) que a partir de 2017 hubo una tendencia a la caída (9,1% respecto de 2016) y que en 2020 la reducción de la tasa de incidencia de suicidio fue un 14,4% inferior a 2019.

Los datos agrupados según aglomerados urbanos y sus tamaños mostraron que a mayor cantidad de población,

menor tasa de incidencia de suicidios (ver Tabla 3), con una razón de tasas de 1,9 y 2,2 veces más, respectivamente, entre el aglomerado A (menos de 30 000 habitantes) y el B (entre 30 000 y 500 000 habitantes) en relación con el aglomerado C (ciudades de más de 500 000 habitantes) (ver Tabla 4).

**GRÁFICO 3.** Variación porcentual de la tasa de suicidio respecto del año inmediato anterior, serie histórica 2009-2020, provincia de Buenos Aires, Argentina.**TABLA 3.** Distribución de los suicidios según aglomerado urbano y modalidad (intervención de agente), casos y tasas acumuladas, 2009-2020, provincia de Buenos Aires, Argentina.

Modalidad	Casos			Tasas		
	Pequeñas urbes (2500 a 29 999 habitantes)	Medianas urbes (30 000 a 499 000 habitantes)	Grandes urbes (500 000 habitantes y más)	Pequeñas urbes (2500 a 29 999 habitantes)	Medianas urbes (30 000 a 499 000 habitantes)	Grandes urbes (500 000 habitantes y más)
Agente invasivo	19	117	55	0,18	0,10	0,06
Agente externo	1205	6694	4263	11,49	5,91	4,92
Sin agente	63	422	355	0,60	0,37	0,41
<b>Total</b>	<b>1287</b>	<b>7233</b>	<b>4673</b>	<b>12,27</b>	<b>6,39</b>	<b>5,39</b>

## DISCUSIÓN

Como se observa en los resultados, la tasa de suicidios en la provincia de Buenos Aires disminuyó en el año 2020 en comparación con el periodo anterior analizado (2009-2019). Esto coincide con lo reportado por otros estudios internacionales<sup>4,6</sup>.

La primera cuestión planteada se refiere al fenómeno con el cual se debe comparar la pandemia por COVID-19 a fin de establecer hipótesis sobre el posible comportamiento de los suicidios en la actual situación. Las guerras y conflictos armados, los desastres naturales, otras epidemias y las crisis económicas han sido los eventos con los cuales se ha procurado establecer algún tipo de contraste. Respecto a eventos tales como las guerras o algunos conflictos políticos, la evidencia que existe es mixta, aunque cabe señalar que algunos estudios reportan un aumento posterior a su finalización, ya que durante su curso dichos eventos producen un cierto sentido y niveles de cohesión social y comunitaria altos, que reducen los suicidios<sup>10,11</sup>. También se ha planteado como hipótesis, para explicar esta asociación, que la agresión que se encuentra heterodirigida durante los periodos de conflicto social se vuelve a autodirigir cuando ellos finalizan<sup>12</sup>.

Respecto a los desastres naturales, estudios realizados tras los huracanes Katrina en 2005 y María en 2017 registraron aumentos en las tasas de suicidio en los meses posteriores a dichos eventos<sup>4</sup>. En cuanto a otras epidemias, como la de SARS (síndrome respiratorio agudo grave) en 2003, se observó un aumento en la tasa de suicidios en Hong Kong, en particular en las personas mayores de 65 años de edad, lo cual se relacionó con el hecho de que esas personas tenían ser una carga para sus familias<sup>13</sup>.

Por su parte, las crisis y recesiones económicas son los eventos que parecen presentar una relación más clara con el aumento de suicidios. En tal sentido, hay que señalar que las políticas públicas dirigidas a mitigar sus efectos son un importante factor protector<sup>14</sup>. Cabe señalar que el estudio de Pirkis proporciona información sobre países de la región de América Latina y el Caribe, como Chile, Brasil, Perú y México. Por otro lado, el análisis de datos específicos de la provincia de Buenos Aires del periodo 2001-2017 muestra que la tasa general de suicidios más alta también se produjo en 2003<sup>5</sup>. Estas tasas elevadas se observan en el periodo cercano a la crisis económica que vivió Argentina a fines de la década de 1990 y a comienzos de la de 2000.

## RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

En 2015 se sancionó, por unanimidad en ambas Cámaras, la Ley Nacional de Prevención del Suicidio N° 27130. El objetivo de la norma es "la disminución de la incidencia y prevalencia del suicidio, a través de la prevención, asistencia y posvención". La Ley declara "de interés nacional en todo el territorio de la República Argentina 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 familias de víctimas del suicidio". En el año 2020, desde la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, se elaboró el Proyecto de Decreto con la Reglamentación de la Ley Nacional de Prevención del Suicidio. En el texto del Proyecto de Decreto de Reglamentación se incorporaron los aportes de las autoridades de Salud Mental y

**TABLA 4.** Distribución de los suicidios (casos y tasas por 100 000 habitantes) según modalidad, aglomerados urbanos y año (2009-2020), provincia de Buenos Aires, Argentina.

Año	Modalidad	Aglomerados urbanos					
		Pequeñas urbes (2500 a 29 999 habitantes)		Medianas urbes (30 000 a 499 000 habitantes)		Grandes urbes (500 000 habitantes y más)	
		N	tasas	N	tasas	N	tasas
2009	Agente invasivo	2	0,23	9	0,10	2	0,03
	Agente externo	96	10,98	460	4,87	282	3,90
	Sin agente	8	0,92	38	0,40	25	0,35
2010	Agente invasivo	1	0,11	11	0,12	3	0,04
	Agente externo	82	9,38	508	5,38	342	4,73
	Sin agente	7	0,80	42	0,44	37	0,51
2011	Agente invasivo	2	0,23	11	0,12	6	0,08
	Agente externo	94	10,76	521	5,52	334	4,62
	Sin agente	6	0,69	39	0,41	42	0,58
2012	Agente invasivo	1	0,11	5	0,05	3	0,04
	Agente externo	96	10,98	698	7,39	396	5,48
	Sin agente	11	1,26	26	0,28	30	0,42
2013	Agente invasivo	2	0,23	13	0,14	5	0,07
	Agente externo	96	10,98	574	6,08	370	5,12
	Sin agente	5	0,57	38	0,40	29	0,40
2014	Agente invasivo	3	0,34	6	0,06	9	0,12
	Agente externo	116	13,27	585	6,20	397	5,49
	Sin agente	5	0,57	43	0,46	26	0,36
2015	Agente invasivo	1	0,11	13	0,14	6	0,08
	Agente externo	105	12,01	586	6,21	384	5,31
	Sin agente	4	0,46	26	0,28	19	0,26
2016	Agente invasivo	2	0,23	15	0,16	8	0,11
	Agente externo	102	11,67	609	6,45	431	5,96
	Sin agente	6	0,69	37	0,39	26	0,36
2017	Agente invasivo	2	0,23	12	0,13	5	0,07
	Agente externo	111	12,70	568	6,02	332	4,59
	Sin agente	2	0,23	45	0,48	33	0,46
2018	Agente invasivo	2	0,23	8	0,08	3	0,04
	Agente externo	120	13,73	603	6,39	366	5,06
	Sin agente	4	0,46	28	0,30	19	0,26
2019	Agente invasivo	1	0,11	3	0,03	2	0,03
	Agente externo	95	10,87	546	5,78	343	4,75
	Sin agente	3	0,34	31	0,33	32	0,44
2020	Agente invasivo	0	0,00	11	0,12	3	0,04
	Agente externo	92	10,53	436	4,62	286	3,96
	Sin agente	2	0,23	29	0,31	37	0,51
Total		1287	12,3	7233	6,4	4673	5,4

Adicciones de las distintas provincias del país; del Órgano de Revisión Nacional de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657; del Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones; de la Organización Panamericana de la Salud (OPS); del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); de la Mesa de Trabajo Intersectorial para el Abordaje Socio-Comunitario de la Problemática del Suicidio en Población General con Foco en Adolescencias y Juventudes; y de expertos en la materia. La reglamentación de esta ley promueve la unificación de registros sobre suicidios e intentos de suicidios, así como la creación de

un sistema de registro de notificación obligatoria. Además, procura habilitar líneas telefónicas gratuitas de escucha a situaciones críticas e insta a las obras sociales y las empresas de medicina prepaga a dar cobertura asistencial a las personas que hayan sido víctimas de intento de suicidio y a sus familias.

En el encuentro nacional de referentes de epidemiología realizado en noviembre de 2021, que tuvo como objetivo la actualización de las normas de vigilancia epidemiológica, "intento de suicidio" y "suicidio" fueron incluidos como eventos de notificación obligatoria a fin de estimar

la magnitud del evento en tiempo, persona y lugar; caracterizarlo epidemiológicamente; e identificar las poblaciones o grupos de riesgo para fortalecer las actividades de control y prevención. El primer paso para incentivar procesos, adoptar posibles medidas correctivas y mejorar los métodos de abordaje consiste en conocer la magnitud de un problema. Por lo tanto, el presente trabajo realiza un aporte sustancial en ese aspecto. El caso de la muerte por suicidio, además, implica pensar en la prevención

como único método de reducción de la mortalidad. Como antecedente, se menciona el protocolo para la prevención del suicidio a modo de guía anticipatoria. La incorporación de la vigilancia epidemiológica del suicidio tiene un fuerte fundamento no solo por la magnitud (como se ha demostrado en las investigaciones mencionadas), sino también por el trauma que incluye al grupo familiar y el impacto en las comunidades, sobre todo las de pequeño tamaño poblacional.

**CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES:** Todos los autores han efectuado una contribución sustancial a la concepción o el diseño del estudio o a la recolección, análisis o interpretación de los datos; han participado en la redacción del artículo o en la revisión crítica de su contenido intelectual; han aprobado la versión final del manuscrito; y son capaces de responder respecto de todos los aspectos del manuscrito de cara a asegurar que las cuestiones relacionadas con la veracidad o integridad de todos sus contenidos han sido adecuadamente investigadas y resueltas.

**DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES:** No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

**Cómo citar este artículo:** Barrio AL, Obando D, Ardila-Gómez S, Wright R, Marin L, Pisonero J, *et al.* Mortalidad por suicidio en la provincia de Buenos Aires: epidemiología y contexto pandémico por COVID-19 en perspectiva histórica 2009-2020. *Rev Argent Salud Pública.* 2023;15:e103. Publicación electrónica 5 de May de 2023.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud. Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [citado 23 Mar 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341728?locale-attribute=es&>

<sup>2</sup> Bonanno D, Badano F, Alfani S. Tendencia de mortalidad por suicidios en Argentina entre 1990 y 2019. *Rev Argent Salud Pública* [Internet]. 2022 [citado 2 May 2023];14:e75. Disponible en: <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/748/763>

<sup>3</sup> Appleby L. What has been the effect of covid-19 on suicide rates? *BMJ* [Internet]. 2021 [citado 2 May 2023];372:n834. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n834.long>

<sup>4</sup> Devitt P. Can we expect an increased suicide rate due to Covid-19? *Ir J Psychol Med* [Internet]. 2020 [citado 2 May 2023];37(4):264-268. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/ijpm.2020.46>

<sup>5</sup> Barrio AL, Bolzán AG, Obando DN. Epidemiología de la mortalidad por suicidio en la provincia de Buenos Aires, Argentina, 2001-2017. *Vertex* [Internet]. 2021 [citado 2 May 2023];32(151):62-70. Disponible en: <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/26/10>

<sup>6</sup> Pirkis J, John A, Shin S. Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2021 [citado 2 May 2023];8(7):579-588. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(21\)00091-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(21)00091-2/fulltext)

<sup>7</sup> Serfaty, E., Andrade, V., Foglia, L., Masautis, A., Negri, G. (2004). Suicidio en adolescentes y jóvenes residentes en Argentina. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 50(4): 281-288.

<sup>8</sup> Kawohl W, Nordt C. COVID-19, unemployment, and suicide. *Lancet Psychia-*

*try* [Internet]. 2020 [citado 2 May 2023];7(5):389-390. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30141-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30141-3)

<sup>9</sup> Beaney T, Clarke J, Vageesh J. Excess mortality: the gold standard in measuring the impact of COVID-19 worldwide? *J R Soc Med* [Internet]. 2020 [citado 2 May 2023];113(9):329-334. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7488823/>

<sup>10</sup> Giattino C, Ritchie H, Roser M. Excess mortality during the Coronavirus pandemic (COVID-19) [Internet]. Oxford: Our World in Data; 2020 [citado 2 May 2023]. Disponible en: <https://ourworldindata.org/excess-mortality-covid>

<sup>11</sup> O'Connor RC, O'Neill SM. Mental health and suicide risk in Northern Ireland: a legacy of the Troubles? *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2015 [citado 2 May 2023];2(7):582-584. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(15\)00240-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(15)00240-0/fulltext)

<sup>12</sup> Curran PS. Psychiatric aspects of terrorist violence: Northern Ireland 1969-1987. *Br J Psychiatry* [Internet]. 1988 [citado 2 May 2023];153:470-475. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abs/psychiatric-aspects-of-terrorist-violence-northern-ireland-19691987/D5E858D095A-111ABA9964AFA398D1C33>

<sup>13</sup> Yip PS, Cheung YT, Chau PH, Law YW. The impact of epidemic outbreak: the case of severe acute respiratory syndrome (SARS) and suicide among older adults in Hong Kong. *Crisis* [Internet]. 2010 [citado 2 May 2023];31(2):86-92. Disponible en: <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1027/0227-5910/a000015>

<sup>14</sup> Corcoran P, Griffin E, Arensman E, Fitzgerald AP, Perry JJ. Impact of the economic recession and subsequent austerity on suicide and self-harm in Ireland: an interrupted time series analysis. *Int J Epidemiol* [Internet]. 2015 [citado 2 May 2023];44(3):969-977. Disponible en: <https://academic.oup.com/ije/article/44/3/969/631832>



Esta obra está bajo una licencia de *Creative Commons* Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Reconocimiento – Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No comercial – esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.