



GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD

5 de abril de 2021

Hon. Lisie J. Burgos Muñiz
Presidenta
Comisión de Bienestar Social,
Personas con Discapacidad y Adultos Mayores
Cámara de Representantes de Puerto Rico
P.O. Box 9022228
San Juan PR 00902-2228

MEMORIAL EXPLICATIVO AL PROYECTO DE LA CÁMARA NÚM. 306

Estimada presidenta Burgos Muñiz:

A tenor con el requerimiento de la Comisión de Bienestar Social, Personas con Discapacidad y Adultos Mayores de la Cámara de Representantes de Puerto Rico sometemos ante vuestra consideración y estudio la posición y recomendaciones del Departamento de Salud sobre el Proyecto de la Cámara Núm. 306 (P. de la C. 306). La medida de referencia tiene como propósito “crear el Programa para el Monitoreo, Evaluación, Investigación, Educación y Asesoramiento en Prevención de Suicidio” y derogar la Ley Núm. 227-1999, según enmendada.”

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 la C. 306, inicia aseverando que, “El promedio anual de muertes por suicidio es de trescientas once (311) personas”, utilizando como referencia las “Estadísticas preliminares de casos de suicidios en Puerto Rico, de enero a marzo de 2016”. Es importante aclarar que los datos utilizados en esta medida sobre las estadísticas de mortalidad por suicidios no están debidamente actualizados, lo que podría conducir a error a la Honorable Comisión, así como dificultar un análisis responsable, amplio y completo de la realidad del suicidio en Puerto Rico.

La CPS publica, mensualmente, en el portal electrónico del Departamento de Salud un Informe Mensual de Suicidios en Puerto Rico. El último informe publicado es el correspondiente a las muertes reportadas por el Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico con datos preliminares

hasta el 11 de febrero de 2021¹. Para beneficio de esta Honorable Comisión, acompañamos con este Memorial Explicativo el “Informe Anual de Suicidios en Puerto Rico correspondiente al año 2020”, así como el “Informe Mensual de Suicidios en Puerto Rico de enero 2021” (Ver Anejos).

Las estadísticas más actualizadas de mortalidad por suicidio en Puerto Rico evidencian una tendencia a la disminución en la frecuencia, así como la 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 de Puerto Rico. 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, aquí 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 2020²:

- 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 2017³. En éste,

¹ Coss-Guzmán, M.I., Román-Vázquez, N.I. (2021). Informe Mensual de Suicidios en Puerto Rico - Enero 2021. 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/2021/Enero%202021.pdf>

² 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>

³ 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>

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 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 completaron la escuela secundaria y un 33.3% lograron 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%).

Por su parte, el estudio Consulta Juvenil (2020)⁴, evidenció que aproximadamente una quinta parte de los adolescentes en Puerto Rico (19.0%) informó ideación suicida alguna vez en la vida y un 7.6% reportó haberla tenido en el año anterior a la encuesta (n=8,603). Además, este estudio reflejó que el trastorno clínico más frecuentemente encontrado entre los adolescentes fue problemas depresivos (21.9%), es decir, que tienen un problema serio, por lo que, posiblemente, necesitan atención profesional por su estado de depresión. El trastorno de problemas de ansiedad (6.8%) fue el segundo clasificado en el rango clínico con mayor prevalencia.

Ciertamente, el diagnóstico de depresión mayor es considerado un factor de riesgo del suicidio, pero esto es dentro de una multiplicidad de factores que afectan la salud física y emocional del

⁴ Moscoso Álvarez, M.R., Colón Jordán, H.M., Reyes Pulliza, J.C., Rodríguez Figueroa, L. (2020). El uso de sustancias en los escolares puertorriqueños: Análisis por Áreas de Servicio de Prevención, Consulta Juvenil 2018-2020. Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción, Bayamón, Puerto Rico. Encontrado en: <http://www.assmca.pr.gov/BibliotecaVirtual/Consultas/Consulta%20Juvenil%20X-2018-2020.pdf>

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 de este 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 sistemática⁵. 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 Unidos⁶ para la prevención de suicidios 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, además de los factores personales los cuales incluyen los factores relacionados a la familia, relaciones personales, la comunidad y la sociedad (⁷Krug, Dahlberg & Mercy, 2002).

Acorde con la Estrategia Nacional de los Estados Unidos para la prevención del suicidio y el Plan Nacional para la Prevención del Suicidio en Puerto Rico, informamos a esta Honorable Comisión sobre las acciones y estrategias implementadas por la Comisión para la Prevención del Suicidio, en los últimos años 2017-2021, los cuales no están incluidos en la “Exposición de Motivos” del P. de la C. 306. Para organizar la información presentada, estaremos desplegando

⁵ 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.

⁶ 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.

⁷ 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

cómo la CPS ha implementado la política pública en prevención del suicidio, desde los mismos términos utilizados en el P. de la C. 306, a saber: “Monitorear, Evaluar, Supervisar, Investigar, Educar y Asesorar”:

Monitoreo y sistema de vigilancia:

- Colaboración en el envío de datos por parte del Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico, la Línea PAS de la Administración de Servicios de Salud y Contra la Adicción (ASSMCA), el Centro de Control de Envenenamiento de Puerto Rico (*Poison Help*) y en el año 2019 el Cuerpo de Emergencias Médicas. Dicha colaboración mensual le ha permitido a la CPS desarrollar y publicar Informes Mensuales y Anuales de Suicidios en Puerto Rico, ininterrumpidamente, desde el año 2014 hasta el presente.
- Instituto de Estadísticas de Puerto Rico
 - La CPS es miembro del Comité Asesor del Sistema de Vigilancia de Muertes Violentas en Puerto Rico
- Informes Semestrales de Labores Realizadas por los Equipos de Respuesta Rápida En Situaciones de Suicidio (ERRSS) recibidos como parte de la implementación del Protocolo Uniforme para la Prevención del Suicidio de todas las entidades que reciben fondos del Gobierno de Puerto Rico y a través de los cuales la CPS monitorea el comportamiento suicida en Puerto Rico. (Véase página 89 de la “Guía para el Desarrollo de un Protocolo Uniforme para la Prevención del Suicidio”)⁸.

Evaluación y Supervisión:

- Para poder evaluar y supervisar hace falta el personal, pero sobre todo, el estar en una posición como para que se le reconozca autoridad a la Comisión en la ejecución de ese tipo de trabajo.
- Al momento, la CPS evalúa los Protocolos de Prevención de Suicidio de las entidades mencionadas en la Ley 76-2010. A continuación, la referencia:

La Ley Núm. 76 del 16 de julio del año 2010, enmendó la Ley Núm. 227 de 12 de agosto de 1999, según enmendada, para establecer que se requiera la implantación de: “un Protocolo Uniforme para la Prevención del Suicidio en todas las agencias, corporaciones públicas, municipios, instrumentalidades del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, escuelas públicas y privadas, centros de servicios a personas de edad avanzada y cualquier otra entidad u

⁸ Comisión para la Prevención del Suicidio (2015). Guía para el desarrollo de un Protocolo Uniforme para la Prevención del Suicidio. Departamento de Salud de Puerto Rico. Documento publicado en: <http://www.salud.gov.pr/Dept-de-Salud/Documents/PROTOCOLO.pdf>

organización que reciba fondos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico; y para fortalecer los esfuerzos de prevención e intervención dirigidos al manejo de personas en riesgo de cometer suicidio, y disponer que la Comisión para la Implantación de la Política Pública en Prevención del Suicidio del Departamento de Salud, proveerá asistencia para la elaboración de los mismos; y para otros fines”.

Sensibilización, Educación y Capacitación:

Desde el 2015 hasta el presente, la CPS ha mantenido un acuerdo colaborativo con la Oficina de Ética Gubernamental (OEG), a través del cual se han capacitado miles de empleados gubernamentales que han tomado el taller titulado “Respuesta Rápida ante Situaciones de Comportamiento Suicida”, taller que los recursos de CPS ofrecen semanalmente. Actualmente, este taller está incluido en el calendario académico de la OEG y se ofrece de forma virtual a través de la plataforma Zoom cada dos semanas.

Asimismo, desde el año 2015 hasta el presente, la CPS ha mantenido un acuerdo colaborativo con la División Central de Educación Continua del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, quienes aprueban y someten los talleres ofrecidos por la CPS a las Juntas Examinadoras de distintos profesionales de la salud para aprobación de créditos de educación continua.

Igualmente, desde el año 2019 hasta el presente, la CPS colabora en el Comité para la Prevención Primaria de la Violencia Sexual (COPPAS) – Junta multisectorial a cargo de redactar el Plan para la Prevención Primaria de la Violencia Sexual en Puerto Rico, específicamente, ofreciendo asesoría a través de Sub-Comité de Capacitación de dicho organismo.

Subcomité de capacitación

Desde el año 2019 hasta el presente, la CPS se ha beneficiado, por primera vez desde la aprobación de la Ley Núm. 227, supra, de fondos federales a través del *Cooperative Agreement for Emergency Response: Public Health Crisis Program*, proyecto desde el cual se han capacitado un total de **7,700** personas (profesionales de la salud, líderes comunitarios, comunidades de base de fe) sobre cómo identificar, manejar y referir situaciones de riesgo suicida en desastres a través del taller titulado “Prevención de suicidio en situaciones de desastre”. Dentro de este proyecto se ha constituido una “Red de Voluntarios en Prevención de Suicidio en Puerto Rico” integrada por personas que han sido capacitadas por la CPS y que provienen de diversos trasfondos y ocupaciones, unidas por un objetivo en común de salvar vidas en su comunidad.

- Colaboraciones (i.e., Instituto de Estadísticas)
- Proyectos encaminados

Logros alcanzados durante el año 2020
Comisión para la Prevención del Suicidio (fondos estatales)

Actividades educativas ofrecidas	Personas Impactadas
Talleres: ✓ Respuesta rápida ante situación suicida en llamadas telefónicas ✓ Respuesta rápida ante situaciones de comportamiento suicida ✓ Taller de autocuidado ✓ Respuesta rápida ante situaciones de comportamiento suicida dirigido a personal escolar ✓ Charla: Manejo de emociones en época navideña ✓ Charla: Autocuidado en época navideña	2,236
Charla Microsoft TEAMS: ✓ Resiliencia en tiempos de pandemia. ✓ El cuidado de sí en tiempos de incertidumbre (Facebook live)	230
Charla en Facebook: ✓ El cuidado de sí en tiempos de incertidumbre ✓ Charla ofrecida en colaboración con el Eco Exploratorio durante el Día Mundial de Prevención de Suicidio.	7,800
Total	10,266

Logros alcanzados durante el 2020 Comisión para la Prevención del Suicidio
Proyecto Federal CoAgK9

Actividades educativas ofrecidas	Nombre del Taller	Personas Impactadas
144	Presencial: ✓ Prevención de suicidio en situaciones de desastre	5,430
10	Virtual: ✓ Prevención de suicidio en situaciones de desastre ✓ Ayudando a mi comunidad después de un desastre: Red de voluntarios para la prevención de suicidio en Puerto Rico ✓ De reportar a concientizar: El rol de los medios de comunicación en la prevención del suicidio	2,270
Total		7,700

Investigación:

- A pesar de las limitaciones presupuestarias, la CPS ha podido integrarse en esfuerzos de investigación sobre comportamiento suicida a través de distintos espacios, como el Comité Asesor del Sistema de Vigilancia de Muertes Violentas en Puerto Rico a cargo del Instituto de Estadísticas de Puerto Rico. En la asesoría a estudiantes subgraduados y graduados en proyectos de investigaciones, tesis o disertación sobre el comportamiento suicida en Puerto Rico.

Al revisar la “Exposición de Motivos” del P. de la C. 306, se observa que se utilizaron los mismos argumentos, prácticamente “*at verbatim*” de la “Exposición de Motivos” con la que se aprobó la Ley Núm. 227 del 12 de agosto de 1999, según enmendada, legislación que, a través de esta medida, se pretende derogar.

Del análisis de dicha medida sólo se identificaron cuatro (4) disposiciones distintas a lo que ya se establece e implementa a través de la Ley Núm. 227, *supra*, estos son:

1. Cambio de una Comisión a un Programa
 - a. El P. de la C. 306 propone cambiar el nombre de la Comisión para la Prevención del Suicidio y sustituirlo con un “Programa para el Monitoreo, Evaluación, Investigación, Educación y Asesoramiento en Prevención de Suicidio”. No vemos una transformación drástica que altere los elementos de lo que ya la Ley Núm. 227, *supra*, establece. Por ejemplo, la medida mantiene el mismo orden organizacional de la Junta Directiva de la CPS e incluso integra el mismo número de agencias y las mismas entidades gubernamentales que actualmente componen la CPS. Como se ha podido explicar en este Memorial, la CPS está llevando a cabo las acciones y estrategias que se proponen con esta medida en cuanto a monitorear, evaluar, investigar, educar y asesorar en política pública sobre prevención de suicidio.
2. Aceptar donaciones
 - a. En el Artículo 3, inciso (d) de esta medida se establece que “El Programa podrá aceptar donativos para realizar actividades de investigación, educativa o de concienciación” (página 9 del P. de la C. 306).
 - b. Este inciso no está contemplado en la Ley Núm. 227, *supra*, lo que **podría atenderse como una enmienda** a dicha ley y así aumentar la posibilidad de recaudos de la CPS, sin solicitar más fondos por parte de las agencias que componen la Junta Directiva de la CPS.
3. Requisitos mínimos para el nombramiento del/la Director/a Ejecutiva de la CPS
 - a. En el Artículo 4, inciso (c) de esta medida se establece que el Director de Programa deberá tener un puesto regular de carrera y cumplir con los siguientes

requisitos: “1) Grado Doctoral de una universidad o colegio acreditado en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico o en cualquier Estado de los Estados Unidos de América con concentración en uno de los siguientes campos: Salud, Psicología, Trabajo Social Clínico, Sociología, Ciencias Sociales o Educación. 2) Por lo menos diez (10) años de experiencia en su campo profesional, dos (2) de estos en funciones de administración de programa y experiencia de investigación por un periodo no menor de dieciocho meses (18) en el área de salud, salud mental, sociología o suicidio.

- b. Por el *expertise* requerido para cumplir efectivamente la ejecución de las funciones y responsabilidades como Director/a de Programa o de la CPS se debe reconocer que el grado académico que se establece en esta medida es de suma importancia. Sin embargo, recomendamos se reconsidere la experiencia en el campo profesional ya que muchos profesionales con grado doctoral pueden tener vasta experiencia en el manejo de comportamiento suicida en sus prácticas clínicas, pero eso no implica que tienen competencias profesionales en la creación e implementación de políticas públicas en el área de prevención de suicidio.
- c. Por tal razón, se recomienda establecer que el Director de Programa o Director Ejecutivo de la CPS deberá poseer un grado doctoral en los campos relacionados a la salud (mencionados en la medida), pero con un mínimo de cinco (5) años de experiencia en el trabajo con política pública en materia de prevención de suicidio y al menos dieciocho meses (18) en funciones de administración de programa.
- d. Cabe resaltar que este requisito de nombramiento por mérito y experiencia profesional del Director/a de Programa o Director/a Ejecutivo/a de la CPS también puede ser considerado como **una enmienda** a la Ley Núm. 227 de 1999.

4. Penalidades

- a. El Artículo 6 de esta medida establece penalidades a través de multas administrativas de hasta cinco mil dólares (\$5,000) por violación a las disposiciones de esta medida.
- b. Recomendamos que esta disposición en cuanto a penalidades por violaciones a la Ley Núm. 227, supra, también puede ser considerado como **una enmienda** a dicha Ley ya aprobada.
- c. No es necesario derogar una Ley y crear otra prácticamente igual para incluir penalidades, aportaciones o aumentar la asignación presupuestaria.

5. Aumento en aportación (de 30,000 a 45,000),
- a. El Artículo 3, inciso (c) aumenta a \$45,000 dólares anuales la aportación que cada entidad gubernamental representada en la Junta Directiva y añade que, "...La Asamblea Legislativa podrá requerir que cada entidad aporte una cuantía mayor en la resolución anual de presupuesto o en cualquier otro proyecto de ley o resolución dirigida a esos efectos".
 - b. Actualmente la cantidad establecida por un acuerdo entre los miembros de la Junta es de \$30,000 dólares anuales.
 - c. Cabe resaltar que la medida no especifica si la Asociación y Federación de Alcaldes están incluidos entre las entidades que deberán aportar esta cantidad anualmente. Actualmente los municipios, representados por la Asociación y Federación de Alcaldes en la Junta Directiva de la CPS, no están incluidos entre las entidades que deberán aportar los \$30,000 anuales.
 - d. A pesar de que la medida no especifica si los municipios deberán aportar al presupuesto del Programa, tampoco describen cómo las aportaciones deben ser depositadas, cuándo y cómo se velará por el debido cumplimiento de dicha aportación.
 - e. Uno de los retos que ha enfrentado la CPS es en el cumplimiento de las aportaciones de las agencias anualmente. Esto tiene por consecuencia que, aunque el presupuesto anual actualmente es de \$330,000 dólares, en pocas ocasiones la CPS ha podido recaudar la totalidad de las aportaciones y en un tiempo razonable previo al cierre del año fiscal. En ocasiones, las agencias han depositado su aportación anual a tan sólo tres o dos meses previos al cierre del año fiscal, lo que dificulta la capacidad de la CPS de establecer un plan de trabajo efectivo por falta de fondos.
 - f. El aumento de las aportaciones anuales podría resultar como un aumento en el presupuesto anual de la CPS o del Programa, sin embargo, la medida no atiende el gran reto de velar por el debido cumplimiento de las agencias de gobierno en el depósito de las aportaciones para comienzos del año fiscal, cada año. Se debe especificar la manera de transferir los fondos y la fecha límite para dicho trámite en esta medida. Recomendamos incluir como **enmienda** a la Ley Núm. 227, supra, que las aportaciones deben ser ingresadas a la cuenta de la CPS durante los primeros tres meses del año fiscal en curso (y posible penalidad de no cumplir con esa aportación en el tiempo estipulado).

- g. Por su parte, la medida no contempla cómo se gestionaría el visto bueno y autorización de un aumento a las aportaciones (que tendrían que ser incluidas en el presupuesto anual de las 10 agencias y posiblemente la Asociación y Federación de Alcaldes, entidades que constituyen la Junta Directiva del “Programa”) ante la Junta de Supervisión Fiscal.
 - h. Destacamos que el aumento de la aportación a de \$30,000 a \$45,000 dólares anuales también pueden ser atendido a través de una **enmienda** a la Ley Núm. 227, supra.
6. Composición de profesionales a constituir la Oficina
- a. Artículo 4, inciso (c) también establece que, “El equipo de trabajo del Programa deberá contar al menos con profesionales dentro de las siguientes áreas: Psicología, Epidemiología, Trabajo Social, Educadores en Salud, Consejeros, Especialistas en Redacción de Propuestas y Estadísticos (pág. 11 del P. de la C. 306).
 - b. Considerando todas las responsabilidades que tiene la Comisión para la Prevención del Suicidio sería idóneo poder contar con un equipo multidisciplinario especializado en prevención de suicidio y con la diversidad de profesionales que se especifica en el P. de la C. 306. Sin embargo, debemos recordar que la propia medida establece un presupuesto anual de alrededor de **\$540,000** donde el sólo el 40% del mismo deberá ser distribuido para contratación por servicios profesionales, para un total para dichos fines de **\$217, 600**. Esto tendría por consecuencia la otorgación de hasta seis contratos por servicios profesionales (a profesionales de la psicología, epidemiología, trabajo social, educador en salud, especialista en redacción de propuestas y estadístico), todos a tiempo parcial, sin excederse de 100 horas al mes; sin contemplar los gastos del personal administrativo.

Más allá de los puntos antes mencionados como aquellos que no se contemplan en la Ley Núm. 227, supra, deseamos destacar que el Artículo 2, el Artículo 3 y Artículo 5 de esta medida establecen las mismas disposiciones, prácticas, plan de acción e implementación de la política pública que ya se contempla en la Ley Núm. 227, supra, y se implementan a través de la Comisión para la Prevención del Suicidio.

Vale 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 esta 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) evidenció que de 165,497 personas con condiciones de salud mental serias⁹, de los cuales el 36.1% no habían 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 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 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.

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

⁹ 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.

Vitales (NVSS, por sus siglas en inglés) ¹⁰de los CDC y el Sistema Nacional de Notificación de Muertes Violentas (NVDRS) ¹¹son 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.

El Sistema de Vigilancia de Muertes Violentas en Puerto Rico (PRVDRS¹²), 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.

Por lo que, nos parece que el P. de la C. 306 propone un cambio de nombre de oficina, más que un cambio en la sustancia de lo que ya se implementa bajo la Ley Núm. 227, supra. Además, la medida propone un aumento en la aportación anual de cada agencia, pero no atiende específicamente los retos enfrentados para recibir dichas aportaciones en el marco actual de crisis fiscal a nivel central y municipal, bajo las medidas de la Junta de Supervisión Fiscal. Todos estos son elementos imprescindibles para evaluar el alcance y posible pertinencia de la medida.

En consideración con lo antes expuesto, el Departamento de Salud y la Comisión para la Prevención del Suicidio (CPS) no favorecen la aprobación del Proyecto de la Cámara 306. No obstante, recomendamos a la Honorable Comisión considerar enmendar la Ley Núm. 227, supra, según esbozado en el presente Memorial Explicativo.

Por todo lo antes expresado el Departamento de Salud no endosa el Proyecto de la Cámara 306.

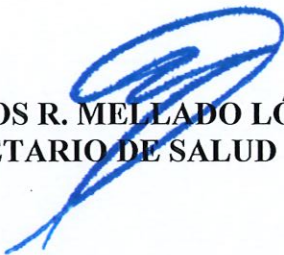
¹⁰ Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. National Vital Statistics System. <https://www.cdc.gov/nchs/nvss/deaths.htm>.

¹¹ 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>.

¹² 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>

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

Cordialmente,



CARLOS R. MELLADO LÓPEZ, MD
SECRETARIO DE SALUD

Anejos