

Determinantes socio-económicos de la tasa de suicidios en América Latina y el Caribe.

Gisela Paula González y Fernando Pablo Lago.

Cita:

Gisela Paula González y Fernando Pablo Lago (2017). *Determinantes socio-económicos de la tasa de suicidios en América Latina y el Caribe. XII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-022/413>

Determinantes socio-económicos de la tasa de suicidios en América Latina y el Caribe.

Resumen

Introducción: El acto suicida registra una importante prevalencia en América Latina. Siguiendo los lineamientos de Durkheim(1897) y Hamermesh y Soss (1974) puede afirmarse que se trata de un fenómeno causado por la conjunción de determinantes socio-económicos y psicológicos. La pronta identificación y el tratamiento adecuado de los trastornos mentales son una importante estrategia preventiva de la conducta suicida (OMS, 2017). *Objetivo:* Analizar los determinantes socio-económicos de la conducta suicida en un grupo de países de Latinoamérica y el Caribe. *Metodología:* Se analizó la evolución de la tasa de suicidios para un grupo 26 países latinoamericanos entre el año 2010 y 2015 y su correlación con variables de: i) educación, ii) desarrollo, iii) nivel de ingreso y iv) salud. *Resultados:* Los países latinoamericanos analizados que mostraron una disminución en las tasas de suicidio entre el año 2010 y el año 2015 registran mejores indicadores de: i) las tasas de alfabetización, ii) el IDH, iii) el gasto en salud mental, iv) la existencia de centros de atención ambulatoria y residencias comunitarias. *Palabras clave:* Gasto en Salud Mental, Políticas Públicas, Tasa de suicidio, Determinantes socio-económicos

Gisela Paula González (*), Nebel Silvana Moscoso (), Fernando Pablo Lago (**)**

*Universidad Nacional del Sur (UNS); **Universidad Nacional del Sur (UNS). Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur (IESS-CONICET-UNS).

Eje temático 7: Sociología de la Salud

MESA 71 | Aportes, críticas y límites desde la sociología de la salud a la problemática de la salud mental

Email: gisela.gonzalez@uns.edu.ar

Introducción

A lo largo de los años, han existido múltiples definiciones del término “suicidio”. En 1897, Emile Durkheim lo describió como: *“Todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que habría de producir este resultado”* (Durkheim, 1897). El autor evitó considerar al suicidio como un fenómeno estrictamente individual y, por ende, sólo como objeto de la psicología o la moral y optó por definirlo como un fenómeno social. Asimismo, luego de realizar un análisis empírico para los países europeos se percató de que la tasa de suicidios varía entre los países y de unas comunidades a otras.

Según Durkheim (2006), el suicidio tiene dos causas extra-sociales principales: las disposiciones orgánico-psicológicas y la naturaleza del medio físico. Factores como las tendencias psicopáticas individuales, los antecedentes hereditarios, los factores cósmicos, la imitación, influyen en las tendencias suicidas. Otro tipo de causas son las sociales, como las derivadas de la influencia de la religión, la familia, la política, el oficio u ocupación, las costumbres sociales, y la economía. El aporte pionero de Durkheim al estudio del suicidio resulta imprescindible y novedoso pues caracteriza este fenómeno de forma multidimensional como la conjunción de factores: orgánicos, sociales, económicos, ambientales, genéticos, históricos, coyunturales, etc. Su obra inspiró a que otros investigadores analicen la temática del fenómeno suicida.

En 1964 Edwin Shneidman re-definió al suicidio como *“el acto consciente de auto-aniquilación, que se entiende como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe este acto como la mejor solución”* (Shneidman, 1964). En 1965, Erwin Stengel, diferenció entre el intento y la tentativa de suicidio manifestando que: en el intento, hay intención autolítica, pero por impericia o fallos en el método no se ha logrado. En la tentativa, en cambio, no existe la voluntad de morir, sino que más bien es una forma de pedir ayuda o un intento de modificar situaciones para lograr un beneficio secundario (Strengel, 1965). En 1976 la OMS definió al acto suicida como el hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos, al suicidio como la muerte que resulta de un acto suicida y al intento de suicidio como el acto suicida cuyo resultado no fue la muerte (Brooke y Atkinson, 1976).

En el año 2000 se encontró que los países que presentan mayores y mejores servicios de salud mental y destinan más recursos a este sector, proporcionan una condición suficiente para producir diferencias positivas en las tasas de suicidios (Lynch et al., 2000). Marusic et ál. (2002) concluyeron que los altos niveles de alfabetización representan un importante factor de riesgo en lo que se refiere a los suicidios

pues cuanto más educada esté la población, mayor será su conciencia de la inequidad y de las limitaciones económicas, de sus contextos y sus efectos, lo que les produciría pensamientos negativos, depresión y suicidio. Este aporte teórico es contrario a otras múltiples visiones (entre las que se destaca la de Nogales, 2011) las cuales afirman que a mayor número de años de estudio menor es la tasa de suicidio puesto que la escuela es uno de los principales elementos de socialización y de integración social, junto con la familia y el grupo de iguales lo que significa que aquellos que han permanecido en las instituciones educativas tengan un mayor grado de integración social y por ende un menor riesgo de cometer actos suicidas.

Di Tella et ál. (2003) demostraron que los movimientos macroeconómicos tienen un fuerte efecto sobre la felicidad de las naciones. Si bien estos autores no estudiaron específicamente el suicidio, sí tomaron esta variable como una más de las asociadas al concepto de bienestar nacional que construyen.

Finalmente, y sin desconocer la incidencia de los fenómenos socio-económicos anteriormente mencionados sobre la conducta suicida Desjarlais et. al (1997) afirmaron que la psicopatología es un factor de especial relevancia pues la mayoría de los suicidios son diagnosticados o satisfacen retrospectivamente los criterios para un diagnóstico psiquiátrico (usualmente abuso de sustancias, depresión o psicosis). El riesgo de suicidio en personas que abusan o dependen del alcohol es 60 a 120 veces mayor que en la población general.

A nivel mundial, aproximadamente 800.000 personas se suicidan cada año. Por cada suicidio, hay muchas más tentativas de suicidio cada año. Entre la población en general, un intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más importante. El suicidio es la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años. El 78% de todos los suicidios se produce en países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2017).

En particular cerca de 65.000 personas se quitan la vida cada año en la región de las Américas donde el suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 10 a 25 años y el método más común de suicidio es la sofocación (incluyendo el ahorcamiento), seguido del uso de armas de fuego y el envenenamiento (incluyendo sobredosis de drogas e ingesta de pesticidas). Los hombres tienen 4 veces más probabilidades de morir por suicidio que las mujeres, aunque las mujeres realizan más intentos (OMS, 2017). Las tasas de suicidio de los países de la región son menores a las de Canadá y Estados Unidos. Comparadas con las tasas de los países de Europa, son similares a la de España, Grecia, Alemania, y sensiblemente menores a las de la Federación Rusa, Lituânia, Letônia, Hungría. Estos últimos ostentan los niveles más altos del mundo, junto con las de Nueva Zelanda. Los países de oriente

tienen tasas de suicidio en valores similares a los de Latinoamérica, con la diferencia que en Hong Kong, Singapur y China rural los valores de varones y mujeres son similares (Serfaty, 1998).

Objetivo

El presente trabajo se propone evaluar: i) la evolución de las tasas de suicidio en un grupo de 31 países de América Latina y El Caribe entre los años 2010 y 2015 y ii) caracterizar socioeconómicamente aquellos países que han logrado reducir sus tasas de suicidio en el período mencionado.

Metodología

Para el objetivo i) se describe el total de muertes por suicidio por cada 100.000 habitantes según datos extraídos de la base estadística de la OMS para los años 2010 y 2015. Para el objetivo ii) se compara la tasa de suicidios en su forma estática o dinámica (evolución temporal) con las siguientes variables:

- i. Servicios: Dado que los trastornos mentales y del comportamiento son uno de los principales factores de riesgo de la conducta suicida, la ampliación y mejoramiento de los servicios de salud mental podría contribuir a la reducción de las tasas de suicidio. Se analizó la cantidad de hospitales psiquiátricos y de residencias comunitarias por cada 100.000 habitantes. Los datos se extrajeron de la base de datos de la OMS para el año 2013.
- ii. Desarrollo: Se evaluó el *Índice de Desarrollo Humano* (IDH). Este indicador mide el avance conseguido por un país en tres dimensiones básicas del desarrollo humano: disfrutar de una vida larga y saludable, acceso a educación y nivel de vida digno. Las cifras se obtuvieron del informe sobre Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para los años 2010 y 2015.
- iii. Nivel de Ingreso: Se tomó como referencia el *Producto Nacional Bruto (PBI)* per cápita PPA (a U\$S internacionales actuales) es decir, el valor de todos los bienes y servicios producidos por los residentes de un país durante un período determinado (generalmente un año) dividido el número de habitantes. Los datos se extrajeron de la base de datos del Banco Mundial para el año 2015.
- iv. Salud: Se analizó el *Gasto Total en Salud* (como porcentaje del PBI) y el Gasto Total en Salud Mental como porcentaje del Gasto Total en Salud, según las cifras extraídas de la base de datos de la OMS para el año 2014 y 2013 respectivamente.
- v. Educación: Se evaluó la tasa de alfabetización; es decir, la cantidad de personas mayores a 15 años que saben leer y escribir en un período determinado. Los datos se extrajeron del informe correspondiente a 2015 del PNUD.

- vi. Desempleo: Se estudió la tasa de desempleo, es decir; el número de personas desempleadas dividido por todas las personas que se encuentran en la fuerza laboral utilizando la información de la Agencia Centran de Inteligencia de EE.UU (CIA World Factbook) para el año 2014.

Resultados

Las tasas de suicidio en los países analizados presentan un valor máximo y mínimo de 29% y 0% respectivamente. Entre el año 2010 y 2015 el 59,37% de los países analizados (Grupo A) mostró una disminución en las tasas de suicidio y un 40,63 % (Grupo B) tuvo un aumento.

Tabla 1- Promedio de las variables socio-económicas agrupadas según países que redujeron o aumentaron sus tasas de suicidio entre 2010 y 2015

Variables	Países que redujeron sus tasas de suicidio entre 2010 y 2015	Países que NO redujeron sus tasas de suicidio entre 2010 y 2015
% Desempleo	9,35	12,72
PBI per cápita	8180,18	7740,8
GTS	7,45	6,57
GSM	3,06	2,81
IDH	0,7366	0,7195
% pobreza	33,79	28,69
Tasa de alfabetización	90,8	91,8
Hospitales psiquiátricos por cada 100.000 habitantes	0,2	0,14
Residencias comunitarias por cada 100.00 habitantes	0,22	0,21

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Banco Mundial, OMS, CIA Factbook, PNUD.

Según lo expuesto en la Tabla 1 los países que redujeron sus tasas de suicidio registran un Índice de Desarrollo Humano mayor al de aquellos países que mostraron un incremento de las tasas de suicidio en el mismo período; lo cual refleja un mejoramiento en alguno de los siguientes aspectos: esperanza de vida al nacer, máximo nivel educativo alcanzado y acceso a los recursos económicos necesarios para alcanzar un nivel de vida decente. Asimismo los países del grupo A presentan un valor del PBI per cápita (en US\$) un 5.68% mayor al del grupo B y una tasa de desempleo considerablemente menor en relación al segundo grupo. En materia de educación, las regiones que consiguieron reducir sus tasas de suicidio tienen, en promedio al 90.8% de su población adulta alfabetizada (cifra menor a la tasa de alfabetización de aquellos países que sufrieron incrementos en su tasa de suicidios). Por otra parte, se encontró que el porcentaje de población bajo la línea de pobreza es mayor en el grupo A respecto al grupo B.

Los países del grupo A gastan, en promedio un 7.40% de su PBI en salud (cifra que supera al 6.40% que gastan los países del grupo B) y en particular, un 3% de ese presupuesto al área de Salud Mental (valor cercano al 2.8% correspondientes a los países con mayores tasas de suicidio). En relación al sistema de salud los países del grupo B presentan una cantidad menor de hospitales monovalentes y un menor número de residencias comunitarias por cada 100.000 habitantes en relación al grupo A.

Conclusiones

Los datos de mortalidad por suicidio en América Latina han sido descriptos por numerosos investigadores como “irregulares”, especialmente al compararlos con los datos de los países europeos (Bertolote y Fleishman, 2002) lo cual podría deberse al retraso en el reporte de los datos es uno de los problemas. En esta región existen marcadas disparidades en las tasas de suicidio entre países, incluso entre algunos con niveles similares de desarrollo (Liu, 2009).

Los países del GRUPO A (que registraron entre 2010 y 2015 una reducción en las tasas de suicidio) poseen valores superiores de: IDH, PBI per cápita, tasa de desempleo, gasto en salud en general (y en salud mental en particular), cantidad de residencias comunitarias y hospitales psiquiátricos por cada 100.000 habitantes respecto a los países del grupo B. Por otra parte manifiestan una mayor tasa de pobreza aunque un menor índice de alfabetización respecto de estos últimos.

En línea con Lynch et al. (2000) es posible concluir que el grupo de países seleccionado para este estudio reporta asociaciones negativas entre las tasas de suicidio y variables estrictamente económicas como el desempleo, PBI per cápita y gasto en salud. Hamermesh y Soss (1974) relacionaron la economía con el índice de suicidios para Estados Unidos entre 1947 y 1967 encontrando que la disminución de la actividad económica que siguió al fin de la Segunda Guerra Mundial, tuvo como consecuencia un aumento proporcional en el número de suicidios, que afectó principalmente a la gente mayor y a los más pobres, que son las personas más sensibles a las crisis económicas.

Otros estudios se han propuesto revisar la relación entre las tasas de suicidio y los factores socioeconómicos como la demografía, el desarrollo económico, la educación, los sistemas de salud y atención, las condiciones de vida y el mercado laboral (Ferretti y Coluccia, 2009). Para ellos, los países con altas tasas de suicidio fueron marcados con altos niveles de tasas de población al borde de la pobreza, altas tasas de crecimiento industrial, y bajo gasto en cuidado de la salud.

En línea con el planteo Marusic et ál. (2002) se observa que la tasa de suicidios se asocia negativamente con los niveles de alfabetización, como lo plantea quien refiere que los suicidios consumados se incrementan en la población más educada.

Referencias

- Bertolote JM, Fleischman A. (2002). A global perspective in the epidemiology of suicide. *Sociology* 7: 6-8.
- Brooke EM, Atkinson M. (1976). *El suicidio y los intentos de suicidio*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Di Tella R, MacCulloch R, Oswald A (2003). The Macroeconomics of Happiness. *The Review of Economics and Statistics*, 85(4). 809-827.
- Desjarlais R, Eisenberg, L., Good, B. J., & Kleinman, A (1997). Factores determinantes del suicidio. Extracto del Informe Salud Mental en el Mundo, publicado por la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington DC, 1997.
- Durkheim E. (1897). *Le suicide: étude de sociologie*. F. Alcan.
- Durkheim E. (2006). *El Suicidio* (9ª Ed.) México: Ediciones Coyoacán.
- Ferretti F., Coluccia A. (2009). Socio-economic factors and suicide rates in European Union Countries. *Legal Medicine*, 11, 92-94.
- Hamermesh Daniel, SOSS Neal. An Economic Theory of Suicide En: *Journal of Political Economy*, vol. 82, No. 1 (Enero - febrero 1974). P. 83-98.
- Liu KY (2009). Suicide rates in the world: 1950-2004. *Suicide Life Threat Behav*; 39:204-213.
- Lynch JW, Smith GD, Kaplan GA, House JS (2000). Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ: British Medical Journal*, 320(7243), 1200.
- Marusic A, Kan M; Farmer A (2002). ¿Pueden explicar la pobreza y el nivel de alfabetización las distintas tasas de suicidio existentes en Europa? *European Journal of Psychiatry*, 16(2), 111-116.
- Nogales, J. M. C. (2011). Aproximación social y cultural al fenómeno del suicidio. *Comunidades étnicas amerindias. Gazeta de Antropología*, 27(2).
- OMS (2017). El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
- Serfaty E (1998). Suicidio en la adolescencia. *Adolesc Latinoam*, 1(2), 105-10.
- Shneidman ES (1964). Suicide, sleep, and death: Some possible interrelations among cessation, interruption, and continuous phenomena. *Journal of consulting psychology*, 28(2), 95.
- Stengel E (1965). *Psicología del suicidio y los intentos suicidas*.