



GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD

3 de marzo de 2021

Hon. Rubén Soto Rivera
Presidente
Comisión de Salud
Senado de Puerto Rico
El Capitolio
Apartado 9023431
San Juan, Puerto Rico 00902-3431

MEMORIAL EXPLICATIVO SOBRE EL PROYECTO DEL SENADO 169

Estimado senador Soto Rivera:

A tenor con el requerimiento de la Comisión de Salud del Senado de Puerto Rico, sometemos ante vuestra consideración y estudio la posición y recomendaciones del Departamento de Salud sobre el Proyecto del Senado 169 (P. del S. 169). La medida de referencia propone “crear el Registro de Personas con Depresión Mayor adscrito al Departamento de Salud; establecer la obligación de los médicos y facilidades de salud de informar los casos de Depresión Mayor al Registro; imponer penalidades; y para otros fines relacionados.”

Luego de evaluar la presente medida y consultar la misma con los expertos de la Comisión para la Prevención del Suicidio (CPS) del Departamento de Salud, expresamos lo siguiente:

La “Exposición de Motivos” del P. de S. 169, inicia aseverando que, “*se ha registrado un alza en los casos de suicidio en Puerto Rico en los últimos años*”. Es importante aclarar que dicha afirmación resulta estadísticamente incorrecta, y así lo evidencia el informe “Estadísticas Preliminares de Casos de Suicidio en Puerto Rico (enero 2019) presentado como referencia en la misma “Exposición de Motivos”, así como el “Informe Anual de Suicidios en Puerto Rico correspondiente al año 2020”, que acompañamos con este Memorial Explicativo para beneficio de esta Comisión. Las estadísticas más actualizadas de mortalidad por suicidio en Puerto Rico evidencia una tendencia a la disminución en la frecuencia y tasa de mortalidad por suicidios en la Isla, desde el año 2016 al año 2020. Al comparar la cantidad de suicidios reportados desde el año 2000 hasta el año 2020, el año con la frecuencia más alta de suicidios ha sido el año 2009, con un total de 356 suicidios reportados, mientras que el año con la menor cantidad de suicidios reportados ha sido el año 2020 con 167 suicidios certificados por el Instituto de Ciencias Forenses. En el 2009, la tasa de suicidios fue de 16.9 por cada 100,000 hombres (1 de 77 hombres) y 1.6 en mujeres (1 de 777 mujeres). Cabe resaltar que el riesgo de suicidio en

hombres es 5.9 veces mayor que el riesgo de suicidio en mujeres. En general, el 63.0% de todos los suicidios ocurren antes de los 60 años. Entre los hombres, el 60.5% de todos los suicidios ocurren antes de esta edad y el 76.7% en las mujeres.

Para observar la mencionada tendencia a la disminución, a continuación desglosamos la totalidad de suicidios reportados anualmente en los últimos seis (6) años en Puerto Rico, según los datos provistos por el Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico hasta el 7 de enero de 2021, e integrados en el “Informe Anual de Suicidios en Puerto Rico 2020”¹:

- 2015: total de 250
- 2016: total de 211
- 2017: total de 260
- 2018: total de 243
- 2019: total de 177
- 2020: total de 167



En cuanto a los datos disponibles en Puerto Rico que permiten explorar el vínculo entre suicidio y depresión, hacemos referencia al análisis de datos y documentación de las circunstancias de suicidios del “Sistema de Vigilancia de Muertes Violentas en Puerto Rico” para el 2017. En éste, el 31.2% de los casos de suicidios presentaban un historial de intentos de suicidio antes del incidente fatal y en el 28.6% había historial de pensamientos, planes o intentos suicidas. En Puerto Rico, la frecuencia de suicidios es mucho menor que la de homicidios. Sin embargo, al igual que en los homicidios, los suicidios son más frecuentes en hombres (233; 84.4%) que en mujeres (43; 15.6%), pero una mayor proporción de mujeres tenían un historial de intentos de suicidio, historial de pensamientos suicidas o revelaron estos intentos o pensamientos suicidas a otra persona. En términos de las circunstancias relacionadas con la salud mental en los suicidios ocurridos en el 2017, la circunstancia más frecuentemente reportada fue la percepción de que la víctima sufría de una depresión al momento de la lesión fatal (n=175, 63.4%). Un 39.9% de las víctimas de suicidio habían sido identificadas con un problema actual de salud mental. Es importante destacar que la percepción de un familiar no debe tomarse como un diagnóstico *bona fide* que realizaría un profesional de salud mental basándose no tan sólo en los criterios diagnósticos, sino en una entrevista clínica, pero sí da una información valiosa sobre la apreciación de quienes conocían a la persona.

En términos de los diagnósticos más frecuentes entre las muertes por suicidio, se reportaron la depresión o distimia (síntomas depresivos crónicos) (61.8%), esquizofrenia (17.3%) y trastorno bipolar (9.1%) (Datos no mostrados). Por su parte, en cuanto a la variable de educación, de

¹ Coss-Guzmán, M.I., Román-Vázquez, N.I. (2021). Informe Anual de Suicidios en Puerto Rico 2020. Comisión para la Implantación de la Política Pública en Prevención de Suicidio, Departamento de Salud. Publicado en: <http://www.salud.gov.pr/Estadisticas-Registros-y-Publicaciones/Estadisticas%20Suicidio/2020/Informe%20Anual%20Suicidios%20en%20Puerto%20Rico%20-%202020.pdf>

manera similar a las víctimas de homicidios, la mayoría de las personas muertas por suicidio (76.1%) no obtuvieron una educación mayor a la escuela secundaria. Un 42.8% no completó la escuela secundaria y un 33.3% logró graduarse de secundaria u obtener un GED.

El mecanismo principal en las muertes por suicidio en Puerto Rico es la asfixia (69.1% en hombres y 60.5% en mujeres). El segundo mecanismo más frecuente en hombres son las armas de fuego (13.7%) y en mujeres, saltar al vacío (14.0%). El uso de armas de fuego en mujeres es menos frecuente (7.0%), mientras, el envenenamiento es el tercer mecanismo más frecuente en hombres (6.4%) y mujeres (9.3%).

Ciertamente, el diagnóstico de depresión mayor es considerado un factor de riesgo del suicidio, pero esto está íntimamente ligado a una multiplicidad de factores que afectan la salud física y emocional del ser humano. Los datos mencionados resaltan cómo factores sociales y educativos juegan un papel importante a la hora de caracterizar el suicidio en Puerto Rico. El suicidio no debe reducirse a un diagnóstico psiquiátrico porque éstos son sólo una posible parte de cómo explicar este tipo de muerte violenta. El poder asumir una perspectiva salubrista ante el suicidio permite tomar en cuenta la complejidad del suicidio y que, en conjunto, las circunstancias sociales, económicas, culturales y biológicas de un ser humano inciden en las decisiones que toma en su vida y las alternativas que tiene a la mano para arreglárselas con las adversidades.



Por tal razón, los sistemas de vigilancia de muertes por suicidio y de comportamiento suicida son componentes necesarios para un enfoque informado y responsable a nivel de salud pública, tanto para el trabajo de prevención, como para reconocer la complejidad de los temas abordados. Es importante tener datos precisos y confiables para monitorear el alcance del problema y evaluar el efecto de los esfuerzos de prevención. Estos datos, también son necesarios para la planificación e implementación de los esfuerzos de prevención, y es importante que se reúnan de manera continua y sistemática². Recordemos que actualmente, se considera que el suicidio es la suma de comportamientos complejos que se mueven a lo largo de un *continuum*, que va desde la ideación (i.e., ideas de muerte, indicadores de desesperanza y desesperación, deseos de muerte) pasando por el intento (i.e., amenazas, gestos) hasta concluir en el acto consumado (muerte por suicidio).

Veamos, como ejemplo, la Estrategia Nacional de los Estados Unidos³ para la prevención de suicidios. Esta propone utilizar el enfoque salubrista para la implementación de estrategias de prevención de los suicidios (OSG, 2012). El enfoque salubrista reconoce que las estrategias de prevención deben considerar los múltiples niveles de influencia en la vida de un ser humano,

² Stone, D.M., Holland, K.M., Bartholow, B., Crosby, A.E., Davis, S., and Wilkins, N. (2017). Preventing Suicide: A Technical Package of Policies, Programs, and Practices. Atlanta, GA: Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

³ National strategy for suicide prevention: goals and objectives for action (2012). US Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General, Washington, DC. Retrieved from US Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General.

además de los factores personales los cuales incluyen los factores relacionados a la familia, relaciones personales, la comunidad y la sociedad (⁴Krug, Dahlberg & Mercy, 2002).

Vale la pena mencionar que el suicidio y los intentos de suicidio no se consideran una categoría psicopatológica, no figuran como diagnóstico en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, por sus siglas en inglés) y tampoco constituyen una mera reacción a estrés o a situaciones de malestar. Es un acto complejo, fundamentado en una multiplicidad de factores biológicos, sociales y psíquicos. Las causas del suicidio son multifactoriales y deben examinarse individualmente en el contexto de cada caso en particular.

Por lo que, es prudente plantear, que no todo el mundo que está deprimido se suicida, ni todo el que se suicida cumple con los criterios diagnósticos de una depresión. El énfasis debe estar puesto en identificar los síntomas de depresión para poder referir a la persona a un profesional de salud mental con las competencias profesionales y éticas para realizar una evaluación clínica, ofrecer un diagnóstico, de aplicar, y determinar un plan de tratamiento acorde a la singularidad de cada caso.



Siguiendo esa línea de establecer la importancia de poder ser atendido por un profesional de salud mental, resaltamos el estudio epidemiológico (2017) del Instituto de Investigación de Ciencias de la Conducta del Recinto de Ciencias Médicas (RCM) de la Universidad de Puerto Rico (UPR) donde se evidenció que de 165,497 personas con condiciones de salud mental serias⁵, el 36.1% no había recibido servicios especializados durante el último año. Este dato pone en evidencia que en Puerto Rico hay miles de personas sufriendo emocional y psicológicamente sin tener la ayuda profesional que necesitan. De allí la importancia de, más allá de llevar un Registro, el poder integrar instrumentos de cernimiento que permitan identificar sintomatología depresiva y posible riesgo suicida en las salas de emergencia, clínicas de salud primaria y facilidades de salud. Ese sería el primer paso para identificar a quienes están padeciendo cuadros clínicos que pudieran impactar su funcionalidad, sus relaciones interpersonales y su deseo de vivir. A partir de esto es que se puede referir a una persona a servicios de salud mental.

Al momento, en Puerto Rico, aquellos hospitales que solicitan una renovación del licenciamiento para operar deben someter cada dos (2) años la “Declaración de Información Estadística de Hospitales a la Secretaría Auxiliar de Planificación y Desarrollo del Departamento de Salud”, en la cual se incluye, el documentar la cantidad de personas atendidas en dichas instituciones con,

⁴ Krug, E., Dahlberg, L., & Mercy, J. (2002). World report on violence and health. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1

⁵ El estudio define una enfermedad mental seria como un desorden de conducta, emocional o mental de suficiente duración como para cumplir con los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Sociedad Americana de Psiquiatría y que resulta en un impedimento sustancial que interfiere con, o limita, el funcionamiento de una persona en su familia, trabajo, relaciones o comunidad.

ideación suicida, intento suicida y diagnósticos de salud mental. Lamentablemente, a pesar de ser una fuente de información valiosa para conocer la naturaleza de los casos atendidos en las facilidades de salud en nuestro País, dichas instituciones no siempre cumplen con enviar la “Declaración” de manera consistente y con los datos requeridos. Esto vendría siendo un área importante para fortalecer.



Ahora bien, en lo que compete al P. del S. 169, este no especifica qué tipo de información se recopilará o requerirá que se reporte por los profesionales de la salud, pero explican que “El Registro de Personas con Depresión Mayor proporcionará los datos indispensables para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuado de los pacientes.”, por lo que es difícil poder evaluar la información que solicitaría y su posible análisis para futuros estudios o investigaciones, mientras que se garantice la protección a la privacidad del paciente. Para realizar dicho análisis habría que hacer explícito, cuáles serían concretamente esos datos indispensables, qué los hace indispensables y qué nos ofrecerían esos datos distintos a las fuentes de información que tenemos a la mano. Además, considerar si haciendo algún cambio, como robustecer la recolección de datos actuales o implementar un estudio epidemiológico periódico, podemos atender el objetivo subyacente del proyecto. No queda claro qué Secretaría o programa del Departamento de Salud asumiría el trabajo y el costo de llevar ese Registro, entre otras preguntas que surgen al revisar la medida.

Por otro lado, existen sistemas de vigilancia a nivel federal, estatal y local. Es importante evaluar la disponibilidad de datos de vigilancia y de sistemas de datos en todos estos niveles para identificar y abordar las brechas que haya en estos sistemas. El Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (NVSS, por sus siglas en inglés) ⁶de los “*Centers for Disease Control and Prevention*” (CDC, por sus siglas en inglés) y el Sistema Nacional de Notificación de Muertes Violentas (NVDRS)⁷, son ejemplos de sistemas de vigilancia que proporcionan datos sobre una multiplicidad de variables presentes en las muertes por suicidio y homicidio. El NVSS es un sistema de vigilancia en todo los Estados Unidos, que recoge datos demográficos, geográficos y sobre las causas de muerte que aparecen en los certificados de defunción. El NVDRS, es un sistema de vigilancia a nivel estatal (actualmente en 40 estados, el Distrito de Columbia y Puerto Rico) que combina los datos de los certificados de defunción, informes policiales e informes de funcionarios o médicos forenses a fin de proveer información detallada sobre las circunstancias de las muertes violentas, incluido el suicidio.

⁶ Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. National Vital Statistics System. <https://www.cdc.gov/nchs/nvss/deaths.htm>.

⁷ Centers for Disease Control and Prevention. National Violent Death Reporting System. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2017. Available online: <https://www.cdc.gov/injury/wisqars/nvdrs.html>.

El Sistema de Vigilancia de Muertes Violentas en Puerto Rico (PRVDRS⁸), liderado por el Instituto de Estadísticas de Puerto Rico, y en el que la CPS participa en su Comité Asesor, es un ejemplo vivo de cómo los datos deben ser el instrumento base para guiar una implementación de política pública efectiva y contextualizada a las realidades culturales, económicas y de salud de Puerto Rico. Los datos del PRVDRS contienen información de las circunstancias de muertes que, en el caso de los suicidios, incluye datos sobre la salud mental del individuo y otros factores que podrían precipitar una autolesión fatal.

El P. del S. 169 trae más preguntas que respuestas. Dicho proyecto de ley no ofrece información sobre la operacionalización del “Registro”, en cuanto a qué información se estaría recopilando, cómo se protegería la confidencialidad de la información personal recopilada de los/as pacientes y con qué propósitos específicos se utilizaría dicha información. Todo esto son elementos imprescindibles para evaluar el alcance y posible pertinencia de la medida.

Además, la medida adolece de una asignación de fondos suficientes y recurrentes para la implementación de la propuesta ley por parte del Departamento de Salud.



En consideración con lo antes expuesto, el Departamento de Salud y la Comisión para la Prevención del Suicidio (CPS) no favorecen el Proyecto del Senado 169, tal y como ha sido redactado. Por tal razón, se ofrece a continuación algunas recomendaciones, para consideración de esta Honorable Comisión, en aras de repensar este proyecto de ley o sus posibles enmiendas, de ser aprobado:

1. Si el objetivo es crear un sistema de vigilancia de comportamiento suicida en personas diagnosticadas con depresión mayor, dichas medidas pueden ser acogidas mediante la creación de órdenes administrativas implementadas por el Departamento de Salud que contemplen establecer sanciones y multas desde la Secretaría Auxiliar para Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud, en aquellas facilidades de salud que no cumplan con someter la Declaración de Información Estadística en el tiempo estipulado por Ley o que fallen en incluir datos sobre los casos atendidos que involucren ideación suicida, intento suicida y pacientes con diagnósticos de salud mental. Esta medida es necesaria para asegurar el cumplimiento de la política pública. Dichas multas podrían ser dirigidas a suplementar el financiamiento de proyectos educativos de la CPS.
2. Ante la necesidad de monitorear el cumplimiento de los hospitales y otras facilidades de salud en el reporte de intentos suicidas atendidos sería importante que se considere aprobar una Orden Administrativa por parte del Secretario del Departamento de Salud y la Secretaría Auxiliar para Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud

⁸ Zavala-Zegarra D., Bezares-Salinas M., Santiago-Torres, M., Carrasquillo-Sánchez G., Martínez-Sánchez T. (2020). Muertes Violentas en Puerto Rico, 2017. Instituto de Estadísticas de Puerto Rico., San Juan, PR. Encontrado en: <https://estadisticas.pr/en/media/3385>

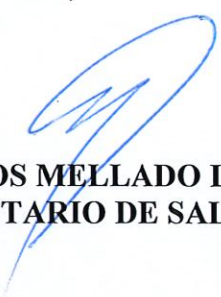
(SARAFS) que solicite un informe de dichos casos atendidos una vez al año, en lugar de depender exclusivamente de la Declaración de Información Estadística.

- 
3. Integrar en el protocolo de salas de emergencias, instrumentos y/o cuestionarios con preguntas que identifiquen riesgo suicida o sintomatología depresiva para identificar casos de alto riesgo y así atender y referirlos adecuadamente (i.e., Patient Health Questionnaire-9 y/o Columbia Suicide Rating Scale). De esta manera se toman acciones concretas y responsables para encaminar a personas con la necesidad de servicios de salud mental hacia los proveedores de dichos servicios.
 4. Solicitarle al Instituto de Ciencias Forenses integrar la variable de historial de salud mental (i.e., incluyendo diagnósticos de salud mental y servicios de salud facturados a aseguradoras) en los expedientes de casos certificados como muertes por suicidio. Así, podemos identificar en Puerto Rico en qué medida un diagnóstico de salud mental, como la depresión, en efecto está presente o no en el historial de salud de la persona fallecida, o en su historial familiar.
 5. Considerar evaluar las especificaciones de la cantidad de sesiones de psicoterapia autorizadas por los principales planes médicos en Puerto Rico, ya que como establece este proyecto, *“Por ley los planes de salud tienen que proveer cubiertas para establecer las necesidades de prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación en salud mental (Ley Núm. 408 de 2 de octubre de 2000, Ley de Salud Mental de Puerto Rico)”*. Además, explorar obtener de las aseguradoras los datos - que ya ellos recopilan - sobre servicios de salud mental facturados, así como los diagnósticos de salud mental otorgados, debido a que un profesional de salud sólo puede facturar un servicio de salud mental, por ejemplo, atender a una persona deprimida, si media un diagnóstico. Esto pudiera incluso ser problemático porque una persona con sintomatología depresiva, que también se beneficiaría de los servicios de un profesional de salud mental, pero quien en ese momento no necesariamente cumple con los criterios diagnósticos, sólo podrá utilizar su cubierta médica si en efecto le otorga el diagnóstico.
 6. Especificar cuáles son los profesionales de la salud con las competencias y responsabilidad en el diagnóstico, tratamiento y evaluación de cuadros clínicos de salud mental, como lo es la depresión. Dejar la puerta abierta a “profesionales de medicina” podría suscitar un incremento en casos diagnosticados por profesionales no capacitados.

Por todo lo antes expresado el Departamento de Salud endosa el Proyecto del Senado 169, siempre y cuando se atiendan las recomendaciones esbozadas en el presente Memorial Explicativo y se asignen fondos suficientes y recurrentes para implementar el mismo.

Agradecemos la oportunidad brindada por esta Honorable Comisión para exponer nuestra posición en torno a la medida de referencia.

Cordialmente,



CARLOS MELLADO LÓPEZ, MD
SECRETARIO DE SALUD