

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD
ÁREA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN - ÁREA CICLOS DE VIDA

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
REGION ORIENTAL DEL URUGUAY



MINISTERIO DE EDUCACION Y CULTURA



MINISTERIO DEL INTERIOR



mides

construyendo futuro

Responsables del Diseño del Plan

Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio

Lic. Enf. Pilar González-Coordinadora del Área de Promoción y Prevención en Salud , Ministerio de Salud Pública

Lic. Hebert Tenenbaum- Responsable del Programa Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública

Lic. Denisse Dogmanas- Programa Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública

Lic. Ana Laura Piñeyro- DDHH- Ministerio de Educación y Cultura

Lic. José Luis García- Ministerio del Interior

Dr. Félix Martínez – Ministerio de Desarrollo Social.

Lic.Susana Quagliata-Facultad de Psicología de la UDELAR, Comisión Asesora Técnica del Programa Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública

Colaboradores

Lic. Juan Trillo- Programa Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública

Dra. María Piñeiro- Programa Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública

Dra Adriana Misa-DPES, Ministerio de Salud Pública

Asistentes

Lic. Gimena Paroli- Programa Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública

TA Viviana López, Programa Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública

Índice

Introducción.....	4
Justificación.....	5
Diagnóstico de situación.....	5
Antecedentes del Plan de Prevención de suicidio.....	13
Metodología de elaboración del Plan.....	16
Propósito y meta.....	17
Estrategia.....	18
Eje estratégico 1: Organización de la Atención Integral en Salud Mental.....	19
Eje estratégico 2: Construcción de Intersectorialidad y trabajo en Red.....	21
Eje estratégico 3: Sensibilización a la comunidad y Educación a la población en Promoción de Salud Mental y Prevención de Suicidios.....	22
Eje estratégico 4: Formación, Capacitación y reorientación de recursos humanos para el abordaje de la prevención de suicidios, atención de los IAE y sobrevivientes.....	23
Eje estratégico 5: Sistema de Información en IAE y Suicidios.....	25
Implementación.....	27
Cronograma de ejecución.....	28
Principales fuentes y Referencias consultadas.....	32

Introducción

El Ministerio de Salud Pública (MSP) a través del Programa Nacional de Salud Mental y dentro de las prioridades previstas para esta administración, se propone entre otras medidas, priorizar la Salud Mental con la creación del “Plan Nacional de Prevención del Suicidio” (2011-2015), para disminuir la incidencia del suicidio en la sociedad uruguaya.

El suicidio es un fenómeno multicausal, que implica el acto de matarse a sí mismo ¹ En él intervienen diversos factores que van desde lo político, económico y ambiental, hasta lo biológico, psicológico y sociocultural. Es así que el suicidio impacta enormemente en el plano individual, familiar y social, a través de varias generaciones.

Este Plan sienta sus bases en la prevención a todo nivel del suicidio, como problema mayor para la salud pública, en el entendido de que es un acto prevenible que implica la participación de todos los sectores de la comunidad, para brindar la ayuda oportuna en el momento justo.

La Organización Mundial de la Salud (1) estima que en el mundo ocurren alrededor de un millón de suicidios cada año, cantidad mayor que la correspondiente a todas las muertes debidas a guerras y homicidios. En cuanto a los intentos de suicidio, estos llegan a ser de 10 a 40 millones por año en todo el mundo.

Uruguay presenta la tasa de mortalidad por suicidio más elevada del continente junto con Cuba (1), observándose a partir del año 1989 un aumento constante y sistemático de la misma, lo que constituye un problema mayor para la salud pública. Sin embargo, esto debe tomarse con cautela, ya que está demostrada la tendencia al subregistro en América Latina(4)

El suicidio presenta características que exigen un abordaje multidisciplinario e inmediato para el desarrollo de acciones preventivas a nivel nacional y que requieren para su planificación e implementación la participación de toda la comunidad. Para llevar adelante el Plan y su adecuada implementación se requiere de los esfuerzos y acciones de diversos sectores sociales con un criterio interdisciplinario e interinstitucional. En este sentido, resultan fundamentales las coordinaciones Inter-institucionales a través de los Ministerios que

¹ Etimológicamente proviene del Latin “sui” de sí mismo y “caedere” matar (Diccionario de la Real Academia Española).

constituyen la “*Comisión Nacional de Prevención del Suicidio*”, tomando como uno de los ejes la promoción y prevención.

Como respuesta a este grave problema de salud pública el presente documento constituye el Primer Plan Nacional de Prevención del Suicidio(PNPS) para Uruguay.

Justificación

Para el siglo XX, en Uruguay el comportamiento de las tasas anuales de suicidio por 100.000 habitantes se mantuvo casi constante en 10/100.000, incrementándose en las últimas dos décadas. Comprendido el siglo pasado y hasta el año 2007, la tasa promedio fue de 12.54/100.000, configurando el 1.24 % de todas las defunciones.

En el país en el año 2002, coincidiendo con la fuerte crisis económica que atravesó el país, se observó un aumento en el valor de la tasa de suicidio, llegando a un 21.43/100.000, (2).

En cuanto a poblaciones de riesgo, como son los grupos comprendidos entre los 15 y 29 años, y los mayores de 65 años, según el Programa Nacional de Adolescencia y Juventud se observa que: en el primer grupo, en una de cada 5 muertes entre los 20 y 24 años la causa es el suicidio; en el grupo de mayores de 65 años lo es 1 de cada 3 muertes.

Si consideramos su prevalencia según sexo, en nuestro país el suicidio se distribuye en forma desigual, al igual que en la mayoría de los países del mundo. El suicidio consumado es más frecuente en hombres que en mujeres, a diferencia de los intentos, que en su mayoría son realizados por mujeres, aunque esta diferencia tiende a atenuarse hacia edades más avanzadas. Mientras que a nivel internacional, las cifras de suicidios tienden a disminuir después de los 65 años, en nuestro país, ha sucedido lo contrario.

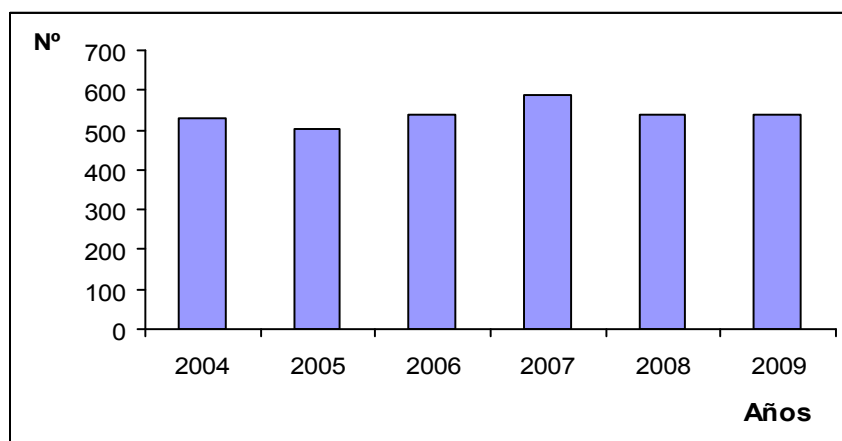
Diagnóstico de situación y línea de base

De acuerdo a los datos nacionales, el número de suicidios registrados en nuestro país entre los años 2004-2009 superan los 500 casos anuales (tabla1, gráfico 1).

Tabla 1- Número de Suicidios en Uruguay 2004-2009

Año	Nº de suicidios
2004	530
2005	503
2006	539
2007	587
2008	539
2009	537

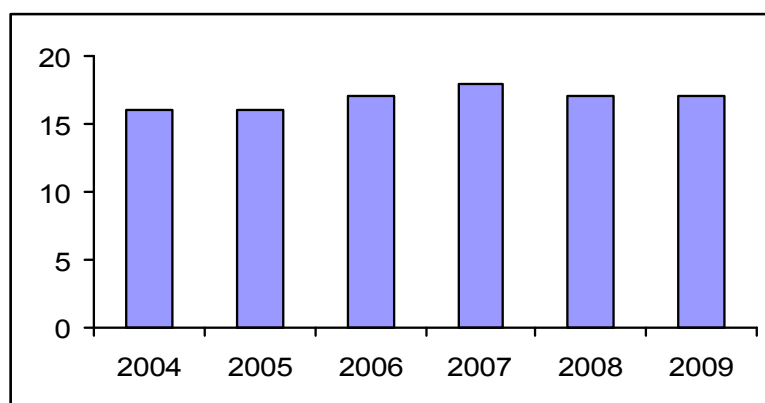
Gráfico 1- Número de suicidios, Uruguay 2004-2009



Fuente: Unidad de información poblacional. Ministerio de Salud Pública, Uruguay, 2010

Las tasas por suicidios cada 100.000 habitantes en los años 2004 a 2009, se muestran en el gráfico 2. La tasa promedio para dicho período es de 17 cada 100.000 habitantes.

Gráfico 2. Tasas de Suicidio (por 100.000 hab.) Uruguay, 2004-2009

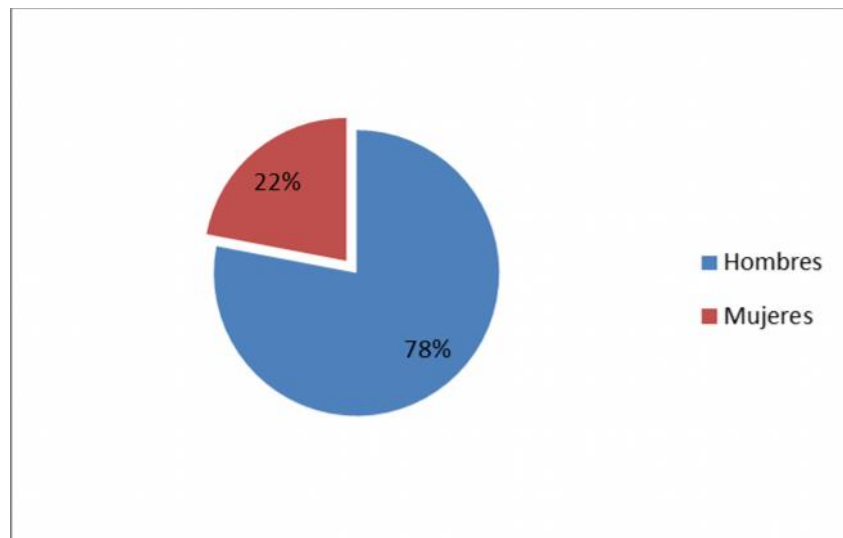


*Fuente: Unidad de información poblacional. Ministerio de Salud Pública, Uruguay, 2010.

** Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE), Censo año 2004 Uruguay.

Con respecto al sexo, este fenómeno ocurre con mayor frecuencia en los hombres (ver gráfico 3), con una relación hombre/ mujer de 3:1.

Gráfico 3. Distribución por Sexo años 2004-2009

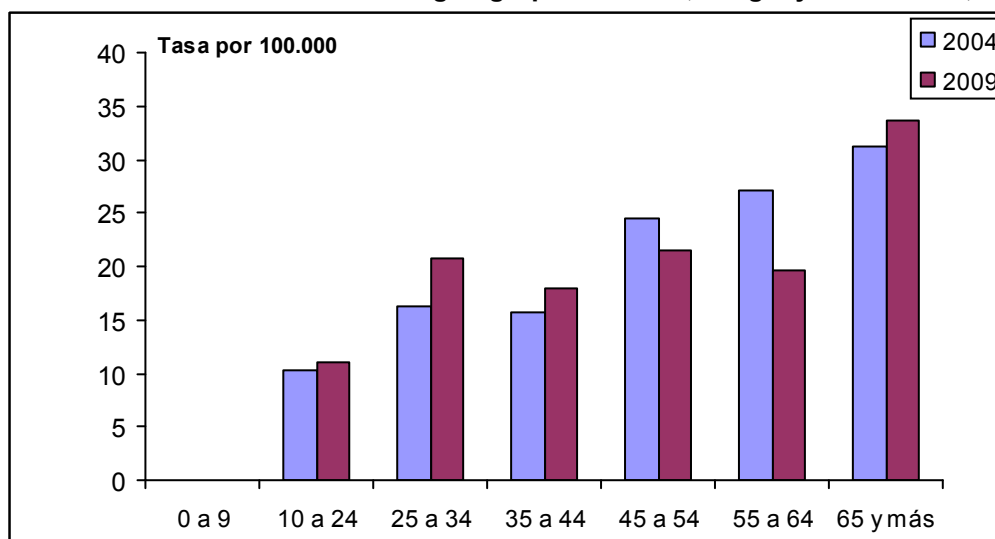


Fuente: Unidad de información poblacional. Ministerio de Salud Pública, Uruguay, 2010.

** Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE), Censo año 2004 Uruguay.

En cuanto a los suicidios según la edad, la tasa va en aumento a medida que aumenta la edad de los grupos, siendo la tasa más alta la de y adultos mayores(33 ,7 cada 100.000 habitantes), durante el año 2009 (gráfico 4).

Gráfico 4. Tasas de suicidio según grupos de edad, Uruguay 2004 – 2009,



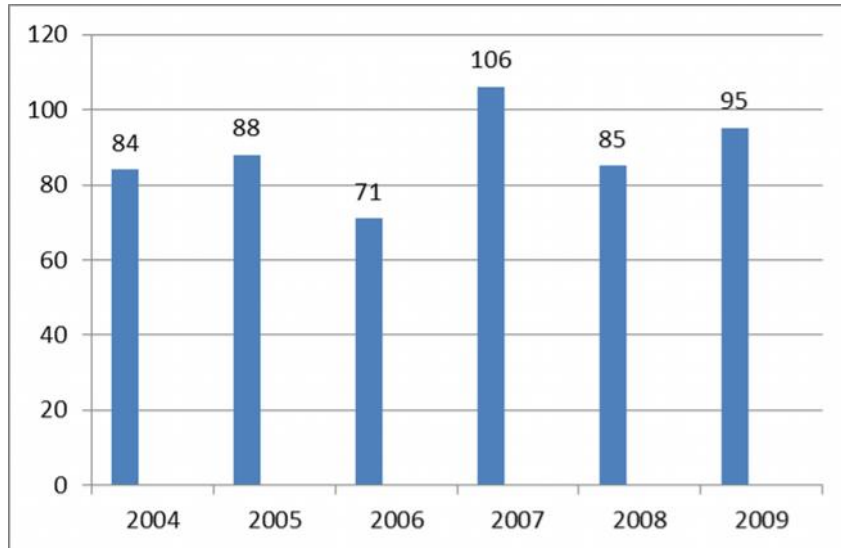
Fuente: Unidad de información poblacional. Ministerio de Salud Pública, Uruguay, 2010.

** Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE), Censo año 2004 Uruguay.

Pero además en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años , la tasa alcanzó un valor de 11 cada 100.000 habitantes en los años 2004-2009, siendo el promedio anual de 88 casos (gráfico 5).

Gráfico 5. Suicidio en adolescentes y jóvenes (10 a 24 años)

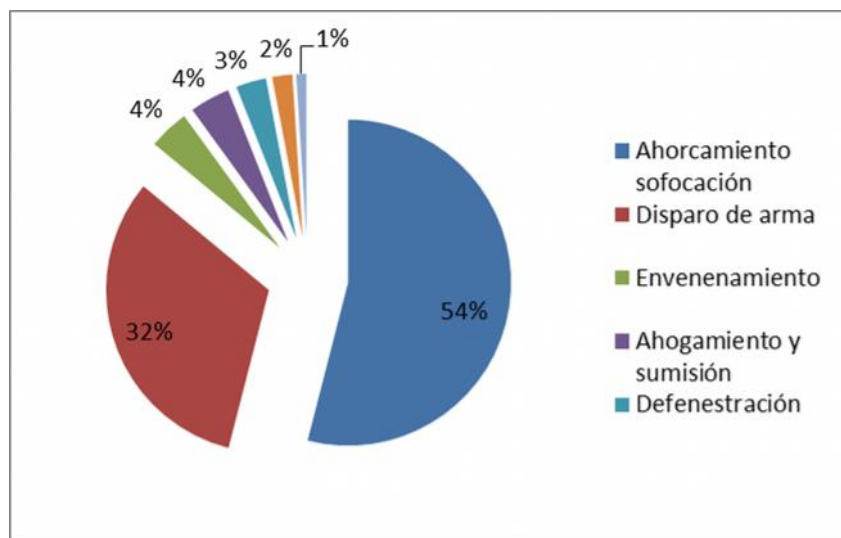
Uruguay 2004-2009



Fuente: Unidad de información poblacional. Ministerio de Salud Pública, Uruguay, 2010.

Los métodos de suicidio más frecuentemente utilizados son en primer lugar el ahorcamiento con un 54% y en segundo lugar disparo de arma con un 32% (gráfico 6).

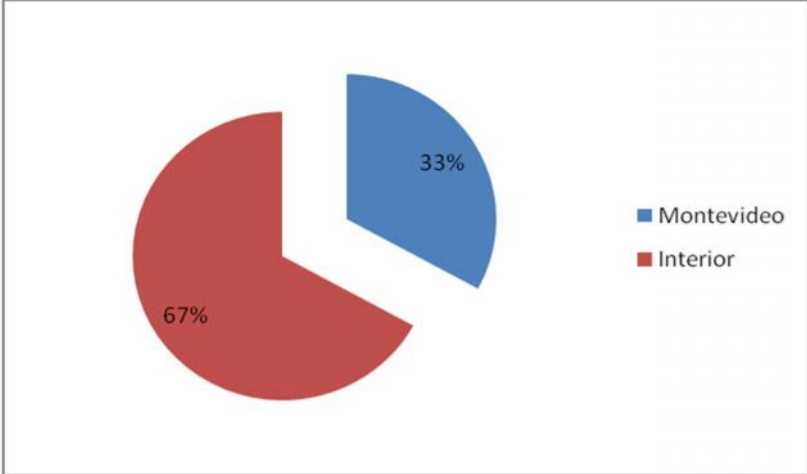
Gráfico 6. Métodos de suicidios utilizados, Uruguay 2004-2009



Fuente: Unidad de información poblacional. Ministerio de Salud Pública, Uruguay, 2010.

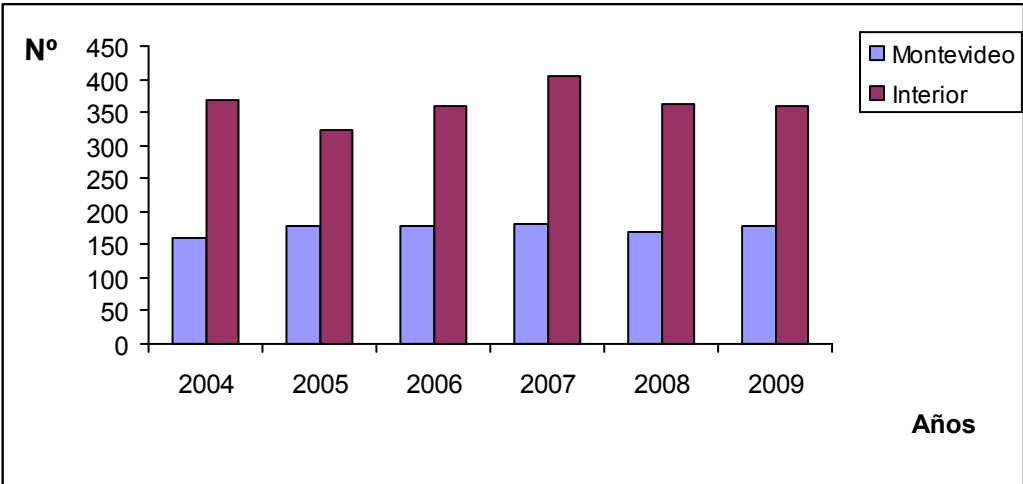
En cuanto a la distribución geográfica, los suicidios representan el doble en el interior del país con respecto a la capital, con un porcentaje promedio de 67 % y 33% respectivamente en los años 2004-2009 (gráfico 7).

Gráfico 7. Suicidios según distribución geográfica, Uruguay 2004-2009



Fuente: Unidad de información poblacional. Ministerio de Salud Pública, Uruguay, 2010.

**Gráfico 8 -Comparativo del número de suicidios Montevideo-interior
Años 2004-2009**



Fuente: Unidad de información poblacional. Ministerio de Salud Pública, Uruguay, 2010.

Con respecto a la distribución por departamentos, (Tabla 2 y gráfico 9), los departamentos con una tasa de suicidio por encima de 17 cada 100.000 habitantes (tasa promedio para el país)en el período 2004-2009 son: Rocha en primer lugar con 31,4 por 100.000 , seguido de Flores con 26,6, y de Treinta y Tres con 24,9 por 100.000 .

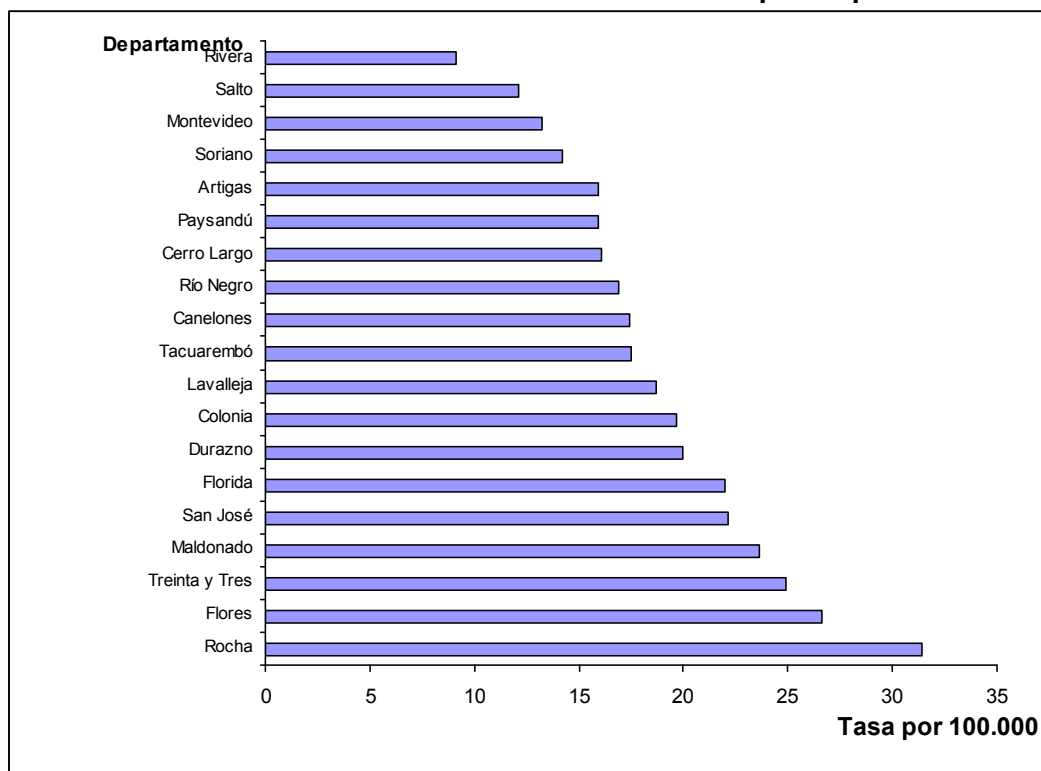
Tabla 2. Promedio y tasa anual de suicidios por Departamento en 2004-2009

Departamento	Población*	Promedio anual de suicidios	Tasa cada 100.000 hab.
Rocha	70633	22,2	31,4
Flores	25608	6,8	26,6
Treinta y Tres	49777	12,4	24,9
Maldonado	147418	34,8	23,6
San José	107661	23,8	22,1
Florida	69981	15,4	22,0
Durazno	60939	12,2	20,0
Colonia	120878	23,8	19,7
Lavalleja	61891	11,6	18,7
Tacuarembó	94634	16,6	17,5
Canelones	509194	88,6	17,4
Río Negro	55664	9,4	16,9
Cerro Largo	89392	14,4	16,1
Paysandú	115644	18,4	15,9
Artigas	79320	12,6	15,9
Soriano	87096	12,4	14,2
Montevideo	1342811	177,2	13,2
Salto	126779	15,4	12,1
Rivera	109291	9,8	9,1

*Fuente: Instituto Nacional de Estadística del Uruguay. Uruguay en cifras

Las tasas de suicidio más bajas se encuentran en: Montevideo (13,2 por 100.000), Salto (12,1 por 100.000) y Rivera (9,1 por 100.000).

Gráfico 9. Tasa anual de suicidios entre 2004-2009 por Departamento



Según datos aportados por el Ministerio de Salud Pública, en el año 2010, las cifras se mantuvieron similares a las del 2009 respecto a: número total de suicidios (539), franjas etarias y los métodos principales utilizados.

En cuanto a la distribución por Departamento, los suicidios continúan representando el doble en el interior del país con respecto a la capital, con 65 % y 35% respectivamente. En el año 2010 Lavalleja obtuvo la tasa más alta de suicidios del país, con 21 suicidios correspondiendo a una tasa de 34 cada 100.000 habitantes. En cuanto a Rocha, que presentó la tasa más alta en años anteriores, ocupa el segundo lugar en el año 2010, con una tasa de 28 cada 100.000 habitantes. Pese a esto es necesario considerar que los datos pueden variar de un año a otro por diversos factores entre ellos el azar, por este motivo es necesario observar los siguientes años y ver si esto se convierte en una tendencia.

Según una revisión internacional de la OMS (4) los principales factores de riesgo son:

- Enfermedades mentales (sobre todo depresión, alcoholismo y esquizofrenia)
- Intentos previos de suicidio
- Pertenecer al género masculino

- Enfermedades físicas, sobre todo las crónicas, discapacitantes, dolorosas e incurables.
- Baja tolerancia a la frustración sumado a alta impulsividad.

Menos estudiados y conocidos que los factores de riesgo, son los factores de protección, entre los cuales se destaca la presencia de una buena y efectiva red de apoyo social, que puede ser estimulada cuando existe:

- Buena organización familiar
- Buena integración social (participación en grupos religiosos, deportivos, de servicios y otros)
- Buenas relaciones con los compañeros del trabajo, maestros y otras personas significativas (4).

Otros importantes factores de protección que ayudan a superar crisis y situaciones difíciles, y por lo tanto juegan un papel relevante en la prevención, según esta misma revisión, se relacionan con poseer buenas aptitudes sociales y cognitivas, capacidad para identificar los propios estados emocionales y disposición a buscar ayuda cuando se la necesita, entre otros.

En el Cuadro 2 se presentan aquellas poblaciones y grupos que han demostrado ser de mayor riesgo.

Cuadro 2. Poblaciones y grupos de riesgo

Por características sociodemográficas	Por características clínicas
<ul style="list-style-type: none"> • Varones jóvenes • Hombres mayores (+75 años) • Personas divorciadas, separadas o viudas • Personas socialmente aisladas • Agricultores • Poblaciones indígenas • Prisioneros • Personas bajo intensos y rápidos cambios sociales • Personas bajo intenso estrés • Personas fuera del mercado de trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> • Personas con enfermedades mentales (actuales o pasadas) • Personas recientemente ingresadas o de alta en el hospital psiquiátrico con síntomas depresivos, psicóticos o ideas suicidas • Personas con depresión • Alcohólicos y usuarios de drogas • Personas que ya hicieron un intento de suicidio. • Familiares de personas que se suicidaron. • Personas con enfermedades físicas graves y/o crónicas,

	incurables (cáncer, HIV/SIDA, epilepsia)
--	--

Extraído de: Bertolete JM. Prevención y control de la conducta suicida. En Rodríguez, J. (Ed) Salud mental en la comunidad Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2009.

Antecedentes del Plan Nacional de Prevención de Suicidio

1.El trabajo desde el Programa Nacional de Salud Mental del MSP

El Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) del Ministerio de Salud Pública ha trabajado en esta temática, realizando diversas actividades de formación, promoción de salud mental y prevención, vinculada a la Prevención del Suicidio. Algunas de las actividades más relevantes realizadas en el último período han sido en el año 2006 el grupo de trabajo: “Violencia y muerte violenta”, de la Comisión Asesora Técnica del PNSM, elaboró el documento “Pautas y recomendaciones en relación a las conductas suicidas” (5).

Posteriormente, en el año 2008, se elaboró el documento “Guías de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas” (6). Este documento fue ampliamente difundido en diversas actividades y distribuido en servicios de salud públicos, privados, ONG’s, del país. Se han llevado a cabo talleres de capacitación al cuerpo de bomberos y la policía utilizando la Guía.

En el año 2009 se brindó apoyo en la organización del Taller Subregional sobre Prevención y Control de la Conducta Suicida que tuvo lugar en la ciudad de Montevideo y fue organizado por la Representación en Uruguay de la Organización Panamericana de la Salud. Durante el mismo se reunieron diversos especialistas nacionales y extranjeros, con el fin de intercambiar información y experiencias en prevención y discutir líneas de acción para reducir la mortalidad por suicidio.

Anualmente se organizaron diversas actividades de capacitación y sensibilización el 17 de julio, Día Nacional de Prevención del Suicidio, de acuerdo a lo establecido en la Ley 18.097.

Se ha brindado información responsable sobre la temática a la prensa y a la población en general, a través de diversos medios de comunicación más intensamente en los días previos y posteriores al Día Nacional de Prevención del Suicidio.

En el año 2010, el PNSM elaboró el Documento líneas estratégicas para la prevención del suicidio (7), y convocó a la Cátedra de Psiquiatría y la Cátedra de Medicina Comunitaria de la Facultad de Medicina, la Facultad

de Psicología (UdelaR), la Facultad de Enfermería y la CATP para realizar actividades de capacitación en el marco del Día Nacional de Prevención del Suicidio.

II. La Comisión Nacional Honoraria para la Prevención del Suicidio

En el año 2004 se crea La Comisión Nacional Honoraria para la Prevención del Suicidio (consumados e intentos) por el Decreto N° 378/004. Según se establece, la misma funciona en la órbita del Ministerio de Salud Pública, presidida por un representante de dicho Ministerio y por delegados del Ministerio de Educación y Cultura, y del Ministerio del Interior.

Según se establece en el Decreto La Comisión Nacional referida, tiene por cometido:

- 1. Diseñar, facilitar, supervisar y evaluar la implementación de un Plan Nacional de Prevención del Suicidio.*
- 2. Coordinar y articular las acciones requeridas para lo cual podrá constituir diferentes sub-comisiones o grupos de trabajo, que faciliten la sistematización de los procesos, estrategias y prácticas, que tengan en cuenta los diversos aspectos a ser considerados como el área geográfica, género, grupo etario, factor socioeconómico y otras variables, de modo que el programa diseñado brinde una cobertura equitativa y eficiente.*
- 3. Gestionar apoyos de otros Organismos Nacionales y/o Internacionales para optimizar el cumplimiento de sus cometidos, de acuerdo a lo que determine el Ministerio de Salud Pública.*
- 4. Establecer mecanismos que garanticen la participación y el compromiso de la comunidad.*

En el año 2009 a instancias del PNSM del MSP se conforma dicha Comisión con un delegado del MSP, un delegado del Ministerio de Educación y Cultura, un delegado del Ministerio del Interior y un asesor legal del MSP. En este período, se comienza a diseñar el Plan, a coordinar acciones y establecer mecanismos de participación de diversos actores involucrados.

En el año 2010 se solicita la inclusión del MIDES, en el entendido de que constituye un actor fundamental en el trabajo en la temática y que dicho organismo no existía cuando se redactó el Decreto que creó la Comisión.

El Plan Nacional de Prevención de Suicidio Uruguay (PNPS) se constituye en el año 2010 en uno de los Planes Quinquenales prioritarios

del Departamento de Programación Estratégica en Salud(DPES), Área de Promoción de la Salud y Prevención del MSP.

En el año 2011, se propone diseñar e implementar las primeras acciones previstas en este Plan.

En el ámbito académico nacional, y a nivel de la Universidad, se han realizado diversas investigaciones, capacitaciones e intervenciones en las diferentes disciplinas en el Área de la Salud que marcan el foco de atención en la temática.

Desde las organizaciones de la sociedad civil hay suficiente experiencia acumulada para el abordaje y atención al suicidio. Desde las instituciones sanitarias se han comenzado a organizar dispositivos tendientes a dar respuesta oportuna

Metodología de elaboración del plan:

El Plan se elaboró en un proceso de construcción colectivo, participativo contando con el aporte de varios actores en los diferentes momentos que a continuación se detallan:

- Diagnóstico de situación nacional sobre el suicidio en Uruguay a partir de fuentes primarias (Unidad de Información Poblacional del MSP; Ministerio Interior, INE; Investigaciones nacionales y Procesos de intercambios con actores claves de la academia, y ONG's)
- Revisión de experiencias nacionales e internacionales en relación a estrategias de prevención del suicidio, así como revisión de planes nacionales de prevención del suicidio de otros países .
- Consultoría con experto de OPS –OMS, Dr. Jorge Rodríguez Asesor principal de Salud Mental de la OPS-OMS.
- Tres encuentros para el intercambio y validación del primer borrador del plan nacional de prevención del suicidio:
 - con actores claves y expertos en la temática de la Universidad; movimiento de usuarios ;ASSE Salud Mental; ONGs .
 - con Programas del DPES/MSP
 - con Directores Departamentales de Salud

Propósito del plan

Contribuir a mejorar la calidad de vida y la salud mental de toda la población uruguaya a nivel país, teniendo en cuenta las particularidades territoriales.

Meta

Reducir la mortalidad por Suicidio en un 10% para el período 2011-2020.

Estrategia

Se pretende dar continuidad, sistematización y profundización a las acciones que se vienen implementando desde el Estado, así como desde las ONG's y el conjunto de la sociedad.

La estrategia busca ser integral, incluyendo un trabajo Interministerial Interinstitucional, Inter-programático y sujeto a evaluación continua.

El trabajo Interministerial incluye: La Comisión Nacional de Prevención del Suicidio conformada por el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio del Interior, el Ministerio de Educación y Cultura y Ministerio de Desarrollo Social.

A nivel Interinstitucional se prevé trabajar junto a ASSE, el sector mutual de todo el país, la Universidad, las ONG's y a otros sectores de la sociedad civil.

En relación al trabajo Inter-programático dentro del MSP, con el Área Ciclos de Vida (adolescencia, adulto, adulto mayor, entre otros), el Programa de Salud Rural, y se prevé la articulación con Programas de otros Ministerios.

Esto permitirá un abordaje integral, impulsado desde el gobierno a través del diseño de políticas públicas relacionadas con la temática.

El presente Plan contiene una estrategia general que abarca a toda la población del país, y propone la construcción de acciones específicas para las poblaciones de riesgo identificadas: niños, adolescentes y jóvenes, adultos mayores, adultos hombres, interior del país y policías.

EJES ESTRATEGICOS/COMPONENTES DEL PLAN

1. Organización de la Atención Integral en Salud Mental
2. Construcción de Intersectorialidad y trabajo en Red
3. Sensibilización a la comunidad y Educación a la población en Promoción de Salud Mental y Prevención de Suicidios.
4. Formación, Capacitación y reorientación de recursos humanos para el abordaje de la prevención de suicidios, atención de los IAE y sobrevivientes.
5. Desarrollo e implementación del Sistema nacional de Información en IAE y Suicidios.

EJE 1: Organización de la Atención Integral en Salud Mental

El Tratamiento de las enfermedades mentales es una de las acciones que siguiendo a la OMS han demostrado en diversos países, mayor eficacia para la prevención del suicidio. Enfermedades frecuentes como la depresión y el alcoholismo, y en menor grado la esquizofrenia, están asociadas a comportamientos suicidas. Ha demostrado ser efectiva la identificación temprana de los trastornos y su manejo adecuado (4).

Según una revisión sistemática (8) que examinó la evidencia sobre la efectividad de intervenciones específicas en prevención de suicidio, las enfermedades psiquiátricas son el factor que más contribuye, teniendo más de un 90% de las personas que se suicidaron una enfermedad psiquiátrica según el DSM IV. El 60 % de los suicidios están asociados a trastornos del humor, principalmente depresión mayor y trastorno bipolar, otros factores que contribuyen son el abuso de drogas y alcohol, entre otros.

Otras de las medidas que han demostrado mayor efectividad es el seguimiento de las personas que han intentado el suicidio. La OMS generó evidencia por medio de un proyecto multicéntrico llevado a cabo en ocho países en todos los continentes, que la atención continuada a personas que intentaron suicidarse puede disminuir significativamente la mortalidad de ese grupo, además de tener un efecto importante sobre la aparición de futuros intentos(5).

Objetivos Específicos

- Diseñar un manual para la organización de la atención a los Intentos de Autoeliminación (IAE) en una red de cuidados, de trabajo en equipos interdisciplinarios que asegure una atención integral a las personas y su núcleo familiar, definiendo rutas de acciones regionales, departamentales, locales para operacionalizar la referencia y contra-referencia.
- Ampliar la cobertura de las prestaciones de Salud Mental a las personas con IAE, incluyendo al grupo familiar y al entorno inmediato
- Crear un marco regulatorio para la atención en los IAE y familiares en todos los niveles de atención del SNIS.

Actividades

- 1.1 Elaborar un manual para la organización de la atención de los IAE en red ,interdisciplinario, que asegure una atención integral a las personas con IAE y su núcleo familiar , definiendo rutas de acción regionales, departamentales, locales, para operacionalizar la referencia y contra-referencia.
- 1.2 Construir estrategias específicas de abordaje para las poblaciones de riesgo identificadas: niños, adolescentes y jóvenes, adultos hombres, adultos mayores, población rural, policías.
- 1.3 Incluir en el Plan de Prestaciones de Salud Mental (PPSM), a ser implementado en setiembre de 2011, la atención a las personas con IAE y sus familiares.
- 1.4 Elaborar un Decreto que regule la obligatoriedad de la atención de los usuarios con IAE, el registro y comunicación de estos episodios, el seguimiento y prestaciones incluidas en la atención en todo el SNIS.
- 1.5 Crear protocolos de organización de la atención y seguimiento de IAE y familiares, en los diferentes niveles de atención (Puestos Rurales, Policlínicas , Centros de Salud , Servicios de Urgencia y Emergencia, entre otros).
- 1.6 Estructurar y organizar un servicio de atención telefónica durante las 24 horas, para la captación, contención y orientación en esta problemática.

Indicadores de Evaluación

- a) N° de prestadores del SNIS que cumplen con todas las prestaciones establecidas por el PPSM para los IAE y sus familiares / N° total de prestadores del SNIS x 100. Fuente: SINADI, MSP
- b) N° Departamentos del país que cuentan con rutas de Referencia y Contra-Referencia, establecidas y difundidas/Total de Departamentos del país x 100. Fuente: DDS, DIGESNIS
- c) N° de Servicios de Salud del SNIS con establecimiento de rutas y flujograma de los usuarios con IAE y familiares para la referencia y contra-referencia/Total de servicios de Salud del SNIS x 100. Fuente: DIGESA;DDS, MSP

d) N° de Servicios con utilización de guías y protocolos de atención de personas con IAE/ N° total de Servicios del SNIS x100. Fuente: DDS, MSP

e) Línea telefónica 24 horas, instalada y en funcionamiento. Fuente: MSP

Productos

- a) Manual de organización para la atención de los IAE elaborado (que integre todos los niveles de atención).
- b) Publicación de Protocolos de atención y seguimiento de IAE y familiares, en los diferentes niveles de atención
- c) Documento con mapa de rutas y flujograma de los usuarios con IAE y familiares para la referencia y contra-referencia en los servicios de Salud del SNIS
- d) Decreto elaborado
- e) Línea telefónica de apoyo , orientación y contención funcionando

EJE 2: Construcción de Intersectorialidad y trabajo en Red

Objetivos Específicos

Fortalecer e impulsar el trabajo de redes sociales, interinstitucionales e intersectoriales que favorezcan el abordaje integral a la problemática del suicidio.

Actividades

- 2.1 Identificar los recursos y estrategias comunitarias para el abordaje de estas problemáticas a nivel comunitario.
- 2.2 Constituir la primer red nacional de prevención del suicidio, identificando referentes locales.
- 2.3 Elaborar una guía de recursos comunitarios para la prevención del suicidio por regiones en el país

Indicadores

- a) Red nacional de prevención del suicidio creada y funcionando. Fuente: DIGESA; DDS, MSP

b) N° de servicios que utilizan y cuentan con guías de recursos comunitarios/N° total de servicios del SNIS x100.Fuente :DDS,DIGESNIS,MSP

Productos

- a) Documento con el plan de acción de la red y datos de los referentes a nivel nacional
- b) Publicación de guía de recursos comunitarios para la prevención del suicidio

EJE 3: Sensibilización a la comunidad y Educación a la población en Promoción de Salud Mental y Prevención de Suicidios.

Objetivos Específicos

- Sensibilizar a la comunidad sobre la promoción de salud mental, la consulta oportuna y la no estigmatización de los trastornos mentales
- Promover agentes multiplicadores para la promoción de la salud mental la prevención y prevención del suicidio
- Impulsar la incorporación de programas de promoción y prevención de la salud mental en el ámbito educativo, policías, Adultos mayores.

Actividades

3.1 Diseñar una estrategia comunicacional para la sensibilización y el abordaje responsable de esta temática a nivel de usuarios, familias, comunidad y medios masivos de comunicación.

3.2 Asesorar en Programas de Capacitación con especial énfasis en el conocimiento de los factores de riesgo y señales de alarma, promoviendo agentes multiplicadores, para mejorar la prevención y promoción en los siguientes sectores:

- Educativo formal e informal que incluya contenidos tales como: fortalecimiento de la autoestima, manejo adecuado de los conflictos, desarrollo de habilidades para la vida

- Agentes socio-comunitarios
- Medios masivos de comunicación
- Policías y Bomberos
- Adultos mayores en Programas del BPS.

3.3 Implementar al menos un Programa de alcance nacional de Promoción y Prevención de la Salud en el ámbito escolar y liceal, focalizado en habilidades para la vida, impulsando el fortalecimiento de los factores protectores psicosociales y la autoestima.

3.4 Realización de campañas permanentes sobre promoción de salud mental, consulta oportuna y no discriminación y estigmatización de los trastornos mentales.

Indicadores de evaluación

- a) Número de folletos y otros materiales impresos para la sensibilización sobre esta problemática, consulta oportuna y promoción de la salud mental. Fuente: Depto de Comunicaciones del MSP
- b) Número de avisos publicitarios realizados en medios masivo de comunicación sobre la prevención del suicidio. Depto de Comunicaciones del MSP
- c) Número de asesorías realizadas a programas de capacitación en población objetivo/ N° total de población objetivo .Fuente: DIGESA-DPES-PNSM-Comisión Nacional de Prevención del Suicidio-
- d) Programa de Promoción y Prevención de la Salud en el ámbito escolar implementado. Fuente: DIGESA-DPES-PNSM-MEC-Comisión Nacional de Prevención del Suicidio

Productos

- a) Folletos elaborados con las temáticas alusivas a promoción de la salud mental y prevención del suicidio para la sensibilización sobre esta problemática, consulta oportuna y promoción de la salud mental para la prevención del suicidio.
- b) Documento con Programa de Promoción y Prevención de la Salud para el ámbito escolar, para Liceos, Policías y adultos mayores.

EJE 4: Formación, Capacitación y reorientación de recursos humanos para el abordaje de la prevención de suicidios, atención de los IAE y sobrevivientes.

Numerosos estudios efectuados en distintos países han demostrado que la mayoría de las personas que se suicidaron habían sido atendidas por un médico en el mes que antecedió a su muerte(4). Según una revisión sistemática(8) más de un 83 % de los suicidios habían tenido contacto con un médico de atención primaria dentro del año de su muerte y más de un 66% dentro del mes. Observaron que no siempre el paciente expresó sus intenciones suicidas, o el médico pudo identificarla. A pesar de que los médicos están en una posición privilegiada para identificar y reducir los riesgos suicidas, en general, si no lo hacen es porque no han sido formados para eso(4).

Por lo tanto, una estrategia clave en la prevención es mejorar la capacitación en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales en general y en la ideación y la conducta suicida en particular, por parte de los profesionales del primer nivel de atención en salud y de los sistemas de urgencias y emergencias.

Objetivos

Mejorar la formación de los recursos humanos en la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las personas con riesgo suicida.

Actividades

4.1 Gestionar el diseño e implementación de un Programa de Formación permanente en coordinación con el Área de Salud de la UDELAR.

4.2 Desarrollar un módulo de capacitación específico interdisciplinario para capacitar a todos los recursos humanos que trabajan en el primer nivel de atención, sistema de urgencia y emergencia y en el ámbito hospitalario.

4.3 Promover la inclusión de capacitación específica de prevención del suicidio en la Meta Asistencial 2 del M.S.P., como tema obligatorio.

4.4 Gestionar la inclusión de la temática de suicidio en la currícula de Grado y Pos Grado de las disciplinas afines que integran el área salud en la formación universitaria.

4.5 Promover la formación a través del intercambio, asesorías y/o pasantías de la Comisión Nacional de Prevención de Suicidio y referentes en la temática.

Indicadores

a) Número de programas de formación permanente en la temática específica desarrollados por el área de Salud de la UDELAR. Fuente: Comisión Sectorial de Educación Permanente de la UDELAR.

b) Número de recursos humanos del primer nivel de atención que realizaron curso de capacitación en prevención de suicidio/Número de recursos humanos del primer nivel de atención del SNIS x 100. Fuente: DIGESNIS-MSP

c) Número de recursos humanos de urgencias y emergencias que realizaron curso de capacitación en prevención de suicidio/Número total de recursos humanos del urgencias y emergencias del SNIS x 100. Fuente: DIGESNIS-MSP

d) Módulo de capacitación específica de prevención del suicidio en la Meta Asistencial 2 del M.S.P. incluida-Fuente: DISEGNIS-MSP

e) Número de reuniones realizadas con Universidades para la inclusión de la temática de suicidio en la currícula de Grado y Pos Grado. Fuente: CNPS

Productos

a) Informe sobre gestión para el diseño e implementación de un Programa de Formación permanente en coordinación con el Área de Salud de la UDELAR.

b) Documento con programas de cursos de capacitación realizados

c) Informe sobre reuniones realizadas con Universidades para la inclusión de la temática de suicidio en la currícula

EJE 5: Desarrollo e implementación del Sistema nacional de Información en IAE y Suicidios

Objetivos

- Mejorar la información nacional en IAE y suicidios, instalando un Sistema Nacional de Registro obligatorio para el monitoreo y vigilancia.
- Generar evidencia sobre la efectividad de las estrategias de prevención del suicidio implementadas

Actividades

- 5.1 Crear un sistema nacional de información en IAE y suicidios georeferenciado de manera gradual con instalación definitiva para el año 2015
- 5.2 Establecer mecanismos de coordinación entre DIGESA/MSP con el Observatorio de Violencia y criminalidad del Ministerio del Interior.
- 5.3 Diseñar e Implementar la Ficha de registro obligatorio del IAE (FRO-IAE) para el monitoreo y evaluación epidemiológica.
- 5.4 Capacitar a los equipos de salud en la utilización de la FRO-IAE
- 5.5 Fomentar la investigación científica en Suicidios y conductas suicidas con énfasis en la efectividad de las estrategias de prevención del suicidio implementadas

Indicadores

- a) Sistema nacional de información en IAE y suicidios instalado y funcionando. Fuente: DIGESA(MSP), CNPS, Ministerio del Interior.
- b) Número de Fichas de registro obligatorio del IAE utilizada por los servicios desagregado por edad, procedencia y prestador de Salud/ N° de prestadores del SNIS x 100
- c) Número de personas que realizaron los cursos de capacitación la FRO-IAE en cada efector de salud /total de trabajadores de la salud del efector
- d) Número de investigaciones anuales realizadas en la temática en el país.

Productos

- a) Base de datos en IAE y suicidios disponible
- b) Documento con acuerdo marco de trabajo conjunto entre DIGESA/MSP y el Observatorio de Violencia y criminalidad del Ministerio del Interior
- c) Documento con la Ficha de registro obligatorio del IAE
- d) Informes con resultados de investigaciones en IAE y suicidios

Implementación

La Comisión Nacional de PNPSU será la responsable de articular, supervisar, evaluar y monitorear el plan.

Para desarrollar las actividades previstas se conformarán grupos de trabajo que funcionarán bajo la órbita de la Comisión. Los sub-grupos de trabajo tendrán la integración de diversas disciplinas e instituciones: Universidad, ONGs especializadas, sociedades científicas y profesionales, familiares, usuarios, prestadores, entre otros y trabajarán sobre:

1. Capacitación y sensibilización

Grupo a cargo del diseño, la planificación y el desarrollo de actividades de capacitación a diversos sectores, sensibilización y educación en salud mental.

2. Monitoreo y evaluación

Grupo a cargo del diseño del registro, transmisión y procesamiento de datos, coordinación de actividades de investigación en la temática, desarrollo de investigaciones y coordinación con otras investigaciones en curso.

El PNSM estará a cargo de lo referente al seguimiento de la implementación de las prestaciones en SM para personas con IAE y familiares, para la cual se utilizarían los mismos procedimientos que para las demás prestaciones.

CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

AÑO 2011

Actividad	Julio	Ago	Set	Oct	Nov	Dic
Presentación del PNPS						
Difusión del PNPS						
Acto conmemorativo por el Día Nacional de Prev Suicidio (17 de julio)						
Actividades de 2 sub-grupos de trabajo						
Eje1: Inclusión de Prestaciones de Salud Mental en el SNIS						
Eje 2: Constituir la primer red nacional de prevención del suicidio						
Eje 3: Sensibilización y Capacitación						
Eje 4: 1ª Jornada de capacitación en detección e intervención en ideación suicida para equipos del Primer nivel de atención						
Eje 5: Monitoreo de datos y seguimiento del PNPS						
Eje 5: Validación de ficha de registro del IAE(FRO-IAE)						
Eje 5: Prueba piloto de FRO-IAE						
Eje 5: Gestión para el desarrollo de nuevas						

investigaciones						
-----------------	--	--	--	--	--	--

AÑO 2012

Actividad	1º semestre	2º semestre
Eje 1: Elaboración y validación del Manual de organización de atención y seguimiento		
Eje 1: Publicación y difusión del manual		
Eje 1: Elaboración del Decreto para registro y seguimiento obligatorio de IAE		
Eje 1: Elaboración de protocolos de organización de la atención y seguimiento de IAE y familiares		
Eje 2: 1ª Jornada de capacitación en detección e intervención en ideación suicida para personal de emergencia/urgencia		
Eje2: curso de capacitación para personal policial para la detección ,abordaje y derivación de personal con ideación suicida.		
Eje 5: Implementación de ficha de registro de		

IAE(FRO-IAE)		
Eje 5: Monitoreo de datos. Comienzo de la estructuración del sistema de Información en IAE – Geo-referenciado		
Eje 5: Evaluación , seguimiento y monitoreo del PNPS		

AÑO 2013

Actividad	1º semestre	2º semestre
Eje 1: Actividades de Capacitación y difusión de los protocolos de atención y seguimiento de IAE y familiares		
Eje 1: Estructurar un servicio de atención telefónica 24 horas Difusión del servicio de atención		
Eje2: Elaborar una guía de recursos comunitarios por regiones		
Eje 3:Diseño de la campaña comunicacional para la prevención del suicidio alcance		

nacional		
Eje 4: Gestionar con UDELAR curso de Posgrado y Grado en los que se incluya la temática		
Eje 5: Organización del Sistema de información en IAE		
Eje 5: Monitoreo del PNPS		

AÑOS 2014 -2015

Actividad	1º semestre	2º semestre
Eje 3: Publicaciones con material educativo sobre prevención de suicidio dirigido a grupos específicos		
Eje 3: Elaboración del Programa de Promoción de la salud Mental y Prevención del suicidio para Escuelas ,Liceos , grupos de policías		
Eje 5: Puesta en funcionamiento del Sistema Nacional de Información Geo-referenciado.		
Eje 5 Monitoreo /seguimiento y evaluación del PNPS		

Principales Fuentes y Referencias consultadas

1. World Health Organization. World report on health and violence. Geneva; World Health Organization, 2002.
2. Ministerio de Salud Pública, DIGESA, Unidad de Información Nacional en Salud, 2008.
3. Ministerio de Salud Pública del Uruguay. Unidad de información poblacional, Montevideo, Uruguay, 2010
4. Bertolote JM. Prevención y control de la conducta suicida. En Rodríguez, J. (Ed) Salud mental en la comunidad Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2009;285-297
5. Ministerio de Salud Pública del Uruguay, Comisión Asesora Técnica del Programa Nacional de Salud Menta. Pautas y recomendaciones en relación a las conductas suicidas, 2006 .
6. Ministerio de Salud Pública del Uruguay, Programa Nacional de Salud Mental. Guías de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas, 2008.
7. Ministerio de Salud Pública, Programa Nacional de Salud Mental. Líneas estratégicas para la prevención del suicidio, 2010.
8. Man J, Apter A, Bertolote J. Suicide Prevention Strategies, American Medical Association, 2005;294: 2064-2074.