



Objetivos Sanitarios Nacionales 2030

Caracterización problemas priorizados Incidencia de suicidio

Introducción

El suicidio es un problema mayor para la salud pública. La Organización Mundial de la Salud ⁽¹⁾ lo define como “el acto de matarse deliberadamente” y se entiende por intento de suicidio todo comportamiento suicida que no causa la muerte, y se refiere a intoxicación autoinflingida, lesiones o autoagresiones intencionales que pueden tener o no una intención o resultado mortal.

Es un fenómeno multicausal en el que intervienen diversos factores desde los biológicos, psicológicos, socioculturales y económicos, hasta los políticos y ambientales. Impacta en el plano individual, familiar y social.

En el mundo ocurren aproximadamente 800.000 muertes por suicidio al año.⁽²⁾ La tasa mundial de suicidios estandarizada por edad fue de 10,5 cada 100.000 habitantes en 2016.⁽²⁾ En los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60 % a nivel mundial.⁽³⁾

Según datos internacionales se estima que los intentos de autoeliminación (IAE) ocurren entre 10 y 20 veces más que los suicidios.⁽¹⁾

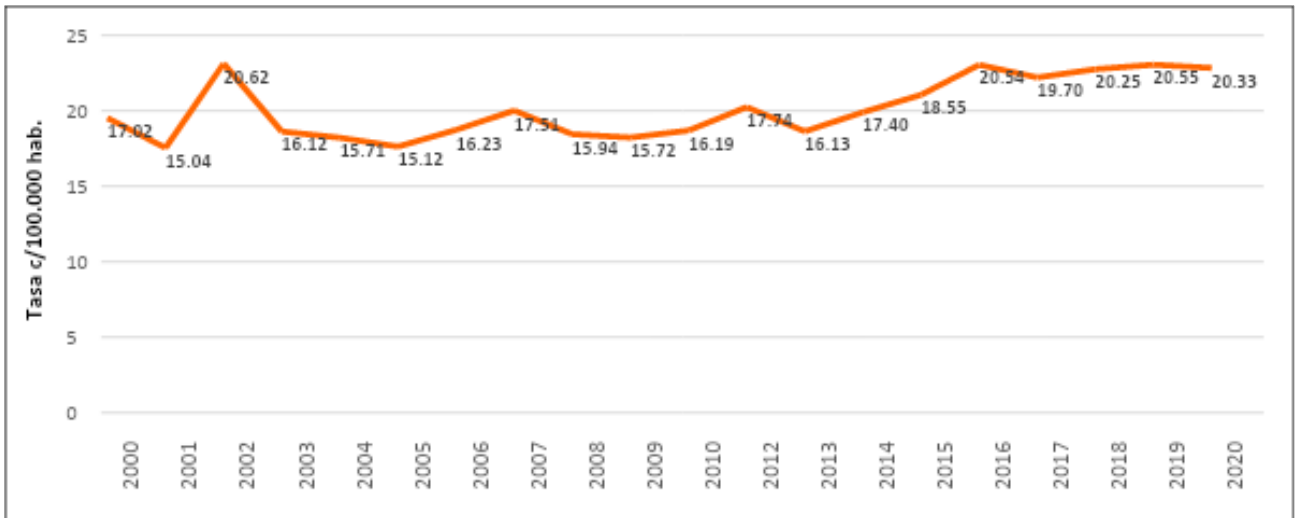
A nivel mundial, la mayoría de las muertes por suicidio se produjeron en países de ingresos bajos y medianos (79 %).⁽²⁾

Suicidio en Uruguay

Uruguay presenta una de las tasas más altas de suicidio del continente.⁽²⁾ No obstante, en muchos países existe un subregistro debido a que el suicidio se estigmatiza (o es ilegal) o no se dispone de buenos sistemas de registro civil ni de recopilación de datos.⁽¹⁾ Las tasas nacionales muestran estabilidad en los últimos años. En 2020 se registraron 718 casos, lo que representa una tasa de 20,3 cada 100.000 habitantes.

Considerando el número de suicidios e IAE en Uruguay se estima que la problemática alcanzaría al menos a entre 7.000 y 14.000 personas al año. A esta cifra es necesario sumar los afectados a nivel familiar, social y comunitario.

Gráfico 1. Evolución de la tasa de suicidios cada 100.000 habitantes. Período 200-2020.

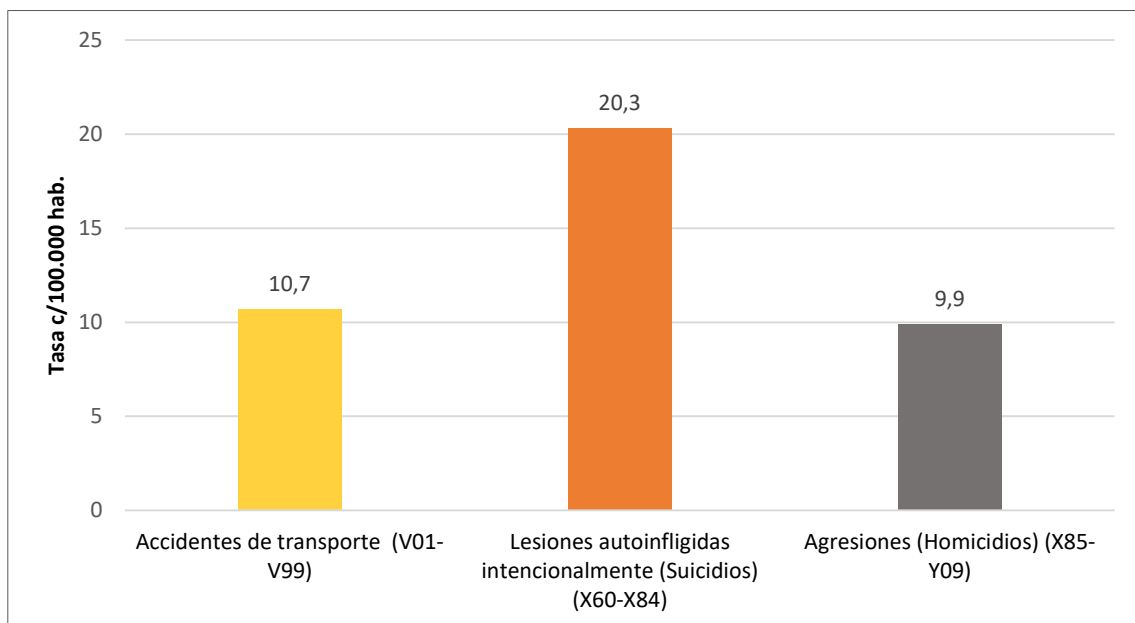


Uruguay

Fuente: Estadísticas vitales, División Epidemiología. MSP.

En relación con otras causas de muerte violenta en nuestro país, según datos oficiales del Ministerio de Salud Pública ⁽⁴⁾ y del Ministerio del Interior ⁽⁵⁾, se observa que el suicidio supera a los siniestros de tránsito y homicidios. En 2020, la tasa de muerte por siniestros de tránsito fue de 10,7 cada 100.000 habitantes, y por homicidio, de 9,9 cada 100.000 habitantes.

Gráfico 2. Muertes por causas externas, tasa cada 100.000 habitantes. Año 2020. Uruguay

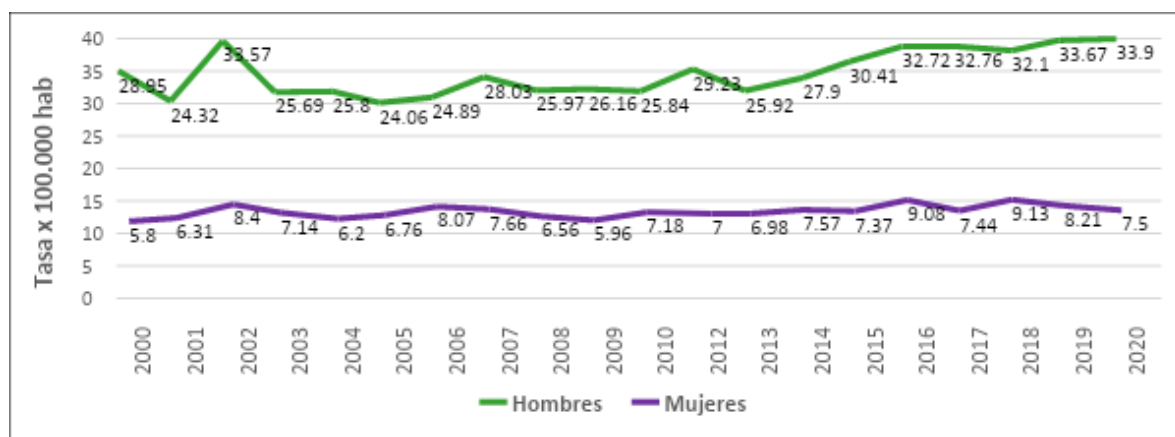


Fuente: Estadísticas vitales. MSP. 2021.

Respecto de la distribución por sexo, tanto a nivel mundial como nacional, es mayor la ocurrencia en hombres. En 2020 fue de 33,90 cada 100.000 habitantes en hombres y 7,50 cada 100.000 habitantes en mujeres, siendo la razón hombre/mujer de la tasa de suicidio 4,52 veces mayor en los hombres que en las mujeres.

Por el contrario, los Intentos de Autoeliminación (IAE) son realizados en su mayoría por mujeres.

Gráfica 3. Evolución de suicidios según sexo. Tasa cada 100.000 habitantes. Período 2000-2020. Uruguay



Fuente: Estadísticas vitales, División Epidemiología. MSP.

Tabla 1. Tasa de suicidios cada 100.000 habitantes según sexo. Período 2010-2020. Uruguay

Año	Hombres	Mujeres
2010	25,84	7,18
2012	29,23	7,00
2013	25,92	6,98
2014	27,90	7,57
2015	30,41	7,37
2016	32,72	9,08
2017	32,76	7,44
2018	32,10	9,13
2019	33,67	8,21
2020	33,90	7,50

Fuente: Estadísticas vitales, División Epidemiología. MSP.

Respecto de la distribución por edad, las tasas más altas en Uruguay se observan en el grupo de personas mayores; en 2020, la tasa más alta según grupo etario se registró en personas de 80 años o más, siendo de 41,3 cada 100.000 habitantes.

A su vez, preocupa a nivel mundial el aumento de comportamientos suicidas en personas jóvenes. El suicidio fue la segunda causa de muerte en jóvenes de 15 a 29 años a nivel mundial en 2016, después de los siniestros de tránsito. ⁽²⁾ En Uruguay, el suicidio fue la primera causa de muerte de adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años en 2020. ⁽⁴⁾

Tabla 2. Tasa de suicidios cada 100.000 habitantes según grupos de edad. Período 2015-2020. Uruguay

Grupo etario	Tasa c/100.000 habitantes					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
< 14	1,97	1,20	2,03	2,88	2,09	1,3
15-19	11,10	12,37	15,96	8,85	11,29	16,6
20-24	23,24	27,76	26,29	23,18	28,37	27,9
25-29	25,65	22,67	22,13	19,22	29,11	29,1
30-34	23,10	26,36	25,34	22,62	18,31	29,0
35-39	20,50	21,00	23,26	23,06	23,20	24,1
40-44	18,21	22,67	22,22	26,85	19,49	21,1
45-49	16,95	20,08	18,83	22,71	29,68	21,6
50-54	22,73	23,83	29,46	31,69	28,78	20,2
55-59	25,97	30,28	24,36	27,63	21,44	22,9
60-64	26,09	33,07	25,88	30,35	23,18	21,8
65-69	27,14	29,64	27,85	30,81	33,50	25,5
70-74	30,85	33,02	22,55	32,13	34,95	28,1
75-79	27,94	36,37	29,75	41,08	37,54	36,0
80+	36,39	43,42	41,61	34,78	38,11	41,3

Fuente: Estadísticas vitales, División Epidemiología. MSP.

En cuanto a la distribución territorial, ocurre en su mayoría en el interior del país. En la tabla 3 se puede observar la distribución en cada departamento del país entre los años 2015 y 2020.

Tabla 3. Tasa de suicidios cada 100.000 habitantes. Distribución según departamento de residencia. Período 2015-2020. Uruguay

Departamento	Tasa c/100.000 habitantes					
	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Artigas	13,29	4,00	13,37	25,48	21,53	20,2
Canelones	16,59	21,25	20,12	19,19	21,13	18,9
Cerro Largo	23,47	21,22	20,10	26,79	29,01	17,9
Colonia	22,46	27,01	23,08	14,57	19,87	21,3
Durazno	27,12	27,12	30,51	18,65	28,82	22,0
Flores	18,86	11,32	7,55	15,09	15,10	18,9
Florida	18,76	20,20	20,20	20,20	23,08	28,8
Lavalleja	23,53	23,60	27,05	33,90	35,69	23,9
Maldonado	19,73	25,94	25,59	21,04	28,04	24,1
Montevideo	15,51	15,94	14,99	16,35	15,48	16,3
Paysandú	11,82	26,09	20,15	17,59	14,21	21,7
Río Negro	17,50	12,19	22,55	29,37	17,21	27,4
Rivera	10,21	9,25	12,92	24,87	21,14	15,6
Rocha	32,50	27,06	41,89	33,75	28,32	44,5
Salto	22,86	12,90	22,68	28,62	19,51	26,9
San José	22,85	30,52	33,74	28,33	34,93	25,4
Soriano	22,56	32,09	22,61	25,02	25,05	27,5
Tacuarembó	13,96	25,78	24,72	24,73	31,20	26,9
Treinta y Tres	31,66	25,73	27,71	23,76	23,76	25,8

Fuente: Estadísticas vitales, División Epidemiología. MSP.

Problemas de salud mental

De acuerdo con la Ley n.º 19.529 de Salud Mental vigente en el Uruguay,⁽⁶⁾ se define salud mental como un estado de bienestar en el cual la persona, consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Dicho estado es el resultado de un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos.

El marco general de la salud mental es promover las condiciones favorables y apoyar a las personas, grupos, comunidades y sociedades con el desarrollo máximo de sus capacidades y en el goce del bienestar.⁽⁷⁾

La protección de la salud mental abarca acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación encaminadas a crear las condiciones para el ejercicio del derecho a una vida digna de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental severo.⁽⁶⁾

En el contexto de los esfuerzos nacionales por desarrollar y aplicar políticas relativas a la salud mental es esencial no sólo proteger y promover el bienestar mental de los ciudadanos, sino también satisfacer las necesidades de las personas con trastornos de salud mental.⁽⁷⁾

Las personas con problemas de salud mental a menudo experimentan graves violaciones de los derechos humanos, discriminación, estigma.⁽²⁾

El trastorno mental se define como la existencia de un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y con la interferencia con el funcionamiento personal. Toda afectación de la salud en los seres humanos implica componentes mentales y somáticos que se dan en un contexto social determinado.⁽⁶⁾

Los trastornos mentales, neurológicos específicos y debidos al consumo de sustancias y el suicidio constituyen un subgrupo de enfermedades y afecciones que son una causa importante de discapacidad y mortalidad en el mundo.⁽⁸⁾

Las condiciones de salud mental contribuyen a malos resultados en salud, muerte prematura, violaciones de derechos humanos y pérdida económica mundial y nacional. No puede haber salud o desarrollo sostenible sin salud mental.⁽²⁾

Por este motivo, la salud mental atraviesa los “Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030”(ODS 2030)⁽⁹⁾ y se le ha dado un enfoque explícito en ellos. Los ODS instan a los países, para 2030, a reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y a promover la salud mental y el bienestar (meta 3.4).⁽⁹⁾ Además, piden que fortalezcan la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias, incluido el abuso de estupefacientes y el uso nocivo del alcohol (meta 3.5).⁽⁹⁾

De acuerdo con la OPS, la carga en la Región de las Américas de los trastornos mentales, neurológicos específicos y debidos al consumo de sustancias y el suicidio suponen una tercera parte de todos los años perdidos por discapacidad (APD) y una quinta parte de todos los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD).⁽¹⁰⁾

Los trastornos depresivos son la principal causa de discapacidad y, cuando se considera la discapacidad junto con la mortalidad, suponen 3,4 % del total de AVAD y 7,8 % del total de APD.

800.000 personas mueren al año por suicidio, la cual es una de las principales causas de muerte en gente joven.⁽²⁾

América del Sur, en general, tiene mayores proporciones de discapacidad debida a enfermedades mentales comunes. Los trastornos mentales comunes comprenden generalmente los trastornos depresivos y de ansiedad.

En el Uruguay la enfermedades no transmisibles (ENT) representan el 80 % del total de AVAD, y los trastornos mentales (TM), el 17%.⁽¹¹⁾

En el marco del proceso de reforma de la salud y de la implementación de políticas sociales, en Uruguay se avanzó en un importante cambio legislativo con una visión actualizada de la salud mental que incorpora una perspectiva de derechos humanos acorde con los compromisos del país a nivel internacional, que promueve un cambio en el modelo de atención y que tiene en cuenta y actúa sobre los determinantes sociales de la salud.

Este proceso se consolida con la aprobación en agosto de 2017 de la ley n.º 19.529 de Salud Mental.⁽⁶⁾

El Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027(PNSM) ⁽⁷⁾ surgió como necesidad de dar cumplimiento a lo establecido en la ley n.º19.529 Ley de Salud Mental de 2017. El proceso de construcción contó con aportes de parte de organizaciones de la sociedad civil, del sector académico, de las sociedades científicas y de profesionales, así como de organismos públicos y privados, sistema político, entre otros.

Al mismo tiempo, sobre la base de lo establecido en la propia ley de Salud Mental y en los principios del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), el PNSM también parte de concebir la promoción del bienestar psicológico y la salud mental como un componente inseparable de la salud.⁽¹²⁾

La normativa busca fortalecer un modelo de atención comunitaria, que se centra en el reconocimiento de las personas con problemas de salud mental como sujetos de derecho. En acuerdo con la declaración del Consejo de Derechos Humanos de la Asamblea General de las Naciones Unidas (2016):

(...) los servicios de salud mental y sociales deben adoptar una perspectiva de derechos humanos para evitar causar daños a las personas que hagan uso de ellos; en particular con miras a eliminar todas las formas de violencia y discriminación en ese contexto, y para promover el derecho de toda persona a la plena inclusión y participación efectiva en la sociedad.⁽¹³⁾

El Modelo Comunitario refiere fundamentalmente a que la atención en salud mental está inmersa y participa de la realidad comunitaria y de su complejidad. Este modelo permite comprender la importancia del contexto en la salud y la recuperación de la persona. ⁽¹⁴⁾ Se centra en la inclusión sociocomunitaria de las personas y busca proveer de las condiciones que contribuyan al pleno ejercicio de los derechos y bienestar socioemocional. En este marco, se reconoce a las personas como parte de un grupo de pertenencia (familia u otro) y una comunidad, bajo los principios de integralidad, territorialización y continuidad de cuidados. ⁽¹⁴⁾

En este modelo es fundamental la participación de la población usuaria y de sus familiares, en particular su empoderamiento y organización como parte esencial en la coconstrucción del abordaje integral, individual y colectivo, donde las personas son sujetos activos de su recuperación y del manejo de su enfermedad.⁽¹⁴⁾

El fortalecimiento de un abordaje comunitario de los trastornos mentales contribuirá a la superación del modelo asilar y hospitalocéntrico, permitiendo la reducción de las hospitalizaciones en las instituciones monovalentes. El cierre de estructuras asilares y monovalentes está previsto por la ley n.º19.529.⁽⁶⁾ Para ello se requiere el establecimiento de una gama de dispositivos alternativos, comunitarios, de calidad adecuada y accesible. Avanzando en el cumplimiento de esta meta, en 2019 se aprobó la Ordenanza Ministerial n.º 1.488 que define los dispositivos que deben integrar la red asistencial.⁽¹⁵⁾

La pandemia por Covid-19 ha aumentado en muchas personas el estrés, ansiedad, miedo, tristeza y soledad. Es posible que en muchos casos se hayan agravado los trastornos de salud mental, incluyendo la ansiedad y la depresión. Según una revisión al respecto, publicada en la revista *The Lancet*,⁽¹⁶⁾ la mayoría de los estudios realizados sobre el impacto psicológico de la cuarentena por coronavirus informaron efectos psicológicos negativos debido al aislamiento, incluidos síntomas de estrés postraumático, confusión e ira.

Se han desarrollado diversas investigaciones que muestran la afectación negativa en la salud mental de personas a quienes se les diagnosticó Covid-19 y sus familiares. Existen diferentes reacciones, problemas emocionales y posibles problemas psiquiátricos que pueden surgir en personas con diagnóstico de Covid-19.^{(17) (18) (19)}

Diversos han sido los grupos afectados y que han requerido priorización, entre ellos los trabajadores de la salud.

Se requieren diagnósticos e intervenciones oportunas de salud mental para minimizar las secuelas psicológicas y brindar atención a las personas afectadas. Se ha reconocido la necesidad de incrementar la atención a la salud mental durante y después de la pandemia por COVID-19 .

Según un estudio de la OMS⁽²⁰⁾ que abarcó 130 países, los datos mundiales informaron importantes efectos negativos de la ovid-19 sobre el acceso a los servicios de salud mental, poniendo de relieve la necesidad urgente de incrementar la financiación

Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, D.C.: OPS; 2014.
2. World Health Organization. Mental Health, Use S. Special initiative for mental health (2019–2023) [Internet]. Who.int.; 2019 [citado el 17 de marzo de 2022]. Disponible en: [https://www.who.int/publications/i/item/special-initiative-for-mental-health-\(2019-2023\)](https://www.who.int/publications/i/item/special-initiative-for-mental-health-(2019-2023))
3. Echávarri O, Maino MP, Fischman R, Morales S, Barros J. Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente. Santiago, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2015. Available from: <https://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2015/07/N%C2%B0-79-Aumento-sostenido-del-suicidio-en-Chile.pdf>
4. Ministerio de Salud Pública. Estadísticas vitales 2020. Montevideo: MSP; 2021
5. Ministerio del Interior. Observatorio. Montevideo: Ministerio del Interior; 2021. Available from: <https://minterior.gub.uy/index.php/81-observatorio>
6. Uruguay. Ley de Salud Mental. [Internet]. Montevideo, Uruguay; Ley n.º 19.529, Set 19, 2017. Disponible en <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017/37>
7. Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027. [Internet]. Montevideo, Uruguay; 2020. Disponible en: <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/comunicacion/noticias/msp-aprobo-plan-nacional-salud-mental-2020-2027>
8. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020. [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/plan-accion-sobre-salud-mental-2015-2020>

9. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030. [Internet]. 2015. Disponible en https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=S
10. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C.: OPS; 2018.
11. Ministerio de Salud Pública. Interpelaciones y respuestas a las Enfermedades No Transmisibles en Uruguay. Montevideo, Uruguay: MSP, OPS; 2019.
12. Uruguay. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. [Internet]. Montevideo, Uruguay; Ley n.º 18.211, Dec 13, 2007. Disponible en <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61>
13. Organización de las Naciones Unidas. Consejo de Derechos Humanos. Asamblea General. [Internet]. Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo; 2016, jun 29. Disponible en <http://www.medicosypacientes.com/sites/default/files/Resoluci%C3%B3n%20ONU%20saludmental.pdf>
14. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Santiago, Chile: MINSAL; 2017.
15. Ministerio de Salud Pública (2019, noviembre 7): Ordenanza n° 1.488. Disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-1488019-ordenanza-14882019-sustituye-anexo-i-ordenanza>
16. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*. The Lancet [Internet]. 2020; 395(10227):912–20. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
17. Grover S, Rani S, Mehra A, Sahoo S. COVID-19 pandemic: A crisis for health-care workers. Journal of Mental Health and Human Behaviour. J ment health hum behav [Internet]. 2020; 25(1):1-4. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4103/jmhbb.jmhbb_96_20
18. Yao H, Chen J-H, Xu Y-F. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. Lancet Psychiatry [Internet]. 2020;7(4):e21. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30090-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30090-0)
19. Taquet M, Luciano S, Geddes JR, Harrison PJ. Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. Lancet Psychiatry [Internet]. 2021;8(2):130–40. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30462-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30462-4)
20. Organización Mundial de la Salud. Mental Health, Use S. The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services [Internet]. Who.int. World Health Organization; 2020 [citado el 16 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/978924012455>