



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

Trabajo Final de Grado  
Modalidad Monografía

“Políticas Públicas en Prevención del Suicidio”  
Intervenciones y Desafíos en el Primer Nivel de Atención

Estudiante: Pablo García

C.I: 4.126.906-7

Docente Tutora: Mag. Prof. Adj. Julia Perea

Docente Revisora: Prof. Tit. Silvana Contino Nigro

Octubre de 2024

Montevideo, Uruguay

## Índice

1. Resumen .....	1
2. Introducción .....	2
3. Fundamentos teóricos .....	4
3.1. Algunas peculiaridades del fenómeno del suicidio en Uruguay .....	4
3.2. Conceptualización de la conducta suicida.....	6
3.3. Prevención de suicidio .....	7
3.4. Mitos y estigmas .....	8
3.5. Factores de riesgo, factores protectores y niveles de riesgo.....	9
4. Intervenciones en el Primer Nivel de Atención (PNA) .....	11
5. Marco normativo, documental y guías institucionales .....	16
5.1. Ley N° 19.529 de Salud Mental.....	17
5.2. Ley N° 18097 .....	18
5.3. PIMPSM.....	18
5.4. Guía de valoración del riesgo suicida para profesionales del PNA.....	19
5.5. Guía de abordaje frente al riesgo suicida en adolescentes PNA .....	19
5.6. Ordenanza N° 1323/022 FRO-IAE Digital .....	21
5.7. Estrategia Nacional de Prevención de Suicidio 2021-2025.....	22
5.8. Guía Práctica Clínica para el abordaje de la conducta suicida en el SNIS...	24
5.9. Plan Nacional de Salud Mental.....	25
6. Acciones implementadas .....	29
7. Aproximación analítica y comparativa de los documentos descritos y sus intervenciones en el PNA.....	31
8. Conclusiones y reflexiones.....	33
Referencias.....	39

## Resumen

La presente monografía forma parte del Trabajo Final de Grado (TFG) de la Licenciatura en Psicología. Se pretende realizar una aproximación descriptiva y analítica de los protocolos de prevención, intervención en crisis y posvención de intentos de autoeliminación en el Sistema de Salud del Uruguay, con especial énfasis en el Primer Nivel de Atención en Salud. La búsqueda se centrará en guías, programas y documentos, con la finalidad de ofrecer una descripción objetiva de los recursos disponibles y su implementación.

El disparador de la presente propuesta de sistematización en referencia a lo protocolizado y regulado sobre el tema en cuestión, son el aumento de las cifras en Uruguay, de las tasas de suicidio y de intentos de autoeliminación, las cuales reflejan una problemática sanitaria y de política pública que es importante identificar las perspectivas teóricas de la conducta suicida, de sus factores de riesgo, factores protectores y niveles de riesgo. El trabajo se focalizará en las particularidades del PNA, entendido este como la puerta de entrada para el acceso de la población al sistema sanitario. Focalizando en lo referente a la promoción en salud, bienestar mental y la prevención en suicidio. Asimismo, las intervenciones que tienen lugar allí y cómo se articulan estas con otros sectores resaltando el lugar que ocupa la comunidad en el diseño de las estrategias de prevención.

Se busca fomentar la reflexión, favoreciendo una retroalimentación entre las producciones académicas y las prácticas de intervención, sin cerrar a la problemática en sí misma y promoviendo un enfoque integral.

**Palabras clave:** Prevención del Suicidio, Primer Nivel de Atención, Salud Mental

## Introducción

El objetivo de la presente monografía será realizar una aproximación descriptiva y analítica de una selección de planes, guías y programas de prevención en suicidio vigentes en el sistema de salud uruguayo, con énfasis en su implementación en el Primer Nivel de Atención (PNA).

Las interrogantes en torno a la problemática, y cómo ha alcanzado cifras alarmantes en Uruguay, convocan a reflexionar tanto desde una perspectiva social como desde la práctica profesional en salud . Este fenómeno atraviesa todas las esferas de la vida en sociedad, lo que exige una constante interpelación y análisis crítico.

¿De qué se habla cuando se habla de suicidio?

A lo largo de la historia el suicidio ha sido una problemática significativa, y reflexionar en torno a ella se ha convertido gradualmente en un tema de interés de la ciudadanía, la salud pública y las agendas gubernamentales.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de Salud (2021), consideran que el suicidio es un problema grave de salud pública a nivel mundial, constituyendo la prevención del suicidio una prioridad, que requiere del desarrollo y fortalecimiento de estrategias multisectoriales basadas en la evidencia. La meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas (ODS de la ONU, 2021), apunta a reducir la tasa de mortalidad por suicidio en un tercio para 2030 . “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”. (Cracco y Monza, 2023, p.5)

Uruguay tiene una de las tasas más altas de suicidio en el continente y las cifras no dejan de aumentar progresivamente desde 2017 (Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio, 2021). En el año 2021, en plena pandemia, se registró un aumento que alcanzó un valor de 21.6 que continuó en 2022, llegando a 23.2 muertes por suicidio cada 100.000 habitantes, esto es un total de 823 fallecimientos en el año.

En base a los datos proporcionados por el Ministerio de Salud Pública:

En el año 2023 hubo 754 suicidios, lo que representa una disminución de 8,4% en comparación al año anterior.

Respecto a las tasas de suicidio de hombres y mujeres, los datos para Uruguay se alinean a la diferencia por género que ha sido constatada a nivel internacional. En

2022 el porcentaje de defunciones por suicidio según sexo fue de 22.1 % en mujeres y 77.9 % en hombres.

En 2023 los hombres representan el 75% del total, mientras que las mujeres el 25%, los datos preliminares señalan un descenso de la tasa de suicidio en hombres y un aumento en la tasa de suicidio en mujeres. En referencia a la distribución según edad, la tasa de suicidio más alta se encuentra en personas de 75 a 79 años, con un valor de 38.3 cada 100.000 habitantes, seguido de la franja de 25 a 29 años con una tasa de 34.4 cada 100.000 habitantes.(Ministerio de Salud Pública, 2024).

¿Qué hay detrás de estos datos? Este estado de situación no solo es alarmante, interpela y convoca a investigar respecto a las estrategias que se están implementando conforme al Plan Nacional de Salud Mental (2020-2027) y la Estrategia Nacional para la prevención del suicidio (2021-2025).

Respecto a esto, se realizan esfuerzos para entenderlos y para mejorar su prevención, hechos que favorecen a que la problemática en palabras de Canetti et al. (2017)

vaya ubicándose cada vez más como un fenómeno social sobre el cual es necesario hablar y para el cual las acciones preventivas y de atención no se restringen al ámbito sanitario y psiquiátrico, sino que involucran al conjunto de la sociedad. (p.122).

Para finalizar la introducción, articulando y dando paso a los fundamentos teóricos, se entiende que la siguiente cita es pertinente en cuanto al modo de ejemplificar avances para la comprensión de la problemática y su aproximación a un diagnóstico de realidad lo más asertivo posible.

En el marco del informe titulado *Suicidio en Uruguay, Revisión de políticas públicas e iniciativas para su prevención*, (Cracco y Monza, 2023), se plantea que la finalidad del IAE no es la muerte real, sino el poder poner fin a un sufrimiento psicológico que resulta insoportable. En este documento, las autoras realizan una búsqueda exhaustiva de las producciones académicas y acciones realizadas en el país entre 1990 y 2022.

En este sentido destacan, las producciones generadas por el Grupo de Comprensión y Prevención de la Conducta Suicida (2020), donde se analizaron textos de artículos científicos y tesis de maestría de los cuales se tomó información respecto a objetivos y metodologías. 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. Dentro de sus objetivos se destacan la caracterización de los suicidios (en base a autopsia psicológica y datos

vinculados a variables sociológicas, económicas e histórico/contextuales). Así como también la evaluación de variables que son consideradas factores de riesgo como la depresión, experiencias de violencia o abuso y consumo problemático de sustancias. Y a su vez profundizar en la experiencia subjetiva de los llamados sobrevivientes, y evaluación de las políticas públicas (capacitación, campañas de sensibilización).

Respecto de las metodologías, se encontró que 18 de los 31 trabajos realizaron análisis documentales, 10 trabajaron con metodologías cuantitativas y 3 con metodologías cualitativas. En estos se destacan el uso de cuestionarios sociodemográficos, cuestionarios cerrados con escalas de evaluación psicológica, documentos como registros médicos, certificado de defunciones y notas suicidas aportados por el Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Nacional de Estadística (INE) y Ministerio del Interior (MI).

Por otra parte, la Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio, creada por el Decreto N° 378/004, en el año 2004, creó una Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio cuyo plan de aplicación se comprende entre 2021 y 2025, poniendo el tema como causa nacional sobre la mesa de la agenda pública. Es pertinente preguntarse qué tan efectivas y oportunas están siendo las estrategias de prevención a nivel de nuestro sistema de salud y puntualmente en el PNA.

Luego de varios años de un aumento sostenido, en el 2023 se registra un descenso de la tasa del 7.5 porcentual. Cabe preguntarse, si este descenso es significativo, y si la implementación de las guías, protocolos de atención y metas propuestas influyeron en este descenso.

En el desarrollo del presente trabajo se intentará, a través del recorrido por la selección de normativas, guías, documentos y protocolos, una aproximación que habilite a dar respuesta a las interrogantes planteadas en esta introducción.

### **3 Fundamentos teóricos**

#### **3.1 Algunas peculiaridades del fenómeno del suicidio en Uruguay**

Uruguay es un estado con una matriz cultural y social profundamente laica. A comienzos del siglo pasado, la sociedad uruguaya experimentó un proceso sostenido de secularización, impulsado por políticas de laicización implementadas de manera acelerada. En relación con esto, González (2012), en su artículo *Historia y Suicidio en Uruguay*, sostiene que estos

avances, junto con el intervencionismo estatal en áreas como la legislación social, el sistema sanitario y la enseñanza pública, consolidaron la idea de un “ Estado Providencia”.

En esta línea, se puede inferir que, a diferencia de otras sociedades de la región, el elemento religioso en Uruguay se presenta con menor incidencia en cuanto factor protector frente al suicidio, debido a que la condena religiosa no cuenta con la fuerza suficiente para disuadir este acto. Este aspecto podría considerarse un elemento relevante al analizar la historia y la singularidad del fenómeno en nuestro país.

En este sentido cabe acotar lo planteado por Guigou (2020), con la denominación de “indicador de secularización”. El autor maneja la hipótesis que con el pasar de las décadas llegando al contexto de la sociedad posmoderna uruguaya, la laicidad institucionalizada y sus simbologías más allá de su circunscripción, no lograron similitud de carácter trascendentalista como sustitutoria de los elementos no humanos o religiosos (entendida la experiencia religiosa como matriz simbólica) (pp. 38-39). Siguiendo la línea del autor estos se podrían leer como déficits simbólicos característicos de la cultura uruguaya, que en parte pueden colaborar a promover la situación suicida. (p.38).

Otro factor, de carácter socio-demográfico, es que el Uruguay se encuentra con una sociedad muy envejecida, combinada con una esperanza de vida promedio entre los 76 años en hombres y 80 en mujeres, sumado a la baja tasa de natalidad del país, lleva a gran parte de esta población más envejecida a la ausencia de parientes.

Por otra parte, en Heguerot et al. (2015) se hace referencia a que en la literatura internacional, esta ausencia ya sea de familiares, allegados, amigos, donde los sentimientos de profunda soledad y el paulatino proceso de aislamiento social se convierten en desencadenantes ante el advenimiento de ideaciones suicidas o serían elementos a considerar en relación al IAE. (p. 1699).

Por su parte Robertt (1999), a raíz de un modelo de variables demográficas utilizado respecto de la estructura social y la tasa de suicidio, sostiene que las tasas de suicidio son más elevadas en las zonas no urbanizadas, de baja densidad poblacional, con pirámides poblacionales de bajo rejuvenecimiento y principalmente masculinizadas (p. 74).

A su vez, Dajas (1990), refiere que en base a estudios e investigaciones sostiene la coincidencia del aumento de la tasa en nuestro país ha disparado picos en los años de crisis económica, como el ejemplo paradigmático de la famosa “tablita del 82”. Esto conlleva algunos elementos que pueden conformar la situación de riesgo suicida, como el desempleo o el exilio, la percepción de no vislumbrar un proyecto de vida y la huida de una situación

desagradable, intolerable y angustiante. (p.213). Si bien esta publicación es del año 1990, se puede ver que este patrón se repite , en este sentido , se encuentra en el año 2002 una crisis económica, política y social también catalogada como intolerable y angustiante en donde otra vez se dispararon las cifras de suicidio en el Uruguay.

Otra de las hipótesis que convergen con relación al Uruguay, destacando el planteo de Robertt (1999) sería de corte socio ambiental, poniendo énfasis en la distribución de la población concentrada en más de la mitad en la capital, y el paulatino vaciamiento y despoblación de áreas rurales o localidades del interior, en donde se han registrado históricamente tasas muy altas, con relación a la cantidad de habitantes (p.70). La cual denomina el autor como un área cultural del suicidio bien definida, atribuyéndole esta categoría.

Siguiendo esta línea Dajas (1990), sostiene lo siguiente:

Dada la incidencia del suicidio en grupos de edad joven de ambos sexos, en algunos departamentos del interior del país, cabría preguntarse, de acuerdo a nuestra hipótesis, si las circunstancias socioeconómicas especiales de algunas zonas del país, con su bloqueo de expectativas sociales, no estaría actuando como una presión afectiva especial sobre un grupo más joven.” (p. 214).

Por último, otro factor vinculado a las altas tasas de suicidio en el Uruguay, teniendo en cuenta la multicausalidad de factores que intervienen, se destaca que en la región existe un grado insuficiente y de precariedad, respecto a los registros y cifras oficiales. En referencia a esto no se pretende relativizar o minimizar las tasas que se dan en Uruguay, pero se puede tomar en cuenta como un elemento para el análisis global . En este sentido es interesante la hipótesis que ofrece Robertt (1999) respecto a que la tasa mayor de suicidio que presenta Uruguay en América Latina debe partir del supuesto de que los problemas de subregistro no estén ocultando tasas más altas en otros países. (p.69).

### **3.2 Conceptualización de la conducta suicida**

Se considera pertinente poder diferenciar tres categorías que habilitan una comprensión de base respecto a este tema. Se realiza una diferenciación entre ideación suicida, que se define como los pensamientos, planes o deseos persistentes de cometer suicidio; intento de suicidio, que se entiende como el acto auto lesivo con cualquier grado de intención ya sea letal o el acto de auto lesión deliberada no mortal (OMS, 2014); y suicidio propiamente dicho



que se lo define como muerte ocasionada por lesión auto infringida informada como intencional (OMS, 2014).

Por su parte en la Guía Clínica de la conducta suicida, elaborada por el Ministerio de Salud Pública (2024), se profundiza en estas tres categorías de las cuales se desprenden otras subcategorías poniendo énfasis en el carácter progresivo que se presenta en el acto suicida.

Se entiende por **ideación de muerte** a los pensamientos asociados a fantasías de muerte y a los que tienen inferencia en tal fantasía, sin llegar a presentar la intención suicida. La mayoría de las veces, se asocian a la fantasía de poner fin al estado de angustia; en este sentido no está presente el intento de autolesión, e inclusive este puede negarse, a diferencia de la ideación suicida, pero puede ser el desencadenante que escale a otros estados, como la intención o el acto suicida

Con respecto a las **ideas de autoagresión/lesión**, estas se vinculan a los pensamientos manifiestos y/o intención explícita o implícita de realizar un acto o conducta de autoagresión, a diferencia de la denominada **conducta autolesiva**, la cual implica el acto deliberado de ocasionar agresión o lesión, en la que no se percibe intención de ocasionar la muerte. Ejemplos de esta conducta, entre otras, es la ingesta de sustancias tóxicas, lesiones autoinfligidas intencionales superficiales.

El **plan suicida** se define como los pensamientos o ideas suicidas estructuradas que revisten de notoria gravedad, debido a que está presente la intención firme de quitarse la vida, acompañada de un método específico, y un motivo concreto, para el cual ya se han planificado las debidas precauciones para llevar a cabo dicho plan.

Por último, por **conducta suicida** se entiende toda acción producida con el propósito explícito o implícito de quitarse la vida, incluyendo también cualquier intención, ideación o pensamiento que pudiese finalizar en esta acción, aun cuando no se exprese de forma manifiesta. (MSP, 2024).

### 3.3 Prevención de suicidio

La **prevención** se define por la OMS como las “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS, 1998, p.13). En este sentido, las actividades de prevención se pueden clasificar en tres niveles: prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria. La prevención primaria

tiene que ver con aquellas medidas destinadas a evitar un problema de salud o una enfermedad mediante el control de los factores predisponentes o causales. Seguida de ella la prevención secundaria está destinada al diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de enfermedades incipientes. Y por último la prevención terciaria refiere a las acciones de recuperación y rehabilitación de una enfermedad (Vignolo et al.,2011, pp. 12-13 ).

Según la *Guía de Promoción de Salud y Prevención de Conductas Suicidas* (ANEP, 2023), la **prevención de la conducta suicida** incluye estrategias de promoción de la salud, detección precoz, y desarrollo de redes de contención y atención de calidad. Estas acciones requieren la participación activa de todos los implicados, desde una perspectiva integral.

### 3.4 Mitos y estigmas

Es necesario abordar los mitos y estigmas que persisten en el imaginario colectivo de nuestra sociedad. En *la Guía para los sectores educación y salud: Prevención de la conducta suicida en adolescentes* , se menciona que:

El estigma relacionado con el suicidio representa una barrera significativa para la prevención, ya que en ocasiones impide que las personas busquen ayuda. Esto se agrava con la presencia de mitos asociados a la conducta suicida y los intentos de autoeliminación (IAE). (Larrobla et al., 2012, p. 46).

A continuación, se hará referencia a los siguientes mitos, que suelen ser los más comunes y que habitan los sentires y narrativas de esos imaginarios, Martínez (2002, citado por Larrobla et al., 2012), en referencia a los mitos, menciona que “son interpretaciones no científicas que se han agrupado en el imaginario social producto de las representaciones que a este mismo nivel se han acumulado y se transmiten generacionalmente (p.46).”

En este documento se contraponen los mitos y los criterios científicos, siendo los siguientes algunos de los más característicos, en primer lugar , el mito de el que se quiere matar no lo dice, según el criterio científico de cada 10 personas que se suicidan 9 manifestaron claramente sus intenciones; el que lo dice no lo hace, quien se suicida expresó ya sea mediante palabras, gestos o con algún cambio de comportamiento, esta intención. Por otra parte, el mito de que hablar de suicidio incita a que se cometa o incite, es falso según el criterio científico, dado que está demostrado que hablar sobre el suicidio reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca la persona para que evalúe su intención. Otro de los mitos, se vincula a que cuando una depresión grave mejora, no hay

riesgo de suicidio. Los estudios dan cuenta de que aproximadamente la mitad de los que atravesaron por una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo hicieron durante los tres primeros meses, tras la crisis emocional. Martínez (2002, como se citó en Larrobla et al., 2012)

### **3.5 Factores de riesgo, factores protectores y niveles de riesgo.**

Se considera fundamental para tomar decisiones clínicas sobre el comportamiento suicida, el poder identificar los factores de riesgo, evaluar diagnósticos de trastornos mentales subyacentes y estimar el riesgo de muerte; esto es reafirmado en la *Guía de Práctica Clínica para el abordaje de la conducta suicida en el Sistema Nacional Integrado de Salud: Adaptación a Uruguay de la Guía de intervención humanitaria mhGAP: El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias* (Ministerio de Salud Pública, 2024).

El Ministerio de Salud Pública (2007) elaboró *Guías de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas*. En estas se identifican los factores de riesgo que abarcan algunas dimensiones como social, familiar, psicológica y biológica.

*La Guía de valoración del riesgo suicida para profesionales del primer nivel de atención en salud* (MSP, 2022) establece que:

La valoración del riesgo suicida debe realizarse en el primer contacto con el paciente, ante cualquier comportamiento suicida subsiguiente, aumento en la ideación suicida o cualquier cambio clínico que lo amerite (p. 1).

Para ello, se proponen cinco pasos:

1. Identificar factores de riesgo.
2. Reconocer factores protectores.
3. Indagar sobre conductas suicidas.
4. Determinar el nivel de riesgo y la intervención necesaria.
5. Registrar y justificar la valoración realizada.

Este enfoque permite establecer un plan de intervención adecuado y asegurar un seguimiento sistemático del caso (MSP, 2022).

En la *Guía de Práctica Clínica para el abordaje de la conducta suicida en el Sistema Nacional Integrado de Salud (2024)*, se clasifican los factores de riesgo suicida en individuales, familiares, sociales, culturales, y situacionales. A su vez se distinguen dentro de los factores protectores, los internos y los externos.

Entre los **factores de riesgo individuales**, destacan los intentos previos de suicidio, el comportamiento autolesivo y problemas de salud mental como trastornos del humor y el consumo problemático de sustancias. También influyen enfermedades graves, antecedentes de lesiones cerebrales, eventos adversos en la vida y la discriminación, especialmente hacia la población LGBTQ+. La desesperanza, el dolor y un estilo cognitivo inflexible, son otros elementos de riesgo.

Vinculado a los **factores de riesgo en el ámbito familiar , social y cultural**, se hace referencia al funcionamiento disfuncional de la familia, la historia de suicidios previos, el abandono afectivo y desamparo, así como también la violencia, el bullying y las barreras para acceder a la atención en salud mental también contribuyen a este factor de riesgo, entre otros.

Los **factores de riesgo situacionales** incluyen duelos, pérdida de empleo y aislamiento social, así como la disponibilidad de medios letales.

Por otro parte los factores protectores pueden proteger a las personas del suicidio. En el **plano interno** se destacan las estrategias de afrontamiento al estrés, tolerancia a la frustración, un pensamiento flexible y el optimismo, son fundamentales. Encontrar un propósito en la vida y tener creencias religiosas , espirituales y culturales que desalienten el suicidio, también son aspectos protectores.

Dentro de los **factores protectores externos**, se destacan el mantener relaciones interpersonales sólidas, tener responsabilidades hacia otros y contar con una red de apoyo. La integración en actividades significativas y el acceso a servicios de salud. (M.S.P. 2024).

Tanto los factores de riesgo como los protectores juegan un papel vital en la prevención del suicidio, destacando la importancia de abordar las múltiples dimensiones que afectan la salud mental.

Es importante diferenciar los factores de riesgo de las conductas de riesgo. En este sentido, resulta pertinente representar estas diferencias, analizar su interrelación y valorar de manera eficaz los distintos niveles de riesgo que puedan presentarse. Estas se encuentran

graficadas en el siguiente cuadro, extraído de *la Guía de Práctica Clínica para el abordaje de la conducta suicida en el Sistema Nacional Integrado de Salud (2024)*.

Tabla 3. Posibles intervenciones según el nivel de riesgo, los factores de riesgo y protección y suicidabilidad

Nivel de riesgo	Factores de riesgo y protectores	Suicidalidad	Posibles intervenciones
<b>ALTO</b>	Trastornos psiquiátricos con síntomas severos o eventos agudos precipitantes; con escasa presencia de factores protectores	Intento de suicidio potencialmente letal, ideación persistente con firme intención o ensayo suicida	La internación está generalmente indicada salvo que un cambio significativo reduzca el riesgo. Tomar medidas de precaución para la conducta suicida
<b>MODERADO</b>	Múltiples factores de riesgo, pocos factores protectores	Ideación suicida con plan, pero no intento o comportamiento	La internación puede ser necesaria dependiendo de los factores de riesgo. Desarrollar un plan para la crisis. Dar teléfonos de contacto de emergencia o atención en crisis
<b>BAJO</b>	Factores de riesgo modificables y fuertes factores protectores	Pensamientos de muerte sin plan, intención o comportamiento	Derivación a tratamiento ambulatorio, reducción de síntomas. Dar teléfonos de contacto de emergencia o atención en crisis

#### 4. Intervenciones en el Primer Nivel de Atención (PNA)

El Primer Nivel de Atención (PNA) constituye el primer contacto del usuario con el sistema de salud. Según el artículo 34 de *la Ley N.º 18.211: Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (2007)*, el sistema está organizado en niveles de complejidad interrelacionados, y se establece que:

“Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención”.

Un aspecto importante de esta estrategia en el PNA es la participación comunitaria, entendida como un eje fundamental para garantizar la proximidad y accesibilidad del sistema de salud a la población (Perea, 2017).

La mencionada participación es pensada como condición fundamental, en la medida que se trata del nivel más próximo a la residencia de las personas .

Siguiendo a Vignolo et al. (2011); el Primer Nivel de Atención en Salud, se caracteriza por su accesibilidad y proximidad a la población, siendo considerado como la puerta de entrada al sistema de salud.

Este nivel se enfoca en resolver las necesidades básicas y más frecuentes de las personas. Está compuesto por establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas y centros de salud, que cuentan con menor complejidad tecnológica y recursos humanos básicos. En caso de que un problema de salud supere la capacidad instalada de diagnóstico y tratamiento en este nivel, se realizan las referencias correspondientes a niveles superiores con mayor capacidad resolutoria. Reviste gran importancia ya que algunas de sus actividades están relacionadas con la promoción de salud y prevención de enfermedades; para esto es esencial la participación del ámbito institucional y comunitario en el desarrollo de actividades que la fomenten, involucrando no solo a las personas o familias, sino también a la comunidad y el medio ambiente, con el fin de satisfacer las necesidades básicas de salud, mejorar la calidad de vida de las personas y comunidades en conjunto con estas, y promover su participación activa. (Vignolo et al. ,2011).

Asimismo, los equipos interdisciplinarios serán los encargados de llevar a cabo las acciones de atención integral a la salud con las tecnologías y la infraestructura adecuada, para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia, priorizando la coordinación de local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios. (Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, 2007, Artículo 36). En este artículo de la ley, se puede dar cuenta del carácter articulador que posee el PNA con los ámbitos comunitarios y con otros sectores que se encuentran fuera del sistema de salud.

En cuanto al sistema de referencia y contrarreferencia se considera oportuno traer a colación lo que se expresa en el artículo *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud* (Vignolo et al, 2011), haciendo referencia a que este sistema facilita el adecuado funcionamiento entre los niveles. A su vez permite la capacidad operativa de cada uno de ellos, favoreciendo a que la atención del usuario se dé ininterrumpidamente, contemplando esa capacidad operativa en concordancia con las necesidades, teniendo en cuenta que la entrada del usuario al sistema debe darse siempre desde el primer nivel de atención. (p.12)

En consonancia con esto último, se visibiliza la importancia del PNA respecto a la pertinencia en cuanto a la referencia, derivaciones oportunas y la resolución de un problema. Esto se refleja cuando desde el PNA se transfiere la responsabilidad del cuidado de salud de un paciente a un establecimiento de otro nivel de atención, conforme a la capacidad resolutoria de este (p.12)

En el entendido de que en el PNA “se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz” (p.12). Asimismo, cuando se activa el mecanismo de contrarreferencia, se puede visualizar que, a raíz de esa derivación oportuna, una vez resuelto el problema de salud en otro nivel de atención de mayor complejidad, este devuelve la responsabilidad del cuidado para su oportuno control y seguimiento de salud de un paciente al establecimiento de salud perteneciente al PNA , el cual se considera como el establecimiento de referencia para el usuario (Vignolo et al, 2011).

Vale aclarar que la implementación de estos mecanismos no se limita exclusivamente a los niveles del sistema de salud, sino que también implica en caso de que se requiera, la derivación , coordinación y gestión con otros servicios o prestaciones sociales por fuera del sistema de salud.

Por estos motivos, resulta imprescindible destacar el alto grado de resolutoria que se pretende encontrar en el PNA ya sea desde la atención e intervenciones pertinentes que tienen lugar en este nivel, así como también la oportuna activación en cuanto a los mecanismos de referencia y contrarreferencia. En este sentido “se entiende por resolutoria, la capacidad que tiene el PNA de convertirse en un sistema capaz de comprender a las personas que consultan y esclarecer y orientar a la población en la solución de los problemas reales” (Perea et al, 2024).

El PNA ocupa un lugar clave en cuanto a la resolutoria y solución oportuna a las demandas , necesidades y malestares de la población usuaria, las cuales requieren de una respuesta, intervención, y un accionar conforme a la solución que allí pretenden encontrar. Por su parte se destaca una característica de la estrategia de APS que toma cuerpo y fuerte presencia en el PNA, la cual refiere a la interdisciplinariedad, la promoción en salud y la participación comunitaria (Perea, 2017).

Respecto de la interdisciplinariedad, es pertinente traer lo planteado por Solitario et al. (2007) sobre los abordajes interdisciplinarios, donde se sostiene que estos implican abandonar la naturalización del recorte que efectúa cada disciplina, para abordar un problema

en pos de generar espacios donde se habiliten abordajes e intervenciones que contemplen la multidimensionalidad y la complejidad de la salud.

En consecuencia, uno de los principios de la APS es la intersectorialidad, la cual implica por un lado articular con otros sectores y actores comunitarios. A su vez facilita a la estrategia proyectarse más allá del sistema sanitario, favoreciendo acuerdos con otros sectores e instituciones con el fin de problematizar acerca de los determinantes de la salud, contribuyendo a potenciar la equidad y mejorar la calidad de vida de las personas y las comunidades. (Benia et al., 2008, pp.132-133)

Atributos del PNA como la intersectorialidad y la interdisciplinariedad se consideran de gran importancia y operancia en cuanto a las intervenciones, abordajes de prevención en suicidio y atención en casos de IAE en este nivel, debido a que estas acciones se encuentran protocolizadas y amparadas en la legislación vigente. Los documentos que comprenden las intervenciones en el PNA se pasarán a describir y detallar más adelante.

Por lo antedicho en cuanto a las acciones técnicas vinculantes para las situaciones de conductas suicidas y/o prevención de suicidio que tienen lugar en el PNA, se considera esencial aplicar los protocolos que en apartados siguientes se desarrollaran.

En el caso de la *Guía de valoración del riesgo suicida para profesionales del primer nivel de atención en salud* (MSP, 2022) se destaca el punto tres de la misma, el cual enfatiza como primera intervención la indagación sobre las conductas suicidas, esto implica a los pensamientos suicidas, planes, comportamientos e intentos. En esta línea se recomienda para una intervención oportuna, preguntar directamente a la persona si piensa en hacerse daño, si ha elaborado un plan para quitarse la vida y cuando, el acceso a las noxas, y si ha tenido intentos previos. Esto favorece a poder identificar las conductas de riesgo, factores de riesgo y protectores, para determinar el nivel de riesgo a través de preguntas directas, habilitando a la persona a poner en palabras y expresar libremente, sus motivos de sufrimiento y angustia.

Otra de las recomendaciones es habilitar el ingreso de algún referente afectivo si la persona así lo desea, esto en un contexto seguro y privado, el cual facilite la reducción del estrés y la sensación de soledad y aislamiento. En consonancia con lo expresado, se considera pertinente consultar por afecciones concomitantes que presente la persona y puedan estar asociadas a la tendencia al suicidio o la autolesión, como pueden ser algún



dolor crónico o discapacidad, trastornos depresivos, sean graves o moderados, trastornos por estrés post traumático, trastornos severos/agudos y consumo problemático de sustancias o alcohol.

Por su parte en la *Guía de abordaje frente al riesgo suicida en adolescentes para profesionales de la salud del primer nivel de atención (2023)* se instruye al personal y se disponen una serie de recomendaciones respecto a que hacer y qué no hacer en el encuentro con adolescentes con riesgo suicida y su oportuno abordaje. Se enfatiza en mantener una escucha activa, focalizarse en los sentimientos, identificar posibles redes de apoyo familiar y social, derivar o referenciar dentro del sistema de salud, al nivel que corresponda y no dejar solo al adolescente en caso de evaluar riesgo alto. A su vez se recomienda no ignorar la situación, no interrumpir continuamente al adolescente, no ser crítico, pero tampoco condescendiente con este, no sobrecargar al adolescente con demasiadas preguntas ni prometer confidencialidad frente a la clara manifestación que implique riesgo suicida.

En consonancia con estas intervenciones y en base a la *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada (OMS, 2012)*, también se recomienda indagar en pensamientos o planes de autolesión en el último mes y hechos de autolesiones infringidas en el último año debido a que al bajo contacto del adolescente con el sistema de salud y sus motivos de consulta. En este aspecto se considera una oportunidad para indagar aspectos asociados al riesgo suicida, como la desesperanza, trastornos del estado de ánimo dentro de los aspectos psicoemocionales, y también en lo que respecta a aspectos de carácter psicosocial y ambiental como pueden ser fracasos escolares, conflictos familiares, consumo de sustancias, problemas asociados a la identidad sexual o antecedentes de maltrato y abuso como lo destaca la *Guía para la atención integral de la salud de adolescentes (MSP, 2017)*.

En cuanto a las acciones técnicas vinculantes a la prevención del suicidio confluye en las normativas vigentes y las guías para el PNA, que los profesionales de este nivel fundamentalmente son el nexo entre la comunidad y el sistema de salud, proporcionando una conexión vital. Estos profesionales cuentan con información y conocimiento de la comunidad, lo cual les permite identificar redes de contención y apoyo a nivel familiar, comunitario, del

entorno ambiental y de otras instituciones que trabajen articuladamente en clave comunitaria, favoreciendo un abordaje integral. Respecto a esto, se destaca el poder intervenir desde un enfoque anticipatorio con el fin de reducir factores de riesgo y fomentar los factores protectores. Una de las estrategias para una intervención comunitaria en este sentido es fomentar las relaciones saludables, el contacto social y el tratamiento eficaz del estrés (MSP,2023).

A su vez otra estrategia fundamental de implementación refiere a poder ofrecer una continuidad en la atención referenciada desde el PNA debido al lugar que ocupa en el sistema de salud. Por otra parte, permite la colaboración con las familias y comunidades fomentando redes de apoyo abordando la temática desde una perspectiva que cuestiona e interpela los tabúes y el estigma social que la comprenden.

## **5 Marco normativo, documental y guías institucionales**

Antes de abordar las guías, planes, programas, protocolos, ordenanzas y documentos vigentes que comprenden las intervenciones con personas que presentan IAE focalizando en las acciones específicas para el PNA, es necesario revisar el *Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental* (PIMPSM) del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) (2011) ). Este documento, aunque tiene varios años de antigüedad, sigue siendo una importante antecedente y vigente en la actualidad.

Vale aclarar que si bien existen todo tipo de guías, planes, programas y documentos previos y con mucha antigüedad en el tiempo respecto del PIMPSM (2011), se considera a este como punto de anclaje y disparador para un nuevo proceso de transformación y avance en lo que respecta a políticas públicas sanitarias y comunitarias en salud mental, y por ende en prevención de suicidio y atención en IAE.

También es relevante mencionar como antecedentes la *Ley N.º 18097: Día Nacional para la Prevención del Suicidio* (2007) y la *Ley N.º 19.529: Salud Mental* (2017), que enmarcan las políticas públicas vigentes relacionadas con esta temática.

Se puede considerar la mencionada Ley como plataforma del diseño y aplicación de las políticas públicas que vienen siendo implementadas tanto a nivel del sistema de salud, como también en articulación con otros sectores (educativo, comunitario, desarrollo social, etc.) en

lo que respecta a salud mental en general, y prevención del suicidio en particular, destacando las intervenciones que se dan y atraviesan al PNA.

### **5.1 Ley N° 19.529 de Salud Mental**

*La Ley N.º 19.529 de Salud Mental (2017)* es un marco sustancial para la transformación y avance en las políticas públicas de salud mental en Uruguay. Es importante destacar el rol de la comunidad y de las organizaciones de la sociedad civil en el diseño y co-construcción de esta ley, que integró aportes de colectivos, sociedades científicas y el sector académico.

Estas organizaciones y colectivos en conjunto con las sociedades científicas y de profesionales de la salud, el sector académico, organismos públicos y privados, así como también un amplio espectro del sistema político, han contribuido preponderantemente en cuanto al diseño y ejecución de un modelo de atención comunitario en salud mental desde una perspectiva de derechos. (Ley N° 19.529, 2017)

En este sentido en el segundo capítulo de la ley referente a los **derechos** de los usuarios de salud mental se destacan: el trato con respeto y dignidad; contemplar la singularidad, respetar la diversidad de valores, orientación sexual, cultura, ideología y religión; el reconocimiento como sujeto de derecho, con pleno respeto a su vida privada y libertad de decisión sobre la misma, y su salud; se promueve la integración familiar, laboral y comunitaria; se hace referencia al derecho a ser protegido de la explotación, estigmatización, el trato discriminatorio, abusivo o degradante, así como el derecho a la comunicación y acceso a actividades culturales y recreativas.

En cuanto al **abordaje** y su implementación en el capítulo quinto de la ley se destaca el rol y la importancia que comprende a las acciones e intervenciones que tienen lugar directamente en el PNA. En este sentido se hace referencia a la integralidad de las prestaciones de salud mental, las cuales deben ser aplicadas en el SNIS. Por su parte en lo referente a la estrategia se establece que será la atención primaria en salud y se priorizará el primer nivel de atención, siendo competencia del MSP definir los tipos de dispositivos que conformen la red de servicios, establecer las competencias de cada uno de ellos y asegurar los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención, garantizando la integralidad y continuidad del proceso asistencial a lo largo del ciclo vital de la persona. (Ley N°19.529, 2017). Agrega además que en el proceso de asistencia se integrarán los recursos comunitarios y se procurará la participación de familiares de las personas con trastorno mental.

Respecto a la **atención del usuario** debe hacerse con preferencia en el ámbito comunitario y en caso de ser necesario coordinar con los niveles de mayor complejidad. La misma se caracteriza por el abordaje interdisciplinario e intersectorial, orientado a la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales. Los equipos básicos del primer nivel de atención constituirán el primer contacto y serán referentes del proceso asistencial. (Ley N° 19.529, 2017)

## **5.2 Ley N°18097**

*La Ley N.º 18.097: Día Nacional para la Prevención del Suicidio (2007)* declara el 17 de julio como fecha conmemorativa, estableciendo acciones para concienciar sobre esta problemática. La normativa exige la capacitación obligatoria del personal de salud pública y privada, bomberos y funcionarios policiales, con el fin de detectar riesgos suicidas e intervenir de manera oportuna. Además, las instituciones educativas y públicas relacionadas con la prevención deben realizar actividades de sensibilización y proporcionar información confiable sobre el abordaje del suicidio.

## **5.3 Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el SNIS**

El *Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el SNIS* (PIMPSM, 2011), es una continuidad de las reformas de salud que se fueron implementando desde el año 2005 y 2007 con la creación del SNIS. En el marco de esa reestructura el MSP crea el Departamento de Programación Estratégica en Salud (DPES) el cual está orientado a que los programas de salud sean verdaderas herramientas de transformación sanitaria (p.3). Se propuso como objetivo poder contar progresivamente con un abanico de prestaciones en salud mental por parte de los efectores de salud y que sean accesible para los usuarios del sistema, con la obligación de integrar estas prestaciones al SNIS y por ende a todos los prestadores integrales de salud.

Dentro de sus objetivos específicos se establece en el primero de estos, realizar intervenciones grupales que estén dirigidas a determinadas poblaciones. En sus puntos 3 y 4 se decreta que estas comprenden a los usuarios que hayan sufrido la muerte inesperada de un familiar (entre ellas por suicidio). Así como también usuarios que tengan un familiar o un vínculo cercano con personas que hayan realizado IAE en el último año.

Por su parte el segundo objetivo específico establece brindar atención psicoterapéutica ya sea esta de carácter individual, grupal, de pareja o familia, tomando como una de sus

poblaciones objetivo los usuarios con IAE. Se establece como meta, asegurar esta atención psicoterapéutica. En cuanto a la metodología se sostiene que se deberá contar con un comité de recepción por parte de los prestadores de salud para recibir al usuario antes de las 48hs en caso de IAE, iniciándose la prestación sin tiempo de espera, en caso de corresponder.

Tanto en el caso de abandono, como de finalización de un tratamiento para los casos de IAE, no se considerarán plazos estipulados para acceder nuevamente a la prestación.

En cuanto a los mecanismos de acceso se establece que la institución deberá contar en todos los casos con algún técnico referente o dispositivo grupal para atender demandas en caso de IAE sin tiempo de espera, haciéndose cargo de las necesidades de contención del usuario, hasta que efectivamente comience la prestación.

Respecto de los registros y la información, cada institución hará seguimiento los primeros 6 meses, de acuerdo a pautas establecidas al respecto en el caso de los IAE. (PIMPSM, 2011).

#### **5.4 Guía de valoración del riesgo suicida para profesionales del primer nivel de atención en salud**

Esta guía fue elaborada por el Ministerio de Salud Pública (2022), se hace hincapié en tres factores fundamentales para dar una respuesta oportuna ante un caso de IAE que se presente en un establecimiento perteneciente al primer nivel. Ellos son, por un lado, la identificación tanto de factores de riesgo como de factores protectores, por otro, la indagación sobre conductas suicidas (pensamientos, planes, intentos previos), y en consonancia con estos dos factores, la determinación en cuanto al nivel de riesgo a través del registro y la valoración de este, para poder justificarlo y activar una intervención oportuna y un plan de seguimiento posterior en base a esa valoración primaria. En esta línea cabe destacar el siguiente enunciado extraído de esta guía.

“La valoración del riesgo suicida debe hacerse en el primer contacto, ante cualquier comportamiento suicida subsiguiente, el aumento de la ideación suicida o cualquier cambio clínico que lo amerite”. (MSP, 2022)

#### **5.5 Guía de abordaje frente al riesgo suicida en adolescentes para profesionales de la salud del primer nivel de atención.**

El Ministerio de Salud Pública, ante la urgencia de implementar políticas de prevención del suicidio adolescente, entendido este como un problema prioritario de salud pública, elabora la *Guía de abordaje frente al riesgo suicida en adolescentes para profesionales de la salud del primer nivel de atención (2023)*, en conjunto con otros organismos del Estado, Organizaciones no Gubernamentales, academia, organizaciones de la sociedad civil, colectivos integrados por pacientes y familiares, medios de comunicación y otros actores sociales.

Se destaca la necesidad de acciones para la prevención, detección temprana y atención de calidad, en un enfoque integral hacia la salud mental. Se analizan las causas del suicidio en adolescentes, así como recomendaciones para familias y recursos comunitarios. También proporciona orientación a profesionales de salud para la comprensión y detección de los factores de riesgo y protección para asegurar una intervención temprana y eficaz destacando como fundamental el asesoramiento a los profesionales de la salud del primer nivel de atención. Se enfatiza en la importancia de un esfuerzo conjunto para abordar y prevenir este grave problema de salud pública en el país.

Se enfatiza dentro del abordaje en el Primer Nivel de Atención, en el marco de las recomendaciones de la OMS (2020):

Que el personal sanitario reciba formación en la evaluación y el abordaje del riesgo suicida, en el marco de un servicio de calidad. También destaca la importancia de capacitar al personal de salud en el primer nivel de atención respecto a la prevención y, más puntualmente, la identificación, la categorización, el manejo, la derivación y el seguimiento de usuarios con riesgo suicida, con foco en factores de riesgo y protección y señales de alerta, dado que la mayor parte de las personas en riesgo no consulta inicialmente por motivos vinculados a su salud mental, sino a su salud física” (p.9)

Otro factor relevante que surge en la guía es la necesidad de ofrecer apoyo y activación psicosocial y emocional para familias de adolescentes en riesgo suicida con herramientas y recursos disponibles para el abordaje, brindando pautas claras vinculadas al apoyo emocional que se debe brindar a familia y referentes, el estilo de comunicación abierta para reducir la ansiedad y el estigma social, los recursos disponibles, acompañado de psicoeducación, con el fin de mejorar el bienestar emocional familiar. Implementar estrategias adecuadas beneficia a los adolescentes, y fortalece a los cuidadores.

En cuanto al abordaje de los IAE en puerta de emergencia, la guía refiere que el adolescente puede llegar a la puerta de emergencia por IAE, por otras manifestaciones de conducta suicida grave, o derivado de una consulta desde el primer nivel de atención en salud, luego de evaluar un alto riesgo de autoeliminación.

En este contexto, se considera pertinente traer a colación este pasaje que, si bien es referido en cuanto a métodos de abordaje en una puerta de emergencia, resulta de importancia destacar el papel que juega el PNA respecto a la activación del mecanismo de referencia y su oportuna derivación.

También se hace hincapié en el examen psíquico global para tomar decisiones sobre la asistencia al adolescente con IAE, el cual se realizará en primera instancia por médico de guardia y posteriormente en profundidad, por personal de salud mental de guardia, luego de estabilizado el paciente, donde se realizará un diagnóstico que diferencie intoxicación por sustancias de abuso, medicamentos u otros cuadros de causas diversas (orgánicas, metabólicas, entre otras) y trastorno mental.

Antes de que el adolescente sea dado de alta médica, el personal de salud debe establecer un plan de seguimiento que incluya el especialista, lugar, día y hora agendados. (M.S.P. 2023)

## **5.6 Ordenanza N° 1323/022**

En la *Ordenanza N° 1323/022 del Ministerio de Salud Pública (2022)*, se fortalece el Sistema Nacional de Información sobre Intentos de Autoeliminación (IAE), estableciendo que la notificación de IAE se realizará a través de un registro en un formulario digital en todas las puertas de emergencia de prestadores de salud públicos y privados, en un plazo máximo de 24 horas, luego de la atención del paciente, quienes no cumplan con esto, serán sancionados. Esta nueva Ordenanza deja sin efecto la N° 801 de 2012, que establecía el llenado del Formulario de Registro Obligatorio de Intentos de Autoeliminación (FRO- IAE) en una ficha de papel.

Este nuevo formulario permite conocer en tiempo real los intentos realizados a escala nacional y así facilitar su seguimiento según el Protocolo de atención y seguimiento a las personas con intento de autoeliminación en el Sistema Nacional Integrado de Salud (Ordenanza Ministerial 384/017) .

Se considera fundamental este paso en lo que refiere a la trazabilidad en pos de un abordaje integral y posteriores intervenciones oportunas en cuanto a elaboración de un plan

de seguimiento y posvección. Para ello, se entiende que este paso es crucial a la hora de favorecer un sistema único de información, efectivamente articulado tanto a nivel intersectorial como a nivel interinstitucional, trascendiendo la esfera del sistema de salud y articulando las estrategias de atención, seguimiento y posvección con otros ámbitos institucionales, y con los centros de referencia de la comunidad y sus referentes actores comunitarios.

## **5.7 Estrategia Nacional de Prevención de Suicidio 2021-2025**

La *Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio* (CNHPS, 2021) desarrolló la *Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio 2021-2025*, con la participación de especialistas de distintos sectores de la sociedad.

El objetivo de esta estrategia es abordar esta problemática desde múltiples perspectivas y desarrollar intervenciones efectivas que promuevan la prevención y el bienestar emocional en la población. Una de las acciones priorizadas es la elaboración e implementación de guías de diagnóstico y tratamientos basados en la mejor evidencia científica disponible para asegurar la calidad de la atención en el abordaje de la conducta suicida. (Ministerio de Salud Pública, 2024, p.7)

Se mantienen los ejes estratégicos del primer Plan Nacional de Prevención de Suicidio para Uruguay 2011- 2015, los cuales atraviesan directamente al PNA y se entiende que este nivel cumple un papel preponderante en consonancia con los cometidos de estos ejes.

Se destacan para el PNA en el marco de los avances de la implementación de esta estrategia y en consonancia con su primer eje, el cual refiere a la organización de la atención integral en salud mental, la elaboración e implementación del decreto de registro y notificación obligatoria del intento de autoeliminación (FRO-IAE) (Ordenanza N°801 del 26/12/2012), así como también se hace referencia al diseño y lanzamiento del protocolo de atención y seguimiento de la atención de las personas con IAE en el SNIS (Ordenanza 384 de 2017). En cuanto a la atención (primer contacto) y activación de mecanismo de referencia y contrarreferencia.

En su segundo eje, referido a la construcción de intersectorialidad y trabajo en red, se menciona que en Montevideo se articulará el trabajo con municipios, y se destaca la conformación de una mesa de trabajo en salud mental, con participación de usuarios, familiares, ASSE, prestadores de salud privados, el Consejo de Educación Secundaria (CES),



la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP) y el Ministerio de Educación y Cultura (MEC).

Bajo esta perspectiva se entiende que el PNA puede tener el alcance y la potencia de oficiar como eje articulador entre el sistema de salud y otras esferas o ámbitos facilitando la atención oportuna a nivel interinstitucional y a su vez favoreciendo el trabajo en red con otros actores comunitarios, organizaciones y colectivos de la sociedad civil.

En su tercer eje se hace referencia a la sensibilización a la comunidad y educación a la población en promoción de salud mental y prevención de suicidios. Esto comprende la organización de actividades anuales de sensibilización e información cada 17 de julio, en el marco del día nacional de prevención de suicidio declarado por la *Ley N° 18097* de 2007. “En 2019, la comisión junto con las áreas de comunicación del MSP, ASSE y MEC concretó una campaña de comunicación en un trabajo en conjunto con los medios de comunicación y actores y organizaciones de la sociedad civil.” (p.12)

En referencia al eje cuatro, este se vincula a la formación, capacitación y reorientación de personal para el abordaje de la prevención de suicidios, atención de los IAE y sobrevivientes, para lo cual se propone desarrollar guías de prevención y atención para profesionales del primer nivel y guía de prevención de la conducta suicida en adolescentes para aplicar en los ámbitos de la salud y la educación.

Por otra parte, comprende la realización de jornadas de capacitación para detección de ideación suicida para equipos de salud del PNA, emergencias, personal de la salud en general y del sector educación en varios departamentos del país.

El objetivo general de la estrategia es la disminución de la incidencia de suicidio en Uruguay. Para ello se definen los objetivos específicos comprendiendo mejorar la atención en el SNIS para personas con riesgo de suicidio y sus familiares; fortalecer el abordaje intersectorial de la prevención del suicidio; profundizar en las actividades de sensibilización y educación con la comunidad; la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio; capacitar al personal técnico y no-técnico para el abordaje de la prevención de suicidios; atención de los IAE y sobrevivientes; mejorar la información nacional en IAE proveniente de las notificaciones obligatorias de los IAE.

En cuanto a las líneas estratégicas para el logro de estos objetivos se destaca “garantizar la continuidad del proceso asistencial y el seguimiento a personas con riesgo suicida y los sobrevivientes”. (CNHPS, 2021, p.14)

En lo referente a las acciones a llevar a cabo se destaca profundizar en los protocolos y en la capacitación de la detección precoz del riesgo suicida y fortalecer la implementación del protocolo de seguimiento de IAE en el SNIS , dispuesto en la *Ordenanza N°384/2017*. La creación de grupos de promoción en salud mental y prevención de suicidios en función de las necesidades y características territoriales. Formación, capacitación y reorientación de personas para la prevención y abordaje de la problemática suicida. Diseño e implementación de cursos en detección y abordaje del riesgo suicida, así como sobre los factores protectores y habilidades para la vida a actores clave: profesionales de la salud del primer nivel de atención y emergencias, maestros, profesores, bomberos, policías y agentes comunitarios. (CNHPS, 2021)

### **5.8 Guía de Práctica Clínica para el abordaje de la conducta suicida en el Sistema Nacional Integrado de Salud**

La guía más reciente elaborada por el Ministerio de Salud Pública (2024) se titula *Guía de Práctica Clínica para el abordaje de la conducta suicida en el Sistema Nacional Integrado de Salud, esta es una adaptación a Uruguay de la Guía de intervención humanitaria mhGAP: El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias*.

Tiene como fin contribuir en la toma de decisiones para la atención en salud. El cumplimiento de las recomendaciones no es obligatorio ni sustituye el juicio clínico. La decisión final de cualquier procedimiento debe ser realizada por el equipo tratante a la luz de las diversidades de cada situación y de cada ser humano. (p.6).

Si bien esta guía no es específica o exclusiva para intervenciones en el PNA, se destacan algunos puntos de esta que involucran y atraviesan directamente las intervenciones y acciones que en este nivel ocurren con sus características y especificidades propias del mismo.

En primer lugar, se hace referencia a que “el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención (PNA) puede desempeñar un papel crucial y estratégico, reduciendo la demanda del nivel especializado y respaldando una distribución más equitativa de los recursos disponibles.” (M.S.P, 2024, pp. 6-7) .

Su objetivo principal es “Proporcionar pautas específicas para la detección, evaluación de riesgo y abordaje de la conducta suicida en adultos, con el fin de aportar a la mejora de la calidad de la atención en el Sistema Nacional Integrado de Salud “ (M.S.P. , 2024, p.10).

Se toma como población objetivo, al núcleo de profesionales de la salud que, si bien desempeñan funciones en el PNA, estas carecen de formación específica (y por ende de intervenciones oportunas) en salud mental, con el fin de brindarles herramientas de abordaje e intervención, enfocadas en esta área.

Se realizan una serie de recomendaciones para el cuidado de la persona que realizó IAE, dentro de las que se destaca un período de observación mínimo de 24 horas, supervisión para que no se vuelva a lesionar, respeto y privacidad, Luego de que el riesgo vital ha sido descartado, las lesiones han sido tratadas y la persona se encuentra lúcida y en oportunidad de ser entrevistada se contacta con Psiquiatría, quien realizará la indicación que corresponda según el nivel de riesgo. Una vez culminada la etapa de evaluación, si determina que la persona ha realizado un IAE, debe registrarlo en el Sistema de Registro Digital de IAE del MSP como se mencionó anteriormente. Se establece la continuidad de la atención y seguimiento, el “periodo de transición” entre la atención hospitalaria y la ambulatoria es de alto riesgo de suicidio, para ello se activa el *Protocolo de Atención y Seguimiento a personas con IAE en el SNIS (Ord. 384/017)*, se agenda fecha y hora para una consulta ambulatoria con un integrante del equipo de salud mental en un máximo de 7 días post egreso. El último punto se refiere al apoyo a los cuidadores previo al alta y durante el tratamiento de las personas con conducta suicida, se recomienda la cartilla elaborada por el Área Programática para la Atención en Salud Mental del MSP “*Prevención del Suicidio. Orientaciones para personas en riesgo y sus referentes afectivos*”. (MSP, 2024)

## **5.9 Plan Nacional de Salud Mental**

Por su parte del *Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027* (M.S.P. 2020), en lo que compete estrictamente al PNA se recogen de este documento algunas consideraciones y pasajes a destacar. En este contexto, y en lo referente a las líneas de trabajo por área priorizada, en el punto que aborda y enfatiza todo lo concerniente a la intersectorialidad, como uno de sus objetivos de este punto se destaca el poder consolidar y dotar de carácter institucional a la Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio (CNHPS) y la gestión de la política en Prevención de Suicidio. Para ello se establecen como las siguientes líneas estratégicas: “Asegurar infraestructura para fortalecer el funcionamiento de la

CNHPS. Fortalecer el abordaje intersectorial. Consolidar los Grupos Departamentales de Prevención de suicidio”.(p.33)

En cuanto al área referente a la promoción y prevención, el primer objetivo se vincula con la promoción en salud y bienestar mental de la población, prevención de los problemas de salud mental, priorizando a personas en situación de vulnerabilidad. Para ello se promueve el fortalecimiento de factores protectores y la reducción de factores de riesgo en pos de mejorar los niveles de autonomía e integración socio comunitaria en las distintas etapas de la vida.

Las líneas estratégicas para cumplir con este objetivo comprende: la sensibilización en materia de salud mental a la comunidad en general, y en particular a los grupos de riesgo; el impulso de estrategias e intervenciones de promoción que fortalezcan los vínculos familiares y socio comunitarios, inclusivos y de empoderamiento ciudadano; el fortalecimiento de políticas socio sanitarias que desde la intersectorialidad incorporen la Salud Mental con foco en el abordaje de los determinantes de salud; elaboración e implementación de una estrategia amplia de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales.

El segundo objetivo se vincula al logro de una participación y responsable de los Medios Masivos de Comunicación (MMCC) en lo que respecta a la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio. La línea estratégica para ello comprende el continuar trabajando en la mejora de la comunicación responsable de la problemática del suicidio por parte de los medios de comunicación.

En lo referente la “Atención” comprendida esta como una de las “Áreas Priorizadas” se destaca el siguiente pasaje extraído de *la Ley N° 19529 de Salud Mental (2017)*:

El proceso de atención debe realizarse preferentemente en el ámbito comunitario, con un enfoque de sistema de red única, de complejidad creciente, con puerta de entrada en el equipo básico de salud, en el primer nivel de atención, con una coordinación desde ese ámbito hacia los niveles de mayor complejidad cuando esto sea necesario con mecanismos explícitos y claros de articulación entre los distintos dispositivos, niveles de atención y sectores, garantizando la integralidad y continuidad de los procesos asistenciales. (p.45)

El octavo objetivo vinculado a esta área es exclusivo en cuanto a la mejora en la atención para personas con riesgo de suicidio y sus familiares y dentro de las líneas estratégicas se menciona: las mejoras en cuanto a la accesibilidad a los servicios de salud mental para personas con riesgo de suicidio y sus familias y por otra parte la calidad de la atención a

personas con riesgo suicida y sobrevivientes; brindar garantías en cuanto a la continuidad del proceso asistencial y el seguimiento a personas con riesgo suicida y sobrevivientes; optimizar la detección precoz y el tratamiento de la depresión en personas mayores y por último se menciona el desarrollo e implementación de programas de prevención y atención específicos para personas con alto grado de vulnerabilidad.

Otra de sus líneas estratégicas a destacar, la cual se considera imprescindible en cuanto a la atención, derivación, seguimiento y posvección oportunos, y que a su vez podría ser una herramienta que favorezca una eficaz implementación que responda a un sistema de trazabilidad en donde la información y las prestaciones no queden repartidas y desconectadas por distintos sectores, es la que establece la modificación en la *Ordenanza N°384/2017* en cuanto a la inclusión de personas con riesgo suicida en la agenda prioritaria del protocolo de seguimiento de IAE. (MSP, Prestadores de salud. 2020 Ordenanza N°384/2017 modificada). En este sentido se declara que la inclusión en la agenda prioritaria del mencionado protocolo no se limitará exclusivamente a personas con IAE, lo cual favorece y refuerza las acciones de prevención habilitando a la detección precoz en cuanto a la atención de personas que puedan presentar factores de riesgo suicida.

Con respecto al noveno punto del plan, el cual refiere a los sistemas de información, monitoreo y evaluación e investigación, se consideran de este, algunos pasajes interesantes que contribuyen desde su implementación a una constante evaluación y mejora continua respecto de las líneas estratégicas y de intervención habilitando un diagnóstico de realidad lo menos desfasado posible y en donde el PNA podría jugar un papel crucial al momento de la toma de decisiones, la asertiva comunicación intersectorial e interinstitucional, y las oportunas atenciones y derivaciones. En consecuencia, se considera pertinente compartir el siguiente extracto:

“Los sistemas de información pueden ser entendidos como un conjunto de elementos que interactúan entre sí, permitiendo que el flujo de datos se transforme en un insumo útil para el desarrollo de servicios y la toma de decisiones.” (MSP, 2020, p.71)

En este sentido se apuesta a la calidad en la información respecto de las particularidades de los problemas de salud mental que están presentes en la población y a sus factores asociados, a su vez esta información debe estar actualizada para conocer también la respuesta del sistema. Para ello es necesario un monitoreo permanente el cual habilite la identificación de las principales barreras, la oportuna ejecución de las acciones planificadas con el fin de promover las modificaciones pertinentes en pos de las metas trazadas. Esto promueve el avance en la implementación del plan revisando y evaluando los servicios

existentes y potenciando la creación de nuevos servicios, reforzando las redes comunitarias con el objetivo de brindar respuestas accesibles y oportunas, conforme a las necesidades que presenta la población. (MSP, 2020).

A su vez se destaca uno de los puntos dentro de la línea de acción, el cual enfatiza en la mejora en cuanto a los sistemas de registro rutinario, integrándolos de tal manera que la información esté lo más actualizada posible (y de calidad) respecto de la situación de salud mental a nivel nacional en pos de una oportuna planificación, evaluación y diseño de las políticas en salud mental. Otro punto que destacar dentro de esta línea de acción refiere a la implementación de estrategias de monitoreo y evaluación del grado de resolutivez del sistema y de la mejora continua en la calidad.

Si bien la generalidad de este noveno punto del plan abarca a todas las acciones y planificaciones de las distintas estrategias y programas en salud mental en consonancia con el monitoreo y evaluación continua de estos, conforme a la respuesta que se espera del sistema, se desprenden como resultados ciertas listas mínimas de indicadores para el monitoreo de la situación de la salud mental en general, la respuesta del sistema y la implementación del plan.

En particular se tomarán las listas mínimas de indicadores correspondiente a la tasa de mortalidad por suicidio estandarizada por edad y por 100.000 habitantes, como numerador para este indicador se tomarán los números de suicidios, su denominador es la población total, con una periodicidad anual. Por su parte la fuente de información de este indicador corresponde a la base de mortalidad de estadísticas vitales del MSP, y como observaciones se sugiere emplear población estándar de la OMS.

Otro indicador que se considera pertinente presentar respecto a este punto es la tasa anual de IAE por 100.000 habitantes. Esta tendrá como numerador el número de IAE, su denominador será la población total, también con periodicidad anual como en el anterior, y por su parte la fuente de información debe provenir de las notificaciones realizadas por los prestadores de salud al sistema de registro de IAE.

Un tercer indicador que se considera de relevancia es el que comprende la evaluación y el manejo de los casos de IAE/suicidio. Como numerador se toman el número de casos de IAE/suicidio en los que se cumplen los procedimientos de seguimiento vigentes. Respecto del denominador se toma el número total de casos de IAE/suicidio con una periodicidad también anual como en los anteriores. Su fuente de información serán las auditorías de las historias clínicas, y, por último, como observaciones se recomienda que es necesario contar con un

procedimiento actualizado que se comunique a todos los prestadores integrales y a las unidades móviles de atención prehospitalaria. (MSP, 2020)

## 6 Acciones implementadas

En este apartado se pretende destacar otras de las acciones implementadas que se ejecutan en el marco de las estrategias que proponen algunos de los documentos anteriormente mencionados.

Las líneas de atención en crisis representan un avance importante dentro de la *Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio* (CNHPS, 2021). Estas líneas forman parte del eje de atención estratégica relacionado con la organización de la salud integral en salud mental

Estas líneas se configuran como un recurso disponible para toda la población, como ser el caso de la **Línea de Prevención de Suicidio** \* 0767 que se encuentra funcionando desde el 2018 y la **Línea de Apoyo Emocional** 08001920 que surge en el contexto de la pandemia, ambas dependen de ASSE, funcionan las 24 hs, los 365 días del año, gratuitas y para toda la población, a nivel nacional (CNHPS, 2021).

Se destaca la apertura del **Centro Diurno “Unión”** gestionado por la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE, 2024), para el tratamiento especializado de usuarios con conductas suicidas. Es el primer centro especializado en el país y en la región. Funciona de 9 a 17 horas, se brinda psicoterapia individual y grupal, cuenta con un equipo especializado integrado por psiquiatra, licenciados en psicología, licenciado en trabajo social, acompañantes terapéuticos, auxiliares de enfermería y de servicio. Pueden acceder los usuarios de ASSE mayores de 15 años, derivados por psiquiatra desde las puertas de emergencia o los equipos de salud mental.

En 2024, se llevó a cabo la campaña de prevención del suicidio *La última foto*, organizada por el *Grupo de Comprensión y Prevención de la Conducta Suicida*. En esta iniciativa participaron investigadores de diversas disciplinas de la Udelar, trabajando de forma articulada con la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), actores comunitarios, organizaciones de la sociedad civil y colectivos de familiares sobrevivientes de suicidio o IAE

En consonancia con la importancia del involucramiento de la sociedad en su conjunto para prevenir, se focaliza en la reducción del estigma y el silencio que recae en aquellas personas

y el entorno de quien se suicida, ampliando a la mirada pública la importancia que tiene la posvención.

La campaña *#NiSilencioNiTabú* forma parte del *Plan Nacional para el Abordaje de la Salud Mental y Adicciones*. Este programa, desarrollado por el Instituto Nacional de la Juventud (INJU), UNICEF y el Ministerio de Salud Pública (MSP), tiene como objetivo promover la salud mental y el bienestar psicosocial de adolescentes y jóvenes. Se implementa a nivel nacional con la participación de diversas instituciones estatales (INJU, UNICEF, MSP, 2024).

El objetivo de la campaña es promover el bienestar psicoemocional de la población adolescente a través de la movilización social, promoción y atención, con énfasis en la aproximación comunitaria y la participación. Está dirigida a jóvenes de 14 a 29 años de todo el país.

Presenta varios componentes entre los que se destaca la movilización social y promoción del bienestar de adolescentes y jóvenes con el objetivo de colocar en la agenda pública la temática de salud mental de esta población y promover acciones de sensibilización social y promoción del bienestar con la participación de estos. Otro de los componentes está relacionado con la formación de adultos referentes con el fin de que puedan asumir un rol clave en cuanto a la orientación y apoyo a los jóvenes.

Por otra parte, se compone de dispositivos de base territorial de referencia llamados “centros de promoción del bienestar integral de adolescentes y jóvenes”, donde se brindan espacios de escucha, contención, orientación y acompañamiento.

Se considera relevante la producción de conocimiento vinculada al diseño de políticas públicas con acento en el monitoreo de la situación de la salud mental adolescente. Así como también la articulación interinstitucional con el fin de asegurar la oportunidad y complementariedad de las acciones en los distintos niveles de intervención.(INJU, UNICEF, MSP, 2024).

La campaña se encuentra en el marco de las acciones implementadas en la *Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio 2021-2025* (Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio, el Plan Intersectorial de Prevención del Suicidio en Adolescentes y Jóvenes (2021-2022) y la *Ley Campaña Nacional de Concientización y Prevención del Suicidio Adolescente 2021* (Ley N°. 19979).



## **7 Aproximación analítica y comparativa de los documentos descritos y sus intervenciones en el PNA.**

Como se mencionó anteriormente, se considera un mojón significativo y una plataforma, la aprobación de Ley de Salud Mental N° 19.529 (2017). El objeto de esta es garantizar el derecho a la protección de la salud mental, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas, y en particular de los servicios de salud mental, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Impone un cambio de modelo asistencial al establecer la prohibición de la creación de nuevos establecimientos asilares y monovalentes y refiere que los existentes deben adaptarse a la ley y ser sustituidos por estructuras alternativas, como centros de atención comunitaria, dispositivos residenciales con apoyo y centros de rehabilitación e integración psicosocial.

Si bien esta ley no necesariamente hace foco específicamente en la prevención del suicidio, toma a esta problemática incluida en su listado por la relevancia e impacto que adquiere como política de estado. Esta implica y acompasa un cambio de paradigma que se vino construyendo en esos años en políticas de salud mental, con un enfoque integral desde una perspectiva de derechos, considerando que el estado de la persona con trastorno mental es modificable.

En el año 2021, Uruguay alcanzó la tasa más alta de suicidios de la que se tiene registro, 21.39 cada 100.000 habitantes (Cracco y Monza, 2023). En este contexto la población uruguaya se encontró sometida a un significativo retroceso a nivel económico y social, con pérdida de muchos puestos de empleo, debido a la situación sanitaria. En consonancia con esto se tomaron medidas a nivel del gobierno recortando servicios y prestaciones sociales, congelamiento de aumento en los salarios, suspensión parcial de consejo de salarios, miles de trabajadores enviados al seguro de desempleo especial o definitivo.

Las políticas públicas de atención directa a las poblaciones más vulnerables se vieron estancadas, produciéndose un paulatino desmantelamiento de equipos de trabajo en territorio como el caso de los Equipos Territoriales de Atención Familiar (ETAF) que dependen de INAU en articulación con otros organismos. A su vez también fueron desmantelados los Servicios de Orientación, Consulta y Articulación Territorial (SOCAT), equipos multidisciplinarios que dependen de MIDES y trabajan en articulación con organizaciones de cada zona con el fin de mejorar el acceso de la población a los servicios del Estado en base a sus demandas, estos dejaron de intervenir en plena pandemia y luego pasaron a una modalidad de

contrataciones individuales precarizando el servicio a las comunidades y las condiciones laborales. Asimismo, se agudizó el sentimiento de aislamiento y desamparo en las poblaciones más vulnerables.

Por otra parte, también se vio restringido el acceso a la atención en salud y especialmente en salud mental en cuanto a los tiempos de espera.

Sumado a esto después de casi 20 años comenzaron a aparecer ollas populares como recurso cooperativo, de ayuda mutua y solidario ante un estado cada vez más ausente.

Esto configuró no solo una crisis sanitaria sino una crisis económica y social. Los números del segundo año de la pandemia y las condiciones que trajo aparejada la misma se pueden tomar como un claro indicador del impacto y las consecuencias que este contexto provocó a nivel de salud mental en la sociedad uruguaya. Afectando directamente a poblaciones específicas como los adolescentes, personas mayores y poblaciones vulnerables. En este contexto de aislamiento se intensificaron e incrementaron otras problemáticas que se interseccionan tales como la violencia intrafamiliar y de género. En el caso de la población adolescente la restricción de acceso a espacios de encuentro y socialización entre pares, registrándose un aumento en las tasas de IAE en este tramo etario, así como también aumento en las consultas por cuadros de depresión y ansiedad en el sistema sanitario.

Se evidenció, 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 , 2022).

En este escenario se destaca dentro de las acciones, elaboración y ejecución de políticas públicas la implementación de una Estrategia Nacional de Prevención de Suicidio que da cuenta de la convergencia de varios sectores (público, privado, académico, científico y de la sociedad civil) involucrados, que consideran a esta estrategia fundamental para intervenir ante esta problemática socio-sanitaria acuciante.

Si bien algunas de estas guías y documentos tuvieron su proceso de elaboración previo a la pandemia, como lo marcan las fechas la gran mayoría fueron ejecutadas (y algunas también elaboradas) en los años posteriores, no solamente acompañando el aumento sostenido que se venía dando en las cifras de muertes por suicidio e IAE en los años previos a la pandemia, sino también a raíz del pico histórico alcanzado en 2021.

Previo a este contexto de pandemia descrito y las particularidades que tomó en la realidad de los uruguayos, se destacan como antecedentes muy recientes: por un lado, la aprobación de la nueva ley de salud mental en 2017, y por otro lado que como se menciona en Cracco y

Monza, (2023), Uruguay fue incluido como caso de análisis de un 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).

Por su parte en algunas de las guías previamente expuestas se destaca la divergencia en cuanto al diseño e implementación, priorizando un enfoque integral, involucrando en la participación a actores claves y otros colectivos, en un intento de construcción simétrica de estas políticas públicas donde sectores comunitarios y otros por fuera de la academia y las sociedades médico-científicas no queden subvertidos bajo la imposición de un paradigma médico-higienista como estrategia de abordar la problemática.

En síntesis, se puede sostener que en el caso de las guías clínicas y de actuación profesional se puede visualizar una tendencia que opera desde un paradigma con un significativo sesgo desde la medicina y la psiquiatría. Por su parte los documentos que comprenden estrategias a largo plazo como los son planes, programas, legislación/decretos se destaca una construcción ,diseño , implementación y objetivos, que dan cuenta de un enfoque integral, interdisciplinario, intersectorial e interinstitucional.

Desde esta perspectiva o paradigma se destaca una marcada alineación y tendencia en la confección de estas políticas públicas que responde a las recomendaciones de la OMS, donde se enfatiza en la necesidad de diseñar y ejecutar estas acciones (ya sean universales, selectivas o indicadas) de forma intersectorial y a su vez queden comprendidas y coordinadas en el marco de una estrategia nacional de prevención del suicidio.

## **8 Conclusiones y reflexiones finales**

La presente monografía tiene como objetivo realizar una aproximación descriptiva y analítica respecto de los recursos disponibles en cuanto a prevención de suicidio e IAE y su implementación en el PNA.

Las acciones e intervenciones desde el PNA destacan por su enfoque en la articulación intersectorial y el trabajo interdisciplinario. Estas estrategias priorizan la prevención del suicidio y los IAE, así como la promoción de la salud mental y el bienestar, contribuyendo al empoderamiento de la población.

Para el cumplimiento de este objetivo, se realizó una búsqueda documental actualizada y sus antecedentes más cercanos posibles vigentes, respecto de la Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio, el Plan de Implementaciones en Salud Mental, el Plan Nacional de

Salud Mental y las características específicas en los protocolos de prevención y atención en el PNA, con el fin de describir las estrategias para su implementación.

Contextualizando la problemática del suicidio, se parte de las cifras a nivel mundial y del Uruguay, en base a los datos proporcionados por el MSP (2024) y el documento Día Mundial de Prevención del Suicidio (OPS, setiembre 2022).

Se destaca la disminución de la tasa de suicidio en Uruguay que se registró en el año 2023, por primera vez luego de un aumento sostenido en el tiempo y un aumento exponencial posterior a la pandemia.

La lectura de este descenso toma las mismas características multicausales que el fenómeno del suicidio. Sin embargo, los límites del objetivo de esta monografía no pretenden, ni permiten dar cuenta si existe algún tipo de relación entre las acciones implementadas con este descenso.

Se puede dar cuenta a través del recorrido por esta selección de documentos de una sostenida elaboración y ejecución en los últimos años, de programas, planes, guías, leyes, decretos y otros documentos enfocados en la prevención del suicidio.

Se consideró pertinente repasar algunas particularidades del fenómeno del suicidio en el Uruguay, a nivel histórico y social, destacándose la matriz de un estado laico y de bienestar social junto con otros componentes de corte socio-demográfico, ambiental político-económico que fueron moldeando el perfil y la situación epidemiológica del fenómeno en el Uruguay, con el fin de visibilizar algunos de los factores que intervienen en la incidencia de este en la población uruguaya, tomando en cuenta las acciones concomitantes que refieren a la multicausalidad de la problemática.

Se profundiza en la conceptualización de la conducta suicida, tomando como eje el documento Prevención del Suicidio un imperativo global de la OMS (2014) y la Guía Clínica de la conducta suicida, elaborada por el Ministerio de Salud Pública (2024), en sus categorías y subcategorías que se desprenden, destacando el carácter progresivo del acto suicida. Desde esta perspectiva se define y se enmarca la prevención del suicidio, describiendo los mitos y estigmas que están asociados a la conducta suicida.

Se definen e identifican los factores de riesgo, los factores protectores y los niveles de riesgo en base a las guías de Práctica Clínica para el abordaje de la conducta suicida en el Sistema Nacional Integrado de Salud (2024) y de Valoración del riesgo suicida para profesionales del primer nivel de atención en salud (2022), ambos documentos elaborados

por el MSP. Para este recorrido también se toma la Guía de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas (MSP, 2007) . En estos documentos se evidencia la importancia que conlleva el poder identificar factores de riesgo, factores protectores y determinar el nivel de riesgo para prevenir y/o intervenir oportunamente.

Para la descripción de las estrategias de atención, protocolos de prevención del suicidio y las intervenciones en el PNA, se parte de la contextualización de este, describiendo sus principales características en el marco la Ley 18.211 de la Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (2007).

En esta línea se enfatiza el rol del PNA, se entiende y se sostiene categóricamente que este como tal y por sus características específicas respecto al lugar que ocupa en el sistema de salud en general, y en el ámbito comunitario en particular, sería el espacio donde comiencen a resolverse los problemas, demandas y malestares de la población que consulte y requiera de una atención y solución respecto de esta problemática. Por ello es esencial comprobar la efectividad de las estrategias implementadas en el PNA, ya que este es el primer contacto de la población con el sistema de salud. Una atención adecuada en este nivel puede ser determinante para prevenir crisis suicidas y mejorar la salud mental general de la comunidad.

El marco normativo, documental y guías institucionales que se describen en el trabajo pretende visualizar los abordajes y estrategias que están estipulados en los programas de salud mental en general y en prevención de suicidios e IAE en particular. En cómo operan y se efectivizan en el PNA, y en cómo se articulan a nivel intersectorial e interinstitucional.

Se consideran y destacan las acciones que involucran a los referentes comunitarios en esta red y a su participación en el diseño de las estrategias de estas políticas públicas.

Se destacan como antecedentes el PIMPSM (2011), la Ley N°18097 Día Nacional para la Prevención del Suicidio (2007) y la vigente Ley de Salud Mental (2017) como plataforma para impulsar el diseño, implementación y avance en las políticas públicas sanitarias y comunitarias que marcan el rumbo hacia un cambio de modelo, configurando un terreno para la elaboración de estas guías, leyes y documentos.

En relación con esto se repasan y seleccionan pasajes, objetivos y estrategias dentro de estos documentos que contemplan intervenciones y normativas dirigidas directamente al PNA. Destacándose la Guía de abordaje frente al riesgo suicida en adolescentes para profesionales de la salud del primer nivel de atención (2023), la cual brinda herramientas para la intervención en este nivel específicamente, y la Guía de valoración del riesgo suicida para

profesionales del primer nivel de atención en salud (2022) la cual activa un protocolo concreto y específico para intervenir en situaciones que se presenten en el PNA.

En consonancia y con el paulatino avance en cuanto a implementación de políticas públicas enfocadas en prevención de suicidio y su articulación con el PNA, se destacan algunas acciones implementadas, las cuales forman parte de la red de recursos disponibles.

En consecuencia, se hace referencia al Centro Diurno gestionado por ASSE, el cual se enfoca en el abordaje integral del tratamiento y seguimiento de usuarios con IAE previos y conductas suicidas con un equipo multidisciplinario a cargo. Si bien es de modalidad ambulatoria se consideran acciones de coordinación debido a que uno de los motivos de derivación puede resolverse y ejecutarse desde una puerta de emergencia o por equipos de salud mental. Este dispositivo es el primero que se implementa con características específicas para personas que han realizado IAE.

Por otra parte, en este apartado se consideró pertinente la mención a dos campañas de concientización, sensibilización y prevención que se llevaron a cabo este año, focalizando en la reducción del estigma y el silencio. Ambas con el objetivo de colocar en la agenda pública las temáticas de salud mental y del suicidio.

La campaña “La última foto”, se considera de relevancia en varios sentidos, como el haber podido contar en su elaboración, con referentes de las organizaciones de la sociedad civil y comunitarios, referentes académicos, de instituciones del estado y de las sociedades científicas, e intenta transformar la experiencia individual en algo colectivo, con el objetivo de “socializar las miradas sobre muerte por suicidio, resituando al suicida y su familia en un contexto colectivo”. Por su visibilidad en la comunidad a través de los cubos con “la última foto”, porque se traslada a diferentes partes del país y porque además de visibilizar la problemática del suicidio desde la prevención, también promueve la habilitación de espacios para la posvención.

En cuanto a la mención a la campaña #NiSilencioNiTabú de promoción de salud mental, también se considera de relevancia dado que apunta a la población joven y adolescente, fomentando la sensibilización social a través de la participación activa de esta población, estableciendo espacios territoriales como lugar de referencia y con el objetivo de trabajar con una articulación interinstitucional que coordine las acciones en diferentes niveles para poder brindar una mejor intervención en salud mental.

Por todo lo anteriormente expuesto, se puede concluir que la problemática del suicidio en Uruguay es un tópico de larga data, existe un continuo trabajo sostenido en el tiempo en

materia de legislación, protocolos, guías y propuestas programáticas enmarcadas en todo tipo de políticas públicas. En este contexto, es recurrente en la literatura de estas propuestas la necesidad de lograr una articulación intersectorial e interinstitucional, en el marco del SNIS, con el fin de lograr su efectiva implementación.

Respecto a las intervenciones con personas que presenten tanto IAE como ideación suicida, en cuanto a la capacidad resolutoria, se considera por lo expuesto en este trabajo que a partir de lo que suceda, de cómo se intervenga, y de las decisiones oportunas que se tomen en el PNA, estas pueden oficiar como resorte hacia una atención integral, posicionándolo como eje articulador.

En este sentido se torna imprescindible poner en marcha (y en continua evaluación) un plan que articule todas las esferas y ámbitos por donde transcurre la vida de las personas que han cometido IAE. Un plan que contemple desde los sectores involucrados (salud educativa, comunitario, fuerzas de seguridad, público y privados) las alertas que se puedan presentar y los escenarios de riesgo inminente para activar protocolos de prevención y de atención oportunamente. Para ello se considera esencial seguir reforzando un sistema de información único que habilite en tiempo real a coordinar las acciones y el diseño de estrategias de manera articulada e intersectorial.

Un sistema de trazabilidad de la información que contemple las intervenciones, las derivaciones pertinentes y los tratamientos oportunos estipulados amparados en la normativa vigente. A su vez este sistema podría identificarse como un facilitador para la construcción de herramientas y el diseño de estrategias que habiliten intervenciones oportunas, favoreciendo un abordaje a nivel intersectorial que trascienda al sistema sanitario.

Respecto a un sistema único de información y la trazabilidad en la información, se sostiene que este debería funcionar y resolver de forma integral e intersectorial y no parcialmente o quedando superpuestas las acciones e intervenciones con otros sectores. Esto favorece la detección de situaciones de riesgo y permite acciones en forma lo menos desfasadas posible, aumentando el nivel de eficacia, eficiencia e intervenciones oportunas. La trazabilidad en este sentido favorece la continuidad de un tratamiento integral a nivel personal, familiar y comunitario, articulado en consonancia con lo estipulado en el Plan Nacional de Salud Mental, la Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio y la Ley de Salud Mental.

En consonancia con lo expuesto se motiva a seguir reforzando las campañas de prevención, visibilizar la problemática y a su vez otras cuestiones más estructurales respecto a problemas de salud mental de las personas y comunidades que se encuentran detrás de

un suicidio o IAE. Continuar con la participación de los referentes comunitarios y las organizaciones de la sociedad civil, en el diseño y ejecución de estas campañas.

En suma:

Para lograr avances significativos, es necesario poder evaluar en un futuro las acciones implementadas, así como fortalecer la participación de la comunidad y los referentes locales en la construcción de estas políticas.

Además, se destaca la necesidad de investigar más a fondo la relación entre estas estrategias y la disminución de la tasa de suicidio en el último año, para validar su efectividad y garantizar un enfoque integral y adecuado.

Por otra parte, se visualiza que más allá de los esfuerzos y los avances en materia normativa y en cuanto a las propuestas programáticas y diseño de políticas públicas sanitarias en clave comunitaria, aún existe una brecha significativa en cuanto a la mejora en la implementación y la coordinación entre sectores. En esta línea se problematiza acerca de la insuficiente comunicación entre sectores, lo que conlleva a que esta característica se pueda presentar aún como un obstáculo. Para revertir esto, se constata la necesidad de fortalecer la colaboración entre sectores e instituciones.

Desde esta perspectiva se valora la intención de ejecutar acciones coordinadas entre sectores, con el fin de seguir construyendo estrategias en común fortaleciendo la colaboración entre los sectores y las instituciones involucradas.

En esta línea se incentiva a investigar acerca de la comunicación a nivel intersectorial, identificando facilitadores y obstáculos que permitan optimizar el diseño y ejecución de estas políticas públicas. Para ello se considera fundamental el papel del PNA puede ser clave en la comunicación, articulación y coordinación de acciones. Se destaca este atributo como un potente facilitador en cuanto a la autonomía, el ejercicio de ciudadanía y la participación simétrica de los espacios comunitarios en la articulación de las políticas públicas sanitarias.



## Referencias

- Administración de los Servicios de Salud del Estado. [ASSE]. (2016). *Protocolo de atención en la adolescencia. Intento de Autoeliminación.*
- Administración de los Servicios de Salud del Estado. [ASSE]. (2024).  
<https://www.asse.com.uy/contenido/Centro-Diurno-Union--Primario-en-el-Pais-y-la-Region-para-el-Tratamiento-Especializado-de-Pacientes-con-Conductas-Suicidas--14783>.
- Administración Nacional de Educación Pública. [ANEP]. (2023). *Guía de promoción de salud y prevención de conductas suicidas: Orientaciones para las instituciones educativas.*  
<https://www.anep.edu.uy/sites/default/files/images/2023/noticias/enero/230127/Gui%CC%81a%20de%20la%20ANEP%20Prevencio%CC%81n%20del%20Suicidio%202023%20v4.pdf>.
- Benia, W. Macri, M, Berhier, R. (2008) *Atención primaria en salud. Vigencia y renovación.* En Benia, W. Y Reyes, I. Temas de Salud Pública. Tomo I. (119-147) Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR.
- Canetti, A., Larrobla, C., Novoa, G., Rodríguez, L., Torterolo, M., Hein, P., Contino, S. y González, V. (2017). *70 años de Suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros..* Montevideo, Uruguay: González, Víctor
- Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio. (2021). *Estrategia Nacional de Prevención de Suicidio 2021-2025.* Montevideo, Uruguay.
- Cracco, C. y Monza, A. (2023). *Suicidio en Uruguay. Revisión de políticas públicas e iniciativas para su prevención.* <https://www.psicologos.org.uy/3d-ip-book/informe-nal-salud-mental/>

Dajas F.(1990). *Alta tasa de suicidio en Uruguay: Consideraciones a partir de un estudio epidemiológico*. Rev. Med. Uruguay; 6: 203-215

Guigou, L. (2020). *La otredad ausente. Inscripciones del suicidio en el Uruguay contemporáneo*. Revista de Ciencias Sociales, 33 (46), 31-41.

FRO IAE: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica>

Grupo de Comprensión y Prevención de la conducta suicida (2024). <https://laultimafoto.uy/>

Heuguerot, C. et al. (2015). Tentativa e ideación de suicidio en adultos mayores en Uruguay. Ciencia & Saúde Colectiva, 20(6), 1693-1702.

Larrobla, C, Canetti, A, Hein, P, Novoa, G y Durán, M. (2012). *Prevención de la conducta suicida en adolescentes: Guía para los sectores Educación y Salud*. Montevideo: Udelar. CSIC. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/9497>

Lucero R. (1998). *Suicidios en Uruguay: su relación con la economía nacional (1972 a 1992)* Rev. Médica del Uruguay; 14:236-247.

Instituto Nacional de la Juventud, United Nations International Children 's Emergency

Fund, Ministerio de Salud Pública (2024). *Programa Ni Silencio Ni*

*Tabú*. <https://www.gub.uy/salud-mental-adolescente/programa/programa-ni-silencio-ni-tabu>.

Ministerio de Salud Pública [MSP]. (2007). *Guías de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas. Dirección General de la Salud, Programa Nacional de Salud Mental*.

Ministerio de Salud Pública. [MSP]. (2011). *Plan de implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud.*

<http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Plan%20de%20Prestaciones%20en%20Salud%20Mental.pdf>

Ministerio de Salud Pública [MSP]. (2022). *Guía de valoración del riesgo suicida para profesionales del primer nivel de atención en salud. MSP. Safe T* <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/guia-valoracion-del-riesgo-suicida-para-profesionales-del-primer-nivel>

Ministerio de Salud Pública [MSP]. (2023). *Guía de abordaje frente al riesgo suicida en adolescentes para profesionales de la salud del primer nivel de atención.* <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guiaabordaje-frente-riesgo-suicida-adolescentes-para-profesionales>

Ministerio de Salud Pública [MSP]. (2023b). *Guías Objetivos Sanitarios Nacionales 2030: Anexos 2. Caracterización problemas priorizados. Incidencia de suicidio.* <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/objetivos-sanitarios-nacionales-2030>

Ministerio de Salud Pública [MSP]. (2024). *Guía de Práctica Clínica para el abordaje de la conducta suicida en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Adaptación a Uruguay de la Guía de intervención humanitaria mhGAP: El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias.*

Ministerio de Salud Pública [MSP]. (2011) - *Plan Nacional de Prevención del Suicidio para Uruguay 2011-2015. Un compromiso con la vida- Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio*

Ministerio de Salud Pública(2019), *Protocolo de Atención y seguimiento a las personas con intentos de autoeliminación en el Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo, Uruguay.*

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2019-07/Protocolo%20IAE%20.pdf>

Ministerio de Salud Pública [MSP].(2024):<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/quiebre-tendencia-datos-preliminares-sobre-suicidio-2023>.

Organización Panamericana de la Salud. [OPS]. (2021). *Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países.* Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275324240>

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>

Ordenanza Ministerial 1323/022 de 2022 [Ministerio de Salud Pública]. *Por la cual se aprueba el Formulario de Registro Digital de IAE.* 28 de septiembre de 2022.

Organización Mundial de la Salud. [OMS]. (1998). *Glosario de promoción de la salud.* Ginebra.

Organización Mundial de la Salud.[OMS]. (2014). *Prevención del Suicidio un imperativo global.*

Perea, M. J. (2017). *Significaciones acerca del quehacer del psicólogo/a en el Primer Nivel de Atención en salud* [Tesis de maestría, Universidad de la República].

<https://www.bvsenf.org.uy/local/tesis/2017/FE-0026TM.pdf>.

Perea, M. J; Píriz, V; Palombo, C; Grippi, F; Pereira, M. (2024). *Evaluación social de la resolutiveidad del Primer Nivel de Atención para avanzar en las políticas de Salud Mental en el Uruguay del siglo XXI* (Informe académico final). Actividades Académicas de I+D 2020.

UDELAR.CSIC

Robertt, P. (1999). *El suicidio en Uruguay*. Nueva época: Salud Problema, 4(6), 66-79.

Solitario, R. C., Garbus, P., y Stolkiner, A. (2007). *Atención Primaria de la salud e interdisciplina: dos componentes claves para las reformas en salud mental*. Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca, 17(3), 63.

Uruguay. (2007, enero 19). Ley N°18.097. *Día nacional para la prevención del suicidio*.

<http://impo.com.uy/bases/leyes/18097-2007>.

Uruguay (2017). *Ley de Salud Mental N° 19.529* <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017>.

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud*. Archivos de medicina interna, 33 (1), 7-11.

[/files/documentos/publicaciones/Ficha%20de%20Registro%20de%20IAE\\_0.pdf](#)