

SUICIDIO EN URUGUAY

Revisión de políticas públicas e iniciativas para su prevención

Mag. Ana Monza - Dra. Cecilia Cracco



27 de febrero de 2023
Montevideo, Uruguay

Índice

Introducción	4
Marco conceptual	4
Salud mental	4
Suicidio	5
Objetivos	8
Materiales y método	8
Búsqueda y selección documental	8
Consulta a informantes calificados	10
Entrevistas con expertos internacionales	11
Resultados	11
Tasas de suicidios en Uruguay	11
Producción académica sobre suicidio Uruguay 1990-2022	14
Relevamiento de acciones y programas Uruguay 1990-2022	18
Análisis de acciones Uruguay 1990-2022	22
Discusión de resultados y análisis de acciones	30
Recomendaciones	36
Referencias	41

Listas de tablas y figuras

Tabla 1. Criterios para la búsqueda documental	9
Tabla 2. Artículos sobre suicidio publicados en revistas académicas uruguayas	15
Figura 1. Tasa de suicidios cada 100.000 habitantes 1988-2021	12
Figura 2. Tasa de suicidios por género Uruguay 2000-2021	12
Figura 3. Tasa de suicidios por tramo etario 2000-2018	13
Figura 4. Producción académica Uruguay 1990-2022 (setiembre)	15
Figura 5. Objetivos de 31 trabajos académicos publicados en Uruguay	16
Figura 6. Acciones y programas suicidio Uruguay 1989-2022 (setiembre) por tipo	18
Figura 7. Relevamiento de acciones y programas 1989-2022 (setiembre)	20
Figura 8. Nivel de acciones Uruguay 1989-2022 (setiembre)	24

La presente publicación es el Informe Final de la consultoría realizada por las autoras en el marco de un acuerdo de cooperación técnica entre la Representación OPS/OMS y la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, sobre Revisión de Políticas Públicas e Iniciativas para el Abordaje de la Problemática del suicidio a nivel nacional, desarrollada entre 2022 y 2023.

Contactos:

Ana Monza | seranamonza@gmail.com

Cecilia Cracco | ccracco@ucu.edu.uy

Introducción

El presente documento constituye el informe final de la consultoría que el equipo técnico de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (CPU)¹ desarrolló entre octubre de 2022 y febrero de 2023, para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el marco de los términos de referencia acordados en setiembre de 2022 y febrero de 2023.

La consultoría tuvo como objetivo realizar un análisis de las políticas públicas, iniciativas y acciones gubernamentales, del ámbito académico y de las organizaciones de la sociedad civil vinculadas a la generación de respuestas a la problemática del suicidio en Uruguay en el periodo 1990 – 2022 y elaborar recomendaciones para las políticas públicas en la materia.

Dicho objetivo se fundamenta en la necesidad de producir evidencia y conocimiento sistemático acerca de las experiencias desarrolladas en el país para responder a la problemática del suicidio. Recopilar y analizar las iniciativas tanto de carácter académico como de gestión de política pública y de la sociedad civil organizada, posibilitó realizar evaluaciones en perspectiva histórica y recomendaciones para futuras acciones, enmarcadas en datos oficiales sobre tasas de mortalidad por suicidio.

El proceso integral de la consultoría se estructuró en un diseño por fases. En la primera fase se recopilaron y sintetizaron las acciones, iniciativas, políticas públicas, estadísticas y producción académica desarrollados en Uruguay entre los años 1990 y 2022. En la segunda fase se analizó en profundidad el relevamiento realizado y se elaboraron recomendaciones validadas a través de un proceso de consulta a personas expertas en el tema.

Marco conceptual

Salud mental

El último informe sobre salud mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) destaca la urgencia de revisar y transformar nuestras actitudes, acciones y enfoques para mejorar la salud mental de las poblaciones. Este y otros informes reconocen problemas de cobertura, acceso, organización y eficacia en la atención de la salud mental que, sumados al impacto de la pandemia por COVID-19 (OMS, 2022; OPS, 2022), plantean interrogantes sobre la posibilidad de alcanzar los objetivos trazados por la OMS (2021) en su Plan de acción integral

1- Integrado por la Dra. Cecilia Cracco y la Mag. Ana Monza, con la colaboración del Lic. Psic. Gonzalo Di Pascua y la Lic. Psic. Mariana Kiefer y el apoyo metodológico de la Dra. Alejandra López. El trabajo ha sido supervisado por el equipo interinstitucional conformado por el Dr. Wilson Benia (OPS), Mag. Luis Carrizo y Lic. Karina Becavach (CPU).

sobre salud mental 2013-2030, y los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Organización de las Naciones Unidas.

La OMS incluye a la salud mental en una visión integral de salud y bienestar general, y la afirma como derecho humano fundamental (OMS, 2022; OPS, 2021a, 2022). La salud mental es conceptualizada como “un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad” (OMS, junio 2022).

La salud mental es comprendida en un continuo por el que las personas transitan a lo largo de sus vidas (OPS, 2021a). En un extremo de ese continuo se encuentra un estado óptimo de bienestar y en el otro, estados de gran sufrimiento emocional. Si bien los trastornos mentales acercan a las personas a este extremo doloroso del continuo, no es condición necesaria para experimentar este sufrimiento el padecer un trastorno mental. Cualquier persona puede enfrentar eventos estresores que afecten sustantivamente su nivel de bienestar. Los entornos y circunstancias de las personas tienen potencial para generar movimientos en el continuo de la salud mental en ambos sentidos (OMS, 2022).

Comprender la complejidad que hace a este continuo requiere de esfuerzos multisectoriales que generen capacidad para diseñar acciones de promoción, prevención, evaluación, atención en salud mental y capacidad para aprender sobre cómo apoyar a las personas en sus necesidades en contextos cambiantes. El requerimiento de generar y fortalecer estrategias multisectoriales no obsta a la responsabilidad de los sistemas de salud de sentar las bases para un cambio en el enfoque en salud mental (OMS, 2022). Asimismo, los datos, la generación de evidencia a través de metodologías de investigación rigurosas, son reconocidas como potentes herramientas para informar sobre las políticas en salud mental (OPS, 2022).

Suicidio

El suicidio es un problema grave de salud pública (OPS, setiembre 2022; WHO, 2022). La prevención del suicidio constituye una prioridad, requiriendo del desarrollo y fortalecimiento de estrategias multisectoriales basadas en la evidencia (OMS 2022; OPS, 2022). La meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas apunta a reducir la tasa de mortalidad por suicidio en un tercio para 2030 (OPS, 2021b).

Los datos de suicidio para las Américas dan cuenta de más de 93.000 muertes por suicidio entre los años 2015 y 2019, estimando que los intentos de suicidio pueden multiplicar esa cifra por 20. En el año 2019 se registraron 3.5 suicidios de hombres por cada suicidio de una mujer. La mayor proporción de muertes por suicidio se dio entre personas de 40 a 69 años (38%), seguidas de personas mayores de 70 años (32.8%) (OPS, setiembre 2022).

En el año 2021 Uruguay alcanzó la tasa más alta de suicidios de la que se tiene registro: 21.39 cada 100.000 habitantes, con un aumento constante en hombres (tasa de 36.38) y un descenso en mujeres (tasa de 7.29). Se evidenció, asimismo, un aumento del número de suicidios en las franjas etarias de 25 a 29, 35 a 39 y 85 a 89 años (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2022a).

A nivel global las diferencias por género son contundentes: más hombres se suicidan, más mujeres lo intentan (Payne et al., 2008). Esta “paradoja de género” (Griffin et al., 2022) ha sido estudiada en relación a la mayor prevalencia de depresión en mujeres, sugiriendo que los hombres no reportan ni piden ayuda por síntomas de depresión e ideación suicida y que existen dificultades por parte de los profesionales de la salud mental para diagnosticar depresión en los varones cuando la misma no es severa (Shi et al., 2021). Las construcciones sociales respecto a las masculinidades acarrearán una serie de vulnerabilidades al ubicar a los varones como personas fuertes, en control de sus vidas, con capacidad para actuar y para proveer. Si bien las sociedades occidentales vienen transitando un proceso de deconstrucción de los roles tradicionales de género, aún continúa vigente la idea de que los hombres no deben expresar su sufrimiento, alejándolos así del pedido de ayuda y acercándolos a estrategias menos adaptativas como el consumo de alcohol (Möller-Leimkühler, 2003).

El comportamiento suicida es un fenómeno complejo en el que confluyen factores personales, sociales, psicológicos, biológicos, culturales y ambientales. Las personas con trastornos mentales y/o consumo problemático de sustancias presentan mayor riesgo, pero es necesario reconocer que muchos suicidios se cometen de forma impulsiva, en momentos de crisis. La capacidad para afrontar situaciones de estrés crónicas o agudas y las características del contexto y de la historia personal y familiar son importantes para entender la conducta suicida (OPS, 2014, 2021c).

El lema trienal del día Mundial para la Prevención del Suicidio 2021-2023 “Crear esperanza a través de la acción” (WHO, 2022) resalta la idea de que el suicidio es prevenible y que todas las acciones son importantes para brindar esperanza a las personas que presentan una crisis suicida o están sufriendo por la muerte por suicidio de un ser querido.

La Guía Vivir la Vida (OPS, 2021b) sintetiza las directrices actuales de la OMS para la prevención del suicidio. En la guía se presentan intervenciones basadas en la evidencia y pilares que resultan fundamentales para su aplicación. Las cuatro intervenciones que describe la guía son: 1. velar porque se limite el acceso a los medios de suicidio, 2. interactuar y capacitar a los medios de comunicación para que informen de forma responsable sobre el tema, 3. desarrollar aptitudes socioemocionales para la vida en adolescentes, 4. actuar para detectar a tiempo, evaluar, gestionar y hacer seguimiento de cualquier persona con conductas suicidas. Los pilares que asegurarían la correcta implementación de las estrategias y acciones son: 1. análisis de la situación y recopilación sistemática de información, 2. colaboración multisectorial, 3. sensi-

bilización y promoción, 4. desarrollo de las capacidades, 5. financiamiento, 6. vigilancia, 7. monitoreo y evaluación.

La literatura reconoce tres tipos de estrategias de prevención de la conducta suicida: universales (destinadas a toda una población), selectivas (destinadas a grupos vulnerables), e indicadas (destinadas a personas vulnerables específicas). Se recomienda que estas acciones sean diseñadas y ejecutadas de forma intersectorial y que queden comprendidas y coordinadas en una estrategia nacional de prevención del suicidio que, adaptada al país, refleje el compromiso de los Estados con el tema (WHO, 2018). Para los países que ya disponen de una estrategia nacional, los desafíos refieren a la asignación de recursos y la puesta en marcha de procesos de evaluación sistemática y mejoramiento en términos de eficacia y eficiencia (OPS, 2014).

Algunos de los indicadores que pueden utilizarse para evaluar el avance de las estrategias de prevención son: reducción de la tasa de suicidios, número de intervenciones realizadas con buenos resultados, disminución de hospitalizaciones por intentos de autoeliminación. Respecto a la reducción de la tasa de suicidios, se señala que no debiera tomarse como indicador lineal o inmediato del éxito o el fracaso de la estrategia ya que, dada la complejidad del fenómeno, múltiples factores pueden incidir en estas variaciones numéricas. En el largo plazo, se aspira a lograr sociedades más conectadas, que cuiden a quienes tengan conductas suicidas, con capacidad para fomentar la recuperación (OPS, 2014). En cualquier caso, será necesario fijar objetivos e indicadores claros que puedan mostrar los avances logrados y ofrecer insumos para perfeccionar estrategias e indicadores a futuro (OPS, 2021b).

Además de comprender que inevitablemente habrá variaciones en las tasas de suicidios por la diversidad de factores que lo influyen, una de las dificultades reconocidas para la evaluación de las estrategias nacionales es que habitualmente las mismas cuentan con múltiples componentes y se implementan a gran escala. En este sentido, la OMS (WHO, 2018) recomienda la adopción de un enfoque de lógica de programa y el uso de múltiples indicadores de éxito. Uno de los beneficios de adoptar una lógica de programa e incluir diversidad de fuentes de datos es que se garantiza que las partes interesadas acuerden en concreto lo que se está intentando alcanzar y cómo hacerlo. Además, proporciona elementos para evaluar la estrategia en su conjunto, así como cada uno de sus componentes por separado. Por último, genera información clara sobre las estructuras y procesos que deberían ser revisados, creados o fortalecidos para el logro de los objetivos.

Uruguay fue incluido como caso de análisis de país que cuenta con una Estrategia nacional de prevención en la región de las Américas en la publicación *National suicide prevention strategies. Progress, examples and indicators* de la OMS (WHO, 2018). En el anexo del documento se detallan los indicadores de monitoreo y evaluación, relativos a los siguientes componentes: organización de la atención integral a la salud mental; desarrollo del trabajo intersectorial; concienciación y educación comunitaria sobre promoción de salud mental y prevención de suicidio; educación,

entrenamiento y reorientación de recursos humanos dirigidos a la prevención del suicidio y el cuidado de quienes intentan suicidarse y los sobrevivientes; desarrollo e implementación de un sistema de vigilancia nacional para intentos de autoeliminación y suicidios. Estos objetivos e indicadores pueden ser retomados para la evaluación de su logro y/o como base para la formulación de nuevos objetivos que puedan significar un avance en el abordaje de la problemática.

Objetivos

A punto de partida del marco referencial presentado y en consonancia con los objetivos establecidos en los términos de referencia de la consultoría, se definieron los siguientes objetivos específicos:

1. Buscar, seleccionar y revisar documentos y otros materiales generados en Uruguay para caracterizar las políticas e intervenciones desarrolladas desde distintos ámbitos institucionales para la prevención del suicidio a partir del año 1990.
2. Contactar a actores relevantes para recoger sus experiencias y percepciones sobre las intervenciones identificadas en el relevamiento y otras existentes.
3. Sintetizar y organizar los resultados de la búsqueda documental y aportes de informantes calificados respecto a las iniciativas a nivel nacional para la prevención del suicidio desde 1990.
4. Analizar los resultados del relevamiento realizado, a partir de una matriz de análisis diferenciada para las acciones y la producción académica.
5. Categorizar las acciones y políticas públicas recopiladas en cuanto a sus fundamentos, implementación y resultados, considerando las dimensiones de género, generaciones y territorio.
6. Contar con la participación de informantes calificados a nivel nacional para recoger sus percepciones, comentarios, críticas y sugerencias sobre las iniciativas e intervenciones desarrolladas, y consultar a expertos internacionales (asesores de salud mental de la OPS y referentes de la materia) para recibir asesoramiento respecto al análisis y la generación de recomendaciones.
7. Elaborar un conjunto de recomendaciones basadas en el trabajo de recopilación y análisis realizado.

Materiales y método

Búsqueda y selección documental

La Tabla 1 presenta los criterios para la búsqueda de documentos referidos a acciones, iniciativas, política pública, legislación y producción académica nacional sobre el suicidio entre 1990 y 2022.

Tabla 1. *Criterios para la búsqueda documental*

Fuentes de datos	páginas web de organismos gubernamentales, páginas web de organizaciones de la sociedad civil, repositorios de universidades públicas y privadas de Uruguay, sitios de revistas académicas de Uruguay, buscadores de internet, materiales en soporte papel a los que se tuvo acceso
Descriptorios básicos	“suicidio”, “intentos de autoeliminación”, “ideación suicida”, “conducta suicida”, “Uruguay”, “prevención”, “campanas”, “programas”, “políticas públicas”, “tasa suicidios”
Período de búsqueda	1990-2022 (setiembre)

Se seleccionaron los documentos producidos en Uruguay que aborden el tema de suicidio o intentos o ideación suicida entre 1990-2022 según los siguientes criterios inclusión y exclusión:

1. Se incluyeron materiales del tipo: leyes, programas, planes, campañas, registro de acciones, trabajos académicos.
2. En el caso de las acciones o programas se buscó la fuente original de cada acción. No se incluyeron las noticias de prensa, informes, u otros documentos que hicieran referencia a las mismas y no aportaran datos nuevos.
3. En el caso de la producción académica, se consideraron los trabajos finales y tesis de grado, maestría y doctorado, disponibles en repositorios institucionales. Se incluyeron libros y artículos publicados en revistas o editoriales uruguayas. No se incluyó la producción académica y de investigación referida a Uruguay que haya sido publicada en revistas del extranjero o generada por investigadores de otros países. No se incluyó otro tipo de materiales y producciones generadas del tipo cortometrajes, documentales, películas.
4. La búsqueda fue exhaustiva para todos los materiales que se encuentran digitalizados. La cobertura de materiales que no hayan sido digitalizados no queda asegurada en esta búsqueda.
5. La búsqueda se focalizó en acciones a nivel país. La cobertura de acciones regionales y/o departamentales no queda asegurada en esta búsqueda.

Las búsquedas se realizaron entre los meses de setiembre y noviembre de 2022. Cada material fue registrado y analizado en base a una grilla confeccionada específicamente para cada tipo de material (acción o política pública o producción académica). Estas matrices de análisis se

generaron tomando los insumos del marco conceptual presentado y en función de los objetivos de la consultoría.

Los miembros del equipo de consultoría analizaron cada material en forma independiente y acordaron conjuntamente su inclusión o exclusión. Con el material relevado se elaboró una línea de tiempo en la que se registraron las acciones, programas o políticas implementadas en Uruguay para la prevención y/o abordaje del suicidio.

Consulta a informantes calificados

Con la finalidad de validar el relevamiento realizado, en noviembre de 2022 se contactó a profesionales que por su perfil y trayectoria pudieran valorar los hallazgos y complementarlos. Se contactó vía mail a cada uno de los potenciales participantes para presentar el equipo y el proceso de consultoría, solicitar su colaboración en la etapa de relevamiento y más adelante, en la etapa de análisis. El mail contenía un link a un formulario autoadministrado, en el que se incluyó la línea de tiempo con las acciones recopiladas.

En total fueron contactadas 11 personas, de las cuales 10 respondieron el formulario. En términos de representación institucional solo el participante por el Ministerio de Educación y Cultura (MEC) no respondió. De las 10 personas participantes 6 son mujeres y 4 hombres. Las disciplinas representadas fueron: Psicología (4), Psiquiatría (3), Enfermería (2), y Medicina (1). Respecto a la inserción institucional y experiencia con la temática, las personas trabajan en Universidad de la República (UdelaR), MSP, Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), Ministerio del Interior (MI), Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), con un promedio de 12 años de trabajo (mín. 6; máx. 32).

La segunda fase de la consultoría, de análisis de resultados y elaboración de recomendaciones, también contó con el aporte de informantes calificados. En febrero de 2023 se convocó a las personas que participaron efectivamente en la fase 1 de relevamiento a formar parte de un panel de expertos con la finalidad de promover el intercambio y la reflexión colectiva acerca de los hallazgos presentados en la fase anterior y propiciar la generación de recomendaciones emergentes del análisis de las acciones. Nuevamente, se envió un mail invitándoles a participar de una instancia de discusión grupal y se adjuntó el consentimiento informado para su participación.

El grupo de discusión se desarrolló en la sede de la CPU que cuenta con el equipamiento que requiere la implementación de este tipo de instancia. Las facilitadoras del grupo fueron la Mag. Ana Monza y Dra. Cecilia Cracco. Previamente se elaboró un guion para el desarrollo del grupo (ver en materiales suplementarios) que fue supervisado con una experta en metodología cualitativa.

En base a las personas participantes de la consulta anterior se contactó a 8 para el grupo de discusión. De las 8 personas contactadas confirmaron asistencia 5 y concurrieron 3. Se implementó dado que las 2 personas que no asistieron lo informaron dentro del horario de la convocatoria. Se realizó en modalidad presencial con una duración de 1 hora y 30 minutos. La grabación (audio) del grupo fue analizada tomando como ejes las categorías previamente definidas en el guion, acordes a los objetivos de esta fase.

Entrevistas con expertos internacionales

En los términos de referencia se contempló la posibilidad de que el equipo de la consultoría mantuviera entrevistas con expertos en salud mental y suicidio, tanto de la OMS - OPS para la región como de otras instituciones.

En ese marco se mantuvo una instancia de intercambio con el Dr. Matías Irarrázaval, asesor regional de Salud Mental para Sudamérica de la OPS/OMS, quien ofreció orientaciones acerca de los objetivos de la consultoría, así como en la formulación de las recomendaciones finales basadas en la evaluación de las acciones implementadas en un esquema que contemple obstáculos y facilitadores, así como cumplimiento de los efectos buscados.

A través de la mediación del Dr. Irarrázaval el equipo consultor mantuvo una entrevista con la Dra. Susana Morales Silva, Psicóloga clínica e investigadora en la temática del suicidio vinculada a la Universidad Católica de Chile y al Instituto Milenio de Investigación y Personalidad MIDAP. En dicha instancia se presentó la consultoría y el proceso de trabajo, y se focalizó en el capítulo de las recomendaciones. La Dra. Morales realizó aportes tanto acerca de los contenidos como sobre la presentación y estructura del apartado mencionado.

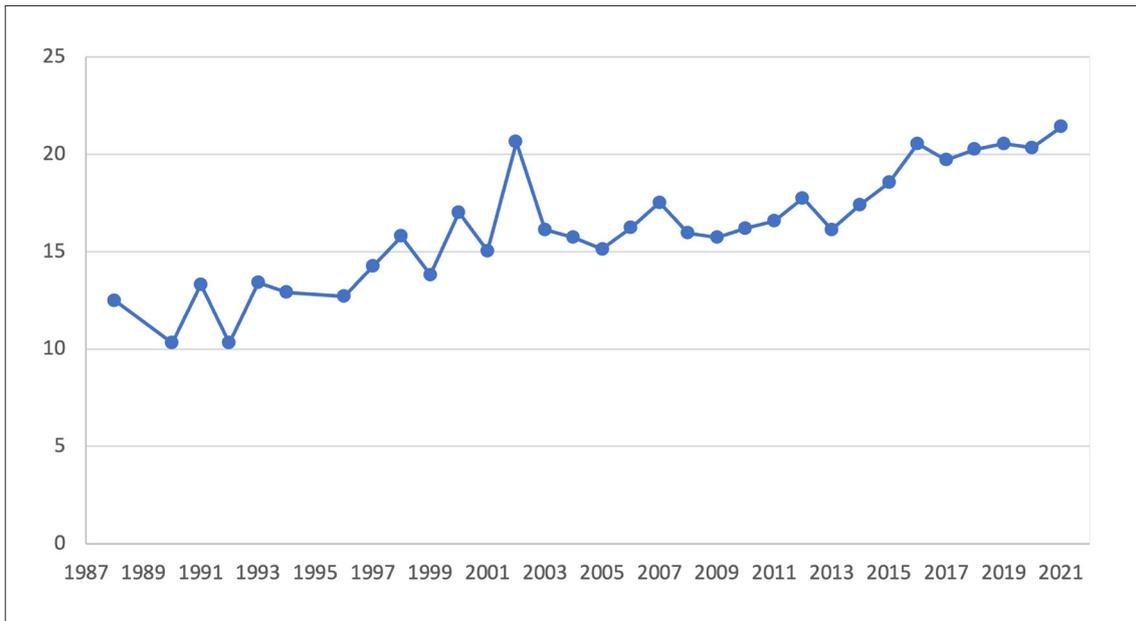
Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos respecto a tasas de suicidio, producción académica y acciones realizadas en el país entre 1990 y setiembre de 2022.

Tasas de suicidios en Uruguay

A partir de distintos documentos pudo obtenerse información sobre las tasas de suicidios previas al año 2000 con datos provenientes del MSP y del MI (Dajas, 1990, 2001; Robertt, 1994). A partir del año 2000 se tomaron los datos de Estadísticas Vitales (MSP, 2022b) disponibles en la página web del MSP o a través de fuentes secundarias (Grupo de Comprensión y Prevención de la Conducta Suicida, 2020). La Figura 1 presenta tasas de suicidios cada 100.000 habitantes desde 1988 a 2021.

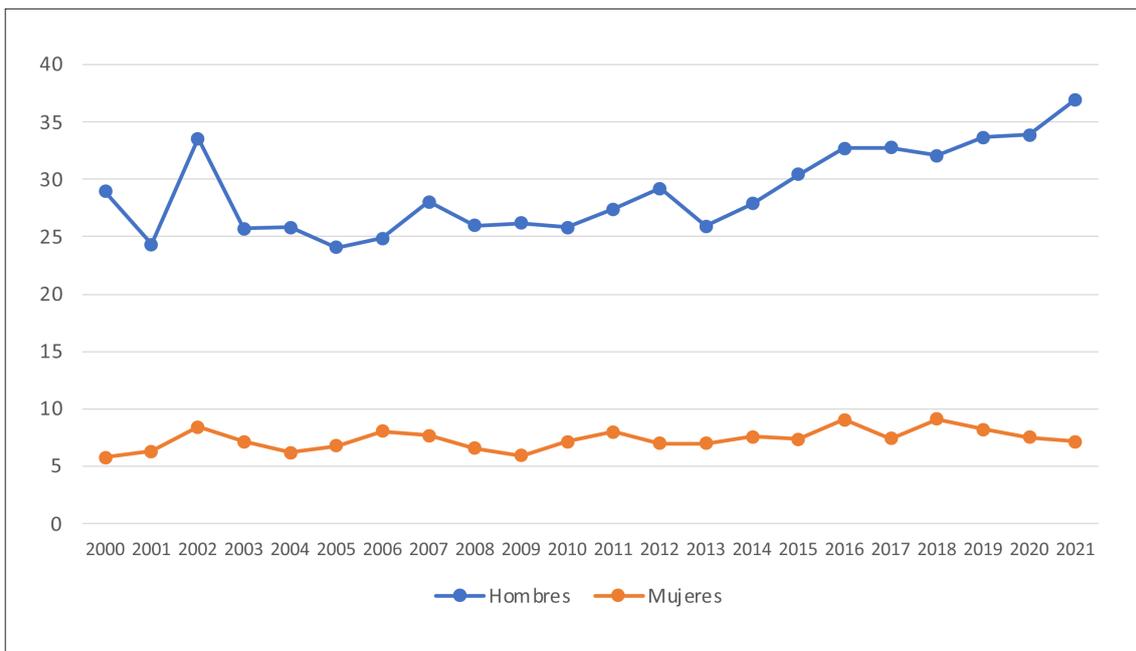
Figura 1. Tasa de suicidios cada 100.000 habitantes Uruguay 1988-2021



Nota. Elaboración propia con datos tomados de Dajas (1990; 2001), Robertt (1994) y Estadísticas vitales (MSP, 2022b).

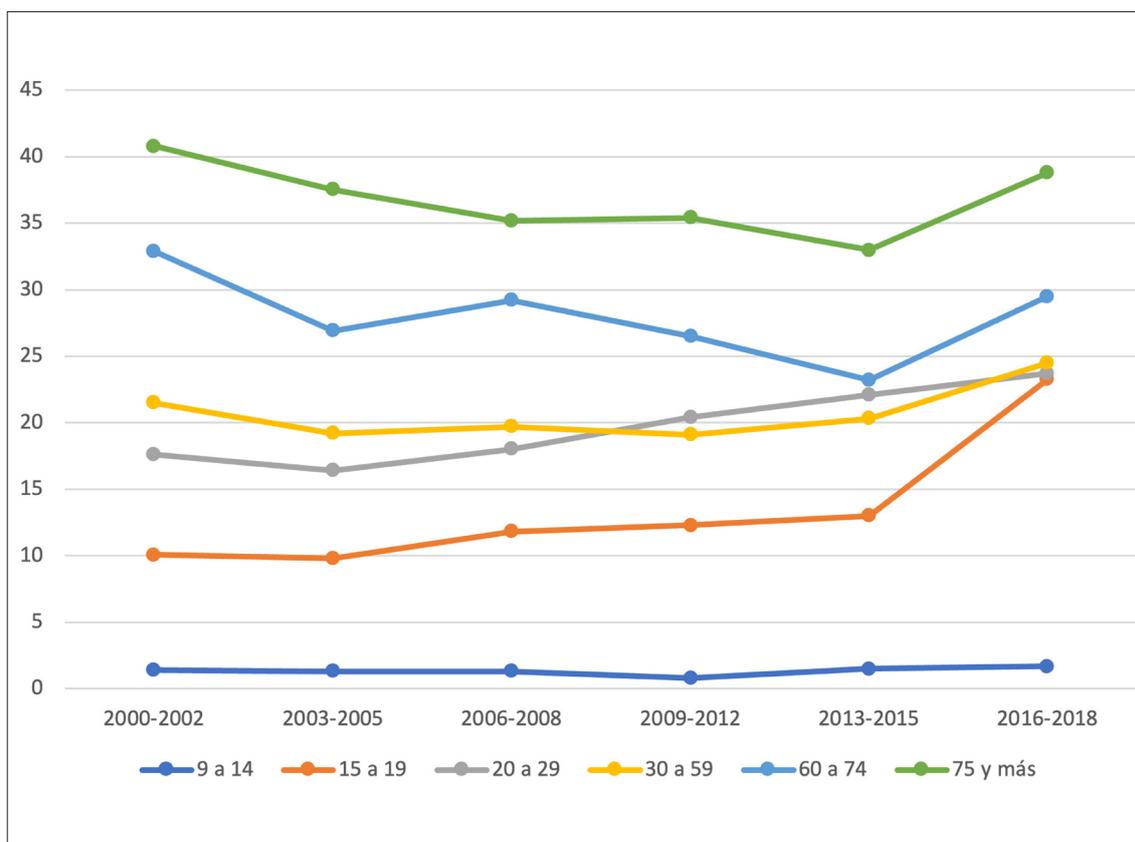
La Figura 2 presenta tasas de suicidios por género y la Figura 3 tasas por tramo etario a partir del año 2000.

Figura 2. Tasa de suicidios por género Uruguay 2000-2021



Nota. Elaboración propia con datos tomados de Estadísticas vitales (MSP, 2022b).

Figura 3. Tasa de suicidios por tramo etario Uruguay 2000-2018



Nota. Elaboración propia con datos tomados de Grupo de Comprensión y Prevención de la Conducta Suicida (2020).

El estudio de las tasas de suicidio en Uruguay desde 1887 hasta 2017 muestra cuatro hitos en relación a las muertes por suicidio durante esos 130 años (Vignolo Ballesteros et al., 2019). Para el período que abarca el presente documento (1990 – 2022) los autores señalan al año 2002 como el cuarto hito en el ascenso de las tasas siendo hasta el año 2017 la más elevada de la historia. Para los autores, ese pico histórico se vincula con un período de crisis económica-social y el colapso del sistema económico y financiero del país.

Los datos recopilados para la presente consultoría dan cuenta de que en el año 2021 se superó la tasa de 2002. Es posible pensar que el escenario de la pandemia por COVID-19 incida -por sus múltiples impactos en la salud mental, en la economía, en el acceso a la atención en salud, etc.- en este triste récord. En cualquier caso, las tasas de suicidio a partir de 2018 siempre fueron superiores a 20 cada 100.000 habitantes.

Respecto a las tasas de suicidio de hombres y mujeres, los datos para Uruguay se alinean a la diferencia por género que ha sido ampliamente constatada a nivel internacional (Griffin et al., 2022; Shi et al., 2021). En nuestro país, se observa una mayor prevalencia de la tasa masculina

na, con respecto a la tasa general y a la femenina a lo largo del período que va de 1887 a 2017 (Vignolo Ballesteros et al., 2019). En los últimos años, se identifica un aumento en la brecha entre tasa de suicidios de mujeres y varones, basado especialmente en el aumento de la tasa masculina.

Con respecto a las tasas consideradas por edades, se evidencia una tendencia al crecimiento de las tasas de suicidios en todos los grupos etarios con un ascenso significativo en las personas más jóvenes, y con tasas más altas en los adultos mayores. La tendencia al aumento de las tasas en estas franjas es un fenómeno que se evidencia desde hace años en Uruguay (Hein & González, 2017; Hein et al., 2020).

Producción académica sobre suicidio Uruguay 1990-2022

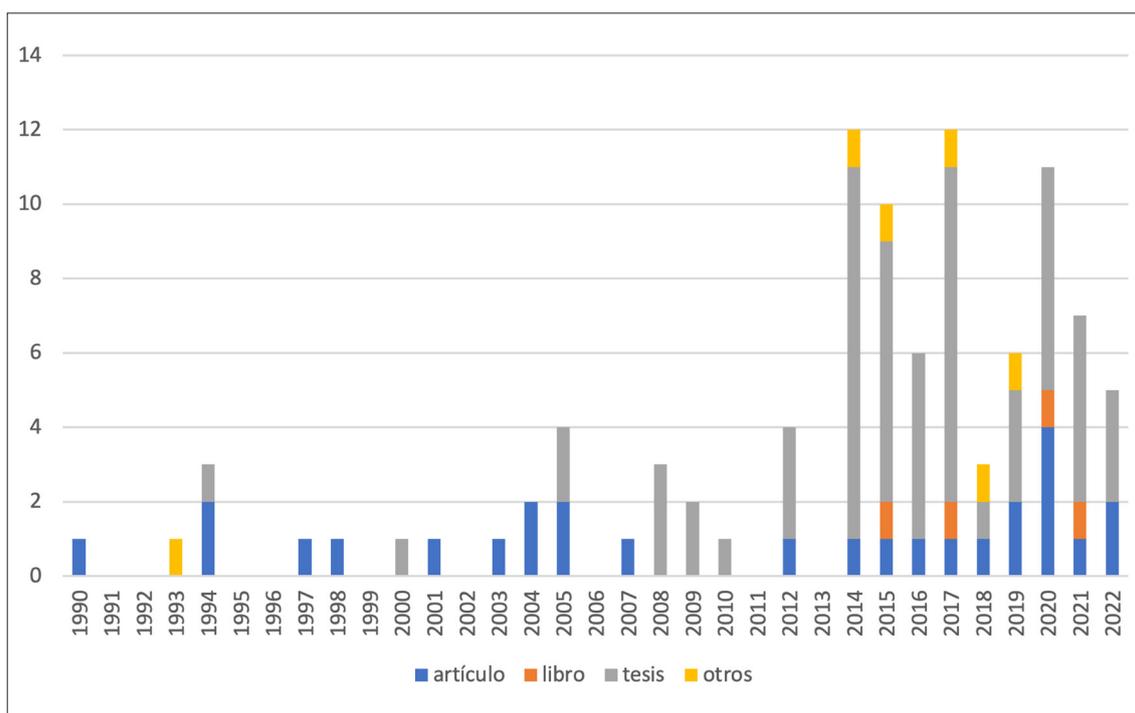
Tomando en consideración las fuentes y descriptores especificados en el apartado de método, se encontró un total de 99 documentos que cumplieron con los requisitos de ser trabajos generados y publicados en el Uruguay, por autores nacionales. La Figura 4 presenta la producción por año y por tipo de texto.

La producción académica sobre suicidio muestra un aumento claro a partir del año 2014. Vale recordar que se consultaron fundamentalmente fuentes digitales, lo que puede afectar la representación de la producción realizada en los primeros años del período en análisis.

La mayor parte de la producción académica corresponde a monografías, trabajos finales o tesis de pregrado y postgrado. De un total de 63 trabajos de este tipo, la mayor parte (55) son tesis de pregrado de las carreras de Psicología (37), Trabajo Social (6), Enfermería (5), Sociología (4), Medicina (2) y Economía (1). Las 8 tesis de postgrado (7 de maestría y 1 de doctorado) corresponden mayoritariamente a la disciplina de la Psicología (7; 1 Demografía). Aproximadamente dos tercios de esta producción se generó en programas académicos de la UdelaR (38) y el resto en la Universidad Católica del Uruguay (17).

En términos de interdisciplinariedad, merece destaque la producción generada por el Grupo de Comprensión y Prevención de la Conducta Suicida, reuniendo a investigadores de Psicología, Sociología, Psiquiatría, Historia, Geografía, Comunicación (Grupo de Comprensión y Prevención de la Conducta Suicida, 2020).

Figura 4. Producción académica por tipo Uruguay 1990-2022(setiembre)



Los 27 artículos publicados en revistas académicas uruguayas lo hicieron en las revistas que figuran en la Tabla 2.

Tabla 2. Artículos sobre suicidios publicados en revistas académicas uruguayas

Revista	Artículos
Anales de la Facultad de Medicina	1
Archivos de Pediatría del Uruguay	1
Ciencias Psicológicas	1
Psicología, Conocimiento y Sociedad	1
Revista Ciencias Sociales	5
Revista de Psiquiatría del Uruguay	5
Revista Derecho del Trabajo	1
Revista Encuentros Uruguayos	1
Revista Médica del Uruguay	8
Revista Uruguaya de Enfermería	3

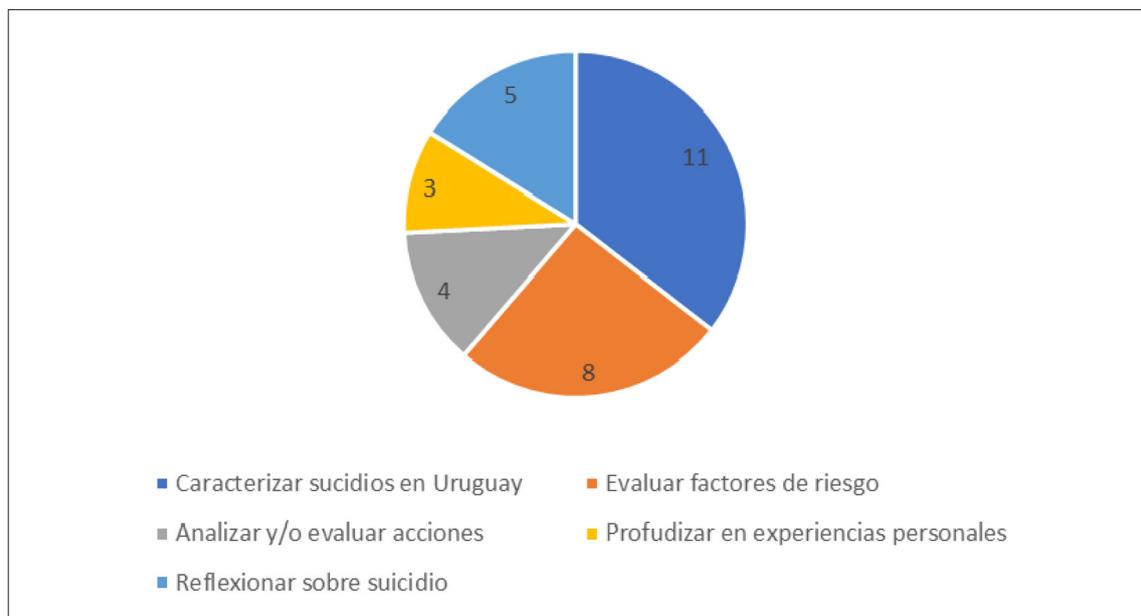
Por el alcance y estructura que poseen los distintos tipos de trabajos, se tomó la decisión de profundizar en el contenido de las tesis de maestría y artículos publicados en revistas académicas disponibles a texto completo. De los 31 textos analizados (26 artículos y 5 tesis de maestría) se tomó información respecto a: objetivos, metodologías, participantes, instrumentos y resultados.

Respecto a los objetivos pueden identificarse 5 grandes grupos de objetivos (ver Figura 5):

1. caracterizar los suicidios en el país: estos trabajos fueron realizados mediante análisis de registros, historias clínicas, certificados de defunción, notas suicidas y otros documentos; algunos de estos trabajos quedan enmarcados como estudios de autopsia psicológica y otros vinculan los datos a variables sociológicas, económicas, históricas, contextuales
2. evaluar variables consideradas factores de riesgos en personas con IAE: en estos trabajos se midieron variables como depresión, desesperanza, consumo de sustancias, experiencias de violencia o abuso, entre otras (a veces con muestras comparables sin IAE)
3. profundizar en la experiencia subjetiva de sobrevivientes y supervivientes
4. analizar y/o evaluar políticas públicas, acciones de capacitación o sensibilización, instrumentos de evaluación
5. reflexionar sobre el fenómeno del suicidio en términos teóricos

Podría afirmarse que, salvo el objetivo que refiere al análisis de acciones o instrumentos de evaluación, la mayoría de los trabajos han hecho foco en la comprensión de la conducta suicida. Estos trabajos aportan elementos para precisar la incidencia de distintos factores de riesgo y protección de cara a la prevención y abordaje de la problemática.

Figura 5. *Objetivos de 31 trabajos académicos publicados en Uruguay*



En una agrupación amplia del tipo de metodología empleada, se encontró que 18 de los 31 trabajos realizaron análisis documentales, 10 trabajaron con metodologías cuantitativas y 3 con metodologías cualitativas.

En cuanto a los participantes de los estudios cuantitativos y cualitativos, las muestras fueron conformadas principalmente por adolescentes (4 estudios), hombres y mujeres internados o que consultaron por IAE (4 estudios), mujeres adultas sobrevivientes o supervivientes (3 estudios); en 1 estudio se especifica que se trabajó con personal de la salud, y en otro con mujeres y varones privados de libertad.

Consistentemente con los objetivos y metodologías antes reportados, la mayor parte de los estudios tomaron como materiales documentos de tipo: registros médicos, estadísticas, certificados de defunción, notas suicidas, etc. aportados principalmente por el MSP, MI, Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Los estudios cuantitativos utilizaron cuestionarios sociodemográficos, cuestionarios cerrados con preguntas de interés específico al estudio, y distintas escalas de evaluación psicológica (principalmente referidas a desesperanza e ideación suicida). Los estudios cualitativos realizaron entrevistas en profundidad.

Como síntesis de los resultados de los trabajos que procuraron caracterizar el suicidio en Uruguay hay coincidencia al afirmar las altas tasas para el país y las diferencias por género que parecen desdibujarse para los casos de menores de 15 años. Los métodos son de tipo violentos y de alta letalidad para los suicidios de los hombres (destacando disparos de armas de fuego y ahorcamientos). La mayor parte de los estudios encuentran tasas mayores en personas de 65 o más años, con un aumento progresivo de las tasas entre los más jóvenes. Los datos referidos a distribución territorial varían según el trabajo analizado. También se reitera la presencia de algunos factores en el análisis de los suicidios consumados: trastornos psicológicos/psiquiátricos (depresión, esquizofrenia, trastornos de personalidad), consumo de sustancias, IAE, antecedentes familiares de IAE. En adolescentes se señalan además la presencia de problemas familiares, pérdidas, y desvinculación educativa.

Los trabajos cuantitativos, acorde a sus objetivos específicos, encontraron asociaciones significativas entre IAE, desesperanza, consumo de sustancias, IAE previos. En el caso de las muestras con adolescentes se reporta también la importancia de los problemas familiares y la soledad, para las mujeres adultas el ser víctimas de violencia doméstica, y para las personas privadas de libertad se encontraron mayores riesgos de suicidio en la etapa de pre-egreso, principalmente en mujeres.

Los estudios cualitativos abordaron el significado de los IAE y de las pérdidas. Se plantean como hallazgos de estos trabajos que la finalidad del IAE no es la muerte real, sino el poder poner fin a un sufrimiento psicológico que resulta insoportable.

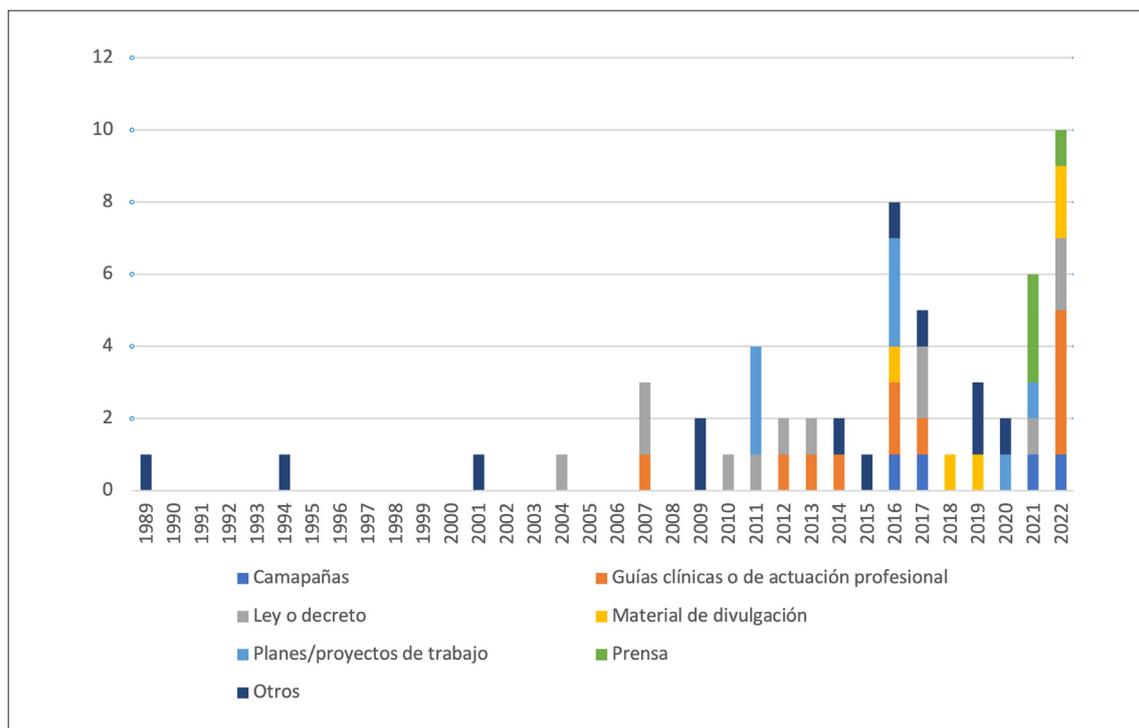
En el caso de los estudios que evaluaron planes y acciones, se destacó la necesidad de minimizar el subregistro y mejorar el procesamiento de la información respecto a los IAE. En alguno de estos trabajos se menciona la importancia de la capacitación y actualización del personal de salud en general, especialmente para el registro de los intentos de adolescentes y jóvenes donde parecen operar algunos prejuicios o sesgos específicos. En otro trabajo se menciona la insuficiencia de organizaciones abocadas a tratar el tema. También se plantea la relevancia de incluir a la familia en el abordaje de esta problemática y continuar el trabajo de restringir el acceso a medios. En el caso del estudio instrumental, se afirman las adecuadas propiedades psicométricas de una escala para valorar riesgo de conducta suicida en adolescentes.

Relevamiento de acciones y programas Uruguay 1990-2022

Se relevaron y analizaron un total de 56 acciones de tipo: campañas, guías clínicas o de actuación profesional, leyes o decretos, materiales de divulgación, planes o proyectos de trabajo, prensa, otros. La Figura 6 grafica la distribución de las acciones por tipo y año. La Figura 7 presenta en forma cronológica todas las acciones generadas en el país en relación en respuesta a la problemática del suicidio. Para cada hito que aparece en la figura, se reseña el tipo de acción y el/los organismos que lo generaron.

Tanto la Figura 6 como la figura 7 incluyen las acciones originalmente recopiladas y analizadas por el equipo de la consultoría y otras que fueron sugeridas en la consulta a informantes calificados.

Figura 6. Acciones y programas suicidio Uruguay 1989-2022 (setiembre) por tipo



Consulta a referentes nacionales

En la fase de relevamiento se consultó a expertos nacionales respecto a la representatividad y exhaustividad del relevamiento realizado, su conocimiento acerca de las acciones e impresión al ver el reporte, y otras reflexiones y sugerencias al equipo consultor.

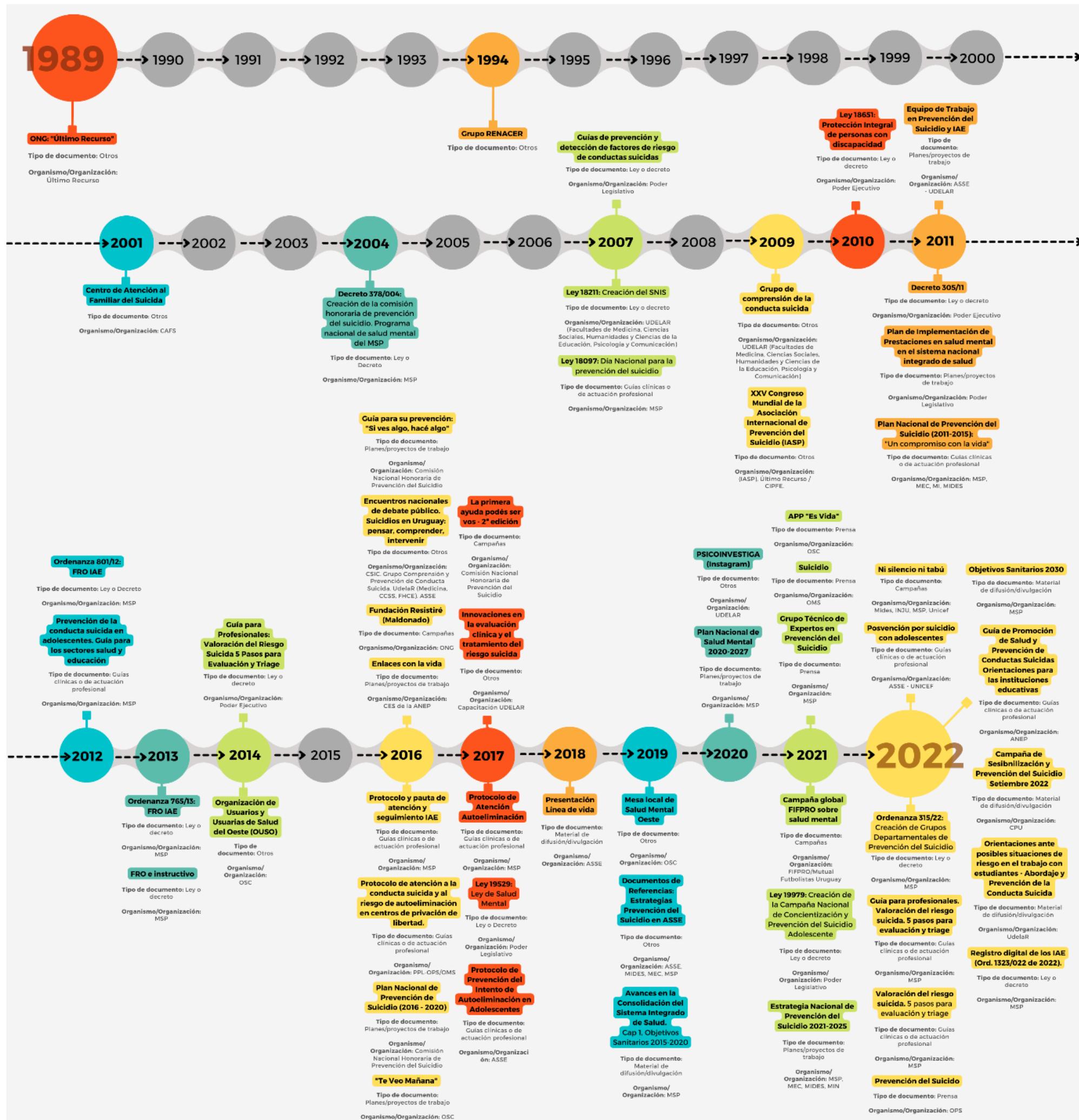
La categoría representatividad apuntó fundamentalmente a la contemplación de los diversos ámbitos en los que se pueden generar acciones hacia la prevención y abordaje del suicidio y la conducta suicida. Frente a la pregunta sobre “¿Cuán representativo es el relevamiento?” todas las respuestas se agruparon en los valores 1 “muy representativo” y 2 “suficientemente representativo”, siendo mayoritaria la respuesta “muy representativo”.

La pregunta sobre “¿Cuán exhaustiva resulta la búsqueda realizada?” apuntó a la opinión sobre validez y fiabilidad de la misma. Ante las opciones 1 “muy exhaustiva” y 2 “poco exhaustiva”, una sola de las personas respondió “poco exhaustiva”.

Estas preguntas se complementaron con otras secciones del formulario en las que se solicitó a las personas informantes que mencionaran experiencias relevantes que no hayan sido reportadas. Se aportaron 6 sugerencias que en su mayoría referían a trabajos académicos o investigaciones y por ello no correspondía su inclusión en esta parte del relevamiento. Hubo 3 aportes que se consideraron altamente relevantes y fueron incluidos en el relevamiento dado que se ajustaban a los criterios de inclusión.

Lo antedicho se valida además con las respuestas mayoritarias “sí” a consulta sobre “¿Tenía conocimiento de las mismas?”, lo cual asegura al equipo la selección adecuada del o la informante y su conocimiento de la temática.

Figura 7. Relevamiento acciones y programas 1989-2022 (setiembre)



Acerca de la pregunta “¿Cuáles es su impresión al conocer el reporte?” Todas las respuestas fueron de carácter positivo, resaltando fundamentalmente la importancia del tema y la necesidad de continuar abordándolo con información sistematizada que posibilite acciones efectivas. Se retoma una de las respuestas por su carácter representativo y por la síntesis que realiza: “... punto de partida para problematizar y generar instancias de intercambio con todos los sectores y actores de nuestro país para lograr entender en qué estamos fracasando como sociedad dada la permanencia constante de las altas tasas de suicidio que sufrimos los uruguayos.”

Finalmente, en la sección sobre reflexiones, se invitó a las y los informantes a registrar libremente sus ideas. Es así que surgen puntos en común en las respuestas que podríamos agrupar a modo de nudos críticos y que por la importancia de sus contenidos en algunos casos se presentan en forma textual. Se reitera en varias de las respuestas la valoración positiva del proceso de consulta, así como la importancia de que se continúe abordando la temática.

Hay acuerdo en varias respuestas acerca de consignar que se evidencia que en los últimos 30 años se han desarrollado acciones y que las mismas son visibles, sin embargo, no han obtenido resultados positivos que se reflejen en las tasas de suicidio en el país. Al respecto se plantea que existiría una “dicotomía entre los continuos esfuerzos para sensibilizar y prevenir, pero medios insuficientes en salud. Hasta que no se compaginen y articulen acciones interinstitucionales coherentes al objetivo cualquier esfuerzo de prevención no es sostenible” y que “hay mucho en la pizarra, y no tanto en la cancha, pero se ha avanzado”. Otra de las entrevistadas aporta acerca de que el instrumento del relevamiento, “permite visualizar el incremento de acciones realizadas con miradas multisectoriales”.

Algunas de las personas consultadas opinaron que el reporte permite evidenciar la escasa participación de la sociedad civil organizada y la comunidad. Por un lado, se expresa que el incremento del trabajo en el ámbito comunitario es imprescindible para que la población en general “conozca las diferentes organizaciones que trabajan sobre prevención del suicidio”. Por otro lado “se visualiza que existe una muy baja participación de la sociedad civil con una insistente implicancia del sector salud, evidenciando que aún permanece y paradójicamente se refuerza el mito sobre el “suicidio y la enfermedad mental”, el “suicidio es cuestión de los especialistas... hay una muy escasa promoción y respaldo de organizaciones civiles y familiares... Otro error, entiendo, es insistir en no replicar modelos y abordajes generados en los países que sí pudieron reducir las tasas de suicidio. Generalmente en esto tuvieron que ver las organizaciones civiles de familiares de suicida”.

Las sugerencias se centraron fundamentalmente en dar continuidad al trabajo y sobre la necesidad de conocer y evaluar las acciones desarrolladas.

Análisis de las acciones Uruguay 1990-2022

Para profundizar en el análisis de las acciones relevadas, se realizó una descripción general de los tipos de documentos, actores principales y distribución temporal de las acciones incluidas. Además, se generó una matriz de análisis que contempla 4 categorías: 1. características de la acción, 2. objetivos, 3. destinatarios, 4. indicadores de registro y evaluación de resultados. Estas categorías reúnen aspectos de especial interés para los objetivos de la consultoría que, de manera más o menos directa, se desprenden de los documentos consultados en el marco teórico de referencia.

Dentro de la categoría Características de la acción, se analizó información respecto a: tipo de acción, interinstitucionalidad, actores involucrados en su diseño y/o ejecución, enfoque, nivel de la acción, recursos necesarios, y plazos.

Respecto a la categoría Objetivos, se registró y analizó su redacción y se los clasificó según a las 4 grandes acciones de la Guía Vivir la Vida (OPS, 2021b).

En la categoría Destinatarios, se consignó el tipo de población a la que la acción está destinada (universal, selectiva o indicada), alcance territorial, y la presencia o no de especificaciones respecto a género y generaciones.

Por último, en la categoría Indicadores de registro y evaluación de resultados, se analizó si la acción cuenta con: datos de evaluaciones previas, indicadores de base, indicadores de registro, evaluación de resultados.

Descripción general del relevamiento

El relevamiento de acciones se efectuó con foco en suicidio y conducta suicida. Las acciones consignadas que refieren al campo más extendido de la salud, la salud mental y la discapacidad se incluyeron porque suponen acciones de impacto en la atención a la conducta suicida dentro de un abanico más amplio de prestaciones.

Como se aprecia en las Figuras 6 y 7, la evolución cronológica de estos 32 años muestra heterogeneidades en cuanto al tipo de acciones, evidenciándose una mayor diversidad a partir del año 2016. En ese año se registran: la elaboración de planes, guías clínicas y protocolos, campañas y acciones de formación y sensibilización de carácter comunitario y territorial. Asimismo, se instala la impronta intersectorial para el diseño e implementación de las líneas de trabajo, que hasta entonces se expresaba más en la intencionalidad y el enfoque de las prácticas que en su concreción. En ese mismo año se fundan dos organizaciones de la sociedad civil orientadas

a la postvención, lideradas por familiares y allegados de personas que murieron por suicidio. Otro aspecto a señalar es el de las discontinuidades en los años que van hasta 2009, siendo este un año bisagra a partir del cual se identifican acciones en forma continua hasta el 2022. Si observamos el mismo tramo de años en clave de tipos de acciones, se evidencia una representación múltiple a diferencia de los años hasta el 2009 en que se relevan por un lado acciones de la sociedad civil o normativas puntuales sin condiciones institucionales para su implementación o acciones de política de salud nacional como la creación del SNIS que no hacen foco en suicidio pero que, por su relevancia e impacto como política de estado, se incluye en el listado.

Resulta de interés destacar la correspondencia entre las acciones de tipo normativas y decretos y su correlato en guías de actuación profesional, así como la armonización entre éstas y los planes estratégicos tanto de prevención del suicidio como de salud mental y de prestaciones.

En cuanto a las acciones de la sociedad civil organizada o el movimiento social, es notorio que durante los primeros 15 años fueron quienes impulsaron la temática sin lograr incidir en las políticas de salud orientadas al abordaje del suicidio. Es así que se identifica el primer Plan 2007 del MSP como un hito en la temática y se ubica como la primera acción del sector en el período estudiado.

Cabe señalar que en el año 2021 se logra replicar el volumen de acciones que se relevaron en el año 2016 y en el 2022 no solo se incrementa la cantidad de acciones respecto al 2021 sino que se diversifican.

Características de las acciones

Respecto a los tipos de acciones o iniciativas, en la Figura 6 puede apreciarse que, en un total de 56 documentos y experiencias analizados, los que se presentan con mayor frecuencia son los referidos a leyes o decretos (12) y a guías clínicas o de actuación profesional (11), seguidos por planes y proyectos de trabajo (8).

La mayoría de las iniciativas (50) fueron de carácter interinstitucional. Entre los organismos responsables de las iniciativas destaca el MSP con un total de 22 acciones. Otros actores nacionales involucrados en la generación de acciones fueron el Poder Legislativo, la UdelaR, ASSE, MEC, MIDES, MI, OSC.

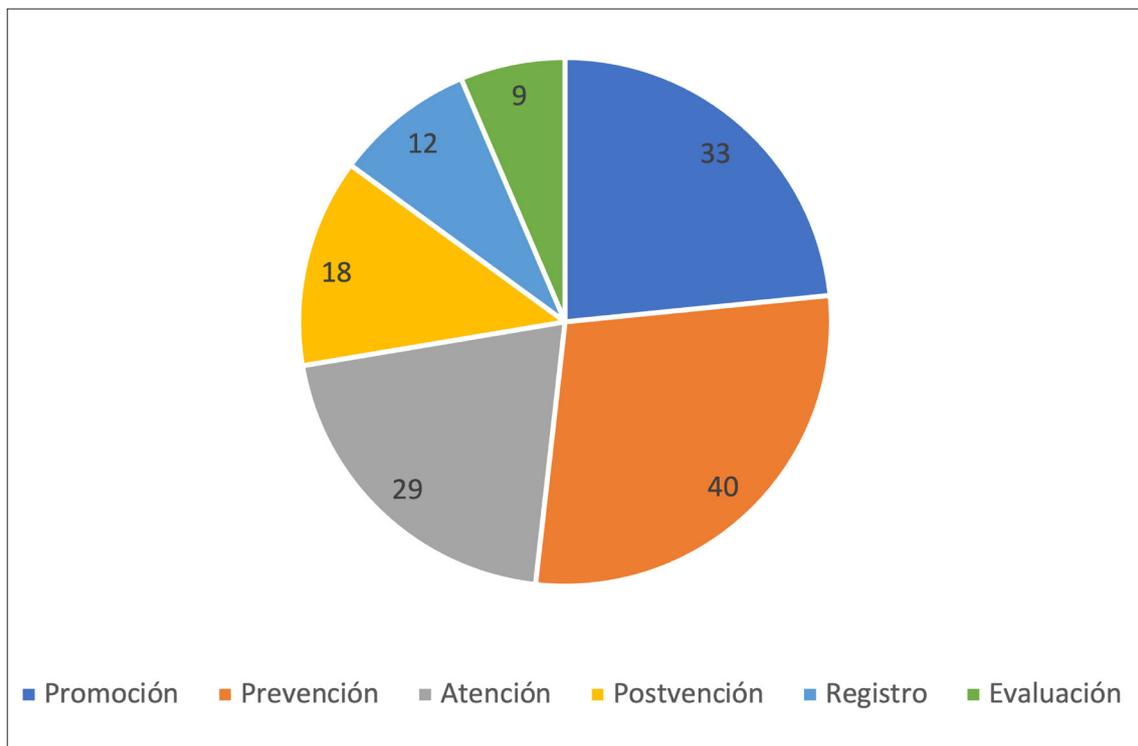
Llama la atención que solamente en 14 de las iniciativas se explicita la participación comunitaria en el diseño de las acciones propuestas. Cuando se analiza a los actores involucrados en la ejecución de las iniciativas, destacan los profesionales de salud (20) y los decisores de política pública (12), seguidos de otros profesionales (9). La participación de referentes comunitarios y de sobrevivientes/supervivientes en la ejecución de las acciones es minoritaria. Se evidencia

un accionar de la comunidad, líderes locales y OSC en los espacios no institucionales que presentan componentes de identidad local y vinculados mayoritariamente a la proximidad con la experiencia de la pérdida por suicidio.

La mayor parte de las acciones (37) se ubican en un enfoque contextual fenomenológico el cual es explicitado en algunos casos o puede inferirse por la fundamentación que se realiza respecto a la acción planteada. Otros 15 documentos adoptan un enfoque de tipo biomédico vinculando el suicidio a la enfermedad mental y la respuesta asistencial del sector salud en un sentido sanitarista.

La Figura 8 presenta información respecto al nivel de intervención en que se ubican las acciones. Al ser analizadas muchas de ellas fueron categorizadas en más de un nivel, siendo las acciones que apuntan a la prevención las de mayor frecuencia y las que apuntan a la evaluación las de menor frecuencia. Si se unifican promoción, prevención y postvención como intervenciones no asistenciales se evidencia que la mitad del total se orientan a abordar la temática desde una perspectiva situada desde la conducta suicida y los factores de riesgo y protección, trascendiendo los IAE y las muertes por suicidio como foco.

Figura 8. Nivel de acciones Uruguay 1989-2022 (setiembre)



En 29 de los 56 documentos analizados no se hace referencia explícita a los recursos necesarios para implementar la acción. En los documentos que sí lo hacen (27) se mencionan necesidades relativas a recursos materiales (21), humanos (20), y financieros (17). En 19 de los documentos se plantea que estos recursos fueron o serán asignados para la ejecución de la acción, sin detallar reportes o rendición del uso de los recursos a ser asignados. Respecto al plazo de ejecución de la acción, el mismo no es especificado en 34 de las acciones revisadas.

Objetivos de las acciones

Los objetivos de las acciones fueron categorizados tomando como referencia las cuatro grandes acciones propuestas en la Guía Vivir la Vida (OPS, 2021b). Dentro de estas acciones puede afirmarse que la que recibió mayor atención en los documentos y experiencias analizados fue la referida a actuar para detectar a tiempo, evaluar, gestionar y hacer seguimiento de cualquier persona con conductas suicidas (45 del total de 56 acciones).

Otras nueve acciones pueden categorizarse dentro de la acción que refiere a interactuar y capacitar a los medios de comunicación para que informen de forma responsable sobre el tema. Solamente una acción plantea específicamente la necesidad de velar por que se limite el acceso a los medios de suicidio, y solamente 1 acción tiene como objetivo desarrollar las aptitudes socioemocionales para la vida de los y las adolescentes.

Destinatarios de las acciones

Respecto a los destinatarios de las acciones, se encontró que el alcance de las mismas tiene un carácter universal en 26 de las acciones analizadas, es selectiva en 17 casos e indicada en 13. Las acciones que apuntan a poblaciones específicas incluyen principalmente a personas con IAE y sus familias. Dentro de los destinatarios específicos también vale consignar que algunas de las acciones refieren a profesionales o actores de los equipos de salud en acciones que apuntan a la capacitación, por ejemplo.

Casi la totalidad (48) de las acciones que se analizaron tiene un alcance país a nivel territorial. En este punto es importante recordar que el relevamiento realizado no fue exhaustivo para acciones o iniciativas departamentales o locales.

Respecto al eje de análisis de género, solamente en 6 de los documentos se plantea la necesidad de un abordaje que considere las distintas vulnerabilidades de varones y mujeres en términos de salud mental y conducta suicida en particular.

La mirada respecto a generaciones está un poco más contemplada en los documentos, aunque al igual que lo que ocurre con género, no se especifica en la mayor parte de las acciones (40).

Las 16 acciones que sí hacen referencia a generaciones también analizan las vulnerabilidades específicas de las distintas generaciones en términos de salud mental, siendo para el caso de la conducta suicida la población adolescente más referida.

Indicadores de registro y evaluación de las acciones

En 33 de las acciones analizadas se hace referencia a evaluaciones previas o indicadores de base que fueron tomados en cuenta para la elaboración de la acción. En la mayor parte de estos documentos se hace referencia a las tasas de suicidio del país, siendo este un indicador tomado también por la mayor parte de los documentos de referencia internacional.

Solamente 15 de las acciones analizadas presentan instrumentos específicos para el registro y/o evaluación de los resultados de la iniciativa que se propone, que apuntan principalmente a disminuir la cantidad de IAE y suicidios. No se encontró contenido o referencias específicas respecto a los resultados o impacto de la acción en 51 de los documentos analizados.

Grupo de discusión con expertos nacionales

Al igual que en la etapa de relevamiento, el análisis de las acciones y políticas públicas se complementó con la consulta a expertos nacionales en la temática de suicidio. El intercambio con expertos en el formato de grupo de discusión se realizó en base a un guion con preguntas abiertas orientadas a la evaluación de las acciones relevadas (impacto, obstáculos y facilitadores) así como en la generación de recomendaciones basadas en la evaluación colectiva antes mencionada y su experiencia y trayectoria en el tema.

Para dar comienzo al intercambio, se solicitó la opinión general de las acciones implementadas en los últimos 40 años, así como las características identificables en común entre las acciones y su nivel de impacto. Al respecto, los participantes consideraron la importancia de contar con un relevamiento exhaustivo que *“nos hace pensar en qué lugares habría que actuar, desde la perspectiva histórica”*.

Una de las características que se encuentran en común en las experiencias es lo que denominaron *“marco teórico”*. Se entiende que existe una supremacía médica y psicológica en el diseño de las acciones que se evidencia en el relevamiento y que se refleja incluso en la formación de profesionales en el grado. Se alude a la inexistencia de estos contenidos no solo en carreras del área social sino del área de la salud más amplia a nivel universitario.

Por otro lado, se señala que estamos inmersos en un enfoque de la salud y de los servicios: *“médico-centrista, hospitalocéntrico basado en la enfermedad ... unidireccionalidad que se da con más énfasis en el enfermo de salud mental”* y que atraviesa el diseño de las políticas.

Otro aspecto que se señala en términos generales y de características en común entre las acciones es el de la carencia de políticas en torno al fortalecimiento de las capacidades organizacionales para afrontar situaciones de tensión, conflicto o exclusión que puedan surgir de la convivencia entre personas, ya sea en el ámbito laboral, educativo o familiar. Se indica que la exclusión genera en las personas sentimientos de finitud, culpabilización y malestar a través de los que se evidencia el deseo de no vivir más. De la mano de esto se señala que las acciones que apuntan a la pertenencia, a la conformación de grupalidades y la revinculación de las personas han demostrado ser las que producen mayor impacto. Se intercambia que, si bien en todas las sociedades existe culturalmente la idea del suicidio, en Uruguay se evidencia un debilitamiento de los procesos sociales y colectivos de pertenencia como la familia o la religión.

Se visualiza la necesidad de que las políticas sean integradas *“No es posible pensar una política pública sobre suicidio separada de una política pública sobre salud mental y a su vez de salud”*. En este punto se trae como ejemplo del Plan de Suicidio de 1986: *“El modelo de sistema nacional integrado de salud... el plan de suicidio es anterior al Sistema Nacional Integrado de Salud y ya planteaba la atención comunitaria en el 1986 luego ASSE lo toma 10 años después con la creación de los Equipos Comunitarios de Salud Mental. En esta evolución el SNIS debió ser el enganche como para impulsar lo que ya se pensaba en el '86. Fue tan poco lo que tomó el SNIS que tuvo que generarse una nueva ley”*. Se afirma que la ley de salud mental como política pública a pesar de sus intenciones de transformación, debería ser integrada a una segunda reforma de la salud para poder implementarse.

A continuación, se ofrecieron las cuatro líneas de intervención que propone la Guía Vivir la Vida (OPS, 2021b) para el abordaje del suicidio. La propuesta fue que pudieran analizar las políticas relevadas en vinculación a estos puntos y si consideran que los mismos fueron tomados en cuenta para el diseño e implementación de las mismas.

Al respecto hubo consenso en cuanto a afirmar que: *“En teoría sí, pero en la práctica no”*. Tomando como analizador el lugar de los referentes locales o líderes comunitarios, se afirma que es una experiencia muy desarrollada en otras partes del mundo y que en nuestro país si bien se expresa en los planes no se generan condiciones para su verdadero desarrollo. La carencia de la figura de líder comunitario se entiende como *“una consecuencia del debilitamiento de la gobernanza y de los principios de la salud pública. La participación del líder comunitario desde varios aspectos en la creación de la estrategia de salud comunitaria... equipo mínimo con integración y gobernanza con referentes comunitarios, que participen de un plan local homogéneo, pero con caracterización local. Líderes comunitarios que participan del plan y del contralor”*. Se insiste en la importancia de contemplar las particularidades locales para el diseño de acciones.

Se plantea que, en el marco de una participación social cada vez más escasa, *“los referentes locales son cargos honorarios generalmente que dependen del tiempo de la gente y eso es una*

debilidad. Depende de la voluntad de los líderes institucionales de cuanto permiten que la gente participe”.

Por otro lado, y vinculado a la necesidad de dar respuesta y seguimiento a la conducta suicida, se afirma que estos grupos de personas sensibilizadas y capacitadas en la temática oficia como una red de resolutiveidad local cuando hay carencias en la dotación de recursos técnicos. Y se preguntan *“Hay aspectos de resorte sanitario, pero ¿qué definimos como sanitario? Un equipo multidisciplinario es una respuesta sanitaria”*. Se destaca que no está garantizada la presencia de especialistas en todo el territorio nacional, pero, por otro lado, se acuerda acerca de que la respuesta no debe ser exclusiva desde la hegemonía médica fundamentalmente en las políticas de prevención.

También se invitó a reflexionar si han contemplado o no las recomendaciones de la Guía Vivir la Vida (OPS, 2021b) para la implementación de acciones de abordaje al suicidio entre las que se mencionan: importancia de registros, multisectorialidad, financiamiento, evaluación de estrategias.

El aspecto que obtuvo mayor consenso fue el relacionado al financiamiento. Tomando como ejemplo la ley de salud mental, expresan los distintos puntos en que la falta de financiamiento determina el fracaso de la misma como acción de política pública: la falta de expansión de los dispositivos alternativos y consecuentemente la externalización de usuarios y usuarias de centros asilares a una red inconsistente y la falta de recursos de la comisión de contralor de la atención para cumplir con su rol inspector. *“Es incompatible una política pública que no vaya acompañada de recursos financieros”*.

Otro aspecto en que aparecen coincidencias es la importancia de incluir las perspectivas de género y generaciones en acciones que supongan un trabajo de proximidad con las personas. Consideran que respecto a las infancias y adolescencias es importante la *“focalización sobre el tema de generar reconocimiento, que sos una persona valiosa”*. Esto se vincula nuevamente con el factor de protección que supone la inclusión educativa y la pertenencia a grupos de pares. Como contrapartida, cuando no se logra esa cohesión desde lo social y no se encuentra pertenencia surgen las conductas de riesgo.

Vinculado a la pertenencia social se analizó también el acceso a bienes, en términos económicos y la pobreza como factor de riesgo para el suicidio, si bien se acuerda que es transversal a las clases sociales, se señala la importancia de evidenciar que las personas en situación de pobreza también padecen sufrimientos emocionales y están más expuestas a tomar el suicidio como una salida.

Otra arista de la vulnerabilidad en términos económicos: *“sobre el suicidio y la pobreza ... es el poder adquisitivo y el acceso a la salud, porque la equidad en este momento de las políticas sanitarias se ha ido desflecando y hoy en día hay una situación de equidad a una lista de espera, no es acceso [...] La dificultad de acceso al punto de atención, o pagar un ticket, eso son niveles que terminan en las prestaciones VIP”*.

Para el grupo, el tipo de servicios sanitarios que se brinda, así como las formas de acceso, inciden en la atención al suicidio y pueden ser determinantes para el seguimiento y la valoración del riesgo de vida. *“A veces hay luces que se prenden cuando alguien consulta... Conocemos ejemplos que han dejado personas desfilando por distintos centros de salud y la luz venía prendida y nadie la vio”*.

Sobre la implementación de acciones de abordaje al suicidio una participante expresa: *“Tendrían que estar siempre en monitoreo, todo, la escuela, las religiones, como se atiende una persona en riesgo de suicidio, el lugar de cada profesional...”*; afirmando la importancia de la revisión, monitoreo y evaluación continua de acciones de largo plazo.

Adentrándose en las recomendaciones se les consulta sobre cómo deberían ser las acciones de promoción, prevención, abordaje y postvención. En primer término, se señala: *“Tiene que haber un ministerio de salud fuerte en lo que tiene que ver con políticas, contralor, canasta de prestaciones de salud, regular los tiempos de espera... no solo en salud mental”*.

Se discute sobre la idea de la rentabilidad o no de políticas de promoción y prevención y se establece que, si bien la lógica del mercado hace pensar en que es un gasto, existe evidencia científica que avala la idea de la inversión en salud. Ello conduce al acuerdo de que las políticas de promoción y prevención deben ser basadas en evidencia e investigación científica, e implementadas por personal calificado en la temática. Sobre el punto de la calificación en la temática consideran que es imprescindible sensibilizar a la clase política y a quienes son decisores para que incidan en la asignación de rubros para proyectos.

Lo antedicho se vincula a las falencias que se reconocen en la evaluación de las políticas: *“malos evaluadores, es histórico eso, los mecanismos de contralor estatales no funcionan, nunca funcionaron bien, no funcionaron a pleno”*.

Otro aspecto que mencionan como recomendación retoma lo analizado sobre el papel de los líderes comunitarios locales. Hay consenso en proponer que *“participen en los planes y en la evaluación para que se generen planes locales que incluyan planes departamentales y que a la vez estén incluidos en una estrategia nacional con homogeneidad pero con cierta especificidad de cada territorio. Más allá de la plata necesitamos una estrategia fuerte ... que está escrita y está escrita hace mucho tiempo, pero seguimos dando vuelta en lo mismo, se producen documentos, se producen cosas y terminan en los estantes, llenándose de polvo”*.

En cuanto a obstáculos y facilitadores para la implementación de políticas públicas sobre suicidio en Uruguay el grupo discute sobre los marcos normativos y como los mismos tanto pueden ser barreras como facilitadores. A veces: *“se cumple la norma, ahora cuando las normas están hechas sin mirar la dignidad de la persona esa no es una buena ley... Las normas tendrían que ser revisadas en la medida que en la aplicación no salga gente lastimada o gente expulsada”*.

Sugieren que las normas sean sujetas a revisión y perspectiva bioética.

Otro obstáculo consensuado es el referido a las y los profesionales en diferentes aspectos: las carencias en la formación, la falta de normativa en cuanto a las dotaciones de técnicos con una lógica territorial y los aspectos vinculados a la gobernanza en términos de participación de usuarios y usuarias de salud.

Como facilitadores ubican también a la normativa en tanto *“da fortaleza jurídica para llevar adelante un plan. Habrá que ir revisando, hay que destacarlo”*. Los otros facilitadores expresados fueron: el lugar de la sociedad civil organizada, la cultura e identidad uruguaya como solidaria y la política de salud pública con accesibilidad universal. Finalmente se consigna la clase política en tanto tiene en sus manos legislar y otorgar presupuesto. *“Las organizaciones de la sociedad civil mueven y hablo de todas, las más simples... pero hay que generar nuevas políticas de salud mental con plata, es el mayor efector y lo logras con el trabajito con los políticos”*.

Para finalizar se les solicitó sintetizar las recomendaciones que se orientaron fundamentalmente a: sensibilizar a la clase política, impulsar una segunda reforma del SNIS que integre la ley de salud mental en su fundamento. Que las propuestas de prevención sean de carácter general más que global y que partan de *“un estudio socio histórico cultural de cada zona para que no se dilapiden recursos”*. El diseño de los planes debe incluir una *“perspectiva bioética y de género... conocimientos psiquiátricos y psicológicos. El estado debe ser fuerte, pero dialogar con las organizaciones sociales y no aplastarlas porque... El exceso de empoderamiento del estado sin formación es otra cosa”*.

Afirman que el contralor de las políticas lo deben hacer las organizaciones de la sociedad civil y que se trata de políticas de estado más que de gobierno.

Discusión de resultados y análisis de acciones

El presente apartado articula los resultados obtenidos en el proceso de relevamiento y análisis de antecedentes con el marco referencial a efectos de fundamentar una serie de recomendaciones que cumplan con los requisitos de ser basadas en evidencia y adaptadas al contexto nacional desde una mirada global.

Los primeros resultados presentados refieren a las estadísticas sobre suicidio en Uruguay a partir de la década del 80, desglosando la información por género y tramos etarios. En el año

2021 se consignó la tasa más alta de suicidios de la que se tiene registro: 21.39 cada 100.000 habitantes (MSP, 2022a). Esta cifra, y las que se registran en el país en las últimas décadas, ubican a nuestro país en el grupo de los países con mayor incidencia de la problemática a nivel mundial (Hein et al., 2020).

Tanto en la literatura consultada como en la opinión de las y los informantes calificados, queda asentada la importancia de integrar la perspectiva de género y generaciones al abordaje de la temática en todos los niveles de acción e intervención. En la sistematización de las experiencias, se evidencia que tanto género como generaciones se toman en cuenta a la hora de establecer un criterio selectivo o indicado de la intervención. Sin embargo, parece ser una visión limitada dado que no se transversaliza en el diseño de las acciones. Si nos concentramos en las acciones de los dos últimos años (2021-2022), las poblaciones adolescentes y tercera edad han sido foco de las campañas masivas y ello podría evidenciar una cierta acumulación de antecedentes en estas franjas etarias, así como una respuesta lineal a los aumentos de suicidios para cada tramo etario.

Hein et al. (2020) ofrecen una profundización de los enfoques de género y generaciones y su operativización en el marco del diseño de respuestas al tema. Con respecto a generaciones se requiere la caracterización de las etapas vitales y una valoración en articulación con la evolución de las tasas nacionales y su recurrencia o no con las cifras regionales o mundiales. Al estudiar en particular la adolescencia y la vejez se ofrece la perspectiva de riesgo psicosocial como una herramienta que habilita el interjuego de las características individuales, medioambientales y contextuales, y la mutua influencia entre los factores de protección y riesgo para la estimación de las señales de alarma.

Hein et al. (2020) plantean que en las personas adultas mayores el número absoluto de suicidios continuará incrementándose y pronostican que para el 2030 será el doble en tanto conforman el segmento de más rápido crecimiento poblacional.

La perspectiva de género es imprescindible a la hora del diseño de políticas orientadas al suicidio. La vinculación entre género e intentos de autoeliminación y suicidios consumados, así como el tipo de medio para el suicidio han sido ampliamente desarrolladas (Griffin et al., 2022; Payne et al., 2008). Existe consenso en asumir que las pautas de socialización así como los roles asignados a varones y mujeres y las formas de las relaciones humanas son determinantes en las muertes por suicidio, los IAE y las secuelas y repercusiones familiares y sociales que ello conlleva. El número de suicidios consumados en varones tanto en Uruguay como en el mundo da cuenta de la particular vulnerabilidad que existe asociada a la masculinidad hegemónica y tradicional. Con respecto a las mujeres se señala que los condicionamientos de género asignados culturalmente podrían constituir factores de protección específicos que contrarrestan el riesgo. La llamada paradoja del género (Griffin et al., 2022; Hein et al., 2020) expresa la importancia de

estudiar tanto la letalidad en los varones como la reiteración de intentos en las mujeres.

Otro aspecto que vincula género y suicidio es la violencia de género y generaciones, en tanto en ocasiones el suicidio en varones aparece a posteriori de un femicidio con o sin filicidio. En este marco, es posible expresar que las acciones relevadas no han incluido integralmente la perspectiva de género ni desde el diseño ni en clave de destinatarios y población objetivo.

Al analizar la producción académica también se evidencia una falta de focalización en términos de generaciones, género y territorio. La producción académica nacional revisada apuntó fundamentalmente a comprender la conducta suicida. Sus resultados aportan elementos importantes que son reconocibles en muchas de las fundamentaciones para las acciones y políticas públicas analizadas pero que, como se planteó antes, no parecen transversalizarse en el diseño de las acciones.

Los trabajos académicos que propusieron la evaluación o revisión de acciones o política pública vinculada al suicidio destacaron la necesidad de minimizar el subregistro y mejorar el procesamiento de la información respecto a los IAE, así como la necesidad de incluir a la familia en los abordajes. Estos puntos también fueron enfatizados por los expertos consultados.

Desde las distintas fuentes que componen este estudio se advierte que un plan de abordaje al suicidio debe incluir el reporte de IAE en al menos dos ejes: la sistematización de tipo epidemiológico que aporte al diseño de políticas, estrategias y acciones basadas en los intentos y la existencia de acciones protocolizadas, supervisadas y controladas para el seguimiento singularizado del IAE.

Lo antedicho se fundamenta en el IAE como el mejor predictor conductual de muerte por suicidio (OPS, 2018; WHO, 2018). El IAE es también uno de los indicadores que se señalan con mayor poder evaluatorio de políticas de prevención. Cabe señalar que un mecanismo nacional y centralizado de reporte de IAE requiere en términos de política pública un sustento legal, institucional y técnico específico del sector salud.

La normativa tanto en términos de planes como de protocolos de actuación profesional es un punto insoslayable para el abordaje y la respuesta a la conducta suicida. Sin embargo, parece existir una brecha entre la normativa y su aplicabilidad. Quizá ejemplifique este punto el hecho de que, aunque desde el año 2011 existe la normativa respecto al registro obligatorio de los IAE, fue necesario realizar sucesivos decretos y ordenanzas en los años 2012, 2013, 2017 y 2022 para asegurar que el registro sea realizado en forma completa en todos los casos.

Otro posible aspecto vinculado a la distancia entre los documentos y la realidad puede relacionarse a las dificultades en la detección de indicadores de riesgo por parte de algunos pro-

fesionales, de sus prácticas establecidas y de las dinámicas institucionales que hacen complejo no sólo el registro sino todas las acciones que el mismo debe desencadenar en la continuidad asistencial. En este punto, los informantes calificados insisten en la importancia del liderazgo y contralor por parte del Estado.

Las familias y los agentes comunitarios -incluidos sobrevivientes y supervivientes de suicidio- tienen un rol fundamental que cumplir en tanto redes personales y sociales que deben presentar suficiente cohesión y articulación para que la persona no quede sola en su crisis suicida. Esto es visible en iniciativas reportadas en estos 40 años tanto de las OSC como desde los movimientos sociales locales. Sin embargo, a la hora de analizar a los actores involucrados en el diseño, ejecución y contralor de las acciones se evidencia falta de protagonismo de estas organizaciones. Retomando la idea de la brecha entre la normativa y su implementación, la designación de representantes de los movimientos sociales en los espacios de articulación interinstitucional no garantiza por sí mismos la efectiva participación.

Respecto a la detección y abordajes oportunos, Brodsky et al. (2018) mencionan la importancia de intervenciones breves como *The Safety Plan Intervention* que combina estrategias para la reducción del riesgo en un plan de seis pasos: señales de alerta, estrategias de afrontamiento, personas y lugares de distracción, personas a quienes recurrir por ayuda, profesionales a quienes pedir ayuda, y asegurar medios para permanecer seguro. El componente de seguimiento y monitoreo supone disponibilidad y flexibilidad en la atención a las personas en riesgo (aumentar la periodicidad de las consultas, llamadas telefónicas, etc.), involucrar a familiares y otras personas que puedan brindar apoyo, así como la contención entre los propios miembros de los equipos de salud.

En los antecedentes de acciones encontramos varias iniciativas que especifican el procedimiento una vez que se detecta una situación de riesgo y que están en consonancia con las investigaciones y referencias a nivel internacional. Como se abordará más adelante, la ausencia de registro y de evaluación de resultados impide afirmar su real ejecución y eficacia.

En los antecedentes relevados y en la consulta con los expertos nacionales e internacionales, se destaca la necesidad de capacitación y actualización de profesionales. De manera un tanto paradójica con las altas tasas de suicidio que registra Uruguay en términos históricos y en especial en las últimas décadas, se plantea la falta de inclusión específica del tema en la mayor parte de las carreras de pregrado. También se hace mención a la carencia de actualización. La formación permanente en relación a los dispositivos y abordajes que cuentan con mayor evidencia empírica queda librada a iniciativa personal, sin un anclaje institucional formal aun cuando se cuentan con abundantes protocolos y guías de actuación profesional.

La preocupación por la formación y actualización de quienes trabajan en la atención primaria

en salud fue reportada también en otros países (de la Parra et al., 2022). A partir de la recomendación de la *National Action Alliance for Suicide Prevention* de los Estados Unidos de que los programas de pregrado y postgrado para profesionales de la salud aseguren el desarrollo de competencias básicas relevantes para la prevención del suicidio, Graves et al. (2018) buscaron identificar y comparar políticas estatales para la capacitación en prevención del suicidio de profesionales de la salud. Las autoras encontraron que solamente 10 estados habían aprobado leyes que obligaban a profesionales de la salud a completar una capacitación en prevención del suicidio. El trabajo concluye planteando la necesidad de establecer políticas consistentes respecto a la formación y/o actualización de profesionales de la salud para la prevención del suicidio.

Por otro lado, en términos de acciones se evidencia una mayor cantidad de las mismas vinculadas al sector salud, así como a su implementación por parte de profesionales de la salud y de la salud mental. Este aspecto también se encontró en la producción académica analizada ya que, a pesar de que hay trabajos de distintas disciplinas que dan cuenta del reconocimiento de la multicausalidad del fenómeno y de la importancia de abordajes que puedan incorporar distintas miradas disciplinares, son los profesionales de la salud mental quienes más se han dedicado al estudio del tema. En términos de interdisciplinariedad, el Grupo de Comprensión y Prevención de la Conducta Suicida ha trabajado de forma sostenida reuniendo a académicos de distintas áreas y otros actores de la sociedad civil.

En el relevamiento de acciones realizado y también en la consulta a expertos, se discute la tensión que surge al integrar aspectos globales, de alcance universal, con otros que son específicos a lo local. La mayoría de las acciones relevadas son de carácter interinstitucional y de alguna manera incluyen la participación comunitaria y de los distintos sectores involucrados. Aún en el marco de los grandes planes nacionales que contemplan el impulso de estructuras de carácter interinstitucionales departamentales, las mismas no parecen suficientes para dar cuenta de las identidades, fortalezas y debilidades de las comunidades locales para afrontar la problemática de suicidio.

Respecto a la participación multisectorial, Pearce et al. (2022) realizaron una revisión sistemática con el fin de conocer la real colaboración multisectorial en el diseño, desarrollo y evaluación de los programas para la prevención del suicidio. La revisión concluye señalando la falta de evidencia respecto a que efectivamente se establezcan colaboraciones multisectoriales entre investigadores y actores claves, aun cuando existe consenso respecto a su necesidad. También se deja planteada la oportunidad de revisar cuestiones de poder y equidad en las colaboraciones multisectoriales y alentar a una mayor participación de las organizaciones de la sociedad civil en la evaluación de las acciones de prevención de suicidio.

Para el caso de Uruguay, cabe destacar como una señal en este sentido, el impulso a la designación de representantes de cada sector en los grupos departamentales de prevención del suicidio. Alineado con esta idea de colaboración multisectorial e interinstitucional se encontró que la mayor parte de las acciones revisadas parten de un enfoque contextual-fenomenológico que reconoce la multicausalidad y la importancia de la participación multisectorial. Aun así, es mayor la incidencia de los profesionales de la salud y los decisores de política pública, coexistiendo con la vigencia de un enfoque biomédico en detrimento de actores de la comunidad, familias, otros referentes disciplinares (García-Haro et al., 2018).

En cuanto a los niveles de intervención, la mayor parte de las acciones analizadas refieren a la prevención constatándose escasa sistematización, evaluación y difusión de sus resultados. Tomando en consideración las 4 acciones que recomienda la OMS para el abordaje del suicidio (OPS, 2021b), el objetivo vinculado al registro y abordajes oportunos del IAE es, al menos en el plano documental, el formulado con mayor frecuencia en las acciones analizadas. Respecto a los otros niveles de acción es posible problematizar algunos puntos referidos específicamente a la promoción y la atención.

En el nivel de promoción, sólo una de las acciones apunta específicamente a desarrollar las aptitudes socioemocionales para la vida de adolescentes. La adolescencia es una etapa de riesgo para la aparición de trastornos mentales (Solmi et al., 2021) y es también un período crítico para la adquisición de aptitudes socioemocionales. La OMS y el Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) diseñaron el programa *Helping Adolescents Thrive* para la promoción del bienestar y prevención de problemas de salud mental (OMS & UNICEF, 2021) que ofrece orientación y herramientas de aplicación en ámbitos de la salud, educación, servicios sociales y justicia. En el programa se insiste en la idea de que hablar del suicidio no aumenta el riesgo, sino que hará que las y los adolescentes se sientan habilitados a pedir ayuda cuando lo necesiten.

En el nivel de la atención y abordaje en salud a la conducta suicida, es significativa la escasa de referencia específica a los abordajes y tratamientos que cuentan con mayor evidencia empírica como la terapia cognitivo-comportamental y la terapia dialéctica-comportamental (Brodsky et al., 2018; Mann et al., 2021).

Una revisión sistemática en las bases PubMed y Google Scholar buscó identificar las estrategias de abordaje del suicidio escalables, que contaran con evidencia empírica (Mann et al., 2021). De los 20234 artículos publicados entre 2005 y 2019, 97 fueron análisis clínicos aleatorizados tomando como resultado primario el comportamiento o la ideación suicida, o estudios epidemiológicos sobre limitación al acceso de medios, enfoques educativos, o tratamientos con antidepresivos. Los resultados de este estudio plantean que: la formación de profesionales en el nivel de atención primaria para el reconocimiento y tratamiento de la depresión previene

el suicidio; el seguimiento activo a los pacientes después del alta por una crisis psiquiátrica o suicida previene el suicidio; el uso de antidepresivos previene los intentos de suicidios, pero con un tamaño del efecto bajo; la terapia cognitivo-conductual y la terapia dialéctica-comportamental previenen el comportamiento suicida; el trabajo y la educación con jóvenes respecto comportamiento suicida, previene el suicidio. No se ha demostrado que el screening de ideación o intentos de suicidio sea mejor que el screening de la depresión para la prevención del suicidio. La educación a *gatekeepers* sobre el comportamiento suicida de jóvenes carece de eficacia, y no se encontraron ensayos clínicos aleatorizados sobre el entrenamiento a *gatekeepers* para la prevención del comportamiento suicida en adultos. La detección de riesgo a través de algoritmos en internet o celulares está poco estudiada. La restricción del acceso a medios de suicidio previene el suicidio, pero no es tan utilizada en países como los Estados Unidos donde casi la mitad de los suicidios son por armas de fuego.

Cabe señalar que ni en el relevamiento realizado ni en la opinión de informantes calificados se destaca la importancia de limitar el acceso a los medios para el suicidio, a pesar de que dificultar el acceso a medios letales puede ayudar a que no se emprenda una acción fatal irreversible en un momento de crisis aguda. La restricción de un método de suicidio no conduce necesariamente a la utilización de otros medios (OPS, 2021b) y cuenta con amplia evidencia empírica (Brodsky et al., 2018; Mann et al., 2021). Así como para otros países es crucial intervenir en la tenencia de armas de fuego o en el acceso a plaguicidas y otros venenos, en Uruguay los datos respecto al método vinculado a los ahorcamientos plantean desafíos específicos que deberán ser estudiados en profundidad y abordados.

El escaso énfasis en acciones de promoción y la baja referencia a los resultados de la investigación científica respecto a las prácticas clínicas que cuentan con evidencia empírica fueron reforzadas por los expertos consultados, conjuntamente con otras barreras que la OMS (WHO, 2018) menciona para la implementación de una estrategia nacional de prevención del suicidio como la falta de presupuesto y la baja calidad o sistematización de datos que hace difícil sino imposible fijar líneas de base y/o indicadores de logro.

Respecto al financiamiento, muchas de las acciones analizadas no hacen referencia explícita a los recursos necesarios ni asignados para su implementación. El financiamiento da cuenta del compromiso estatal respecto al suicidio como problema de salud pública, asegurando que las acciones tengan un carácter de política de estado y no de gobierno. A la vez que asegurar el financiamiento del estado, la puesta en marcha de los planes y estrategias requiere de cierto nivel de autonomía para la ejecución de los fondos asignados y la administración de los recursos humanos, como parte de una gestión que debe dar cuentas de sus procesos y resultados. Al analizar las acciones, este es un aspecto difícil de dilucidar por la falta de información disponible. El aspecto relativo al financiamiento fue quizá uno de los más destacados en la consulta a referentes nacionales, afirmando que los cambios necesarios podrían implicar la revisión

misma del sistema nacional integrado de salud, y que es necesario considerar el financiamiento como inversión y no como gasto.

El último eje de análisis del relevamiento de acciones realizado se refirió a indicadores de registro y evaluación, el cual constituye como se mencionó con anterioridad, una barrera para la implementación de una estrategia nacional de prevención del suicidio y la conducta suicida. Una parte importante de los documentos toma como indicador de base las tasas de suicidio del país. Si bien este es un indicador claro, potente y que cuenta con amplio consenso en la literatura, es importante incluir otro tipo de indicadores que contemplen la diversidad de factores que lo influyen, en una evaluación menos lineal e inmediata de las acciones emprendidas (WHO, 2018).

Otros indicadores, que abarcan acciones que van desde la promoción hasta la atención, pueden incluir el número de intervenciones de detección, atención, o seguimiento realizadas, las instancias de capacitación de profesionales y actores comunitarios, la disminución de las hospitalizaciones por IAE (OPS, 2014). Consultados los informantes calificados sobre el punto específico de la construcción de indicadores, no surgieron otras ideas aparte de las anteriormente reseñadas.

En ninguno de los documentos analizados se encontró contenido o referencias específicas respecto a los resultados o impacto de la acción ejecutada. A pesar de la dificultad antes consignada respecto a la evaluación de las acciones, resulta necesario fijar objetivos e indicadores claros que puedan mostrar los avances logrados y ofrecer insumos para perfeccionar estrategias e indicadores a futuro (OPS, 2021b).

En la publicación *National suicide prevention strategies. Progress, examples and indicators* de la OMS (WHO, 2018) Uruguay formuló la meta de reducir en 10% la mortalidad por suicidio en el período 2011-2020. Lamentablemente, ese objetivo no fue alcanzado. En el documento se detallan indicadores de monitoreo y evaluación que podrían ser revisados y retomados para la evaluación de distintas acciones.

Recomendaciones

En esta sección se realizan una serie de recomendaciones que se desprenden de los resultados y su articulación con la literatura consultada. El alcance de estas recomendaciones no puede presentar saltos lógicos respecto a los aportes y a las limitaciones que este trabajo de consultoría posee.

Se entiende que el trabajo cumplió con los objetivos de ofrecer una sistematización de las acciones, iniciativas y producción académicas realizados desde 1990 a la fecha, e iluminar posibles aspectos en los que debería trabajarse para mejorar el problema grave que tiene Uruguay respecto al suicidio.

Las recomendaciones que se presentan a continuación siguen el orden de los resultados y la discusión planteados y tienen una línea discursiva en común: la distancia o brecha entre los documentos y su aplicabilidad. Se entiende que es posible y necesario revisar y acortar estas distancias siendo más exigentes en los aspectos de aplicación y evaluación de las acciones.

1. Transversalización de las políticas de prevención de la conducta suicida y el suicidio con perspectiva de género y generaciones.

Las políticas orientadas con enfoque generacional deben ser ajustadas a las características de cada etapa vital. Transversalizar con género las políticas vinculadas al suicidio implica que se redimensione y complejice el fenómeno atendiendo a que los modelos de socialización que reproducen los estereotipos hegemónicos de ser varones y ser mujeres inciden en las muertes por suicidio a la vez que promueve una perspectiva de equidad y combate a la discriminación y la violencia. Se requiere la inclusión de estos grupos poblacionales en su diversidad social aportando sustantivamente al diseño de las políticas de modo de trascender el lugar tradicional de destinatarios de política pública.

2. Articulación de las dimensiones universales y globales con territorialidad y localidad.

Los aspectos generalizables respecto a la conducta suicida necesitan de la revisión considerando las expresiones territoriales que permiten comprender la particular forma en que ello se manifiesta en distintas localidades de nuestro país. El fortalecimiento de estructuras de orden departamental por parte del MSP debe promover la integración de los movimientos sociales en su carácter local, territorial y comunitario. En la órbita de la comunidad surgen figuras con liderazgos y referencias que aporten la voz local a los espacios institucionales, más allá de la representación de los sectores.

3. Participación sustantiva de supervivientes y sobrevivientes de suicidio, familias y agen-

tes comunitarios en el diseño, implementación, y contralor de políticas públicas sobre conducta suicida y suicidio.

Los espacios instituidos y multisectoriales donde se convoca la interinstitucionalidad cuentan con un respaldo normativo y reglamentario que es destacable en nuestro país. Resta minimizar la distancia entre la designación formal de representantes de la sociedad civil y la comunidad y una participación efectiva y sustantiva en dichos espacios. Otros formatos de participación a promover son las redes especializadas en la postvención y grupos de familiares supervivientes que conforman dispositivos de apoyo local, accesibles, cercanos e inmediatos, en articulación y colaboración con los prestadores de salud.

4. Universalización del sistema de registro y procesamiento de la información de IAE.

La conformación de un sistema integrado y nacional de información sobre IAE constituye un imperativo para el avance en la política pública para revertir la incidencia de las muertes por suicidio en nuestro país. De ello depende la precisión y consistencia de las acciones de prevención y la trazabilidad asistencial de las personas que presentan IAE. En términos de política pública el registro del IAE y la creación de sistemas integrados de información requiere de un sustento legal, institucional y técnico específico del sector salud, que supone adecuaciones y armonización normativa que garanticen su aplicabilidad.

5. Capacitación específica y actualización profesional.

Proponer la integración de contenidos sobre conducta suicida en las mallas curriculares de grado de las profesiones vinculadas a las áreas: salud, social y educación. Brindar espacios de formación continua a profesionales, especialmente en el sector salud, dado que, si bien se cuenta con guías clínicas de actuación y protocolos para el abordaje de la conducta suicida ello no garantiza las buenas prácticas en el abordaje de los IAE. La formación continua de profesionales de la salud para el abordaje de la conducta suicida no suple la falta de equipos asistenciales suficientes para cubrir las necesidades de atención especializada en todo el territorio nacional o los problemas de diseño u organizacionales de los servicios.

6. Diseño de estrategias basadas en evidencia e investigación científica.

Existe suficiente acervo documental que aporta evidencia validada para fundamentar las acciones de política pública orientadas a la conducta suicida y el suicidio. Además de aportar rigurosidad a las mismas, se apunta a la eficiencia y eficacia, y el mejor uso de los recursos. Los protocolos y dispositivos vigentes deberían ser revisados y actualizados, acompañados de la capacitación correspondiente a quienes son responsables de su ejecución.

7. Profundización del estudio acerca del acceso a medios y los métodos para la consumación del suicidio.

Se evidenció una ausencia de abordaje específico respecto al acceso a medios para la consumación de la muerte por suicidio. Si se toman en cuenta los métodos de suicidio usados en Uruguay, se identifica un campo de estudio e intervención imprescindible para conocer, comprender e intervenir acerca de las acciones específicas a desarrollar en este eje de acción.

8. Combate al estigma y sensibilización.

Las acciones de prevención de la conducta suicida y el suicidio tienen limitantes en cuanto al alcance en términos de población general. El combate al estigma es una consecuencia de múltiples acciones que abonan a un cambio social respecto a la salud mental. En este punto, se hace foco en el rol específico de los medios de comunicación y su contribución tanto desde la generación y el apoyo a través de campañas nacionales y también a partir del tratamiento de las noticias vinculadas al suicidio.

9. Acciones de promoción de la salud y la salud mental.

Las acciones de promoción por su naturaleza deben orientarse a promover el bienestar y el buen vivir, así como la salud en términos integrales. Las políticas públicas vinculadas a la promoción del bienestar deben trascender al sector salud, así como considerarse como una inversión en la calidad de vida de las personas.

10. Revisión continua y evaluación de las acciones de política pública sobre suicidio.

El análisis realizado fundamenta la necesidad de avanzar en el diseño e implementación de sistemas de evaluación de resultados basados en indicadores directos e indirectos que permitan realizar ajustes necesarios a las políticas que ya se construyeron e implementan. Los indicadores que marcó Uruguay para el trabajo de la OMS (WHO, 2018) constituyen una base para comenzar este trabajo. En esta evaluación es deseable incluir la mayor diversidad de fuentes de datos cuantitativos y cualitativos para obtener distintas perspectivas sobre el éxito o el fracaso de cada acción y proporcionar información clara sobre las estructuras y procesos que deberían ser revisados, creados o fortalecidos para el logro de los objetivos.

11. Liderazgo y contralor del estado para la prevención del suicidio

Uruguay es uno de los países que dispone de planes nacionales para la prevención del suicidio y que debe avanzar en la asignación de recursos y los procesos de evaluación sistemática para el mejoramiento en términos de eficacia y eficiencia (WHO, 2018). En tal sentido, se recomienda la conversión de la Comisión Honoraria de prevención del suicidio en una Estrategia Nacio-

nal que cuente con los atributos de: autonomía financiera, recursos técnicos y especializados propios con dedicación exclusiva y rentada y que se constituya en la referencia técnica de las comisiones departamentales de prevención del suicidio, de modo de ser la estructura local y territorial de la estrategia nacional. Una estrategia nacional de prevención del suicidio debe ser una política de estado y no de gobierno.

12. Financiamiento.

Si bien el financiamiento es un componente presente en todas las recomendaciones, se le da un tratamiento particular en tanto constituye un obstáculo para la implementación y el desarrollo de acciones de política pública. Es una decisión de política de estado la de otorgar no solo financiamiento a los planes nacionales sino autonomía en la disposición y ejecución de los mismos. El financiamiento asignado en esta modalidad queda sujeto a planes de ejecución del gasto y reportes lo que impone una vez más, la necesidad de establecer metas e indicadores cuantificables que justifiquen los rubros asignados. Todo lo cual contribuye a deconstruir la idea del gasto en salud por el principio de inversión y evaluación de resultados.

Para finalizar este documento, y reconociendo las limitaciones reseñadas a lo largo del mismo, se presentan algunas ideas para mejorar, profundizar o continuar el trabajo:

- Realizar un relevamiento exhaustivo de acciones departamentales y locales.
- Ampliar la búsqueda académica incluyendo trabajos publicados en revistas extranjeras.
- Incluir y detallar los datos estadísticos respecto a IAE y métodos para IAE y suicidios.
- Revisar la inclusión de la temática en los programas académicos de carreras de las áreas de la salud y sociales.

Referencias

- Brodsky, B. S., Spruch-Feiner, A., & Stanley, B. (2018). The Zero Suicide Model: applying evidence-based suicide prevention practices to clinical care. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 33. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00033>
- Dajas, F. (1990). Alta tasa de suicidio en Uruguay: consideraciones a partir de un estudio epidemiológico. *Revista Médica del Uruguay*, 6(3), 203-215.
- Dajas, F. (2001). Alta tasa de suicidio en Uruguay, IV: La situación epidemiológica actual. *Revista Médica del Uruguay*, 17, 24-32.
- de la Parra, G., Zuñiga, A., Crempien, C., Morales, S., Errázuriz, A., Martínez, P., Aravena, C., & Ferrari, T. (2022): Delphi-validation of a psychotherapeutic competencies training protocol (PCTP) for the treatment of depression in primary care: evidence-based practice and practice-based evidence. *Studies in Psychology*, 43(3), 546-582. <https://doi.org/10.1080/02109395.2022.2127239>
- García-Haro, J., García-Pascual, H., & González-González, M. (2018). Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 381-400. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000200003>
- Graves, J. M., Mackelprang, J. L., Van Natta, S. E., & Holliday, C. (2018). Suicide prevention training: policies for health care professionals across the United States as of October 2017. *American Journal of Public Health*, 108(6), 760-768. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304373>
- Griffin, L., Hosking, W., Gill, P. R., Shearson, K., Ivey, G., & Sharples, J. (2022). The Gender Paradox: understanding the role of masculinity in suicidal ideation. *American Journal of Men's Health*, 16(5), 15579883221123853. <https://doi.org/10.1177/15579883221123853>
- Grupo de Comprensión y Prevención de la Conducta Suicida (2020). Respuesta a la solicitud elevada por la Cámara de Representantes, y rotulada en la Universidad de la República con el expediente N 013000-000312-20, y recibido por el Grupo de Comprensión y Prevención de la Conducta Suicida el día 4 de junio.
- Hein, P. & González, V. (2017). Suicidio en Uruguay. En: C. Larrobla, P. Hein, G. Novoa, A. Canetti, C. Heuguerot, V. González, M. J. Torterolo, & L. Rodríguez (Comp.), *70 años de Suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros*, (pp. 169-194). CSIC, UdelaR.
- Hein, P., Larrobla, C., Novoa, G., Canetti, A., Heuguerot, C., González, V., Caligaris, A., Torterolo, M. J., Roig, Y., Espíndola, S., & Dibarboure, F. (2020). *Enigmas y estigmas del suicidio en el Uruguay*. CSIC, UdelaR.
- Mann, J. J., Michel, C. A., & Auerbach, R. P. (2021). Improving suicide prevention through evidence-based strategies: a systematic review. *The American Journal of Psychiatry*, 178(7), 611-624. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060864>
- Ministerio de Salud Pública [MSP] (2022a). *Estrategia de abordaje multisectorial de prevención del suicidio en Uruguay*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/estrategia-abordaje-multisectorial-prevencion-del-suicidio-uruguay>

- Ministerio de Salud Pública [MSP] (2022b). *Estadísticas vitales*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tematica/estadisticas-vitales>
- Möller-Leimkühler, A. M. (2003). The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253(1), 1-8. <https://doi.org/10.1007/s00406-003-0397-6>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013–2030*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022). *Informe mundial sobre salud mental. Transformar la salud mental para todos*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (junio, 2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2021). *Conjunto de instrumentos para ayudar a los y las adolescentes a prosperar: estrategias para promover y proteger la salud mental de los y las adolescentes y reducir las conductas autolesivas y los comportamientos de riesgo*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341346>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2018). *Manual de prácticas para el establecimiento y mantenimiento de sistemas de vigilancia de intentos de suicidio y autoagresiones*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49120>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2021a). *Versión de prueba sobre el terreno - Herramientas del mhGAP para usar en la comunidad. Programa Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP)*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54972>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2021b). *Vivir la Vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países*. <https://www.paho.org/es/documentos/vivir-vida-guia-aplicacion-para-prevencion-suicidio-paises>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2021c). *Prevención del suicidio. Herramientas para la participación comunitaria*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54864>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2022). *30th Pan American Sanitary Conference. Policy for improving mental health*. https://www.paho.org/sites/default/files/csp30-9-e-policy-mental-health_0.pdf
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (setiembre, 2022). *Día Mundial de Prevención del Suicidio 2022*. <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-prevencion-suicidio-2022>
- Payne, S., Swami, V., & Stanistreet, D. L. (2008). The social construction of gender and its influence on suicide: a review of the literature. *Journal of Men's Health*, 5(1), 23-35. <https://doi.org/10.1016/j.jomh.2007.11.002>
- Pearce, T., Maple, M., Wayland, S., McKay, K., Woodward, A., Brooks, A., & Shakeshaft, A. (2022). A mixed-methods systematic review of suicide prevention interventions involv-

ing multisectoral collaborations. *Health Research Policy and Systems*, 20(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00835-0>

- Robertt, P. (1994). Características estructurales y espaciales del suicidio en el Uruguay. *Revista de Ciencias Sociales*, 10, 89-99.
- Shi, P., Yang, A., Zhao, Q., Chen, Z., Ren, X., & Dai, Q. (2021). A hypothesis of gender differences in self-reporting symptom of depression: implications to solve under-diagnosis and under-treatment of depression in males. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 589687. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.589687>
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Shin, J., Kirkbride, J., Jones, P., Han Kim, J., Yeob Kim, J., Carvalho, A., Seeman, M., Correll, Ch., & Fusa-Poli, P. (2021). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale metaanalysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27(1), 281-295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
- Vignolo Ballesteros, J. C., Alegretti, M., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Retamoso, E. (2019). Estudio de 130 años de defunciones por suicidio en el Uruguay 1887-2017. *Revista de Salud Pública*, 23(3), 32-41. <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v23.n3.24034>
- World Health Organization [WHO] (2018). *National suicide prevention strategies. Progress, examples and indicators*. <https://www.who.int/publications/i/item/national-suicide-prevention-strategies-progress-examples-and-indicators>
- World Health Organization [WHO] (2022). *Creating Hope Through Action*. <https://www.who.int/campaigns/world-suicide-prevention-day/2022>

