

- Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2001.
9. American Medical Association. *Guías para la evaluación de las deficiencias permanentes*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales. Ministerio de Asuntos Sociales; 1997. p. 297-308.
 10. Boletín Oficial del Estado. Ley 34/2003, de 4 de noviembre, de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados. BOE núm. 265 de 5 de noviembre de 2003. p. 39190-220.
 11. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor. BOE núm. 267 de 5 de noviembre de 2004. p. 36662-95.
 12. Organización Mundial de la Salud. CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: MEDITOR; 1992.
 13. American Psychiatric Association. *DSM-IV: brevariario. Criterios diagnósticos*. Barcelona: Masson; 1995.
 14. Marín Fernández A. Justificación jurídica de un método de valoración para el sufrimiento psiquiátrico postraumático. En: Medina A, Moreno MJ, Lillo R, Guija JA, editores. *Patología psiquiátrica postraumática: valoración psiquiátrica y judicial*. Madrid: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental; 2012. p. 57-97.
 15. Medina A, Moreno MJ, Lillo R, Guija JA. *Patología psiquiátrica postraumática: valoración psiquiátrica y judicial*. Madrid: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental; 2012.
 16. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la discapacidad [consultado 15 Ene 2014]. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/en/index.html
 17. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. BOE núm. 22, de 26 de enero de 2000. p. 3317-410.
 18. Boletín Oficial del Estado. Corrección de errores del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. BOE núm. 62 de 13 de marzo de 2000. p. 10297-304.
- Julio A. Guija^{a,b,*}, Antonio Medina^c, Lucas Giner^b, Carlos Lledó^d, Antonio Marín^e, Juan José Arechederra^f y José Giner^b
- ^a *Instituto de Medicina Legal de Sevilla, Consejería de Justicia e Interior, Junta de Andalucía, Sevilla, España*
^b *Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Sevilla, Sevilla, España*
^c *Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Córdoba, Córdoba, España*
^d *Audiencia Provincial de Sevilla, Sección cuarta, Sevilla, España*
^e *Audiencia Provincial de Cádiz, Sección segunda, Cádiz, España*
^f *Instituto de Investigaciones Neuropsiquiátricas Dr. López Ibor, Madrid, España*
- * Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: julioaguija@gmail.com (J.A. Guija).
- <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.03.002>

Necesidad de mejora en la gestión estadística y proceso de comunicación de los casos de suicidio identificados



The necessity of Improvement Statistical Management and Communication of identified suicides

Sr. Director:

Se han publicado recientemente dos cartas^{1,2} sobre el artículo que elaboramos y se publicó en su revista³, queríamos aclarar una serie de aspectos a los que alude.

Lo primero que queremos expresar es que las discrepancias encontradas no indican que los suicidios diagnosticados en los Institutos de Medicina Legal (IML) sean poco fiables, en ningún caso ponemos esa labor en tela de juicio. Otra cuestión es la gestión de los datos en los distintos IML. Nos consta la profesionalidad de los forenses y entendemos las dificultades médicas para llegar a un diagnóstico, y más en España, donde no se contempla el registro de la muerte como indeterminada. Lo que sí queremos resaltar es que la dificultad de conocer la magnitud del problema del suicidio debería ser la propia del diagnóstico de suicidio, como

indicaba Farmer⁴ y en la que se prima una mayor especificidad a pesar de sacrificar algo de sensibilidad. Resulta que a esa dificultad intrínseca del diagnóstico se añaden problemas burocráticos, de comunicación y gestión.

En ambas cartas^{1,2} se señalan varias opciones, no excluyentes, para explicar esta discrepancia. En primer lugar, indican el periodo de tiempo que transcurre entre la parte inicial del proceso (complejidad documental y de circuito, primeros resultados de la autopsia, la inscripción de la defunción en el registro civil y la formalización del documento estadístico) y la última, con el informe definitivo de autopsia. Hay casos en los que el diagnóstico etiológico no será definitivo hasta que así lo indique el médico forense. Por tanto, entendemos que es fundamental que exista una comunicación bidireccional entre los IML y el Instituto Nacional de Estadística (INE) con idea de que estos casos, e incluso otros en que se haya modificado la etiología de muerte, no queden registrados de forma definitiva y que puedan modificarse a petición del forense. Este proceso no implicaría un retraso en el acceso a los datos ofrecidos por el INE, que los presenta tras un periodo de 2 años⁵. Este error se advierte y asume en la sección de limitaciones, donde se indica «que las cifras mayores por provincia y año sean de casos existentes».

En segundo lugar, se señala que la información del INE sobre mortalidad viene recogida por lugar de residencia del fallecido. A este respecto, debemos advertir que el INE ofrece la opción de obtener las cifras de suicidio por

provincia de defunción (opciones 8.4, 8.5 y 8.6)⁵ y fue la usada para el artículo original. Además de esto, se comenta que el incluir a los no residentes puede alterar la tasa de suicidio calculada. Sin embargo, las tasas de suicidio publicadas por el INE⁵ y por organismos oficiales de países de nuestro entorno, como Reino Unido⁶, así como en estudios epidemiológicos españoles⁷ y extranjeros⁸, incluyen los suicidios de no residentes en el numerador. Esto tiene sentido al querer identificar el problema en un lugar, tal y como ocurre en los accidentes de tráfico.

Por otro lado, el trabajo que reseñan —sobre cambios en la causa de muerte definitiva frente a la indicada inicialmente⁹— viene a confirmar la necesidad de que el boletín estadístico de defunción con intervención judicial sea rellenado por el forense que realiza el informe de la autopsia, tal y como señalábamos como posible solución, ya que es el forense quien tiene «la capacidad y los conocimientos necesarios acerca de todo lo acontecido en la muerte de una persona» y se transmitirían «desde el origen (IML) al INE, a través del Juzgado de instrucción o directamente».

En definitiva, el objeto del artículo era poner de manifiesto que las cifras oficiales del INE infravaloran la cifra real de suicidios y son estas cifras las que se usan habitualmente para comprobar la magnitud del problema. En teoría, el número de suicidios obtenido por el INE debía ser idéntico al de los IML al tratarse en ambos casos de los suicidios ocurridos en una provincia y tras un tiempo razonable para que se comuniquen los casos de forma definitiva. En cada año del periodo estudiado (2006-2010) se observó un mayor número de casos en los datos de los IML frente a los del INE en todos los años (específicamente: 233, 410, 349, 245 y 445 casos). Sin embargo, y al contrario de lo esperado, este mayor número de suicidios de los IML no estaba en todos los casos y en muchas provincias las diferencias eran abultadas. Por tanto, se trató de explicar esa situación e incluir los datos que podían resultar más fiables. Entendemos que la primera explicación, en la que muertes sin informe definitivo eran inscritas, podía explicar algunos casos. No obstante, pensamos que también puede influir en gran medida la gestión de los datos (no de la identificación de los forenses en ningún caso) por parte de los IML, dado que a pesar de haberles solicitado a todos las cifras del periodo estudiado, algunos no pudieron facilitarlas por no disponer de la misma.

Bibliografía

1. Gispert R, Gallo B, Barberia E, Puigdefabregas A, Ribas G, Medallo J. Comentarios sobre las diferencias en el número de muertes por suicidio en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2014;7:208–9.
2. Xifro A, Suelves JM, Martín-Fumado C, Gómez-Durán EL. Suicidios y fuentes médico-forenses en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2015;8:46–7.
3. Giner L, Guija JA. Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2014;7:139–46.
4. Farmer RD. Assessing the epidemiology of suicide and parasuicide. *Br J Psychiatry.* 1988;153:16–20.
5. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte 2012 [página web]. 2015 [consultado 4 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417/a2012/&file=pcaxis>
6. Office for National Statistics. Suicides in the United Kingdom, 2012 Registrations [documento web]. 2014 [consultado 4 feb 2015]. Disponible en: http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171778_351100.pdf
7. Alvaro-Meca A, Kneib T, Gil-Prieto R, Gil de Miguel A. Epidemiology of suicide in Spain, 1981-2008: A spatiotemporal analysis. *Public Health.* 2013;127:380–5.
8. Abell WD, James K, Bridgelal-Nagassar R, Holder-Nevins D, Elde-mire H, Thompson E, et al. The epidemiology of suicide in Jamaica 2002-2010: Rates and patterns. *West Indian Med J.* 2012;61:509–15.
9. Puigdefabregas A, Freitas A, Molina P, Gibert A, Zaragoza S, Ribas G, et al. Estadístiques de mortalitat a Catalunya i l'Estat espanyol. Impacte del canvi de documents i circuits per comunicar les defuncions. *Butlletí Epidemiològic de Catalunya.* 2013;34:1–6.

Lucas Giner^{a,*} y Julio A. Guija^{a,b}

^a *Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Sevilla, Sevilla, España*

^b *Instituto de Medicina Legal de Sevilla, Consejería de Justicia de Andalucía, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Sevilla, Sevilla, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lginer@us.es (L. Giner).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.02.001>