

El suicidio en Uruguay

Pedro Robertt

RESUMEN

Este trabajo aborda un tema clásico de la sociología: el estudio del suicidio. En el Uruguay este tema adquiere una mayor singularidad en la medida que desde, por lo menos, la década del sesenta, se observan cifras altas de suicidios en el contexto latinoamericano. Si en un primer momento se atiende a la comparación internacional, inmediatamente se trata un modelo explicativo que considera un conjunto de variables que se han visto asociadas históricamente al movimiento de la tasa de suicidio. En ese sentido, podrá observarse que el suicidio es en nuestro caso, del mismo modo que en los estudios clásicos, un fenómeno masculino y que crece con la edad. Aunque la diferencia hoy está marcada por la tendencia a la aproximación de las tasas observadas en las mujeres y en los más jóvenes. Por otra parte, la capital del país ha mostrado tradicionalmente tasas bajas, relación que se ha visto modificada en los últimos años. A partir de estas variables, del análisis regional y de la aplicación de modelos de variables demográficas, estructurales y de desorganización social se debate también la aparición de fenómenos de anomia relacionados con un mundo hoy globalizado.

This paper approaches for the Uruguayan case a classic topic of the sociology: the study of the suicide. In Uruguay this topic acquires a major singularity in the measure that from, at least, the decade of the sixties, high figures of suicides are observed in the Latin American context. If in a first moment it is considered immediately the international comparison it is an explanatory model that considers a group of variables that have been associated historically to the movement of the rate of suicide. In that sense, it will be possible to observe the suicide is in our case, in the same way that in the classic studies, a masculine phenomenon and that it grows with age. Although the difference today is marked by the tendency in the approach of women and youngest rates. On the other hand the capital of the country has shown low rates traditionally, relationship that has been modified in the last years. Starting from these variables, from regional analysis and from application of models of demographic, structural variables and of social disorganization it is also debated the appearance of anomia phenomena related with a today globalized world.

ABSTRACT

Palabras claves: suicidio, integración, anomia, Uruguay.

Key words: suicide, integration, anomie, Uruguay

Fecha de recepción: enero 1999
Fecha de aprobación: febrero 1999

Correspondencia: Pedro Robertt, José Enrique Rodó 1860,
Teléfono 409 15 24, fax 408 96 65, e-mail: parn@adinet.com.uy

Introducción¹

El estudio sociológico del suicidio en nuestro país ha sido escaso por lo que este trabajo es un intento de comenzar a ocupar el vacío existente en la materia. Los resultados que se presentan abordan esta problemática por medio de dos vías: en primer lugar, a partir del estudio sistemático de la variación de la tasa de suicidio en un periodo suficientemente extenso de años y, en segundo lugar, en la relación de esta última con un conjunto de variables que clásicamente se han postulado como explicativas.

Este estudio se inscribe dentro de una tradición inaugurada por Emilio Durkheim en su obra: *Le Suicide*.² Hay tres elementos fundamentales que se comparten con el trabajo clásico de Durkheim: 1) la utilización de estadísticas gubernamentales como fuentes de datos; 2) el estudio de tasas agregadas de suicidio más que de actores y motivos individuales y, 3) la relación estadística entre las tasas de suicidio y variables externas.

Puede considerarse que todo estudio estadístico sobre el suicidio, y el nuestro también, está en una discusión permanente con la obra de Durkheim. Esto significa que nuestro trabajo está, en buena medida, en una permanente discusión con las hipótesis principales sustentadas por este autor.

El trabajo de Durkheim puede sintetizarse en la idea de que la tasa de suicidio varía en relación con la integración social. La intensidad de la socialización del individuo al grupo es lo que determina la mayor o menor tasa de suicidio. De ese modo, el grado de integración social existente en una sociedad determinada varía inversamente con la tasa de suicidio. En ese sentido, las sociedades modernas con altos índices de urbanización y fuerte división del trabajo presentarán altas tasas de suicidio. Durkheim denominará como suicidio egoísta al tipo de suicidio que se presenta en las sociedades modernas y suicidio anómico al que ocurre en momentos de crisis económicas y políticas.

Este estudio presenta en primer lugar, la ubicación de la tasa de suicidio en nuestro país en el contexto internacional, mundial y regional. Posteriormente, se estudia la constancia y variación de la tasa de suicidio en un periodo de treinta años. Después se estudia el comportamiento de la tasa de suicidio considerando, básicamente, la presencia de tres variables: la división en grandes áreas (Montevideo y Resto del país), sexo y edad.

Más adelante se presenta un análisis tipológico, a partir de una regionalización del país que considera aspectos socio-económicos, migratorios, educacionales, de empleo y agrarios. Se estudia el comportamiento de la tasa de suicidio en las diferentes regiones y se examina también, el movimiento de la tasa de suicidio en los diferentes departamentos en su comparación intrarregional.

Un examen particular está dedicado al comportamiento de la tasa de suicidio en relación con tres modelos de variables que se han utilizado clásicamente en la explicación de la variación de la misma. En ese sentido, se relevan variables poblacionales o demográficas, estructurales y de desorganización social.

Finalmente, se presentan algunas reflexiones finales, interpretando los hallazgos encontrados en relación con las hipótesis clásicas y a los estudios contemporáneos sobre suicidio, desde una perspectiva sociológica.

La comparación internacional

El estudio del suicidio en Uruguay como fenómeno social requiere en primera instancia de su ubicación en el contexto internacional. Generalmente se acepta en la amplia literatura internacional, la vinculación entre niveles de desarrollo económico y social con altas tasas de suicidio. Los estudios realizados en el transcurso de este siglo han mostrado mayores tasas de suicidio en los países desarrollados.

Sin embargo, esta relación no se presenta en forma lineal. Los países antiguamente llamados socialistas han tenido también, históricamente, tasas altas de suicidio. Un análisis más riguroso mostraría que existe una relación compleja entre índices de desarrollo socioeconómico y tasas de suicidio. Así, detrás de tasas de suicidio diferentes pueden encontrarse complejos factores no sólo económicos sino también sociales y culturales.

El cuadro comparativo que se presenta muestra una complejidad mayor que la supuesta en la hipótesis comúnmente extendida que asocia mayores niveles de

¹ Este trabajo constituye una síntesis sobre un estudio del comportamiento de la tasa de suicidio en la sociedad uruguaya en un periodo de treinta años. *El suicidio en el Uruguay. Un análisis histórico*. Pedro Robertt. Julio de 1998. Inédito. Montevideo. Informe final de investigación presentado a la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República. Esta institución se encargó del financiamiento de la investigación.

² Esta obra constituye uno de los principales trabajos en la historia de la sociología y el primer estudio sistematizado del suicidio desde una perspectiva sociológica. La edición consultada es: *El Suicidio*. Akal. Madrid. 1992.

desarrollo con mayores tasas de suicidio. Puede apreciarse que países con niveles de desarrollo económico alto tienen una tendencia a poseer tasas altas y medias de suicidio, en cuanto que países con niveles medios y bajos de desarrollo económico y social tienden a poseer tasas medias y principalmente bajas de suicidio.

Tabla 1

Tasas de suicidio de países seleccionados

<i>Tasas altas (20-50 suicidios por 100 mil habitantes)</i>	<i>Tasas medias (10-19 suicidios por 100 mil habitantes)</i>	<i>Tasas bajas (menos de 10 suicidios por 100 mil habitantes)</i>
Hungría Dinamarca Checoslovaquia	Inglaterra Australia Bélgica	México Italia Irlanda del
Norte Austria Japón Suecia Finlandia Alemania Suiza	Cuba Estados Unidos Bulgaria Uruguay Francia Polonia El Salvador Nueva Zelandia	Grecia Brasil Noruega España Países-Bajos Escocia Venezuela India

Fuente: Elaboración propia a partir de fuentes bibliográficas y datos de la Organización Mundial de la Salud (1990-1992).

Puede observarse, también, que existen históricamente tasas más altas de suicidio en los antiguos países socialistas. Se ha señalado recientemente (Fachel Leal, 1998) que estos países son los que hoy poseen mayores tasas de suicidio. Sin embargo, aunque sugerente, esta hipótesis no encuentra el suficiente apoyo empírico, si bien puede verificarse el índice tradicionalmente alto de suicidios que se registra en esos países.

En lo que refiere a esta investigación puede observarse que Uruguay se ubica en un nivel medio en el contexto internacional. El estudio comparativo demuestra que nuestro país se ubica en los últimos 30 años con una tasa media a nivel mundial. La afirmación que sostiene que nuestra sociedad posee tasas de suicidio similares a la de países más desarrollados, es válida siempre que se considere que eso no significa necesariamente que se encuentren aquí las mayores tasas en el contexto internacional.³ Una primera

³ La información periodística suele situar al Uruguay, cuando trata el tema del suicidio, con tasas de las mayores del mundo. Esta información es por lo menos inexacta. Ningún dato comparativo indica que Uruguay llegue a tener tasas similares a los países que se indican con tasa alta en la Tabla 1. Ejemplos recientes de este tipo de información pueden verse en: *El País*, 8 de marzo de 1998. p. 6 y en *La Vanguardia*. Núm. 49, mayo de 1998. pp. 4-7.

lectura nos muestra que la sociedad uruguaya posee una tasa de suicidio similar a la de países con tasas tradicionalmente medias como Estados Unidos, Inglaterra, Francia, Nueva Zelandia, pero notoriamente menor a la de países con tasas históricamente altas como Hungría, Dinamarca, Checoslovaquia o Japón.

Una segunda comparación puede hacerse en la ubicación regional. A este nivel puede observarse que la sociedad uruguaya posee, en el contexto latinoamericano, altas tasas de suicidio.

De acuerdo con la tabla 2 puede observarse que Uruguay se ubica con una alta tasa de suicidio en el continente latinoamericano. Puede afirmarse que existe un quinteto de países que año tras año se mueve en los primeros lugares en lo que a tasa de suicidio refiere. Además, debe considerarse que esta posición no ha variado en forma sustancial en las últimas décadas. Como podrá observarse, el Uruguay poseía ya en los años sesenta tasas mayores a los 10 suicidios cada 100 mil habitantes, si bien se verificará también un incremento importante en los últimos años.

Este análisis comparativo necesita, sin embargo, relativizarse. Diversos estudios (Baudelot y Establet, 1984;

Tabla 2

Tasas de suicidios en países de América Latina

<i>Tasas altas (8 y más suici- dios por 100 mil habitantes)</i>	<i>Tasas medias (5 a 8 suicidios por 100 mil habitantes)</i>	<i>Tasas bajas (0 a 5 suicidios por 100 mil habitantes)</i>
Cuba El Salvador Puerto Rico Trinidad y Tobago Suriname Uruguay	Argentina Costa Rica Chile	Bahamas Barbados Belice Bolivia Brasil Colombia Ecuador Guatemala Guyana Jamaica Martinica México Panamá Paraguay Perú República Dominicana Venezuela

Fuente: Organización Mundial de la Salud (1990-1992).

Boudon y Bourricard, 1982; Cassorla, 1984; Douglas, 1977), han señalado las dificultades que se presentan para el análisis comparativo entre países. La dificultad principal, y con razón tiene que ver con los diferentes métodos de registro. Existe una variación importante en la forma de registro de los suicidios que relativiza, cuando no cuestiona, los datos que son comparados.

La Organización Mundial de la Salud admitió en 1969 que no se conocían los procedimientos de registro de suicidios utilizados en cada país afiliado a la organización. Según la OMS "las causas de errores" en el registro que dificultan las comparaciones internacionales se deben a: diferencias en los métodos nacionales utilizados para definir, determinar y registrar los suicidios; presiones de carácter social y cultural y diferencias en la construcción de los censos nacionales a partir de los cuales se estiman las tasas de suicidio. Además, la Oficina Sanitaria Panamericana (1996) ha reiterado recientemente las dificultades de registro de la muerte en los países americanos.

Se ha indicado que la ubicación de un país en un grupo de alta o baja tasa de suicidio se debe a complejos factores socio-culturales, junto con probables subestimaciones en los países de tasas bajas y mayor fidelidad en los datos en los países desarrollados con tasas altas (Cassorla, 1984). Si esto es cierto, podría formularse como hipótesis que la ubicación "privilegiada" de nuestro país en el contexto latinoamericano es expresión, por un lado, de un desarrollo económico y social diferenciado y por otro, de estructuras administrativas que registran eficazmente el hecho de la muerte en el territorio nacional, desde las primeras décadas del siglo. Con esto se quiere significar que la explicación de nuestra alta tasa de suicidio puede deberse tanto a factores sociales y culturales como al desarrollo de una estructura administrativa (y fundamentalmente de salud) que registra, históricamente el fenómeno del suicidio con mayor eficacia que sus pares latinoamericanos.

Si como se ha sostenido, el suicidio varía con el desarrollo de estructuras administrativas, es esperable que existan tasas altas de suicidio en aquellos países en que se constata un mejor registro de las defunciones. El análisis comparado verifica que en América Latina las tasas de suicidio varían inversamente en relación con los subregistros de defunciones. Es decir que a menor cantidad de muertes no registradas se encuentran tasas mayores de suicidio. Si se considera que la magnitud del subregistro está asociada al grado de eficacia de las estructuras administrativas y de salud, resulta válido sostener que las diferencias en las tasas de suicidio puedan estar relacionadas, en parte, a la eficacia en el registro de la muerte.

El análisis de la tabla 3 muestra, en el contexto de América Latina, que los países con menor subregistro de defunciones son, generalmente, los que tienen mayores tasas de suicidio. Se había notado que Puerto Rico, Trinidad Tobago, Suriname y Uruguay son países con altas tasas de suicidio, y ahora se observa también, que son los que poseen menor subregistro. La excepción la constituye aquí El Salvador con alto porcentaje de subregistros y alta tasa de suicidio.⁴ También poseen bajo subregistro aquellos países que tienen tasas medias de suicidio como Argentina, Costa Rica y Chile. En el otro extremo, puede observarse que países con alto porcentaje de subregistro como Brasil, Ecuador, Colombia, República Dominicana y Perú presentan bajas tasas de suicidio.

La relación entre subregistro y tasa de suicidio no es perfecta. Nótese como países con similares porcentajes de

Tabla 3

Tasas de suicidio y porcentaje de subregistro en países de América Latina

<i>Paises</i>	<i>% de subregistro</i>	<i>Suicidios cada 100 mil habitantes</i>
Barbados	1.2	4.7
Trinidad y Tobago	3.0	8.6
Puerto Rico	3.1	7.7
Uruguay	3.9	8.5
Costa Rica	5.0	5.0
Suriname	6.2	21.6
Jamaica	7.1	0.2
Argentina	9.3	7.5
Guyana	12.1	1.4
Chile	12.5	5.5
Martinica	14.5	4.0
Guatemala	14.9	0.5
Paraguay	15.2	2.5
México	18.3	2.1
Venezuela	18.5	4.1
Panamá	23.1	3.8
Brasil	27.2	3.1
Ecuador	32.0	3.9
Colombia	35.5	3.8
Rep. Dominicana	40.3	2.1
El Salvador	40.8	11.9
Perú	52.8	0.5

Fuentes: Organización Mundial de la Salud (1990-1992).

⁴ Debe considerarse, también, que El Salvador ha sufrido una larga guerra civil, y que es probable que la misma tuviera efectos considerables sobre la forma de registro de las muertes.

subregistro tienen tasas diferentes de suicidio (véase Guyana y Chile) o como Barbados, siendo el país con menor subregistro, tiene también una baja tasa de suicidio. Si se toma el porcentaje de subregistro como un indicador del grado de eficacia con que se registra la muerte se puede afirmar que los países que mejor registran la muerte tienden a poseer mayores tasas de suicidio, sucediendo lo contrario con aquellos que muestran un registro ineficiente. Sin embargo, si la relación no es perfecta es porque existen otros factores, independientemente de los administrativos, que explican las tasas de suicidio diferentes de los países.

El comportamiento de la tasa de suicidio en el Uruguay

Tal como se mencionó en el apartado anterior, Uruguay presenta en un periodo de treinta años, una tasa media de suicidio a nivel mundial y una tasa alta en el contexto latinoamericano. Los problemas de subregistro indicados que dificultan la comparación internacional se relacionan, principalmente, con sus pares de América Latina, pues la bibliografía contemporánea ha señalado problemas de subregistro en los países de menor desarrollo. Puede afirmarse, entonces, que la comparación entre tasas es posible, siempre que se esté ante la presencia de estructuras económicas, políticas, administrativas y de salud relativamente desarrolladas. En ese sentido, es más factible que la tasa de suicidio de Uruguay se sitúe en un nivel medio en el contexto mundial, con cifras similares a determinados países desarrollados, a que sea la más alta de América Latina. El investigador debe cuidarse de conclusiones sin apoyo empírico cuando no puede controlar la presencia de determinados efectos. En ese sentido, la hipótesis de mayor suicidio de Uruguay en América Latina debe partir del supuesto de que problemas de subregistro no estén ocultando tasas más altas en otros países.

El estudio del suicidio en el Uruguay permite destacar, antes que nada, la constancia de la tasa a través del tiempo (véase tabla 4). La lectura de la tasa de suicidio en periodos de años permite constatar la estabilidad en las cifras. Pueden, sin embargo, detectarse años excepcionales de aumento o caída de la tasa de suicidio. En este sentido, se deben destacar los aumentos excepcionales detectados en la tasa en años de crisis política y económica, a comienzos de los años 70 y 80, respectivamente, y el descenso registrado en momentos de gran consenso político, a mitad de los años ochenta. Este tipo de suicidio es el que Durkheim tradicionalmente denominó como anómico, es decir aquel suicidio que varía en función de las crisis económicas y políticas.

Tabla 4

Tasa de suicidio en el Uruguay 1963-1993
(total y por sexo)

Año	Suicidios por 100 mil habitantes				
		Base 100 = 1963	Hombres	Mujeres	hombres/ mujeres
1963	10.5	100	16.3	4.8	3.4
1964	8.9	85	13.8	4.1	3.4
1965	11.6	110	17.5	5.7	3.0
1966	11.3	108	17.1	5.6	3.0
1967	10.8	103	16.5	5.2	3.2
1968	10.8	103	16.7	5.0	3.3
1969	11.2	107	16.8	5.8	2.9
1970	10.1	96	14.8	5.5	2.7
1971	11.2	107	17.7	4.8	3.7
1972	12.0	114	19.5	4.7	4.2
1973	12.7	122	20.8	4.9	4.2
1974	11.5	110	17.2	6.0	2.8
1975	10.3	98	16.5	4.3	3.8
1976	10.9	104	16.3	5.7	2.8
1977	11.7	112	19.4	4.4	4.4
1978	10.6	101	16.6	4.8	3.4
1979	9.3	89	15.5	3.4	4.6
1980	9.6	92	16.3	3.2	5.1
1981	9.3	88	16.0	2.8	5.6
1982	9.9	94	16.2	3.8	4.2
1983	10.3	98	17.8	3.1	5.7
1984	11.4	109	18.7	4.4	4.3
1985	9.7	93	16.4	3.4	4.8
1986	8.9	85	14.3	3.9	3.7
1987	8.7	83	13.3	4.3	3.1
1988	8.9	85	14.6	3.6	4.0
1989	11.4	109	18.8	4.4	4.2
1990	10.4	99	16.8	4.3	3.9
1991	12.8	122	20.4	5.7	3.6
1992	12.8	122	19.5	6.5	3.0
1993	13.5	129	21.1	6.3	3.4

Fuente: Estadísticas del Ministerio de Salud Pública (MSP).

La tasa de suicidio en las grandes áreas nacionales

Un segundo aspecto a resaltar es la existencia de dos áreas o estructuras diferentes del suicidio. Montevideo se presenta como una estructura o área cultural del suicidio diferenciada del resto del país. Mientras en Montevideo se está en presencia de un área cultural de tradicionalmente baja contribución al suicidio, el resto del país se presenta, por el contrario, como un área de suicidio históricamente alto (véase tabla 5).

Tabla 5
Tasas de suicidio
Montevideo, resto del país y sexos

Año	Suicidios por 100 mil habitantes				
	Montevideo	Resto del país	Resto del país/ Montevideo	Hombres/ mujeres Montevideo	Hombres/ mujeres Resto del País
1963	3.1	16.4	5.3	5.7	3.0
1964	3.0	13.8	4.6	3.8	3.0
1965	4.1	17.3	4.2	4.4	2.7
1966	5.0	16.2	3.2	2.6	2.9
1967	5.7	14.5	2.5	2.7	3.0
1968	3.8	15.9	4.2	4.0	3.0
1969	2.4	17.7	7.4	2.1	2.8
1970	2.8	15.7	5.7	3.6	2.4
1971	4.7	16.1	3.4	3.5	3.6
1972	4.6	17.2	3.7	3.8	3.9
1973	4.5	18.3	4.0	3.4	4.1
1974	4.9	16.2	3.3	2.0	2.9
1975	3.8	14.6	3.9	3.7	3.7
1976	4.1	15.8	3.9	2.5	2.6
1977	3.8	17.7	4.6	8.0	3.8
1978	3.9	15.5	4.0	8.2	2.8
1979	2.2	14.3	6.5	4.2	4.5
1980	2.7	14.7	5.3	5.5	4.7
1981	3.0	13.5	4.6	6.1	4.9
1982	5.1	13.1	2.6	3.3	4.3
1983	5.9	13.1	2.2	6.9	5.0
1984	6.0	15.7	2.6	3.1	4.6
1985	6.3	12.5	2.0	3.6	5.3
1986	4.6	12.4	2.7	2.3	4.2
1987	3.6	12.7	3.5	2.1	3.3
1988	5.6	11.5	2.1	3.6	4.1
1989	7.0	14.7	2.1	3.7	4.4
1990	5.4	14.2	2.6	3.2	4.1
1991	8.6	15.9	1.8	2.5	4.1
1992	9.9	15.0	1.5	2.5	3.2
1993	10.3	15.8	1.5	2.4	4.0

Fuente: Estadísticas del MSP

Los estudios contemporáneos tienden a apoyar tesis culturalistas. Si a comienzos de siglo, bajo la influencia de Durkheim, el concepto de integración social tenía un papel heurístico relevante, hoy ha dejado lugar al concepto de cultura. La perspectiva culturalista, sin embargo, no elimina la idea de integración social, sino que resulta más comprensiva.

La noción de áreas culturales del suicidio permite pensar en la existencia de estructuras que contribuyen más que otras

al suicidio. Si a comienzos del siglo, las zonas más urbanizadas y más dinámicas eran las que tenían mayor suicidio hoy parece suceder lo contrario. El suicidio encontrado por Durkheim era fundamentalmente urbano, masculino y aumentaba con la edad. Sin embargo, diversos estudios contemporáneos tienden a mostrar la mayor contribución al suicidio en las zonas rurales que en las ciudades.

El estudio del comportamiento de la tasa de suicidio en el Uruguay en los últimos treinta años ha mostrado, entonces, la existencia de dos áreas culturales del suicidio bien diferenciadas: Montevideo y resto del país.

Montevideo como centro económico, político, administrativo y cultural del país ha mostrado históricamente tasas bajas. En los últimos años de la década del ochenta se registró un aumento considerable en la tasa de suicidio de la capital, que ha hecho disminuir su distancia con la tasa del resto del país. Obsérvese que si en 1963 la relación entre las tasas de suicidio del resto del país y Montevideo era de 5 a 1, en 1993 la relación es de 1.5 a 1. La distancia entonces ha disminuido y la tendencia indica la igualación.

En la relación Montevideo/resto del país se constató, también, que los movimientos bruscos, principalmente de crecimiento, en el movimiento de la tasa se han producido primero en Montevideo y luego en el resto del país. Montevideo parece siempre, entonces, dar las primeras señales, y el resto del país acompañar posteriormente este movimiento. Esto puede verificarse en los momentos de crisis políticas y económicas que se asocian, generalmente, a aumentos en la tasa de suicidio. En esos casos, se ha constatado que Montevideo precede al resto del país en su movimiento de aumento de la tasa de suicidio con uno o dos años de antelación.

La evolución de la tasa de suicidio en los sexos

El estudio de la relación entre la contribución de los sexos al suicidio ha constatado que éste sigue siendo un fenómeno esencialmente masculino (véase tabla 4). Además, las variaciones a nivel nacional, en los últimos treinta años, a pesar de periodos de fuertes movimientos en las tasas no han mostrado cambios en la relación entre suicidio masculino y suicidio femenino, observándose, entonces, que los hombres se matan entre tres y cuatro veces más que las mujeres.

Sin embargo, aunque la magnitud de la relación entre los sexos es igual en 1993 que en 1963, entre tres y cuatro suicidios masculinos por cada suicidio femenino, ya no es la misma. En primer lugar porque actualmente hombres y

mujeres se matan más que antes (véase tabla 4). Los hombres fueron más sensibles en los momentos de conmoción política y económica y aumentaron su tasa antes que las mujeres, que acompañaron el movimiento posteriormente. Al igual que lo observado para Montevideo y el resto del país, las mujeres acompañan, generalmente, el aumento en la tasa de suicidio de los hombres, en años posteriores a estos. En segundo lugar, la relación entre los sexos ya no es la misma porque existen dos movimientos contrarios en Montevideo y el resto del país que dan como resultado una razón similar, la "masculinización" del suicidio en el resto del país y la aproximación de las mujeres a los hombres en el caso de Montevideo (véase tabla 5).

La evolución de la tasa de suicidio en las categorías de edad

El análisis por edades a nivel nacional confirma la ley clásica que postula que el suicidio varía concomitantemente con la edad. Hoy como hace un siglo atrás los individuos de más edad se suicidan en mayor proporción que los más jóvenes (véase la tabla 6).

La tabla 6 muestra las tasas de suicidio para diferentes tramos de edad en periodos quinquenales.⁵ Al analizar los datos por periodos de años se verifica, con una excepción no significativa entre los tres primeros tramos del primer periodo,

Tabla 6

Tasas de suicidio en Uruguay en tramos de edad por periodos, sexo y área geográfica
Suicidios por 100 mil habitantes

Años	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 y +
1963-1967	11.5	9.9	10.9	16.5	19.5	25.4	29.7
1968-1972	10.8	11.2	12.2	14.7	22.3	24.8	28.4
1973-1977	9.7	11.0	12.8	16.1	21.4	26.0	32.6
1978-1982	7.7	7.8	11.7	15.2	16.2	23.6	27.7
1983-1987	5.5	8.9	10.7	13.3	20.2	22.9	29.3
1988-1993	9.4	10.6	12.8	15.8	19.4	23.8	34.2
Hombres							
1963-1967	14.8	15.8	17.0	24.8	31.0	43.3	58.9
1968-1972	13.9	18.9	18.1	22.9	36.1	44.0	57.1
1973-1977	14.1	18.0	19.8	25.7	34.2	44.1	65.2
1978-1982	11.6	13.2	20.0	24.4	28.2	41.6	57.9
1983-1987	7.8	14.9	17.9	22.8	33.5	40.2	64.4
1988-1993	14.0	17.0	19.8	24.8	33.2	40.0	74.1
Mujeres							
1963-1967	8.2	4.2	4.9	8.2	7.9	9.5	9.8
1968-1972	7.8	3.8	6.4	6.6	8.8	8.1	9.2
1973-1977	5.3	4.3	6.0	6.9	9.1	10.7	11.3
1978-1982	3.8	2.5	3.7	6.5	5.0	8.9	8.6
1983-1987	3.2	3.1	3.9	4.3	8.2	9.1	7.6
1988-1993	4.7	4.4	6.2	7.2	7.1	11.0	10.5
Montevideo							
1963	2.8	2.1	3.3	4.1	2.6	13.8	9.5
1975	1.6	4.2	2.9	4.4	6.9	8.2	17.2
1985	1.5	3.7	9.2	8.6	15.2	11.4	18.8
1993	8.6	9.5	9.8	14.8	13.0	20.0	25.5
Resto del País							
1963	20.7	16.7	17.6	29.0	31.6	34.0	41.1
1975	11.7	15.8	18.1	18.2	29.5	37.4	53.9
1985	7.1	11.7	15.9	14.3	29.6	26.7	45.0
1993	12.7	16.7	13.1	26.5	27.3	28.5	44.8

Fuente: Estadísticas del MSP

⁵ En realidad cada uno de los periodos de la serie abarca un número de cinco años, con excepción del último que abarca seis años. Esto debido a que la base de datos disponible permitía llegar a 1993, partiendo del año censal de 1963. Se adopta la expresión "quinquenal" por ser sintética, aunque no se ajusta exactamente al último periodo.

en todos los casos, el crecimiento constante de la tasa de suicidio cuando se pasa de un tramo de edad al siguiente.

Cuando se examina el crecimiento del suicidio con la edad se nota que esto se cumple principalmente en el caso de los hombres, ya que en las mujeres existen discontinuidades no apreciables en los primeros.

Puede observarse, además, que la presencia de la edad se acentúa más en los hombres que en las mujeres. Obsérvese que si es cierto que la tasa de suicidio crece con la edad, la distancia entre un tramo de edad y el siguiente es más acentuada en los hombres que en las mujeres. De tal modo, que la razón entre las tasas de los tramos de mayor y de menor edad es sensiblemente inferior en las mujeres que en los hombres. Mientras los hombres del tramo de mayor edad se matan siempre, como mínimo, cuatro veces más que los del tramo de menor edad, las mujeres del último tramo apenas llegan a matarse, y no siempre, dos veces más que las más jóvenes.

El suicidio es un fenómeno asociado al sexo masculino de tal forma que los hombres más jóvenes en los diferentes periodos analizados presentan siempre una tasa superior a las mujeres de mayor edad. En realidad entonces, si el suicidio crece con la edad, el efecto del sexo atenúa fuertemente la presencia de esta variable.

Las tasas de suicidio en años seleccionados, para Montevideo muestran generalmente un crecimiento a medida que se pasa de un tramo de edad a otro. Si bien en ningún año el crecimiento es continuo, las inflexiones que se observan parecen no modificar la tendencia general. Se observa también, un crecimiento más o menos continuo en las tasas de suicidio de todas las categorías de edad, de un año seleccionado a otro. Por otra parte, si treinta años atrás se observaban tasas generalmente bajas en todos los tramos de edad, el crecimiento detectado ha llevado a que las tasas en Montevideo sean principalmente medias y altas, independientemente del tramo considerado.

El resto del país presenta, con una claridad mayor que Montevideo, un crecimiento continuo de la tasa de suicidio a medida que se pasa de un tramo de edad al siguiente. Además, en los años analizados, muestran generalmente tasas de suicidio altas en prácticamente la totalidad de los tramos de edad. En el año 1985 se registra, en la mayoría de los tramos, un descenso que coincide con el decrecimiento constatado en la tasa global para el resto del país. En cambio en 1993 se registra un crecimiento comparativamente mayor en las tasas de suicidio de las primeras categorías de edad en relación con el observado en las categorías de mayor edad.

Si bien resulta claro que el suicidio crece con la edad, el área geográfica tiene un peso muy importante en el valor de la tasa. Nótese que los hombres jóvenes del resto del país presentan tasas similares a algunos de los hombres pertenecientes a los tramos de mayor edad de Montevideo. Un último aspecto a resaltar en relación con la edad es que no parecen existir hoy categorías de edad que hayan aumentado su tasa de suicidio en forma altamente significativa en comparación con las otras categorías. Aunque, la excepción estaría en los hombres del último tramo de edad que han alcanzado una tasa para el último periodo dramáticamente alta —más de 70 suicidios cada 100 mil habitantes.

El análisis tipológico-regional del suicidio

El análisis por regiones y departamentos ha permitido detectar zonas más o menos "suicidógenas". Las zonas noreste y central han aparecido como las zonas históricamente de mayor contribución al suicidio. Las zonas sureste y suroeste muestran una posición intermedia en un contexto de alta tasa y, las zonas litoral y norte son, excepción hecha de Montevideo, las de menor suicidio en el conjunto del país. Del mismo modo, Rocha y San José han aparecido como departamentos de alta contribución al suicidio, seguidos por los departamentos principalmente de las zonas noreste, central, sureste y suroeste (tabla 7).

La **región central** ha tenido una posición intermedia y alta a nivel nacional junto con una importante homogeneidad intrarregional. En el último periodo todos los departamentos de esta región, con excepción de Florida, alcanzan tasas altas de suicidio. La razón entre hombres y mujeres ha mantenido una tendencia encontrada para el conjunto del resto del país: un aumento en la segunda mitad de los ochenta y una estabilidad en cuatro suicidios masculinos por cada suicidio femenino en el último periodo analizado. En este caso también se registra, en el último periodo, una razón suicidio masculino/ suicidio femenino muy superior a la que se registraba en los primeros años de la década del sesenta. En esta región, se cumple generalmente la relación entre crecimiento conjunto de la edad y de la tasa de suicidio. El descenso registrado en 1985 y el ascenso en 1993 se produce, sobre todo, en las categorías más jóvenes. Este ascenso ha llevado a que en 1993 la región central tenga la tasa más alta del país, después de la región litoral, respecto de suicidios de los más jóvenes.⁶

⁶ Las tasas de suicidio según sexo y edad para las regiones y los departamentos pueden ser observadas en el informe de investigación presentado a la Comisión Sectorial de Investigación Científica. Véase Nota Núm. 1. Han sido omitidas para no abrumar al lector con un número excesivo de cifras.

Tabla 7
Tasas de suicidio en regiones y departamentos de Uruguay por períodos

Suicidios por 100 mil habitantes						
	1963-67	1968-72	1973-77	1978-82	1983-87	1988-93
Región Central	15.7	16.7	17.7	15.5	13.6	16.0
Durazno	10.7	12.8	11.5	9.4	9.8	16.5
Flores	6.7	18.2	13.0	12.1	16.2	17.4
Florida	17.4	13.1	14.0	16.8	16.8	12.8
Lavalleja	19.8	23.2	29.9	22.4	11.4	15.8
Tacuarembó	17.1	16.5	16.7	14.3	16.3	17.8
Región Litoral	12.8	13.3	12.5	13.4	11.0	12.6
Paysandú	13.8	11.5	16.5	11.7	9.4	12.9
Río Negro	10.6	14.0	10.0	18.6	12.7	11.3
Salto	9.8	12.6	8.6	11.9	9.2	10.5
Soriano	16.6	15.9	14.2	14.5	14.3	16.2
Montevideo	4.2	3.7	4.2	3.4	5.3	7.8
Región Noreste	22.2	20.3	20.9	14.5	18.8	21.5
Cerro Largo	24.9	19.5	24.0	11.8	20.4	17.2
Rocha	17.5	23.1	24.2	15.8	20.5	29.0
Treinta y Tres	23.8	17.9	11.4	17.3	13.6	18.0
Región Norte	15.7	16.4	14.2	12.8	12.6	9.4
Artigas	14.5	14.3	14.4	12.3	10.5	9.7
Rivera	16.4	17.8	14.1	13.1	14.3	9.2
Región Sureste	16.3	18.1	16.3	13.3	14.4	13.3
Canelones	16.4	17.6	14.0	12.8	14.8	12.3
Maldonado	15.7	20.4	26.2	15.4	15.9	17.1
Región Suroeste	13.0	15.5	19.6	16.3	9.3	16.3
Colonia	14.7	15.6	21.5	14.8	11.0	12.3
San José	10.9	15.4	17.1	18.2	9.8	21.3

Fuente: Estadísticas del MSP.

La **región litoral** muestra una importante variación intrarregional: Soriano y Salto han tenido tradicionalmente las tasas mayores y menores, respectivamente; mientras Paysandú y Río Negro han mantenido posiciones intermedias. Presenta también aumentos en la razón hombre/mujer en los años ochenta y una estabilidad en cerca de cuatro suicidios masculinos por cada suicidio femenino, entre 1988 y 1993, un poco superior a la del primer periodo analizado. Se cumple en esta región la relación positiva entre edad y suicidio. Si en 1985 el descenso de la tasa se produce en la mayor parte de las categorías de edad, el aumento de 1993 se produce, principalmente, en las categorías más jóvenes. En acuerdo con lo anterior, es en este mismo año cuando se

registra la tasa más alta del tramo de 15 a 24 años, a nivel nacional, próxima a los 20 suicidios por cada 100 mil habitantes.

La **región noreste** ha presentado un predominio prácticamente absoluto a nivel nacional en un periodo de treinta años, detectado también en las tasas altas de suicidio a nivel departamental. Los tres departamentos que integran la región poseen tradicionalmente tasas altas. Actualmente, Rocha se separa fuertemente con la tasa más alta a nivel departamental y nacional, similar a la de algunos de los países de mayor índice de suicidio en el mundo. Esta región es, después de Montevideo, aquella en que es menor la razón

entre suicidios masculinos y femeninos: 3.4 a 1. Si aquí se registran las mayores tasas del país, el suicidio es menos una cuestión de hombres, en relación con todo el resto del país. Por otra parte, si bien el conjunto de las categorías de menor edad tiende a tener menor suicidio que las categorías de mayor edad, el crecimiento de la tasa de suicidio en función de la edad se produce en forma discontinua. El descenso de la tasa en 1985 se produce en todas las categorías de edad, mientras que el aumento en 1993 se produce, principalmente, en los tramos de menor edad.

La **región norte** es la que reporta la de tasa más baja en el resto del país, presenta una importante homogeneidad intrarregional. Artigas y Rivera presentan leves diferencias en sus tasas en los periodos analizados. También es la región del país en donde el suicidio es más un asunto masculino. Por cada suicidio femenino se encuentran aquí más de cinco suicidios masculinos. Por otra parte, el norte, al igual que el noreste, cumple en forma discontinua la relación entre edad y suicidio. Su descenso histórico se confirma en 1985 y hace caso omiso del ascenso de la tasa que se produce en 1993 a nivel nacional.

La **región sureste** debe sus variaciones de un periodo a otro a las oscilaciones de Maldonado entre tasas medias y altas, visto que Canelones mantiene una tradicional estabilidad en tasas medias. A diferencia de las otras zonas del país, la razón entre suicidio masculino y femenino ha crecido en forma prácticamente continua, de tres a cuatro suicidios masculinos por cada suicidio femenino, considerando el conjunto de periodos que van de 1963 a 1993. En esta región sí se cumple, en la mayoría de los periodos, la asociación positiva entre edad y suicidio. Además, el descenso y el aumento de la tasa a nivel global, en 1985 y 1993 respectivamente, afecta en este caso, principalmente, a las categorías de menor edad.

La **región suroeste** debe sus diferentes posiciones a las variaciones ocurridas en San José que ha visto crecer prácticamente en forma continua su tasa de suicidio. Mientras tanto, el departamento de Colonia ha tenido tradicionalmente una tasa media en el contexto nacional. La zona suroeste presenta la tendencia general de ascenso en la relación suicidio masculino/suicidio femenino en los años ochenta y una razón en el último periodo, en este caso, un poco superior a cuatro suicidios masculinos por cada suicidio femenino. En esta región, al igual que en el noreste y en el norte, la relación entre edad y suicidio se presenta, generalmente, en forma discontinua. Al descenso de 1985 que se produce en la mayoría de las categorías de edad le sigue un ascenso en 1993, que se produce principalmente en los tramos de menor edad.

La tipología regional del suicidio que se ha ensayado en este trabajo muestra un mapeamiento del suicidio. Uruguay contiene entonces, zonas más suicidógenas que otras. La perspectiva de áreas culturales del suicidio nos provee de un instrumental analítico que permite pensar las características que se presentan en aquellas regiones de mayor suicidio. Los estudios contemporáneos que señalan que el suicidio es más rural se corresponden con la correlación estadística negativa encontrada entre índice de urbanización y tasa de suicidio.⁷ Existen nuevos estudios que indican la presencia de altas tasas de suicidio en áreas culturales históricamente diferenciadas, como la cultura gaucha en el sur del Brasil (Fachel Leal, 1992), determinadas comunidades indígenas en el Mato Grosso del Sur también en Brasil (da Costa Pereira, 1995), (Sebe Bom Miehny, 1991) y en las reservas indígenas estadounidenses (Fremouw *et al*, 1990; Lester, 1989). En estos casos la fuerte presencia de determinados grupos étnicos se ha visto asociada a altos índices de suicidio, asunto que ha llamado la atención de gobiernos, investigadores y diferentes grupos de asistencia social. La homogeneidad étnica y cultural de la sociedad uruguaya descarta la existencia de grupos de alto riesgo suicida. Sin embargo, muchos estudios han relevado las diferencias importantes entre Montevideo y el resto del país en términos económicos, políticos y culturales. La presencia de áreas culturales del suicidio parece, entonces, corresponderse con las diferencias económicas, políticas y culturales.

La estructura social y la tasa de suicidio

Se han utilizado en el proceso explicativo bloques de variables demográficas, estructurales y de desorganización social que han mostrado su variación conjunta con la tasa de suicidio.

El modelo de variables demográficas utilizado (véase matriz de correlaciones 1) ha mostrado que las tasas de suicidio son más elevadas en las zonas no urbanizadas, de baja densidad poblacional, con pirámides poblacionales de bajo rejuvenecimiento y principalmente masculinizadas. Si el suicidio es un fenómeno asociado fuertemente con el sexo masculino, la alta tasa que se registra en algunas regiones del país se relaciona principalmente con el alto grado de masculinización. Del mismo modo, se ha sostenido que si el suicidio es un fenómeno que aumenta con la edad, y los jóvenes emigran del campo a la ciudad, es en las regiones

⁷ Véase para el caso uruguayo, más adelante, la matriz de correlaciones 1.

Matriz de correlaciones 1

Coefficiente de correlación r de Pearson Variables demográficas⁸ y Tasa de suicidio en Uruguay

Tasa de suicidio	pu85	pu96	im85	im96	jov85	jov96	vie85	vie96	d96 ⁹
1983-1987	-.69	-.27	.38	.35	-.05	-.29	-.09	-.09	-.49
1988-1993	-.55	-.29	.38	.29	-.40	-.26	.27	.20	-.36

Fuente: Estadísticas del MSP y del Instituto Nacional de Estadística (INE).

de pirámide más envejecida donde se registran mayores suicidios (De Miguel, 1973). Esta hipótesis tiene para el caso uruguayo un sustento débil, si bien las zonas que tienen mayor rejuvenecimiento de su pirámide presentan tasas menores de suicidio.

Las variables estructurales y los indicadores de desarrollo económico mostraron la mayor capacidad explicativa, entre

los conjuntos de bloques de variables utilizados (véase matriz de correlaciones 2). El cálculo de coeficientes de correlación múltiple mostró valores superiores al ser aplicado al bloque de variables de estructura, tanto en el periodo 1983-1987 como en el periodo 1988-1993. En segundo lugar, se ubicaron las variables de tipo demográfico en el primer periodo pero fueron desplazadas por las variables que miden desorganización social en el último periodo.

Matriz de correlaciones 2

Variables estructurales¹⁰ y Tasa de suicidio en Uruguay

Tasa de suicidio	h85	md94	ma1	ma2	nbi	de1	de2	i89	tp85	a85	as85	an85
1983-1987	-.30	-.50	-.15	-.33	.46	-.46	.20	-.46	-.48	.26	-.46	.55
1988-1993	-.46	-.34	-.22	-.38	.22	-.32	.13	-.20	-.46	.22	-.41	.13

Fuente: Estadísticas del MSP y del INE.

⁸ Las variables seleccionadas en esta matriz son las siguientes:
Tasa de suicidio en el periodo 1983-1987 (Núm. cada 100 mil habitantes).
Tasa de suicidio en el periodo 1988-1993 (Núm. cada 100 mil habitantes).
pu85. Porcentaje de urbanización en 1985.
pu96. Porcentaje de urbanización en 1996.
im85. Índice de masculinidad en 1985.
im96. Índice de masculinidad en 1996.
jov85. Porcentaje de jóvenes (15 a 24 años) en 1985.
jov96. Porcentaje de jóvenes (15 a 24 años) en 1996.
vie85. Porcentaje de personas de 65 años y más en 1985.
vie96. Porcentaje de personas de 65 años y más en 1996.
d96. Densidad poblacional. Población en 1996 sobre superficie en kilómetros cuadrados.

⁹ La densidad poblacional por kilómetro cuadrado no ha variado desde 1985 a 1996 a nivel departamental. La relación de cada una de las variables seleccionadas es la misma se toma la densidad en 1985 o en 1996. Se ha seleccionado el primer indicador y eliminado el segundo, simplemente por razones de antecedencia temporal. Sin embargo, se debe considerar que la densidad no se ha modificado en los últimos años, ni su relación con las variables que se seleccionan.

¹⁰ Las variables seleccionadas en esta matriz son las siguientes:
Tasa de suicidio en el periodo 1983-1987 (Núm. cada 100 mil habitantes).
Tasa de suicidio en el periodo 1988-1993 (Núm. cada 100 mil habitantes).
h85. Núm. de personas promedio en hogares particulares en 1985
md94. Núm. de médicos cada 1000 habitantes en 1994
ma1. Núm. de matrimonios cada 100.000 habitantes en 1987
ma2. Núm. de matrimonios cada 100.000 habitantes en el periodo 1988-1993
nbi. Porcentaje de necesidades básicas insatisfechas en el medio rural. 1985
de1. Tasa de desempleo en 1985
de2. Tasa de desempleo en 1994
i89. Ingreso promedio por hogar en 1989
tp85. Porcentaje de técnicos y profesionales en 1985
a85. Población económica activa en la agricultura en 1985
as85. Porcentaje de asalariados en 1985
an85. Porcentaje de analfabetos en 1985.

El desarrollo de dimensiones integrativas tradicionales (presencia de hogares y matrimonios) así como una mayor división del trabajo (con presencia importante de estructuras educativas, de salud y económicas) y el desarrollo de indicadores socio-económicos actúan como efecto inhibitorio de mayores tasas de suicidio. A comienzos de siglo, según el estudio clásico de Durkheim, las tasas de suicidio se relacionaban positivamente con la urbanización y con la mayor división del trabajo. Actualmente, las mayores tasas de suicidio se registran en aquellas regiones que quedan fuera de la división del trabajo. Recientemente se ha indicado que con la intensificación de la modernización se ha visto desplazado el espacio social de la anomia (Fachel Leal, 1998). Nuestro estudio parece verificar que la anomia está asociada actualmente, a la no-división del trabajo, a la no-participación en la economía, en la cultura y en las decisiones.

Recientemente se ha afirmado que:

El suicidio, como fenómeno social en su configuración clásica presentada por Durkheim que nos lleva al concepto de anomia, es eminentemente urbano, masculino y ocurre en regiones económicamente más ricas. Nos debemos preguntar si, con la intensa globalización, el proceso de anomia no es vivenciado anticipadamente, esto es, si el sentido de colapso o no-conformidad con normas y la conciencia de imposibilidades de adaptación e inexistencia de medios, mediante un proceso de informaciones masificadas, alcanzan a las poblaciones rurales, potencialmente migrantes, boicoteando el proyecto mismo de migración, anticipando el estado anómico. Esta es, sin duda una hipótesis plausible: la de que con la intensificación de la modernización, se desplazó el espacio social de la anomia y consecuentemente del suicidio (Fachel Leal, 1998: 20).¹¹

Si esta hipótesis es cierta el suicidio se trasladó ahora a aquellas regiones que quedan fuera de la globalización. Si ésta además se entiende como la participación en un mundo de desarrollo tecnológico e informacional en donde la variable "conocimiento" es el principal objetivo social, aquellas regiones que quedan fuera de este proceso serán las que presentarán mayores tasas de suicidio.

El análisis histórico de la tasa de suicidio ha mostrado movimientos fuertes en años de crisis económica y política.

En estos movimientos Montevideo se ha adelantado al resto del país, principalmente en el aumento de la tasa, así como los hombres han aumentado su tasa con anterioridad a las mujeres. Henry y Short (1985) sostenían años atrás que el suicidio anómico es más sensible en aquellas categorías que participan en mayor proporción en la corrida de *status*. Sin embargo, si el resto del país en relación con Montevideo, o las mujeres en relación con los hombres, actúan en forma más tardía en los momentos de crisis económicas y políticas, eso no significa que no actúen. Tal vez, el espacio social de la anomia ya no tiene un lugar fijo ni una región única privilegiada y la diferencia esté ahora en cuál es la puerta de acceso a la anomia en un mundo globalizado.

Los indicadores de desorganización social que se han utilizado no nos han agregado demasiada información sobre la relación entre las tasas de suicidio y los procesos de anomia. Si bien aumentaron su capacidad explicativa, como ya fue dicho, en el último periodo. También ha sido demostrado que, principalmente en el periodo 1987-1993, existe una fuerte correlación positiva entre crecimiento urbano y tasa de suicidio. Las tasas de suicidio altas se presentan en aquellos departamentos y regiones que tienen un crecimiento urbano importante pero independientemente del grado de urbanización histórico departamental. Tal vez aquí esté el origen de la contribución explicativa mayor del crecimiento urbano asociado a la tasa de suicidio en el último periodo con un guarismo mayor que el porcentaje de urbanización. Así como, la contribución explicativa mayor, también en el segundo periodo, del bloque de variables que miden anomia en relación con aquel que mide pesos poblacionales (ver matriz de correlaciones 3).

Reflexiones finales

El suicidio en el Uruguay es comparativamente alto para América Latina (omitiendo los problemas de subregistro) y medio a escala mundial. Las tasas de suicidio son para el caso uruguayo más altas en los hombres y se observa, aunque con variaciones, un mayor suicidio con el crecimiento de la edad.

El concepto de área cultural del suicidio ha resultado más comprensivo que el de integración social. En ese sentido, Montevideo y el Resto del país se constituyen históricamente como áreas culturales con contribuciones al suicidio diferenciadas.

Si el suicidio ha sido históricamente más alto en el resto del país, el comportamiento de los sexos y de las categorías de edad ha mostrado singularidades en cada uno de estos

¹¹ Esta autora destaca, también, las altas tasas similares de suicidio en Río Grande del Sur, en Uruguay y en Argentina. El área cultural del suicidio parece, en nuestro caso, superar las fronteras del Estado nación.

Matriz de correlaciones 3

Variables de desorganización social¹² y Tasa de suicidio en Uruguay

Tasa de suicidio	urb1	urb2	mn1	mn2	dv1	dv2	aa1	aa2	at1	at2	hm1	hm2
1983- 1987	.36	.70	.14	.24	-.07	.35	.02	-.05	.44	.37	.40	.10
1988-1993	.22	.56	-.08	.12	-.20	.20	-.06	-.20	.35	.32	.12	-.01

Fuente: Estadísticas del MSP y del INE.

espacios nacionales. Siendo el suicidio un fenómeno asociado al sexo masculino, esto es cada vez menos cierto en la capital del país, mientras en el resto se registra ya no sólo una masculinización de la población, sino también una masculinización del suicidio. Esto último en forma más marcada en la región norte.

En el Uruguay se cumple la ley clásica que postula mayor suicidio con el crecimiento de la edad aunque la misma es más marcada en los hombres, observándose importantes discontinuidades en algunas zonas. Esto último significa que se ha detectado en determinadas regiones mayor suicidio, principalmente en los últimos años, en las categorías de menor edad en relación con las categorías subsiguientes. Además, se ha detectado que el crecimiento observado en la tasa de suicidio en los últimos años se presenta con mayor fuerza para algunas regiones, en las categorías de menor edad. Aunque este mayor crecimiento relativo de la tasa para estos casos, no parece ser hoy altamente significativo.

Esto deberá ser estudiado en mayor detalle. Una pregunta que surge es la siguiente, si las mujeres y los jóvenes tienen índices de tentativa de suicidio ampliamente superiores a los hombres y a los mayores, ¿las discontinuidades observadas en ocasiones en los primeros tramos de edad no estarán asociadas a un crecimiento en las tentativas que ha tenido como resultado un aumento en la efectividad del intento?

El mapa del Uruguay presenta regiones y departamentos más "suicidógenos" que otros. Las regiones noreste y central y los departamentos de Rocha y San José han aparecido como zonas de alta contribución al suicidio. Por otra parte, se ha detectado un crecimiento importante en la tasa de la capital que la aproxima cada vez más al resto del país.

El análisis con variables explicativas demográficas, de integración y de desorganización social ha mostrado que son los departamentos de urbanización tardía los que registran hoy mayores tasas de suicidio. La tasa de suicidio es mayor en los últimos años en los departamentos que se desruralizan más rápidamente. Tal vez, para el caso uruguayo, se deba modificar parcialmente la hipótesis de Fachel Leal y el suicidio no se presente en las zonas rurales, sino en aquellas que se desruralizan. Las regiones de urbanización tardía son las que se incorporan marginalmente a la globalización. La urbanización tardía no significa la obtención de aquellos factores que suponen la prevención contra el suicidio, esto es, dimensiones de integración y de desarrollo económico y social, sino la percepción de estar fuera de la globalización. La anticipación de la anomia no se realizaría, entonces, desde el mundo rural sino desde un mundo desruralizado. El espacio social de la anomia se desplazó primero de la ciudad al campo y ahora a las zonas que abandonan el mundo rural sin poder acceder a las dimensiones integradoras y a los índices de desarrollo económico que promete el mundo globalizado. Si es verdad, como señalan que "[...] en cada sujeto que se mata fracasa una propuesta comunitaria" (Kalina y Kovadloff, 1983: 64), los procesos de anomia asociados a movimientos fuertes en la tasa de suicidio cuestionan nuestros modelos de desarrollo, social y económico.

¹² Las variables seleccionadas en esta matriz son las siguientes:
 Tasa de suicidio en el período 1983-1987 (Núm. cada 100 mil habitantes)
 Tasa de suicidio en el período 1988-1993 (Núm. cada 100 mil habitantes)
 urb1. Crecimiento de la población urbana en el periodo 1975-1985
 urb2. Crecimiento de la población urbana en el periodo 1985-1996
 mn1. Índice de migración neta en el periodo 1980-1985
 mn2. Índice de migración neta en el periodo 1985-1996
 dv1. Tasa de divorcios en 1987 (Núm. cada 100 mil habitantes)
 dv2. Tasa de divorcios en el período 1988-1992 (Núm. cada 100 mil habitantes)
 aa1. Tasa de accidentes de tránsito en el periodo 1985-1987 (Núm. cada 100 mil habitantes)
 aa2. Tasa de accidentes de tránsito en 1988 (Núm. cada 100 mil habitantes)
 aa1. Tasa de accidentes de trabajo en el periodo 1985-1987 (Núm. cada 100 mil habitantes)
 aa2. Tasa de accidentes de trabajo en 1988 (Núm. cada 100 mil habitantes)
 hm1. Tasa de homicidios en 1987 (Núm. cada 100 mil habitantes)
 hm2. Tasa de homicidios en el período 1988-1993 (Núm. cada 100 mil habitantes).

Si esta hipótesis tiene algún grado de validez es posible que la presencia de altas tasas de suicidio en las diferentes regiones del resto del país se deba a procesos de anomia diferenciados. Así, algunas regiones responderán a una anomia más tradicional (o a un suicidio egoísta invertido)¹³ con procesos de vaciamiento poblacional y bajo desarrollo urbano, y con índices mayores de masculinización del suicidio. Aquí las tasas de suicidio serían expresión de un mundo rural que no participa de la división del trabajo, en el sentido de que ha quedado fuera de la economía, de la cultura y de las decisiones políticas. En este caso se encontraría una fuerte masculinización del suicidio y afectaría principalmente a las categorías de mayor edad. Por otro lado, otras regiones con mayor crecimiento urbano representarían la anomia constituida por el mundo desruralizado que no accede a los beneficios potenciales de la globalización. En este caso, es factible esperar que las mujeres se aproximen a los hombres y las categorías de menor edad hagan lo propio en relación con los de mayor edad. Obsérvese la proximidad de las mujeres en Montevideo (donde el suicidio creció más en los últimos años) y en el noreste (donde se encuentra la mayor tasa de suicidio del país) y el crecimiento comparativamente mayor de la tasa, en las categorías de menor edad, en los últimos años y para las distintas regiones del país.

Queda abierta la interrogante sobre el aumento registrado en Montevideo en los últimos años. Tal vez debido a su aumento en la tasa se verifique, también, una menor presencia de las variables de peso demográfico como porcentaje de urbanización y densidad. El análisis de un periodo de treinta años nos ha mostrado que los aumentos en las tasas de suicidio en Montevideo eran acompañados posteriormente por el resto del país. Por otra parte, al contrario de lo observado en los años anteriores de aumento en la capital del país, el suicidio en mujeres han disminuido en este último caso, la distancia con respecto a los hombres. Al mismo tiempo que se ha verificado el aumento en la tasa de suicidio de Montevideo, se ha reforzado el papel explicativo global de las variables que miden desorganización social, desplazando de su segundo lugar a las variables que miden peso poblacional. Nada asegura que la existencia de relación entre dos series de datos se deba a la presencia de un mismo proceso. Sin embargo, si el aumento en la capital se debiera a procesos de desorganización social, dado los procesos de urbanización creciente (con sus efectos aparentemente anómicos) en el resto del país, y considerando que los aumentos en las tasas se han producido, históricamente primero en la capital, es factible que en los próximos años se asista a un crecimiento en la tasa de suicidio en el resto de Uruguay.

¹³ Recuérdese que en el análisis durkheimiano de comienzos del siglo XX, las tasas de suicidio más altas se encontraban en las zonas de mayor división del trabajo. A ese caso Durkheim lo denominó egoísta. La denominación de suicidio egoísta invertido referiría entonces a aquel tipo que se produce, al contrario de lo observado por Durkheim, en las zonas donde existe menor división del trabajo.

Bibliografía

- BAUDELLOT, CHRISTIAN *et* ESTABLET, ROGER (1984). *Durkheim et le suicide*, Paris, Universitaires de France.
- BOUDON, RAYMOND *et* FERNAND BOURRICARD (1982). "Suicide", *Dictionnaire critique de la sociologia*, Paris, Universitaires de France, pp. 587-592.
- CASSORLA, ROOSEVELT, M. S. (1984). *O que é suicídio*. São Paulo, Brasiliense.
- DA COSTA PEREIRA, MARIA APARECIDA (1995). *Uma rebelião cultural silenciosa. Investigação sobre os suicídios entre os guaraní (nhandéva e kaiwá) do mato grosso do sul*, Brasília, Série Índios do Brasil 3.
- DE MIGUEL, JESÚS (1973). *El ritmo de la vida social*, Madrid, Tecnos.
- DOUGLAS, JACK (1977). "Suicidio", en D. Sillis (Comp.), *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*, Vol. 10, pp 192-209.
- DURKHEIM, EMILE (1992). *El suicido*, Madrid, Akal.
- FACHEL LEAL, ONDINA (1992). "Suicídio. Honra e masculinidade na cultura gaúcha", *Cadernos de Antropologia*, núm. 6, Universidade Federal de Rio Grande do Sul, pp. 7-21.
- FACHEL LEAL, ONDINA (1998). "Debate sobre o artigo de Everardo Duarte Nunes", *Cadernos de Saúde Pública*, núm. 14, pp. 19-20.
- FREMOUW, WILLIAM J., MARIA DE PERCZEL and THOMAS E. ELLIS (1990). *Suicide Risk. Assessment and response guidelines*, New York, Pergamon Press Offices.
- HENRY, ANDREW F. *and* JAMES F. SHORT JR. (1985). "Suicidio, estatuto y ciclos económicos", en: F. Clazel, R. Boudon y P. Lazarsfeld. (Comps.), *Metodología de las Ciencias Sociales III, Análisis de los procesos sociales, Volumen III*, Barcelona. Editorial Laia, pp. 117-145.
- KALINA, EDUARDO E SANTIAGO KOVADLOFF (1983). *As cerimônias da destruição*, Rio de Janeiro, Alves.
- LESTER, DAVID (1989). *Suicide from a sociological perspective*, New Jersey, Charles C. Thomas, Publisher.
- OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (1996). "Vigilancia epidemiológica de homicidios y suicidios", Vol. 120, núm. 4, pp. 316-324.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1969). *Prevención del suicidio*, Ginebra, OMS.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1990). *Las condiciones de salud en las Américas*, Vol. I, OPS. Washington, OMS.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1991). *Las estadísticas de salud de las Américas. La mortalidad desde 1991*, OPS, Publicación Científica núm. 537.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1992). *Las estadísticas de salud para las Américas*, OMS.
- ROBERTT, PEDRO (1998). *El suicidio en el Uruguay. Un análisis histórico*, Julio, Montevideo, Inédito.
- SEBE BOM MIEHY, JOSÉ CARLOS (1991). *Canto de morte kaiowá. Historia oral de vida*, São Paulo, Loyola.

VIII CONGRESO LATINOAMERICANO DE
MEDICINA SOCIAL
8th. LATIN-AMERICAN CONGRESS OF SOCIAL MEDICINE
XI CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE POLÍTICAS DE
SALUD
11th. CONGRESS OF THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF HEALTH
POLICY

3 al 7 de julio de 2000 / July 3 - 7, 2000
GLOBALIZACIÓN, REFORMAS Y EQUIDAD EN SALUD
GLOBALIZATION, REFORM AND EQUITY IN HEALTH

ÁREAS TEMÁTICAS

1. Economía y políticas de salud para el tercer milenio
2. La salud: derecho o mercancía
3. Ciudadanos, clientes y pacientes: participación, seguridad social y aseguramiento individual
4. Lo público, lo privado y lo estatal en salud
5. Condiciones de vida, ambiente y salud
6. Salud internacional: la indivisibilidad de la salud
7. Estados nacionales vs organismos y empresas transnacionales
8. Intersectorialidad: nuevas fronteras para el saber y la práctica
9. Descentralización y municipalización en salud
10. Inclusión y exclusión: satisfacción de necesidades y democratización de oportunidades
11. Calidad, equidad y eficiencia
12. Viejos problemas y nuevos actores en salud
13. El mundo del trabajo: impacto de la globalización
14. Defensa de la vida, promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad
15. Género y salud: un camino hacia la equidad

MODALIDADES DE PRESENTACIÓN

Paneles

Comunicaciones coordinadas

Carteles

Presentación de libros

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

Remita un resumen estructurado cuya extensión no debe exceder de 300 palabras. La estructura será: título, autor(es), institución y país, objetivos, métodos, resultados y conclusiones; y temática propuesta en la que se enmarca. Se enviará por correo electrónico: concuba@infomed.sld.cu, fax o por correo postal, en formato Word, fuente Arial 10. Debe ser entregado antes del 30 de diciembre de 1999.