

Situación Epidemiológica del Suicidio en la Ciudad de Córdoba en el período 2019-2024



Intendente de la Ciudad de Córdoba

Med. Esp. Daniel Passerini.

Secretaría de Salud

Med. Esp. Ariel Aleksandroff.

Subsecretario de Salud Mental y Adicciones

Lic. Esp. Lucas Torrice.

Subsecretaría de Bienestar Integral

Lic. Mgtr. Marcela G. Marramá.

Dirección de Epidemiología, Zoonosis y Sanidad Animal

Lic. Mgtr. Diego F. Ruiz.

Planificación, relevamiento de Información, análisis y redacción del informe

Helios D. García Dolz

Susana S. Saires

Equipo técnico de Estadísticas Vitales.

Tabla de contenido

Índice

Palabras preliminares	4
- Alcances del informe y relevancia para el ámbito local.....	10
- Agradecimientos	11
- Introducción	13
- Perspectiveteórica-normativa.....	14
Metodología	17
Análisis Epidemiológico	21
- Mortalidad por causas externas	23
- Distribución según grupo etario	23
- Distribución según mes de defunción de Causas Externas	24
- Distribución de la mortalidad por suicidio y demás Causas Externas	25
- Suicidio como causa específica	26
- Distribución suicidio según año y mes de ocurrencia.....	27
- Distribución suicidio según sexo y grupo etario.....	28
- Distribución suicidio según mecanismo	34
- Distribución geográfica.....	35
- Condición ocupacional y educativa	36
- Distribucion suicidio según lugar de ocurrencia	41
Fuentes complementarias	44

- **Bomberos de la Policía de la Provincia de Córdoba**44
 - Categorización de las Contenciones en salud mental45
 - Distribución por género y grupo etario.....47
 - Distribución por mes de ocurrencia49
- **Notificación Obligatoria de Intento de Suicidio en SISA-Marco legal e Implementación**.....50
 - Distribución por género y grupo etario.....51
 - Distribución por mecanismo.....54
 - Distribución de casos de sobreingesta de medicación según grupo etario y sexo.....55
 - Distribución según lugar de ocurrencia 56
- Reporte Epidemiológico Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de la Provincia de Córdoba 57
- Conclusiones** 60
- Anexo**..... 63
- Mapa n°1..... georreferencia suicidios por zona sanitaria y áreas programáticas en la ciudad de Córdoba..... 64
- Referencia Bibliográfica** 66

Palabras Preliminares

Justificación del abordaje del suicidio como problema de salud pública

Alejandra Rossi

Cada vida perdida por suicidio no es solo una tragedia individual, sino un llamado urgente a la acción colectiva.

El suicidio constituye un problema grave, complejo que interpela de manera directa a los sistemas de salud, a las políticas sociales y a los Estados en su conjunto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado de manera consistente que se trata de un fenómeno prevenible, pero que requiere intervenciones sostenidas, multisectoriales y basadas en evidencia. En este sentido, que la prevención del suicidio forme parte de la agenda pública y sanitaria no es una cuestión optativa ni marginal: es un imperativo ético, social y sanitario.

El suicidio no solo representa un problema de salud, sino que es una de las problemáticas más complejas y dolorosas de la vida contemporánea.

Su carácter multicausal, multidimensional y su impacto devastador en individuos, familias y comunidades exigen un abordaje integral, sensible y basado en evidencia.

Este informe se propone analizar la situación actual del suicidio en Córdoba, explorando sus generalidades, clasificaciones y la imperiosa necesidad de su inclusión prioritaria en la agenda de salud pública.

Plasmar su dimensión en una definición resulta difícil, pues abarca al ser humano en sus pensamientos, sus emociones, sus actos y comunicaciones cuyo fin último es terminar con la vida. Y aquí nos encontramos con el primer escollo y el legado exquisito del padre de la suicidología, Edwin Schneidman (1985) cuando plantea la posibilidad de que la conducta suicida surja como una solución percibida a un sufrimiento psicológico intolerable, a un dolor psíquico que se torna insoportable.

Muchas personas no quieren morir, quieren salir o terminar con algo que le es doloroso y no puede lidiar con él.

En este punto podríamos incluir aportes de Aaron Beck (1979), cuando dice que la conducta suicida está asociada a una triada cognitiva negativa: una visión desesperanzada del futuro, una visión negativa del yo, y una percepción del mundo como abrumador. El suicidio es visto como una solución final ante un conflicto que se percibe como insoluble.

Ambos autores hacen aportes excepcionales, pero toman una palabra que debemos desmitificar: "solución". El suicidio no soluciona nada, por el contrario, deja a los que rodean a quien tomó la decisión, en el peor de los escenarios.

Si lo relacionamos con las crisis de la vida, muchas personas toman la decisión en esta situación, reforzando la posición de "salida" ante el peligro inminente que las manifestaciones de las crisis desencadenan en ellas.

Siguiendo un enfoque epidemiológico y clínico, las conductas suicidas se manifiestan de diferentes maneras y siempre dentro de un proceso. Atender al proceso es importante porque de él se nutre la prevención y las intervenciones para poder ver las señales de alerta. Este proceso es un discurso intrapersonal entre la idea inicial, la ambivalencia y la decisión tomada.

Se conoce como ideación suicida a la aparición de pensamientos sobre la posibilidad de quitarse la vida. Pueden variar desde ideas vagas de muerte ("ojalá no despertara") hasta pensamientos concretos, con planificación activa. Esto lleva a diferenciarlas en ideación pasiva, deseo de morir sin intención o plan (ej. "Preferiría no estar vivo") o ideación activa, pensamientos con intención, plan o preparación para llevar a cabo el acto.

La tentativa o intento de suicidio es un acto autoinfligido con la misma intención de morir que el suicidio que se consuma, pero que no resulta en la muerte. Puede ser planificado e implica el agravante de que, socialmente y aun en los equipos de salud, no se les toma con la seriedad que requiere la intencionalidad que conlleva.

Las personas con intentos previos tienen un riesgo elevado de suicidio consumado, especialmente en el primer año posterior al intento.

El suicidio consumado es el acto deliberado que culmina en la muerte de la persona, motivado por múltiples y singulares causas, entre ellas, el padecimiento subjetivo de quienes lo llevan a cabo.

No se debe desconocer que hay otra manifestación asociada al tema que nos convocan: las autolesiones. A diferencia de las anteriores no conllevan intencionalidad y su expresión en el cuerpo no manifiesta la letalidad que sí vemos en los intentos (cortes poco profundos, rasguños, quemaduras) y tampoco se sitúan cercanas a áreas vitales. Como ya se expresó, si bien no hay intención suicida, su presencia es un factor de riesgo para probables conductas suicidas a futuro.

Como cierre, estas manifestaciones pueden formar parte de un continuo, pero no siempre progresan linealmente y también pueden coexistir (por ejemplo, autolesiones + ideación suicida).

Importancia en la Agenda de Salud Pública

El sufrimiento psíquico no mata de forma inmediata, pero cuando no es atendido, puede volverse letal. Por ello se enfatiza que la prevención del suicidio forme parte de la agenda pública y sanitaria.

La Ley Nacional 27.130 y la adhesión de Córdoba son pasos importantes, pero aún falta implementar acciones concretas. Las autolesiones están en aumento y los intentos de suicidio se están empezando a notificar de manera sistemática, lo que constituye un gran logro.

Lo que no se nombra no existe; lo que no se registra no se previene.

Los motivos por los que se hace necesario su incorporación a las agendas de las políticas públicas son:

a) La magnitud del problema y carga para la salud pública

Más de 700.000 personas mueren por suicidio cada año en el mundo, lo que lo convierte en una de las principales causas de muerte prevenible (OMS, 2021). En muchos países de América Latina, y particularmente en Argentina, se observa una preocupante tendencia al aumento en las tasas de suicidio en poblaciones jóvenes, rurales y en contextos de alta vulnerabilidad social. A esto se suma una subestimación sistemática de las cifras reales, producto del estigma, la clasificación ambigua en certificados de defunción y la falta de registros epidemiológicos confiables.

El suicidio no solo implica la pérdida irreversible de vidas humanas, sino también un impacto devastador en las familias, las comunidades y los sistemas de salud, que deben responder a una problemática de alta complejidad clínica y psicosocial.

b) Que solo salud pública lleve esta carga

En realidad, todas las carteras de la administración pública deben ayudar a salud a sobrellevar los impactos en un acto claro de responsabilidad, tal cual lo incluye la Ley 27130. La conducta suicida distingue edades, estilos de vida, condición social y lugares de residencia. Todos aquellos organismos que tienen poblaciones a cargo (escuelas, asilos, programas especiales, intendencias) deberían apoyar y actuar en consonancia con el sector salud.

c) Es una problemática de justicia social y equidad

La conducta suicida no se distribuye de manera equitativa en la población: afecta con mayor severidad a quienes viven en condiciones de pobreza, discriminación estructural, sufrimiento psíquico no tratado y exclusión. En este marco, no prevenir el suicidio es perpetuar desigualdades históricas. Que los Estados intervengan activamente no solo se justifica por razones epidemiológicas, sino también por un compromiso con la justicia social y el derecho humano a la salud mental. Una estrategia de prevención no puede ser solo clínica: debe considerar determinantes sociales, educativos, culturales, ambientales y económicos.



d) La prevención es posible y coste-efectiva

Existe una vasta bibliografía internacional que demuestra que la prevención del suicidio es factible, especialmente cuando se implementan estrategias comunitarias, restrictivas del acceso a medios letales, de sensibilización social, mejora del acceso a la atención en salud mental y entrenamiento profesional. Países como Finlandia, Australia o Corea del Sur han logrado reducir sus tasas con planes integrales, articulados desde los Ministerios de Salud.

Desde una perspectiva económica, la prevención del suicidio es coste-efectiva: reduce hospitalizaciones, años de vida perdidos, costos por discapacidad, judicialización de la salud mental y carga asistencial crónica. Cada intervención temprana evita costos incalculables en vidas humanas y en recursos públicos.

e) El suicidio como asunto intersectorial y transversal

Pensar el suicidio solo como un evento médico o psiquiátrico es una lectura limitada. Su abordaje exige una coordinación intersectorial, que incluya educación, seguridad, desarrollo social, justicia, niñez, medios de comunicación, cultura y organizaciones de la sociedad civil. Dejarlo exclusivamente en manos de profesionales de la salud mental, muchas veces sobrecargados y sin recursos, es condenar las políticas al fracaso. La responsabilidad del Estado es, por tanto, estructural, y debe materializarse en leyes, presupuestos, marcos normativos y planes de acción concretos, territoriales y evaluables.

f) Compromiso con los ODS y los marcos internacionales

El suicidio está explícitamente incluido en el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3.4, que propone “reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar” para 2030. Que los Estados lo incluyan en su agenda responde no solo a una urgencia nacional, sino a compromisos globales asumidos en el marco de la ONU (Naciones Unidas), la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la OPS (Organización Panamericana de la Salud). Omitir su abordaje implica una omisión en la implementación de los propios marcos de derechos y metas sanitarias internacionales.



g) Posvención, prevención de la identificación y reconstrucción del tejido social

Cada suicidio deja tras de sí un grupo de personas expuestas a un duelo particular, muchas veces sin dispositivos de contención ni acompañamiento adecuado. La posvención, es decir, las acciones orientadas a apoyar a sobrevivientes y prevenir la identificación con otras personas suicidas, debe ser también parte del diseño de políticas públicas. No intervenir en esta etapa favorece fenómenos de identificación (efecto Werther), cronificación del sufrimiento y mayor estigmatización.

Alcances del informe y relevancia para el ámbito local

Diego Ruiz

La elaboración de este informe sobre la situación epidemiológica del suicidio en la Ciudad de Córdoba constituye, para esta Dirección, mucho más que una tarea técnica o un ejercicio de sistematización estadística. Representa una responsabilidad pública asumida con seriedad, sensibilidad y compromiso con la vida de quienes habitan esta ciudad. Sabemos que detrás de cada cifra hay una historia, una familia, una comunidad que busca respuestas. Por eso, este trabajo fue concebido con la convicción de que los datos deben servir no solo para describir realidades, sino para transformarlas.

Este documento es fruto de un esfuerzo colectivo sostenido, atravesado por desafíos institucionales, búsquedas metodológicas y vínculos intersectoriales. Hemos trabajado con múltiples organismos del Estado —municipal, provincial y nacional— así como con equipos de salud, fuerzas de seguridad, universidades y organizaciones que comparten una preocupación común: prevenir muertes evitables y fortalecer redes de cuidado.

En un contexto donde la intencionalidad de las muertes muchas veces no se consigna, y donde los registros oficiales pueden invisibilizar dimensiones fundamentales del sufrimiento humano, optamos por una construcción más compleja y crítica del dato. Esto nos llevó a revisar fuentes, cotejar nombres, validar trayectorias y georreferenciar eventos, para contar con una base que refleje, con mayor fidelidad, lo que sucede en el territorio. Este enfoque, que podríamos llamar de epidemiología situada, nos permite leer los datos no como puntos aislados, sino como expresiones de procesos sociales, culturales y afectivos que merecen ser comprendidos en su densidad.

Somos conscientes de que ningún informe, por riguroso que sea, agota la realidad. Pero sí creemos que puede ser un punto de partida. Un instrumento al servicio de la planificación, pero también una invitación a construir una política pública que no niegue el dolor, sino que lo aloje, lo escuche y lo transforme en posibilidad. Agradecemos profundamente a todos los equipos que colaboraron con esta tarea. Nuestro compromiso es seguir trabajando para que cada dato sea una herramienta para cuidar mejor, y para que ninguna muerte evitable quede sin nombre ni memoria.



Agradecimientos

El informe que aquí se presenta es el resultado de un trabajo colectivo que involucró a muchas personas e instituciones. El interés por analizar la situación epidemiológica del suicidio, interpeló y convocó a un grupo de instituciones y organismos de distintos sectores. La génesis de esta publicación se enmarca entonces en el prestigio con el que cuentan las distintas fuentes, ya sean oficiales como las complementarias utilizadas. Resaltamos la labor a través de los años de nuestra Dirección de Epidemiología con sus funcionarios y sus equipos técnicos, con sus distintas áreas y sin las cuales no sería posible el desarrollo de nuestra publicación.

Queremos reconocer el compromiso asumido por parte de quienes impulsaron y sostuvieron esta tarea. Además de agradecer profundamente a las y los colegas que han escrito en este informe. Hacemos lo propio con quienes participaron con comentarios y reflexiones en las distintas reuniones realizadas en los Comités y Observatorios. Sus valiosos aportes resultaron fundamentales para continuar con los análisis y estudios sobre los tópicos que nos interesan.

El agradecimiento va dirigido a:

- Equipo Estadísticas Vitales de la Dirección de Epidemiología Municipal.
- Registro Civil Municipal de la Ciudad de Córdoba.
- Departamento de Estadísticas del Ministerio de salud del Gobierno de la Provincia de Córdoba.
- Dirección Bomberos de la Policía de la Provincia de Córdoba.
- Dirección de Estadísticas y Análisis del Delito de la Policía de la Provincia de Córdoba.
- Observatorio Urbano Córdoba (OUC) de la Universidad Nacional de Córdoba.
- Servicio de Toxicología del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad.

2. Introducción

Introducción

El suicidio es una de las principales causas de muerte evitable en el mundo y una de las expresiones más extremas del sufrimiento psíquico y social. Se estima que cada año, 727.000 personas mueren por suicidio, con una tasa mundial ajustada de aproximadamente 9 por cada 100.000 habitantes, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023). Las causas del suicidio son múltiples, ya que incluyen factores sociales, culturales, biológicos, psicológicos y ambientales presentes a lo largo de la vida. Según OMS el 73% de los suicidios ocurren en países de ingresos bajos y medianos.

En América Latina, y particularmente en la Argentina, la magnitud del fenómeno se ve agravada por desigualdades estructurales, fallas en los sistemas de atención y un débil desarrollo de estrategias comunitarias sostenidas.

La Ciudad de Córdoba Capital no está exenta de esta problemática. Desde hace más de 5 años, ha desarrollado y sostenido una red de respuestas institucionales orientadas a la atención de la salud mental y el abordaje del consumo problemático. Este recorrido histórico expresa una decisión política sostenida de priorizar estas problemáticas en la agenda pública. En el contexto actual, resulta imprescindible acompañar estos esfuerzos con información sistematizada y actualizada, que permita dimensionar la magnitud del fenómeno, identificar patrones de riesgo y fortalecer la planificación y evaluación de políticas públicas basadas en evidencia.

Desde diciembre de 2019, con la creación de la Dirección de Políticas Sociales en Adicciones, se vienen impulsando en la ciudad de Córdoba una serie de políticas públicas con el fin de abordar integralmente e intersectorialmente las problemáticas asociadas a la salud mental y los consumos problemáticos. Podemos destacar, entre otras, la creación de centros de prevención y asistencia en salud mental y adicciones, el COIPRED: "Consejo de Políticas Integrales en Salud Mental y Consumos Problemáticos", la sanción de la ordenanza 13186/2021 que crea el "Programa Municipal de Prevención del Suicidio" que entre sus objetivos se propone: "crear un sistema de registro con información estadística de los suicidios, cuyo objeto será diseñar estrategias específicas en zonas de mayor prevalencia". A partir del año 2023 se eleva dicha Dirección al rango de Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones profundizando la apuesta política por el abordaje de estas problemáticas.



En mayo de 2024, junto con el Gobierno de la Provincia, se presentan los lineamientos que conforman la “Red de Servicios y Cuidados en Salud Mental y Adicciones” de la ciudad de Córdoba, estableciendo, por primera vez, acuerdos para el abordaje de las urgencias y emergencias en salud mental. A su vez, en septiembre de 2024, se crea el “Observatorio para el Estudio y la Prevención del Suicidio en Córdoba”, conjuntamente con una línea de escucha, orientación y acompañamiento telefónico (0800-888-5555). Dicha línea es atendida por profesionales de la salud mental y funciona las 24 hs los 365 días del año. Logra este nivel de cobertura a partir de una articulación con el Hospital Nacional “Lic. Laura Bonaparte”, referencia en el campo de la salud mental.

El abordaje epidemiológico del suicidio, lejos de limitarse a la cuantificación de casos, requiere de una lectura capaz de articular dimensiones objetivas y subjetivas, comunitarias e institucionales, de manera de orientar intervenciones preventivas con perspectiva de derechos, género y territorialidad. En este sentido, se parte de una concepción de la salud mental como construcción social, histórica y política, tal como lo establece la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, que reconoce a las personas como sujetos de derecho y promueve prácticas intersectoriales, desmanicomializadoras y respetuosas de la singularidad.

Perspectiva teórica-normativa

Desde un punto de vista normativo, el suicidio ha sido reconocido por la Ley Nacional N.º 27.130 como un problema de salud pública de interés nacional. Esta legislación establece un marco integral que abarca la prevención, la asistencia y la posvención, y exige a los diferentes niveles del Estado articular estrategias basadas en la evidencia, con enfoque comunitario e intersectorial. El decreto reglamentario 603/2021 y resoluciones como la 1717/2022 del Ministerio de Salud refuerzan esta orientación, promoviendo la creación de programas específicos como el Programa Nacional de Abordaje Integral del Suicidio, con líneas de acción articuladas territorialmente. Siguiendo los lineamientos de la legislación nacional, en la ciudad de Córdoba se crea por ordenanza el “Programa Municipal de Prevención del Suicidio” (Ord. 13186/2021) y el Observatorio para el Estudio y la Prevención del Suicidio con el fin de visibilizar y generar políticas que aborden integralmente la problemática.

Sin embargo, el campo de la salud mental ha sido históricamente

dominado por discursos medicalizantes e individualizantes que, como señala Foucault (1976), tienden a patologizar las conductas en vez de interrogar las condiciones que las producen. Frente a ello, es necesario adoptar un enfoque complejo y multicausal, tal como recomienda la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que integre factores sociales, económicos, culturales, biológicos y afectivos a lo largo del curso de vida.

La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones de Argentina ha propuesto una lectura situada del suicidio como fenómeno que afecta no solo al individuo, sino al entramado comunitario que lo sostiene. Lejos de reducirlo a un trastorno mental, plantea que debe ser comprendido como resultado de múltiples tensiones y vulnerabilidades acumuladas, muchas de las cuales están asociadas a procesos de exclusión, desigualdad y desarraigo afectivo y simbólico.

En este sentido, el informe adopta un paradigma de salud colectiva que considera al suicidio como un síntoma social antes que un mero evento clínico. Este enfoque se inspira en desarrollos de la epidemiología crítica (Breilh, 2003), la salud mental comunitaria latinoamericana (Basaglia, Castel, Karsz) y la perspectiva de cuidados integrales y territoriales (Merhy, 2011), con el objetivo de desnaturalizar ciertas formas de sufrimiento y promover estrategias de intervención que privilegien el acompañamiento comunitario, la inclusión social y la restitución de derechos.

Asimismo, se reconoce la importancia de producir registros epidemiológicos robustos, confiables y con desagregación por género, edad, territorio y pertenencia a poblaciones vulneradas. Como ha señalado la OMS, la disponibilidad y calidad de datos sobre suicidio continúa siendo insuficiente en muchas regiones, obstaculizando la formulación de políticas basadas en evidencia (WHO, *Suicide Worldwide in 2019*, 2021). Por ello, una política local comprometida con la prevención del suicidio debe fortalecer tanto los sistemas de información como las redes de cuidado comunitario que permitan detectar señales tempranas, acompañar situaciones de crisis y construir entornos protectores.

3. Metodología

Metodología

El presente informe se sustenta en una metodología de corte cuantitativo y carácter descriptivo, centrada en el análisis de datos de defunciones por suicidio ocurridas en el ejido municipal de la Ciudad de Córdoba entre el 1° de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2024. La fuente primaria utilizada es el Registro Civil Municipal, a partir del cual se accedió a los informes estadísticos de defunciones. Estos documentos constituyen el insumo central del relevamiento, e incluyen información filiatoria, nivel de instrucción, ocupación habitual, lugar de ocurrencia del fallecimiento y causa de defunción, así como la intencionalidad, cuando esta ha sido consignada por el profesional interviniente.

La codificación de causas y mecanismos de muerte se realizó conforme al **Manual de codificación CIE-10** de la Organización Mundial de la Salud. No obstante, se identificó una limitación estructural: aproximadamente el 50% de los informes carecen de información específica sobre la intencionalidad del evento, lo cual condiciona la clasificación inicial y genera una significativa subrepresentación de los casos de suicidio. Tal como indican los lineamientos del Boletín CACE N.º 16, en ausencia de especificación y una vez agotada todas las posibilidades de obtener información adicional, se aplican las categorías Y10–Y34 (“eventos de intención no determinada”), lo que contribuye a un subregistro sistemático y persistente.

En respuesta a este problema, se adoptó una estrategia metodológica de **construcción integral del dato**, inspirada en postulados de la **epidemiología crítica**, que reconoce el carácter construido, contingente y socialmente situado de toda información en salud. Esta perspectiva impulsa un proceso reflexivo sobre los métodos clásicos de registro y codificación, tensionando sus supuestos y expandiendo los marcos de producción de datos a partir del entrecruzamiento de fuentes primarias y secundarias.

Así, se implementaron acciones de triangulación de registros con organismos provinciales y nacionales. En primer lugar, se trabajó con las bases provistas por el **Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud del Gobierno de la Provincia de Córdoba**. En segundo lugar, trabajamos con la **Dirección de Estadísticas y Análisis del Delito de la Policía de la Provincia de Córdoba** (años 2022–2024), cotejando caso por caso —por DNI, nombre completo y domicilio— con los registros municipales, con el objetivo de validar y completar la información sobre intencionalidad.



En tercer lugar, se integraron datos procedentes del **Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA)** y del **SIGIPSA** de la Provincia de Córdoba, a fin de verificar el domicilio real, el acceso a prestaciones de salud y otras variables omitidas o dudosas en los informes originales.

La definición del universo de casos considerados como correspondientes a la Ciudad de Córdoba no se basó exclusivamente en el domicilio legal consignado en el DNI. Se verificó, a través de SISA y SIGIPSA, si la persona había residido efectivamente en el municipio o accedido a servicios de salud en la ciudad, validando así su inclusión dentro de la responsabilidad sanitaria local.

Adicionalmente, se llevó a cabo un proceso riguroso de **normalización de direcciones** y georreferenciación, en función de la división territorial en **100 áreas programáticas y 7 zonas sanitarias** dependientes de la Secretaría de Salud Municipal. Para ello se utilizaron bases catastrales, buscadores oficiales de domicilios, sistemas GIS, Microsoft Access Database con tramos de calles y barrios, y herramientas de validación como Google Maps y Google Street View, con el objetivo de ubicar cada evento con precisión dentro del territorio y así posibilitar su análisis espacial.

A partir de 2024, también fue posible incorporar los datos de **intentos de suicidio** registrados en SISA y en la Historia Clínica Digital Municipal, lo que amplió el alcance del análisis hacia la morbilidad por conductas suicidas, más allá de la mortalidad.

Como parte del esfuerzo de mejora continua en la calidad y completitud de los datos, se establecieron vínculos de colaboración con la **Dirección Bomberos de la Policía de la Provincia de Córdoba**, que compartió sus registros de intervenciones por contenciones de salud mental durante el año 2024. Esta información, segmentada por tipo de contención, aporta otra capa de lectura sobre la dinámica de las emergencias por suicidio en el territorio.

Además, se trabajó de forma conjunta con el **Observatorio Urbano Córdoba (OUC)** de la Universidad Nacional de Córdoba, cuyo aporte permitió transformar la base de datos depurada y validada (2019–2024) en un sistema geo-referenciado a través de herramientas SIG (Sistemas de Información Geográfica). Esta visualización territorial del fenómeno permite no solo mapear con precisión los eventos, sino también generar insumos clave para la planificación y orientación de políticas públicas focalizadas, sensibles al territorio y sostenidas en evidencia.

Finalmente, como otra de las fuentes secundarias, trabajamos con el **Servicio de Toxicología del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad**, quienes nos aportaron el reporte epidemiológico del período 2001-2024 sobre los grupos etarios que les compete.



4. Análisis Epidemiológico

Análisis epidemiológico del suicidio en la Ciudad de Córdoba (2019-2024)

De acuerdo a los resultados definitivos del Censo 2022, hay 46.234.830 habitantes en Argentina. En la provincia de Córdoba, se contabilizan 3.840.905 habitantes, de los cuales 1.505.250 (un 39,18%) viven en el Municipio de Córdoba Capital; lo que significa un 13,8% más de habitantes más en la capital que en la década anterior. Estos datos, ubican al municipio como el segundo más poblado del país, detrás de La Matanza (1.841.247) y por delante de Rosario (1.348.725). De acuerdo al sexo asignado al nacer, en el municipio de Córdoba Capital habitan 789.418 personas de sexo femenino y 715.832 de sexo masculino.

4.1. Mortalidad por causas externas

En este punto del informe realizamos una descripción epidemiológica de la situación de las muertes por lesiones de causas externas en la Ciudad de Córdoba, con el fin de proporcionar información para la elaboración de acciones de prevención principalmente en lo relacionado al Suicidio

La Organización Mundial de la Salud define las causas externas de mortalidad como aquellas muertes resultantes de lesiones, ya sean intencionales o no intencionales. Estas incluyen:

Lesiones intencionales: como suicidios y homicidios.

Lesiones no intencionales: como accidentes de tránsito, caídas, ahogamientos, quemaduras y envenenamientos.

Estas causas se codifican en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

La Organización Panamericana de la Salud también considera las causas externas como un componente significativo de la carga de enfermedad en las Américas, destacando la violencia interpersonal, los traumatismos causados por el tránsito y las autolesiones intencionales (suicidio) como causas importantes de años de vida perdidos debido a la mortalidad prematura.

Estas definiciones subrayan la importancia de abordar las causas externas de mortalidad mediante políticas públicas y estrategias de prevención que consideren tanto los factores individuales como los contextos sociales y ambientales.

A partir de esas definiciones, se analizaron las defunciones desde el 01 de enero de 2019 hasta el 31 de diciembre de 2024, codificadas como defunciones por lesiones por causas externas, de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Edición (CIE10). Se clasificaron las mismas según intencionalidad de acuerdo con la propuesta del Grupo de Expertos en Lesiones del Estudio de Carga Global de Enfermedad.

Al analizar las defunciones por causas externas según grupo etario, la tabla presenta la distribución de defunciones por causas externas desglosadas por año y grupo etario para el período 2019–2024 en la ciudad de Córdoba. En total, se registraron 1.960 muertes por esta causa en dicho período.

Análisis según grupo etario período 2019-2024:

Los datos evidencian que las defunciones por causas externas afectan desproporcionadamente a ciertos grupos de edad:

El grupo con mayor cantidad de defunciones es el de 25 a 44 años, con un total de 737 muertes, lo que representa aproximadamente el 38% del total.

Le siguen los mayores de 65 años, con 460 casos (23,5%), y el grupo de 45 a 64 años, con 360 casos (18,4%).

Los adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años también presentan una incidencia, con 129 muertes en el grupo 15–19 años y 219 en el de 20–24 años, representando en conjunto casi 18% del total.

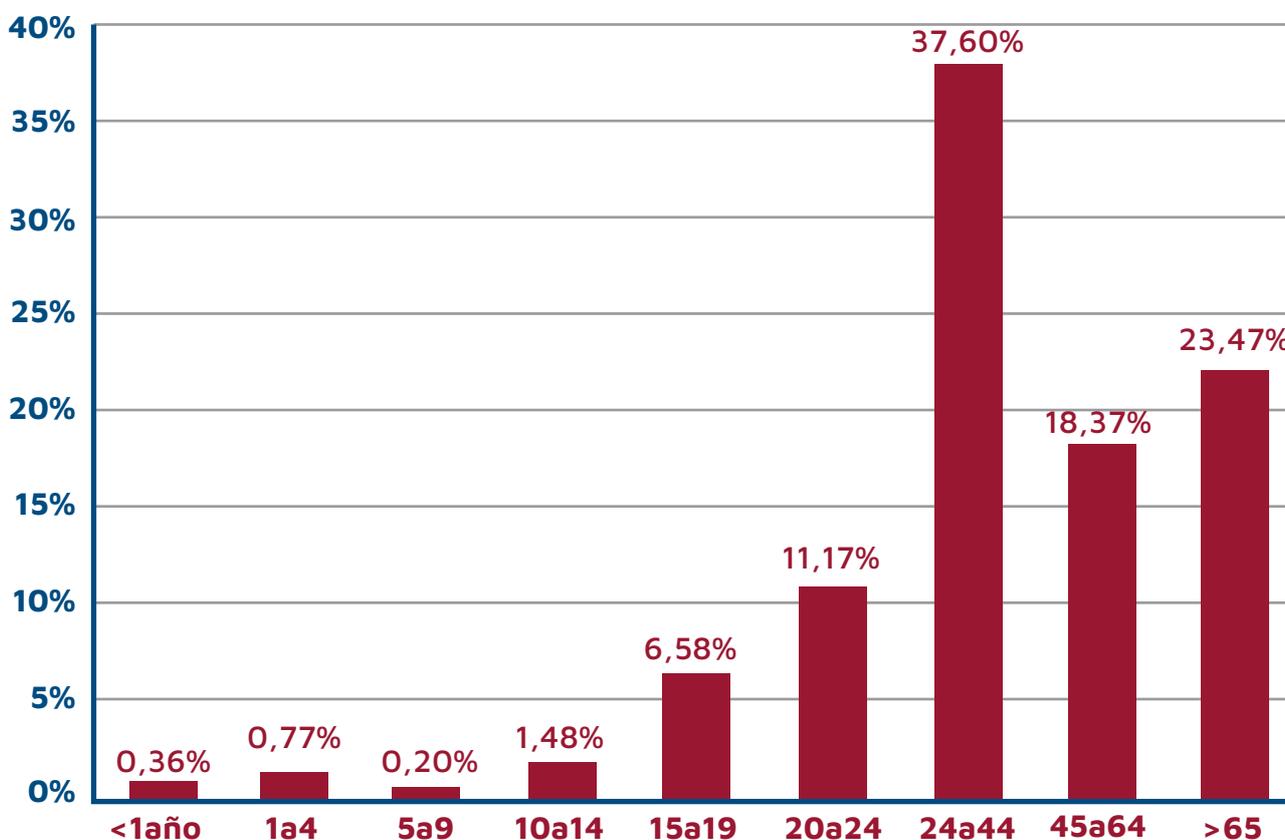
En contraste, los grupos de niños menores de 10 años presentan cifras mucho menores: 7 casos en menores de 1 año, 15 entre 1 y 4 años, y 4 entre 5 y 9 años, lo que representa apenas el 1,3% del total. El año con mayor cantidad de muertes por causas externas fue 2024, con 396 casos.

El año con menor número fue 2020 (262 casos). A lo largo del período, se observa una tendencia general al aumento.

Tabla n° 1. Distribución de la mortalidad por causas externas en la Ciudad de Córdoba durante 2019-2024 según grupo etario. (N=1960).

Defunciones por Causas Externas según grupo etario 2019-2024										
Año	<1año	1a4	5a9	10a14	15a19	20a24	25a44	45a64	≥65	Total
2019	0	5	0	2	27	45	112	52	61	304
2020	1	0	0	4	18	33	108	47	51	262
2021	2	4	0	3	17	42	127	62	76	333
2022	0	2	3	8	20	41	123	60	75	332
2023	2	3	1	7	17	28	137	52	86	333
2024	2	1	0	5	30	30	13	87	111	396
Total Período	7	15	4	29	129	219	737	360	460	1960

Gráfico n° 1. Distribución porcentual por Causas Externas en la Ciudad de Córdoba durante 2019-2024 según grupo Etario.



Distribución según mes de defunción Período 2019-2024

Si observamos la mortalidad atribuida a lesiones por causas externas durante el sexenio analizado, en relación con el mes en que se dio el deceso, resaltan febrero y diciembre como los dos meses con mayor frecuencia.

Tabla n° 2. Distribución de la mortalidad por causas externas en la Ciudad de Córdoba durante 2019-2024 según el mes de la defunción. (N=1960).

C.E. MESES	Enero	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Total
2019	27	22	26	28	23	17	30	19	27	29	24	32	304
2020	24	32	29	9	24	32	29	10	14	11	16	32	262
2021	31	26	38	28	33	27	17	23	18	29	22	41	333
2022	31	27	21	25	27	26	25	19	24	32	32	43	332
2023	22	42	25	25	26	21	37	31	26	33	21	25	333
2024	33	43	34	29	34	27	34	27	28	30	46	31	396
Suma casos	168	191	173	144	167	150	172	129	137	164	161	204	1960

Distribución de la mortalidad por suicidio y demás Causas Externas. Período 2019-2024

El número total de muertes por suicidio en este período fue de 574 casos, representando el 29,3% del total de defunciones por causas externas.

A lo largo de los seis años analizados, se observa una tendencia creciente, con un mínimo de 64 casos en 2020 (posiblemente influido por el confinamiento y menor exposición a situaciones externas) y un pico máximo de 125 casos en 2024, lo que representa un aumento del 95% respecto del año con menor incidencia.

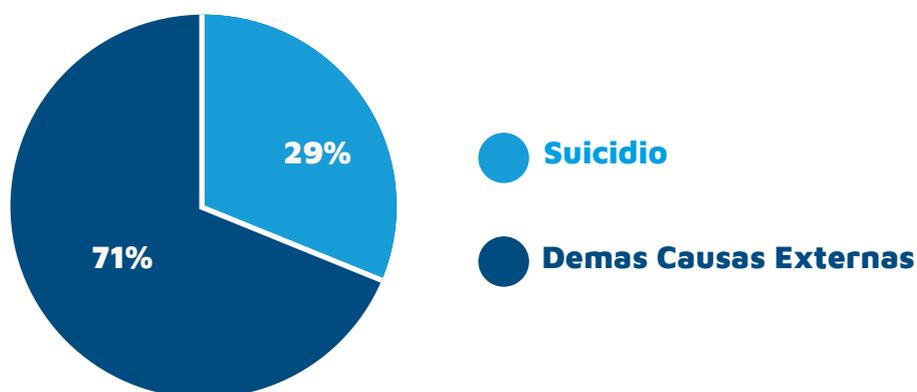
Las muertes atribuibles a otras causas externas alcanzaron los 1.386 casos, representando el 70,7% del total. Estas causas incluyen una gran variedad de eventos, entre ellos los siniestros viales, caídas accidentales, homicidios y otras lesiones no intencionales o violentas. El número de casos también creció con el tiempo, siendo 213 en 2019 y alcanzando un máximo de 271 en 2024, lo cual sugiere un aumento general en la exposición a riesgos o en la violencia urbana.

Tabla n°3. Distribución de la mortalidad por suicidio y demás Causas Externas. Período 2019-2024. Ciudad de Córdoba. (N=1960).

Año	Suicidio	Demás causas externas	Total
2019	91	213	304
2020	64	198	262
2021	96	237	333
2022	86	246	332
2023	112	221	333
2024	125	271	396
Subtotal	574	1386	1960

Se observa un crecimiento sostenido a partir de 2021, siendo 2024 el año con la mayor cantidad total de muertes por causas externas (396 casos).

Gráfico n° 2- Distribución porcentual sobre otras Causas Externas y Suicidio. Período 2019-2024. Ciudad de Córdoba. (N=1960).



El gráfico ilustra claramente la proporción relativa entre los fallecimientos por suicidio y por demás causas externas ocurridos en la ciudad de Córdoba entre los años 2019 y 2024.

El 29% de las muertes por causas externas en este período se atribuyen al suicidio, lo que representa un total de 574 defunciones. Este dato es especialmente relevante, ya que posiciona al suicidio como una de las principales causas externas de mortalidad en la ciudad, evidenciando la urgencia de abordar esta problemática como una prioridad de salud pública.

4.2. Suicidio como causa específica

Según la OMS al 2024, cada año, 727 000 personas se quitan la vida y muchas más lo intentan. Eso serían 82 personas por hora. El 73% de esos suicidios, según lo analizado por OMS en 2021, ocurrió en países de ingresos bajos o medios. Tal como sugieren esos números, se trata de un grave problema de salud pública que se debe abordar para prevenirse.

Si bien existe una relación entre los trastornos mentales, en particular la depresión, muchos casos ocurren de manera impulsiva frente a situaciones de crisis que la persona no se siente con capacidad de enfrentar. Entre grupos vulnerables y discriminados, las tasas suelen ser más elevadas.

En la ciudad de Córdoba, durante el sexenio analizado, la distribución de casos presenta un incremento en los últimos años. Se observa un marcado descenso durante el año 2020, en coincidencia con las tendencias mundiales, y un ascenso en 2023 que continúa creciendo en 2024.

Gráfico n° 3. Distribución de suicidios en la Ciudad de Córdoba según el año durante el período 2019-2024. (N=574).



El porcentaje de variación en el total de los casos de suicidio de la Ciudad de Córdoba en el período 2019-2024 asciende a un 37,36%. Al analizar la tendencia estacional del suicidio, como se observa en la Tabla n° 4, existe un incremento de los suicidios en los meses de febrero, marzo, noviembre y diciembre. Presentando julio, agosto y septiembre los valores más bajos.

Tabla n° 4. Distribución de los casos de suicidios en la Ciudad de Córdoba según el mes de ocurrencia. Período 2019-2024. (N=574).

Suicidio	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Enero	1	6	3	10	8	10
Febrero	7	10	8	6	17	12
Marzo	9	8	14	6	8	13
Abril	7	2	7	9	7	8
Mayo	10	11	8	6	7	7
Junio	6	6	8	9	4	12
Julio	7	7	3	7	9	8
Agosto	4	2	8	4	13	8
Septiembre	9	1	5	5	12	10
Octubre	7	3	10	7	14	6
Noviembre	12	4	8	9	4	19
Diciembre	5	4	15	8	9	12
Total	91	64	96	86	112	125

4.3. Distribución por grupo etario y sexo

Si analizamos el total acumulado de suicidios de acuerdo con el sexo de la persona, encontramos que el 77% responde a personas masculinas y solo un 23% son femeninas. Salvo en el grupo etario de 10 a 14 años, cuando las niñas presentan un caso más que los niños varones durante los seis años analizados, en el resto de los grupos etarios el género masculino duplica o triplica el caso de personas de sexo femenino en el mismo período.

La relación entre masculinidad y suicidio es un tema profundamente influenciado por factores culturales, sociales, psicológicos y biológicos. El estigma asociado a los problemas de salud mental suele ser mayor entre varones y la expresión de sus emociones puede aparecer disminuida. Además, las mujeres tienden a ser más activas a la hora de buscar ayuda para sí y para otras personas.

Esto, entre otros motivos, suele derivar en que en la mayoría de los países del mundo los hombres presenten tasas más altas de suicidio consumado que las mujeres. Sin embargo, conviene advertir que las mujeres realizan mayor cantidad de intentos que los hombres.

Como se puede observar en el Gráfico n° 4, entre los 25 y 44 años se encuentran la mayor cantidad de suicidios en ambos géneros en todos los años analizados.

En el caso de las personas de sexo femenino la diferencia con el grupo etario de 20 a 24 o de 45 a 64 puede ser escasa, siendo esos dos grupos etarios quienes presentan valores más altos, después de la franja señalada. Sin embargo, en el caso de las personas de sexo masculino, el grupo etario de 25 a 44 años suele duplicar o triplicar los valores presentados por esos dos grupos etarios durante todo el sexenio estudiado.



Gráfico n° 4. Distribución de suicidios en la Ciudad de Córdoba según el género y el grupo etario de la persona, de acuerdo al año. Período 2019-2024. (N=574).

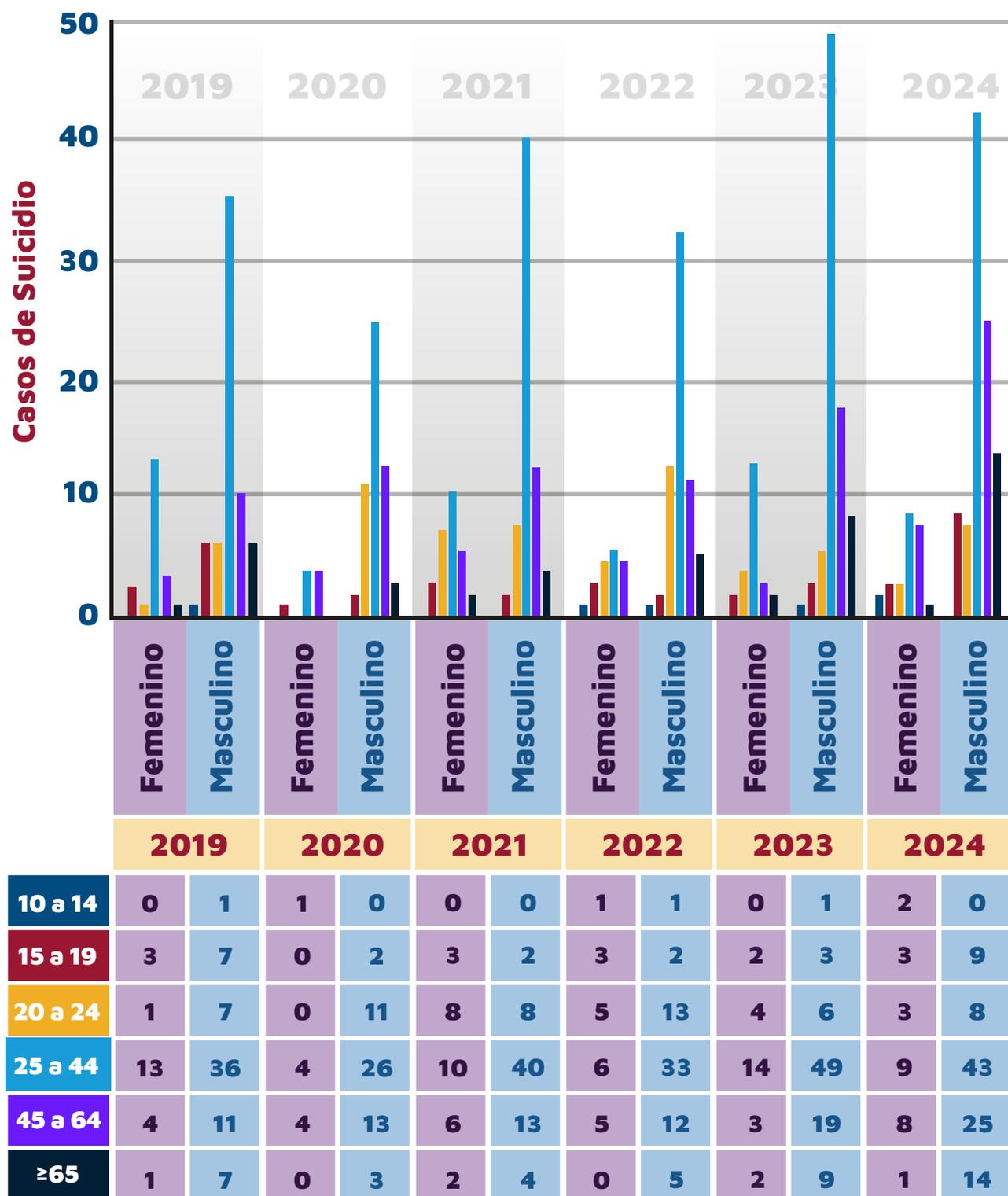
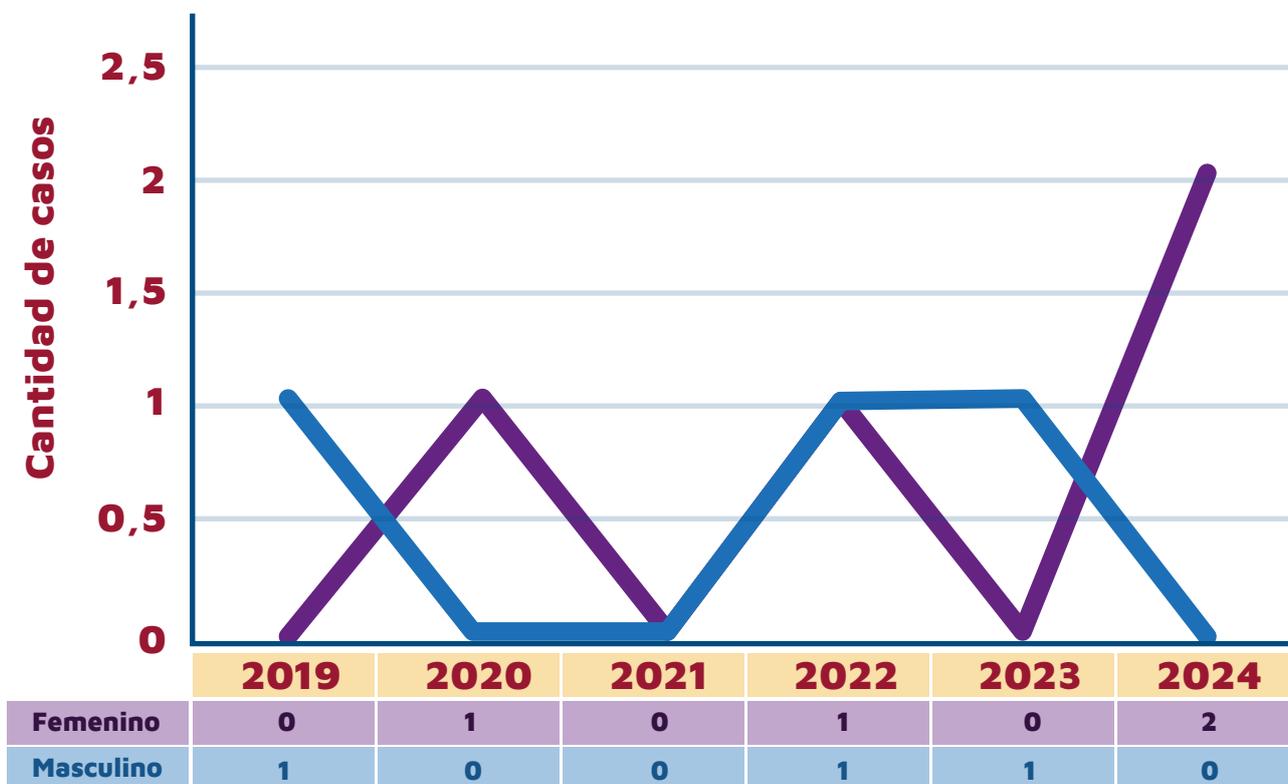


Gráfico n° 5. Distribución de suicidios en la Ciudad de Córdoba según el género y el grupo etario de 10 a 14 años. Período 2019-2024. (N=7).

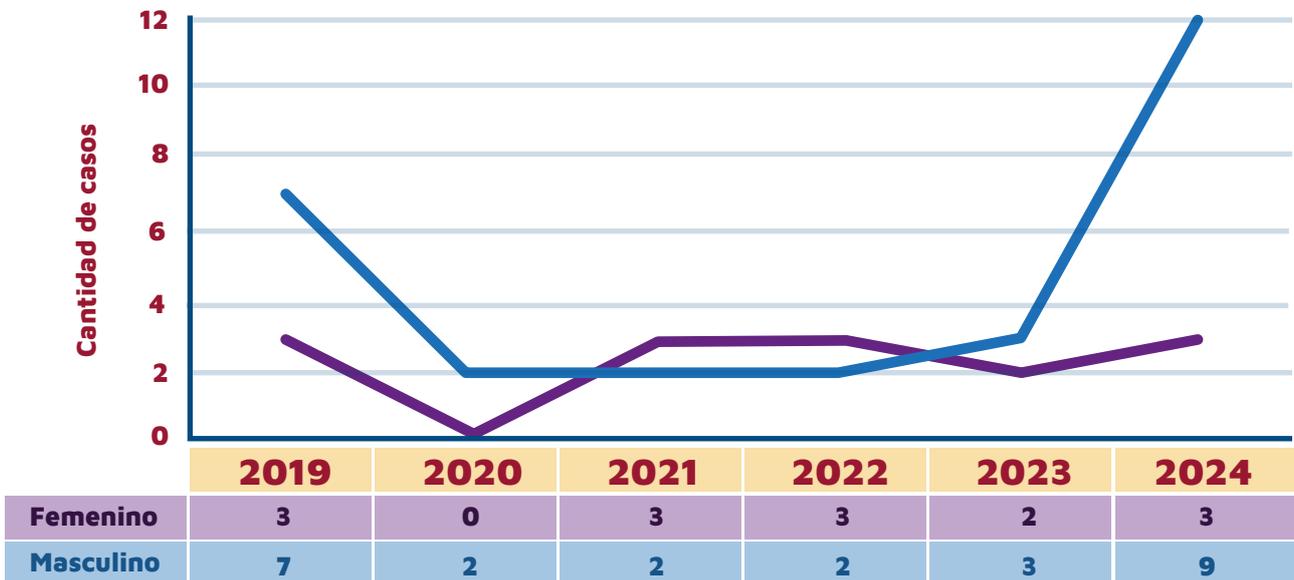


En este grupo etario, los años con mayor número de casos en el período analizado fueron el 2022 y 2024 con 2 casos cada uno.

Se observa la mayor frecuencia en niñas, (4 de 7 casos), lo que revierte la tendencia en los demás grupos etarios, donde los varones suelen tener más casos consumados.

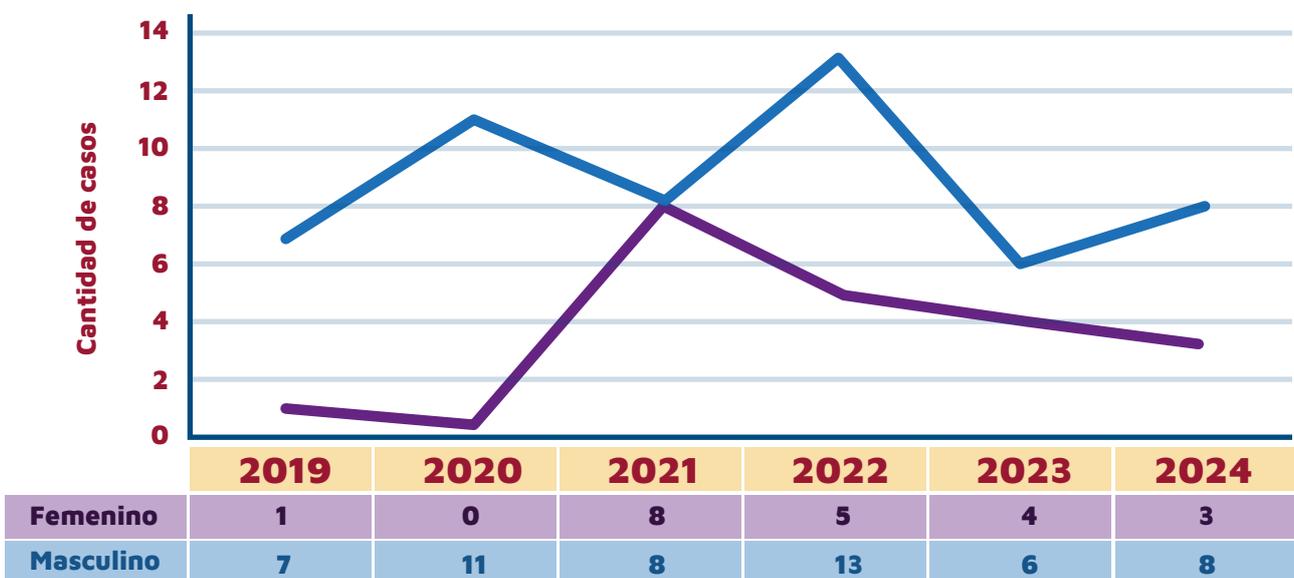
Hay un repunte en 2024 exclusivamente en niñas, lo que podría ser un foco de alarma y prevención, especialmente si tenemos en cuenta los 23 intentos de suicidios reportados por el hospital de Niños de la Santísima trinidad y los 28 casos informados en SISA, de los cuales 25 corresponden a niñas y 3 a niños. Gráficos que veremos más adelante, en este informe.

Gráfico n° 6 Suicidios según grupo etario de 15 a 19 años. Distribución por sexo. Período 2019-2024. Ciudad de Córdoba. (N=39).



En este grupo de edad, el porcentaje de variación en varones fue descendente entre el año 2019 y el 2023, sin embargo, sufrió un gran ascenso en el año 2024 con un 200%. En el grupo de mujeres no hubo variaciones significativas. Excepto por el año 2020 en el que no se reportaron casos para este grupo de edad.

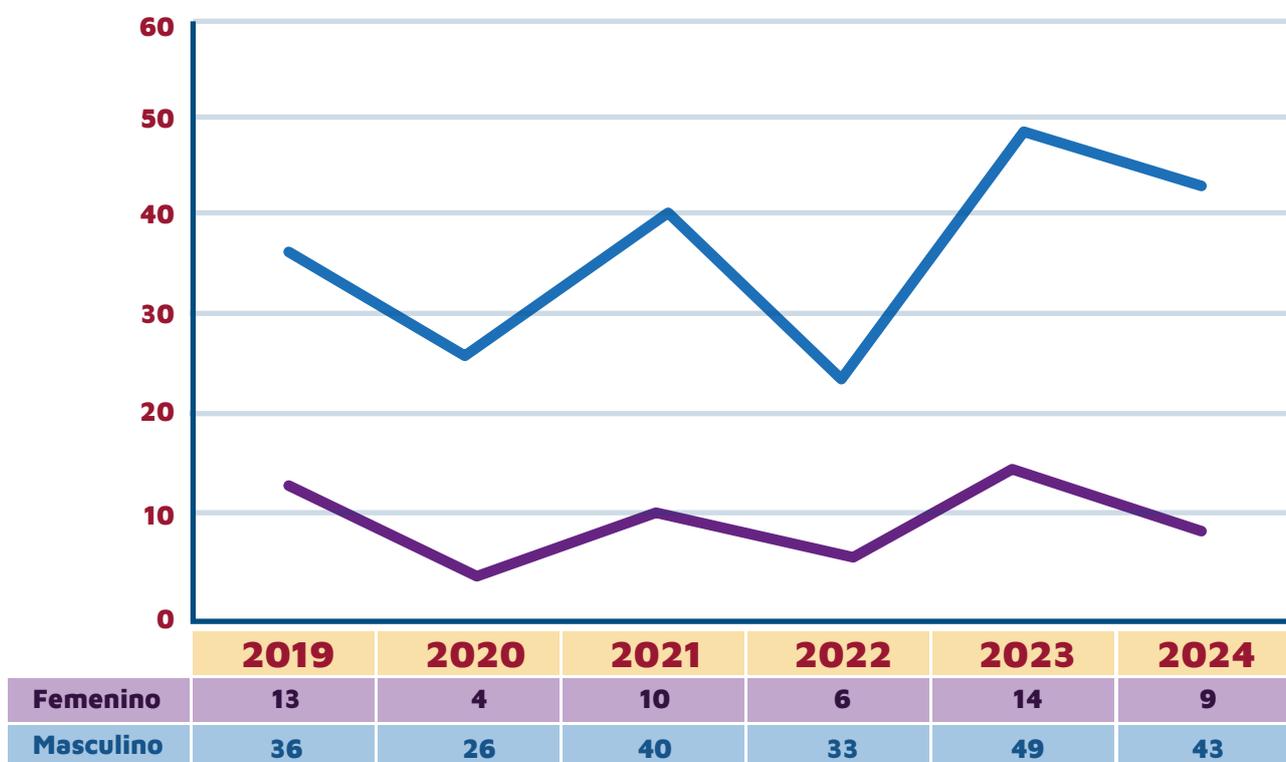
Gráfico n° 7. Suicidios según grupo etario de 20 a 24 años. Distribución por sexo. Período 2019-2024. Ciudad de Córdoba. (N=74).



En este grupo etario el porcentaje de variación en varones, entre el 2019 y el 2022, sufrió un aumento del 85,71% y, a partir del año 2023, comienza a descender hasta alcanzar valores similares a los del 2019.

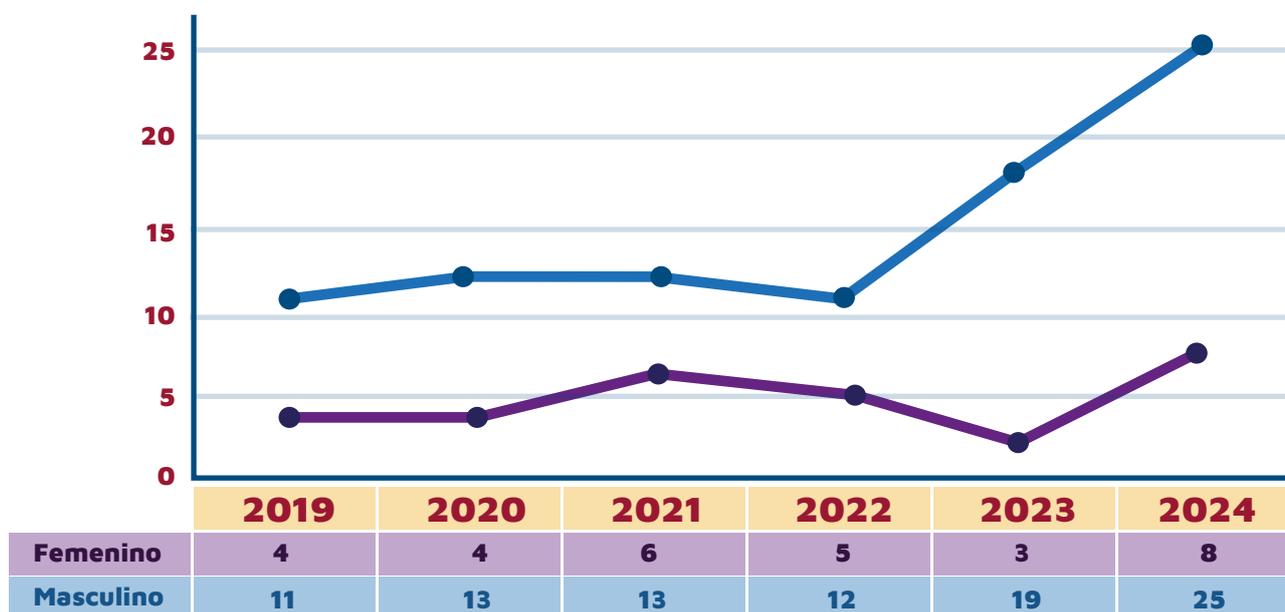
En el grupo de mujeres se observa que no se produjeron casos en el año 2020; un pico importante en el año 2021 con una variación en el porcentaje, desde 2019, de 200%. A partir del año 2022 comienza un descenso paulatino.

Gráfico n° 8. Suicidios según grupo etario de 25 a 44 años. Distribución por sexo. Período 2019-2024. Ciudad de Córdoba. (N=283).



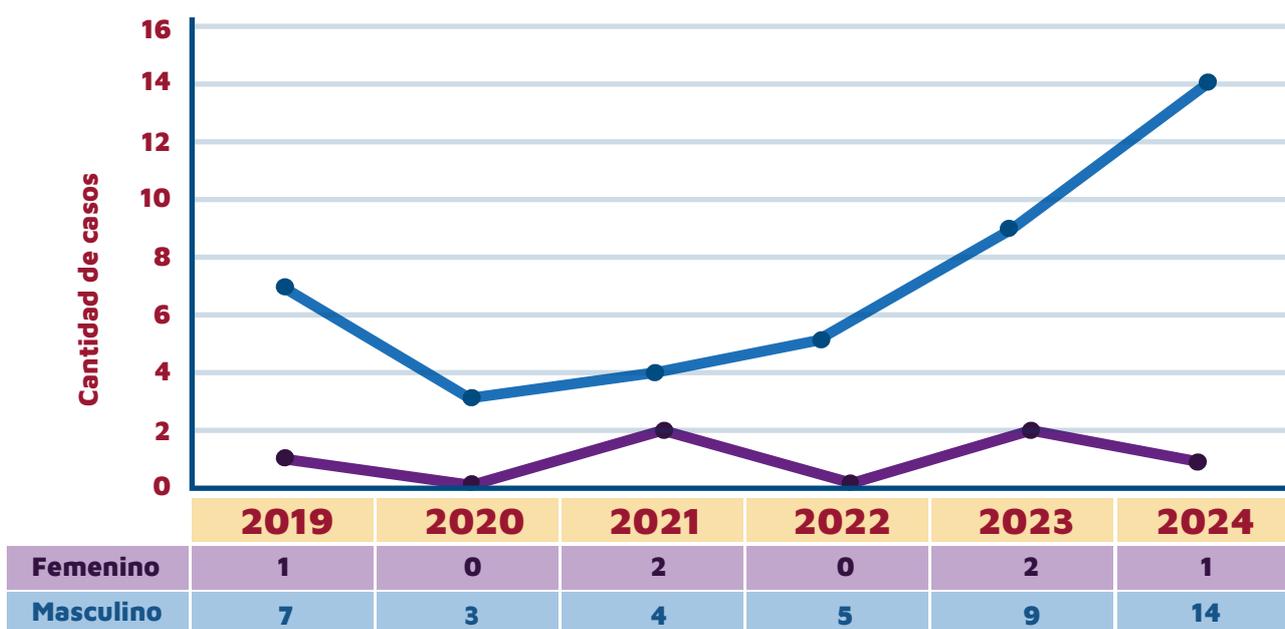
Ambos sexos mantienen los valores más altos respecto de los demás grupos etarios. Sin embargo, en este grupo de edad la diferencia entre sexos se hace más intensa. Los hombres representan el 80% de los casos, en tanto que las mujeres el 20%. El porcentaje de variación en el grupo de varones ascendió un 19,44% entre 2019 y 2024 y en el grupo de las mujeres descendió un 30,76% en el mismo período.

Gráfico n° 9. Suicidio según grupo etario de 45 a 64 años. Distribución por sexo. Período 2019-2024. Ciudad de Córdoba. N=123.



Tendencia significativamente ascendente en este grupo etario especialmente en los hombres que entre 2019 y 2024 subió un 127%. En tanto que para las mujeres el porcentaje creció un 100%. Continúa la tendencia en cuanto a la diferencia entre sexos. Los hombres representan el 76% de los casos y las mujeres el 24%.

Gráfico n° 10. Suicidio según grupo etario de 65 y más años. Distribución por sexo. Período 2019-2024. Ciudad de Córdoba. (N=48).



En este grupo etario se observa que la diferencia es mayor entre hombres (88%) y mujeres (12%).

El grupo de hombres muestra una tendencia ascendente muy marcada a partir del año 2023. El porcentaje de variación en el período 2019-2024 es de 100%.

4.4. Mecanismos utilizados

El mecanismo más utilizado es el ahorcamiento o sofocación con un 88,02 % seguido por la utilización de armas de fuego con un 7,29 %. El envenenamiento (1,91%) y la caída (1,56%) son otros de los mecanismos utilizados. Dicha diferencia, puede leerse en el marco de que los varones utilizan medios más letales (como el ahorcamiento o las armas de fuego) mientras que las mujeres suelen elegir la sobre ingesta de medicación; lo que, debido al peso que tienen las personas de sexo masculino (el 77%) en el total de suicidios, influye en la tendencia total.

Si bien el ahorcamiento suele ser el mecanismo más utilizado en la mayoría de los países, conviene aclarar que las diferencias en los mecanismos suelen deberse, entre otras cuestiones, a la disponibilidad y accesibilidad a diversos elementos.

Tabla n°5. Distribución de los casos de suicidios de la Ciudad de Córdoba según mecanismo. Período 2019-2024. (N=574).

Año	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Ahorcamiento o sofocación	88	64	96	78	88	91	507
Arma de fuego	3	0	0	6	14	19	42
Caída	0	0	0	0	3	6	64
Corte o perforación	0	0	0	0	1	1	2
Envenenamiento	0	0	0	2	4	5	11
Fuego	0	0	0	0	2	1	3
No especificado	0	0	0	0	0	1	1
Otro especificado	0	0	0	0	0	1	1
Total	91	64	96	86	112	125	574

4.5. Distribución geográfica

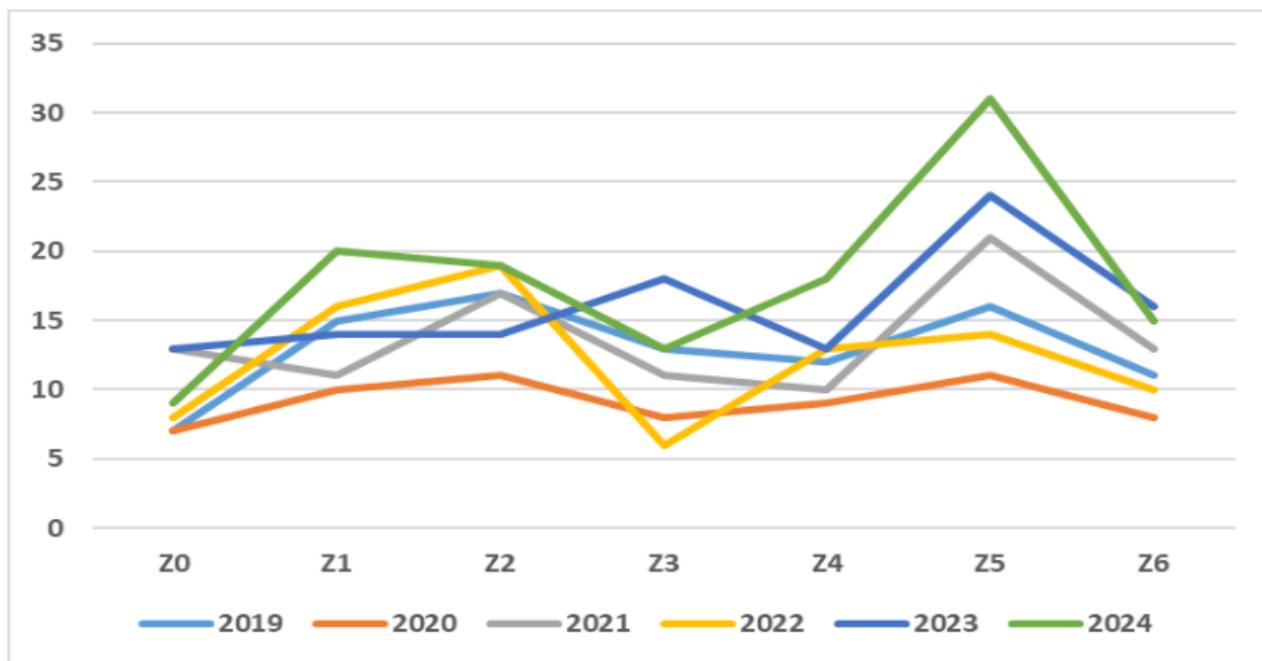
Al analizar la distribución geográfica de los casos puede advertirse cómo la zona sanitaria más afectada es la N°5 con 117 casos, seguida de la zona sanitaria N°2 con 97 casos y en tercer lugar la zona sanitaria N°1 con 87 casos.

Tabla n° 6. Distribución de los casos de suicidios según zona sanitaria (ZS). Período 2019-2024. (N=574).

Año	ZS 0	ZS 1	ZS 2	ZS 3	ZS 4	ZS 5	ZS 6	Total
2019	7	15	17	13	12	16	11	91
2020	7	10	11	8	9	11	8	64
2021	13	11	17	11	10	21	13	96
2022	8	16	19	6	13	14	10	86
2023	13	14	14	18	13	24	16	112
2024	9	20	19	13	18	31	15	125
Total	57	87	97	69	75	117	73	574

El desarrollo de la capacidad de mapear con precisión estos eventos en el territorio potencia una lectura espacial del fenómeno que pueda vincular estos eventos con situaciones singulares de la comunidad que puedan convertirse en factores de riesgo, además de atender a la accesibilidad a servicios y la desigualdad socioeconómica. Para poder identificar zonas críticas y facilitar la toma de decisiones basada en evidencia. En ese sentido, el incremento de suicidios que se dieron durante 2024 en la zona sanitaria N°5 es un elemento a intentar dilucidar.

Gráfico n° 11. Distribución de suicidios en la Ciudad de Córdoba según zona sanitaria, de acuerdo al año. Período 2019-2024. (N=574).



4.6. Condición ocupacional

Si bien el suicidio es un fenómeno multicausal y multidimensional, existen diversos estudios que señalan como elementos de riesgo la pobreza y las crisis económicas.

Distante de las posibilidades del presente informe proporcionar información en ese sentido debido a las características del estudio y de los datos disponibles. Sin embargo, aunque solo sirvan para analizarse como indicadores de nivel socioeconómico, la información acerca del nivel educativo y la ocupación habitual que presentan los informes estadísticos de defunción permiten sugerir algunas cuestiones.

Tabla n° 7. Distribución de los casos de suicidios en la Ciudad de Córdoba según ocupación. Período 2019-2024. (N=574).

Año	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Oficios	5	4	10	6	14	6	45
Ama de casa	4	0	1	1	2	3	11
Desocupado	11	4	10	8	12	12	57
Empleado	12	7	17	17	18	25	96
Estudiante	3	1	6	7	1	5	23
Fuerza de seguridad	1	0	1	3	1	1	7
Independiente/ Comerciante	4	6	6	1	5	13	35
Jubilado y Pensionado	11	2	4	6	10	21	54
Médico	0	0	1	1	0	1	3
Menor a cargo	0	1	0	0	1	1	3
Trabajador Formal	9	5	7	2	4	5	32
Sin dato	31	34	33	34	44	32	208

En el año 2019 de los 91 casos de suicidio, respecto de la información de la ocupación: el 34.78% no tenía dato; el 13.04% estaba empleado; el 11,96% estaba desocupado y el mismo porcentaje se repite en jubilados y pensionados; el 9.78% corresponde al grupo de trabajadores informales (agrupamos en esta categoría : changarin, limpia vidrios, cuidador de autos, cartonero); 5,4% refieren a oficios (incluimos en la categoría trabajadores de oficios albañiles, carpinteros, electricistas, gasistas, pintores, entre otros) y 4,35% median independientes o comerciantes y amas de casa.

De los 64 casos de suicidio que ocurrieron en el año 2020, el 53.13% de los registros estaban sin dato en el ítem de ocupación habitual. El 10.94% eran empleados; el 9.38% era independiente o comerciante; 7.81% trabajador informal; y el 6.25% estaba desocupado.

En el año 2021, con 96 casos, los registros sin dato siguieron representando el valor más alto con 35,05%; empleado 17,53%; desocupado 10,31%; trabajador informal 7,22%; e independiente o comerciante eran el 6,19%.

Durante el 2022 se produjeron 86 suicidios en la Ciudad de Córdoba y el porcentaje de registro sin dato en referencia a la ocupación habitual fue de 39,53%, empleado 19,77%; desocupado 9,30%; estudiante 8,14%; jubilado o pensionado 6,98%

En el año 2023 se produjeron 112 suicidios. El 39,3% no contaba con datos en el campo ocupación habitual; 16,1% eran empleados; 12,3% tenían oficios; 10,7% se encontraban desocupados; y 8,9 % jubilados o pensionados.

En 2024 los suicidios ascendieron a 125 casos y el porcentaje de registros sin dato se redujo significativamente a 25,6%. Durante ese año, el 20% tenía empleo; el porcentaje de jubilados y pensionados manifestó una suba muy importante llegando al 16,8%; el 9,6% estaba desocupado; comerciantes y trabajadores independientes representaron el 10,4% de los casos; 4% trabajadores informales y estudiantes.



4.7. Nivel educativo

Como se puede observar en la tabla n° 8, el registro del dato del nivel educativo en los informes estadísticos de defunción mejoró con el transcurso de los años.

Tabla n° 8. Distribución de los casos de suicidios en la Ciudad de Córdoba según nivel educativo. Período 2019-2024. N=574.

Año de ocurrencia	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total periodo
Nunca asistió	0	0	0	1	2	2	5
Primario incompleto	0	0	0	0	2	4	6
Primario completo	0	0	1	21	21	12	55
Secundario incompleto	0	0	3	14	2	20	39
Secundario completo	0	0	7	30	44	46	127
Universitario incompleto	0	0	0	1	1	3	5
Universitario completo	0	0	0	1	2	3	6
Vacio/Sin dato	91	64	85	18	38	35	331
Total	91	64	96	86	112	125	574

En el año 2019 el 100% del campo nivel educativo está vacío, tal como ocurre en el año 2020. En 2021, de los 96 casos de suicidio, el 88,54% de los registros tenía vacío este campo. En cuanto a los campos que se completaron el 1,04% tenía nivel educativo primario completo; secundario incompleto 3,13%; secundario completo 7,29%. A partir de 2022 la información de este campo mejoró notablemente. Con 86 casos de suicidio, el 34,88% tenía secundario completo; un 24,42% primario completo; y 16,28% secundario incompleto. Los registros sin dato se redujeron al 20,93%.

En el año 2023 se produjeron 112 suicidios. De los cuales, 39,29% tenía secundario completo; 18,75% primario completo y 33,93% estaban vacías.

Durante 2024 se registraron 125 suicidios en la Ciudad de Córdoba: 1,60% nunca asistió a la escuela; primario incompleto 3,20%; primario completo 9,60%; secundario incompleto 16%; secundario completo 36,80%; universitario incompleto 2,40% y universitario completo 2,40% y; 28% sin dato o vacío.

4.8 Defunciones por suicidio en la ciudad de Córdoba según lugar de ocurrencia (2019-2024)

La tabla que presentamos a continuación detalla el número de defunciones por suicidio ocurridas en la ciudad de Córdoba entre los años 2019 y 2024, desagregadas por el lugar donde ocurrió el evento. Los lugares considerados son: domicilio, otro lugar, hospitales privados, hospitales públicos y casos sin datos (SD). También se incluye el total anual de casos y un subtotal acumulado por categoría.

Durante este período, se registraron 574 defunciones por suicidio. El lugar más frecuente de ocurrencia fue el domicilio, con 407 casos, representando aproximadamente el 71% del total. Le sigue la categoría "Otro lugar" con 116 casos, mientras que las muertes ocurridas en hospitales públicos y hospitales privados suman 35 y 14 respectivamente. Solo 2 casos no especifican el lugar del hecho (SD).

Por año, se observa un incremento progresivo en el número de defunciones desde 2020 en adelante. En particular, el año 2024 registró el mayor número de suicidios, con 125 casos, seguido por el 2023 con 112 casos. El menor número se observó en 2020, con 64 casos, posiblemente influido por restricciones de movilidad y el impacto inicial de la pandemia.

Tabla n° 9. Distribución de los casos de suicidios según el lugar de ocurrencia del evento. Período 2019-2024. Ciudad de Córdoba. N=574.

Año	Domicilio	Otro Lugar	Hospital Privado	Hospital Público	SD	Total
2019	72	15	0	2	2	91
2020	50	10	2	2	0	64
2021	80	11	2	3	0	96
2022	56	21	5	4	0	86
2023	68	30	3	11	0	112
2024	81	29	2	13	0	125
subtotal	407	116	14	35	2	574

Como se observa en el gráfico n° 12 de barras ilustra claramente la distribución porcentual de los suicidios según el lugar de ocurrencia durante el período analizado. Se destaca que el domicilio fue el entorno más frecuente, concentrando el 70,91% de los casos.

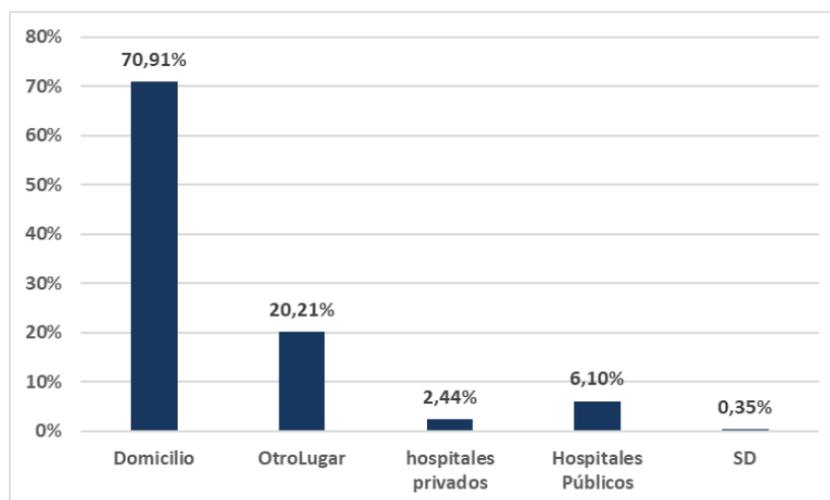
Esta cifra confirma la tendencia ya observada en la tabla, evidenciando que la mayoría de los eventos ocurrieron en el ámbito privado y familiar. En segundo lugar, se encuentran los casos ocurridos en "Otro lugar" (espacios públicos, al aire libre, u otros no especificados), con un 20,21%, lo cual representa una porción considerable, aunque significativamente menor en comparación con los casos en domicilios.

Los hospitales públicos registraron un 6,10% de las muertes, lo que podría estar relacionado con intentos de suicidio que requirieron atención médica pero que terminaron en fallecimiento. Los hospitales privados, por su parte, tuvieron una incidencia menor, con un 2,44% del total.

Finalmente, los casos sin datos (SD) sobre el lugar de ocurrencia son mínimos (0,35%), lo que indica una buena calidad del registro en cuanto a esta variable.

En conjunto, esta información refuerza la importancia de focalizar las estrategias de prevención del suicidio dentro del entorno doméstico, así como en los espacios comunitarios, ya que en ellos se concentra la gran mayoría de los casos. El elevado porcentaje de eventos ocurridos en domicilios también puede estar vinculado a factores como la falta de detección oportuna de síntomas de riesgo en contextos íntimos o la limitada intervención de redes externas antes del desenlace.

Gráfico n° 12- Distribución porcentual Suicidio según el lugar de Ocurrencia del evento. Período 2019-2024. Ciudad de Córdoba. N=574.



5. Fuentes Complementarias

4. Fuentes complementarias, calidad del dato y desafíos del sistema de información

Según la OMS por cada suicidio, muchas más personas intentan suicidarse. En la población general, un intento previo es un importante factor de riesgo de suicidio. La OMS explica la existencia de intervenciones basadas en la evidencia que se pueden tomar a tiempo para prevenirlo. Para que las iniciativas preventivas de los países sean eficaces, deben aplicarse mediante una estrategia multisectorial e integral.

En el marco de fuentes complementarias utilizadas para este informe, se buscaron como estrategias multisectoriales e integrales, la consulta de la base de datos de la Dirección Bomberos de la Policía de la provincia de Córdoba con el objetivo de conocer el registro de actuaciones que realizaron esta dependencia en la contención de personas que se encuentran en crisis de salud mental e intentos de suicidio. Además, en el marco de la obligatoriedad de notificación de intentos de suicidios en los sistemas de vigilancia epidemiológica, se consultaron los datos del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA). Ambas fuentes, permiten profundizar el análisis integrando intentos no consumados y brindar un escenario más amplio de información para la comprensión del fenómeno.

La Dirección Bomberos de la Policía de Córdoba, dentro de un abanico de actividades que gestionan para el socorro de las personas y la propiedad, amenazadas o afectadas por incendios, inundaciones, derrumbes y otros estragos, con jurisdicción en todo el ámbito de la Provincia, realizan la actividad diaria de contención en las personas que sufren crisis de salud mental y otros como también los intentos de suicidios. La fuente que nos proporcionan estos actores que actúan en cada uno de estos eventos adversos es de una consideración valiosa para la comprensión de la prevención de la temática que tratamos y que nos transluce un dato desde otra óptica de nuestra comunidad cordobesa.



A continuación, describimos la categorización que tienen sobre estas contenciones:

- **Persona en crisis:** Persona que al momento de la entrevista se lo encuentra en una situación en la cual no se puede razonar con ella, poniendo en riesgo su integridad física.
- **Paciente con padecimiento psíquico:** Persona que, al momento de la entrevista, se anoticia por familiares, médico presente o antecedentes, de que está o estuvo en tratamiento y que es derivado a alguna institución.
- **Suicida:** Persona que está en un inminente riesgo manifiesto de intento de suicidio.
- **Persona Intoxicada por sustancias:** Persona que al momento de intervenir presenta síntomas o elementos, que lleva a deducir que puede estar bajo los efectos de alguna sustancia que altera sus sentidos.
- **Otro:** Persona a la que se asiste que no se puede encuadrar en los anteriores.

Durante el año 2024, el Dispositivo de Unidad de Alto Riesgo (DUAR) de los Bomberos de la Policía de Córdoba intervino en 211 situaciones relacionadas con crisis de salud mental, consumo de sustancias y otras emergencias psicosociales en la ciudad de Córdoba. Estos datos reflejan su papel clave en el abordaje de emergencias que exceden lo puramente físico o técnico, destacando su función en el sostén psicosocial de personas en situación crítica.

Tabla n° 10. Distribución porcentual de los casos de contención por salud mental y otros de Bomberos de la Policía de la Provincia de Córdoba - Ciudad de Córdoba 2024. N=211

2024	Total	Porcentaje
Paciente con padecimiento psíquico	46	21,80%
Persona en crisis	100	47,39%
Persona intoxicada por sustancias	13	6,16%
Suicida	19	9,00%
Otras	33	15,64%
Total	211	100,00%

La distribución de las 211 intervenciones realizadas por los Bomberos de la Policía de Córdoba – DUAR en el año 2024, orientadas a la contención en situaciones de salud mental y otros eventos críticos, muestra una marcada desigualdad de género, lo que aporta datos relevantes tanto para la planificación de políticas públicas como para el diseño de estrategias de prevención e intervención diferenciadas.

Los varones representaron el 60,66% del total de personas contenidas, es decir, 3 de cada 5 casos. La tendencia coincide con lo observado en otros indicadores de mortalidad por causas externas y suicidio, donde los varones suelen mostrar tasas más altas.

Las mujeres representaron casi un tercio del total de casos asistidos. Si bien es una proporción menor que la de los varones, no debe interpretarse como menor prevalencia de malestar mental, sino que podría indicar que las mujeres acceden en mayor proporción a redes formales de salud y contención, reduciendo así las situaciones críticas que requieren intervención de emergencia.

Se registró 1 caso de intervención a una persona identificada como transgénero. Aunque representa solo el 0,47% del total, es un dato crucial para visibilizar la diversidad de género en contextos de crisis. Este grupo suele estar subrepresentado en los registros oficiales, a pesar de ser una población con alta exposición a riesgos psicosociales y violencia estructural. Es importante que se siga mejorando el abordaje inclusivo, respetuoso y diferenciado de estos casos.

A fin de cuentas, la distribución de los casos de contención por salud mental y otros según género en la ciudad de Córdoba durante 2024 evidencia:

Una mayor intervención en varones, posiblemente asociada a la gravedad o externalización de los síntomas.

La necesidad de fortalecer el enfoque de género en la atención pre-hospitalaria.

La importancia de mejorar el registro de datos sensibles, incluyendo identidad de género, para diseñar políticas públicas más equitativas.

Tabla n° 11. Distribución de los casos de contención por salud mental y otros según género de Bomberos de la Policía de la Provincia de Córdoba - Ciudad de Córdoba 2024. N=211

2024	Total	Porcentaje
Mujeres	63	29,86%
Varones	128	60,66%
Sin dato	19	9,00%
Transgénero	1	0,47%
Total	211	100,00%

En consonancia con el resto de lo observado en el presente informe, al analizar la franja etaria con mayores indicadores de riesgo, entre los 25 y los 44 años se concentran casi el 50% de las contenciones. El grupo entre 45 y 64 años es el segundo con más situaciones, seguido de la franja que va de los 15 a los 19 años.

Tabla n° 12. Distribución de los casos de contención por salud mental y otros según franja etaria de Bomberos en base DUAR en la Ciudad de Córdoba. 2024. N=211

Segmentación	Paciente con padecimiento psíquico	Persona en crisis	Persona intoxicada por sustancias	Suicida	Otros	Total
Menos del año	0	0	0	0	0	0
Entre 1 y 4 años	0	0	0	0	0	0
Entre 5 y 9 años	0	1	0	0	0	1
Entre 10 y 14 años	0	0	0	0	0	0
Entre 15 y 19 años	1	4	0	2	1	8
Entre 20 y 24 años	4	3	2	0	4	13
Entre 25 y 44 años	18	45	7	11	13	94
Entre 45 y 64 años	6	20	0	3	4	33
65 y más años	1	2	0	0	1	4
Sin datos	16	25	4	3	10	58
Total	46	100	13	19	33	211

La segmentación etaria permite observar cómo se distribuyen las situaciones de crisis y vulnerabilidad psicosocial a lo largo del ciclo vital, lo que resulta clave para orientar estrategias preventivas y recursos específicos.

El grupo de 25 a 44 años es el más intervenido, con 94 casos sobre 211 (aprox. 45% del total). En consonancia con el resto de lo observado en el presente informe, al analizar la franja etaria con mayores indicadores de riesgo, entre los 25 y los 44 años. En particular: 45 de estos casos fueron personas en crisis (mayor frecuencia en toda la tabla), 18 fueron pacientes con padecimientos psíquicos, también se registran 13 intervenciones dentro de la categoría "Otros".

El grupo de adultos entre 45 a 64 años (33 casos) representan un grupo también significativo con 33 contenciones: 20 en personas en crisis, 6 con padecimientos psíquicos, 4 en "Otros" y 3 en situación de intento de suicidio.

Las personas entre 15 a 24 años (19 casos) también presentan una cantidad relevante de intervenciones: 10 casos entre personas de 15 a 19 años, 9 casos entre los 20 y 24 años. Se evidencian intentos de suicidio (2 en 15-19), y presencia de crisis y padecimientos psíquicos. Las personas menores de 15 años se registran 2 casos (1 de persona en crisis en 5-9 años y 1 intoxicado en 5-9 años). Aunque son cifras bajas, puede existir subregistro o baja derivación de estos casos al sistema de emergencias. También es posible que estas situaciones sean abordadas por otras vías (escuelas, salud pediátrica, etc.). Las personas mayores de 65 años (4 casos), aunque con baja proporción (apenas el 1,9%), no son ajenas a las crisis.

Distribución de los casos de contención por salud mental y otros según mes del incidente.

De acuerdo con la estacionalidad de las contenciones, noviembre-diciembre y mayo-junio aparecen como los dos núcleos temporales con más situaciones. Como ya se ha observado, diciembre es coincidente con los valores presentados en relación con mayor mortalidad por causas externas, suicidios e intentos.

Tabla n° 13. Distribución de los casos de contención por salud mental y otros según mes del incidente, de Bomberos en base DUAR en la Ciudad de Córdoba. 2024. N=211

Contenciones	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
2024	15	16	11	14	22	20	13

Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Sin datos	Total
15	18	17	21	29	0	211

En síntesis, la labor del DUAR en la ciudad de Córdoba durante 2024 muestra un perfil de intervención cada vez más complejo y centrado en la salud mental comunitaria. Casi 7 de cada 10 asistencias (personas en crisis + padecimiento psíquico) responden a emergencias vinculadas a malestar psíquico severo, lo que evidencia, la necesidad de reconocer, capacitar y fortalecer institucionalmente esta función del DUAR como soporte psicosocial prehospitalario.

Notificación Obligatoria de Intento de Suicidio en SISA.

Marco legal e Implementación

A partir de la sanción, en 2015, de la Ley Nacional de Prevención del Suicidio N° 27.130 se puso como objetivo de las políticas públicas “la disminución de la incidencia y prevalencia del suicidio, a través de la prevención, asistencia y posvención”.

Dicha Ley, en su artículo seis, establece distintas tareas. En el inciso e) promueve “crear un sistema de registro que contenga información estadística de los intentos de suicidios, suicidios cometidos, causa de los decesos, edad, sexo, evolución mensual, modalidad utilizada y todo otro dato de interés a los fines del mejoramiento de la información estadística, la que será proporcionada por los sectores dedicados a la problemática del suicidio, públicos y privados;” y en su inciso que f) “los casos de suicidio y las causas de los decesos, deben notificarse obligatoriamente a la autoridad sanitaria más próxima”.

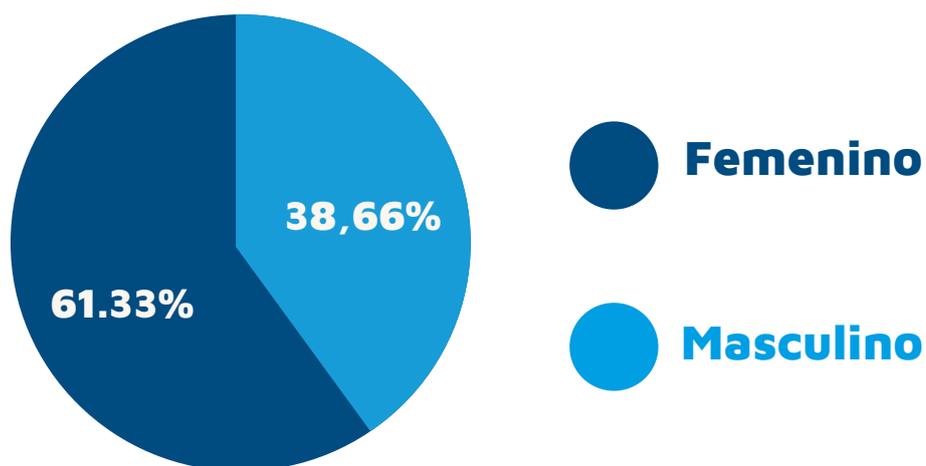
Refuerza, también la ley, la necesidad de intensificar la vigilancia y hacer un seguimiento de los casos consumados y los intentos de suicidio para favorecer una comprensión que permita prevenir el suicidio.

Las diferencias relativas a los patrones, las tasas, las características de los suicidios y los métodos utilizados requieren una mejora de la integridad y la calidad de los datos y de la rapidez con que se obtienen. Con ese objetivo es que la ley insta a hacer constar los suicidios en los registros civiles y los intentos no consumados en los registros hospitalarios. Fue recién en 2022 que dicha notificación de los intentos de suicidio se volvió obligatoria. En ese marco, nuestro sistema de vigilancia epidemiológica incorporó esta dimensión.

Durante 2023 no se recibieron notificaciones y, a partir de múltiples estrategias realizadas durante ese año, en 2024 se lograron registrar 300 notificaciones. A partir de las estimaciones que sugieren que por cada suicidio ocurren entre 8 y 9 intentos, podemos inferir el camino que aún nos queda por recorrer para seguir profundizando nuestra comprensión del fenómeno.

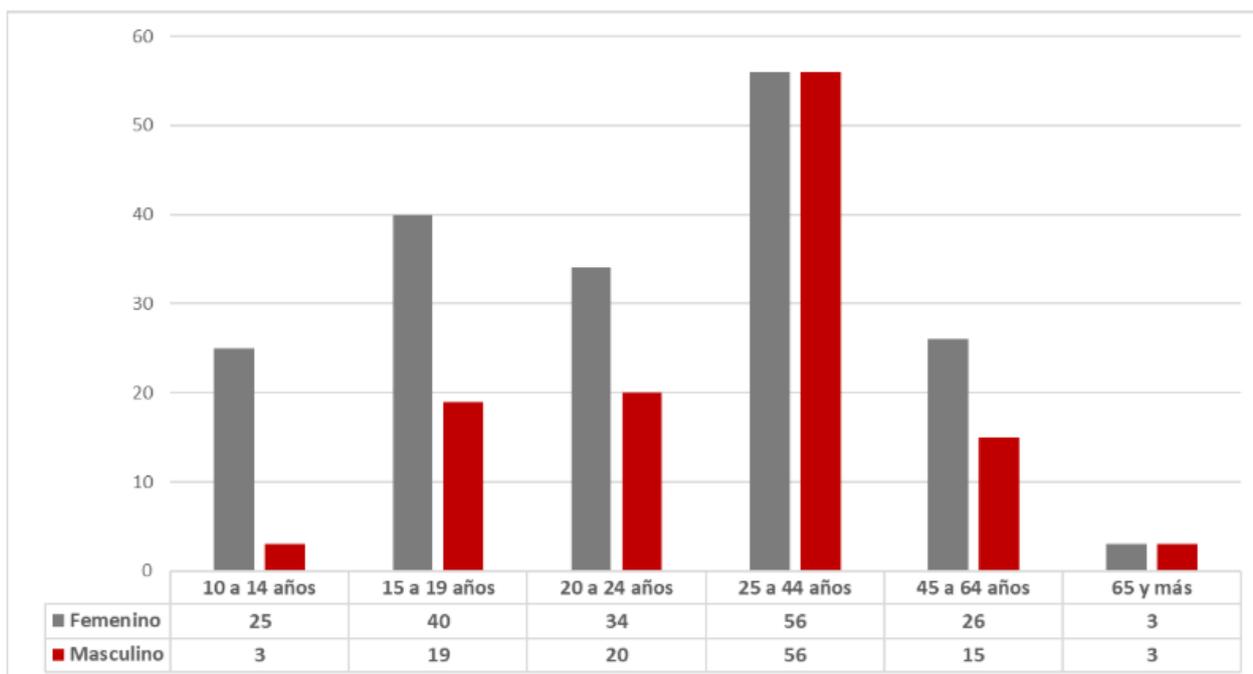
De acuerdo a la información consignada en dicho Sistema, de esos 300 intentos, 293 refieren a intentos sin resultado mortal y 7 a casos de suicidio consumado.

Gráfico n° 13. Distribución porcentual de las notificaciones en SISA de intentos de Suicidio en la Ciudad de Córdoba según sexo. Año 2024. N=300.



En las notificaciones de intento de suicidio la diferencia entre sexos es prácticamente inversa a la de los suicidios consumados: el 61,33% corresponde al grupo de mujeres y el 38,66% a los hombres.

Gráfico n° 14. Notificaciones en SISA de intentos de Suicidio en la Ciudad de Córdoba distribuidos según grupo etario y sexo. Año 2024. (N=300)

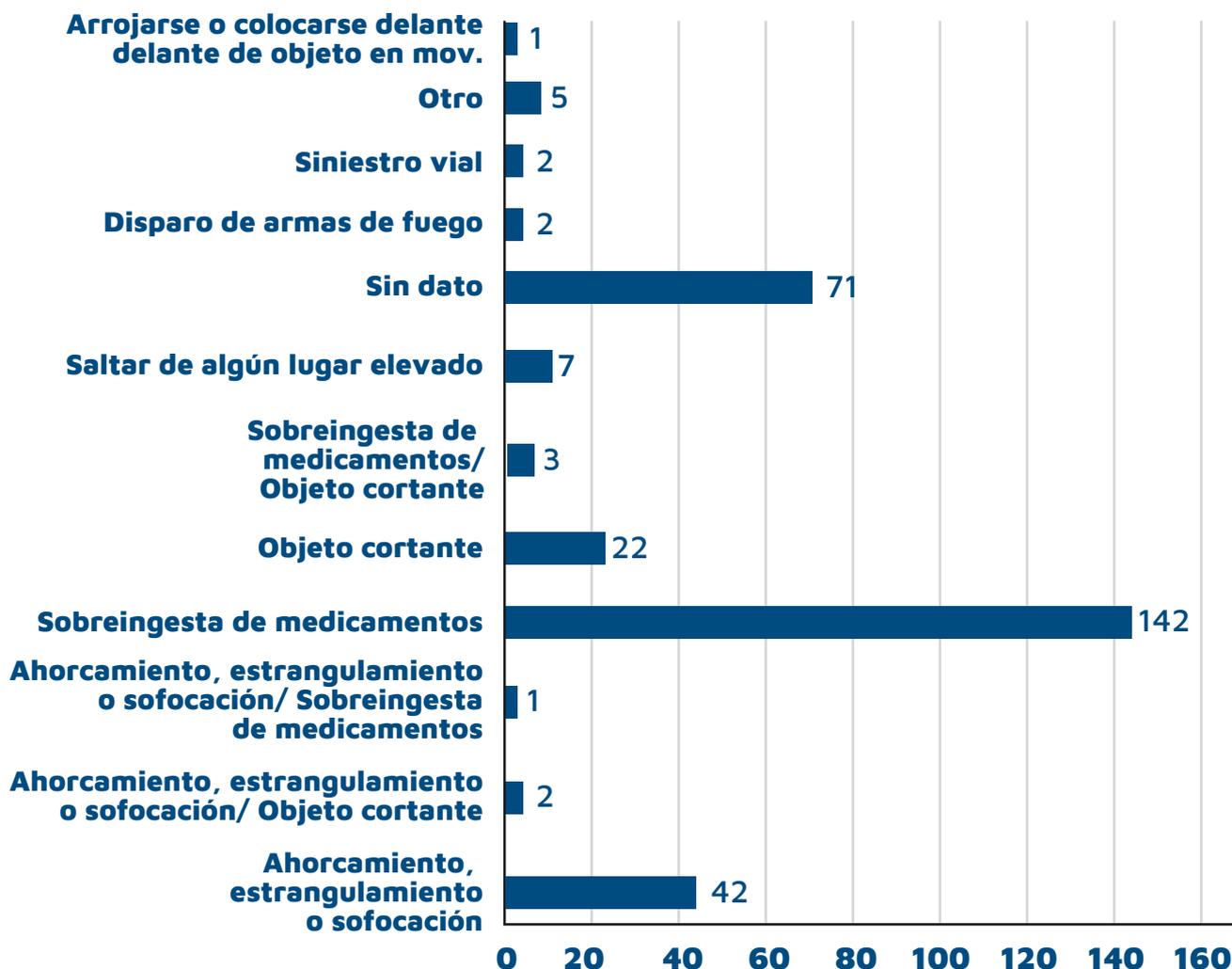


En las mujeres, los factores estresores suelen estar ligados a contextos de violencia de género, abuso físico, psicológico y sexual. Además, la sobrecarga por la doble jornada —trabajo remunerado y tareas de cuidado no reconocidas— genera un desgaste emocional sostenido que muchas veces se vive en soledad. La falta de autonomía económica limita la posibilidad de salir de entornos opresivos, lo que refuerza sentimientos de encierro y desesperanza. A esto se suma la escasa disponibilidad de tiempo propio, la presión de sostener vínculos afectivos disfuncionales y la carga simbólica del deber materno o cuidador. Estas condiciones se desarrollan en un entramado estructural de desigualdad de género que reproduce opresión, invisibilización y sufrimiento, y que muchas veces no es contemplado en las respuestas clínicas tradicionales. Aunque las mujeres tienden a buscar más ayuda que los varones, todavía enfrentan estigmas al expresar malestar emocional, especialmente si esto desafía los mandatos sociales asociados a su rol (Barroso Martínez, 2019).

El grupo etario con más incidencia sigue siendo el de 25 a 44 años. En este grupo etario no hay diferencia entre sexos. Ambos tienen 56 casos.

Le sigue el grupo etario de 15 a 19 años, aquí si hay una gran diferencia entre hombres y mujeres con 19 y 40 casos respectivamente. En tercer lugar, el grupo de 20 a 24 años, 34 mujeres y 20 hombres. En cuarto lugar, el grupo de 45 a 64 años con 26 casos en mujeres y 15 en hombres. En quinto lugar, el grupo de 10 a 14 años. Con una gran diferencia, las niñas tienen 25 casos y los niños 3. En sexto y último lugar el grupo de 65 años en adelante con tres casos en mujeres y 3 en varones.

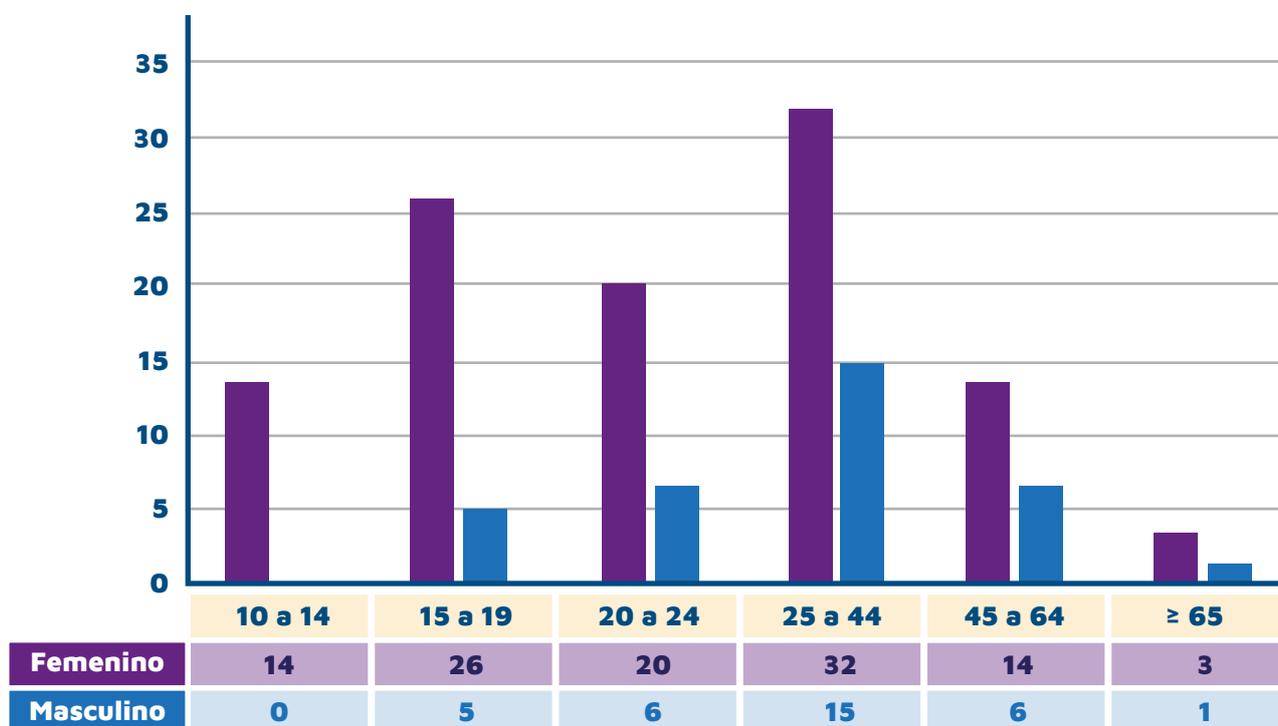
Gráfico n° 15. Notificaciones en SISA de intentos de Suicidio en la Ciudad de Córdoba distribuidos según mecanismo. Año 2024. N=300.



El método más utilizado es la sobre ingesta de medicación. Representa 142 casos de las 300 notificaciones; 71 casos no tienen datos acerca del mecanismo; 42 casos de estrangulamiento o sofocación; 22 casos de cortes y; en el resto de los casos se observa una combinación de mecanismos.

Respecto a la sobreingesta de medicación se sostiene la diferencia entre sexos. Las mujeres representan 109 casos, en tanto que los hombres 33 casos.

Gráfico n° 16. Distribución de casos de sobreingesta de medicina según grupo etario y sexo. N=142

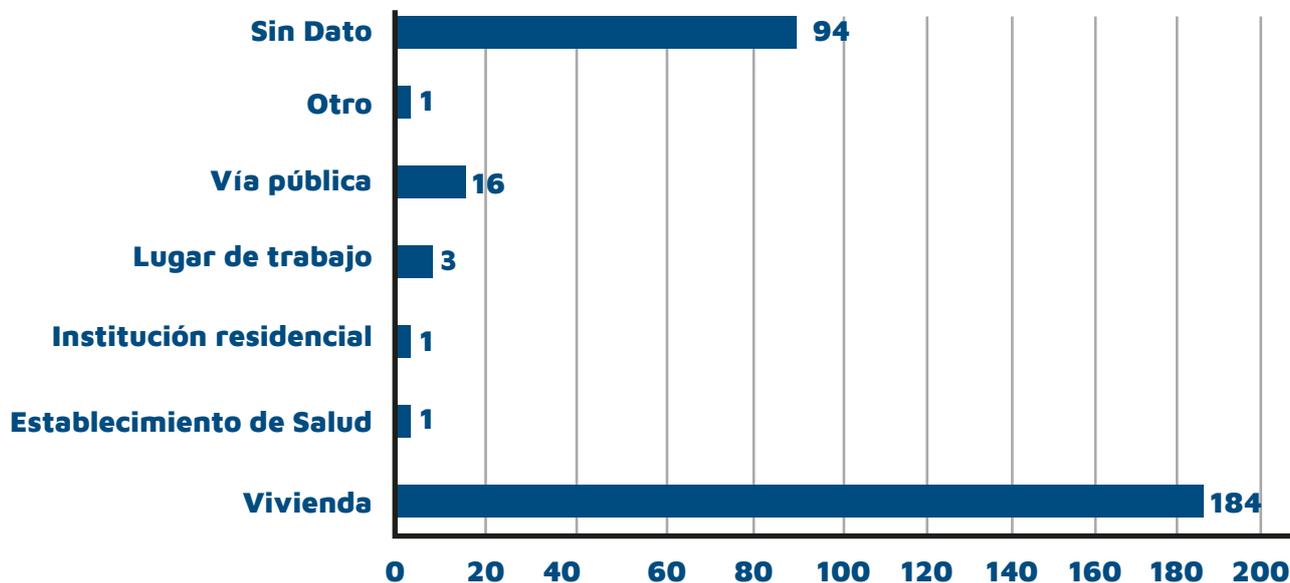


En el grupo etario de 10 a 14 años, con 14 casos el 100% corresponde a las mujeres. En el grupo de 15 a 19 años se produjeron 31 casos, las mujeres representan el 84% y los hombres el 16%. En el grupo etario de 20 a 24 años, con 26 casos el 77% de los casos lo representan las mujeres y el 23% hombres. En grupo etario el de 25 a 44 años con 47 casos, se encuentra la mayor incidencia (coincidiendo con la tendencia en suicidios consumados). Con 47 casos, las mujeres representan el 68% y los hombres el 32%. En el grupo de 45 a 64 años se produjeron 20 casos. El 70% corresponde a las mujeres y el 30% a los hombres. En el grupo de 65 años y más, se encuentra la incidencia más baja y con 4 casos el 75% corresponde a mujeres y el 25% a los hombres.

Al considerar en conjunto los grupos etarios de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, se observa que concentran el 32% de los casos registrados de sobreingesta de medicamentos. Esta problemática es una línea de investigación para profundizar en futuros estudios.

≥

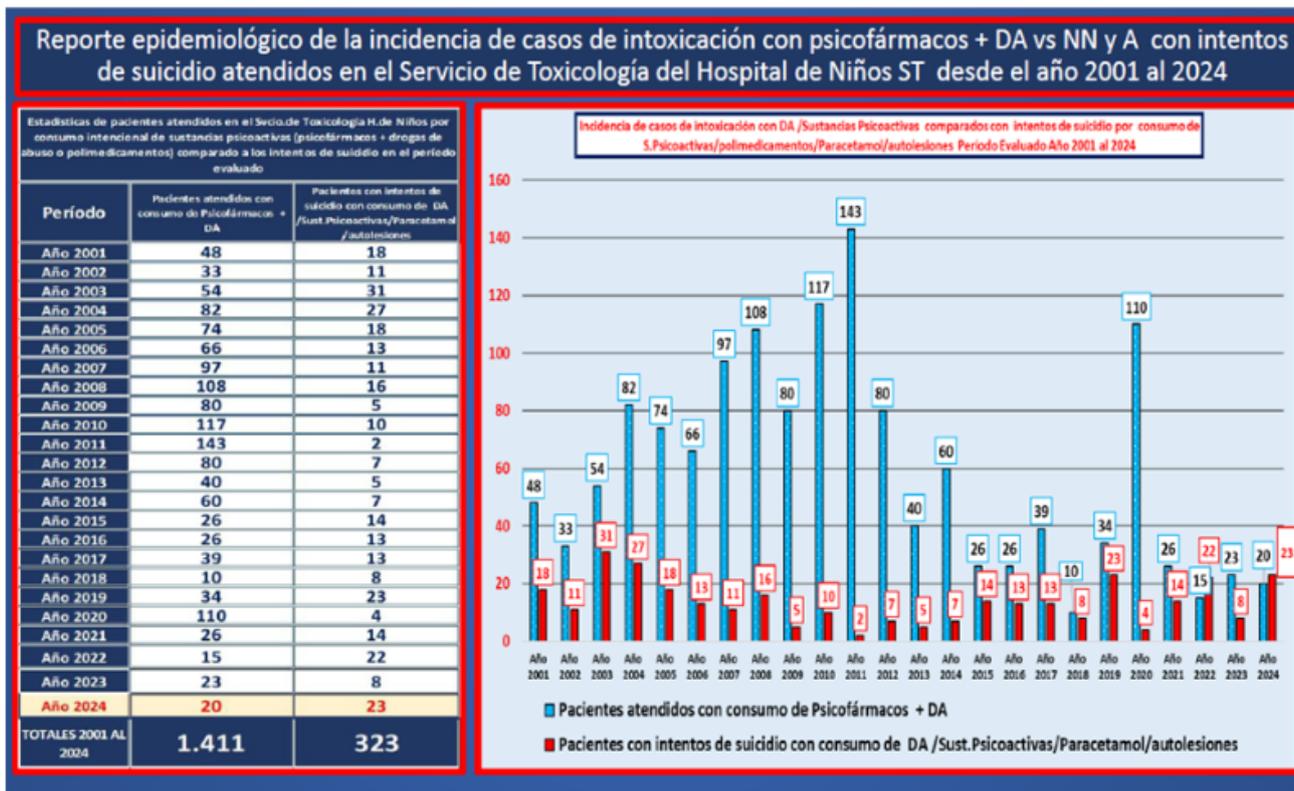
Gráfico n° 17. Notificaciones en SISA de intentos de Suicidio en la Ciudad de Córdoba distribuidos según lugar de ocurrencia. Año 2024. N=300



De los 300 casos notificados en SISA en año 2024, el 61,3% ocurrieron en la vivienda, 31,33% no tenían datos respecto a esta variable, el 5,33% ocurrieron en la vía pública; el 1% y con el mismo valor de 0,33% las categorías Establecimientos de salud, institución de salud y otro lugar.

Reporte Epidemiológico Hospital de Niños de la Provincia de Córdoba

En busca de registros que no llegan por medios tradicionales, nos acercamos al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba que nos brindó información desde su reporte epidemiológico.



Analizando los datos aportados por el Servicio de Toxicología del Hospital de Niños se observa que durante el período 2001-2024 se atendieron 1.411 pacientes con consumo de psicofármacos y DA (drogas de abuso) y 323 pacientes con intentos de suicidio con consumo de DA, sustancias psicoactivas, paracetamol o autolesiones.

Durante el periodo 2001-2011 se concentraron el 64% de las consultas por casos de consumo de psicofármacos y DA (n=902), siendo este último año el que mayor número de pacientes fueron atendidos por este motivo. El 36% de las consultas ocurrieron en el período 2012-2024 (n=509).

Se observó un descenso de las consultas a partir del año 2012, con un aumento en el año 2020 (n=110), el motivo de este aumento podría estar relacionado con las medidas de aislamiento social decretadas por la pandemia. Posteriormente se observó un descenso de las consultas hasta el año 2024 (n=20).

A partir de las consultas por intentos de suicidio con consumo de DA, sustancias psicoactivas, paracetamol o autolesiones, se observó que el año 2003 (n=31) se atendieron el mayor número de casos por este motivo e inversamente a los observado en el año 2011 que presentó el mayor número de consultas por consumo de psicofármacos y DA (drogas de abuso) fue el año que tuvo menor número de consultas por intento de suicidio (n=2).

Es de destacar que en los años 2022 y 2024 se objetivó que las consultas por intentos de suicidio con consumo de DA, sustancias psicoactivas, paracetamol o autolesiones fueron respectivamente un 46% y 15% mayores que las consultas por consumo de psicofármacos y DA (drogas de abuso). Solo en estos dos años, durante el período analizado, se observó esta tendencia.

Analizando el año 2024 se observó que el 46,51% (n=20) fueron consultas por consumo de sustancias psicoactivas (psicofármacos más DA) y el 53,49% (n=23) fueron atenciones de pacientes con intentos de suicidios con sustancias psicoactivas (psicofármacos más DA), policonsumos de otros medicamentos, paracetamol y/o lesiones autoinfligidas.

Un aspecto a tener en cuenta es que el método más utilizado para autoagredirse es la ingesta de fármacos y psicofármacos. Estas características coinciden con las halladas en otros estudios, que señalan que el método más empleado para autoagredirse es la ingestión de medicamentos y, dentro de ellos, los más frecuentes son los psicofármacos los cuales pueden ser obtenidos en el hogar.

En consonancia con lo reportado en el SISA, esta problemática en el grupo de edad de 10 a 14 años, debe estar incluida en la agenda de políticas públicas, trabajando en conjunto con áreas de salud y educación para prevenir estas situaciones que no solo tienen consecuencias letales si no para mejorar la calidad de vida de las infancias.

6. Conclusiones



5. Conclusiones

Implicancias para la salud pública local

Los datos analizados en este informe permiten afirmar que el suicidio constituye una problemática persistente en la Ciudad de Córdoba, con expresiones territorialmente desiguales y atravesadas por determinaciones estructurales que exceden ampliamente las explicaciones psicopatológicas tradicionales. Si bien las tasas anuales muestran ciertas oscilaciones, que posiblemente se deban a los efectos de la pandemia y el Aislamiento que requirió, el fenómeno persiste con intensidad a lo largo del período 2019–2024, reforzando la necesidad de abordajes intersectoriales, sostenidos y sensibles al entramado social que los produce.

Una de las contribuciones centrales del informe radica en su estrategia metodológica: al articular diversas fuentes institucionales —Registro Civil, Policía de Córdoba, SISA, SIGIPSA, Bomberos, UNC— se logró reducir significativamente el subregistro habitual de los suicidios consumados, en particular aquellos inicialmente clasificados como accidentes o eventos de intención indeterminada. Este gesto no es meramente técnico, sino político: al interrogar los límites de los sistemas de información convencionales, se habilita una lectura crítica que reconoce al dato como una construcción situada, dependiente de relaciones institucionales, capacidades estatales y compromisos éticos. En este sentido, el informe se inscribe dentro de una lógica de epidemiología crítica, que no se conforma con reproducir cifras, sino que busca comprender y transformar las condiciones de producción del sufrimiento.

Uno de los hallazgos más consistentes del período es la sobrerrepresentación de varones adultos jóvenes y de mediana edad entre los suicidios consumados. Esta regularidad, lejos de ser interpretada como un simple dato biológico o demográfico, interpela las construcciones sociales de la masculinidad, la invisibilidad de las formas de sufrimiento emocional en los varones y las barreras estructurales para el acceso a espacios de cuidado. El incipiente registro de los intentos de suicidio —disponible a partir de 2024 gracias a la inclusión en SISA y la Historia Clínica Digital Municipal— ofrece una ventana de oportunidad para complejizar estas trayectorias y anticipar situaciones de riesgo antes de que se tornen irreversibles.



El proceso de georreferenciación de los casos, realizado en colaboración con el Observatorio Urbano Córdoba de la UNC, representa una innovación estratégica para la planificación sanitaria municipal. La posibilidad de mapear con precisión los eventos fatales en el territorio permite identificar clústeres, zonas críticas y vacíos de atención, facilitando así la toma de decisiones basada en evidencia. Esta herramienta potencia una lectura espacial del fenómeno, capaz de vincular los eventos con variables como acceso a servicios, desigualdad socioeconómica y presencia de dispositivos comunitarios de cuidado.

Reflexiones finales desde la epidemiología crítica. Consideraciones sobre los datos: fortalezas, límites y desafíos.

La elaboración de este informe implicó no solo un ejercicio técnico de procesamiento estadístico, sino también un compromiso político y ético con la construcción de datos significativos y confiables en el campo de la salud mental. En este sentido, uno de los principales aportes de este trabajo reside en el esfuerzo por superar los márgenes restrictivos del subregistro, tradicionalmente asociados a los sistemas formales de codificación y notificación de las muertes por suicidio.

Entre las fortalezas del proceso de producción de datos, destaca la articulación interinstitucional que permitió el entrecruzamiento de fuentes primarias y secundarias (Registro Civil Municipal, Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, Policía de Córdoba, SISA, SIGIPSA, Bomberos de la Policía de Córdoba, Universidad Nacional de Córdoba, Hospital de Niños de la Santísima Trinidad), así como la validación nominal caso por caso. Este abordaje posibilitó una reconstrucción más fiel del universo de defunciones por suicidio ocurridas en el ejido de la ciudad, y permitió afinar los criterios de inclusión a partir de criterios territoriales y prestacionales, más allá del domicilio legal consignado en documentos oficiales.

Asimismo, la incorporación de herramientas de georreferenciación, la normalización de domicilios y la vinculación con áreas programáticas de salud municipal habilitaron una lectura territorializada del fenómeno, con gran potencial para la planificación local. El registro complementario de intentos de suicidio e intervenciones por crisis aportó una perspectiva más integral del problema, visibilizando eventos que suelen quedar por fuera de las estadísticas tradicionales de mortalidad.

No obstante, persisten limitaciones importantes que deben ser reconocidas. En primer lugar, la persistencia de campos incompletos o ambiguos en los informes estadísticos de defunción —especialmente en relación con la intencionalidad— restringe la capacidad de codificación precisa y sigue siendo una fuente estructural de subregistro. En segundo lugar, la información sobre variables clave como ocupación, nivel educativo o mecanismos de muerte muestra una mejora progresiva pero aún irregular en su completitud, dificultando el análisis longitudinal de ciertas tendencias.

Además, el sistema aún no permite relevar con sistematicidad otros factores sociales y culturales que podrían enriquecer el análisis, tales como condiciones habitacionales, situaciones de violencia, aislamiento, antecedentes de consumo problemático o acceso a servicios de salud mental. La ausencia de marcadores de identidad auto percibida, orientación sexual o pertenencia a colectivos históricamente vulnerados constituye otra deuda pendiente para una lectura interseccional del fenómeno.

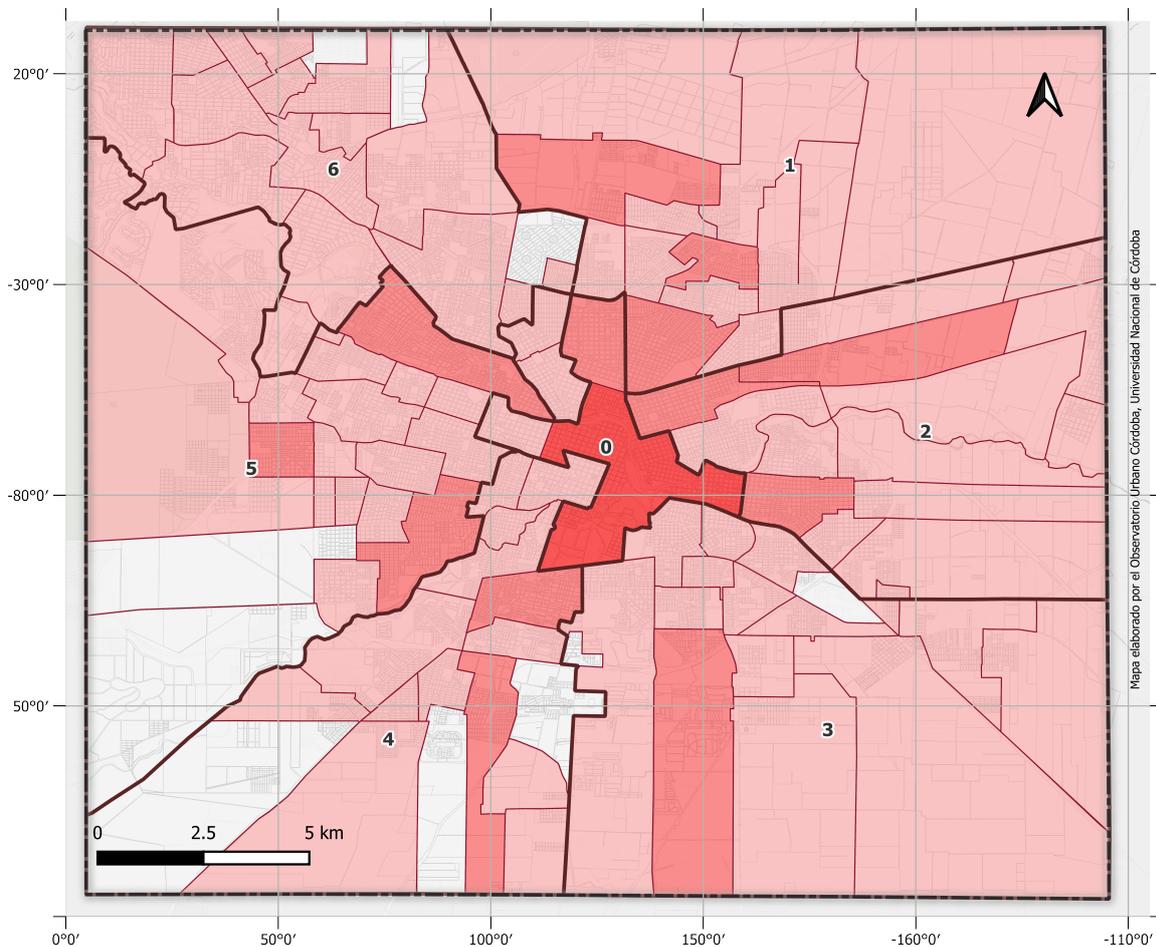
Finalmente, cabe señalar que todo ejercicio de producción de datos epidemiológicos está atravesado por condiciones materiales, institucionales y simbólicas que inciden en lo que se ve, lo que se nombra y lo que se omite. Reconocer estos límites no debilita la validez del informe, sino que refuerza su carácter situado, su voluntad de mejora continua y su apertura a una política pública basada en el cuidado, la transparencia y la escucha.

Anexo

Georreferencia suicidios por zona sanitaria y áreas programáticas en la ciudad de Córdoba período 2019-2024.

DEFUNCIONES POR CAUSAS EXTERNAS (INTENCIONALIDAD SUICIDIO) EN LA CIUDAD DE CÓRDOBA

FRECUENCIA DE CASOS (LOCALIZADOS EN DOMICILIO REAL DEL FALLECIDO) SEGUN ÁREAS PROGRAMÁTICAS PERÍODO 2019-2024



Mapa elaborado por el Observatorio Urbano Córdoba, Universidad Nacional de Córdoba

REFERENCIAS

	Ejido Municipal		Frecuencia de casos
	Zonas Sanitarias (identificadas con número)		0 - 9
	Áreas Programáticas		9 - 19
	Traza urbana		19 - 34

SRC: EPSG 4326 - WGS 84

DATOS DE DEFUNCIONES, ZONAS SANITARIAS Y ÁREAS PROGRAMÁTICAS: DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA, ZONOSIS Y SANIDAD ANIMAL

DATOS DE LÍMITES ADMINISTRATIVOS Y TRAZA URBANA: IDECOR Y DATOS ABIERTOS DE LA MUNICIPALIDAD DE CÓRDOBA

MAPA BASE: Esri - Light Gray. Fuente: Esri, HERE, Garmin, FAO, NOAA, USGS



Elaborado por el Observatorio Urbano Córdoba Universidad Nacional de Córdoba

Autoras: Arq. J.A.Páez - M.F.Fernandez
Fecha: Mayo 2025

Referencia Bibliográfica



Bibliografía

Barroso Martínez, A. (2019) Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [online]. 2019, vol.39, n.135.

Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352019000100004&lng=es&nrm=iso

Bonanno, D., Javier Ochoa, L., Badano, F., Bernasconi, S., & Alfani, M.(2022).

Tendencia de mortalidad por suicidios en Argentina entre 1990 y 2019.

Revista Argentina De Salud Pública, 14.

Disponible en:

<https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/748>

Congreso de la Nación & Poder Ejecutivo Nacional. (2015/2021).

Ley Nacional de Prevención del Suicidio N.º 27.130 y su Decreto Reglamentario 603/2021. Boletín Oficial de la República Argentina.

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27130-245551>

<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/250613/20210916>

Congreso de la Nación & Poder Ejecutivo Nacional. (2010/2013).

Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 y su Decreto Reglamentario 603/2013.

Boletín Oficial de la República Argentina.

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-164535>

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-603-2013-212574>

Foucault (1976) Historia de la locura en la época clásica I. Buenos Aires:

Fondo de Cultura Económica.

INDEC (2022) Geoportal estadístico respecto al Censo 2022.

Disponible en:

<https://portalgeoestadistico.indec.gob.ar>

INDEC (2022) Resultados definitivos del Censo respecto a la provincia de Córdoba.

Disponible en:

https://censo.gob.ar/index.php/datos_definitivos_cordoba/



Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2022). Abordaje integral del suicidio en las adolescencias: Lineamientos para equipos de salud. <https://www.argentina.gob.ar/salud>

Möller-Leimkühler, A. (2003). La brecha de género en el suicidio y la muerte prematura o: ¿Por qué son tan vulnerables los hombres? Archivos Europeos de Psiquiatría y Neurociencia Clínica, 253 (1), 1–8. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/706492084/Moller-Ana-La-brcha-de-genero-en-el-suicidio-y-la-muerte-prematura-o-Por-que-los-hombres-son-tan-vulnerables>

OMS (2021) Suicide Worldwide in 2019. Global Health Estimates. Disponible en:

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf>

OMS (2025) Suicidio. Notas descriptivas del centro de prensa. Disponible en:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

OPS (2022) Portal de datos ENLACE sobre enfermedades no transmisibles, salud mental y causas externas.

Disponible en:

<https://www.paho.org/es/enlace/causas-principales-mortalidad-dis-capacidad>

Provincia de Córdoba. Poder Legislativo. (2010). Ley N.º 9848 de Protección de la Salud Mental. Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba, 5 de noviembre de 2010.

https://www.justiciacordoba.gob.ar/Estatico/justiciaCordoba/files/T/SJ/intervenciones_voluntarias/1%20Ley%209848%20de%20Salud%20Mental%20Provincial.pdf

UNICEF (2019). El suicidio en la adolescencia: Situación en la Argentina.

https://www.unicef.org/argentina/media/6326/file/Suicidio_adolescencia.pdf