

HISTORIA 396
ISSN 0719-0719
E-ISSN 0719-7969
VOL 15
N°2 - 2025
[129-158]

DESIGUALDAD REGIONAL DE LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL SUICIDIO EN CHILE, 1921-2021

*REGIONAL INEQUALITY IN THE HISTORICAL EVOLUTION
OF SUICIDE IN CHILE, 1921-2021*

Manuel Llorca-Jaña

Universidad Adolfo Ibáñez, Chile
manuel.llorca@uai.cl

Javier Rivas

Pontificia Universidad Católica de Chile
jrivasr@estudiante.uc.cl

Daniel Morales-Campos

Universidad Pública de Navarra
danielesteban.morales@unavarra.es

Resumen

El siguiente artículo analiza la evolución histórica de la tasa de suicidio en Chile entre 1921 y 2021, tomándola como un indicador de salud mental y, en general, como un importante indicador de salud de la población. Lo anterior se realiza a nivel regional, lo que nos permite realizar un aporte a los estudios sobre desigualdad geográfica en el bienestar chileno, para una dimensión clave: la salud mental. El artículo da cuenta de variaciones regionales significativas en la tasa de suicidio en Chile entre los años 1920 y los años 2010, que evidencian un problema serio: la persistencia de desigualdades regionales en la salud mental en Chile. Parte de estas diferencias entre regiones se explica por diferencias en las tasas de masculinidad entre dichas zonas, así como por el disímil perfil de sus pirámides poblacionales. Sin embargo, no todas las diferencias en las tasas de suicidios regionales pueden ser atribuidas a estas variables: otros determinantes macro-contextuales son también relevantes, como las diferencias en la tasa de pobreza, y otras variables sociales y culturales.

Palabras clave: Suicidio; Chile; Desigualdad Regional; Salud Mental.

Abstract

The article analyses the historical evolution of the suicide rate in Chile, taking it as a proxy for mental health, and in general as an important indicator of population health, for 1921-2021. This is done at a regional level, which allows us to contribute to studies on geographical inequality in Chilean well-being, for a key dimension of it: mental health. The article reports significant regional variations in the suicide rate in Chile between the 1920s and the 2010s, which reveal a serious problem: the persistence of regional inequalities in mental health in Chile. Part of these differences between regions can be explained by differences in the sex ratios between these areas, as well as by the dissimilar profile of their population pyramids. However, not all differences in regional suicide rates can be attributed to these variables: other macro-contextual determinants are also relevant, such as differences in the poverty rate, and other social and cultural variables.

Keywords: Suicide; Chile; Regional Inequality; Mental Health.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas el estado de salud de una población se ha posicionado con fuerza como uno de los indicadores más importantes al momento de evaluar los niveles de vida de un país¹. Para medir el estado de salud de una sociedad normalmente se usan variables como la mortalidad (general e infantil), esperanza de vida y tasas de morbilidad de ciertas enfermedades, entre otros. Se reconoce además la necesidad de recurrir al mayor número posible de indicadores de salud en lugar de analizar la evolución de solo uno de ellos², e idealmente considerar tanto series de mortalidad como de morbilidad. Finalmente, se hace necesario analizar también la desigualdad de estas variables de salud en sus diversas dimensiones (por ejemplo, género, territorio y rango etario). Sin embargo, los indicadores de morbilidad son de producción más bien reciente, hechos en base a encuestas nacionales de salud, las que se comenzaron a aplicar, en general, después de la Segunda Guerra Mundial,

-
- 1 Van Zanden, Jan L.; Baten, Joerg; Mira d'Ercole, Marco; Rijpmma, Auke y Timmer, Marcel P. (eds.). *How was life? Global well-being since 1820*. París, OECD, 2014; OECD. *How's Life? 2020: Measuring well-being*. París, OECD Publishing, 2020; McGillivry, Mark y Clarke, Matthew. "Human Well-Being: Concepts and measures" McGillivry, Mark y Clarke, Matthew (eds.). *Understanding human well-being*. Tokyo, UNU Press, 2006, pp. 3-15.
 - 2 Un solo indicador es incapaz de dar cuenta del estado de salud de una población.

pero con más regularidad recién desde los años 1980³ y, en países periféricos como Chile, solo desde los años 1990. En ausencia de datos sistemáticos de morbilidad que cubran la mayor parte del siglo XX también es posible recurrir a un análisis del perfil de causas de muerte de un país como un indicador de morbilidad⁴, lo que aporta valiosa información sobre la evolución del estado de salud de las naciones.

Dicho lo anterior, es común que la salud mental de una población reciba poca atención a nivel de estudios macro sobre salud y bienestar; de cierto modo, es el “elefante en la habitación”⁵ de la historia de la salud pública. Lo anterior se explica, en parte, por la ausencia de estadísticas sistemáticas sobre morbilidad -una carencia particularmente sensible para la salud mental (incluida la falta de series de largo plazo sobre personas que padecen depresión, estrés laboral, angustia, ansiedad, entre otros)-, así como por los insuficientes recursos que destinan los estados a mejorar la salud mental de sus poblaciones, lo que incluye su medición y monitoreo temporal⁶. Por ejemplo, durante los últimos 50 años en Chile la cantidad anual de suicidios ha sido mayor a los homicidios, pero tanto la cobertura mediática como la atención de las autoridades del gobierno central ha tendido a volcarse, más bien, hacia la violencia interpersonal entre civiles que a la salud mental. A nivel mundial, se cometen unos 700.000 suicidios por año, y más de tres cuartas partes ocurren en países de ingreso bajo o medio⁷.

Incluso más. La nueva literatura e institucionalidad sobre el bienestar han puesto de manifiesto la necesidad de incluir no solo un amplio rango de indicadores de niveles de vida, más allá del PIB per cápita y de variables de salud o educación, sino también de realizar un análisis sobre la desigualdad de estas nuevas dimensiones⁸. Por ejemplo, en lo que concierne a este artículo, el

3 Van Zanden, Baten, Mira d’Ercole, Rijpma, Timmer, *How was life?*

4 Llorca-Jaña, Manuel; Rivas, Javier y Rivero-Cantillano, Rodrigo. “La temporalidad de la transición epidemiológica en Chile, 1862-2018.” *Dynamis*, Vol. 43, N°2, 2023, pp. 559-603.

5 También definido como “El pariente pobre del sistema de salud.” Véase: Valdés, Camila y Errázuriz, Paula. “Salud mental en Chile: el pariente pobre del sistema de salud”. *Clave de Políticas Públicas*, N°11, 2012, pp. 1-8.

6 Dicho lo anterior, aun cuando en Chile no se destinan suficientes recursos para la salud mental y contra el combate al suicidio, debemos mencionar las siguientes políticas públicas: Programa Nacional de Prevención del Suicidio desde el 2007. Véase: Inostroza, Carolina. “Programa Nacional de Prevención del Suicidio de Chile: una comparación con la evidencia internacional.” *Gobierno y Administración Pública*, N°2, 2021, pp. 123-137.

7 “Suicide.” World Health Organization, acceso el 10 de mayo de 2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

8 Stiglitz, Joseph E.; Fitoussi, Jean-Paul y Durand, Martine (eds.). *For Good Measure: Advancing Research on Well-being Metrics Beyond GDP*. París, OECD Publishing, 2018; Stiglitz, Joseph E.; Sen, Amartya y Fitoussi, Jean Paul. “Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress”, 2009, <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/118025/118123/Fitoussi+Commission+report>.

llamado actual es a analizar en profundidad la desigualdad de indicadores de salud al interior de los países, como la desigualdad en las tasas de mortalidad infantil entre regiones (provincias o comunas), o la desigualdad en la esperanza de vida (geográfica y/o de género), entre otras. Lamentablemente, las autoridades de salud de países en desarrollo usualmente disponen de insuficiente información a este respecto. En general los objetivos de políticas públicas en salud se fijan en relación con niveles agregados de las variables (e.g. reducir la tasa de mortalidad general), pero no hacen referencia a la dimensión de la desigualdad. Por ejemplo, un objetivo de política pública en salud podría ser “reducir la tasa de suicidio en un 20% y que la diferencia en dicha tasa entre regiones no supere el 10%”. En efecto, la autoridad de salud de Chile no fija sus objetivos con estos considerandos.

De este modo, para combatir en parte estos déficits de información sobre la evolución histórica de la salud mental en Chile, y aportar antecedentes sobre una de las dimensiones de su desigualdad (por ejemplo, la geográfica), y con el ánimo de contribuir al análisis del bienestar y la desigualdad en perspectiva histórica, en el siguiente artículo se analizarán las diferencias regionales en la evolución de la tasa de suicidios en Chile desde 1921 hasta 2021, periodo delimitado por la disponibilidad de estadísticas oficiales⁹. Estamos conscientes de que para obtener un diagnóstico más comprensivo de la salud mental de cualquier país debemos recurrir a evidencia complementaria¹⁰, incluyendo las tasas de ideación suicida, intentos de suicidios no materializados, tasas de depresión, licencias médicas asociadas a dicha enfermedad, entre otros indicadores. Sin embargo, no disponemos de series históricas de largo plazo para los mismos (y para muchos de ellos ni siquiera para periodos recientes), y menos aún disponemos de estadísticas a nivel regional para dichos indicadores.

Con todo, los objetivos principales de este estudio son aportar las primeras estimaciones de largo plazo de tasas de suicidios a nivel regional para Chile para el último siglo; determinar si hay diferencias significativas en dicha tasa entre regiones, para distintos sub-periodos en los últimos cien años; evidenciar las regiones con las tasas de suicidio más altas y más bajas; determinar si la des-

9 Hay un largo rezago en la publicación de las estadísticas vitales de Chile, *vis a vis* las estadísticas de actividad económica. Por ejemplo, al momento de escribir este artículo, 3 de junio de 2024, ya se conocían las cifras del IMACEC de Chile de abril 2024 (i.e. poco más de un mes de rezago solamente), pero el rezago para estadísticas vitales definitivas supera los dos años (i.e. las últimas series oficiales son para 2021). Esto, de alguna manera, da cuenta de las prioridades del estado chileno en materia de estadísticas: mucho acento en producir estadísticas de producción, bastante menos en hacer lo propio para estadísticas de salud. Los recursos que recibe el INE chileno son, sin duda, insuficientes en esta materia.

10 Tannenbaum, Cara; Lexchin, Joel; Tamblyn, Robyn y Romans, Sarah. “Indicators for measuring mental health: towards better surveillance”. *Health Policy*, Vol. 5, N°2, 2009, e177-86.

igualdad regional en la muerte por suicidios ha aumentado, se ha estancado o ha disminuido en las últimas décadas; y establecer correlaciones simples entre algunos indicadores demográficos y macro-sociales y las tasas de suicidios por región. Con ello, este artículo realiza un aporte a los estudios sobre desigualdad regional en el bienestar chileno. Esperamos que esta evidencia sea de utilidad para otros estudios históricos del suicidio en Chile, en particular para aquellos que persigan analizar casos de estudios para periodos más acotados de tiempo, y áreas geográficas más restringidas, descansando en informes judiciales y/o policíacos, que sin dudas se beneficiarán de la evidencia que aquí presentamos.

HISTORIOGRAFÍA SOBRE TENDENCIAS DEL SUICIDIO EN CHILE

El suicidio como fenómeno histórico no ha escapado al ojo de la historiografía chilena (liderados notablemente por autores como Mario Fabregat, Daniela Belmar Mac-Vicar y Marcos Fernández Labbé), ni tampoco el de especialistas de otras disciplinas más allá de la historia, como la psicología o la salud pública. Existe una abundancia relativa de importantes estudios previos sobre el suicidio en Chile en perspectiva histórica. Sin embargo, a diferencia del presente trabajo, que cubre 100 años, con cifras a nivel regional para todo el territorio nacional, la inmensa mayoría de los valiosos estudios previos tiende a enfocarse en una región en particular¹¹, y/o en un periodo de tiempo más bien

11 Por ejemplo, Madariaga, Carlos; Gómez, Ana-Genoveva; Iriondo, Pedro; Savarese, Vanessa; Taylor, Bonnie y Ríos, Gabriela. "Prevalencia del Suicidio en la Región de Tarapacá, años 1990-2008". *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, Vol. 48, N°3, 2010, pp. 197-206; Baader, Tomas; Behne, Patricia; Molina, José Luis; Gacitúa, Lorena; Yáñez, Lisette; Urrea, Edmundo y Millán, Rocio. "¿Está cambiando la prevalencia de los suicidios y sus características en la población chilena?: Análisis de las tasas de suicidios y sus características sociodemográficas, ocurridas en la provincia de Valdivia, actual Región de Los Ríos, entre los años 1996 a 2008". *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, Vol. 49, N°3, 2011, pp. 273-282; Belmar Mac-Vicar, Daniela. "Dame mi anillo o máteme". Suicidio y afectividad en registros judiciales de Santiago y San Felipe, 1920-1937". *Revista Historia y Justicia*, N°4, 2015, pp. 103-137; Chávez, Pablo y Ovalle, Alex. "...vengo en tomar por resolución única, la conclusión de mi fatal y asaroz existencia [sic]": Justicia y voluntad suicida. Arica, 1900-1930". *Revista Historia y Justicia*, N°4, 2015, pp. 11-37; Chuaqui, Constantino; Lemkau, Paul; Legarreta, Adela y Contreras, María Angélica. "El Suicidio en Santiago de Chile". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, Vol. 63, N°3, 1967, pp. 212-222; Fabregat, Mario. "El suicidio: exégesis judicial, reconstrucción estadística y caracterización. Provincia de Santiago, 1900-1920". *Revista Historia y Justicia*, N°4, 2015, pp. 66-102; Flores, Alexis. "Soy enfermo de cuerpo y alma y mejor muerto que vivir así". Justificar el suicidio ante la justicia, Punta Arenas 1894-1899". *Revista Historia y Justicia*, N°4, 2015, pp. 38-65; Méndez, Juan Carlos; Opgaard, Alfredo; Reyes, Jimmy; Escalier, Segundo y Escobar, Carlos. "Determinación de la cifra oscura del suicidio en Antofagasta". *Revista Ciencia Salud*, N°1, 1997, pp. 19-24; Fernández Labbé, Marcos. "Ansias de tumba y de la nada: prácticas sociales del suicidio en el mundo pampino. Chile, 1874-1948". Fernández Labbé, Marcos (ed.). *Arriba quemando el sol. Estudios de Historia Social Chilena: experiencias populares de trabajo, revuelta y autonomía (1830-1940)*. Santiago, LOM ediciones, 2004, pp. 195-223.

acotado, de una o dos décadas en general¹², aunque excepcionalmente cubren periodos algo más extensos¹³. A su vez, en lugar de atender al total de la población, frecuentemente los estudios previos se han enfocado en un sector bien específico de ella¹⁴, o se han concentrado en ciertas comunidades específicas¹⁵, en función de las interrogantes propuestas por dichos trabajos. Asimismo, el grueso de los estudios epidemiológicos existentes se concentra en periodos posteriores a los años 1980, desatendiendo las tres primeras cuartas partes del siglo XX, que sí son cubiertas por nuestro trabajo.

Por su parte, los pocos estudios de mayor datación, a nivel nacional, tienden a enfocarse en aspectos más bien propios de la justicia¹⁶, la psicología y/o la medicina¹⁷. De hecho, podría incluso sostenerse que buena parte de los estudios disponibles se han concentrado en indagar, principalmente, importantes aspectos cualitativos del suicidio, incluyendo el análisis de los relatos y subjetividades circundantes a los sujetos envueltos en el acto suicida, tales como la propia víctima, su entorno cercano, o las instituciones públicas encargadas de

- 12 Por ejemplo, Vidal, Carolina; Faunes, Carlos; Toro, Carol; Ruiz-Tagle, Cristóbal y Hoffmeister, Lorena. "Cambios en la tendencia de mortalidad por suicidio en Chile, 1997-2018". *Salud Colectiva*, N°17, 2021, e3363; Guajardo, Gabriel (ed.). *Suicidios contemporáneos: vínculos, desigualdades y transformaciones socioculturales. Ensayos sobre violencia, cultura y sentido*. Santiago, FLACSO-Chile, 2017; Otzen, Tamara; Sanhueza, Antonio; Manterola, Carlos y Escamilla-Cejudo, José. "Mortalidad por suicidios en Chile: tendencias en los años 1998-2011". *Revista Médica de Chile*, Vol. 142, N°3, 2014, pp. 305-313; Servicio Médico Legal. *El suicidio en Chile: análisis del fenómeno desde los datos médico-legales. Período 2000-2010. Actualización datos período 2011-2017*. Santiago, Unidad de Estadísticas y Archivo Médico Legal, 2018; Fernández, Marcos. "Incapaz de soportar ya esta vida. Suicidio femenino en Chile. 1884-1948". *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* [En línea]. Colloques, mis en ligne le 19 novembre 2006, <https://doi.org/10.4000/nuevomundo.2850>; Retamal, Pedro; Reszczyński, Claudio; Orio, Mario; Ojeda, Ilse y Medina, Pablo. "Aspectos generales del suicidio en Chile". *Boletín Hospital San Juan de Dios*, Vol. 42, N°1, 1995, pp. 29-40; Trucco, Marcelo. "Tendencias del suicidio en Chile, 1971-1990". *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, Vol. 31, Supl. 4, 1993, pp. 5-17.
- 13 E.g. Trucco, Marcelo. "Mortalidad por suicidio en Chile: 1930-1971". *Revista Médica de Chile*, N°103, 1975, pp. 634-638.
- 14 Para aquellos en el servicio militar: Stefoni, Carolina. *Suicidio en el Servicio Militar*. Santiago, FLACSO, 2000.
- 15 Tomicic, Alemka; Gálvez, Constanza; Quiroz, Constanza; Martínez, Claudio; Fontbona, Jaime; Rodríguez, Juliana; Aguayo, Francisco; Rosenbaum, Catalina; Leyton, Fanny y Lagazzi, Iside. "Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de información (2004-2014)". *Revista Médica de Chile*, Vol. 144, N°6, 2016, pp. 723-733.
- 16 E.G. Fabregat, Mario. "La muerte bajo sospecha : procedimientos judiciales frente al suicidio, Chile, 1832-1920". *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* [En línea]. Colloques, mis en ligne le 01 décembre 2015. <http://journals.openedition.org/nuevomundo/68654>; Fabregat, Mario. "Justicia institucional y medicina mental frente al suicidio: Chile, 1832-1920". *Revista de Humanidades*, N°37, 2018, pp. 291-315; Piazzini, Carolina. "Aproximaciones historiográficas en torno al suicidio en Chile y México: Lecturas desde la historia social de la justicia". *Revista Electrónica del Instituto de Investigaciones Ambrosio L. Gioja*, N°17, 2016, pp. 57-71; Trucco, Marcelo. "Suicidio en el Gran Santiago. Aspectos médico-legales". *Revista Médica de Chile*, N°104, 1976, pp. 246-250.
- 17 E.g. Madariaga, Carlos; Ulloa, Ornella; Gómez, Ana-Genoveva; Iriondo, Pedro y Alvarado, Rubén. "Muertes por suicidio en la Región de Tarapacá, años 1990-2013". *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, Vol. 54, N°3, 2016, pp. 250-258; Silva, Daniela; Vicente, Benjamín; Saldívar, Sandra y Kohn, Robert. "Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional". *Revista Médica de Chile*, Vol. 141, N°10, 2013, pp. 1275-1282; Méndez, Juan Carlos; Opgaard, Alfredo; Escalier, Segundo; Escobar, Carlos; Reyes, Jimmy; Zamora, Leonardo; Hurtado, Luisa y Olivares, Yorka. "Epidemiología del suicidio en la segunda región de Chile". *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, Vol. 35, N°4, 1997, pp. 465-472.

investigar el hecho, especialmente desde una óptica jurídica y/o de las instituciones de salud¹⁸. La única excepción, muy reciente, de estudios de largo plazo, sería el breve trabajo de Llorca-Jaña, Rivas y Morales¹⁹, pero que no aborda desigualdades regionales. En efecto, no ha existido interés previo por analizar variaciones regionales en el largo plazo en las tasas de suicidio en Chile, salvo para periodos acotados o que cubren periodos muy recientes. Esto es cierto en particular para los pocos estudios, no históricos, que muestran tasas de suicidio a nivel regional²⁰, que, con todo, no cubren el periodo anterior a 1990.

FUENTES Y METODOLOGÍA

Para la construcción de las bases de datos en las que descansa este trabajo hemos utilizado como fuente principal los anuarios de estadísticas vitales, o demográficos, del Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (INE), cuya fuente a su vez es el Registro Civil de Chile, que registra por ley, desde 1884, las causas de muerte de todo el país, pero con un nivel más detallado solo desde 1921. Asimismo, para el periodo 1984-2021 se realizó una solicitud vía la plataforma “Transparencia”, la que fue favorablemente acogida por el INE chileno, de lo cual estamos muy agradecidos. La fuente primaria de información del INE para dichos anuarios (o archivos Excel entregados) es la misma que usa el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud (MINSAL): certificados de causas de muertes producidos por el ya mencionado Registro Civil, que a su vez los envía tanto al INE como al MINSAL. A pesar de las limitantes propias de estadísticas según causas de muerte, la información para Chile es de las mejores de América Latina, disfrutando de gran prestigio regional²¹.

-
- 18 E.g. Belmar Mac-Vicar. ““Dame mi anillo o márame””; Chávez, Ovalle, ““...vengo en tomar por resolución única””; Fernández, “Incapaz de soportar ya esta vida”; Flores, ““Soy enfermo de cuerpo y alma””; Fabregat, Mario. “Presentación Dossier”. *Revista Historia y Justicia*, N°4, 2015, pp. 8-10; Fabregat, Mario. “Justicia y procedimientos judiciales por suicidio e intento de suicidio: Chile: 1820-1920”. Tesis para optar al grado de Doctor en Historia, Universidad de Chile. Santiago, 2017; Fabregat, Mario. *El cadáver de Balmaceda. Locura, suicidio y muerte en Chile (1890-1921)*. Santiago, RiL Editores, 2020; Fabregat, Mario y Belmar Mac-Vicar, Daniela. *Más allá de la muerte. Recopilación de cartas y notas suicidas (Chile, 1870-1937)*. Rosario, Prohistoria Ediciones, 2020; Belmar Mac-Vicar, Daniela. ““Mire, Papá” -Notas para un estudio microhistórico del suicidio en tiempos de crisis económica. El caso de Julio Antolín Alfaro, Santiago de Chile, 1930”. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* [en línea], Colloques, mis en ligne le 25 novembre 2015, <https://doi.org/10.4000/nuevomundo.68642>; Mac-Vicar, Daniela. *A nadie se culpe de mi muerte. Suicidios entre 1920-1940. Santiago y San Felipe*. Santiago, Ediciones Universidad Alberto Hurtado, 2018. Así pues, es posible advertir en el notable esfuerzo de autores como Mario Fabregat o Daniela Belmar Mac-Vicar, el asentamiento de las bases para un campo de historia del suicidio en Chile.
- 19 Llorca-Jaña, Manuel; Rivas, Javier y Morales, Daniel. “Main trends in Chile’s suicide rates over a century, 1921-2020”. *Macrohistoria* Vol. 7, 2024, pp. 66-80.
- 20 Duarte, “El suicidio en Chile”; Otzen, Sanhueza, Manterola, Escamilla-Cejudo, “Mortalidad por suicidios en Chile”
- 21 Llorca-Jaña, Rivas y Rivero-Cantillano, “La temporalidad de la transición epidemiológica”

Para cada año disponible hemos ingresado el número total de suicidios, los que a su vez fueron desagregados por género (masculino y femenino), región y edad (o rango etario) de la persona. Para presentar la información por regiones durante un siglo (1921-2021), hemos usado inicialmente las clásicas 13 regiones de Chile, que perduraron por mucho tiempo (aquellas en existencia entre 1974 y 2007), antes de que se agregaran otras 3 al listado en años recientes (desagregando algunas de las 13 anteriores). Asimismo, dado lo extenso de nuestro periodo, que comienza más de medio siglo antes de 1974, y producto del continuo cambio en la denominación de provincias (unidad máxima de información del INE), debimos agregar las provincias de las regiones X y XI en un solo grupo, quedando finalmente con 12 grandes unidades geográficas. Esta decisión se tomó para dar continuidad a nuestras series de tasas de muertes por suicidio a nivel regional, toda vez que cubrimos un extenso periodo de 100 años, en el que la división político-administrativa del país sufrió diversas modificaciones. Con todo, de norte a sur, los datos fueron agrupados en las siguientes mega regiones: Tarapacá, Antofagasta, Atacama, Coquimbo, Valparaíso, Santiago, O'Higgins, Maule, Bío-Bío, Araucanía, "Los Lagos y Los Ríos" (juntas) y Magallanes.

Asimismo, en el Anexo N°1 hemos detallado el nivel poblacional de cada una de estas regiones para el periodo bajo estudio. Para los datos de población nacional hemos recurrido al ya clásico trabajo de Díaz, Lüders y Wagner²², mientras que para datos de población por regiones y rangos etarios detallados se utilizaron los censos nacionales de la república y extrapolaciones anuales para años intercensales, cuando fue necesario. Para tasa de pobreza por región recurrimos a la encuesta CASEN y, para tasas de desempleo, a fuentes secundarias explicitadas en el anexo respectivo (incluyendo Banco Central), así como a información provista por el INE.

Finalmente, debemos mencionar que estudios previos han utilizado otro tipo de fuentes para contabilizar los suicidios en Chile (incluyendo datos granulares con determinantes de éstos), factibles para ciertos periodos y/o localidades, como los Protocolos de Autopsia del Servicio Médico Legal²³ y registros judiciales o policíacos²⁴. Este tipo de estudios permite realizar grandes aportes al

22 Díaz, José; Lüders, Rolf y Wagner, Gert. *Chile: la república en cifras*. Santiago, Ediciones UC, 2016.

23 Baader, Tomas; Rojas, Carmen; Molina, José Luis; Gotelli, Marcelo; Alamo, Catalina; Fierro, Carlos; Venezian, Silvia y Dittus, Paula. "Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados." *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, Vol. 52, N°3, 2014, pp. 167-176; Madariaga, Gómez, Iriondo, Savarese, Taylor y Ríos, "Prevalencia del Suicidio en la Región de Tarapacá".

24 Por ejemplo, Duarte, Dagoberto. "El suicidio en Chile, estudio socio-demográfico y aproximación micro social y psicológica a la violencia ejercida contra sí mismo". PhD Thesis, Louvain Catholic University, Bélgica. Bruselas, 2007.

conocimiento al analizar dimensiones “micro” del suicidio, lo que no permiten nuestras fuentes²⁵, como, por ejemplo, el método más usado para cometer suicidio (por ejemplo ahorcamiento, arma de fuego, envenenamiento), la temporada del año donde se cometen más suicidios (invierno versus verano; o el impacto de fiestas familiares como la navidad y el año nuevo; o la influencia de los fines de semana), estado civil de la persona fallecida (incidencia del divorcio como detonante del suicidio), o si la persona suicida había consumido o no alcohol poco antes del deceso, por mencionar algunos ejemplos de varios de los determinantes o factores de riesgo del suicidio a nivel individual. Sin embargo, dicha información está disponible para periodos más bien acotados de tiempo y localidades específicas, o requiere de un prolongadísimo proceso de recolección de datos que va más allá de las ambiciones y los objetivos propuestos por este estudio.

RESULTADOS: RADIOGRAFÍA HISTÓRICA DEL SUICIDIO Y DESIGUALDAD REGIONAL

Antes de visualizar los resultados a nivel regional, conviene analizar la evolución de la tasa de suicidios a nivel nacional, para tener un más que necesario contexto general, así como un punto de comparación esencial. El gráfico de la imagen N°1 muestra la tasa de suicidios de Chile desde 1921 al 2021, como serie anual suavizada (en promedios móviles de 5 años). Como puede verse, la serie presenta cierto nivel de volatilidad (algo común en este indicador, para cualquier país)²⁶, distinguiéndose varios ciclos. Por ejemplo, se observa una primera tendencia creciente que coincide con el periodo de la Gran Depresión (y un notorio aumento del desempleo en Chile, como se grafica en el Anexo N°3)²⁷, seguido de una caída para recuperar, subsiguientemente,

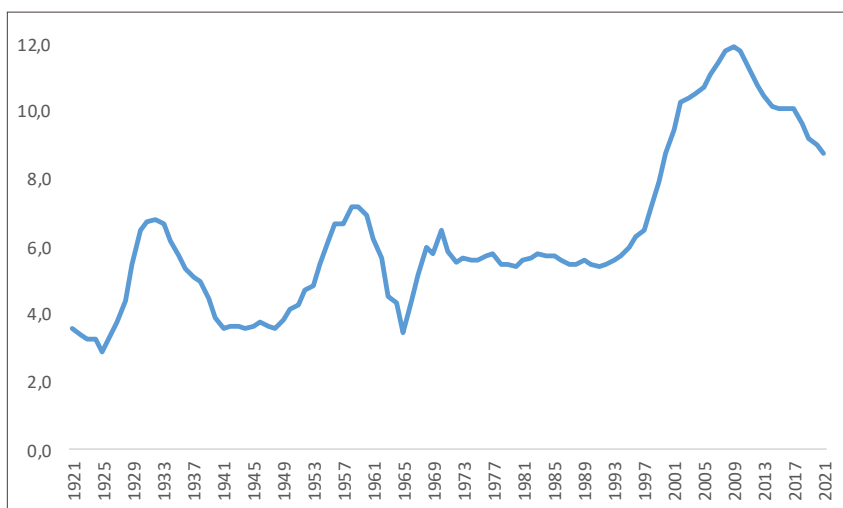
25 Nuestra fuente primaria de información contiene datos agregados, por lo tanto, anonimizados sin caracterizar al fallecido por suicidio. No se entrega información individualizada, ni mucho menos variables asociadas a personas, salvo la edad y género del fallecido y lugar del deceso, pero en esos casos, también de forma agregada, no granular.

26 La volatilidad se debe a que cambios relativamente pequeños en el número de suicidios de un año a otro generan variaciones importantes en la tasa de suicidio.

27 *Ceteris paribus*, a mayor tasa de desempleo, mayor tasa de suicidio, al menos a nivel nacional. Ver, por ejemplo: Platt, Stephen; Micciolo, Rocco y Tansella, Michelle. “Suicide and unemployment in Italy: description, analysis and interpretation of recent trends”. *Social Science & Medicine*, Vol. 34, N°11, 1992, pp. 1191-1201; Inoue, Ken; Tanii, Hisashi Kaiya; Shuntaro, Abe; Nishimura, Yukika; Masaki, Mina; Okazaki, Yuji; Masayuki, Nata y Fukunaga, Tatsushige. “The correlation between unemployment and suicide rates in Japan between 1978 and 2004”. *Legal Medicine*, Vol. 9, N°3, 2007, pp. 139-142; Madianos, Michael; Alexiou, Tatiana; Patelakis, Athanasios y Economou, Marina. “Suicide, unemployment and other socioeconomic factors: evidence from the economic crisis in Greece”. *The European Journal of Psychiatry*, Vol. 28, N°1, 2014, pp. 39-49. Trucco encontró, para el periodo 1976-1990, una correlación significativa entre suicidio y desempleo en hombres adultos en Chile. Esta correlación general no necesariamente se observa a nivel regional. Trucco, “Tendencias del suicidio en Chile”.

los niveles pre-1929 a inicios de los años 1940²⁸. Posteriormente se observa otro ciclo ascendente en la tasa de suicidios que arranca a inicios de los años 1950, terminando a comienzos de los años 1960, seguido de una brusca caída y pronta recuperación que surge a mediados de los años 1960. Desde fines de esa década le sigue un relativamente largo periodo de estancamiento, y luego un salto importante en torno al año 2000, cuando, producto de un cambio de metodología (incluyendo mejoras a la misma), se comienzan a registrar más suicidios que antaño. Lo anterior, sin embargo, no afecta mayormente el análisis de desigualdad entre regiones²⁹, salvo el caso de Santiago. En efecto, cabe señalar que al menos entre 1980³⁰ y 1999, incomprensiblemente, el INE registró solo una parte relativamente menor de los suicidios en Santiago³¹, anomalía que se corrige en el año 2000 también, por lo que el salto en torno al 2000 se explica también por este fenómeno. Finalmente, desde el 2012 se observa una importante tendencia decreciente en la tasa de suicidios de Chile.

Imagen N°1. Gráfico de la tasa de suicidios de Chile, 1921-2021 (medias móviles a 5 años). Número de suicidios por cada 100.000 habitantes



Fuente: elaboración propia con los datos expresados en el apartado
"Fuentes y Metodología"

28 Respecto del impacto de grandes crisis económicas en la tasa de suicidio, el estudio de Belmar Mac-Vicar es particularmente elocuente, toda vez que expone en profundidad un caso de estudio, el de Julio Antolín Alfaro, quien se suicidó en 1930, durante el apogeo de la Gran Depresión en Chile. De hecho, la autora concluye que "Dentro de una investigación más amplia sobre el suicidio en Santiago entre 1920 y 1940, se detectó que durante la crisis se produjo un aumento significativo en la tasa de suicidio del país". Belmar Mac-Vicar, "Mire, Papá".

29 Llorca-Jaña, Rivas, Morales, "Main trends in Chile's suicide rates".

30 No sabemos si entre 1967 y 1979 también ocurre lo mismo, pues no hay datos para ese periodo.

31 Duarte, "El suicidio en Chile".

En relación con las tendencias generales a nivel nacional, otro aspecto importante a señalar es que, al igual que en el resto de los países para los cuales disponemos de series de datos, la inmensa mayoría de los suicidios son materializados por hombres. Aun cuando la masculinidad es un constructo social que se edifica desde la niñez, se cree que los hombres cometen más suicidios por diversas razones, entre las que destacan las siguientes: adhieren más a la violencia física que las mujeres, incluyendo la mayor tenencia de armas de fuego, explosivos y armas en general; consumen más alcohol y drogas, cuyo consumo los hace más vulnerables (e.g. más impulsivos); tratan de adherir más a la autosuficiencia (el nivel de frustración es mayor de no lograrlo, y por tanto el intento de suicidio); tratan de adherir más a ciertas normas sociales (e.g. rol de proveedor), y el no poder hacerlo aumenta la intención de suicidios (al aumentar la frustración y la angustia); los hombres son más retraídos, y por tanto buscan menos ayuda psicológica para enfrentar problemas personales (y mayor aislamiento social)³², algo que incluso ya había notado Durkheim en su clásico estudio³³.

Y, en efecto, la historiografía chilena ha dado buena cuenta de la influencia de algunos de estos factores para nuestro país, lo que Fabregat ha denominado “el sello masculino en la conducta suicida” en Chile³⁴. Por ejemplo, respecto de la relación entre consumo de alcohol y mayor tasa de suicidios masculinos, hay bastante evidencia para sostener que en el caso chileno éste era efectivamente el caso, tal como atestiguan Piazzi para Chile en su totalidad³⁵; Fernández Labbé para el mundo pampino³⁶; Belmar Mac-Vicar³⁷ para Santiago durante la Gran Depresión; la misma autora para Santiago y San Felipe en los años 1920-1930³⁸; Chávez y Ovalle para Arica³⁹, y Flores para Punta Arenas⁴⁰; entre otros. Mario Fabregat da cuenta también de ello en sus estudios: “en algunos de los cadáveres de suicidas examinados se encontró en sus estómagos

32 Gálvez-Sánchez, Carmen; Camacho-Ruiz, Julio; Castelli, Lorys y Limiñana-Gras, Rosa. “Exploring the Role of Masculinity in Male Suicide: A Systematic Review”. *Psychiatry International*, Vol. 6, N°1-2, 2025. <https://doi.org/10.3390/psychiatryint6010002>; Pirkis, Jane; Spittal, Matthew; Keogh, Louise; Mousaferiadis, Tass y Currier, Dianne. “Masculinity and suicidal thinking”. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Vol. 52, N°11, 2017, pp. 319-327; Chandler, Amy. “Masculinities and suicide: unsettling ‘talk’ as a response to suicide in men”. *Critical Public Health*, Vol. 32, N°4, 2022, pp. 499-508; Genuchi, Matthew. “The role of masculinity and depressive symptoms in predicting suicidal ideation in homeless men”. *Archives of Suicide Research*, Vol. 23, N°2, 2019, pp. 289-311.

33 Durkheim, Emile. *Suicide: A study in sociology*. Londres, Routledge, 2005.

34 Fabregat, “El suicidio: exégesis judicial”, p. 97.

35 Piazzi, “Aproximaciones historiográficas en torno al suicidio”.

36 Fernández Labbé, “Ansias de tumba”.

37 Belmar Mac-Vicar, “Mire, Papá”.

38 Belmar Mac-Vicar, “Dame mi anillo o mátame”.

39 Para su estudio sobre Arica en las primeras décadas del siglo XX, los autores constatan que el alcoholismo era un gatillante fundamental del suicidio masculino. Chávez y Ovalle, “...vengo en tomar por resolución única”.

40 Flores, “Soy enfermo de cuerpo y alma”.

‘bastante líquido alcohólico’, aunque no se puede afirmar que la mayoría de los hombres procedió bajo los efectos del alcohol, su presencia fue más frecuente que en las mujeres”⁴¹. Otra observación importante que hace el propio Fabregat es que muchas veces el alcohol escondía la verdadera causa del suicidio⁴², pero finalmente era el gatillante más inmediato.

Por su parte, sobre el mayor nivel de violencia entre los hombres (y por tanto mayor letalidad del método suicida), Mario Fabregat, en su investigación para el siglo XIX y principios del XX en Chile, certifica que “el suicidio es, eminentemente, un fenómeno masculino... casi no encontramos ningún caso donde el método utilizado por las mujeres haya sido tan agresivo y violento”⁴³, agregando que “los métodos altamente letales que emplearon, dejaron un sello indeleble: la herida por arma de fuego”. Similarmente, para Arica (c.1900-1930) también se observa que la mayoría de los suicidios los cometieron hombres con armas de fuego⁴⁴, coincidiendo con ello el estudio de Belmar Mac-Vicar⁴⁵ y el de Fabregat para Santiago, quien al tratar de explicar por qué tres cuartos de su muestra de suicidios corresponden a hombres, sostiene que “una posible explicación la encontramos en la relación cultural que existió entre los hombres y la violencia, relación aceptada y promovida desde los cánones de la masculinidad. De allí también que la mayoría de los suicidios fueron cometidos con armas de fuego, encontrándose en los sumarios judiciales un solo caso en que una mujer la utilizó”⁴⁶. Fernández Labbé, por su parte, observa que en las mujeres era más común el envenenamiento, menos letal que las armas de fuego, y por tanto era mayor la tasa de sobrevivencia femenina al intento suicidio⁴⁷.

En virtud de lo anterior, debería esperarse que aquellas regiones con mayor tasa de masculinidad⁴⁸, *ceteris paribus*, tengan mayores tasas de suicidio. El gráfico de la imagen N°2 muestra la proporción de suicidios masculinos dentro del total de suicidios por década para Chile. Para la totalidad del periodo analizado, un 82% de los suicidios en Chile fueron cometidos por hombres⁴⁹. Dicho lo anterior, entre los años 1920 y los 1940 esta proporción osciló entre 69% y

41 Fabregat, “La muerte bajo sospecha”

42 Fabregat, “El suicidio: exégesis judicial”

43 Fabregat, “La muerte bajo sospecha”

44 Chávez y Ovalle, “...vengo en tomar por resolución única”

45 Belmar Mac-Vicar, “Mire, Papá”

46 Fabregat, “El suicidio: exégesis judicial”, p. 75. En la misma línea, ver Fabregat, “La muerte bajo sospecha”, donde se encontró que, para Santiago, Talca y Copiapó, durante el periodo c.1832-1920, las armas de fuego fueron el medio más común para cometer suicidio masculino.

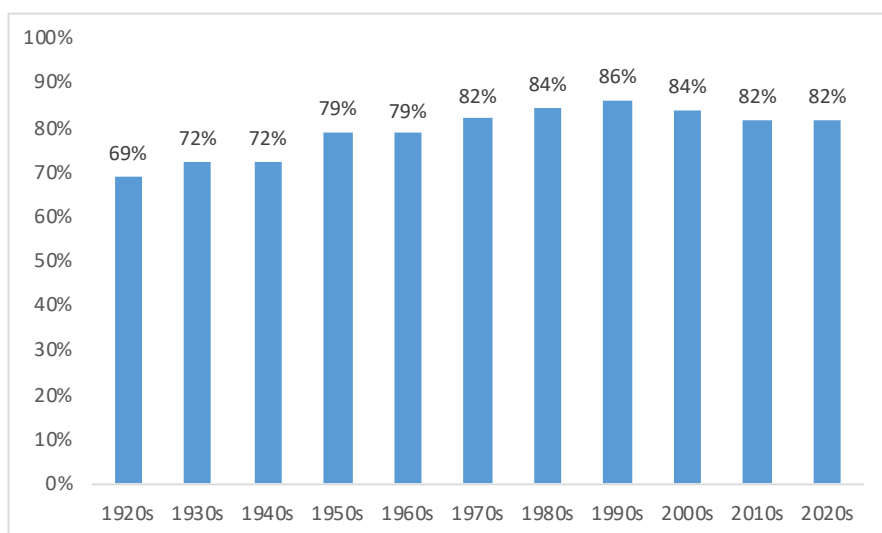
47 Fernández, “Incapaz de soportar ya esta vida”

48 Resultado de dividir el número de hombres por el número de mujeres de una unidad geográfica o administrativa determinada, para un periodo en particular.

49 La tasa chilena está en línea con los datos registrados para el mundo occidental, donde entre 70% y 85% de los suicidios, aproximadamente, son cometidos por hombres. “Suicide” Our World in Data, acceso el 17 de mayo de 2024. <https://ourworldindata.org/suicide>

72%, aumentando progresivamente hasta 86% en los años 1990, para luego descender levemente a 84% y 82% en los años 2000 y 2010-2020, respectivamente. En el Anexo N°2 hemos detallado el porcentaje de hombres dentro del total de la población regional para años censales, toda vez que dicha proporción aporta importantes antecedentes que usaremos a posteriori para explicar diferencias regionales.

Imagen N°2. Proporción de suicidios masculinos dentro del total de suicidios en Chile, 1921-2021 (promedios anuales por década).



Fuente: elaboración propia con los datos expresados en el apartado
“Fuentes y Metodología”

Finalmente, cabe destacar que la mayoría de los suicidios ocurre en grupos etarios que se encuentran en el rango de 20 a 39 años⁵⁰, seguido del de 40 a 64 años. Ambos grupos concentran, de forma conjunta, entre 73% y 80% del total de suicidios en Chile (promedios por década) entre los años 1920 y los 2010. Dicho lo anterior, si bien en las primeras décadas para las cuales tenemos datos el rango de 20 a 39 años era el que acaparaba, por lejos, la mayor cantidad de suicidios, la participación relativa del grupo de 40 a 64 años ha ido en constante aumento, desde 17% en los años 1920 a 40% en los años 2010⁵¹ fruto,

50 Similarmente, en un estudio para Arica en 1900-1930 (un periodo que no pudimos cubrir en este estudio), los autores constatan también que “casi el 70% de las personas que se suicidaron o que intentaron suicidarse, en Arica, y según el fondo consultado, tenía entre 20 y 40 años.” Chávez y Ovalle, “...vengo en tomar por resolución única”

51 Llorca-Jaña, Rivas y Morales, “Main trends in Chile’s suicide rates”

en parte, del claro proceso de envejecimiento de la población chilena a raíz del notable aumento de la esperanza de vida de nuestro país. Respecto de los otros grupos etarios cabe señalar, a su vez, que la participación del rango “65 o más años” más que se duplicó, desde 6% en los años 1920 a 13% en los años 2010, en parte también fruto del aumento en la esperanza de vida y el cambio en la pirámide poblacional de Chile (véase Anexo N°4). La contracara de este fenómeno es una caída en la proporción del suicidio para el rango etario que va de los 15 a los 19 años, desde 14% en los años 1920 a 6% en los años 2010⁵².

Entrando ya de lleno en las diferencias en las tasas de suicidio a nivel regional, hemos dividido el análisis en varios periodos en función de la disponibilidad de estadísticas. El primer periodo va de 1921 a 1951, dado que no disponemos de estadísticas comparables ni antes de 1921 ni a partir de 1952 (hasta 1980). Los resultados los hemos resumido en la tabla de la imagen N°3, por décadas, ordenando nuestras 12 regiones de norte a sur. En los años 1920 las regiones con mayores tasas de suicidio son las de los extremos norte y sur: Tarapacá y Magallanes, seguidas de Atacama y Antofagasta. En los años 1930 la situación es similar: las regiones con mayores tasas de suicidio siguen siendo Tarapacá y Magallanes, seguidas de Atacama, mientras que en los años 1940 Magallanes sigue liderando el ranking de la región con mayor tasa de suicidio.

Imagen N°3. Tasa de suicidios en Chile por grandes regiones, 1921-1951
(promedios anuales para cada periodo)

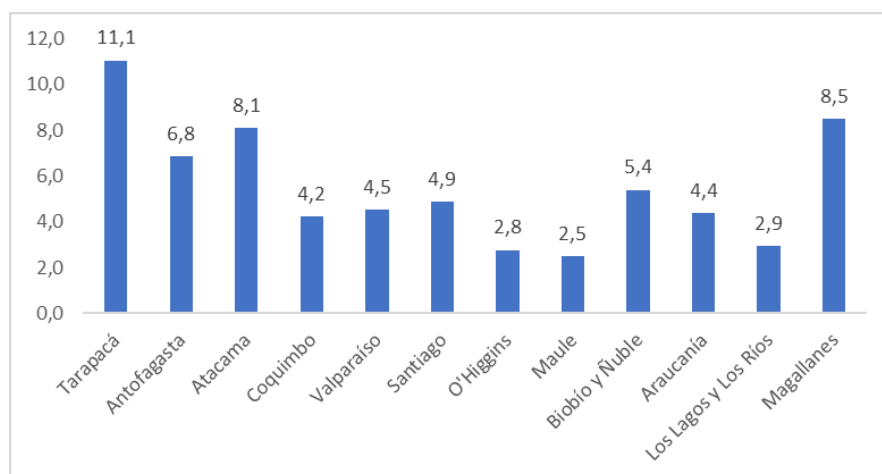
Región / Período	1921-1929	1930-1939	1940-1949	1950-1951
Tarapacá	18,9	10,2	5,9	5,8
Antofagasta	8,2	6,4	6,1	7,0
Atacama	9,4	9,3	6,0	6,2
Coquimbo	2,3	5,6	4,2	6,5
Valparaíso	3,5	6,4	3,6	4,5
Santiago	3,7	8,0	2,9	4,4
O'Higgins	1,9	3,3	2,8	3,9
Maule	1,9	2,9	2,6	2,6
Biobío y Ñuble	3,2	6,5	5,9	7,0
Araucanía	3,3	5,3	4,3	4,8
Los Lagos y Los Ríos	2,1	4,2	2,5	2,0
Magallanes	9,6	10,1	7,0	2,8
Desviación estándar	5,1	2,5	1,6	1,7

Fuente: elaboración propia con los datos expresados en el apartado
“Fuentes y Metodología”.

52 *Idem*.

Lo anterior no es de extrañar: de acuerdo con los censos de 1920, 1930 y 1940, las regiones con mayor proporción de hombres dentro del total de la población regional son justamente Magallanes, Antofagasta y Tarapacá, seguidas de Atacama (Anexo N°2). Asimismo, de estas cuatro regiones con mayores tasas de suicidio, en los censos de 1930, 1940 y 1952 Atacama, Magallanes y Antofagasta (junto a Santiago), seguidas muy de cerca por Tarapacá, son también las que presentan una mayor proporción de población en el rango etario de 20 a 39 años, que es justamente el que concentra más suicidios a nivel nacional. A su vez, durante estas dos décadas, las regiones con tasa de suicidio más bajas son O'Higgins, Maule y "Los Lagos y Los Ríos", situación que persiste hasta los años 1940. De estas, también consistentemente con lo ya mostrado, O'Higgins y Maule (junto a Coquimbo) son las que presentan menor proporción de personas entre 20 y 39 años según los censos de 1930, 1940 y 1952. Hemos optado por no comentar mayormente los años 1950, pues tenemos información para solo dos años en esa década (1950 y 1951).

Imagen N°4. Tasa de suicidio (promedio anual) por regiones, 1921-1951



Fuente: elaboración propia. Ver sección de fuentes y metodología

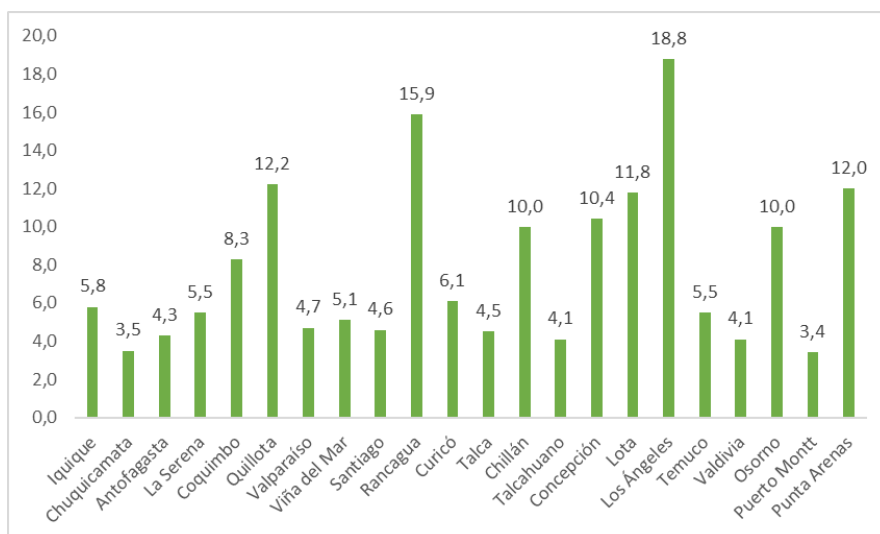
Asimismo, como puede verse en la imagen N°3, en los años 1920 se aprecian notables diferencias entre regiones: la región con la tasa de suicidios más alta (Tarapacá) tenía un guarismo casi 10 veces superior al de las regiones con la menor tasa (O'Higgins y Maule). En los años 1930 se observa algo de convergencia, que se profundiza en los años 1940. La diferencia entre la tasa más alta y la más

baja en los años 1940 es de “solo” 2,8 veces, mientras que la desviación estándar pasó de 5,1 en los años 1920 a 1,6 en los años 1940. Vale decir, la desigualdad regional en la tasa de suicidio declinó entre los años 1920 y 1940; sin duda un desarrollo positivo en materia de desigualdad regional. Pese a lo anterior, para la totalidad del primer periodo (1921-1951), la imagen N°4 nos muestra que, a pesar de la convergencia, en el agregado hubo significativas diferencias (desigualdades) en la tasa de suicidio entre grandes regiones en Chile, situación que se invisibiliza detrás de los grandes agregados a nivel nacional.

Lamentablemente, para el largo período que va desde 1952 a 1979 no fue posible acceder al número de suicidios desagregados por regiones, ni en el INE ni en DEIS (tampoco vía solicitudes del portal Transparencia enviadas a ambas instituciones, que no guardan registros para ese periodo). Lo anterior se debe a un cambio en la forma de presentar la información de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) por parte del INE (entre la vigencia de la versión de una CIE y la siguiente), perdiendo un gran nivel de detalles para el gran grupo de causas externas de muerte. Dicho lo anterior, en los Anuarios Estadísticos de la República sí pudimos encontrar número de suicidios para ciudades de más de 20 mil habitantes, entre 1952 y 1966, aunque información continua está disponible solo para las ciudades que se muestran en la imagen N°5. Como puede verse, de estos grandes centros urbanos, las ciudades chilenas con más altas tasa de suicidio para 1952-1966 fueron Los Ángeles, Rancagua, Quillota y Punta Arenas, mientras que las que disfrutaron de menores tasas de suicidio fueron Puerto Montt, Chuquicamata, Valdivia y Antofagasta. La alta tasa de Punta Arenas no sorprende, toda vez que región de Magallanes, según los censos de 1960 y 1970, sigue siendo la que concentra, por lejos, mayor proporción de personas de entre 20 y 39 años, así como la mayor proporción de población masculina. Pero quizás lo más importante a destacar es la gran disparidad de tasas entre los grandes centros urbanos del país⁵³, similar a lo observado en el gráfico anterior para los años 1920-1940. Vale decir, hay una gran desigualdad urbana en la tasa de suicidios para este periodo.

53 El promedio anual para 1952-1966 fue 5,2, muy cercano a las tasas de Santiago, Valparaíso y Viña del Mar.

Imagen N°5. Tasa de suicidio (promedio anual) por ciudades seleccionadas
(de norte a sur), 1952-1966



Fuente: elaboración propia con los datos expresados en el apartado
“Fuentes y Metodología”

Desde 1980, afortunadamente, tenemos nuevamente datos a nivel regional (como para 1921-1951), para todos los años hasta 2021, información que resumimos en la tabla de la imagen N°6. No se presentan datos para Santiago para el periodo 1980-1999 debido a un notorio subregistro que aplica solo para esa región⁵⁴, que el INE no ha sabido explicar aún⁵⁵. En cualquier caso, partiendo con los años 1980, y excluida la Región Metropolitana, Antofagasta tiene la tasa más baja de suicidios en Chile, posición de la que también disfrutó en los años 1990 y 2010, teniendo además la segunda más baja en los años 2000. Lo anterior contrasta dramáticamente con lo observado a inicios del siglo XX. Al respecto, cabe destacar que, a diferencia de inicios de siglo, cuando Antofagasta tenía muy altos índices de masculinidad, para las últimas décadas del siglo XX el índice de masculinidad de Antofagasta ya había convergido hacia la media nacional. En efecto, de acuerdo con los censos nacionales de 1982 y 1992, la población masculina de Antofagasta era 50% en ambos casos (Anexo N°2), muy distante del 58% registrado en 1920, en plena era del salitre, cuando dicha región padecía de altas tasas (relativas) de suicidio.

54 Duarte, “El suicidio en Chile”

55 En el Anexo N°7 mostramos la tasa de suicidio de Chile excluido Santiago, *vis a vis* la mostrada en el Gráfico N°1, para dimensionar el efecto de la subestimación de los registros de suicidio en Santiago, al menos para 1980-1999.

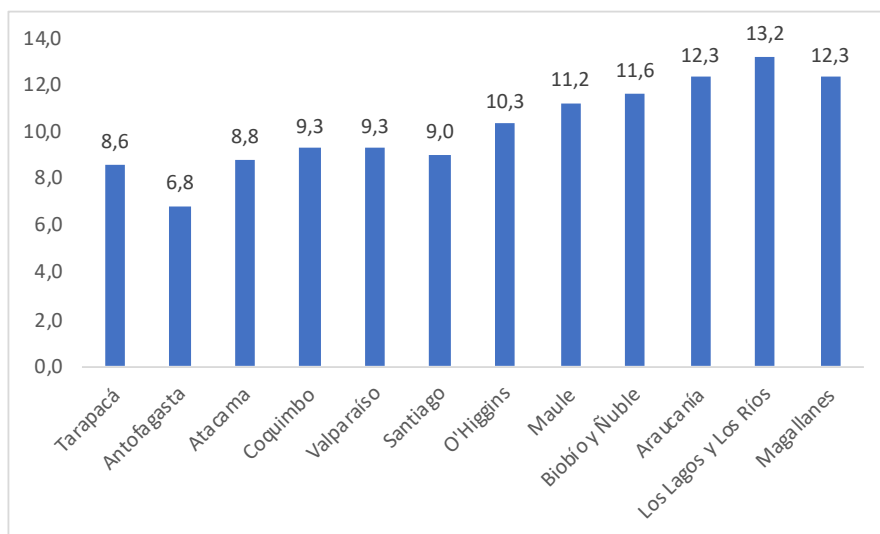
Magallanes, por su parte, tiene la tasa más alta de suicidios tanto en los años 1980 como en los 1990 (algo que ya se observaba en los años 1920-1930-1940), posición que toma “Los Lagos y Los Ríos” en las dos últimas décadas, seguida de la Araucanía como la segunda región con más suicidios por 100.000 habitantes en los años 2000 y 2010. Al respecto, y consistente con la data agregada a nivel nacional, cabe destacar que según los censos de 1982 y 1992, las regiones de Magallanes y “Los Lagos y Los Ríos” tenían los índices de masculinidad más altos entre todas las regiones chilenas (Anexo N°2). Asimismo, de acuerdo con el censo de 1982, Magallanes tiene la proporción más alta de población en el rango etario 20-39, mientras que “Los Ríos y Los Lagos” ocupa esa posición en los censos de 1992 y 2002. Finalmente, cabe destacar que la desviación estándar en la tasa de suicidios entre todas las regiones se mantiene relativamente constante entre los años 1980 y 2010, lo que da cuenta de una variabilidad estable de las tasas de suicidios interregionales.

Imagen N°6. Tasa de suicidios en Chile por grandes regiones, 1980-2019
(promedios anuales para cada periodo)

Región / Período	1980-1989	1990-1999	2000-2009	2010-2019
Tarapacá	6,8	8,2	10,8	8,8
Antofagasta	3,6	5,9	10,1	7,8
Atacama	6,4	6,9	10,6	11,9
Coquimbo	8,1	8,7	10,6	10,3
Valparaíso	7,6	7,7	11,4	11,1
Santiago			9,6	9,3
O'Higgins	6,3	8,9	13,8	12,2
Maule	10,2	9,6	12,9	12,4
Biobío y Ñuble	11,3	12,2	13,1	10,3
Araucanía	10,3	11,1	14,3	13,5
Los Lagos y Los Ríos	9,9	12,0	16,4	15,5
Magallanes	11,8	12,3	13,0	12,1
Desviación estándar	2,5	2,2	2,0	2,1

Fuente: elaboración propia. Ver sección de fuentes y metodología

Imagen N°7. Tasa de suicidio (promedio anual) por regiones, 1980-2021



Fuente: elaboración propia con los datos expresados en el apartado
"Fuentes y Metodología".

Nota: Para Santiago considera solo el periodo 2000-2021.

Con todo, para la totalidad del segundo periodo analizado, 1980-2017, Antofagasta presenta la tasa de suicidio (promedio anual) más baja entre todas las regiones, con 6,9 suicidios por cada 100.000 habitantes, seguida de Tarapacá y Atacama, todas provincias del norte de Chile. Y, en efecto, a medida que nos vamos desplazando hacia el sur la tasa de suicidio promedio va aumentando, alcanzando sus valores más altos en la combinada mega región de "Los Ríos y Los Lagos" (Imagen N°7), la que no casualmente tiene los mayores índices de masculinidad para todo el segundo periodo (Anexo N°2), así como alta proporción de población en edad 20-39 (Anexo N°4). Algo similar puede decirse de Magallanes: alta tasa de suicidio combinada con alta proporción de población en edad 20-39 y altos índices de masculinidad. Respecto del caso de la Araucanía, lo discutiremos en la siguiente sección.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En el presente trabajo hemos dado cuenta de variaciones regionales significativas en la tasa de suicidio en Chile entre los años 1920 y los años 2010, que sin duda dan cuenta de un problema serio: persistencia de desigualdades regio-

nales en la salud mental en Chile. Parte de estas diferencias entre regiones se explican por las diferencias en las tasas de masculinidad entre dichas zonas, así como por el perfil de sus pirámides poblacionales. En general, aquellas regiones con mayor proporción de población masculina son también las que presentan mayores tasas de suicidio. Asimismo, para este periodo, aquellas regiones con mayor concentración de población en el rango etario 20-39 años, son también las que generalmente tienen mayores tasas de suicidio.

Sin embargo, no todas las diferencias en las tasas de suicidios entre regiones chilenas pueden ser atribuidas a diferencias en los índices de masculinidad o en sus pirámides poblacionales. Por ejemplo, en las últimas dos décadas la Araucanía presenta las segundas tasas de suicidio más altas dentro de las regiones de Chile, pero la región tiene un poco más de mujeres que de hombres dentro de su población total, mientras que presenta asimismo la más baja proporción de población en el rango etario de 20 a 39 años en los censos de 1982, 1992, 2002 y 2017. Resulta necesario, por tanto, recurrir a otros determinantes macro-contextuales de la tasa de suicidio (haciendo eco de lo ya señalado por Emile Durkheim respecto de la necesidad de considerar lo social, lo político y lo económico)⁵⁶, propios de cada región, que den cuenta, por ejemplo, de diferencias en alguna dimensión del bienestar (en particular de nivel socioeconómico y acceso a empleo), como tasa de desempleo regional, tasas de pobreza, tasas de alcoholismo, entre otros. Varias de estas variables ya fueron referidas en nuestra sección de análisis historiográfico, otras no. Por ejemplo, respecto de la pobreza, un estudio para la Punta Arenas del siglo XIX daba cuenta que “la condición de pobreza era un factor importante como causa explicativa del suicidio en Chile”⁵⁷. Del mismo modo, otro estudio para el mundo pampino entre el último cuarto del siglo XIX y la primera mitad del XX constataba que, en cerca de un sexto de los casos de suicidios estudiados, la pobreza era un detonante fundamental⁵⁸. Asimismo, Belmar Mac-Vicar acertadamente concluye que antes del periodo desarrollista (antes de que el estado se hiciera cargo de muchos problemas sociales), la pobreza era causa importante del suicidio en Chile⁵⁹. El caso de Juan Sepúlveda, “un cochero abrumado por su pobreza”, documentado por Fabregat para 1920⁶⁰, parece darle la razón (al igual que el caso de Juan Sotomayor, abrumado por deudas). Finalmente, cabe destacar que el mismo autor sostiene que la pobreza sería un factor más importante

56 Durkheim, *Suicide*. Para una discusión para el caso chileno, ver Belmar Mac-Vicar “‘Mire Papá’”

57 Flores, “‘Soy enfermo de cuerpo y alma’”

58 Fernández Labbé. “Ansias de tumba”

59 Belmar Mac-Vicar, “Dame mi anillo o mátame”

60 Fabregat, “El suicidio: exégesis judicial”, p. 91. Fabregat sostiene también en el mismo estudio que el proceso modernizador urbano en Chile vino de la mano de un aumento de la pobreza y la marginalidad, lubricantes del suicidio.

para los hombres que para las mujeres, al menos en el Chile del siglo XIX e inicios del XX⁶¹.

De estas variables macro, y relevantes para este estudio, lamentablemente solo tenemos a nuestra disposición (para periodos de largo plazo y a nivel regional) tasas de desempleo y de pobreza a nivel regional. En el caso del desempleo existen cifras solo desde 1976, mientras que para pobreza desde 1990, gracias a la encuesta CASEN. En el caso de la tasa de pobreza, si analizamos las regiones con tasas de suicidio altas, pero índices de masculinidad en torno al promedio nacional, podemos destacar por ejemplo el ya mencionado caso de la Araucanía en las últimas décadas. Es justamente esta región la que padece de tasas de pobreza más altas en los últimos decenios (por ejemplo, 25% y 17% en 2013 y 2020, respectivamente, la más alta de Chile, en particular desde mediados de los años 1990, ver Anexo N°5). Vale decir, en el caso de la Araucanía la tasa de pobreza pareciera ser un determinante importante de la salud mental de la población.

Respecto de la tasa de desempleo como posible variable explicativa de diferencias regionales en la tasa de suicidio, al menos para establecer alguna correlación simple entre ambas variables desde mediados de los años 1980, podemos observar que no se observa mayor correlación en este sentido, no al menos para regiones como Magallanes, que disfruta de bajo desempleo relativo pero altas tasas de suicidios. Otros factores más allá de indicadores macroeconómicos parecen ser más relevantes para explicar la salud mental de esta y otras regiones chilenas. Estudios futuros podrían indagar en correlaciones con otras variables, como densidad poblacional, algo ya explorado por algunos estudios previos, aunque para periodos y regiones bien acotadas⁶², o bien otros factores como severidad del clima.

Finalmente, como nota positiva, se debe mencionar que aun cuando es cierto que en el siglo XXI todavía persisten desigualdades regionales en salud mental en Chile, al menos medidas a través de la tasa de suicidio (o de mortalidad total o por causa de muerte⁶³), también es cierto que las mismas han ido disminuyendo. Las diferencias observadas en las últimas dos décadas (años 2000 y 2010) son bastante inferiores a las registradas al inicio de nuestro periodo de estudio (años 1920 y años 1930), lo que de por sí podría considerarse como una

61 Fabregat, "La muerte bajo sospecha".

62 Madariaga, Gómez, Iriondo, Savarese, Taylor y Ríos, "Prevalencia del Suicidio en la Región de Tarapacá"; Chuaqui, Lemkau, Legarreta y Contreras, "El suicidio en Santiago".

63 Llorca-Jaña, Manuel; Rivero-Cantillano, Rodrigo; Rivas, Javier y Allende, Martina. "Mortalidad general e infantil en Chile en el largo plazo, 1909-2017". *Revista Médica de Chile*, Vol. 149, N°7, 2021, pp. 1047-1057.

mejora en los niveles de desigualdad en la salud mental de Chile. Lo anterior es aún más significativo si se mantiene la tendencia decreciente en la tasa de suicidios a nivel nacional, observada desde los primeros años de la década de 2010. Dicho lo anterior, queda mucho camino por recorrer.

CONCLUSIONES

Este estudio, al aportar las series más largas de suicidios en Chile, desagregadas a nivel regional, realiza una importante contribución a la historia económica de Chile, en particular a una nueva vertiente de la misma que cultiva un estudio del bienestar en perspectiva histórica, y bajo un foco multidimensional e interdisciplinario. Nuestros resultados aportan evidencia valiosa sobre una dimensión clave del bienestar, la salud, y sobre todo en relación a la desigualdad geográfica en tasas de suicidios. Lo anterior es importante pues la historiografía económica chilena ha aportado pocos antecedentes para dimensionar diferencias en bienestar a nivel regional y en perspectiva histórica (salvo algunas estimaciones de PIB per cápita regional y de tasas generales de mortalidad). Estamos conscientes que detrás de cada suicidio hay una persona única, un contexto personal, familiar, cultural, político, económico y social, y que por tanto en un mundo ideal debiésemos tener infinita información sobre cada uno de los casos incluidos en cualquier análisis. Lo anterior, claramente no es factible de lograr en estudios que abarcan un país entero en el largo plazo: nuestro base de datos abarca casi 75 mil suicidios. Sin embargo, creemos que la evidencia aquí presentada será de utilidad para estudiosos-as de la historia del suicidio en Chile, incluyendo aquellos-as interesados-as en la historia judicial y la historia de las emociones.

ANEXOS

Anexo N°1. Población censal para las regiones definidas en este trabajo (miles de personas), censos nacionales para 1920-2017

Año	1920	1930	1940	1952	1960	1970	1982	1992	2002	2017
Tarapacá	101	113	104	103	123	175	275	340	429	557
Antofagasta	172	179	145	185	215	252	342	411	494	608
Atacama	48	61	84	80	116	153	183	231	254	286
Coquimbo	160	198	246	262	309	340	420	504	603	758
Valparaíso	437	464	541	627	758	900	1.210	1.384	1.540	1.816
Santiago	685	968	1.262	1.755	2.437	3.231	4.318	5.258	6.061	7.113
O'Higgins	285	296	338	364	418	475	587	696	781	915
Maule	475	416	444	482	563	619	731	836	908	1.045
Biobío y Ñuble	584	742	745	873	1.083	1.253	1.519	1.734	1.862	2.037
Araucanía	315	384	529	524	569	600	698	781	870	957
Los Lagos y Los Ríos	423	429	535	623	708	797	849	949	1.073	1.214
Magallanes	29	38	49	55	73	89	132	143	151	167
Chile, total	3.754	4.287	5.021	5.933	7.374	8.885	11.330	13.348	15.025	17.741

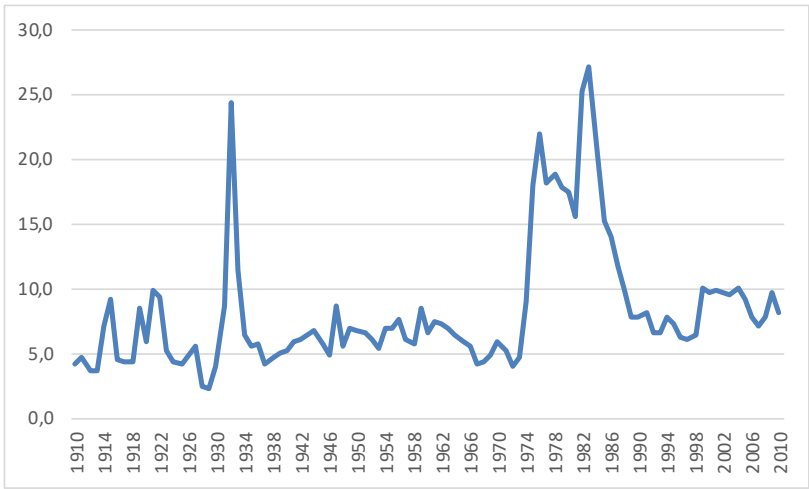
Fuente: Censos nacionales de cada año indicado.

Anexo N°2. Proporción de población masculina dentro de población total (%) para las regiones definidas en este trabajo, 1920-2017

Año	1920	1930	1940	1952	1960	1970	1982	1992	2002	2017
Tarapacá	57%	55%	53%	53%	51%	51%	51%	50%	51%	50%
Antofagasta	58%	57%	54%	53%	51%	51%	50%	50%	52%	52%
Atacama	49%	53%	54%	51%	53%	51%	50%	51%	51%	50%
Coquimbo	46%	49%	49%	49%	49%	49%	50%	49%	49%	49%
Valparaíso	49%	49%	49%	49%	48%	48%	48%	48%	49%	48%
Santiago	47%	47%	47%	47%	47%	47%	48%	48%	48%	49%
O'Higgins	51%	51%	52%	51%	51%	51%	51%	51%	51%	50%
Maule	49%	49%	52%	50%	51%	50%	50%	50%	50%	49%
Biobío y Ñuble	49%	49%	52%	50%	50%	49%	49%	49%	49%	48%
Araucanía	51%	50%	52%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	49%
Los Lagos y Los Ríos	51%	50%	50%	50%	50%	50%	54%	55%	55%	54%
Magallanes	60%	57%	55%	54%	54%	52%	54%	52%	52%	51%
Chile, total	50%	50%	50%	49%	49%	49%	49%	49%	50%	49%

Fuente: Censos nacionales de cada año indicado. Nota: Destacamos en amarillo los valores más altos, iguales o superiores a 53%, y en celeste los más bajos, iguales o inferiores a 47%.

Anexo N°3. Tasa de desempleo nacional de Chile (%), 1910-2010



Fuente: elaboración propia en base a Díaz, Lüders y Wagner, *Chile: la república en cifras*.

Anexo N°4. Población por región y rangos etarios seleccionados en Chile, según censos nacionales

Año/ Región	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	Santiago	O'Higgins	Maule	Biobío y Nuble	Araucanía	Los Lagos y Los Ríos	Magallanes
1930												
15-19 años	10%	9%	10%	11%	11%	11%	11%	11%	11%	12%	11%	10%
20-39 años	19%	22%	19%	16%	18%	20%	16%	16%	17%	17%	17%	20%
40-64 años	19%	18%	18%	17%	19%	17%	18%	19%	17%	14%	16%	19%
1940												
15-19 años	10%	9%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	11%	11%	10%
20-39 años	30%	34%	32%	27%	32%	35%	29%	29%	30%	29%	29%	37%
40-64 años	22%	20%	18%	18%	20%	19%	18%	19%	17%	15%	16%	20%
1952												
15-19 años	10%	9%	9%	11%	9%	9%	9%	9%	10%	11%	11%	8%
20-39 años	31%	34%	28%	25%	31%	33%	27%	27%	29%	27%	27%	36%
40-64 años	21%	19%	19%	18%	20%	20%	19%	19%	18%	17%	17%	23%
1960												
15-19 años	10%	9%	9%	10%	10%	10%	9%	10%	10%	11%	10%	9%
20-39 años	29%	31%	30%	24%	29%	30%	25%	25%	27%	25%	26%	35%
40-64 años	19%	18%	17%	17%	20%	19%	18%	18%	17%	18%	17%	21%
1970												
15-19 años	11%	11%	10%	10%	11%	10%	10%	11%	11%	11%	10%	9%
20-39 años	30%	30%	29%	24%	30%	29%	26%	24%	26%	24%	25%	33%
40-64 años	18%	18%	16%	17%	22%	18%	18%	18%	17%	18%	17%	21%
1982												
15-19 años	11%	10%	12%	12%	11%	11%	12%	12%	12%	12%	12%	11%
20-39 años	35%	33%	31%	29%	31%	33%	30%	29%	30%	27%	29%	38%
40-64 años	18%	18%	18%	18%	21%	19%	18%	18%	18%	19%	18%	20%
1992												
15-19 años	10%	10%	9%	9%	9%	9%	9%	10%	9%	10%	10%	9%
20-39 años	35%	34%	35%	33%	32%	35%	34%	33%	33%	31%	30%	35%
40-64 años	21%	20%	20%	20%	23%	22%	21%	21%	21%	21%	22%	22%
2002												
15-19 años	9%	9%	8%	8%	9%	8%	8%	8%	9%	9%	9%	10%
20-39 años	33%	34%	31%	31%	31%	33%	31%	31%	31%	30%	30%	31%
40-64 años	25%	25%	25%	25%	27%	26%	26%	26%	26%	24%	27%	28%
2017												
15-19 años	8%	7%	7%	7%	7%	7%	7%	7%	7%	7%	7%	7%
20-39 años	32%	34%	30%	29%	29%	32%	28%	28%	29%	28%	29%	31%
40-64 años	28%	30%	30%	30%	31%	31%	33%	32%	32%	31%	32%	32%

Fuente: Censos nacionales de cada año indicado.

Nota: hemos destacado en amarillo las tres regiones para cada censo con mayor proporción de población en edades entre 20 y 39 años.

Anexo N°5. Tasa de pobreza en Chile, por regiones, 1990-2020

Región/Período	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2003	2006	2009	2011	2013	2015	2017	2020
Tarapacá	28%	27%	22%	21%	16%	21%	18%	15%	14%	14%	10%	8%	7%	13%
Antofagasta	34%	32%	25%	16%	13%	13%	11%	7%	8%	8%	3%	5%	5%	9%
Atacama	34%	30%	33%	26%	29%	24%	25%	10%	18%	13%	6%	7%	8%	10%
Coquimbo	45%	39%	32%	30%	25%	25%	22%	16%	17%	15%	15%	14%	12%	12%
Valparaíso	43%	35%	27%	22%	19%	19%	19%	15%	15%	17%	14%	12%	7%	11%
Santiago	33%	26%	20%	15%	15%	15%	13%	11%	12%	11%	8%	7%	5%	9%
O'Higgins	41%	30%	33%	27%	23%	21%	19%	11%	13%	10%	14%	14%	10%	10%
Maule	43%	40%	39%	33%	29%	25%	23%	18%	21%	16%	21%	19%	13%	12%
Biobío y Ñuble	47%	45%	40%	34%	32%	27%	28%	21%	21%	21%	23%	18%	12%	14%
Araucanía	46%	42%	34%	36%	35%	33%	30%	20%	27%	23%	25%	24%	17%	17%
Los Lagos y Los Ríos	36%	33%	31%	27%	22%	20%	18%	20%	22%	21%	18%	21%	18%	12%
Magallanes	30%	24%	14%	14%	12%	11%	12%	6%	9%	6%	4%	4%	2%	6%
Chile	39%	33%	28%	23%	22%	20%	19%	14%	15%	14%	13%	12%	9%	11%

Fuente: Encuestas CASEN de cada año,

<https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen>

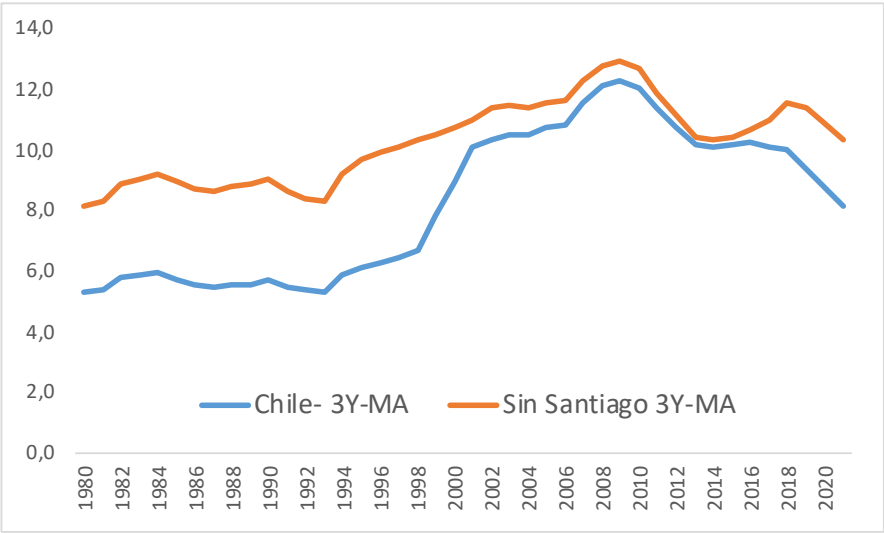
Nota: Hemos destacado en amarillo los valores más altos de cada año.

Anexo N°6. Tasa de desempleo en Chile, por regiones, 1976-2019

Región/Período	1976-1979	1980s	1990s	2000s	2010s
Tarapacá	14,0%	11,2%	6,5%	9,4%	5,8%
Antofagasta	11,8%	11,0%	6,2%	9,1%	6,9%
Atacama	14,9%	8,8%	9,0%	9,3%	6,2%
Coquimbo	13,8%	11,0%	8,4%	7,8%	6,5%
Valparaíso	12,9%	12,4%	8,6%	11,3%	7,2%
Santiago	12,7%	12,8%	7,4%	8,0%	6,5%
O'Higgins	14,8%	10,3%	4,4%	4,5%	5,7%
Maule	14,6%	9,1%	5,7%	7,1%	5,5%
Biobío y Ñuble	16,3%	9,3%	7,9%	9,5%	7,3%
Araucanía	11,0%	8,1%	5,1%	6,7%	6,7%
Los Lagos y Los Ríos	9,5%	7,7%	3,0%	5,6%	4,1%
Magallanes	10,5%	8,0%	4,5%	5,5%	3,6%
Chile	13,1%	11,0%	6,9%	8,1%	6,3%

Fuente: Banco Central de Chile. *Indicadores Económicos y Sociales Regionales, 1980-1989*. Santiago, Banco Central de Chile, 1991. Nota: Hemos destacado en amarillo los valores más altos de cada década y en celeste los más bajos.

Anexo N°7. Tasa de suicidio nacional y tasa de suicidio nacional excluida la Región Metropolitana (medias móviles de 3 años)



Fuente: elaboración propia, ver sección de fuentes y metodología.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes

Anuarios de Estadísticas vitales. Instituto Nacional de Estadísticas, 1921 a 2021.

Bases de datos (archivo excel) sobre causas de muerte en Chile (1984-2021) (Acceso vía Sistema de Transparencia Pública).

Censos de Población de la República de Chile, Instituto Nacional de Estadísticas, 1930, 1940, 1952, 1960, 1970, 1982, 1992, 2002 y 2017.

Encuesta Casen (1990 a 2020).

Bibliografía

"Suicide". Our World in Data, acceso el 17 de mayo de 2024. <https://ourworldindata.org/suicide>

"Suicide". World Health Organization, acceso el 10 de mayo de 2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Baader, Tomas; Behne, Patricia; Molina, José Luis; Gacitúa, Lorena; Yáñez, Lisette; Urra, Edmundo y Millán, Rocío. "¿Está cambiando la prevalencia de los suicidios y sus características en la población chilena?: Análisis de las tasas de suicidios y sus características sociodemográficas, ocurridas en la provincia de Valdivia, actual Región de Los Ríos, entre los años 1996 a 2008". *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, Vol. 49, N°3, 2011, pp. 273-282.

Baader, Tomas; Rojas, Carmen; Molina, José Luis; Gotelli, Marcelo; Alamo, Catalina; Fierro, Carlos; Venezian, Silvia y Dittus, Paula. "Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados". *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, Vol. 52, N°3, 2014, pp. 167-176.

Banco Central de Chile. *Indicadores Económicos y Sociales Regionales, 1980-1989*. Santiago, Banco Central, 1991.

Belmar Mac-Vicar, Daniela. "'Dame mi anillo o márame'. Suicidio y afectividad en registros judiciales de Santiago y San Felipe, 1920-1937". *Revista Historia y Justicia*, N°4, 2015, pp. 103-137.

Belmar Mac-Vicar, Daniela. "'Mire, Papá' -Notas para un estudio microhistórico del suicidio en tiempos de crisis económica. El caso de Julio Antolín Alfaro, Santiago de Chile, 1930". *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* [En línea]. Colloques, mis en ligne le 25 novembre 2015. <https://doi.org/10.4000/nuevomundo.68642>

Belmar Mac-Vicar, Daniela. *A nadie se culpe de mi muerte. Suicidios entre 1920-1940. Santiago y San Felipe*. Santiago, Ediciones Universidad Alberto Hurtado, 2018.

Chandler, Amy. "Masculinities and suicide: unsettling 'talk' as a response to suicide in men". *Critical Public Health*, Vol. 32, N°4, 2022, pp. 499-508.

Chávez, Pablo y Ovalle, Alex. "'... vengo en tomar por resolución única, la conclusión de mi fatal y asarozca escistencia': Justicia y voluntad suicida. Arica, 1900-1930". *Revista Historia y Justicia*, N°4, 2015, pp. 11-37.

Chuaqui, Constantino; Lemkau, Paul; Legarreta, Adela y Contreras, María Angélica. "El Suicidio en Santiago de Chile". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, Vol. 63, N°3, 1967, pp. 212-222.

Díaz, José; Lüders, Rolf y Wagner, Gert. *Chile: la república en cifras*. Santiago, Ediciones UC, 2016.

Duarte, Dagoberto. "El suicidio en Chile, estudio socio-demográfico y aproximación microsocial y psicológica a la violencia ejercida contra sí mismo". PhD Thesis, Louvain Catholic University, Bélgica, 2007.

Durkheim, Emile. *Suicide: A study in sociology*. Londres, Routledge, 2005.

Fabregat, Mario y Belmar Mac-Vicar, Daniela. *Más allá de la muerte. Recopilación de cartas y notas suicidas (Chile, 1870-1937)*. Rosario, Prohistoria Ediciones, 2020.

Fabregat, Mario. "El suicidio: exégesis judicial, reconstrucción estadística y caracterización. Provincia de Santiago, 1900-1920". *Revista Historia y Justicia*, N°4, 2015, pp. 66-102.

Fabregat, Mario. "Justicia institucional y medicina mental frente al suicidio: Chile, 1832-1920". *Revista de Humanidades*, N°37, 2018, pp. 291-315.

Fabregat, Mario. "Justicia y procedimientos judiciales por suicidio e intento de suicidio: Chile: 1820-1920". Tesis para optar al grado de Doctor en Historia, Universidad de Chile. Santiago, 2017.

Fabregat, Mario. "Presentación Dossier". *Revista Historia y Justicia*, N°4, 2015, pp. 8-10.

Fabregat, Mario. *El cadáver de Balmaceda. Locura, suicidio y muerte en Chile (1890-1921)*. Santiago, RiL editores, 2020.

Fabregat, Mario. "La muerte bajo sospecha: procedimientos judiciales frente al suicidio, Chile, 1832-1920". *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* [En línea]. Colloques, mis en ligne le 01 décembre 2015. <http://journals.openedition.org/nuevomundo/68654>

Fernández Labbé, Marcos (ed.). *Arriba quemando el sol. Estudios de Historia Social Chilena: experiencias populares de trabajo, revuelta y autonomía (1830-1940)*. Santiago, LOM Ediciones, 2004.

Fernández Labbé, Marcos. "Ansias de tumba y de la nada: prácticas sociales del suicidio en el mundo pampino. Chile, 1874-1948". Fernández Labbé, Marcos (ed.). *Arriba quemando el sol. Estudios de Historia Social Chilena: experiencias populares de trabajo, revuelta y autonomía (1830-1940) (195-223)*. Santiago, LOM Ediciones, 2004, pp. 195-223.

Fernández Labbé, Marcos. "Incapaz de soportar ya esta vida. Suicidio femenino en Chile. 1884-1948". *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* [En línea]. Colloques, mis en ligne le 19 novembre 2006, <https://doi.org/10.4000/nuevomundo.2850>

Flores, Alexis. "'Soy enfermo de cuerpo y alma y mejor muerto que vivir así'. Justificar el suicidio ante la justicia, Punta Arenas 1894-1899". *Revista Historia y Justicia*, N°4, 2015, pp. 38-65.

Gálvez-Sánchez, Carmen; Camacho-Ruiz, Julio; Castelli, Lorys y Limiñana-Gras, Rosa. "Exploring the Role of Masculinity in Male Suicide: A Systematic Review". *Psychiatry International*, Vol. 6, N°1-2, 2025. <https://doi.org/10.3390/psychiatryint6010002>

Genuchi, Matthew. "The role of masculinity and depressive symptoms in predicting suicidal ideation in homeless men". *Archives of Suicide Research*, Vol. 23, N°2, 2019, pp. 289-311.

Guajardo, Gabriel. (ed.). *Suicidios contemporáneos: vínculos, desigualdades y transformaciones socioculturales. Ensayos sobre violencia, cultura y sentido*. Santiago, FLACSO-Chile, 2017.

Inostroza, Carolina. "Programa Nacional de Prevención del Suicidio de Chile: una comparación con la evidencia internacional". *Gobierno y Administración Pública*, N°2, 2021, pp. 123-137.

Inoue, Ken; Tanii, Hisashi Kaiya; Shuntaro, Abe; Nishimura, Yukika; Masaki, Mina; Okazaki, Yuji; Masayuki, Nata y Fukunaga, Tatsushige. "The correlation between unemployment and suicide rates in Japan between 1978 and 2004". *Legal Medicine*, Vol. 9, N°3, 2007, pp. 139-142.

Llorca-Jaña, Manuel; Rivas, Javier y Rivero-Cantillano, Rodrigo. "La temporalidad de la transición epidemiológica en Chile, 1862-2018". *Dynamis*, Vol. 43, N°2, 2023, pp. 559-603.

Llorca-Jaña, Manuel; Rivero-Cantillano, Rodrigo; Rivas, Javier y Allende, Martina. "Mortalidad general e infantil en Chile en el largo plazo, 1909-2017". *Revista Médica de Chile*, Vol. 149, N°7, 2021, pp. 1047-1057.

Madariaga, Carlos; Gómez, Ana-Genoveva; Iriondo, Pedro; Savareses, Vanessa; Taylor, Bonnie y Ríos, Gabriela. "Prevalencia del Suicidio en la Región de Tarapacá, años 1990-2008". *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, Vol. 48, N°3, 2010, pp. 197-206.

Madariaga, Carlos; Ulloa, Ornella; Gómez, Ana-Genoveva; Iriondo, Pedro y Alvarado, Rubén. "Muertes por suicidio en la Región de Tarapacá, años 1990-2013". *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, Vol. 54, N°3, 2016, pp. 250-258.

Madianos, Michael; Alexiou, Tatiana; Patelakis, Athanasios y Economou, Marianna. "Suicide, unemployment and other socioeconomic factors: evidence from the economic crisis in Greece". *The European Journal of Psychiatry*, Vol. 28, N°1, 2014, pp. 39-49.

Manuel Llorca-Jaña; Rivas, Javier y Morales, Daniel. "Main trends in Chile's suicide rates over a century, 1921-2020". *Macrohistoria* Vol. 7, 2024, pp. 66-80.

McGillivray, Mark y Clarke, Matthew. "Human Well-Being: Concepts and measures". McGillivray, Mark y Clarke, Matthew (eds.). *Understanding human well-being*. Tokyo, UNU Press, 2006, pp. 3-15.

Méndez, Juan Carlos; Opgaard Alfredo; Escalier, Segundo; Escobar, Carlos; Reyes, Jimmy; Zamora, Leonardo; Hurtado, Luisa y Olivares, Yorka. "Epidemiología del suicidio en la segunda región de Chile". *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, Vol. 35, N°4, 1997, pp. 465-472.

Méndez, Juan Carlos; Opgaard, Alfredo; Reyes, Jimmy; Escalier, Segundo y Escobar, Carlos. "Determinación de la cifra oscura del suicidio en Antofagasta". *Revista Ciencia Salud*, N°1, 1997, pp. 19-24.

Otzen, Tamara; Sanhueza, Antonio; Manterola, Carlos y Escamilla-Cejudo, José. "Mortalidad por suicidios en Chile: tendencias en los años 1998-2011". *Revista Médica de Chile*, Vol. 142, N°3, 2014, pp. 305-313.

Piazzini, Carolina. "Aproximaciones historiográficas en torno al suicidio en Chile y México: Lecturas desde la historia social de la justicia". *Revista Electrónica del Instituto de Investigaciones Ambrosio L. Gioja*, N°17, 2016, pp. 57-71.

Pirkis, Jane; Spittal, Matthew; Keogh, Louise; Mousaferiadis, Tass y Currier, Dianne. "Masculinity and suicidal thinking". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Vol 52, N°11, 2017, pp. 319-327.

Platt, Stephen; Micciolo, Rocco y Tansella, Michelle. "Suicide and unemployment in Italy: description, analysis and interpretation of recent trends". *Social Science & Medicine*, Vol. 34, N°11, 1992, pp. 1191-1201.

Retamal, Pedro; Reszczynski, Claudio; Orio, Mario; Ojeda, Ilse y Medina, Pablo. "Aspectos generales del suicidio en Chile". *Boletín Hospital San Juan de Dios*, Vol. 42, N°1, 1995, pp. 29-40.

Servicio Médico Legal. *El suicidio en Chile: análisis del fenómeno desde los datos médico-legales. Período 2000-2010. Actualización datos período 2011-2017*. Santiago, Unidad de Estadísticas y Archivo Médico Legal, 2018.

Silva, Daniela; Vicente, Benjamín; Saldivia, Sandra y Kohn, Robert. "Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional". *Revista Médica de Chile*, Vol. 141, N°10, 2013, pp. 1275-1282.

Stefoni, Carolina. *Suicidio en el Servicio Militar*. Santiago, FLACSO, 2000.

Stiglitz, Joseph E.; Fitoussi, Jean-Paul y Durand, Martine (eds.). *For Good Measure: Advancing Research on Well-being Metrics Beyond GDP*. París, OECD Publishing, 2018.

Stiglitz, Joseph E.; Sen, Amartya y Fitoussi, Jean Paul. *Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress*, 2009. <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/118025/118123/Fitoussi+Commission+report>

Tannenbaum, Cara; Lexchin, Joel; Tamblyn, Robyn y Romans, Sarah. "Indicators for measuring mental health: towards better surveillance". *Health Policy*, Vol. 5, N°2, 2009, e177-86.

Tomicic, Alemka; Gálvez, Constanza; Quiroz, Constanza; Martínez, Claudio; Fontbona, Jaime; Rodríguez, Juliana; Aguayo, Francisco; Rosenbaum, Catalina; Leyton, Fanny y Lagazzi, Iside. "Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de información (2004-2014)". *Revista Médica de Chile*, Vol. 144, N°6, 2016, pp. 723-733.

Trucco, Marcelo. "Mortalidad por suicidio en Chile: 1930-1971". *Revista Médica de Chile*, N°103, 1975, pp. 634-638.

Trucco, Marcelo. "Suicidio en el Gran Santiago. Aspectos médico-legales". *Revista Médica de Chile*, N°104, 1976, pp. 246-50.

Trucco, Marcelo. "Tendencias del suicidio en Chile, 1971-1990". *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, Vol. 31, Supl. 4, 1993, pp. 5-17.

Valdés, Camila y Errázuriz, Paula. "Salud mental en Chile: el pariente pobre del sistema de salud". *Clave de Políticas Públicas*, N°11, 2012, pp. 1-8.

Van Zanden, Jan L.; Baten, Joerg; Mira d'Ercole, Marco; Rijpmma, Auke y Timmer, Marcel P. (eds.). *How was life? Global well-being since 1820*. París, OECD, 2014. OECD. *How's Life? 2020: Measuring well-being*. París, OECD Publishing, 2020.

Vidal, Carolina; Faunes Carlos; Toro, Carol; Ruiz-Tagle, Cristobal y Hoffmeister, Lorena. "Cambios en la tendencia de mortalidad por suicidio en Chile, 1997-2018". *Salud Colectiva*, N°17, 2021, e3363.

Recibido el 3 de octubre de 2024
Aceptado el 23 de diciembre de 2024
Nueva versión: 17 de enero de 2025