
BIOPOLÍTICA DE LA VEJEZ. LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO COMO CRITERIO DE SELECCIÓN POBLACIONAL

MARIO OCIEL MOYA, CLAUDIO AGUIRRE Y XIMENA CEA-NETTIG

RESUMEN

Este artículo tiene por objetivo reflexionar en torno a tres temáticas que pueden resultar incómodas: el suicidio, la vejez y el problema de la construcción de las estadísticas de población como dispositivos en la producción de políticas dirigidas a su gestión. Temáticas incómodas, puesto que el suicidio se ha configurado a lo largo de la historia en occidente como un tabú (Nahuelpan y Varas, 2018; Santos y Camacho, 2019), por lo tanto, no es una tema del cual se hable y reflexione abiertamente, sino más bien, tiende a ocultarse u omitirse en los relatos de los familiares de suicidas, quedando en el marco de la privacidad (Lledó, 2017); por otra parte, la vejez, en la actualidad se ha modulado como uno de los grandes problemas

de salud pública, en particular, por el alto costo que conlleva a los Estados su gestión y mantención dentro de los rangos de normalidad y funcionalidad; y, finalmente, el problema de la producción estadística que, si bien pueden develar realidades teóricamente objetivas y sirven de sustento para la materialización de iniciativas o políticas, por ejemplo, de prevención de suicidio, éstas se encuentran circunscritas en lógicas de priorización, de variables económicas (Desrosières, 2004) y en base a un criterio de exclusión, pues, como es lógico, toda acción de priorización implica, necesariamente, la postergación o negación de acciones hacia grupos o temáticas categorizadas como no prioritarias.

Introducción

Se entienden los dispositivos, desde una perspectiva foucaultiana, como aquellos mecanismos de materialización del poder sobre el cuerpo individual y el cuerpo colectivo (población), que se despliegan de manera heterogénea, mediante discursos, el uso proposiciones científicas que establecen regímenes de verdad y prácticas, que se materializan en intervenciones económicas, políticas y de salud. En este

sentido, se sitúan las estadísticas de la población como un dispositivo, de carácter oficial gestionado por el Estado, que "... presentan las cifras de nacimientos, defunciones y matrimonios ocurridos en el país. Permiten conocer anualmente la frecuencia, localización territorial y las características sociodemográficas de la población ..." (Instituto Nacional de Estadística, 2020). Desde estas fuentes de información es posible señalar, respecto del proceso de envejecimiento y vejez de la población, que Chile se encuentra en un proceso acelerado de envejecimiento y

que es el segundo país de América más longevo después de Canadá. También, que, en números absolutos, las personas mayores han aumentado 6,8 veces entre 1950 (en donde las personas de 60 años y más alcanzaban las 416.741 personas), y el año 2017 (en donde alcanzaron los 2.850.171) llegando a representar el 16,2% de la población chilena; y, finalmente, que en Chile aumentó la expectativa de vida al nacer (EVN) de 60,5 a 76 años entre los años 1970 y 2016, identificándose una diferencia por sexo, aumentando la EVN de 66,8 a 82,4 años en mujeres y

PALABRAS CLAVE / Estadísticas / Prevención / Salud Pública / Suicidio / Vejez /

Recibido: 04/08/2022. Modificado:16/01/2023. Aceptado:17/01/2023.

Mario Ociel Moya (Autor de correspondencia). Doctor en Antropología, Universidad Católica del Norte (UCN) y Universidad de Tarapacá (UTA), Chile. Académico, Universidad de Chile (UChile). Dirección: Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA). Av. El Líbano 5524, Santiago, Macul, Región Metropolitana, Chile. e-mail: mmoya@inta.uchile.cl.

Claudio Aguirre. Doctor en Antropología, Universidad Católica del Norte (UCN) y Universidad de Tarapacá (UTA), Chile. Académico, Departamento de Educación, Universidad de Tarapacá, Arica, Chile. e-mail: caguirre@academicos.uta.cl.

Ximena Cea-Nettig. Doctora en Salud Pública, UChile, Chile. Académica, Universidad Nacional Andrés Bello, Chile. e-mail: ximena.cea@unab.cl.

de 60,5 a 76,5 años en hombres (Albala, 2020).

Respecto al problema del suicidio en la vejez, diversos estudios muestran a nivel global que la tasa de suicidio aumenta en proporción con la edad, ubicando su porcentaje más alto entre las personas mayores (Matusevich y Barrero, 2009; Durkheim, 2012; Cohen, 2012; Conejero *et al.*, 2018; Aravena *et al.*, 2020). Asimismo, estos estudios evidencian, una diferenciación en base a la variable sexo, puesto que los hombres presentan una mayor letalidad en el intento suicida.

La situación chilena, como es de suponer, no está lejos de estas tendencias, por ejemplo, los trabajos de Duarte (2007) y Amon (2018) evidencian el aumento de las tasas de suicidio en relación con la edad, mostrando, por ejemplo, que entre los años 2002 y 2017, los subgrupos etarios de 60-69, 70-79 y ≥ 80 años, han superado la tasa nacional de suicidio.

Ahora bien, desde esta brevísima descripción, es posible desprender al menos cuatro elementos cruciales para iniciar nuestro análisis:

Primero, si bien las estadísticas vitales clasifican y constituyen verdaderos puntos de apoyo para la elaboración de cartografías vinculadas a la toma de decisiones en políticas sobre la población, en la mayoría de los instrumentos, se identifican variables que no son consideradas, por ejemplo, sexo y su diversidad o la pertenencia étnica y sobre las cuales se despliega la acción del Estado en acuerdo con los intereses de protección y regulación del funcionamiento societal.

Segundo, que surge ‘un nuevo’ grupo poblacional de interés para el Estado, las personas mayores, como resultado de los cambios en los componentes demográficos (disminución de nacimiento y aumento de la esperanza de vida). Es en esta misma dirección, el proceso de envejecimiento población poblacional?? resulta gravitante para los investigadores y los tomadores de decisiones, ya que, como se ha mostrado, Chile atraviesa un acelerado envejecimiento de la población, el cual se encuentra circunscrito en un proceso particular “... puesto que en términos comparativos A.L. ¿América Latina LATAM??? tardó 50 años en envejecer, mientras que Europa...” en este proceso “... tardó dos siglos.” (Moya, 2013a:74).

Tercero, que las personas mayores ‘parecieran’ ser, a la luz de los datos, solamente hombres o mujeres. Esta observación resulta interesante, en

particular, si se considera que varios estudios indican que hay mayor riesgo de ideación suicida y suicidio en personas lesbianas, gais, bisexuales, trans e intersexuales (LGBTI) (Paul *et al.*, 2002; Foucault, 2015; Aparicio, 2017). Sin embargo, pese a la existencia de estudios que asocian el riesgo de suicidio en personas LGBTI, se reproduce, mediante la construcción de las estadísticas vitales, como se ha mencionado, omitir en su ‘conteo’ su visualización.

Cuarto, que las personas mayores comienzan a ‘entrometerse’ en un campo de preocupación por parte del Estado, tradicionalmente dedicada a las personas jóvenes y adultas, el suicidio y su prevención. Se retomará este punto más adelante.

A la luz de estos elementos, surgen nuevas preguntas que tensionan las decisiones sociosanitarias en torno a la prevención del suicidio, puesto que, si estudios indican que las personas mayores se suicidan, no habría que preguntarse, acaso, ¿quiénes son estas personas mayores?, ¿cuál es el perfil sociodemográfico? o bien, ¿existe algún perfil común entre las personas mayores que cometen suicidio? Si bien existen las metodologías para responder estas preguntas, como también los datos, su descripción es insuficiente en Chile.

Desde el Estado no se han identificado estudios que permitan hablar desde las estadísticas oficiales (en tanto dispositivo clasificatorio y regulatorio de la población), como tampoco de iniciativas destinadas a la prevención del suicidio en personas mayores, sino hasta el año 2019 que el Estado arremete con la Guía Práctica en Salud Mental y Prevención del Suicidio para personas mayores (Ministerio de Salud, 2019a), un documento de algo más de trece páginas cuyas sugerencias u observaciones no se encuentran sustentadas, por ejemplo, en referencias bibliográficas, en comparación con una guía publicada en el mismo año, destinada a la población joven. (Ministerio de Salud, 2019b)

Si un documento emanado del Estado está con referencias bibliográficas o no, puede parecer una trivialidad para algunos, sin embargo, desde nuestra perspectiva esto es gravitante, ya que se trata de la evidencia de un vacío en el conocimiento en torno al suicidio en la vejez, como también, de la materialización de las pálidas iniciativas del Estado que buscan aproximarse al suicidio en la vejez sin el sustento que debiese contar cada decisión sociosanitaria en torno a la ‘vida’ de las personas. En efecto, el actuar sociosanitario en el marco de la sociedad

moderna, se encuentra sustentado en el pilar de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), “... proceso cuyo objetivo es el de obtener y aplicar la mejor evidencia científica en el ejercicio de la práctica médica cotidiana. Para ello, se requiere la utilización concienzuda, juiciosa y explícita de las mejores «evidencias» disponibles en la toma de decisiones sobre el cuidado sanitario de los pacientes.” (Junquera *et al.*, 2003:266). Sin embargo, pese a existir evidencia en el extranjero y algunos estudios en Chile, se ha protocolarizado el actuar clínico, en el caso del suicidio en la vejez, desde generalidades que no describen ni examinan el fenómeno en su complejidad. En efecto, dicho documento asocia, como condición sine qua non, la ideación suicida y el suicidio como variables que resultan, casi siempre, de los estados de melancolía, soledad o depresión mayor, entendiendo la vida como un objeto independiente y mera expresión biológica.

Biopolítica del suicidio

Foucault (2012) propone fijar el interés político por la vida en el siglo XVII bajo dos perspectivas de análisis, a saber: la primera de ellas, centrada en el cuerpo como máquina (anátomo-política), direccionada hacia el sometimiento y corrección del cuerpo o del sujeto desviado; la segunda, desde mediados del siglo XVIII, cuyo interés estaría puesto en el cuerpo-especie (biopolítica de la población), siendo su principal particularidad la generación de medidas de intervención y gestión sobre las tasas de natalidad, mortalidad, la salud, la migración, entre otras variables cuya aparición e influencia pueden afectar la vida y la seguridad de una población.

“Podría decirse ...”, señala Foucault, “... que el viejo derecho de hacer morir o dejar vivir ...” propia de la figura arquetípica del poder soberano, “... fue reemplazado por el poder de hacer vivir o de arrojar a la muerte.” (Foucault, 2002:130). Este tránsito, del cual habla el pensador francés, no significa que sea la superación del primero y reemplazado por el segundo, sino más bien, la anátomo-política y la biopolítica de la población constituyen los dos polos sobre los cuales, de manera complementaria y en distintos niveles, se organiza el poder sobre la vida en las sociedades occidentales.

“No hay que asombrarse si el suicidio –antaoño un crimen, puesto que era una manera de usurpar el derecho de muerte que sólo el soberano (...) podía ejercer– llegó a ser durante el siglo XIX una de las primeras conductas que entraron en el campo del análisis

sociológico; *hacia aparecer, en las fronteras y los intersticios del poder que se ejerce sobre la vida, el derecho individual y privado de morir. Esta obstinación en morir (...) fue una de las primeras perplejidades de una sociedad en la cual el poder político acababa de proponerse como tarea la administración de la vida.*” (Foucault, 2002:131).

Se trata entonces de la vida, de la irrupción, como se ha señalado, del uso de la estadística y otras disciplinas a fines como la epidemiología, la demografía, la sociología, la economía y la salud pública que se enfocan en nutrir-la, conservarla y clasificarla en pos de la mantención de la seguridad poblacional, manteniéndola siempre en una media aceptable para su funcionamiento y, para ello, el desarrollo e intervención en la razón de Estado de estas disciplinas resultan fundamentales para “... el conocimiento de las fuerzas respectivas de los diferentes Estados.” (Foucault, 2008:126). El eje central, en este sentido, es la fuerza de los Estados, entendida como la capacidad de éste en gestionar la población, especialmente, aquella población productiva que permita mantener los procesos vitales de la orgánica social. Es necesario detenerse en este punto.

Pérez (2011) señala que, a pesar de la presión popular para el desarrollo de iniciativas preventivas para el manejo del suicidio en la juventud, el problema del suicidio en la vejez es también una causa significativa de muerte, sin embargo, como se ha indicado anteriormente, el escenario se complejiza ante la falta de investigaciones que permitan: por una parte, la comprensión del fenómeno en su real dimensión y, por otra, el despliegue de intervenciones coherentes con el escenario socioeconómico y cultural del país. En términos reflexivos, el vacío en torno al suicidio en la vejez resulta interesante, puesto que, desde el clásico estudio sobre el suicidio de Durkheim (2012) se enuncia la correlación positiva entre edad y tasa de suicidio; correlación que fue confirmada con estudios posteriores por otros investigadores. Entonces, ante la lógica descrita, se permite, a modo de ensayo, tomar partida por la posición foucaultiana de la biopolítica aplicada a la reflexión del suicidio en personas mayores.

La Prevención como Criterio de Selección

Asumir la hipótesis foucaultiana del hacer vivir o de arrojar a la muerte, resulta contradictorio si se consideran los enunciados iniciales de este texto, en donde se indica el rol de las

estadísticas como una forma de apoyo de cartografiar la toma de decisiones en salud, área en donde se circunscribe el suicidio, puesto que, si las estadísticas vitales evidencian que el suicidio es un tema importante en la población de 60 y más años, supondría la existencia de iniciativas tendientes a su prevención. Entonces, ¿por qué el énfasis en políticas de prevención del suicidio dirigidas a jóvenes y adultos? Una primera respuesta, podría estar asociada a la condición laboral, ya que se trataría de un segmento de la población en edad económica activa.

“Los déficit debidos a la salud, a la interrupción del trabajo y a la necesidad de cubrir esos riesgos dejan de ser simplemente fenómenos que podían ser resueltos con las cajas de pensiones o con los seguros más o menos privados. A partir de entonces, la salud –o su ausencia–, el conjunto de las condiciones en virtud de las cuales se va a asegurar la salud de los individuos, se convierte en un desembolso por su cuantía, integrado en las grandes partidas del presupuesto estatal, cualquiera que sea el sistema de financiamiento adoptado. La salud empieza a entrar en los cálculos de la macroeconomía. Por mediación de la salud, de las enfermedades y de la manera de cubrir las necesidades de la salud, se trata de proceder a cierta redistribución económica.” (Foucault, 1996:68)

En efecto, la población mayor de 60 años y más se configura como un problema para el Estado por el alto costo que implica su mantención y la prevención de los estados de dependencia, cuyo gasto anual en salud son casi 175 millones de dólares, usando el 29% del presupuesto público en salud en Chile (Urriola, 2019), por lo tanto, emerge la encrucijada de continuar con la inversión en este segmento de la población, restando, por supuesto, a otras demandas de la población en temas de salud, o continuar con la invisibilización del problema del suicidio en la vejez.

Una segunda respuesta, vinculada a la primera, que justificaría la inversión en la prevención del suicidio en jóvenes y adultos, es que estos grupos etarios son el recambio poblacional, variable fundamental en países envejecidos como Chile. Así, la cantidad de estudios que permiten conocer el perfil de la población suicida joven y orientar la prevención del suicidio de manera costo-efectiva, tendría sentido en pos de la seguridad social y económica del país.

De ambas respuestas, es posible señalar lo siguiente: los dispositivos de prevención del suicidio se configuran como discursos y prácticas que

seleccionan los grupos que parecen ser prioritarios de acuerdo con criterios de una economía política o, en otras palabras, grupos que son seleccionados como prioritarios a la luz de los cálculos económicos y no de la vida en sí misma, la cual supone proteger. En este mismo sentido, Esposito (2006; 2009) identifica una lógica interna y de causalidad en la noción foucaultiana de biopolítica, puesto que en la praxis política de protección de la vida, la vida también se niega o se arroja hacia la muerte “... el poder niega a la vida, o incrementa su desarrollo; la violenta y la excluye, o la protege y la reproduce; la objetiva o la subjetiviza ...” (Esposito, 2006:74) ahora bien, como se ha indicado en el inicio de este texto, la idea de selección poblacional o de priorización requiere, necesariamente, la exclusión de algunos “otros”, lógica de exclusión que se ha vuelto tan precisa gracias a los dispositivos sanitarios de priorización que se normaliza, se vuelven lógicos y esperables. “Todo Estado desarrolla en mayor o menor medida una tanatopolítica pero, por razones obvias, ninguno puede hacer de esta su fundamento: no hay Estado sin hombres (sic) (...) La tanatopolítica es esencialmente parcial respecto de un conjunto de todos los hombres (sic) vivos” (Fernández, 2015:131). Por lo tanto, no importaría que tanto trabaje la estadística, la epidemiología o la psicogeriatría en justificar la relevancia del suicidio en la vejez, pues, desde una mirada utilitarista es el Estado que establece el mecanismo de prevención y a quien o quienes dirigirla.

En este sentido, se puede desprender que las lógicas de prevención se encuentran asociadas a promover estados de buena salud mediante la optimización del cuerpo individual y social, como también, promover el bienestar subjetivo, logrando con esto, que dicha optimización y bienestar se encuentren siempre enfocadas a la reinserción y redistribución de la fuerza productiva del Estado que permita mantener la estabilidad de la sociedad. Este argumento cobra mayor potencia, si se considera que para el gobierno de los cuerpos son utilizados dispositivos y saberes de la economía y dispositivos de seguridad conducentes a “... un proceso de socialización del cuerpo productivo en beneficio de la fuerza de trabajo.” (Yuing, 2014:105) de la cual, la población envejecida, se encontraría al margen.

Observaciones finales

“... he sugerido que vivimos en una era ethopolítica (...) en que las cuestiones tan diversas como el

control del delito y la apatía política se problematizan en el marco de la ética. La ethopolítica ya no se plantea en los lenguajes de la justicia, el bienestar ni la equidad, sino que se ocupa del valor de las diferentes formas de vida, estilos de vida, modos de vivir, y las maneras en que deben juzgarse y gobernarse.” Nikolas Rose (2012).

Si bien el suicidio y la vejez son problemas que atañen a los países del mundo como grandes temas de salud pública, su asociación: “suicidio y población de 60 y más años”, se torna difusa en lo que a políticas de prevención se refiere. En este texto, se ha apostado por el “hacer vivir, dejar morir” foucaultiano como premisa sobre la cual se comprenda dicha omisión o negación que, desde nuestra perspectiva, es un claro ejemplo del despliegue práctico de una biopolítica en lo sanitario. “Justamente por ser biopolíticas, no existe regulativo democrático que las legitime ...” (Kottow, 2014:120), por lo tanto, operaría como un mecanismo regulatorio y de gestión que busca maximizar los recursos reduciendo los costos asociados a ellos (costo-efectividad dirán los salubristas).

En la misma línea de análisis planteada por Kottow (2014), estas acciones no son reducibles únicamente a la dimensión económica, sino que se trata del gobierno de la población; gobierno que, si bien se nutre de los fundamentos de la economía liberal, se despliega en base a mecanismos sutiles de gobierno (planes y programas de salud o prevención). En este sentido, la gubernamentalización es un concepto clave para la mantención y reproducción de estas lógicas en pos del orden de las poblaciones. Foucault intentó definir un tipo de poder específico, una racionalidad que se materializa y reproduce de manera atomizada, como “... la racionalidad inmanente a los micropoderes, cualquiera sea el nivel considerado (relaciones padres/hijos, individuo/poder público, población/medicina, etc.)” (Senellart, 2007:449). Entonces, en un doble juego, la gubernamentalidad es interior y exterior al Estado, ya que son precisamente las tácticas de gobierno las que definen su posición y formas de accionar (Moya, 2013b).

Desde estas perspectivas, la casi nula presencia del suicidio en la vejez en los discursos públicos, sanitarios y en el desarrollo de políticas dirigidas a su prevención es el resultado de una cartografía en donde la vejez parece no ser prioritaria, pese a la información que proporcionan las estadísticas vitales, como tampoco, la diversidad y orientación sexual, ya que aún los instrumentos técnicos

(encuestas, por ejemplo) continúan reproduciendo el viejo binomio mujer/hombre. La negación del suicidio en la vejez como la diversidad sexual en este grupo etario se justifican en el uso de estos instrumentos metodológicos que “producen” y “reproducen” realidades que, de alguna manera, son invisibilizadas y sobre las cuales se actúa, desde un interés biopolítico, como si fuesen objetivas, por lo tanto, incuestionables. Sin embargo, esta mirada, más que otorgar respuesta, propone vías de exploración política, filosófica y epistemológica, en tanto la producción de los datos no son, únicamente, entidades abstractas, sino que capaces de agenciar, generar movimiento y un ordenamiento social acorde a los intereses de la “Razón de Estado”.

En una primera instancia, no es tan solo problematizar y denunciar la falta de políticas en torno al suicidio en la vejez, como tampoco, problematizar y denunciar la negación de las personas LGBTI, sino de ir desmarajando, de manera crítica, las realidades sociales con tintes ontológicos y el accionar de las lógicas del Estado y la salud pública, como el principal dispositivo de prevención y mantención de la salud colectiva, como también, de la exclusión de segmentos poblacionales en función de la mantención de otros.

REFERENCIAS

Albala C (2020) El envejecimiento de la población chilena y los desafíos para la salud y el bienestar de las personas mayores. *Revista Médica Clínica Las Condes* 31: 7-12.

Amon R (2018) Suicidio en el Adulto Mayor. En A. Gómez, H. Silva y R. Amon (Eds.), *El suicidio. Teoría y clínica*. Mediterráneo, Chile. pp. 143-147.

Aparicio D (2017) Suicidio en población LGBTI, un enfoque forense en el contexto de los derechos humanos en Chile. En G. Guajardo (Ed.) *Suicidios contemporáneos. Vínculos, desigualdades y transformaciones socioculturales. Ensayos sobre violencia, cultura y sentido*. FLACSO, Chile. pp. 213-228.

Aravena JM, Saguez R, Lera L, Moya MO, Albala C (2020) Factors related to depressive symptoms and self-reported diagnosis of depression in community-dwelling older Chileans: A national cross-sectional analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 35: 749-758. <https://doi.org/10.1002/gps.5293>

Cohen D (2012) *Por mano propia. Estudio sobre las prácticas suicidas*. Fondo de Cultura Económica. México. 331 pp.

Conejero I, Olié E, Courtet P, Calati R (2018) Suicide in Older Adults: Current Perspectives. *Clinical Interventions in Aging* 13: 691-699.

Desrosières A (2004) *La política de los grandes números. Historia de la razón estadística*. Editorial Melusina, Barcelona, España. 415 pp.

Duarte D (2007) *Suicidio en Chile: un siglo de exclusión*. Editorial Universitaria, Chile. 288 pp.

Durkheim E (2012) *El suicidio*. Ediciones Akal. España. 352 pp.

Esposito R (2006) *Bios. Biopolítica y filosofía*. Amorrortu Editores. Buenos Aires, Argentina. 320 pp.

Esposito R (2009) *Inmunitas. Protección y negación de la vida*. Amorrortu Editores. Buenos Aires, Argentina. 251 pp.

Fernández R (2015) *Tanatopolítica. Opúsculo sobre dispositivos humanos posmodernos*. Páginas de Espuma. España. 184 pp.

Foucault M (1996) *La vida de los hombres infames*. Caronte Ensayos. Buenos Aires, Argentina. 219 pp.

Foucault M (2002) *Historia de la sexualidad. I-La voluntad de saber*. Siglo XXI Editores. 152 pp.

Foucault M (2008) *Tecnologías del yo y otros textos afines* (Vol. 7). Editorial Paidós Ibérica, S.A. España. 150 pp.

Foucault M (2015) *Un placer tan sencillo. Obras esenciales*. Editorial Paidós. Madrid, España. 1095 pp.

Instituto Nacional de Estadística (2020) Estadísticas vitales. <https://www.inec.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/nacimientos-matrimonios-y-defunciones>

Junquera LM, Baladrón J, Albertos JM, Olay S (2003) Medicina basada en la evidencia (MBE): Ventajas. *Revista española de cirugía oral y maxilofacial* 25: 265-272.

Kottow M (2014) Bioética entre salud pública y biopolítica. En T. Yuing y R. Karmy. (Eds.), *Biopolítica, gobierno y salud pública. Miradas para un diagnóstico diferencial*. Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Chile. pp. 89-109.

Lledó J (2017) Suicidio: el control de la sociedad y sentido a la vida de los individuos. En G. Guajardo (Ed.), *Suicidios contemporáneos. Vínculos, desigualdades y transformaciones socioculturales. ensayos sobre violencia, cultura y sentido*. FLACSO, Chile. pp. 101-110.

Matusevich D, Barrero S (2009) *Suicidio en la vejez*. Editorial Polemos. Argentina. 158 pp.

Ministerio de Salud (2019a) *Guía práctica en salud mental y prevención del suicidio para Personas Mayores*. MINSAL. 16 pp.

Ministerio de Salud (2019b) *Guía práctica en salud mental y prevención del suicidio para estudiantes de educación superior*. MINSAL. 16 pp.

Moya MO (2013a) Sobre envejecimiento, vejez y biopolítica: Algunos elementos para la discusión. *Revista Contenido. Cultura y Ciencias Sociales* 3: 68-85.

Moya MO (2013b) Genealogía de una vejez no anunciada: biopolítica de los cuerpos envejecidos o del advenimiento de la gerontogubernamentalidad. *Polis, Revista Latinoamericana* 12: 431-451. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-65682013000300019>

Nahuelpan E, Varas J (2018) *El suicidio en Chile: análisis del fenómeno desde los datos médico legales*. Informe Unidad de Estadísticas. Servicio Médico Legal. Chile. 61 pp.

Paul JP, Catania J, Pollack L, Moskowitz J, Canchola J, Mills T, Binson D, Stall R (2002) Suicide attempts among gay and bisexual men: Lifetime prevalence and

- antecedents. *American Journal of Public Health* 92: 1338-1345.
- Pérez S (2011) Factores de riesgo suicida en el anciano. *Ciência & Saúde Coletiva* 17: 2011-2016.
- Rose N (2012) *Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. Unipe Editorial Universitaria. Buenos Aires, Argentina. 580 pp.
- Santos T, Camacho I (2019) Suicidio consumado y representación de sus factores desencadenantes en la prensa generalista española en 2017. *Comunicación y Medios* 28: 28-41. <https://dx.doi.org/10.5354/0719-1529.2019.53844>
- Senellart M (2007) Situación de los cursos. En M. Foucault, *Seguridad, territorio, población*. Fondo de Cultura Económica de Argentina, S.A. Argentina. pp. 417-453.
- Urriola R (2019) Impacto económico en salud del cambio demográfico en Chile. Seminario Internacional Impacto económico del cambio demográfico y del cambio epidemiológico. [Presentación en PowerPoint]. https://www.cepal.org/sites/default/files/presentations/rafael_urriola_impacto_economico_en_salud_del_envejecimiento_en_chile_2019.pdf
- Yuing T (2014) Biopolítica y clínica: notas para una pregunta por el individuo. En T. Yuing y R. Karmy (Eds.), *Biopolítica, gobierno y salud pública. Miradas para un diagnóstico diferencial*. Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Chile. pp. 89-109.

BIOPOLITICS OF OLD AGE. SUICIDE PREVENTION AS A POPULATION SELECTION CRITERIA

Mario Ociel Moya, Claudio Aguirre and Ximena Cea-Nettig

SUMMARY

The aim of this article is to reflect on three topics that may be uncomfortable: suicide, old age and the problem of constructing population statistics as devices in the production of policies aimed at their management. Uncomfortable topics, given that suicide has been configured throughout history in the West as a taboo (Nahuelpan and Varas 2018; Santos and Camacho, 2019), therefore, it is not a topic that is openly discussed and reflected upon, but rather, it tends to be hidden or omitted in the stories of the relatives of suicides, remaining within the framework of privacy (Lledó, 2017); on the other hand, old age has currently been modulated as one of the ma-

ior public health problems, in particular, due to the high cost to the State of managing and maintaining it within the ranges of normality and functionality; And finally, the problem of the production of statistical data which, although they can reveal theoretically objective realities and serve as a basis for the materialization of initiatives or policies, for example, suicide prevention, these are circumscribed by the logic of prioritization, economic variables (Desrosières, 2004) and based on a criterion of exclusion, since, logically, any prioritization action necessarily implies the postponement or denial of actions towards groups or issues categorized as non-priority.

BIOPOLÍTICA DA VELHICE. PREVENÇÃO DE SUICÍDIO COMO CRITÉRIO PARA SELECÇÃO DA POPULAÇÃO

Mario Ociel Moya, Claudio Aguirre e Ximena Cea-Nettig

RESUMO

O objetivo deste artigo é reflexionar em torno as três temáticas que podem ser incômodas: o suicídio, a velhice e o problema da construção de estatísticas da população como dispositivos na produção de políticas destinadas à gestão da população. Tópicos incômodos, uma vez que o suicídio tem sido um tabu ao longo da história no Ocidente (Nahuelpan e Varas 2018; Santos e Camacho, 2019), portanto, não é um assunto que seja abertamente discutido e refletido, mas sim, tende a ser escondido ou omitido nos relatos dos familiares de suicídios, permanecendo no quadro da privacidade (Lledó, 2017); por outro lado, a velhice tornou-se atualmente um dos maiores problemas de

saúde pública, particularmente devido ao elevado custo para o Estado da sua gestão e da sua manutenção dentro da gama normal e funcional; e, finalmente, o problema da produção estatística que, embora possa revelar realidades teoricamente objetivas e servir de sustento para a materialização de iniciativas ou políticas, por exemplo, a prevenção do suicídio, estas são circunscritas pela lógica da priorização, das variáveis econômicas (Desrosières, 2004) e com base num critério de exclusão, posto que, logicamente, toda a ação de priorização implica, necessariamente, o adiamento ou a negação de ações em relação a grupos ou temas categorizados como não prioritários.