

XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2021.

Políticas públicas y salud mental en Uruguay. Algunos aportes sobre implementación y resultados de la ficha de registro obligatorio de intentos de suicidio a partir de la información relevada en 2016.

Heuguerot, Cristina.

Cita:

Heuguerot, Cristina (2021). *Políticas públicas y salud mental en Uruguay. Algunos aportes sobre implementación y resultados de la ficha de registro obligatorio de intentos de suicidio a partir de la información relevada en 2016. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-012/26>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/even/ACz>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

POLÍTICAS PÚBLICAS Y SALUD MENTAL EN URUGUAY. ALGUNOS APORTES SOBRE IMPLEMENTACIÓN Y RESULTADOS DE LA FICHA DE REGISTRO OBLIGATORIO DE INTENTOS DE SUICIDIO A PARTIR DE LA INFORMACIÓN RELEVADA EN 2016

Heuguerot, Cristina

Universidad de La República. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Montevideo, Uruguay.

RESUMEN

El trabajo analiza la creación, implementación y primeros resultados de una Planilla de Registro Obligatorio (FRO) de los Intentos de Autoeliminación en Uruguay creada en 2012. La misma se enmarca en una política de salud que afectó financiación, cometidos y obligaciones de los distintos prestadores de salud públicos y privados en un nuevo modelo integrado de salud. El suicidio e intentos son un problema recurrente en el país, por lo que en los últimos tiempos las autoridades establecieron distintas medidas para afrontarlo. La investigación se centró en el análisis de las remisiones de FRO de los distintos prestadores de salud al Ministerio de Salud Pública del año 2016. Se realizó una lectura intencional de esos datos cuantitativos y para facilitar su estudio se construyeron 2 planillas síntesis de los mismos. Su estudio revela dificultades de implementación las que pueden haber impedido su estudio estadístico, un claro subregistro de información por parte de los prestadores de salud y algunas otras dificultades que pueden atentar contra los derechos de los usuarios en relación a la confidencialidad de los datos aportados en esa planilla.

Palabras clave

Políticas públicas - Salud mental - Intentos de suicidio - Uruguay

ABSTRACT

PUBLIC POLICIES AND MENTAL HEALTH IN URUGUAY. SOME CONTRIBUTIONS ON THE IMPLEMENTATION AND RESULTS OF THE COMPULSORY RECORD FOR SUICIDE ATTEMPTS BASED ON THE RELEVANT INFORMATION IN 2016

The work analyzes the creation, implementation and first results of a Compulsory Registration Form in Uruguay of Self-Elimination Attempts (FRO). It is part of a health policy that affected financing, tasks and obligations of the different public and private health providers in a new integrated health model. Suicide and suicide attempts are a recurring problem in the country, so in recent times the authorities have established different measures

to deal with it. The research focused on the analysis of the FRO referrals of the different health providers to the Ministry of Public Health in 2016. An intentional reading of these quantitative data was carried out and to facilitate their study, 2 synthesis worksheets were constructed. Its study reveals implementation difficulties which may have prevented its statistical study, a clear underreporting of information by health providers and some other difficulties that may threaten the rights of users in relation to the confidentiality of the data provided in that worksheet.

Keywords

Public politics - Mental health - Suicide attempts - Uruguay

Introducción

La investigación se inscribe en actividades desarrolladas desde 2013 en torno a los intentos de suicidio (IAE) y al suicidio en Uruguay, tanto en forma individual como integrando un grupo interdisciplinario e interinstitucional de Comprensión y Prevención de la conducta suicida en varios proyectos, publicaciones, tareas de difusión, intervención y sensibilización sobre el tema en distintos lugares del país. El interés por estudiar la ficha de Registro Obligatorio (FRO) de los IAE en Uruguay proviene de estas actividades. El proyecto se diseñó a comienzos de 2017, se comenzó a trabajar cuando se obtuvo autorización del Ministerio de Salud Pública (MSP) para acceder a los datos del FRO en bruto.

Si bien el problema del suicidio no parece ser un problema nuevo en Uruguay,^[1] sí es bastante reciente la preocupación oficial sobre este tema. Aunque en 2004 por un decreto presidencial^[2] se creó una “Comisión Nacional Honoraria para la Prevención del Suicidio” (CNHPS) recién comenzó a funcionar en 2009. El decreto que comprende tanto el suicidio como los intentos, se fundamentaba al afirmar que el país “...presenta la tasa de mortalidad por suicidio más elevada del continente, observándose a partir del año 1989 un aumento constante y sistemático de la misma, lo que constituye un problema mayor para la sa-

lud pública.” Esa comisión estuvo integrada inicialmente por el MSP que tiene la Secretaría Técnica, el Ministerio de Educación y Cultura (MEC) y el Ministerio del Interior (MI). Fue ampliada en 2011 por otro decreto que integró también un delegado del Ministerio de desarrollo social (MIDES)^[vii]. También hay una comisión asesora y de apoyo integrada con delegados de los prestadores de salud, las ONGs y la comunidad, aunque ya desde 2013 parece funcionar habitualmente solo con integrantes del MSP y la Universidad de la República (Udelar). El decreto fundacional estableció que el principal objetivo de la CNHPS era diseñar, facilitar, supervisar y evaluar la implementación de un Plan Nacional de Prevención del Suicidio que quedó definido en 2011 y estableció metas hasta el año 2015. El plan^[viii] define al suicidio como un fenómeno multicausal, en el que intervienen diversos factores, impactando en diferentes planos de la sociedad a través de varias generaciones. Al considerarlo un problema complejo se propone abordarlo desde la interdisciplinariedad y la intersectorialidad para poder comprenderlo en profundidad y aportar soluciones. Así, el plan basado en “una estrategia integral” se propone “contribuir a mejorar la calidad de vida y la salud mental de toda la población uruguaya” aunque sin desconocer las particularidades territoriales. Se organizó en cinco ejes estratégicos:

1) Organización de la Atención Integral en Salud Mental 2) Construcción de Intersectorialidad y trabajo en Red 3) Sensibilización a la Comunidad y Educación a la población en Promoción de Salud Mental y Prevención de Suicidios. 4) Formación, Capacitación y reorientación de Recursos Humanos para el abordaje de la prevención de suicidios, atención de los IAE y sobrevivientes. 5) Desarrollo e implementación del Sistema Nacional de Información en IAE y Suicidios. Un plan ambicioso que proponía reducir la mortalidad por suicidio en un 10% entre 2011-2020 priorizando los primeros niveles de salud y abordando tanto aspectos teóricos como operativos, formativos e informativos. Simultáneamente la preocupación creciente en torno al IAE y al suicidio se manifestaba también en los municipios del interior del país. Un proyecto presentado en 2015, en la Junta Municipal del departamento de Colonia solicitaba crear el “Centro Departamental de Prevención del suicidio y Apoyo a la familia del Suicida”^[v]. El proyecto expresa que “...en las últimas semanas el departamento de Colonia se ha visto sacudido por el deceso de varias personas que optaron por la autoeliminación” a lo que agrega que la presencia de la CNHPS en el interior es “...esencialmente testimonial”^[vi]

Cabe agregar que el plan de la CNHPS se inserta en el nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) vigente en el país desde 2007^[viii] que buscando asegurar el derecho a una salud integral a todos “los habitantes residentes en el país” modificó desde las competencias del MSP hasta la forma de financiar la salud. También se relaciona con la muy reciente ley de salud mental.^[viii] Ya en 2016 un “Informe de Cobertura poblacional del SNIS según prestador” del MSP de diciembre del año 2016^[ix]

informa sobre la cobertura de la población beneficiaria de todos los servicios de salud del país como sigue:

Afiliaciones por tipo de institución	3.769.022	%
Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)	2.158.126	57,3
Administración de los servicios de salud del Estado (ASSE)	1.248.484	33,1
Sanidad Militar	138.815	3,7
Sanidad Policial	119.391	3,2
Seguros Privados	104.206	2,8

Conviene señalar que a pesar de las preocupaciones señaladas, las acciones preventivas gubernamentales y la amplia cobertura en salud, el suicidio se incrementó en el país en 2016 según las cifras oficiales presentadas por las autoridades sanitarias.

Así la adopción de un nuevo modelo integrado de salud con amplia cobertura de gran parte de la población, la creación de órganos específicos para atender el tema y la implementación de herramientas para monitorear e investigar el asunto desde el primer nivel de atención, parecen haber sido insuficientes para revertir los datos. Esta situación justifica la pertinencia de la investigación que se presenta. Este artículo se centra en el formulario de registro obligatorio de IAE diseñado dentro del Plan de prevención; es parte del eje 5 que estableció la creación del sistema nacional de información en IAE y suicidios. En este sentido nos preguntamos: ¿Qué es el FRO y cómo se implementó? ¿Qué resultados muestran los reportes recibidos correspondientes al año 2016?

El trabajo se propone: 1. Analizar críticamente el contenido y la implementación del FRO 2. Debatir sobre las cifras del IAE en el país en 2016 a partir de los reportes recibidos por el MSP. 3. Proponer sugerencias para optimizar su utilización.

La metodología usada fue la lectura intencional de la información cuantitativa sobre IAE remitida mensualmente por los prestadores de salud al MSP y de los documentos escritos oficiales en torno al suicidio e IAE en el país. Análisis crítico hermenéutico de su implementación y de algunos resultados contenidos en el formulario de registro obligatorio reportado en 2016.

El FRO: su sentido, contenido e implementación: La Ordenanza del Ministerio de Salud N° 801 del 26/12/2012 estableció el registro y notificación obligatoria del IAE de todos los prestadores públicos y privados. Según este documento su finalidad es el seguimiento epidemiológico y el monitoreo de la salud mental de los usuarios protagonistas de IAE. En principio esa ficha de registro de IAE debía ser completada por los técnicos intervinientes en un sitio on line que “...forma parte del Sistema Nacional de Vigilancia del Ministerio de Salud Pública...”. Posteriormente la Ordenanza 765 del año 2013 modificó y com-

pletó la modalidad de notificación ya que se agregó al registro del primer técnico interviniente una planilla que reproduce en formato Excel los datos contenidos en el formulario para que los prestadores de salud reportaran mensualmente los datos sobre IAE al MSP a una dirección electrónica prevista. También se adjuntó un instructivo para su utilización. La ficha de registro de IAE contiene varias partes. La primera registra fecha de consulta y del acto, datos personales y familiares (nombre, documento, dirección, teléfono, sexo, edad, persona de referencia) recursos en salud, método empleado e historia de intentos previos y de atención psiquiátrica, farmacológica y/o terapia. También se identifica al profesional o técnico interviniente. Una segunda parte está prevista para ser completada por el equipo de salud mental al que el paciente fue derivado a partir del hecho, quien registra factores de riesgo y de protección.

La planilla de remisión de IAE fue acompañada por un detallado instructivo de la Dirección General de Salud Mental del MSP que ajustó responsabilidades, procedimientos y buscó unificar criterios para la remisión de los casos. Reitera la responsabilidad del profesional interviniente en primera instancia por el cumplimiento del formulario y su remisión al equipo de salud mental de seguimiento. Detalla con precisión los datos a ser completados: con quien vive, si ha tenido atención en salud mental y la figura de “persona de referencia” que parece clave porque se solicita completarlo aunque el paciente no la facilite directamente. A los efectos de unificar criterios parte de una definición de IAE: “todo acto cuyo cometido principal es procurar dar fin a la existencia de sí mismo, sea este un acto claramente manifestado por la persona y/o como resultante del diagnóstico del profesional de la salud” (p. 1). También establece que si hay un nuevo intento después de 24 horas debe completarse otra ficha.

El tratamiento de la información: El MSP centraliza la información recibida en planillas mensuales de notificación. Se reúnen los reportes de los prestadores privados y en otra planilla los enviados por los servicios de salud del Estado (ASSE). La remisión mensual de los prestadores privados, entre los que se incluye a la sanidad militar y policial, fue luego organizada por funcionarios del MSP en otra planilla anual que ordenó esa información en orden alfabético y cronológico. Se informó que al hacerlo se depuraron los datos buscando eliminar errores, duplicaciones, etc. Las notificaciones de ASSE se envían mensualmente en forma centralizada; ordenadas por la unidad de atención (UA) que registra el caso y cronológicamente. Estas notificaciones también fueron luego unificadas por el MSP en un solo documento anual. Así, en primer lugar se observa que no hay coincidencia entre ambas planillas. Igualmente hay algunas dificultades a tener en cuenta al analizar los datos. Es responsabilidad de cada prestador organizar el procedimiento para completar la planilla a remitir, aunque es probable que sea realizada por un funcionario administrativo. No queda claro si ese trabajo es realizado directamente a partir del registro inicial

del FRO o por otras vías. Cabe considerar que en el primer caso, en ciertas zonas del país, la distancia puede generar efectos como pérdida, duplicación, demoras, etc. Asimismo, es posible pensar en posibles distorsiones por el hecho de que quien registra la planilla no es técnico, llegando al MSP una información de segunda mano, con las dificultades que eso puede generar. Conviene recordar que se fundamentaba la conveniencia del FRO en una doble finalidad: investigación y seguimiento de los sujetos del IAE. En ese sentido, aunque las planillas no manejan nombres contienen el número de documento. Ese es un dato necesario con fines de control sanitario y también útil al investigador porque permite detectar errores o duplicaciones de la información, o repeticiones de los intentos en un mismo sujeto. Al mismo tiempo genera un interrogante en relación a los derechos de los usuarios involucrados como ciertas dificultades al divulgar los datos necesarios a los fines de investigación. Es a partir de estas consideraciones que deben comprenderse algunas dificultades encontradas para analizar las planillas mensuales de registro obligatorio de IAE remitido al MSP en el año 2016 (p.3) por los prestadores de salud, objeto de estudio del presente trabajo.

El FRO en 2016: Para analizar la información del año 2016 contenida en las dos planillas resumen del MSP se procedió a elaborar manualmente dos tablas de síntesis. En una se resume la información remitida por los prestadores privados en tres columnas: en la primera se identifica al informante en orden alfabético; en la segunda el número de casos totales de IAE reportados en el año 2016 por esa institución; en la tercera columna aparecen los meses en que ese prestador dice no tener casos a reportar o aquellos que no han enviado la planilla mensual al MSP. La tabla de ASSE se organizó a partir de la Unidad de Atención (UA) que reportó, intentado visualizar su zona de influencia; en una segunda columna se informa la cantidad de casos reportados en esa unidad en un mes y la tercera columna anticipa la totalidad de casos reportados por ASSE en ese mes. La información revelada por estas dos tablas de síntesis y el cruce de esos datos con otros mencionados en el Informe de cobertura poblacional del SNIS del MSP del año 2016 (p.3) así como conocimiento que proviene de la literatura internacional sobre el tema permiten arriesgar algunas puntualizaciones finales.

Resultados, comentarios y discusiones

1. El análisis de la implementación del FRO muestra que:

• **En cuanto al formulario inicial:** Cada IAE genera un registro cuyo cumplimiento es responsabilidad del primer profesional sanitario que lo atiende; la segunda parte es responsabilidad del profesional o equipo que realiza el seguimiento. El destino final (archivo) de ese documento inicial no está especificado, aunque es factible que se integre a la historia clínica del paciente. Información recabada en conversaciones informales sugieren que, por lo menos en algunos casos, ese

documento existe y circula en soporte papel. Conviene recordar, como ya se señaló, que en él figuran datos personales circulando entre distintos funcionarios lo que genera interrogantes sobre los derechos de los usuarios.

· **En cuanto a la notificación de los datos:** El FRO es la fuente para completar una planilla virtual mensual en la que cada prestador notifica los casos de IAE. La confección de esta planilla es realizada según la organización interna de cada organismo, por técnicos o funcionarios no intervinientes en los casos lo que exigió el diseño del instructivo mencionado. Como ya se señaló el MSP confeccionó 2 planillas anuales, lo que permite afirmar que la fuente de información de este trabajo no es directa sino que es producto de intervenciones sucesivas por lo que podría contener errores u omisiones. El hecho de que no haya remisión de planillas idénticas entre prestadores públicos y privados puede haber dificultado su posterior tratamiento estadístico por el MSP. Esto pudiera explicar que, en el momento en que se escribe este artículo, según se informó verbalmente en el MSP, estos datos aún no habían sido procesados estadísticamente.

· **En cuanto a las cifras contenidas en las planillas del año 2016:** Las tablas síntesis construidas a los efectos de analizar la información remitida al MS permiten visualizar algunas situaciones relevantes. El cuadro muestra reportes de IAE 2016 discriminados por prestador público o privado:

PRESTADORES PRIVADOS (IAMC)	ASSE	TOTAL
2354	740	3094

Conviene recordar que en 2016 la cifra oficial de suicidios en Uruguay fue de 715 casos. Si se considera que las publicaciones de la OMS y la literatura internacional suelen afirmar que por cada suicidio consumado hay entre 10 y 20 intentos de suicidio: se puede suponer que se está en presencia de un caso de subnotificación. Esto complica aún más su uso con fines estadísticos. Dado que el FRO fue implementado no solo con fines de investigación y prevención, sino de seguimiento, este hecho representa un problema que debería atenderse a la brevedad. El análisis de la tabla síntesis de IAMC que incluye a la sanidad militar y policial muestra que ésta última reportó diez casos y la militar tres en 2016. También se informa que sanidad militar no entregó la planilla en la mayoría de los meses: de enero a marzo y julio a diciembre. Aunque estos usuarios pueden tener múltiples coberturas de salud, a partir de los datos de IAE reportados por la sanidad policial y militar y pensando que totalizan un 6,9% de la población con cobertura de salud; que entre ambas poseen 258.206 usuarios en 2016,^[x] que por las características de actividad realizada, como por el acceso a las armas, estos trabajadores han sido siempre señalados como un

grupo en riesgo de IAE y suicidio todo indica que podría haber un enorme subregistro de los casos de IAE reportados. Asimismo otros importantes prestadores como Casmu o Médica Uruguaya (MUCAM) registran en 2016, 210 y 381 casos de intentos respectivamente, lo que representa aproximadamente entre 0,10% y el 0,12% del número de sus afiliados^[xi].

Conviene comentar que la tabla síntesis de ASSE incluye veintidós unidades de atención que han registrado los 740 casos mencionados. A partir de ellos se vinculó cada caso con una zona o Departamento del país. El Departamento de Artigas ha venido incrementando el número de suicidios sin embargo los reportes de IAE de ASSE son inexistentes y el prestador privado de Artigas (GREMEDA) solo remite 3 casos de intentos en todo el año, lo que lo hace parecer poco consistente. En cuanto al departamento de Rivera aunque no tiene una alta cifra de suicidios, parece significativo que no se haya reportado ningún intento de IAE en la tabla de ASSE. Asimismo cabe señalar que la fuente original informa al final que: “...falta el departamento de Paysandú.” Según el Informe de cobertura poblacional del SNIS del MSP los servicios de salud del Estado tienen 1.248.484 afiliados, lo que representa el 33,1 de los pobladores con cobertura de salud en 2016. Ese documento incluye un perfil de sus afiliados que resulta interesante para reflexionar sobre el fenómeno: los usuarios ASSE residen principalmente en el interior del país, sobre todo al norte del Río Negro, son mayoría de mujeres y de grupos de edades más jóvenes (p. 19) y pertenecen al primer quintil de ingresos, es decir, al 20% de los hogares con menores ingresos (p. 20). Si se toman en consideración estos datos se debería recordar que según la Organización Mundial de la salud (WHO, 2001) entre los 15 y 34 años el suicidio es la tercera causa de muerte; que según la literatura internacional las mujeres suelen cometer más intentos que los hombres, por lo que se comprenderá que los 740 casos reportados por ASSE parecen significativos porque también sugieren un subregistro de IAE.

En síntesis, la información analizada en cuanto a las cifras parece evidenciar un problema grave en relación al subregistro del fenómeno. Sin duda, algunas pueden tener que ver con dificultades en torno a la implementación del FRO, a cuestiones burocráticas y de control no resueltas. Sin embargo también se podría pensar que en la subnotificación podría estar operando una suerte de inacción social frente al fenómeno, una sociedad que no puede o no quiere ver a los intentos y a los suicidios como un problema colectivo de la salud. Las leyes para prevenirlo son un comienzo, pero en un asunto tan íntimo y colectivo a la vez, generar espacios sociales para la comprensión, el diálogo y el compromiso pueden ser claves para enfrentarlo.

NOTAS

[i] “Suicidio y poder a fines del siglo XIX en Uruguay” en Larrobla, C. et. Al. (2017) *70 años de Suicidio en Uruguay; 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros*. Montevideo: CSIC- Udelar.

[ii] 378/004.

- [iii] Decreto interno N° 001-3-818-2011.
- [iv] Fuente: Presentación en PP de la CNHPS en el día nacional del suicidio (17/07/2013).
- [v] Proyecto de decreto de la Junta Departamental de Colonia del 6/7/2015 Exp. 102/2015 Repartido 79/2015.
- [vi] Idem. pp 2.
- [vii] Ley 18.211 4.
- [viii] Ley N° 1952. Promulgada el 24/08/2017 y publicada el 19/09/2017
- [ix] El Informe fue construido a partir del Registro Único de Cobertura de Asistencia Formal (RUCAF).
- [x] Artagaveytia, C. y Toledo p. 4.
- [xi] Las cifras de sus afiliados según la Guía Atuservicio.uy del MS es de 207.046 afiliados para Casmu y 307.811 para Mucam.

BIBLIOGRAFÍA

- Artagaveytia, C. y Torres A. Guía Metodológica atuservicio.uy de 2017. MSP Informe cobertura poblacional del SNIS según prestador del MSP.
- Heuguerot, C. (2017) "Suicidio y poder a fines del siglo XIX en Uruguay" en Larrobla, C. et. Al. (2017) *70 años de Suicidio en Uruguay; 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros*. Montevideo: CSIC- Udelar.
- Heuguerot, C., Lucero, R., Porto, V., Díaz, E., Paris, M. Tentativa e ideación de suicidio en adultos mayores en Uruguay. *Ciència & Saúde Coletiva* 2015; 20(6); 1693-1702.
- Larrobla, C. et. al (2013) *Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Guía para los sectores Educación y Salud*. Art.2 Montevideo: CSIC. Udelar.
- Larrobla, C. et al. (2016) *70 años de suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros*. Montevideo: Csic.
- World Health Organization, WHO (2001) *Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás Personal Institucional*. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías Organización mundial de la Salud, Ginebra. Disponible en: IRL: HTPP/www.paho.org
- Presentaciones CNHPS en PP 2013, 2014, 2015, 2016.