

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**  
**Tesis Licenciatura en Trabajo Social**

**Suicidio, un fenómeno que nos interpela  
a todos como sociedad.**

Políticas Públicas de Promoción y Prevención  
en el Primer Nivel de Atención: un estudio en el  
departamento de Maldonado (2005 - 2015)

**María Valeria Clavero Casaña**  
Tutora: María José Beltrán

2016

|                                                                                                                                                                                                         |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Introducción.....</b>                                                                                                                                                                                | <b>1</b>  |
| <b>I El fenómeno social del Suicidio.....</b>                                                                                                                                                           | <b>6</b>  |
| I.1 Conceptualización y caracterización del suicidio .....                                                                                                                                              | 7         |
| I. 2 Perspectiva teórica de Durkheim para evitar el suicidio .....                                                                                                                                      | 11        |
| I. 3 Castel, “estar protegidos” y “zonas” de exclusión social, como factores de riesgo que puede incidir en el acto del suicidio .....                                                                  | 13        |
| <b>II El fenómeno del suicidio en Uruguay.....</b>                                                                                                                                                      | <b>16</b> |
| II.1 América Latina y Uruguay contexto Internacional y Regional .....                                                                                                                                   | 16        |
| II.2 Características del suicidio en Uruguay: un problema social, político y de salud .....                                                                                                             | 17        |
| II.3 Comportamiento de la tasa de suicidio en el departamento de Maldonado .....                                                                                                                        | 25        |
| <b>III Políticas públicas de Prevención del Suicidio.....</b>                                                                                                                                           | <b>32</b> |
| III.1 Contexto sociopolítico de la década previa al 2005 .....                                                                                                                                          | 33        |
| III.2 Políticas públicas de prevención del suicidio en el Primer Nivel de Atención .....                                                                                                                | 34        |
| <b>IV Políticas Públicas de Promoción y Prevención del Suicidio: su (In) correcta ejecución en el Primer Nivel de Atención de la Red de Policlínicas de ASSE, en el departamento de Maldonado .....</b> | <b>43</b> |
| IV.1 Causas del Suicidio en el Departamento de Maldonado .....                                                                                                                                          | 43        |
| IV.2 (IN) Visualización del Suicidio por el personal de la salud en el Primer Nivel de Atención .....                                                                                                   | 45        |
| IV.3 Plan Nacional de Prevención del Suicidio. Implementación en el Primer Nivel de Atención .....                                                                                                      | 47        |
| <b>Consideraciones finales; Construyendo Salud .....</b>                                                                                                                                                | <b>49</b> |
| <b>Bibliografía.....</b>                                                                                                                                                                                | <b>51</b> |
| <b>Anexos .....</b>                                                                                                                                                                                     | <b>54</b> |

## INTRODUCCIÓN

El presente documento representa la monografía final correspondiente a la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

El tema de investigación hace referencia al suicidio y las políticas públicas de promoción y prevención del mismo en Uruguay, entre los años 2005-2015, dentro de la Red de Atención del Primer Nivel (RAP) de ASSE en el departamento de Maldonado, y cómo desde allí se desarrollan y ejecutan dichas políticas, en coordinación con la comunidad.

El suicidio es un problema complejo, para el cual no existe una sola causa ni una sola razón. Resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociales, culturales y medioambientales. <sup>1</sup>

A nivel mundial, más de 800.000 personas se suicidan cada año y por cada suicidio consumado hay muchas más tentativas de suicidio cada año. Siendo la segunda causa principal de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años. A su vez, el 75 % de los suicidios se producen en países de ingresos bajos y medianos. <sup>2</sup>

Nuestro país no es ajeno a esta realidad. Uruguay presenta la tasa de mortalidad por suicidio más elevada del continente junto con Cuba, con tasas bajas de suicidio en comparación al resto del mundo, pero a su vez, representa la tasa más alta de la región, con una tasa media similar a los países desarrollados (Scotti, 2005:5).

El suicidio en Uruguay es un problema estructural desde principios del siglo XX hasta nuestros días, presentando un aumento sostenido en todas las franjas etarias, pero en las últimas décadas ha tenido un crecimiento sostenido entre los jóvenes adultos de 15 a 35 años.<sup>3</sup> Esto resulta muy significativo ya que el país presenta una población envejecida, con una estructura de edad centrada en adultos y adultos mayores, con baja natalidad, por debajo del nivel de reemplazo.

---

<sup>1</sup> Prevención del Suicidio. Un Instrumento para Trabajadores de Atención Primaria de Salud. Trastornos Mentales y Cerebrales. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 2000.

<sup>2</sup> OMS, Nota descriptiva, abril 2016. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>

<sup>3</sup> Suicidio y precariedad vital en Montevideo. En busca de una vida digna de ser vivida. 2002-2010. Montevideo, Uruguay. 2014.

Por otra parte, la tasa global de suicidios del país está determinada por los aportes de los diferentes espacios departamentales y regionales. Tal es así, que los distintos departamentos y regiones contribuyen de forma diferencial, presentando un carácter “suicidógeno” propio (Robertt, 1998:20).

De modo tal, que cada una de estas muertes voluntarias afecta, el plano individual, familiar, social y a la propia comunidad, constituyéndose en una conducta que puede ser adquirida a lo largo de las generaciones.

Es por ello, de suma importancia, que se desarrollen acciones, políticas que protejan, promuevan y mejoren la salud mental de la población y que a su vez promuevan el acceso a la atención en salud mental de forma universal a todos los ciudadanos. Constituyéndose el suicidio en un problema de salud pública.

Tal es así, que el período de diez años que abarca la monografía, es fundamental para abordar, comprender y analizar los avances y retrocesos que ha tenido el Estado Uruguayo en cuanto a la promoción de salud mental y prevención del suicidio como problema social. Dejando entrever con el devenir de estos diez años, un compromiso político con la problemática, desarrollado por el Frente Amplio a partir del 2005, con su ascenso al gobierno nacional, y materializado a través de políticas públicas. De esta forma, suceden transformaciones en la matriz de protección social existente, en un contexto social marcado por la precarización, inestabilidad y vulnerabilidad de la vida de los uruguayos, producto de políticas neoliberales y reducción del rol del Estado como promotor del bienestar social, e impactado por una de las crisis más importantes que ha sufrido el país, como lo fue la crisis del 2002 (González, 2014:9).

En suma, es a partir del año 2005, que se inicia un período de transformaciones en el sistema de salud, con la creación en el año 2007 del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), a lo que se le suman diferentes acciones que de forma lenta, pero sostenida y continua, intentan abordar la problemática social del suicidio, concluyendo en el año 2011 con la creación e implementación del primer Plan Nacional de Prevención del Suicidio, Uruguay 2011-2015.

El objeto de este estudio está centrado en el departamento de Maldonado por una razón de suma importancia en relación directa con el suicidio: es el departamento de Maldonado junto a sus pares de la región este, quienes presentan las tasas más altas de suicidio.

Por lo cual, el **objetivo general** de la presente indagación es conocer de qué forma, la Red de Atención del Primer Nivel de ASSE en el departamento de Maldonado, más precisamente, en la policlínica Dr. Héctor Barrios, ubicada en la localidad de Piriápolis, desarrolla y ejecuta las diferentes políticas de Promoción y Prevención del Suicidio a nivel de la comunidad y en coordinación con las instituciones presentes en el territorio.

De tal forma, el estudio se centrará en: Indagar cuáles son las causas del suicidio en el departamento de Maldonado y qué formas de intervención se desarrollan desde el primer nivel (RAP- ASSE) y conocer cuál es el impacto que tiene la atención en el primer nivel de esta localidad, en la prevención y disminución del suicidio en la comunidad.

Se cree necesario mencionar, que fue elegida dicha localidad e institución de salud para desarrollar la investigación, debido a la larga historia suicidógena que presenta la comunidad de Piriápolis, constituyéndose en una de las zonas del departamento con mayor número de intentos de autoeliminación (Comisión Departamental de Prevención del Suicidio, 2016).

Si bien el suicidio aumenta conforme a la edad, en las últimas décadas ha crecido de forma sostenida en el tramo etario más joven ¿Cómo se podría explicar esta tendencia de los más jóvenes a la muerte voluntaria? Es por ello imperante, indagar en las causas del suicidio, recordando que el mismo es una muerte que se puede prevenir.

Surgiendo así, la necesidad de hacer foco en tres pilares considerados de gran relevancia en el abordaje del suicidio como fenómeno social, y que genera un cambio sustantivo y de calidad en el abordaje de la salud mental de nuestra población por parte del Estado uruguayo.

El primero de ellos, es la importancia que tiene, la visualización del suicidio por el personal de la salud en el primer nivel de atención y su oportuna y efectiva capacitación como medida de prevención del mismo, teniendo presente que en su mayoría los intentos de autoeliminación son abordados por el personal de la salud en puerta de emergencia, en los hospitales y policlínicas de enclave territorial.

El segundo pilar, son los equipos comunitarios de salud mental (ECSM) que si bien se incorporaron a la organización de los servicios públicos del Ministerio de Salud Pública (MSP) en 1996, lo hicieron de forma heterogénea, no encontrándose hoy en todos los servicios prestado por ASSE. Estos implican, un avance sustantivo en el abordaje del suicidio como fenómeno

complejo y social y constituyeron un aporte cuantitativo y de calidad en el acceso y tratamiento de la salud mental de la población. Constituyéndose en un modelo de asistencia que consta de un equipo multidisciplinario, centrado en la comunidad, con énfasis en el trabajo en red (Romano et al, 2007:140).

Ello se cree de gran relevancia, ya que si bien el suicidio se constituyó, de un tiempo a esta parte en un problema de salud pública, mayormente las causas del fenómeno, son externas al individuo y producto de la desintegración social que atraviesan nuestras sociedades modernas (Durkheim,1995:221), no pudiendo, por tanto, ser abordada de forma aislada sino que para ello requiere un enfoque integral e intersectorial, donde exista una participación activa de la comunidad y del personal de la salud.<sup>4</sup>

El tercer pilar, refiere al SNIS, el cual significó un cambio en el modelo de atención que privilegia la atención integral de la salud, haciendo hincapié en el diagnóstico precoz de enfermedades y oportuno tratamiento en el primer nivel de atención, generando a través de un nuevo dispositivo de financiamiento, cobertura universal, con equidad, a todos los ciudadanos por igual.

En suma, el suicidio en Uruguay es un problema estructural, característico de una sociedad con fuertes procesos de desintegración social, que debe ser abordado de forma articulada con un enfoque intersectorial integrador, que incluya diferentes actores sociales vinculados a los servicios prestadores de salud, actores políticos, que incluyan la problemática del suicidio en la agenda pública, actores de la comunidad que centralizan los recursos del territorio y los medios de comunicación masiva, como instrumento del Estado para hacer visible esta problemática, con ciertos reparos.

La metodología a utilizar para el levantamiento de los datos, en la presente monografía final, se realizará mediante la técnica de entrevista abierta y en profundidad, a actores calificados en la Red de Policlínicas de ASSE y a referentes del Ministerio de Salud Pública en el departamento.

---

<sup>4</sup>Cabe aclarar que en el departamento de Maldonado no existen Equipos Comunitarios de Salud Mental dentro de la Red de Asistencia del primer Nivel de ASSE, abordando la problemática del suicidio de forma aislada por los diferentes técnicos presentes en cada institución prestadora de salud. Ello se considera relevante a destacar debido a la incidencia que tiene el departamento en cuanto a las tasas de suicidio y su contribución a la tasa global de suicidios del país y cómo desde allí se generan acciones y se ejecuta el Plan Nacional de Prevención del Suicidio, con escaso personal humano, y la necesidad imperante de que existan en el primer nivel de atención Equipos Comunitarios de Salud Mental.

Asimismo, la estructura del presente documento consta de cuatro capítulos, los cuales se articularán de la siguiente manera: el primer capítulo hará referencia al suicidio propiamente dicho, desde los aportes teóricos de Durkheim, conceptualización y caracterización del mismo, logrado identificar factores de riesgo que nos lleva inevitablemente a citar a Castel y su aporte sobre precariedad y exclusión, tan relevantes para analizar el suicidio en una sociedad como la uruguaya, con grandes rasgos de fragmentación social.

El segundo capítulo, comenzará con la ubicación de nuestro país en el plano mundial y regional, en cuanto a tasas de suicidios, para luego abocarnos específicamente al suicidio en Uruguay, según sexo, edad y región de forma breve, ya que el estudio se centrara en el departamento de Maldonado, donde se intentara ubicar zonas suicidógenas, de mayor impacto de intentos de autoeliminación (IAE) y suicidios consumados; edad y sexo donde tiene mayor incidencia el fenómeno y la indagación de las causas del mismo en el departamento.

Se utilizara para ello, los aportes teóricos e investigaciones realizadas por Pedro Robertt (1998), Víctor Hugo Gonzales (2014) y datos proporcionados por el Observatorio de Violencia y Criminología del Ministerio del Interior e Instituto Nacional de Estadística.

El tercer capítulo, abordará los avances en la gestión de políticas públicas de prevención del suicidio en el primer nivel de atención, haciendo un recorrido por la contextualización política que da surgimiento a un conjunto de transformaciones en la matriz de protección social existente, SNIS, lineamientos generales y la adaptación e implementación de las prestaciones en Salud Mental a este nuevo modelo, la perspectiva teórica de los ECSM y las diferentes políticas públicas que se fueron implementado de forma cronológica para luego concluir con el Plan Nacional de Prevención del Suicidio Uruguay 2011-2015.

El cuarto capítulo expondrá los hallazgos obtenidos en la Red de Asistencia del Primer Nivel (RAP) del departamento de Maldonado.

Para finalizar se expondrán consideraciones finales.

## I. El fenómeno Social del Suicidio

La evolución histórica que ha tenido el suicidio en Uruguay desde principios del siglo XX, deja en evidencia que estamos frente a un problema estructural, característico de una sociedad con fuertes procesos de desintegración social (González, 2014:12). Es por ello, que nos enfrentamos a una realidad compleja, con un fenómeno multicausal, que encierra diferentes factores: ambientales, sociales, culturales, políticos, biológicos y psicosociales. Es por tanto, inevitable no citar a Durkheim, sus aportes teóricos y empíricos que habilite a conceptualizar y problematizar el acto del suicidio, en una discusión permanente con su obra.

Durkheim, realizó un estudio del suicidio en relación a la división social del trabajo, y a partir de ella mostro como se van transformando las sociedades en cuanto avanza la profesionalización del trabajo, pasando de una “solidaridad mecánica” en donde los individuos difieren poco entre sí, predominando entre ellos una conciencia colectiva, definida como “el conjunto de creencias y sentimientos comunes a los miembros de una sociedad”, a una “solidaridad orgánica”, donde la organización de la colectividad es resultado de la diferenciación (Aron, 2004: 262 en González 2014: 25).

Tal es así, que los individuos están determinados por la realidad colectiva y la reducción de esa esfera colectiva, de pertenencia a un grupo, resalta el culto al individualismo, donde se impone el yo individual sobre el yo colectivo, propio de las sociedades modernas y principio fundamental de la falta de integración social de los individuos, reflejo moral de la división social del trabajo (González, 2014: 25).

El autor no solo conceptualizó y caracterizó el suicidio, sino también intentó aproximarse a la búsqueda de soluciones para este fenómeno de impacto mundial. Para ello problematizó diferentes instituciones que podrían hacer frente al mismo, como lo es: la escuela, la sociedad política, la religión, la familia y el Estado, visualizando el quiebre de estas instituciones, y como ellas no podrían dar respuesta al problema del suicidio de forma aislada, proporcionándonos de esta forma, herramientas que nos permitan identificar en estas sociedades modernas, de ayer y de hoy, factores de riesgo tan presentes y arraigados en nuestra cultura social, cultura de fragmentación, que nos inhabilita a buscar una respuesta colectiva a la problemática del suicidio consumado.

## I.1. Conceptualización y caracterización del suicidio.

Se llama suicidio a:

Todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado (Durkheim, 1995:5).

Ello significa que no puede ser considerado suicidio, aquel acto que desarrolla un hombre, donde se expone por otro, como por ejemplo el soldado, que corre a una muerte cierta por salvar a su regimiento, este no quiere morir y no es el autor de su propia muerte. Como tampoco lo es aquel imprudente que juega con la muerte, tratando de evitarla, o aquel que se encuentra enajenado y cree que a la altura de la ventana está el suelo y se tira de ella. Por tanto, hay suicidio cuando, la persona que desarrolla el acto, sabe que el resultado de esa acción va a ser la muerte (Durkheim, 1995:7).

Asimismo la tentativa de suicidio (IAE) se entiende “*cómo el mismo acto definido anteriormente, detenido en su camino, antes de que dé como resultado la muerte*” (Durkheim, 1995:5).

Su estudio en relación al suicidio, en sociedades desarrolladas, demuestra que las tasas mantienen una determinada constancia a través del tiempo, así, cada país, localidad o ciudad parece poseer una tasa de suicidio propia y constante. Por lo cual, significa que el suicidio no es una fenómeno aislado, sino que por el contrario, más allá de los motivos que llevan a un individuo a suicidarse, existe un fenómeno social, económico, cultural detrás (Robertt, 1998:15).

En palabras de Durkheim:

En efecto, si en lugar de no ver en ellos más que acontecimientos particulares, aislados los unos de los otros, y que deben ser examinados con independencia, se considera el conjunto de los suicidios cometidos en una sociedad dada, durante una unidad de tiempo determinado, se comprueba que el total así obtenido no es una simple adición de unidades independientes, sino que constituye por sí mismo un hecho nuevo y sui generis que tiene su unidad y su individualidad, y como consecuencia, su naturaleza propia, y que además esta naturaleza es eminentemente social (Durkheim, 1995:8).

Asimismo, a veces se producen variaciones muy importantes en las tasas, pero estas constituyen una excepción, logrando visualizar que ellas además coinciden con alguna alteración, causa, que

afecta pasajeramente al estado social, produciendo una ruptura del equilibrio social, sea para mejorar lo establecido o signifique un retroceso del mismo, toma siempre un tiempo en producir sus efectos. Por tanto, *“cada sociedad tiene en determinado momento de su historia, una aptitud definida para el suicidio”* (Durkheim, 1995:8:10).

Esto lo veremos más adelante en el caso de Uruguay, como con las crisis económicas y en los períodos de bonanza, se observa que la tasa de suicidio si bien se altera, tiene una determinada constancia y en períodos de alteración sustantiva del orden social, como lo fue el período cívico-militar, estas se mantienen relativamente estables para luego llegar a tasas nunca antes alcanzadas (González, 2014:15).

En suma, podría decirse que el suicidio varía en relación a la integración social. Cuanto menos integrado esté el individuo al grupo, mayor es la tasa de suicidio. En este sentido, el grado de integración existente en una sociedad varía inversamente con la tasa de suicidio (Durkheim, 1995:214)

Como consecuencia, en las sociedades modernas, con altos índices de urbanización, y división social del trabajo, presentarán altas tasas de suicidio (Robertt, 1998:5)

En relación a ello, Durkheim realiza una caracterización del suicidio, identificando tres tipos: altruista, egoísta y anómico, donde los dos últimos, son característicos y constitutivos de las sociedades modernas.

El suicidio egoísta es característico de las sociedades contemporáneas, donde el yo individual se afirma con exceso sobre el yo social y cuanto más nos desligamos de la sociedad, más también nos desligamos de la vida que es a la vez la fuente y el fin (Durkheim, 1995:214).

Como consecuencia, el individuo al estar desligado de la sociedad y ésta al no imponer reglas con precisión, evoca a su individualización excesiva, generando la pérdida del peso de las instituciones de la primera modernidad, que traen consigo inseguridades e incertidumbres, que se traducen en dificultades de integración de los individuos con el medio en que viven (Gil, 2009.p.60 en González, 2014:26).

Ahora bien, el individuo no está por fuera de la sociedad, de hecho no existe individuo sin sociedad o sin Estado, sino que aquellas instituciones que antes desarrollaban una función

integradora ahora se encuentran quebrantadas por un sistema capitalista, desintegrador, que premia la libertad y el culto al individualismo, regido por una lógica de consumo, que hace visible una vida de necesidades innecesarias, fomentando una existencia de frustraciones permanentes al no poder dar respuesta a esas necesidades ilimitadas y haciendo responsable del fracaso al propio individuo.

Tal es así, que se produce un relajamiento de las bases sociales, una especie de astenia colectiva, de malestar social, donde las necesidades que tiene el individuo para desarrollar su vida con plenitud, nos están reforzadas por la esfera colectiva, sintiendo que la vida no vale la pena vivirla, siendo este un pretexto para deshacerse de ella (Durkheim; 1995:220).

Haciendo referencia a ello, Durkheim sostiene que

(...) los incidentes de la existencia privada, que parecen inspirar inmediatamente al suicidio y que pasan a ser sus condiciones determinantes, en realidad no son más que causas excepcionales (...) la sociedad ha hecho de él una fuerza dispuesta al suicidio (1995:221).

Es por esta razón, que se puede explicar por qué son tan excepcionales los suicidios en niños, y ello se debe a que no tienen una idea de sociedad, se bastan por sí solos y están menos expuestos a carecer de lo necesario para vivir. Como también es el fundamento para explicar por qué el suicidio es un acto mayormente masculino. Esto se debe a que el hombre, su naturaleza social más compleja, no se encuentra en equilibrio si no logra identificar en la sociedad más puntos de apoyo y por tanto necesita de un asiento moral que se altera con más facilidad que en el caso la mujer, que vive más que el hombre fuera de la vida común y por tanto, la vida común le penetra menos (Durkheim, 1995:222).

En otras palabras, el sistema patriarcal instituido, le adjudica al hombre, el rol de proveedor de la familia, mientras que a la mujer, ser quien cuida y educa a sus hijos, realizando las tareas del hogar.

Otro tipo de suicidio característico de las sociedades modernas, es el suicidio anómico, que se da cuando hay transformaciones en los valores sociales establecidos provocando en el individuo desorientación individual y significado de la vida. Asimismo, este es resultante de perturbaciones del orden social, como las guerras, crisis económicas o políticas; de factores personales asociados a una rápida movilidad social; o de cambios rápidos en la estructura producto del desarrollo de los países, como ser la industrialización (Durkheim, 1995:15).

Ahora bien, la anomia como estado social, hace referencia a una falta de dirección que suele aparecer en épocas de revolución social y en el individuo corresponde a lo que hoy llamamos pérdida de identidad (Durkheim, 1995:15).

Tal es así, que ya sea en períodos de crisis económicas o de mejoras del bienestar social, se perturba el orden colectivo, se rompe el equilibrio, por lo cual el individuo no puede ser feliz si sus necesidades no están en relación con sus medios. *“Es sabido, que es propio de la actividad humana desplegarse, desarrollar al máximo su potencial y ponerse metas inalcanzables, y lo son, porque las necesidades del hombre son infinitas”* (Durkheim, 1995:261).

En estas condiciones, se está unido a la vida por un hilo muy frágil que puede romperse fácilmente y es la sociedad, el único poder moral superior al individuo, que si bien carece de una forma jurídica, establece el máximo bienestar que cada clase de sociedad puede alcanzar, es la conciencia moral colectiva que rige la vida individual y el bienestar que podemos esperar, de la remuneración de cada una de las profesiones que realiza el hombre (Durkheim, 1995:268).

Por tanto, solamente cuando la sociedad está perturbada, sea por crisis dolorosas o felices, es transitoriamente incapaz de ejercer esta acción y es allí donde se manifiestan los bruscos ascensos de la curva de suicidios (Durkheim, 1995:269).

En nuestra sociedad donde el progreso se da de forma rápida, con el desarrollo de las diferentes tecnologías, sistemas administrativos de gobiernos que promueven la globalización de todas las profesiones, transformando la vida cotidiana de las personas, los ciudadanos, en definitiva, de cada individuo, tienen reglas flexibles y por tanto son inseparables de cierto grado de anomia, de falta de integración social.

En referencia a ello el autor se pregunta cómo se puede, entonces, dar respuesta a una problemática tan compleja, con una realidad múltiple de situaciones que van del individualismo excesivo o por defecto, a la falta de integración social; sumado a que las instituciones ya no desarrollan su rol tradicional de soporte social, ellas también han sido transformadas por un sistema de valores que premia el éxito y condena el fracaso.

Como consecuencia, Durkheim intenta aproximarse a posibles “soluciones” que aborden la problemática social del suicidio, y si bien hace énfasis en la división del trabajo más

profesionalizada y la cooperación de los profesionales entre sí para alcanzar una sociedad más justa e integrada (Durkheim, 1995:425), nos muestra cómo las instituciones tradicionales como la educación, la sociedad política, la religión, la familia y el Estado han sido transformadas por la anomía en la que vivimos y como tal no podrán dar respuesta de forma aislada.

## **I. 2. Perspectiva teórica de Durkheim para evitar el suicidio.**

Las corrientes suicidógenas (...) han existido en todo tiempo (...) El suicidio es, pues, un elemento de su constitución normal y hasta, verosímilmente, de toda construcción social (Durkheim, 1995:405).

Ahora bien, en estas sociedades modernas, el Estado moderno, ha aumentado su poderío en infraestructura y control coactivo de la fuerza física, ha diversificado sus funciones y servicios, cada vez es más notorio la ruptura entre éste y la iglesia.

Ha decretado leyes que castigan el acto del suicidio, *“ignorando que no depende del legislador que un hecho se nos presente como odioso, y cuando ello sucede, la ley reprime actos que el sentimiento público juzga como inofensivo, transformándose esta última, en lo que nos indigna y no el acto que se castiga”* (Durkheim, 1995:416).

Por lo cual, para que el acto del suicidio deje de estar naturalizado en una sociedad, debe dejar de inspirarnos compasión por aquel que se ha quitado la vida, existiendo una pena moral fuerte sobre el acto (Durkheim, 1995:416). Por tanto se debe visualizar el problema.

Tal es así, que Durkheim se pregunta cómo hacer frente al suicidio y sostiene que este se origina porque la sociedad no tiene en todos sus puntos una integración suficiente para mantener a todos sus miembros bajo su dependencia. Por lo cual, la única forma de remediar el mal es dar a los grupos sociales bastante consistencia para que sostengan más firmemente al individuo. Para ello analiza aquellas instituciones que han logrado contener al suicidio egoísta, como la escuela, la sociedad política, la religión, la familia (Durkheim, 1995:418).

En referencia a la escuela, sostiene, que esta genera el estado social que se quiere combatir, educa a los niños a ser adaptados, eficientes, somos, por tanto, producto del sistema en el que vivimos y es por esa razón que se le atribuye a la educación un poder que no tiene (Durkheim; 1995:417). No es tampoco viable una solución a través de la sociedad política de los Estados modernos, ya que está demasiado lejos del individuo como para tener un sentimiento vivo y continuo hacia él. En otras palabras, el Estado, es la mediación entre la sociedad y el individuo,

pero este está lejos de los particulares en su cotidianidad, no hay nada que le ponga un freno y lo saque fuera de sí mismos, cayendo de tal forma en el egoísmo. Se le debe otorgar autonomía a las agrupaciones sociales, fuerzas colectivas, que los habilite a dejar de ser un conjunto de individuos que se encuentran el día de la votación, sin tener nada en común entre sí. Por tanto, hace falta graves acontecimientos sobre el orden social, una crisis nacional o política para que el individuo se olvide de sí y piense en el colectivo (Durkheim, 1995:419).

Asimismo, sucede algo similar con la religión, que por mucho tiempo logró contener al individuo, impidiendo que este pensara libremente, disciplinando los deseos, celebrando los beneficios y el valor moral de la pobreza (Durkheim, 1995:420), pero, en nuestro presente, ello es cada vez más difícil, debido a la lógica del consumo y el desarrollo de las tecnologías.

Con respecto a la familia, el autor sostiene, que los casados se suicidan menos que los solteros pero a su vez, ha constatado en sus estudios, que entre los casados, esta tendencia a la muerte voluntaria ha aumentado con igual regularidad y según idénticas proporciones que la de los solteros (Durkheim, 1995:422). Ello es debido, a que se ha producido en la familia cambios importantes, no teniendo la misma influencia preservadora que antes y ello se refleja en estas cifras.

De tal forma, Durkheim sostiene, que antes la familia mantenía a la mayoría de sus miembros bajo su ala, formado una masa compacta, indivisible, dotada de una especie de perdurabilidad, cosa que no sucede hoy en día, presentando una duración efímera. De hecho, los jóvenes, abandonan el hogar de origen más temprano, buscan sus vidas fuera de él, sea por estudio o trabajo y el rol de la familia ha cambiado y su constitución también. Por tanto, vivimos en Estados modernos, cuya característica principal es la falta de fuerzas colectivas, de grupos constituidos para reglamentar la vida social (Durkheim, 1995:423).

Es mediante la división más profesionalizada del trabajo y la cooperación entre los diferentes profesionales, que el hombre va tener una vida digna de ser vivida y ello será posible gracias a la multiplicación del trabajo y del empleo. Solo así el hombre se sentirá útil para el resto, multiplicando sus medios de existencia, siendo una sociedad más justa e integrada (Durkheim, 1995:425).

### **I. 3. Castel, “estar protegidos” y “zonas” de exclusión social, como factores de riesgo que puede incidir en el acto del suicidio**

Ahora bien, de ser así, “(...) el trabajo es más que el trabajo, y el no-trabajo es más que el desempleo” (Castel, 1997); si éste es la actividad que dignifica la vida del hombre, debemos visualizarla como uno de los factores de riesgo, que estructura la vida del hombre y sin él, puede conducir indirectamente por todo aquello que conlleva el no tener una ocupación, o ser desocupado de larga duración, al acto del suicidio. En este contexto,

Se entiende la importancia y centralidad del trabajo como eje de integración social, sentido para la vida personal, espacio privilegiado para la participación ciudadana y motor del progreso material (Arraigada, 2007:63).

Son por tanto, según lo expresado hasta aquí, factores de riesgo: la familia disfuncional, con lazos de unión débiles, el trabajo precario o el desocupado de larga duración, factores psicosociales, cuando el individuo se siente solo, sin sostén que lo proteja del aislamiento y la falta de integración social para desarrollar plenamente sus vidas. Asimismo, factores económicos y políticos tienen una relación directa con el alza de las curvas de suicidio.

Es por ello inevitable no citar a Castel y lo que él llama zonas de exclusión, que si bien no nos centraremos en los diferentes procesos que llevan a caer en ellas, es importante tener presente las diferentes trayectorias sociales, laborales, familiares, de los individuos, considerados hoy factores de riesgo, que inciden de forma directa o indirecta en el acto del suicidio.

Vivimos probablemente en las sociedades más seguras que hayan existido, tomando en cuenta las protecciones civiles que garantizan las libertades fundamentales y la seguridad de los bienes y las personas en un Estado de derecho, y las protecciones sociales que “cubren” contra los posibles riesgos, como ser enfermedad, accidentes, vejez empobrecida, subsidios familiares (Castel, 2004).

Pero, los avatares del desenvolvimiento del capitalismo actual han erosionado los soportes colectivos protectores, ha generado precarización de las relaciones de trabajo y la proliferación de nuevos riesgos, donde se ha exacerbado la competencia y el individualismo (Castel, 2004: 84).

Tal es así, que es necesario reconocer que la división del trabajo, hoy en día, introduce la precariedad como norma necesaria para la reproducción del capital, generando en el individuo una constante angustia existencial, producto de la adaptación permanente a la que es sometido, afectando mayormente a aquellos que transitan hacia zonas de desafiliación, de exclusión (González, 2014:32).

Castel distingue *zonas* de la vida social: hay una *zona de integración* donde se ubican las personas que poseen un trabajo regular y soportes de sociabilidad estables, una *zona de vulnerabilidad*, donde encontramos el trabajo precario y situaciones de relaciones inestables y una tercera zona, llamada *de exclusión*, en la cual caen algunos vulnerables e incluso los estables (1998:58).

*“De ahí la necesidad de ubicar estas situaciones en un proceso que son el desenlace de trayectorias diferentes”*. (González 2014; 29).

Ahora bien, teniendo ello presente, la protección social sigue estando directamente vinculada al trabajo y a aquellos aportes que se realizan sobre el mismo. Sin embargo, aparecen estas nuevas cuestiones a tener en cuenta: el desempleo masivo y la precarización de las relaciones de trabajo, la reducción de población activa por razones demográficas, sumados a la extensión de la esperanza de vida, que desestabilizan el sistema de protección actual (Castel, 2004:88).

Es por tanto relevante para el estudio y la comprensión del suicidio como problema social, tener presente el trabajo como eje de integración social, a través del cual los individuos y sus familias, intentar dar respuesta a sus necesidades y fomentar de tal forma, la integración plena de todos sus miembros en la esfera social. Constituyéndose este, en un posible desencadenante del acto de suicidio cuando se cae en zonas de vulnerabilidad y exclusión.

Por su parte, Durkheim sostendrá, que esta es la causa principal de la falta de integración social, la no división social del trabajo; y ello trae consecuencias en la familia, generándose cambios en su formación, estructura, así como en el desempeño de las funciones históricamente asignadas. Tal es así, que hoy nos enfrentamos a diferentes arreglos familiares, con problemáticas diversas a la interna familiar, que van desde violencia intrafamiliar, desarraigo, abandono y la composición de la misma con la falta de uno de los dos padres, siendo bastante común los hogares compuestos (Filgueira, 1996).

Por tanto, visualizar estas transformaciones en la institución familiar y la centralidad que posee el trabajo en sí mismo, para la realización plena como seres sociales, se constituyen en factores de riesgo a tener presente en las diferentes trayectorias de las personas, pudiendo ser víctimas de la amenaza de invalidación social, ya sea porque no están vinculados a los soportes colectivos, por ejemplo, el desocupado de larga duración, o porque que no logran insertarse en el mercado de trabajo formal como sucede con algunos jóvenes (González, 2014:30).

Entonces, entender la precariedad como proceso toca diferentes dimensiones que se relacionan con pérdidas o entradas en “zonas de riesgo” (Castel, 2010) que hacen referencia a limitaciones en recursos y capacidades de los individuos; en esta precarización como proceso participan las instituciones (familia, mercado de trabajo, etc.) por medio de las propias prácticas de la acción pública o por la ausencia de ésta (Estado) (Tejerina, et al, apud González, 2014:31).

Por lo cual, se podría sostener que las tasas de suicidio, se ven alimentadas por estos individuos que sufren la desafiliación social, precariedad laboral y exclusión social (González, 2014:30).

Es por ello, necesario diseñar e implementar políticas públicas de prevención del suicidio que incluyan las trayectorias personales, familiares, laborales, como potenciales desencadenantes del acto del suicidio. Solo así, se podrá comprender sus múltiples dimensiones y las posibles respuestas a un fenómeno de carácter universal.

Asimismo, se cree relevante mencionar, según lo citado anteriormente, que la mayoría de las causas de la muerte voluntaria están fuera del individuo, son producto de la desintegración social de nuestras sociedades (Durkheim, 1995) y como tal, la salud pública, se enfrenta a un gran desafío: dar respuesta, mitigar y paliar un fenómeno cuya principal causa es social pero el peso de la gestión de la salud en la estructura del sistema actual, es muy restringido.

Es por esta razón, que se necesita un enfoque multisectorial integrado, donde las instituciones del Estado, públicas o privadas, prestadoras de servicios de salud, junto a organizaciones civiles, y la propia sociedad civil, visualicen el suicidio como una acción que arremete contra salud de todos los ciudadanos y tiene a corto y largo plazo, graves consecuencias en el desarrollo humano de toda sociedad, y es consecuencia directa de la anomia que transitan los pueblos del mundo.

## **II. El fenómeno del Suicidio en Uruguay**

El estudio del suicidio como problema social en el Uruguay, requiere de una revisión histórica del mismo, para observar por qué la tasa de suicidio tiene una constancia a lo largo de las décadas y por qué continúa su ascenso sostenido, aún con la mejora sustantiva en los indicadores socioeconómicos. Quizás debamos preguntarnos ¿Qué implicancias tiene el modelo de desarrollo social y económico del país, en el aumento sostenido de la tasa de suicidio?

Para comenzar a describir las características particulares que el fenómeno tiene en Uruguay, se cree necesario iniciar, con la ubicación de nuestro país en el contexto internacional y regional.

### **II. 1. América Latina y Uruguay contexto Internacional y Regional**

Según lo expresado por Durkheim sobre sus estudios del suicidio en países desarrollados y su comprobación empírica a través de los mismos, se vinculan niveles de desarrollo económico y social con altas tasas de suicidio. Tal es así que se espera encontrar mayores tasas de suicidio en países que registren mayores niveles en sus índices socio-económicos (Robertt, 1998:7). Sin embargo, dichas afirmaciones, en el s XXI son cuestionadas o no se aplican de igual forma, sugiriendo un cambio en el comportamiento de la tasa de suicidio a nivel mundial.

La OMS estimó, que a nivel mundial en el año 2012, más de 800.000 personas se suicidan cada año y por cada suicidio consumado hay muchas más tentativas de suicidio. Siendo la segunda causa principal de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años. A su vez, el 75 % de los suicidios se producen en países de ingresos bajos y medianos<sup>5</sup>. Ello indica, una tasa anual mundial de suicidios de 11,4 por 100.000 habitantes, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos (OMS, Prevención del suicidio un imperativo global, 2014:3).

En el contexto internacional, siguiendo los estudios realizados por el sociólogo Robertt (1998), Uruguay presenta para los treinta años analizados (1963-1993) una tasa media de suicidio a nivel mundial y una tasa alta en el contexto latinoamericano<sup>6</sup> (Robertt, 1998:89). Asimismo, cabe

---

<sup>5</sup> OMS, Nota descriptiva, abril 2016. Disponible <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fst398/es/>

<sup>6</sup> Ver Anexo, cuadro A (N°1 y N°2), en página 54

mencionar, que esta posición “privilegiada” de nuestro país en el contexto regional, se debe tomar con ciertos reparos.

De hecho, y siguiendo al autor, sostiene que las dificultades del análisis comparativo entre las tasas de suicidio de los países de América Latina, se debe a la existencia de subregistros. Afirmando, entonces, que *“la comparación es posible, siempre que se esté en presencia de estructuras, económicas políticas, administrativas y de salud, relativamente desarrolladas”* (Robertt, 1998:89).

Nuestro país, desarrolló tempranamente una estructura de salud y administrativa que ha implicado que el cien por ciento de las defunciones sea certificado por un médico. Ello es de suma relevancia ya que en los estudios realizados por el autor, se pudo certificar que los países con menor subregistro de defunciones son generalmente los que tienen mayores tasas de suicidio<sup>7</sup>(Robertt, 1998: 10).

Ahora bien, si analizamos el fenómeno social del suicidio, en nuestro país particularmente, encontramos que presenta ciertas características que evidencian, la existencia de áreas “suicidógenas” propias, o áreas cuyas estructuras culturales, económicas y sociales contribuyen de forma diferencial en la tasa global del país y que asimismo, la presencia de dichas áreas, nos aleja de la teoría durkheniana que hacía referencia: a mayor urbanización y desarrollo socioeconómico, mayor división social del trabajo, y por ende, mayor tasa de suicidios(Robertt, 1998:90). En la sección que sigue, nos adentraremos más en el fenómeno de suicidio en Uruguay.

## **II. 2. Características del suicidio en Uruguay: un problema social, político y de salud**

El suicidio en nuestro país es un problema estructural desde comienzos de siglo XX, hasta nuestros días, dejando al descubierto fuertes rasgos de desintegración social.

La teoría de Durkheim sobre el suicidio sostenía que este mantenía una constancia a través del tiempo, pudiéndose observar que la misma de un año a otro no variaba de forma sustantiva y ello se debía, a que el suicidio no era la suma de actos individuales sino que por el contrario,

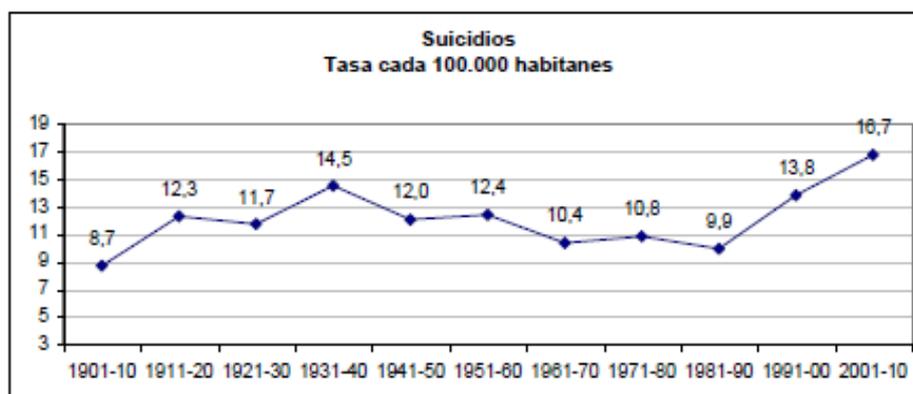
---

<sup>7</sup> Ver Anexo, cuadro B, (Tabla N° 3), en página 55

más allá de los motivos que llevaban al individuo a suicidarse, existía un fenómeno social detrás (Robertt, 1998:15).

Esta se comprueba para el caso uruguayo, como bien se puede observar en el gráfico 1 y 2, pero además se puede apreciar, que el mismo, presenta alteraciones excepcionales en su tasa y que responde en palabras de Durkheim a “alteraciones pasajeras del estado social”, sea por períodos de crisis económicas y políticas o por mejoras sustantivas del orden establecido.

Gráfico 1. Tasa media decenal de Suicidios. 1901 – 2010.



Fuente: González, V.<sup>8</sup>

En el gráfico 1 podemos apreciar que desde principios del siglo XX el país posee una tasa alta de suicidio, observándose que de una tasa media de 8,7 cada 100 mil habitantes en la década de 1901-1910, pasa a una tasa alta de 14,5 en la década de 1931-1940. Esta época está marcada por fuertes avances sociales y consolidación del Estado Uruguayo, la época batllista. Asimismo, se puede inferir, que el aumento de la tasa de suicidio puede estar marcada por los impactos de la crisis del 29 y sus consecuencias sociales y políticas en el período mencionado (González, 2014:14).

Luego la tasa media de suicidios emprenderá un descenso sostenido hasta la salida del período cívico-militar, alcanzando una tasa de 9,9 cada 100 mil habitantes en la década de 1981-1990, para luego emprender un ascenso sistemático hasta nuestros días, llegando a su punto máximo con la crisis del 2002, como bien lo refleja, el gráfico N° 2 (González, 2014:14).

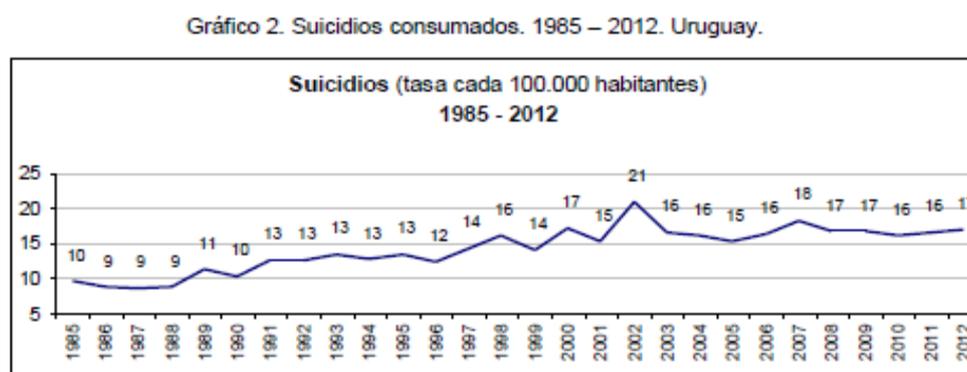
---

<sup>8</sup>Suicidio y precariedad vital en Montevideo. En busca de una vida digna de ser vivida. 2002-2010. Montevideo 2014. Pág. 15.

Por lo cual, se podría sostener, que el suicidio en nuestro país es lo que Durkheim llamo, suicidio anómico, el cual responde a crisis económicas y políticas.

Asimismo, siguiendo los postulados de la obra del autor, “*cada sociedad tiene en determinado momento de su historia, una aptitud definida para el suicidio*” (Durkheim, 1995:10). Ello se puede apreciar, en el período que abarcó el golpe militar, donde la tasa de suicidio se mantuvo relativamente estable.

Podría, citarse entonces, las palabras de Durkheim quien sostiene: las grandes conmociones sociales, avivan los sentimientos colectivos ya sea el espíritu de partido como el patriotismo, la fe nacional, la fe política y determinan una integración social más fuerte que hace que el individuo piense menos en sí y más en la idea común (Durkheim, 2004.p.202 en Gonzales, 2014:16).



Fuente: González, V. (2002-2010)<sup>9</sup>

Ahora bien, si analizamos el gráfico 2 podemos confirmar lo anteriormente citado y agregar que la tasa de suicidio del Uruguay en los años sucesivos a la apertura democrática (1985-1988) presentan un descenso, ubicándose en 9 cada 100 mil habitantes y ello es debido al gran conceso político que significó el retorno a la democracia (Robertt, 1998:89).

Luego emprenderá su ascenso sostenido hasta nuestros días, llegando a su punto máximo en el 2002, con una tasa alta de 21 cada 100 mil habitantes, como consecuencia de los impactos de la crisis económica de dicho año, para luego posicionarse en el año 2012 en 17 (González, 2014:16).

---

<sup>9</sup>Suicidio y precariedad vital en Montevideo. En busca de una vida digna de ser vivida. 2002 – 2010. Montevideo. 2014. Pág. 16.

Cabe remarcar, que para los tres años restantes que comprenden el presente documento, la tasa de suicidio oscilo entre 15.3 y 18.6 cada 100 mil habitantes (Elaboración propia en base a datos proporcionados por el Ministerio del Interior).

Por último, es necesario resaltar tres consideraciones finales: primero, que las décadas del 90, 2000, 2010 aproximadamente, están influenciadas por procesos de fragmentación social y precarización de la vida de los uruguayos, que se reflejan en las altas tasas de suicidio como en otras expresiones de violencia que también han aumentado (González, 2014:16). En segundo lugar, mencionar que los indicadores socioeconómicos de los años posteriores a la crisis económica del 2002, han mejorado sustantivamente, debido a las políticas sociales implementadas por el gobierno actual, pero sin embargo, la tasa de suicidio no ha disminuido. Por último, se podría sostener que la tasa de suicidio en Uruguay ha cambiado de tramo, en otras palabras, mientras que en los años 90 oscila entre los 10 y 15 suicidios cada 100 mil habitantes, a partir del año 2000, con excepción del pico de la crisis del 2002, la tasa oscila en el tramo de 15 a 20 suicidios cada 100 mil habitantes (Scotti, 2005:10).

Analizando las características del suicidio en nuestro país, se puede sostener, que este es un fenómeno mayormente masculino, que avanza conforme la edad, pero esta tendencia general de mayor suicidio a mayor edad, y la relación entre sexos y sus contribuciones en la tasa global de suicidio, se ve determinada por lo que Robertt, denomino “áreas suicidógenas”<sup>10</sup> (Robertt, 1998:90).

Tal es así, que podemos identificar dos áreas o estructuras diferentes del suicidio: Montevideo, centro cultural, económico, político y administrativo de nuestro país, y el Interior. Observándose que en el primero en las tres décadas (1963-1993), se está en presencia de un área cultural de baja contribución al suicidio, pero que a fines de la década de los ochenta registra un aumento considerable en su tasa. Por el contrario, el Interior se ha caracterizado históricamente por tasas altas de suicidio (Robertt, 1998:89).

---

<sup>10</sup> Esta definición hace referencia a la existencia de áreas que poseen estructuras socioeconómicas más proclives al suicidio. Identificando siete áreas o regiones: **Montevideo, Central**; Durazno, Flores, Florida, Lavalleja, Tacuarembó, **Litoral**; Paysandú, Rio Negro, Salto, Soriano, **Sureste**; Canelones, Maldonado, **Suroeste**; Colonia, San José, **Noreste**; Cerro Largo, Rocha, Treinta y Tres, **Norte**; Artigas, Rivera (Robertt, 1998:44).

Constatándose, de tal forma, lo contrario a lo que Durkheim sostenía a principios del siglo: mayores tasas de suicidios en zonas urbanas, fuertemente asociadas al aumento de la división del trabajo<sup>11</sup>, que implica el crecimiento de la conciencia individual que se impone sobre la conciencia colectiva (Robertt, 1998:74).

En referencia a ello y observando la tabla N°1, hoy se puede hablar, de un cambio en el comportamiento de la tasa de suicidio en el Uruguay. El estudio del fenómeno en el período 2005-2015, refleja un aumento sostenido del suicidio en la capital del país, reduciendo la brecha con el Interior. Asimismo, este último mantiene sus altas tasas, siendo de igual forma, mayor el suicidio en el interior del país.

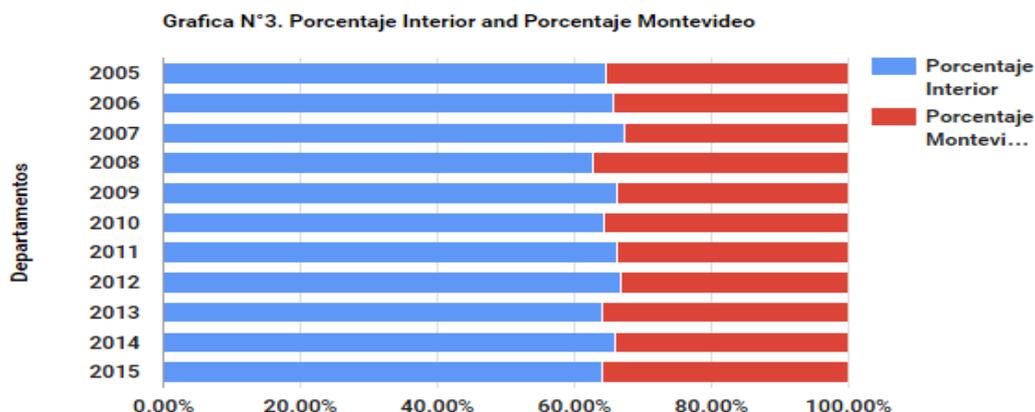
**Tabla N° 1**  
**Tasas de suicidio (Montevideo e Interior)**

| Año  | Suicidio por       | Suicidio por       | Suicidios por       |
|------|--------------------|--------------------|---------------------|
|      | 100.000 habitantes | 100.000 habitantes | 100.000 habitantes  |
|      | Montevideo         | Interior           | Interior/Montevideo |
| 2005 | 13.2               | 16.1               | 1.2                 |
| 2006 | 14.5               | 18.5               | 1.3                 |
| 2007 | 14.8               | 20.5               | 1.4                 |
| 2008 | 15.8               | 17.9               | 1.1                 |
| 2009 | 14.0               | 18.4               | 1.3                 |
| 2010 | 16.6               | 20.1               | 1.2                 |
| 2011 | 14.3               | 18.9               | 1.3                 |
| 2012 | 15.7               | 21.1               | 1.3                 |
| 2013 | 13.7               | 16.5               | 1.2                 |
| 2014 | 14.2               | 18.4               | 1.3                 |
| 2015 | 16.7               | 19.9               | 1.2                 |

Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por el Ministerio del Interior e Instituto Nacional de Estadística, Censo 2011.

Por su parte, la gráfica N°3 refleja la contribución del interior a la tasa global del país, observándose que los suicidios en el interior representan el doble con respecto a Montevideo, con un porcentaje de 65% y 34% respectivamente para el período de años 2005-20015.

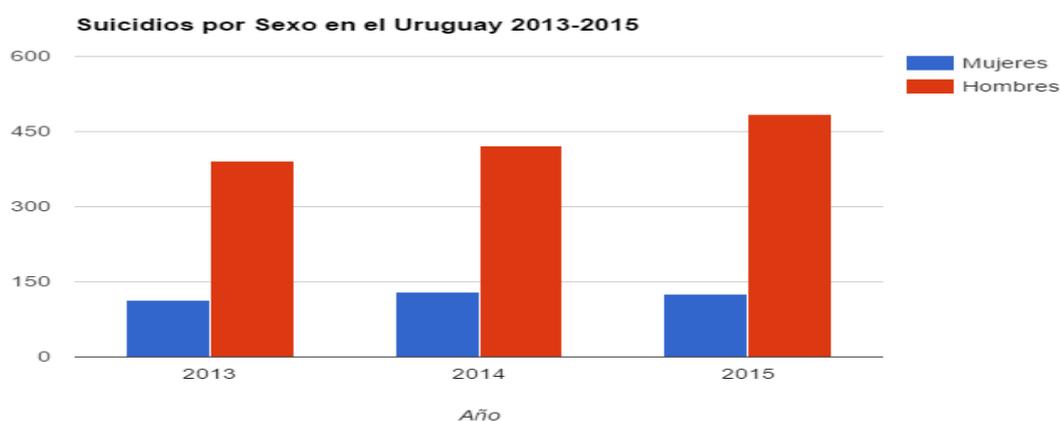
<sup>11</sup> La división del trabajo en un sentido más amplio que el meramente económico. Ello implica la división de tarea en los diferentes campos de la vida social, o sea, en la economía, en la política, la cultura, etc. (Robertt, 1998:74)



**Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por Ministerio del Interior**

En referencia a la relación entre sexo y tasa de suicidio, se ha verificado en los estudios realizados por el sociólogo Robertt, que es un fenómeno esencialmente masculino, observándose para el período (1963-1993), que los hombres se matan entre tres y cuatro veces más que las mujeres (Robertt, 1998).

En relación a ello, es necesario mencionar, que los datos con los que se cuenta para el presente documento, son los proporcionados por el Ministerio del Interior, cuya base de datos a nivel nacional por sexo, se comenzó a implementar a partir del año 2013 y es por esa razón que el grafico siguiente muestra la relación hombre/mujer para los años comprendidos entre 2013-2015. Sin embargo, se puede agregar, que la relación entre sexos a nivel nacional se mantiene relativamente estable a lo mencionado por Robertt, con una razón de 3 a 1 para el período comprendido entre 2005-2015, tomando como datos relevante, lo proporcionado por el Ministerio de Salud en el año 2010, quien sostiene que para los años comprendidos entre 2004-2009, la relación entre sexos es de 3 a 1 (Plan Nacional de Prevención del Suicidio 2011:7).

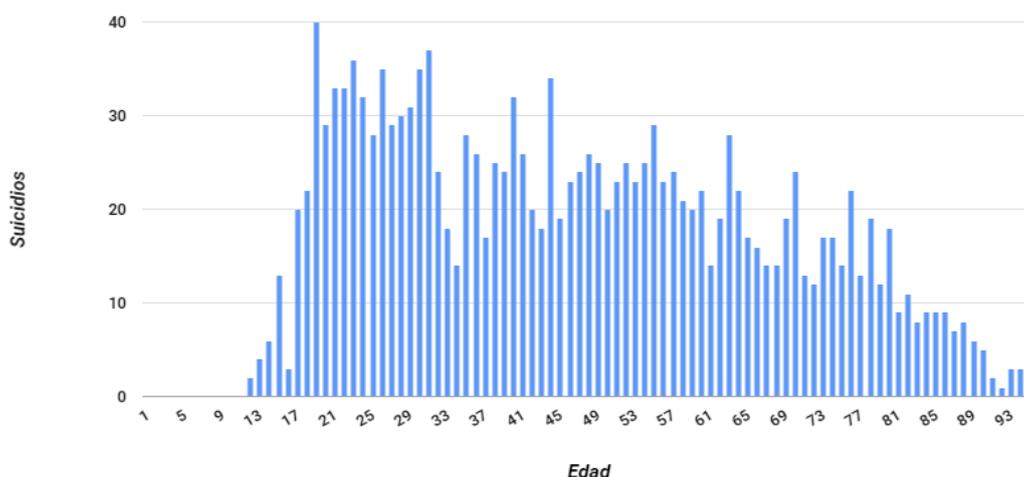


**Fuente: Elaboración propia a partir de los datos proporcionados por el Ministerio del Interior**

En cuanto a la contribución de la edad a la tasa de suicidio, se confirma para los años 2013-2015, que el comportamiento de esta ha cambiado y contrariamente a la tendencia general de mayor suicidio conforme avanza la edad, se puede observar en el gráfico siguiente, que las tasas de suicidio más altas se centralizan entre las edades comprendidas entre los 19 y 31 años de edad. Pudiendo visualizar que a medida que aumenta la edad disminuye la tasa de suicidios.

Quizás la explicación a este aumento de la tasa de suicidio en edades tempranas de la vida y haciendo referencia al marco teórico del presente documento, este dado por las dificultades que atraviesan hoy los jóvenes del país, para insertarse plenamente al mercado laboral. Teniendo presente los altos índices en cuanto a la deserción educativa a nivel secundario. Lo cual explicaría una inserción precaria y mal remunerada, no pudiendo, de tal forma, afrontar las necesidades básicas del hogar.

**Suicidios por edad Uruguay 2013-2015**



**Fuente: Elaboración propia a partir de los datos proporcionados por el Ministerio del Interior**

Ahora bien, si realizamos un análisis más exhaustivo del comportamiento de la tasa de suicidio por regiones podemos observar en la tabla N°2, que existen áreas cuyas estructuras socioeconómicas son más proclives al suicidio. Las zonas noreste y centro son las que presentan mayor contribución al suicidio. Mientras que las zonas sureste y suroeste muestran una posición intermedia en un contexto de alta tasa. Por otra parte, el litoral que para la década de los noventa presentaba las tasas más bajas junto con la región norte (Robertt, 1998:91), hoy se ubica con una tasa intermedia similar a su par, la región sureste. Mientras que la región norte y Montevideo siguen siendo las de menor suicidio en el conjunto del país.

**Tabla N°2. Tasas de Suicidios por Regiones 2005-2015**

**Cada 100.000 habitantes**

| <b>Año</b> | <b>País</b> | <b>Sureste</b> | <b>Suroeste</b> | <b>Litoral</b> | <b>Noreste</b> | <b>Norte</b> | <b>Centro</b> | <b>Montevideo</b> |
|------------|-------------|----------------|-----------------|----------------|----------------|--------------|---------------|-------------------|
| 2005       | 15.0        | 18.1           | 18.5            | 10.3           | 14.9           | 15.2         | 17.7          | 13.1              |
| 2006       | 16.8        | 16.6           | 20.7            | 15.7           | 23.8           | 16.3         | 22.1          | 14.4              |
| 2007       | 18.2        | 19.8           | 23.7            | 18.6           | 21.4           | 16.9         | 23.4          | 14.8              |
| 2008       | 17.1        | 16.5           | 22.0            | 14.9           | 20.4           | 15.8         | 21.1          | 15.8              |
| 2009       | 16.6        | 18.4           | 17.7            | 12.2           | 27.3           | 13.5         | 23.8          | 14.0              |
| 2010       | 18.7        | 18.1           | 18.1            | 17.0           | 29.3           | 22.6         | 22.4          | 16.6              |
| 2011       | 17.0        | 17.3           | 18.1            | 14.9           | 24.3           | 20.3         | 23.1          | 14.3              |
| 2012       | 18.9        | 18.9           | 19.4            | 17.8           | 27.3           | 23.7         | 25.8          | 15.6              |
| 2013       | 15.3        | 18.5           | 19.4            | 11.9           | 14.9           | 13.5         | 17.7          | 13.7              |
| 2014       | 16.7        | 19.2           | 21.1            | 15.4           | 16.9           | 14.1         | 21.8          | 14.1              |
| 2015       | 18.6        | 18.7           | 20.3            | 18.1           | 28.8           | 13.5         | 22.1          | 16.7              |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos proporcionados por el Ministerio del Interior e Instituto Nacional de Estadística, Censo 2011.

Asimismo, cada una de estas regiones han sufridos cambios importantes con el devenir de las décadas, en la diversificación económica (**región sureste, suroeste, noreste**), vaciamiento poblacional y menor desarrollo socioeconómico (**región centro**), pérdida relativa importante en el dinamismo de dicha zona (**región litoral**), áreas donde la pobreza mantiene niveles altos (**región norte**) y la disminución relativa del crecimiento poblacional, además de poseer un nivel socioeconómico más elevado que el conjunto de las regiones que conforman el interior del país (**Montevideo**). Ello explicaría las tasas altas, intermedias y bajas del suicidio de cada región (Robertt, 1998:43:44).

En cuanto a las cuatro regiones que presentan las tasas más altas de suicidio para el año 2015, se puede observar en la tabla N° 3, que son los departamentos de la zona este de nuestro país, a excepción de San José, quienes lideran con las tasas más altas: Rocha quien posee una tasa de suicidios 39.7 cada 100 mil habitantes para el año 2015, liderando la zona noreste, seguido por Lavalleja quien posee una tasa de suicidio de 32.3 cada 100 mil habitantes para dicho año y corresponde a la zona centro. En tercer lugar, se ubica San José con una tasa de 24.0 cada 100 mil habitantes, representante de la zona suroeste y en cuarto lugar, encontramos a Maldonado con una tasa de suicidios de 23.7, liderando la zona sureste.

**Tabla N°3. Tasa de Suicidio por Región. Uruguay. 2015**

| <b>Región</b>   | <b>Tasa c/100.000 hab.</b> |
|-----------------|----------------------------|
| <b>Noreste</b>  | <b>28,8</b>                |
| Cerro Largo     | 22,4                       |
| Rocha           | 39,7                       |
| Treinta y Tres  | 24,9                       |
| <b>Centro</b>   | <b>22,1</b>                |
| Durazno         | 28,0                       |
| Flores          | 11,9                       |
| Florida         | 17,8                       |
| Lavalleja       | 32,3                       |
| Tacuarembó      | 17,7                       |
| <b>Suroeste</b> | <b>20,3</b>                |
| Colonia         | 17,0                       |
| San José        | 24,0                       |
| <b>Sureste</b>  | <b>18,7</b>                |
| Canelones       | 17,1                       |
| Maldonado       | 23,7                       |

**Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio del Interior e INE. (Censo 2011)**

Por tanto, se puede sostener y teniendo presente las características de dichas regiones y sus tasas de suicidio respectivas para el período de análisis, que el suicidio para el caso uruguayo, contradice la hipótesis clásica de mayor suicidio a mayor densidad poblacional.

Es más, en relación a la densidad poblacional, Robertt ya había identificado que la ciudad protege del suicidio, ya que los departamentos menos urbanizados y menos densamente poblados son los que presentaban altas tasas de suicidios. Por lo cual, se podría inferir que el fenómeno de la migración interna ha significado, el traslado de las mujeres y los jóvenes a las ciudades, generando de tal forma un vaciamiento poblacional, altos índices de masculinización y estructuras o pirámides poblacionales envejecidas. Por tanto, es aquí donde se encontraran las tasas más altas de suicidio (Robertt, 1998:78). Adentrándonos de esta forma, en el comportamiento de la tasa de suicidio, específicamente en el departamento de Maldonado.

### **II. 3. Comportamiento de la tasa de suicidio en el departamento de Maldonado**

La teoría de Durkheim sobre el suicidio anómico, comprende mucho más que las crisis económicas y políticas. El autor sostenía que también estaba asociado a la movilidad geográfica, a los cambios personales asociados a la movilidad social, entre ellos el divorcio, y a cambios rápidos en la estructura social producto del desarrollo, como ser la urbanización e industrialización (Durkheim, 1995:15).

Maldonado es el departamento del interior que más ha crecido a nivel poblacional, según lo recabado en el Censo 2011<sup>12</sup>, ha presentado con el devenir de las décadas un crecimiento urbano, independientemente del grado de urbanización propio del departamento. Ello podría explicar, el ascenso sostenido de la tasa de suicidio y si bien el suicidio en el país, es un fenómeno no urbano, en el departamento de Maldonado la urbanización tardía, estaría explicando las tasas altas de suicidio (Robertt, 1998:86).

De tal forma, si analizamos la evolución de la tasa de suicidio en el departamento, podemos apreciar que esta responde a crisis económicas y políticas de nuestro país y a las relaciones internacionales con países vecinos, como también, las crisis económicas de estos, que impactan severamente en el departamento debido a sus características particulares: su amplia diversificación de servicios propio de un departamento cuya principal fuente de ingreso laboral, es el turismo y la industria de la construcción. Ubicando en él, a una de las ciudades cosmopolitas del cono sur, como lo es Punta del Este.

Tal es así, que si observamos la tabla N°4, podemos inferir que las alteraciones más notorias en la tasa de suicidios, están comprendidas en los años: 2007-2011 y que podrían responder a situaciones externas al departamento, como lo fue la crisis política del Uruguay con su país vecino Argentina en el año 2007, donde se produce el corte del puente Libertador General San Martín, que comunica a ambos países; por la instalación y puesta en funcionamiento de la planta de celulosa Botnia en nuestro país, lo cual provocó una baja importante del turismo en la región, sumado a la crisis del país vecino que comienza en el año 2008, teniendo su máxima expresión en el 2011, con medidas económicas que repercuten en el turismo hacia nuestro departamento<sup>13</sup>.

Por otra parte, se puede apreciar que la tasa de suicidio del departamento ha cambiado de tramo, Mientras que para los años 2005-2008, con excepción del 2007, la tasa se ubicaba en 15.8 cada 100 mil habitantes, a partir del año 2009, esta emprendió un ascenso brusco, ubicándose por encima de los 20, para posicionarse en el año 2015 en 23.7 cada 100 mil habitantes.

---

<sup>12</sup> INE. Censo 2011, disponible en <http://www5.ine.gub.uy/censos2011/index.html>

<sup>13</sup> Crisis Argentina 2008-2009, disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Gobierno\\_de\\_Cristina\\_Fern%C3%A1ndez\\_de\\_Kirchner#Medidas\\_contra\\_la\\_fuga\\_de\\_capitales](https://es.wikipedia.org/wiki/Gobierno_de_Cristina_Fern%C3%A1ndez_de_Kirchner#Medidas_contra_la_fuga_de_capitales)

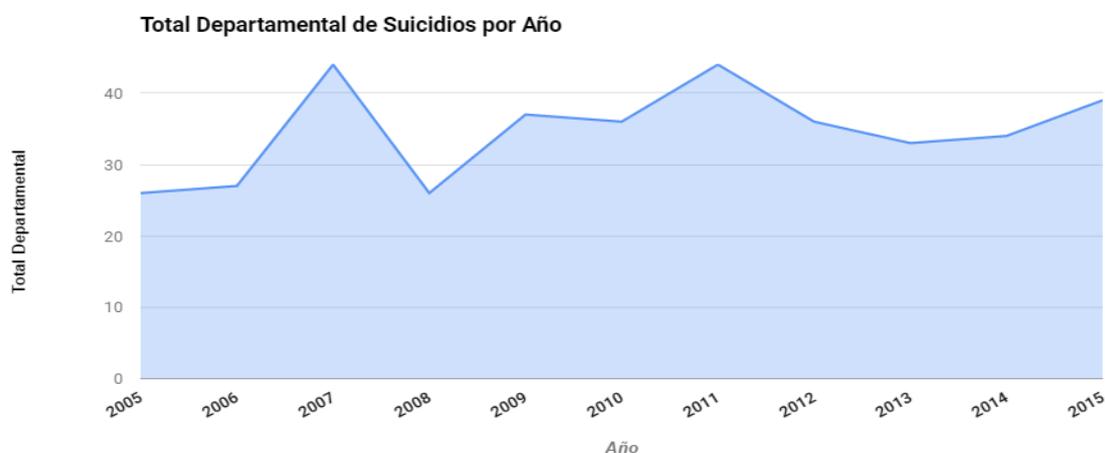
**Tabla N°4. Evolución de la tasa de suicidios en el Departamento de Maldonado 2005-2015**

**Cada 100.000 habitantes**

| <b>Año</b> | <b>Tasa de suicidio</b> |
|------------|-------------------------|
| 2005       | 15.8                    |
| 2006       | 16.4                    |
| 2007       | 26.7                    |
| 2008       | 15.8                    |
| 2009       | 22.5                    |
| 2010       | 21.9                    |
| 2011       | 26.7                    |
| 2012       | 21.9                    |
| 2013       | 20.0                    |
| 2014       | 20.6                    |
| 2015       | 23.7                    |

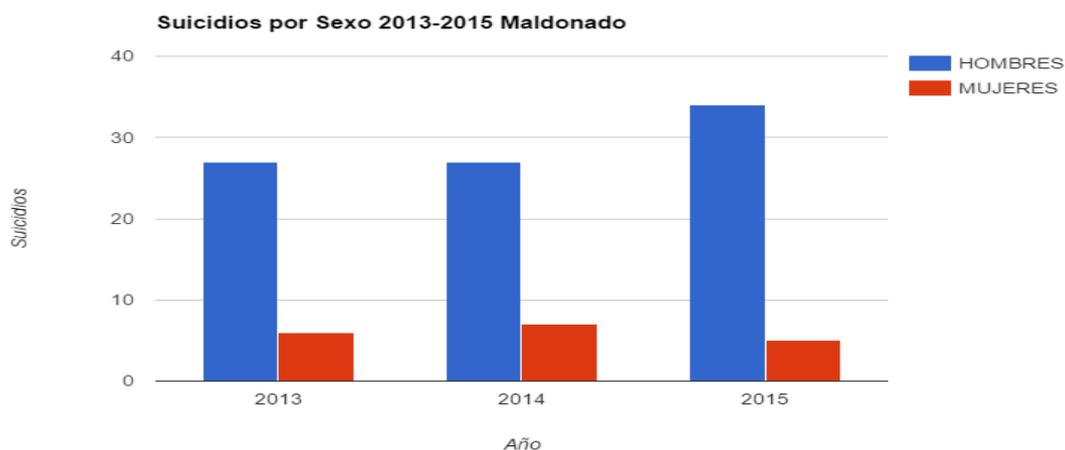
**Fuente: Elaboración propia a partir de los datos proporcionados por el Ministerio del Interior e INE. (Censo 2011)**

Si analizamos el total de suicidios por año en el departamento, podemos apreciar lo anteriormente mencionado sobre sus curvas altas en los años 2007 y 2011. Ubicando un total de suicidios que oscila entre 26 y 27 casos, durante los años 2005 y 2008, con excepción del año 2007, que presenta un total de 44 suicidios para dicho año. Pudiéndose apreciar que el número de casos a partir del año 2009, no es menor a los 33 suicidios por año, ubicándose su otro punto alto en el 2011, con 44 suicidios y culminando en el año 2015 con 39 suicidios para el departamento.



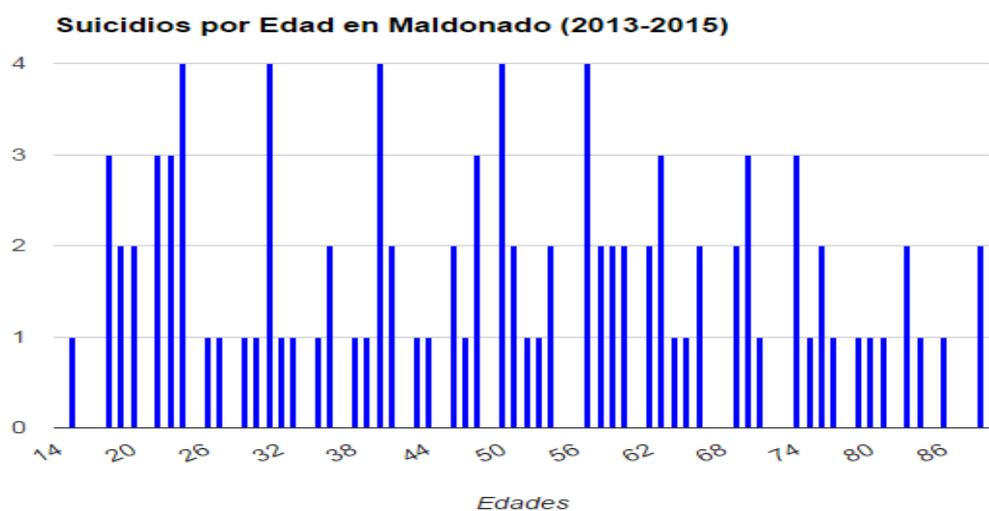
**Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por el Ministerio del Interior**

En cuanto a la contribución de los sexos a la tasa de suicidio departamental en el período 2013-2015, se puede observar una masculinización del fenómeno, ubicando una relación entre sexos de 4 a 1, cada cuatro hombres que se suicida, se mata una mujer para el período de años 2013-2014, aumentando esa brecha en el año 2015, cuya razón es de 6 a 1. Ello se puede observar en el grafico siguiente:



Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por el Ministerio del Interior

En cuanto al análisis por edades a nivel departamental para los años 2013-2015, los datos con los cuales se disponen, no dejan realizar algún tipo de correlación en cuanto a franja etaria de mayor incidencia de suicidios consumados.



Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por el Ministerio del Interior

Por otra parte, realizando un análisis más exhaustivo del comportamiento de la tasa de suicidio en Maldonado, podemos observar que este presenta estructuras socioeconómicas que lo hacen más proclive al suicidio. Por ejemplo, ser un departamento cuya principal actividad es el turismo, con una población “*de paso*”, que genera un ritmo de vida diferente en los períodos de mayor apertura al mismo, para luego retomar su ritmo habitual, donde la realidad es otra: baja sustancial de la mano de obra, fuerte presencia de población inmigrante que queda sin mercado laboral, generándose en las últimas décadas un aumento sostenido de los asentamientos irregulares en el departamento y por ende segregación territorial.

En cuanto a la distribución de la población en el departamento, esta es mayormente urbana, con fuerte concentración en edades jóvenes y centrales y en menor medida de adultos mayores. En otras palabras, un 30 % de jóvenes adultos (15-34 años), un 31 % de adultos (35-59 años) y un 16% de adultos mayores (60 años y más).<sup>14</sup>

Ello se considera de gran relevancia para el análisis del suicidio en el departamento, ya que como bien expresaba Robertt, “*el desarrollo de dimensiones integrativas tradicionales (hogares y matrimonios), así como la mayor división del trabajo (presencia importante de instituciones educativas, de salud y económicas) y el desarrollo de indicadores socioeconómicos actúan como efecto inhibitor de mayores tasas de suicidio*” (Robertt, 1998:94).

Tal es así, que podemos identificar áreas o localidades dentro del departamento, más proclive al suicidio y otras de mayor incidencia de IAE.

En la tabla N° 5 se puede apreciar la contribución que cada localidad hace al total de suicidios del departamento, para el período comprendido entre 2005-2015, encontrando la contribución más alta de suicidio, en la ciudad de Maldonado con 160 casos para el período seleccionado<sup>15</sup>. A su vez, si tomamos el barrio Maldonado Nuevo, se puede sostener que la contribución de suicidios presentes en él, pueden estar asociados a ser un territorio segregado que con el devenir del tiempo está regularizando esa situación y que albergo a la gran mayoría de población migrante en la década de los 90 con el auge de la industria de la construcción en el departamento<sup>16</sup>.

---

<sup>14</sup> INE. Censo 2011. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/web/guest/censos-2011>

<sup>15</sup> Cabe aclarar que la ciudad de Maldonado está compuesta por el barrio Maldonado Nuevo.

<sup>16</sup> Surge un nuevo Barrio en Maldonado, disponible en:

<http://www.lr21.com.uy/comunidad/145591-maldonado-nuevo-comienza-un-nuevo-barrio>

Por otra parte, en segundo lugar podemos ubicar a la Ciudad de San Carlos con 89 casos y en tercer lugar la localidad de Punta del Este con 43 suicidios para el total de años.

Ahora bien, si se tomara en consideración la densidad poblacional, es la localidad de San Carlos quien posee la tasa más alta, apreciándose para el período de años seleccionados, que mantiene una constante que se ubica por encima de 8 suicidios por año a partir del año 2009<sup>17</sup>.

En segundo lugar se ubicaría la localidad de Punta del Este y en tercer lugar Pan de Azúcar.

**Tabla N° 5. Suicidio por año según Localidad. Maldonado (2005-2015)**

| SUICIDIOS<br>Localidades | Año  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      | Total |
|--------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
|                          | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |       |
| Maldonado                | 6    | 11   | 12   | 7    | 12   | 11   | 10   | 8    | 9    | 8    | 11   | 105   |
| San Carlos               | 5    | 6    | 8    | 2    | 8    | 9    | 12   | 10   | 10   | 9    | 10   | 89    |
| Maldonado Nuevo          | 0    | 0    | 9    | 5    | 4    | 2    | 11   | 5    | 4    | 8    | 7    | 55    |
| Punta del Este           | 2    | 3    | 5    | 5    | 4    | 6    | 6    | 6    | 3    | 1    | 2    | 43    |
| Piriápolis               | 5    | 3    | 2    | 1    | 4    | 2    | 1    | 3    | 2    | 1    | 1    | 25    |
| Pan de Azúcar            | 1    | 2    | 2    | 1    | 3    | 2    | 1    | 1    |      | 1    | 4    | 18    |
| La Barra                 | 1    | 0    | 2    | 2    | 1    | 2    | 1    | 0    | 2    | 3    | 3    | 17    |
| Aiguá                    | 3    | 1    | 2    | 3    | 1    | 1    | 2    | 1    | 1    |      |      | 15    |
| Pueblo Edén              | 3    | 0    | 1    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 1    | 1    | 1    | 7     |
| Las Flores               | 0    | 0    | 1    | 0    | 0    | 0    | 0    | 1    | 1    | 2    |      | 5     |
| Coronilla                | 0    | 1    | 0    | 0    | 0    | 1    | 0    | 0    |      |      |      | 2     |
| Otras                    |      |      |      |      |      |      |      | 1    |      |      |      | 1     |

**Fuente: Base de datos del Ministerio del Interior**

En referencia a la localidad, en que tiene mayor incidencia los IAE, para del período de años 2005-2012, podemos apreciar en la Tabla N° 6 que la mayor contribución al total de casos para el departamento los reporta la localidad de Maldonado con 97 intentos de autoeliminación para el período de años seleccionado, ubicándose en segundo lugar la localidad de Piriápolis con 40 registros y en tercer lugar se encuentra San Carlos con un total 38 intentos de autoeliminación. Pero si tomamos el número de IAE de la localidad de Piriápolis y la dividimos por su población, cada 100 mil habitantes, esta se ubica en el primer lugar en el departamento, en cuanto a su contribución a la tasa de intentos de autoeliminación, seguido por la localidad de Punta del Este y en un tercer lugar encontraríamos a la localidad de San Carlos.

<sup>17</sup> Cabe remarcar que debido a que no se tienen datos fiables sobre la población existente en cada localidad, no se pudo realizar la tasa para cada una de ellas. Asimismo, mencionar que el INE solo cuenta con los datos de densidad poblacional por departamento y que los municipios como delegaciones a las cuales les corresponde cada localidad no cuentan con esos datos.

**Tabla N° 6. IAE por año según Localidad. Maldonado (2005-2012)**

| IAE               | Año  |      |      |      |      |      |      |      | Total |
|-------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| Localidad         | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |       |
| Maldonado         | 5    | 1    | 6    | 3    | 10   | 12   | 10   | 8    | 55    |
| Maldonado Nuevo   | 0    | 0    | 2    | 3    | 10   | 19   | 8    | 0    | 42    |
| Piriápolis        | 4    | 8    | 9    | 3    | 6    | 2    | 4    | 4    | 40    |
| San Carlos        | 4    | 4    | 8    | 4    | 2    | 7    | 5    | 4    | 38    |
| Punta del Este    | 2    | 6    | 3    | 7    | 3    | 3    | 2    | 2    | 28    |
| Aiguá             | 2    | 1    | 0    | 3    | 4    | 1    | 0    | 4    | 15    |
| Pan de Azúcar     | 1    | 2    | 4    | 6    | 0    | 1    | 0    | 0    | 14    |
| La Barra          | 2    | 1    | 0    | 0    | 0    | 1    | 0    | 0    | 4     |
| Pueblo Edén       | 0    | 0    | 0    | 1    | 0    | 0    | 0    | 0    | 1     |
| Las Flores        | 0    | 0    | 0    | 0    | 1    | 0    | 0    | 0    | 1     |
| Coronilla         | 1    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 1     |
| Faro José Ignacio | 0    | 0    | 0    | 1    | 0    | 0    | 0    | 0    | 1     |
| Garzón            | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    | 0     |

**Fuente: Base de datos del Ministerio del Interior.**

En suma, se puede sostener, que el suicidio en el departamento de Maldonado, es un fenómeno que va en ascenso y que no es ajeno a la realidad nacional.

El mismo está relacionado a lo que Robertt observó en su estudio: *“la anomia estaría asociada, actualmente, a la no división del trabajo, a la no participación en la economía, en la cultura y en las decisiones colectivas e individuales. De esta forma, las tasas de suicidio de hoy y ayer serían un reflejo de la violencia estructural que han sufrido los sujetos en nuestro Uruguay”* (González, 2014:17).

Pudiendo sostener, entonces, que el comportamiento de la tasa de suicidios está relacionada con cambios económicos y políticos que evidencian una relación intrínseca con la estructura social y sus transformaciones, haciéndonos cuestionar el modelo de desarrollo social del país.

Se cree por ello necesario que las autoridades de la salud del departamento activen dispositivos colectivos que permitan reflejar el impacto que tiene el fenómeno sobre su comunidad y pongan en ejecución políticas públicas de prevención del suicidio.

### III. Políticas públicas de Prevención del Suicidio

Como bien se expresó en el presente documento, el fenómeno social del suicidio, tiene impactos en la vida de las personas, en el desarrollo social y económico de los países del mundo. Es un fenómeno cuya característica multicausal, exige un compromiso político en primera instancia y de la comunidad en su conjunto, nos interpela a todos como sociedad.

La OMS (2010), estima que los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias representan el 14% de la carga mundial de morbilidad. Pero estas cifras por si solas no bastan para medir el sufrimiento, el aislamiento, la pérdida de productividad y el freno al desarrollo del potencial humano. Es por ello necesario, reducir la brecha entre el número de personas con trastornos mentales que necesitan y merecen tratamiento y el número de quienes lo reciben.

Un paso importante para alcanzar ese objetivo, requiere de la visualización del fenómeno, poner en conocimiento a la población en general sobre los trastornos mentales, superando de esta forma la ignorancia sobre la temática y rompiendo con la estigmatización, que hoy tienen, las personas con trastornos mentales en su comunidad. Asimismo, la visualización del fenómeno por la clase política, que implique acciones y prioridad en las agendas de desarrollo nacional e internacional, en las cual hoy, están marginados.

Otro paso no menos importante, es romper con la creencia generalizada de que para mejorar la salud mental de la población se necesita de tecnologías muy costosas y que las mismas deben ser aplicadas por un personal altamente especializado<sup>18</sup>.

De ahí la necesidad de diseñar y ejecutar políticas públicas de prevención del suicidio que tengan como principal eje de trabajo, la articulación e interrelación entre las diferentes instituciones públicas o privadas prestadoras de salud y una alta participación de la comunidad y agentes comunitarios en el abordaje y ejecución de dichas políticas.

Por lo cual, los diferentes actores que intervienen deben tener conocimiento de la problemática a abordar y ser capacitados para el reconocimiento temprano de aquellos factores de riesgo que los habiliten a visualizar una potencial conducta suicida.

---

<sup>18</sup> OMS, 2010. Cerrar la brecha en Salud Mental Disponible en: [http://www.who.int/dg/speeches/2010/mhGap\\_forum\\_20101007/es/](http://www.who.int/dg/speeches/2010/mhGap_forum_20101007/es/)

Ahora bien, para ello se requiere de un Estado fuerte, con participación activa en el diseño y ejecución de dichas políticas, en otras palabras, se requiere de un compromiso político que ubique a la salud mental de la población como problema emergente de la salud en general.

Se cree por ello necesario, realizar un contextualización sociopolítica del país en las décadas anteriores al 2005, que me habilite a observar los avances que ha tenido el Estado uruguayo en el diseño y ejecución de políticas públicas de prevención del suicidio en el primer nivel de atención, teniendo presente que dicha monografía abarca los años 2005-2015, los cuales muestran cambios en la matriz de bienestar social, llevadas adelante por un gobierno de izquierda.

### **III. 1. Contexto sociopolítico de la década previa al 2005**

Existe un amplio consenso en torno a que en el Uruguay se consagró tempranamente, en la primera mitad del siglo XX, un sistema institucionalizado de políticas sociales de carácter universalista y de amplia cobertura en el campo educativo, laboral y de salud, con capacidad de incorporar a la mayoría de la población urbana y más tardíamente a los trabajadores rurales (F. Filgueira en Midaglia y Antia 2007:132).

Pero pese a esta tradición en el campo de bienestar, luego de la reapertura democrática en 1985, se introduce en la década de los noventa, un conjunto de reformas sociales que acompañaban un nuevo modelo de desarrollo orientado al mercado, a la reapertura económica, liberalización financiera y reducción del rol del Estado (Midaglia y Antia 2007:134).

Tal es así, que el resultante de este proceso de reformas de la matriz social existente, dio lugar a un sistema híbrido en el que conviven servicios semi-privatizados, con otros en los que se acentúa la intervención estatal, a los que se le suman prestaciones de tipo focalizado con un formato mixto de implementación, o sea de coparticipación público-privado (Midaglia y Antia 2007:135).

En el panorama social, se deja entrever un incremento sustantivo del empobrecimiento de la población, fragmentación social y pérdida de equidad. La pobreza aumentó de forma significativa desde la apertura democrática y se acentuó aún más con la crisis económica del 2002 (Midaglia y Antia 2007:140).

Por otra parte, la trayectoria de la indigencia era similar a la de la pobreza y el porcentaje de personas en esta situación se triplicó durante la mencionada crisis, ubicándose en el 2001 en 1,32% a 3,92% en el 2004. Pero no solo la pobreza fue en aumento también los grados de desigualdad social, observándose, desde la segunda mitad de la década del 90' una leve tendencia concentradora en la distribución del ingreso que se agudizó en el período de crisis económica (Midaglia y Antia 2007:140).

Es en este contexto, que el partido de izquierda, Frente Amplio (FA), asume el gobierno nacional en el año 2005 y comienza a implementar una serie de políticas sociales que tratan de mitigar y revertir la pobreza y desigualdad social del pueblo uruguayo.

Para ello, se crea en el mismo año el Ministerio de Desarrollo Social, con el objetivo de implementar el Plan de Emergencia y posteriormente el Plan de Equidad; dando comienzo así, a la transición hacia una nueva etapa, en la mejora sustantiva de la matriz de bienestar social (Midaglia y Antia 2007:153).

Pero como bien expresa Durkheim, las tasas de suicidio aumentan cuando hay una alteración del orden social, sea este de mejora o de crisis económicas o políticas (1995:261).

Ello se aprecia en el crecimiento sostenido de la tasa de suicidio de la sociedad uruguaya hasta nuestros días y refleja el impacto que tuvo la crisis económica del 2002, llegando a una cifra nunca antes alcanzada, como bien se pudo observar en el capítulo anterior.

Tal es así, que el gobierno actual, da inicio a un largo trayecto, lento pero sostenido, en el diseño y ejecución de políticas públicas de promoción en salud mental y prevención del suicidio, asumiendo un compromiso político con la problemática.

### **III. 2. Políticas públicas de prevención del suicidio en el Primer Nivel de Atención**

Como bien lo expresa el contexto y lo refleja la estadística, la tasa de suicidio llegó a 21, con la crisis del 2002, constituyéndose en un problema que nos interpela a todos como sociedad, a los partidos políticos y al gobierno de turno, el cual intenta dar respuesta a tal problemática, materializándolo a través de las políticas públicas.

Cabe remarcar que el año 2004, la senadora Mónica Xavier, presenta un proyecto de ley (Ley 18.097), por el que se declara en su artículo 1º, el 16 de julio como el día Nacional para la

Prevención del Suicidio, cuya justificación es la preocupación por el ascenso de la tasa de suicidios. Por lo cual, la declaración de este día, como el día nacional de prevención del suicidio, implica que aquellas instituciones educativas, públicas, vinculadas a la prevención del suicidio deberán realizar actividades informativas sobre el tema y los medios de comunicación contribuirán a difundir aquellas organizaciones que aborden a personas en riesgo (González, 2014:18).

Asimismo, fue en este mismo año, que se crea por Decreto N° 378/004, La Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio, la cual funcionara en la órbita de la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública y cuya cometido será la de diseñar, facilitar, supervisar y evaluar la implementación de un Plan Nacional de Prevención del Suicidio (Comisión Honoraria de Prevención Nacional de Suicidios 2004).

En referencia a ello, esta comisión recién será conformada en el año 2009, culminando el segundo mandato del FA al poder.

Es en el año 2007, que se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), una de las reformas más importantes que ha tenido el país en este sector y cuyo principal objetivo es asegurar el acceso universal a los servicios de salud, guiado por principios de equidad, calidad y descentralización (Midaglia y Antia 2007:147).

De este modo, las innovaciones de la propuesta se plantean en tres planos: el modelo de atención de la salud, jerarquizándose el primer nivel de atención, por otra parte, el segundo componente se centra en la forma de gestión, a través de la articulación de servicios públicos-privados, con un órgano central de gobierno (la Junta Nacional de Salud) y por último, en el tercer plano encontramos, el sistema de gastos y financiamiento del sector, a través de un único fondo nacional FONASA, administrado centralmente (Midaglia y Antia 2007; 147).

En tal sentido, dicha reforma propone universalizar el acceso a la salud, equidad en el gasto y el financiamiento de esta, con calidad asistencial. Expresando en el primer plano, un cambio en el modelo de atención a la salud, que privilegie la atención integral implicando con ello acciones de promoción y prevención de salud, asegurando de tal forma, la capacidad de diagnosticar en forma precoz enfermedades y su oportuno tratamiento. Asimismo, estas actividades se desarrollarán en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, asegurando la mayor capacidad resolutoria del primer nivel de atención (Sistema Nacional Integrado de Salud 2007).

Un segundo plano, refiere al rol del Ministerio de Salud como el responsable de conducir el proceso de construcción del sistema y de ejercer efectivamente la rectoría del sistema de salud en la definición de las políticas de salud. Asimismo, tendrá a su cargo, las normas que orientan y regulan los diferentes programas de salud, desarrollando la tarea de regulación, control y habilitación de los prestadores de salud, constituyéndose de tal forma, en la policía sanitaria que regule las prestaciones a las que estarán obligados los prestadores de servicios que integren el SNIS (Sistema Nacional Integrado de Salud 2007).

Y un tercer plano, hace referencia al cambio en el sistema de gasto y financiamiento, asegurando la cobertura nacional, equidad y solidaridad a través de la creación de un Fondo Nacional de Salud (FONASA). El cual se financiara en base a las contribuciones del Estado y las empresas privadas en forma proporcional al personal a su cargo. Asimismo, aportaran de acuerdo a sus ingresos, los trabajadores públicos y privados, los pasivos y quienes perciban rentas y finalmente, se prevé el aporte fiscal del gobierno a través de partidas presupuestales y extra- presupuestales. De tal forma podrán ser parte del SNIS las instituciones de asistencia medica colectiva, privadas sin fines de lucro y los seguros integrales que estén funcionando regularmente, a los cuales se suma los servicios de salud a cargo del Estado, ASSE (Midaglia y Antia, 2007:147).

Es por tanto, el SNIS una de las transformaciones en la matriz de bienestar, habilitando a los ciudadanos a ser parte del proceso de su propia salud, y a través del mismo, poder visualizar sus necesidades, independientemente de su capacidad económica, logrando tener cobertura médica toda la familia y aquellos hijos menores de edad serán inscriptos en la afiliación de aquel padre que aporte más al fondo (Sistema Nacional Integrado de Salud, 2007).

Por otra parte y siguiendo a la OMS (2010), para lograr superar los obstáculos, que inhabilitan una acorde atención, prevención y promoción de salud mental, se debe capacitar al personal de Atención Primaria de la Salud (APS), suministrando herramientas que permitan visualizar posibles trastornos mentales. Es por ello fundamental la propuesta que ejecuta el SNIS, priorizando y jerarquizando el primer nivel de atención, ya que es allí donde se presentan la gran mayoría de los IAE, siendo abordados en la puerta de emergencia de los hospitales y policlínicas asistenciales.

Cabe mencionar que la Atención Primaria de la Salud, representa el primer nivel de contacto entre la población (individuo, familia, comunidad) con el sistema nacional de salud. Logrando

llevar la atención de la salud lo más cerca posible de donde residen y trabajan las personas. Constituyéndose, de esta forma, en una pieza clave en el proceso permanente de asistencia sanitaria (Benia, Macri, Berthier, 2008:121).

De hecho, la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, significó un avance para superar los modelos biomédicos que hacían énfasis en la atención dirigida a la enfermedad propiamente dicha, privilegiando servicios curativos caros y en infraestructuras hospitalarias del medio urbano, ya que su estrategia fue dirigida a los servicios preventivos y con costos razonables para la comunidad, en infraestructuras basadas en pequeños centros de atención, en los cuales tuvieron un papel relevante actores sociales como también los agentes comunitarios de la salud (Benia, Macri, Berthier; 2008:122).

Tal es así, que el diseño y ejecución del SNIS, implica un cambio sustantivo en el abordaje del fenómeno del suicidio, ya que desde 1986, el país cuenta con un Plan Nacional de Salud Mental, cuyo objetivo es la priorización de la participación activa de la comunidad, con una perspectiva integral de acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de individuos, grupos y medio ambiente, junto a la creación de una red de servicios regionalizada, articulada e integrada con el sistema de atención de la salud en general, en definitiva, un modelo centrado en la comunidad que rompa con la marginación del enfermo mental (Plan Nacional de Salud Mental, 1986:10).

En suma, ello es con el SNIS, una realidad que pone de manifiesto un cambio en las políticas de prevención de enfermedades mentales, donde ya no es viable la internación como forma de tratar al enfermo, había que prevenir y para ello se debía educar a la comunidad y capacitar al personal de la salud en el primer nivel de atención.

Es en este camino, en el año 2006, que el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM) del MSP, trabaja en la elaboración de un documento sobre “Pautas y recomendaciones en relación de las conductas suicidas”, concluyendo, en el año 2008, con la creación de la “Guía de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas”, cuyo objetivo es difundir pautas claras de prevención del suicidio, detección de factores de riesgo individuales y sociales que permitan tomar medidas de prevención adecuadas y fortalecer los factores protectores (GPDFRCS, 2008:3).

Ahora bien, esta guía de prevención y detección de factores de riesgo, sugiere un avance sustantivo en la visualización y conceptualización del suicidio como fenómeno social, ya que en ella se identifican posibles factores de riesgo y señales de alarma que no hacen foco en el suicidio como un fenómeno enteramente que subyace a una patología psiquiátrica. Aquí entran en juego diferentes factores, sociales, familiares, psicológicos y biológicos que se interrelacionan y que pueden ser desencadenantes del suicidio (GPDFRCS, 2008:6).

Por otra parte y como bien lo expresa la guía, para que realmente tenga el impacto que se busca, se debe realizar promoción de salud en general, donde se eduque y capacite no solo al personal de la salud, sino también a los profesionales de la educación, a los comunicadores y agentes comunitarios en general y por medio de dicha promoción se logren visualizar aquellos mitos de las conductas suicidas que no habilitan a la concientización del problema.

Tales mitos son por ejemplo “*el que dice que se va a matar no lo hace*”, de hecho aquella persona que ha realizado un IAE o suicidio consumado, lo ha manifestado verbalmente, o “*los que intentan el suicidio no desean morir, solo es un llamado de atención*”, esto es falso ya que no se tiene en cuenta, que los mecanismos de adaptación han fallado y no encuentran alternativas adecuadas (GPDFRCS, 2008:9:10).

Por otra parte, no solo la visualización de la problemática del suicidio es necesaria para mitigar dicho fenómeno, sino que se considera de suma importancia, que aquella persona que atraviesa un IAE, tenga una rápida intervención por parte del personal de la salud, sea contenido en una red de cuidado, de trabajo interdisciplinario y se le realice el seguimiento que corresponde<sup>19</sup>.

Cabe mencionar, para que ello suceda, debe tener un fácil acceso a la consulta como a las redes de contención presentes en los territorios.

Es por esta razón, que se cree relevante, la intervención de los Equipos Comunitarios de Salud Mental (ECSM). Los mismos hacen referencia al modelo de organización del trabajo asistencial y de gestión de recursos humanos e implican un cambio en la metodología de asistencia. Constituidos por un equipo multidisciplinario (psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, auxiliares de enfermería, administrativos y equipos de rehabilitación psicosocial) centrado en la

---

<sup>19</sup> El Plan Nacional de Salud Mental establece: que aquella persona que se presenta en un prestador de salud con IAE, debe ser atendida dentro de las 24 hs. y tomada la consulta por el Comité de Recepción, quien no deberá superar los 30 días para que el usuario pueda realizar su atención y seguimiento.

comunidad, con énfasis en el trabajo en red, se transforman en una nueva estrategia de abordaje del suicidio y el diagnóstico temprano de enfermedades mentales (Romano et al, 2007:140).

Si bien, dichos equipos se expandieron en los servicios públicos del MSP en 1996, lo hicieron de forma heterogénea, no encontrándose hoy en todos los servicios que presta ASSE.

Esto es importante a destacar, ya que su impronta de enclave en la comunidad, con relación a un área geográfica determinada, y en conocimiento de que un número importante de las consultas de atención en salud en el primer nivel, se relacionan a situaciones de sufrimiento psíquico, vinculado a la enfermedad, trastornos psicológicos y conflictivos existenciales, le permite desarrollar estrategias terapéuticas integrales para personas con trastornos mentales que requieren la concurrencia de disciplinas y espacios diversos; evocando la necesidad de romper con el estigma que aún tienen las personas con enfermedades mentales.

Por tanto, su carácter comunitario le permite conocer el trabajo de las diferentes instituciones presentes en la zona de influencia, coordinar recursos humanos, materiales, con el fin de aumentar su eficacia, generando procesos participativos de diagnóstico de situaciones y necesidades, como también la planificación de actividades de atención, educación y promoción de salud (Romano et al, 2007:138:142).

Es en el año 2009, que se conforma la Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio y se comienza a diseñar el primer Plan Nacional de Prevención del Suicidio 2011-2015. La misma estaba presidida por un delegado de los diferentes ministerios: Ministerio de Salud Pública, Ministerio del Interior, Ministerio de Educación y Cultura, una asesor legal del MSP, sumándose en el año 2010 el Ministerio de Desarrollo Social (Plan Nacional de Prevención del Suicidio 2011:14).

Por otra parte, en el año 2011, que se crea el Departamento de Programación Estratégica en Salud (DEP) orientado a que los programas en salud sean verdaderas herramientas de transformación sanitaria, quedando bajo dependencia del MSP. Siendo a través de dicho departamento, que se implementaran las prestaciones en salud mental en el SNIS, constituyéndose la salud mental un derecho humano fundamental, por lo que todas aquellas prestaciones psicosociales y psicoterapéuticas deberán estar al alcance de todos los ciudadanos (Plan de Prestaciones en Salud Mental 2011:3:5).

Dentro de dichas prestaciones y haciendo referencia a lo que en este documento se indaga, se ubican aquellas de carácter grupal, individual o familiar dirigidas a personas que hayan sufrido la muerte inesperada de algún familiar por suicidio, o aquellas que tengan algún familiar o vínculo cercano, que haya realizado un IAE en el último año (Plan de Prestaciones en Salud Mental 2011:10).

Ello es de suma importancia ya que el tratamiento de las enfermedades mentales como la depresión, el alcoholismo y en menor grado la esquizofrenia, según la OMS, ha demostrado mayor eficacia en la prevención del suicidio, constituyéndose la identificación temprana de los mismos y su manejo adecuado, como una respuesta necesaria por parte del personal de la salud, para contribuir a la disminución de dicho fenómeno (Plan Nacional de Prevención del Suicidio, 2011:19).

Por otra parte, es en este año, que se comienza a implementar el Plan Nacional de Prevención del suicidio 2011-2015, a través del cual, el Ministerio de Salud, se propone entre otras medidas, priorizar la salud mental de la población uruguaya y disminuir la muerte por suicidio en un 10% para el período 2011-2020 (Plan Nacional de Prevención del Suicidio 2011:4).

La estrategia de dicho Plan, es dar continuidad a las acciones que ya se vienen implementando desde el Estado, la sociedad civil y las ONG que abordan la problemática y para ello se requiere de una estrategia que busca ser integral, incluyendo un trabajo interinstitucional, interministerial e inter-programático (Plan Nacional de Prevención del Suicidio 2011:18).

Por otra parte, el presente Plan, abarca a toda la población del país, con acciones específicas para aquella población considerada de riesgo (Plan Nacional de Prevención del Suicidio 2011:18)

El mismo, cuenta de cinco ejes que se aplicarán de forma correlativa durante los años 2011-2015: el primero, hace referencia a la organización de la atención integral en salud, cuyos objetivos están orientados hacia el diseño de un manual para la organización de la atención de los IAE en una red de cuidados, de trabajo interdisciplinario que abarque a personas y su núcleo familiar, definiendo rutas de acción. Asimismo, se propone ampliar la cobertura de las prestaciones de salud mental a las personas con IAE incluyendo el grupo familiar. De hecho, para alcanzar dichos objetivos, se implementará la elaboración de un decreto que regule la obligatoriedad de la atención de los usuarios con IAE y la elaboración del registro y comunicación

de dichos episodios, con su debido seguimiento dentro del SNIS (Plan Nacional de Prevención del Suicidio 2011:19:20).

El segundo eje, propone la intersectorialidad y el trabajo en red, cuyo objetivo es fortalecer e impulsar el trabajo en redes sociales de carácter intersectorial e interinstitucional, que acompañen el abordaje integral de la problemática del suicidio. Para la cual, se desarrollarán diversas actividades como ser: la identificación de los recursos y estrategias comunitarias para el abordaje de esta problemática a nivel comunitario, constituir la primera red nacional de prevención del suicidio, identificando referentes locales y la elaboración de una guía de recursos comunitarios para la prevención del suicidio por regiones del país (Plan Nacional de Prevención del Suicidio 2011:21).

El tercer eje, por su parte, hace referencia a la sensibilización de la comunidad y educación a la población en promoción de salud mental y prevención del suicidio, teniendo como objetivo promover la consulta oportuna y la no estigmatización de los trastornos mentales. Asimismo impulsar la incorporación de programas de promoción y prevención en salud mental en el ámbito educativo, policías y adultos mayores. Para ello, se pretende 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, así como la asesoría en la capacitación en el conocimiento de factores de riesgo y señales de alarma en dichos agentes anteriormente mencionados (Plan Nacional de Prevención del Suicidio 2011:22:23).

El eje número cuatro, propone, la formación y orientación de recursos humanos para el abordaje de la prevención de suicidios, atención de los IAE y sobrevivientes (Plan Nacional de Prevención del Suicidio 2011:23).

Cabe recordar, que tristemente, un 66% de las personas que se suicidan habían sido atendidas por un médico en el mes antes de su muerte y más de un 83% habían tenido contacto con un médico de atención primaria dentro del año de su muerte. Si bien no todos expresaron sus intenciones suicidas o el médico pudo identificarla, el personal de la salud tiene una posición privilegiada para identificar y reducir riesgos suicidas pero para ello debe estar formado (Plan Nacional de Prevención del Suicidio 2011:24).

Por último y no menos importante, el quinto eje, hace referencia al desarrollo e implementación del Sistema Nacional de información en IAE y suicidios (FRO-IAE), cuyo objetivo es mejorar la información en IAE, instalando un Sistema Nacional de Registro Obligatorio para monitoreo y vigilancia, que proporcione datos sobre la efectividad de las estrategias de prevención del suicidio implementadas (Plan Nacional de Prevención del Suicidio 2011:26).

En relación a ello, la ficha deberá ser llena por el profesional que brinde asistencia en primer instancia a la persona con IAE, identificándose en ella el método utilizado para el IAE, si tiene intentos previos, problemas mentales, y si está en tratamiento, como a su vez, otros factores que intervienen en la conducta suicida, como ser: uso problemático de drogas, alcohol, muerte de algún familiar, pérdida de empleo, vivienda, divorcio o problemas económicos (Instructivo de la Ficha de Registro Obligatorio de Intento de Autoeliminación 2012:4).

Ahora bien, el objetivo del presente documento es conocer de qué forma y en qué medida la Red de Atención del Primer Nivel de ASSE en el departamento de Maldonado, desarrolla y ejecuta las diferentes políticas de Promoción y Prevención del Suicidio a nivel de la comunidad y en coordinación con las instituciones presentes en el territorio.

Cabe la pregunta, ¿Cuenta el Ministerio de Salud y ASSE respectivamente con los recursos humanos necesario para implementación del Plan Nacional de Prevención del Suicidio? ¿Qué lugar se le da a la comunidad en la implementación de dicho plan? ¿Existe la visualización del suicidio como problema social que impacta duramente en la comunidad y en la salud mental de la población, por parte del personal de la salud?

La respuesta a estas preguntas serán clave para la oportuna comprensión del suicidio como fenómeno que nos interpela a todos como sociedad y como bien cita Durkheim, no importa que tantas leyes se impongan desde el Estado, si el suicidio se sigue viendo como un acto inofensivo por parte de la población en general, *“lo que nos indigna es la ley y no el acto que se castiga”* (Durkheim, 1995:416).

#### **IV. Políticas Públicas de Promoción y Prevención del Suicidio: su (In) correcta ejecución en el Primer Nivel de Atención de la Red de Policlínicas de ASSE, en el departamento de Maldonado**

En el presente capítulo se pretende mostrar los resultados obtenidos en cuanto a las causas del suicidio en el departamento, la ejecución de políticas de promoción y prevención del suicidio en el primer nivel de atención de la red de policlínicas de ASSE y los impactos que ello tiene en la prevención y disminución del suicidio en el departamento.

Se cree necesario mencionar la fuerte resistencia y obstaculización, por parte de actores relevantes de la salud, dentro de la red de policlínicas de asistencia primaria de ASSE, (Dirección) como de técnicos, (más precisamente psiquiatras), para la realización de la presente indagación. Asimismo, mencionar que se solicitó ante la Secretaría de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública en Montevideo los datos estadísticos de suicidios consumados para el departamento, los cuales no fueron facilitados.

Por otra parte, destacar la positiva predisposición y coordinación del personal de la salud, de la policlínica Doctor Héctor Barrios, para la realización de la presente indagación.

##### **IV. 1. Causas del Suicidio en el Departamento de Maldonado**

Como se expresó en este documento, el suicidio como hecho social, tiene su naturaleza propia y esta es eminentemente social producto de la desintegración y fragmentación que presentan nuestras sociedades modernas. Aun así, sus desencadenantes pueden ser múltiples, encontrando entre ellos, depresión, trastornos mentales severos como esquizofrenia, conflictos familiares y de relacionamiento, pérdida de trabajo, consumo problemático de sustancias y aquellos relacionados con el ambiente.

Las causas que se relevaron para el departamento fueron expresadas mediante entrevistas a informantes calificados: personal de la salud y referentes del MSP en el departamento.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> Ver Anexo Metodológico, página 56

Entre ellas se ubican aquellas que hacen referencia a problemas relacionados con la adolescencia, la baja tolerancia a la frustración, el relacionamiento conflictivo con su entorno más cercano: la familia, la pareja.

“(…) hay un montón de otros factores que atraviesan y eso es lo complejo. El consumo de sustancias, el sentirse adolescente frágil y desvalido, los conflictos vinculares afectivos y no poder manejar situaciones, el rompimiento de pareja, el no manejar el duelo, que no necesariamente es patología, es crisis” (Psicóloga. Policlínica Doctor Héctor Barrios).

Asimismo, también se pueden observar aquellas de carácter económico, pérdida o dificultad de inserción en el mercado laboral, deserción del sistema educativo en los jóvenes que conlleva la pérdida de espacios de socialización y aquellas vinculadas a la composición de la familia, familias disfuncionales, compuestas con vínculos conflictivos. Y por último las que se identifican con componentes migratorios y trastornos mentales como depresión y esquizofrenia.

“(…) Pila de veces por el trabajo, se ha visto gente que se ahoga porque no tiene trabajo y que no tiene salida. En Piriápolis pasa eso, o sea suicidios en adultos jóvenes, como que sienten que no tienen lugar donde incorporarse en acá Piriápolis, se tiene que ir” (Enfermera de puerta de emergencia. Policlínica Dr. Héctor Barrios).

“hay gente que viene de Artigas con mucha esperanza que en la temporada va a hacer platales (...) ahí esa familia se fragmentó, esa persona se vino sola sin conocer a nadie (...) se viene con trabajo y al poco tiempo queda sin trabajo y termina en un asentamiento” (Referente de la Comisión Departamental de Prevención del Suicidio).

“También esta lo individual (...) si empezó a cursar una enfermedad ya sea física porque también el dolor, porque hay determinadas enfermedades que te llevan, se ve el aumento de estas conductas, enfermedades deformantes, o aquellas psiquiátricas, la depresión, esquizofrenia, trastornos de consumo de sustancias, de alcohol.” (Psiquiatra de la red de policlínicas de ASSE)

En referencia a las franjas etarias donde tiene mayor incidencia el suicidio en el departamento, los datos obtenidos se consideran escasos para hacer una correlación directa en cuanto: edad-suicidio. De igual forma, se puede sostener que la mayor contribución a los IAE se ubica entre los adultos jóvenes.

Asimismo, se pudo relevar que el método más utilizado en el IAE, en las mujeres, es la ingesta de psicofármacos, mientras que en los varones el método es más violento, sofocación, utilización de armas de fuego y arma blanca.

“(…) a veces con pastillas en la mujer y el hombre cuando ya lo intenta es con cosas más, más, de arma de fuego, arma blanca” (Médico puerta de emergencia Policlínica Dr. Héctor Barrios)

En suma, el suicidio es un fenómeno complejo cuyos desencadenantes son múltiples, dejando al descubierto la violencia a la que está sometido el individuo y su incapacidad de respuesta frente a las adversidades de un mundo complejo, donde el aislamiento en todas sus facetas, familiar, de pareja, entornos socializadores como el trabajo o la educación, hace su mella, invalidando la realización como seres completos.

#### **IV. 2. (IN) Visualización del Suicidio por el personal de la salud en el Primer Nivel de Atención**

Uno de los grandes desafíos que adquirió la salud con el devenir de las décadas, es dar respuesta y afrontar el fenómeno social del suicidio. Paradójicamente frente a tal desafío, nos encontramos con diferentes obstáculos que recaen en responsabilidades de las autoridades y personal de la salud en los distintos niveles de la escala jerárquica.

Existe una gran ignorancia sobre la problemática y una fuerte estigmatización de quien vive estos procesos. No se puede dar respuesta a aquello que no se visualiza como problema y como tal me lleva a interpelar los diferentes niveles discursivos, las responsabilidades en ausencias de acciones que dejan al descubierto la cruda realidad de precarización de la salud mental en el departamento.

##### **¿Cómo sabes si es psiquiátrico si no lo abordas? ¿Por qué tiene un intento de suicidio es psiquiátrico?**

“Seguro está dentro de la patología psiquiátrica, si es un infarto está dentro de una patología cardíaca. Porque rechazo pacientes psiquiátricos, con depresión, angustia, intento de autoeliminación, me cuesta atenderlos” (Médico puerta de emergencia. Policlínica Dr. Héctor Barrios).

“(…) para mí es algo interno de la persona, que te puede dar cierto indicio pero creo que hay mucho genético, de neurotransmisores, cerebral porque por algo hay familias enteras y que vos preguntas, se suicidio el abuelo, la abuela” (Directora de la Policlínica Dr. Héctor Barrios).

Cabe mencionar, que en la red de atención primaria de policlínicas de ASSE está en funcionamiento un ESM a quien le corresponde la capacitación, coordinación de recursos y planificación de actividades, dirigidas a su personal de salud, para romper con estos mitos y estigmas que hace rehén a la salud mental de la población.

Desde la dirección de la RAP se hizo saber que el personal ha sido capacitado en el reconocimiento de factores de riesgo y señales de alarma para abordar potenciales conductas suicidas, sosteniendo que todos los años hay una capacitación.

Ahora bien, ¿Como se explica que el personal de la salud de la policlínica Dr. Héctor Barrios no haya tenido una capacitación sobre la identificación de factores de riesgo, con la salvedad, de que solo su directora ha concurrido a instancias de capacitación y concurre a las reuniones mensuales con tal equipo? Ello pone de manifiesto la resistencia y el “manto” simbólico que implica hablar de suicidio y lo que ello conlleva, dejar al descubierto responsabilidades que en mayor o menor medida, se traducen en el fracaso de la real ejecución de políticas públicas de prevención del suicidio.

“(…) no se han hecho capacitaciones, tal vez hacer ponele, enfocarnos en el 2017 y hacer dos capacitaciones en ese año y que sí o sí fueran algunos funcionarios de acá (...) Nosotros acá no hemos recibido, yo hace seis años que estoy acá y no recuerdo de haber ido a ninguna de IAE y no he escuchado que haya habido o sea que estaría bueno, ahora que hay un equipo de salud mental” (Nurse. Policlínica Dr. Héctor Barrios).

Por otra parte, la red de policlínicas de atención primaria de ASSE en el departamento, no incluye las policlínicas dentro de los Hospitales (Maldonado y San Carlos), correspondiendo a esta red de atención aquellas ubicadas en Piriápolis, Pan de Azúcar, Aigua y José Ignacio.

La pregunta que corresponde hacer es ¿Qué pasa con las policlínicas: Barrio Sur, Rodríguez Barrios que están presentes en el territorio de la localidad de San Carlos y no se encuentran en la órbita del hospital? Teniendo presente que la mayor contribución del suicidio está en esta localidad.

Ahora bien, la estigmatización y el destrato sobre los pacientes con trastornos mentales y personas que hayan realizado un IAE, no solo ocurre en el ámbito de salud pública, también sucede en los prestadores de salud privados, lo que pone de manifiesto una emergencia sanitaria en el abordaje la problemática y una deshumanización frente al problema.

“Si, mira en las móviles es un fastidio enfrentar estos casos, ellos lo levantan, te la llevan y te las tiran, sin una vía, sin nada” (Enfermera. Policlínica Dr. Héctor Barrios).

En relación a ello, es al MSP que corresponde controlar y evaluar que las políticas públicas de prevención de suicidio se ejecuten e implementen correctamente en los prestadores de salud público-privado.

En suma, desde el nivel discursivo del Ministerio de Salud, se ha hecho hincapié en la prioridad de la salud mental del departamento y se ha puesto en funcionamiento la Comisión Departamental de Prevención del Suicidio, pero sigue manteniendo aislado al personal de la

salud, en cuanto a los datos estadísticos del suicidio a nivel departamental, obstaculizando de tal forma, la posibilidad de magnificar el impacto real que tiene el fenómeno en el departamento. Impidiendo quebrar con la naturalización del mismo en el personal de la salud.

“No tengo el número, sé que estamos por encima de la media nacional, que somos el segundo departamento en el ranking, es terrible, somos el segundo departamento primero esta Montevideo y luego esta Maldonado” (Directora de la RAP de Maldonado).

#### **IV. 3. Plan Nacional de Prevención del Suicidio. Implementación en el Primer Nivel de Atención**

El Plan Nacional de Prevención del suicidio está en ejecución a nivel nacional desde el año 2011, la realidad que vive el departamento de Maldonado en cuanto a su implementación es crítica.

El mismo se implementa de forma aislada, con articulación escasa de recursos, no fomentando un enfoque multisectorial e interinstitucional integrador que habilite a los diferentes actores sociales (prestadores de salud, sociedad civil, medios de comunicación) a la visualización de la problemática del suicidio en el departamento.

Tal es así, que dentro de la red de policlínicas de atención primaria de la salud de ASSE, no se cuenta hoy con una organización en cuanto a la atención de los IAE en una red de cuidados y trabajo interdisciplinario. Cada técnico aborda los mismos de forma aislada, no contando con un mapa de ruta, en muchos casos no respetándose los tiempos de internación y seguimiento del IAE, no siendo admitidos por un Comité de Recepción (No está en funcionamiento), debiendo esperar a ser atendidos bajo el criterio del técnico presente en dicha policlínica.

“En realidad no he visto coordinación de un mapa de ruta por ejemplo. Si pasa esto, vamos a hacer esto (...) Yo creo que eso tendrían que elaborarlo porque hay un equipo de salud mental” (Directora de la Policlínica Dr. Héctor Barrios).

##### **¿Por un período de cuánto tiempo se le hace seguimiento?**

“Y depende, puede ser de verlo en la semana tres veces, un mes y después ya les vas diciendo que saquen hora y depende de la evolución del paciente (...) O sea, hay un tiempo que él tiene que venir, tampoco yo que sepa no hay un tiempo establecido” (Psiquiatra de la RAP).

Por otra parte, si se cumple con la obligatoriedad de la atención de los usuarios con IAE siendo vistos siempre por un psiquiatra quien valora el riesgo y decide su internación.

En cuanto al FRO-IAE, no se está implementando de forma sistemática, encontrando varias irregularidades.

### **¿Quién llena el formulario de registro obligatorio? ¿Te ha tocado llenarlo?**

“No, lo derivamos nosotros a Maldonado y más nada” (Médico puerta de emergencia Policlínica Dr. Héctor Barrios).

“Pero en la emergencia no se notifica, no se llena la hoja (...) pero eso se sabe, hay una subnotificación. Yo creo que esto va a llevar años” (Psiquiatra de la RAP).

En cuanto a la línea de 24hs de captación y contención de posibles conductas suicidas no está funcionando en el departamento.

En lo que refiere al trabajo y abordaje interinstitucional e intersectorial no se está desarrollando en su forma más adecuada, quedando ciertas prestaciones sujetas a relaciones de poder de actores sociales de gran relevancia. Observando una lógica institucional de fragmentación, cuyos canales de comunicación no habilitan al usuario del servicio a estar en conocimiento de dichas prestaciones hasta que atraviesa una situación extrema.

En referencia a ello, desde la dirección del RAP se afirmó que se está trabajando en la promoción de salud mental en la comunidad a través de varios dispositivos en diferentes niveles (Primaria y Secundaria). Asimismo, en lo que refiere a la extensión de las prestaciones de IAE para la familia, se afirmó que se están realizando abordajes grupales, que consisten en dispositivos de cuatro meses, donde se aborda el duelo, en aquellas familias que atravesaron la pérdida de algún familiar por suicidio.

La dificultad aquí radica en que la Comisión Departamental de Prevención de Suicidio del Ministerio de Salud, no está en conocimiento de la ejecución de dichos dispositivos, aun conformando dicha comisión un referente de salud de la red de policlínicas de primer nivel de asistencia.

Para finalizar y no menos importante se pudo relevar que no existe una guía de recursos comunitaria para la promoción de salud mental y prevención del suicidio en el departamento y ello es debido a que las instancias con la comunidad en cuanto a la sensibilización y concientización del fenómeno del suicidio es escasa si no nula.

En suma, se pudo relevar grandes dificultades en la ejecución del plan nacional de prevención de suicidio a nivel de la RAP y de los prestadores privados de salud, que dejan al descubierto la falta de capacitación que posee el personal de la salud para abordar la problemática y realizar una real prevención del suicidio, quedando sumergida la salud mental de la población, entre lógicas personalistas de actores relevantes de la salud.

## **Consideraciones finales; Construyendo Salud**

En presencia de los resultados obtenidos sobre el impacto que tiene el fenómeno social del suicidio en la sociedad uruguaya, con tasas que continúan en ascenso, con daños inmensurables en el plano familiar, social y en el desarrollo del potencial humano, debe interpelarnos como sociedad sobre cuál es el mínimo de bienestar requerido para que se utilicen los recursos con los que se disponen y se tomen medidas reales que afronten la problemática.

Desde el gobierno, plantear un modelo de desarrollo a largo plazo que habilite a la realización plena y con dignidad de sus ciudadanos, intentando romper con la precariedad instalada en la cotidianidad de las personas, haciendo repensar el modelo de desarrollo social que posee la sociedad uruguaya.

A nivel estatal y de los diferentes actores e instituciones que intervienen en la prestación de servicios de salud se debe romper con la lógica de la acción individualista que fragmenta y no habilita a operacionalizar los recursos humanos y materiales presentes en las instituciones y en el territorio en pos del bienestar común no olvidando que la salud mental es un derecho que tienen todos los ciudadanos del país.

Se debe dar prioridad a la salud mental y para ello se requiere compromiso y responsabilidad con el aporte que cada técnico hace desde su institución de salud, llevando su actividad fuera de las paredes asistenciales, hospitalarias, con canales de comunicación que fortalezcan el abordaje grupal de la problemática social del suicidio y habilite la participación efectiva de la comunidad.

Es en este sentido, que las autoridades, actores e instituciones deben empezar a trabajar, realizando un verdadero trabajo intersectorial e interinstitucional que logre superar las dificultades de desorganización y descoordinación de recursos, en cuyas acciones solo hay un excluido: el usuario.

Es imperante que comencemos a hablar del suicidio, quitar ese manto simbólico y desmitificar el miedo a hablar del mismo, solo así se podrá romper con la naturalización instalada en la sociedad que inhabilita a tomar acciones.

En suma, en función de lo expresado, es posible argumentar, la falta de liderazgo a nivel institucional para la efectiva aplicación de políticas públicas de promoción y prevención del suicidio en el departamento, llevando a plantear, cuáles serían los puntos ideales o acciones a fortalecer para que ello suceda.

### **Acciones a fortalecer**

Frente a la necesidad imperante de reducir y mitigar el impacto del fenómeno social del suicidio en el departamento, quizás debamos empezar por preguntarnos como se construye ese otro, el discurso del suicidio y en función de él comenzar a tomar medidas efectivas.

En primer instancia y de forma paralela a los recursos con los que se cuenta, reconocer la fortaleza que tiene el departamento, de contar con una Comisión Departamental de Prevención del Suicidio y en función de ello articular, coordinar y trabajar en conjunto para que sea ella la que lidere el abordaje del fenómeno a nivel departamental.

En segunda instancia, visualizar el suicidio como problema social y no solo de salud pública, lo cual requiere que las instituciones de salud, comiencen a fomentar la instalación de ECSM en sus policlínicas, que habiliten a un abordaje interdisciplinario, fortaleciendo el trabajo en redes y haciendo un verdadero ejercicio de promoción y prevención del fenómeno en la comunidad.

Por último, promover dispositivos colectivos que generen concientización pública de la emergencia sanitaria que atraviesa el departamento y logre dar autonomía a la sociedad civil para que imponga una pena moral sancionadora del acto del suicidio.

## Bibliografía

- Alonso, L. E; (1995), Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En: Métodos y técnicas cualitativas investigación en Ciencias Sociales. Editorial Síntesis. Madrid. (pág. 225,226)
- Arraigada, I; (2007), Familias y políticas públicas en América Latina. Una historia de desencuentros. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile.
- Benia, W; Macri, M; Berthier, R. (2008), Atención primaria en salud. Vigencia y renovación en Benia, W; Reyes, I. (comp.); (2008). Temas de salud pública, Montevideo: FEFMUR
- Bleger, J; (1964), La entrevista Psicológica. Su empleo en el diagnóstico y la investigación. Ficha editada por el Departamento de Psicología, Universidad de Bs. As. Facultad de Filosofía y Letras.
- Castel, R; (2004), La inseguridad social ¿Qué es estar protegido? Manantial. Buenos Aires.
- Castel, R; (1997), La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica de salariado”. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Castel, R; (1998), La lógica de la exclusión”, en “Todos entran. Propuestas para sociedades incluyentes. Unicef-Editorial Santulona. Bogotá, Colombia.
- Castel, R; (2010), El ascenso de las incertidumbres. Trabajo, protecciones, estatuto del individuo. FCE.
- Durkheim, E; (1995), El suicidio. Madrid: Ediciones Akal.
- Filgueira, C; (1996,) Sobre revoluciones ocultas. La familia en Uruguay. CEPAL, Montevideo.

- Foucault, M; (1979), Microfísica del Poder. Julia Varela y Fernando Alvarez-Uría. Edissa.
- González, V; (2012), Suicidio y precariedad en el Uruguay. En Uruguay. Inseguridad, Delito y Estado. Paternain, Rafael; Rico, Alvaro. (Coordinadores). (pp.230-242) Trilce.
- González, V; (2014), Suicidio y precariedad vital en Montevideo. En busca de una vida digna de ser vivida. 2002-2010.Tesis presentada para optar al título de Magíster en Psicología Social. Facultad de Psicología. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
- Méndez, Ponzo, J; y Rodríguez, (2008), Promoción de la Salud en Benia, W; Reyes, I. (comp.); (2008). Temas de salud pública, Montevideo: FEFMUR
- Migdalia, C; Antía F; (2007), La Izquierda en el gobierno: ¿cambio o continuidad en las políticas de bienestar social?” en Revista Uruguaya de Ciencia Política N° 16, pp. 131-157
- Robertt, P; (1998), El suicidio en el Uruguay un análisis histórico. Informe de investigación N°- 23, Dpto. de Sociología, FCS.
- Romano, S; Novoa, G; Gopar, M; Cocco, A; (2007), El trabajo en equipo: Una mirada desde la experiencia en Equipos Comunitarios de Salud Mental. Revista de psiquiatría del Uruguay: 2007; 71 (2):135-152.
- Scotti, A; (2005), Políticas en suicidio. Avances y retrocesos en el Uruguay del SXXI. Monografía de grado. Licenciatura en Sociología, Montevideo, FCS.
- Valles, M; (1999), Técnicas Cualitativas de Investigación Social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Editorial Síntesis, Madrid.

## Fuentes documentales

- Ministerio de Salud Pública, Plan Nacional de Salud Mental (1986).
- Ministerio de Salud Pública, Sistema Nacional Integrado de Salud (2007)
- Ministerio de Salud Pública, Plan Nacional de Prevención del Suicidio 2011 – 2015.
- Ministerio de Salud Pública, Decreto N° 378/004 Comisión Honoraria de Prevención de Suicidio.
- Ministerio de Salud Pública, Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud (2011)
- Ministerio de Salud Pública, Instructivo de Ficha de Registro Obligatorio de Intento de Autoeliminación (IAE) (2012)
- OMS, Ginebra (2000) Prevención del Suicidio. Un Instrumento para Trabajadores de Atención Primaria de Salud. Trastornos mentales y Cerebrales. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías.
- OMS, Prevención de Suicidio un Imperativo Global (2014)
- OMS. Cerrar la brecha en Salud Mental. 2010. Disponible en:  
[http://www.who.int/dg/speeches/2010/mhGap\\_forum\\_20101007/es/](http://www.who.int/dg/speeches/2010/mhGap_forum_20101007/es/)
- OMS, Nota descriptiva, abril 2016. Disponible en:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fst398/es/>

## ANEXOS

### Cuadro A

**Cuadro N° 1**  
**Comparación internacional de tasas de suicidio**  
**Cada 100 mil habitantes según Países.**

| Tasas bajas (menos de 10 Suicidios cada 100.000 habitantes)                                                                     | Tasas medias (10-19 suicidios cada 100.000 habitantes)                                                                                           | Tasas altas (20-50 suicidios cada 100.000 habitantes)                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| México<br>Italia<br>Irlanda del Norte<br>Grecia<br>Brasil<br>Noruega<br>España<br>Países Bajos<br>Escocia<br>Venezuela<br>India | Inglaterra<br>Australia<br>Bélgica<br>Cuba<br>Estados Unidos<br>Bulgaria<br><u>Uruguay</u><br>Francia<br>Polonia<br>El salvador<br>Nueva Zelanda | Hungria<br>Dinamarca<br>Checoslovaquia<br>Australia<br>Japón<br>Suecia<br>Finlandia<br>Alemania<br>Suiza |

Fuente: Robertt. P. (1990-1992)

**Cuadro N° 2**  
**Comparación Latinoamericana de tasas de suicidio**  
**Cada 100 mil habitantes (OMS 1990-1992)**

| Tasas Altas<br>(9 y más suicidios por 100 mil habitantes)                            | Tasas Medias<br>(5 a 8 suicidios por 100mil habitantes) | Tasas Bajas<br>(0 a 4 suicidios cada 100.000 habitantes)                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cuba<br><b>Uruguay</b><br>El Salvador<br>Puerto Rico<br>Trinidad y Tobago<br>Surinam | Argentina<br>Costa Rica<br>Chile                        | Bolivia<br>Brasil<br>Colombia<br>Ecuador<br>Guatemala<br>Jamaica<br>México<br>Panamá<br>Paraguay |

Fuente: Robertt P. Resumen

## **Cuadro B**

| <b>Tabla N° 3</b>                                                                |                         |                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------|
| <b>Tasas de Suicidio y Porcentaje de Subregistro en Países de América Latina</b> |                         |                                          |
| <b>PAISES</b>                                                                    | <b>% de subregistro</b> | <b>Suicidios cada 100.000 habitantes</b> |
| Barbados                                                                         | 1.2                     | 4.7                                      |
| Trinidad y Tobago                                                                | 3.0                     | 8.6                                      |
| Puerto Rico                                                                      | 3.1                     | 7.7                                      |
| Uruguay                                                                          | 3.9                     | 8.5                                      |
| Costa Rica                                                                       | 5.0                     | 5.0                                      |
| Suriname                                                                         | 6.2                     | 21.6                                     |
| Jamaica                                                                          | 7.1                     | 0.2                                      |
| Argentina                                                                        | 9.3                     | 7.5                                      |
| Guyana                                                                           | 12.1                    | 1.4                                      |
| Chile                                                                            | 12.5                    | 5.5                                      |
| Martinica                                                                        | 14.5                    | 4.0                                      |
| Guatemala                                                                        | 14.9                    | 0.5                                      |
| Paraguay                                                                         | 15.2                    | 2.5                                      |
| México                                                                           | 18.3                    | 2.1                                      |
| Venezuela                                                                        | 18.5                    | 4.1                                      |
| Panamá                                                                           | 23.1                    | 3.8                                      |
| Brasil                                                                           | 27.2                    | 3.1                                      |
| Ecuador                                                                          | 32.0                    | 3.9                                      |
| Colombia                                                                         | 35.5                    | 3.8                                      |
| Rep. Dominicana                                                                  | 40.3                    | 2.1                                      |
| El Salvador                                                                      | 40.8                    | 11.9                                     |
| Perú                                                                             | 52.8                    | 0.5                                      |

Fuente: Organización Mundial de la Salud (1990-1992)

## Anexo Metodológico

La presente investigación intenta aproximarse a abordar un fenómeno que presenta ardua resistencia en nuestra sociedad. Es por ello, que toma como eje central, los discursos de cada informante calificado que nos habilite, de tal forma, acercarnos a la realidad social del fenómeno del suicidio, desde el punto de vista del sujeto involucrado en la temática. Presentando, por tanto, un enfoque de base cualitativo.

Para ello, se desarrollaron las siguientes técnicas:

- Revisión bibliográfica-documental: artículos, investigaciones, datos estadísticos, publicaciones; que permitan visualizar las diferentes posturas de actores sociales de relevancia (salud, políticos, a nivel académico), sobre el objeto de estudio, con el devenir de las décadas y nos aproxime a comprender su situación actual.
- Entrevista; en sus dos modalidades (profundidad y abierta).

La entrevista, en sus modalidades complementarias, nos permite *“extraer información de quienes consideramos las personas claves por su calidad de actor esencial del proceso que desarrollaremos en la investigación puesto que (...) la información ha sido experimentada y absorbida por el entrevistado y será proporcionada con una orientación e interpretación significativa de la experiencia del entrevistado”* (Alonso, 1995).

Por otra parte, la entrevista en profundidad nos permite *“conocer las opiniones de los actores, cómo piensan, cómo sienten y cómo actúan desde su subjetividad, por tanto el registro es el que permitirá plasmar la técnica comprendida”*. (Bleger, 1994)

En referencia a ello, la entrevista también nos permite a nivel de campo, mantener cierta flexibilidad en los discursos de los informantes calificados, articulando aquellas preguntas de carácter más personal por la función que ocupa en tal institución, de forma tal, que se genere un ambiente relativamente ameno, para la formulación de las mismas. Teniendo presente siempre la estructura de nuestra pauta de preguntas.

## ENTREVISTAS REALIZADAS

| <b>Entrevistas</b> | <b>Institución</b>               | <b>Profesión</b>         | <b>Cargo</b>                                |
|--------------------|----------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------|
| 1.                 | (RAP)                            | Psicóloga                | Psicóloga                                   |
| 2.                 | (RAP)                            | Médico, Medicina General | Médico, Puerta de Emergencia                |
| 3.                 | (RAP)                            | Endocrinóloga            | Directora de Policlínica                    |
| 4.                 | (RAP)                            | Pediatra                 | Directora de la RAP                         |
| 5.                 | (RAP)                            | Psiquiatra               | Psiquiatra                                  |
| 6.                 | Hospital Psiquiátrico San Carlos | Psiquiatra               | Jefe de Psiquiatría/ Psiquiatra             |
| 7.                 | (RAP)                            | Enfermera                | Enfermera, Puerta de Emergencia             |
| 8.                 | (RAP)                            | Administrativa           | Administrativa                              |
| 9.                 | (RAP)                            | Nurse                    | Nurse                                       |
| 10.                | MSP                              | Licenciada en Enfermería | Referente de Comisión Departamental de P.S. |