



ORIGINAL

## Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal



Lucas Giner<sup>a,\*</sup> y Julio A. Guija<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

<sup>b</sup> Instituto de Medicina Legal de Sevilla, Consejería de Justicia e Interior, Junta de Andalucía, España

Recibido el 30 de septiembre de 2013; aceptado el 22 de enero de 2014

Disponible en Internet el 22 de marzo de 2014

### PALABRAS CLAVE

Suicidio;  
Epidemiología;  
Prevención

### Resumen

**Fundamento y objetivo:** Para poder prevenir el suicidio es necesario conocer su magnitud. Hay discrepancias entre las cifras de suicidios en estudios realizados con médicos forenses y las obtenidas a través del Instituto Nacional de Estadística (INE). Este trabajo pretende comprobar si los datos del INE coinciden o difieren con los registrados por los organismos encargados de la realización de autopsias médico-legales en España (Institutos de Medicina Legal [IML]).

**Método:** Se solicitó a los directores de IML el número de suicidios en un periodo de 5 años (2006-2010) y se comparó con los ofrecidos por el INE en su sede virtual. Se calcularon las tasas de suicidio según ambas fuentes.

**Resultados:** El número total de suicidios según el INE fue menor al obtenido directamente por los IML en todos los años. Con la cifra de suicidio registrado por provincia y año más alta, ya fuera de los IML o del INE, se obtuvo la cifra de casos de suicidio identificados (NSI) y que por algún motivo no quedaron registrados en una u otra entidad. Las cifras de NSI indicaban una tasa media de suicidios por 100.000 habitantes 0,97 (DE: 0,10) más alta que la que señalaba el INE, con una pérdida media de 443,86 (DE: 46,72) casos registrados cada año. Se discuten los posibles factores que influyen en esta pérdida de casos registrados.

**Conclusiones:** Según los resultados obtenidos, existe una discrepancia entre INE e IML sobre el número de suicidios en España sin que ninguna de las fuentes consultadas pueda considerarse más fiable.

© 2013 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

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

**KEYWORDS**

Suicide;  
Epidemiology;  
Prevention

## Number of suicides in Spain: Differences between data from the Spanish Statistical Office and the Institutes of Legal Medicine

**Abstract**

*Background and objectives:* To be able to prevent suicides, The exact magnitude of suicides must be known in order to prevent them. There is evidence that data provided on the number of suicides by the Spanish Statistical Office (Instituto Nacional de Estadística [INE]) differs from that identified by forensic pathologists. This paper aims to determine whether the INE data are to the same as those recorded by the agencies responsible for conducting autopsies in Spain (IML), and calculate the number of missing cases.

*Method:* IML were requested to provide the number of suicides in a five year period (2006-2010) and this was compared with those offered by INE in its site. A new rate of suicides per 100,000 was obtained and used to calculate the number of suicides in Spain.

*Results:* For every year of the studied period, the number of suicides reported by the INE was lower than that obtained directly from the IML. Using the highest annual suicide rate registered by province and the total, a count was obtained of identified suicides that for some reason had not been recorded in the INE or the IML data. Based on these figures, the mean rate of suicides per 100,000 was 0.97 (SD 0.10) higher than official INE data, which indicates a mean loss of 443.86 (SD 46.72) cases reported each year. Possible factors that may influence the missing recorded cases are discussed.

*Conclusions:* According to the results, there is a discrepancy between INE and IML about the number of suicides in Spain. Neither of the two sources can be considered more reliable than the other

© 2013 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

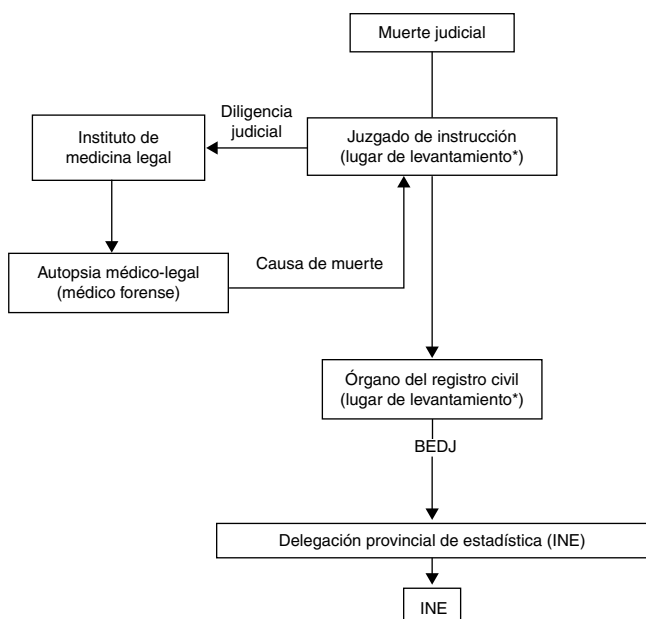
El suicidio representa un problema de salud mundial, y su prevención una prioridad para la Organización Mundial de la Salud<sup>1</sup> y los sistemas de salud nacionales como el español<sup>2</sup>. Según cifras oficiales, el suicidio es la causa de muerte no natural más frecuente en España, por delante de los accidentes de tráfico<sup>3</sup>. La magnitud de la problemática de la conducta suicida es una cuestión que preocupa tanto a los clínicos como a los investigadores<sup>4</sup>. Una de las formas de conocer la importancia del suicidio en un país es a través de las cifras de fallecimientos por esta causa. En España, esta información procede de las cifras oficiales del Instituto Nacional de Estadística (INE) desde 1906<sup>5</sup>, datos que se usan en el reciente estudio que aborda la relación de la crisis económica en España y el número de suicidios<sup>6</sup>. Este primer paso se pone en entredicho por estudios que indican una pobre fiabilidad de los datos oficiales en numerosos países<sup>7</sup>.

Conocer con exactitud el número de intentos de suicidio o de suicidios es una tarea compleja. La incidencia de intentos de suicidio se suele hacer extrapolando los datos de un área y periodo concreto, normalmente los servicios de urgencias. Esta metodología se siguió en un estudio multicéntrico promovido por la Organización Mundial de la Salud que hoy por hoy sigue siendo la referencia fundamental a la hora de valorar las cifras de intentos de suicidio en Europa<sup>8</sup>. No obstante, esta metodología de recogida de casos conlleva implícitamente una infraestimación de los casos reales. Por citar un ejemplo, los intentos de suicidio en los que la persona se arrepiente en un último instante y no han sido vistos por terceros, no suelen acudir a los servicios de urgencias.

En lo que respecta al suicidio, la identificación del número de casos sería más sencilla a priori. Esto es así en países en los que ante toda muerte violenta o sospechosa

de criminalidad debe practicarse una autopsia médico-legal, como es el caso de España. Sin embargo, no ocurre igual en muchos otros países, como los anglosajones, en los que el *coroner* determina, sin necesidad de una autopsia en algunas ocasiones, la causa de la muerte. En España, ante toda muerte violenta o sospechosa de criminalidad se procede al levantamiento del cadáver, que requiere la actuación de la comisión judicial integrada por juez, secretario judicial y médico forense. A este respecto, señalemos que el juez y el secretario judicial se encuentran destinados en el Juzgado de Instrucción del partido judicial en el que haya aparecido el cadáver, mientras el médico forense desarrolla su función en el Instituto de Medicina Legal (IML) de la provincia o de la región en la que se detecta el fallecido (salvo en la Comunidad de Madrid donde el sistema de destinos es similar al de jueces y secretarios judiciales). Tras la realización de la autopsia, el médico forense remitirá un informe de «adelanto de autopsia» en el que se establece la naturaleza de la muerte (natural o violenta) y la etiología médico-legal (suicidio, homicidio o accidental), remitiéndolo al Juzgado de Instrucción que entiende del caso.

De forma independiente y a efectos civiles de inscripción del fallecimiento y de cumplimentación estadística, el Juzgado de Instrucción que ha iniciado la investigación de la causa comunica los datos facilitados por el médico forense al órgano del registro civil (oficinas del Registro Civil [ORC]) del municipio en cuyo término municipal se ha encontrado el cadáver y que normalmente asienta en el Juzgado de Paz o, en su defecto, en el Ayuntamiento. En las cabezas de los partidos judiciales, la ORC suele estar adscrita a uno de los juzgados que constituyen el citado partido. Un funcionario de esta ORC será el encargado de cumplimentar el Boletín Estadístico de Defunción con Intervención Judicial (BEDJ)<sup>9</sup>



**Figura 1** Itinerario que lleva el registro de casos de muerte violenta en España. BEDJ: Boletín Estadístico de Defunción con Intervención Judicial; INE: Instituto Nacional de Estadística. \*Correspondiente al municipio donde se encuentra el cadáver.

y remitirlo a la Delegación Provincial del INE, para su inclusión y elaboración de los datos oficiales sobre el suicidio en España.

En definitiva, observamos que en la actualidad, desde 33 IML (incluimos Madrid, Ceuta y Melilla con las salvedades que posteriormente mencionaremos) se transmite la información a 1.543 Juzgados de Instrucción o mixtos en su caso, desde aquí a las 8.093 ORC, y de ahí, finalmente, al INE (fig. 1). Este último paso se realiza a través del BEDJ reseñado anteriormente y es de especial importancia pues

los resultados que consten en el INE dependen de la debida cumplimentación del mismo. Los datos del apartado 3 del BEDJ, «Causa de la defunción», son esenciales, de tal modo que la falta de información por parte del juzgado impedirá que el INE desarrolle adecuadamente su función. Esta información se encuentra en la documentación del caso (informe de levantamiento del cadáver e informe del médico forense). Sin embargo, no hay un estándar de los datos a remitir a la ORC para su cumplimentación; dado el gran número de juzgados que envían información y su organización, es fácil que esta no llegue de forma completa a su destino (fig. 2).

Por otro lado, las muertes por suicidio no son siempre identificables. Así, se dan casos de suicidio por ahogamiento, de suicidio mediante accidente de tráfico, e incluso casos de muerte por sobreingesta de fármacos o tóxicos difíciles de distinguir de muertes violentas accidentales. Otras muertes de etiología suicida como por ejemplo ahorcadura, armas de fuego o armas blancas pueden resultar en un principio más sencillas de identificar por signos indirectos o directos (por ejemplo, señales de lucha, heridas de tanteo o al realizar el estudio microscópico de la vitalidad de las heridas). De ahí que la determinación de una muerte como suicida es más específica que sensible: no se identifican todos los suicidios que se producen, pero aquellas que son identificadas como suicidios lo son sin lugar a dudas.

A pesar de lo indicado anteriormente, existen trabajos en los que tras haber obtenido el número de muertes por suicidio a través de distintos IML, este no coincide con las cifras oficiales ofrecidas por el INE. A modo de ejemplo, Calvet-Roura et al.<sup>10</sup> presentaron un estudio descriptivo de suicidio consumado en el periodo 2006-2009 en la provincia de Girona, en los que los datos se obtuvieron directamente a través del Servei de Medicina Forense de la provincia de Girona. En dicho trabajo se indicaba que en los 4 años se habían producido 269 muertes por suicidio en la provincia

Según el Poder General del Poder Judicial, en España existen 431 partidos judiciales, lo que equivale a la existencia de 431 ORC (una por partido judicial). Además, encontramos 7.685 Juzgados de Paz que actúan como Registros Civiles Municipales Delegados (ORC en nuestro trabajo). En definitiva, encontramos que la información llega al INE a través de 8.116 Oficinas de Registro Civil, siendo en estos lugares en los que se cumplimenta el Boletín Estadístico de Defunción con Intervención Judicial con la información que le llega desde los 1.546 Juzgados que pueden investigar los casos de muerte violenta o sospechosa de criminalidad (500 Juzgados de Instrucción y 1.046 Juzgados de Primera Instancia e Instrucción).

Por otro lado, hay que señalar que en España existen 30 Institutos de Medicina Legal (IML) (21 uniprovinciales y 9 pluriprovinciales), donde los médicos forenses realizan su actividad. Como excepción, estarían Ceuta y Melilla, que a pesar de no tener un IML propiamente dicho, funcionan como tal, y la Comunidad Autónoma de Madrid, en la que existe un Instituto de Anatómico Forense donde se practican las autopsias del partido judicial de Madrid así como del resto de partidos judiciales de la Comunidad Autónoma que así lo deseen los médicos forenses en ellos destinados.

**Figura 2** Organización del sistema judicial referente al suicidio. IML: Instituto de Medicina Legal (se incluyen el Instituto Anatómico Forense de Madrid, Ceuta y Melilla); INE: Instituto Nacional de Estadística.

de Girona, mientras que para el INE habían sido 215 para el mismo periodo de tiempo y lugar.

El presente estudio pretende analizar si existen o no diferencias entre los datos recogidos en los IML y los reportados por el INE.

## Método

Se contactó por teléfono, por correo electrónico y/o postal con los directores de los IML de España, además de con los médicos forenses coordinadores de Ceuta y Melilla y el director del Instituto Anatómico Forense de Madrid (en lo sucesivo, incluidos como IML de manera genérica). En total fueron consultadas 33 fuentes, con el objeto de obtener las cifras de las muertes por suicidio identificadas durante 5 años consecutivos (2006-2010). El suicidio es un diagnóstico médico-legal que realizan los médicos forenses tras el estudio de las circunstancias de la muerte y realizar la autopsia. Estos datos se compararon con las cifras oficiales proporcionadas por el INE y obtenidas a través de su página web ([www.ine.es](http://www.ine.es)). Por tanto, las zonas estudiadas cada año fueron aquellas en las que se obtuvieron datos por IML y se compararon con las que ofrecía el INE en el mismo territorio y año.

De las provincias que facilitaron datos de los IML, se obtuvo el número de suicidios y las cifras de población (a 1 de enero del año en cuestión) por la página web del INE. Con estos datos se calcularon las tasas de suicidio por 100.000 habitantes según el INE y según los IML. La población de referencia para el cálculo difería ligeramente en el caso de Madrid, ya que en las tasas de suicidio calculadas para los datos del INE se incluía toda la población de Madrid, mientras que en la calculada para los IML no se incluyeron los partidos judiciales que no realizaban las autopsias en el Instituto Anatómico-Forense.

Respecto al registro de muertes, existe la posibilidad de que, tanto en el INE como en los IML, se pierdan casos durante el proceso de registro, si bien resulta improbable que se registraran suicidios que no eran tales. En función de esta premisa, se consideró que el número más alto de suicidios en una provincia y año sería el número de casos identificados; esta cifra, a la que hemos llamado número de suicidios identificados provinciales (NSIP), puede proceder del IML o del INE según año y provincia. La suma de los NSIP del territorio de España estudiado da el número de suicidios identificados totales (NSIT) y una nueva tasa de suicidio. Esta tasa, extrapolada a todo el territorio nacional, permitió calcular el número mínimo de suicidios reales y compararlo con el oficial.

El estudio se realizó siguiendo los procedimientos conforme a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

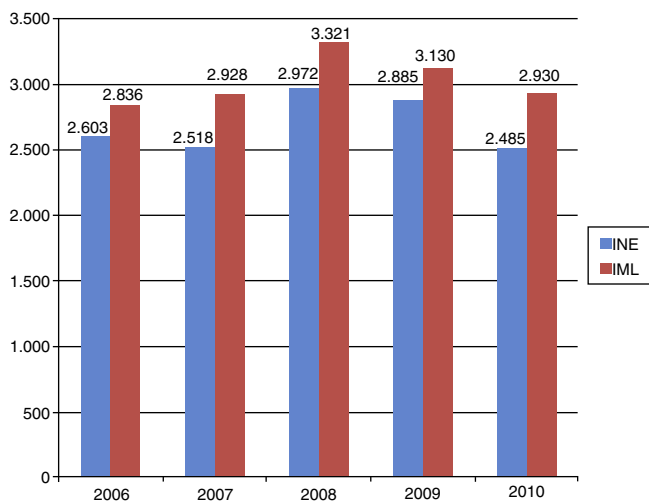
## Resultados

De los 33 IML o centros encargados de la realización de las autopsias, 18 proporcionaron los datos solicitados por completo, 4 de forma incompleta, 7 no pudieron facilitar los datos de ningún año y 4 no respondieron. Entre los que no pudieron facilitar los datos de todo o parte del periodo

**Tabla 1** Número de suicidios y tasa por 100.000 habitantes en las zonas estudiadas durante el periodo 2006-2010

	2006		2007		2008		2009		2010	
Población España	44.708.964		45.200.737		46.157.822		46.745.807		47.021.031	
Población estudiada IML (%)	36.122.164 (80,79)		36.871.428 (81,57)		40.067.941 (86,81)		40.048.199 (85,67)		38.501.978 (81,88)	
Población estudiada INE (%)	36.897.815 (82,53)		37.658.806 (83,31)		40.873.421 (88,55)		40.861.172 (87,41)		39.321.027 (83,62)	
Organismo	INE	IML	INE	IML	INE	IML	INE	IML	INE	IML
Tasa por 100.000 habitantes de las zonas estudiadas	7,05	7,85	6,68	7,94	7,27	8,29	7,06	7,81	6,32	7,61

IML: Instituto de Medicina Legal (se incluyen el Instituto Anatómico Forense de Madrid, Ceuta y Melilla); INE: Instituto Nacional de Estadística.



**Figura 3** Número total de suicidios registrados por el INE y por los IML ocurridos en la zona estudiada por años. IML: Instituto de Medicina Legal (se incluyen el Instituto Anatómico Forense de Madrid, Ceuta y Melilla); INE: Instituto Nacional de Estadística.

solicitado, la principal razón aducida fue la no disponibilidad de un registro de las causas de muerte por años o la ausencia de herramientas informáticas que facilitasen tal tarea. En el caso particular de Madrid, el registro no incluía los partidos judiciales de Alcorcón (un municipio), Coslada (3 municipios), Colmenar Viejo (10 municipios), Móstoles (5 municipios) y Torrelaguna (42 municipios).

Al disponer siempre de los datos del INE, la zona y población estudiada dependían de los datos de las provincias aportadas por los IML. Así, en 2006, la población fue de 36.122.164 (el 80,79% de la población en España). Para el cálculo de tasas con los datos del INE en ese mismo año en las mismas provincias, con la salvedad de incluir los 61 municipios pertenecientes a los partidos judiciales de Madrid reseñados, la población a estudio fue de 36.897.815 (82,53%). En los años sucesivos, la población estudiada con los IML fue del 81,57% en 2007; del 86,80% en 2008; del 85,67% en 2009; y del 81,88% en 2010 (tabla 1).

El número de suicidios obtenido por el INE y por los distintos IML no se correspondía en casi ninguna provincia. Solo concordaron en 3 provincias en 2006, 4 en 2008 y 2010, y 5 en 2007 y 2009. Únicamente en La Rioja coinciden las cifras de IML e INE todos los años estudiados. Las cifras eran más altas en el IML o en el INE según provincia y año (tabla 2, indicado en negrita y equivalente al NSIP). El número total de suicidios según los IML de las zonas en que se disponían los datos de ambos organismos fueron mayores que los indicados por el INE en todos los años estudiados (fig. 3). Asimismo, las tasas de suicidio anuales de la población estudiada también fueron superiores a las calculadas sobre los valores del INE (tabla 1).

Para calcular el NSIT se tuvo en cuenta, como se ha indicado, que en los registros tanto del INE como de los IML se podían perder los datos, pero era muy improbable que registrarán casos inexistentes de suicidio. Así, se obtuvo el NSIT calculado para cada año (tabla 3). Estos resultados muestran unas tasas de suicidio superiores a las calculadas solo con los datos del INE, con una diferencia media en este periodo

de 0,97 (DE: 0,10) lo que supondría una pérdida media de 443,86 (DE: 46,72) casos registrados cada año como mínimo.

## Discusión

Las cifras de registro de suicidio obtenidas por los IML o a través del INE no concuerdan en casi ninguno de los años y provincias. Este dato es muy preocupante dada la importancia que tiene conocer la magnitud real del suicidio en España. La diferencia en el número de suicidios registrados por el INE o por los IML varía según cada año. Además, el número mayor de casos no es en uno u otro organismo de forma constante, sino que se alternan, de forma que un mismo IML puede registrar más casos que el INE en una provincia y otro año ser al contrario. Estas diferencias pueden llegar a los 174 casos, como ocurre en la provincia de Madrid, que además no se incluye en su totalidad. Cifras tan dispares hacen que nos planteemos el motivo de esta divergencia en el registro de suicidios. Podría ser debido, en parte, a que en el caso de las muertes violentas, en el momento de su inscripción en el Registro Civil, no ha quedado determinada la etiología y se esté a la espera de pruebas de tipo toxicológico u otra naturaleza. Sin embargo, estos casos no justifican por sí solos la divergencia planteada. Habría que pensar en otros factores como, por ejemplo, el intrincado camino por el que fluye la información desde que es obtenida por el médico forense hasta que se procede a la cumplimentación de datos en la ORC. Entendemos que el importante número de personas que están implicadas en todo el proceso, (médico forense, personal del Juzgado de Instrucción, personal de los Registros Civiles, personal del INE) da lugar a que se pierda progresivamente información desde su origen al destino final.

Como se ha comentado, y así lo señalaba Farmer, el número de muertes identificadas y clasificadas como suicidas son, necesariamente, menores de las reales por distintos motivos<sup>11</sup>: 1) Criterios de definición de suicidio: así, existe la posibilidad de clasificar una muerte como indeterminada en algunos países y en otros no. Concretamente en España, el informe definitivo que emite el forense a petición del juzgado que lleva el caso de la muerte explícita la naturaleza del fallecimiento (natural o violento) así como la etiología del mismo (accidental, homicida o suicida). Existen situaciones en las que no se puede emitir el diagnóstico etiológico de la muerte a la espera de resultados de pruebas complementarias, por lo que el informe puede ser considerado como indeterminado a la espera de las pruebas que elevarán a definitivo dicho informe. 2) Necesidad de constatar la intencionalidad del sujeto: determinar la intención de una persona fallecida es difícil. Esta intencionalidad es importante para casos en los que se puede confundir con una muerte accidental y que no hubiese testigos. En un suicidio por ahogamiento, cabe la posibilidad de haber caído accidentalmente al agua, o en una precipitación desde un edificio. Lo mismo ocurre en un accidente de tráfico en el que el conductor haya tenido un periodo de inconsciencia o similar que haya provocado la falta de control del vehículo. Schmidt et al. señalaban que durante un periodo de 6 años solo el 1,7% de las muertes ocurridas por accidente de tráfico se consideraron suicidios<sup>12</sup>. Otros suicidios usan métodos menos violentos, como los enfermos crónicos en



**Tabla 2** Número de suicidios registrados por provincia por los IML y por el INE

	2006		2007		2008		2009		2010	
	INE	IML	INE	IML	INE	IML	INE	IML	INE	IML
Araba	26	25	32	31	27	27	28	27	29	29
Albacete	31	ND	28	19	33	38	33	41	32	47
Alicante/Alacant	122	144	156	173	129	152	147	166	151	162
Almería	63	53	67	52	87	50	72	77	53	65
Asturias	128	134	125	ND	115	127	114	56	147	ND
Ávila	17	17	14	11	14	18	21	16	16	14
Badajoz	47	50	50	58	50	62	43	57	50	55
Balears (Illes)	76	71	85	67	92	72	112	68	97	87
Barcelona	257	323	244	380	271	360	287	344	292	385
Bizcaia	71	72	101	98	90	90	86	83	60	58
Burgos	24	31	29	50	27	40	26	25	33	40
Cáceres	26	28	23	30	31	34	31	42	33	36
Cádiz	90	101	74	92	117	103	77	84	83	95
Cantabria	22	45	18	34	25	47	35	54	18	51
Castellón/Castelló	72	80	40	40	55	60	48	59	52	54
Ciudad Real	39	ND	49	ND	46	68	55	ND	40	ND
Córdoba	67	ND	82	ND	73	77	76	76	71	73
Coruña (A)	142	165	131	134	130	135	160	152	124	147
Cuenca	12	ND	20	2	22	7	15	3	18	4
Gipuzkoa	51	26	48	47	54	60	51	52	35	38
Girona	46	54	46	76	56	68	67	78	59	63
Granada	88	111	90	101	97	107	111	112	99	113
Guadalajara	15	ND	6	2	19	19	14	14	16	14
Huelva	32	ND	25	ND	46	ND	36	ND	15	ND
Huesca	19	ND	26	ND	17	ND	23	ND	15	ND
Jaén	68	ND	85	ND	70	ND	89	ND	75	ND
León	41	49	51	49	37	35	48	52	48	ND
Lleida	32	37	33	36	24	31	31	31	32	34
Lugo	52	31	54	53	43	40	48	54	66	72
Madrid <sup>a</sup>	209	277	145	300	160	310	132	265	105	279
Málaga	173	ND	188	ND	185	ND	171	ND	151	ND
Murcia	124	123	103	103	116	114	103	108	88	101
Navarra	43	46	65	65	50	49	58	55	41	41
Ourense	28	24	43	44	37	42	39	49	21	27
Palencia	15	23	6	9	6	13	13	23	22	23
Palmas (Las)	71	ND	80	ND	73	ND	70	ND	81	ND
Pontevedra	82	85	75	85	90	88	103	107	65	60
Rioja (La)	27	27	19	19	28	28	28	28	14	14
Salamanca	21	21	19	19	44	43	38	41	28	26
Santa Cruz de Tenerife	104	75	81	78	109	77	91	78	75	70
Segovia	11	12	13	12	15	16	10	10	10	12
Sevilla	141	153	116	125	163	171	125	122	145	149
Soria	12	15	13	11	7	10	9	11	8	8
Tarragona	54	57	59	68	78	95	57	72	53	75
Teruel	18	ND	9	ND	10	ND	15	ND	12	ND
Toledo	48	ND	41	43	44	52	47	53	44	45
Valencia/València	179	194	205	229	196	214	195	222	201	208
Valladolid	39	42	49	53	53	57	34	37	46	56
Zamora	21	15	26	30	12	15	22	26	18	ND
Zaragoza	49	ND	70	ND	74	ND	74	ND	66	ND
Ceuta	1	ND	1	ND	2	ND	6	ND	4	ND
Melilla	0	ND	5	ND	8	ND	5	ND	1	ND

IML: Instituto de Medicina Legal (se incluyen el Instituto Anatómico Forense de Madrid, Ceuta y Melilla); INE: Instituto Nacional de Estadística ND: datos no disponibles.

El número de suicidio identificado provincial viene indicado en negrita.

<sup>a</sup> Madrid: Los datos del INE incluyen toda la provincia; por el Instituto Anatómico Forense sería toda la provincia menos los partidos judiciales de Alcorcón, Colmenar Viejo, Coslada, Móstoles y Torrelaguna.

**Tabla 3** Número de suicidios identificados, tasas de suicidios y número de suicidios extrapolados a todo el territorio nacional calculado por años

Población	2006	2007	2008	2009	2010
NSIT <sup>a</sup> (área estudiada)	2.938	3.020	3.450	3.281	2.972
Tasa de suicidio <sup>b</sup> en el área estudiada según el NSIT	8,13	8,19	8,61	8,19	7,72
Tasa de suicidio <sup>b</sup> en España según INE	7,26	7,22	7,49	7,33	6,72
Número de suicidios en España extrapolado del NSIT	3.636	3.702	3.974	3.830	3.630
Número de suicidios en España según INE	3.246	3.263	3.457	3.429	3.158
Diferencia	390	439	517	401	472

INE: Instituto Nacional de Estadística; NSIT: número de suicidios identificados totales.

<sup>a</sup> Suma de los números de suicidio identificados provinciales. El número de suicidios identificados provinciales es la cifra más alta de suicidio que se da en un año en una provincia de la que se disponen los datos de los Institutos de Medicina Legal.

<sup>b</sup> Tasas: por 100.000 habitantes.

los que la toma de más o menos medicación prescrita puede tener consecuencias fatales<sup>13</sup>. 3) Actitudes hacia el suicidio: pueden ser culturales y/o religiosas o bien económicas por los seguros que haya firmado fallecido. Por ello, ante casos en los que genera duda la etiología de la muerte, se suele optar por la accidental, que conlleva menos consecuencias psicológicas a la familia y de estigmatización social<sup>14</sup>, a las que podríamos añadir las económicas según el seguro que tuviese el fallecido. Es importante conocer estos datos a la hora de valorar que la magnitud del problema del suicidio es incluso mayor de lo que podamos apreciar al conocer las cifras de suicidio registrado oficialmente.

Pero esta discrepancia entre las cifras de suicidio publicadas en el INE y las recogidas por los distintos IML estudiados no tiene nada que ver con lo anteriormente expuesto, relativo al diagnóstico de suicidio y no al registro de los casos ya identificados como tales. Si bien las causas de estas diferencias quedan sin aclarar, lo que es evidente es que el sistema actual de recogida de las causas de muerte no es eficaz ni fiable. Cuanto más larga sea la cadena de recogida de información, mayor es la posibilidad de error. No es el objeto de este estudio, pero existe la posibilidad de que la contabilización de casos de otro tipo de muerte, ya sea violenta o natural, también contengan errores, con discrepancias entre los casos clasificados y los reales.

Este hallazgo es importante para poder conocer el problema real que supone el suicidio en España y la posición que ocupa entre otros países. Las cifras oficiales colocan a España entre los países con menor tasa de suicidio en la Unión Europea, lo que se ve respaldado por una menor prevalencia de ideación, planificación suicida e intentos de suicidio en población española en comparación con otros países<sup>8,15</sup>. Cantor<sup>16</sup> propone la división de Europa en 4 zonas por similitud en la tendencia de las cifras de suicidios anuales. Estas áreas serían Europa del Sur (Grecia, Portugal, Italia y España), Europa Occidental (Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Holanda y Suiza), Escandinavia (Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia) y por último los denominados anglosajones del antiguo mundo (Reino Unido e Irlanda).

Ante estos resultados y la posibilidad de que los datos del INE y de los IML referentes al suicidio y a otras causas de muerte sean erróneos, proponemos como solución lo que acontece en las muertes no judiciales (ni violentas ni sospechosas de criminalidad), en las que, con el certificado médico de causa de la muerte, se adjunta un formulario

del INE para su cumplimentación, siendo ambos documentos firmados por el médico que conoce la causa de la muerte.

En nuestro caso, la muertes judiciales, la propuesta consiste en que la persona encargada de cumplimentar toda la información correspondiente al apartado 3 del BEDJ («Causas de la defunción») fuese el médico forense encargado de realizar la autopsia y, por consiguiente, el diagnóstico médico-legal. Es quien posee la capacidad y los conocimientos necesarios acerca de todo lo acontecido en la muerte de una persona y es por ello quien informa al Juzgado de Instrucción que investiga el fallecimiento. Por extensión, sería la persona idónea para aportar los datos relacionados con la muerte que interesan al BEDJ. De este modo, la información sobre la causa de muerte llegaría desde el origen (IML) al INE a través del Juzgado de Instrucción o directamente, por lo que lo único que cambiaría del proceso actual es quién rellenaría los datos de un apartado del BEDJ y sería más parecido a como se hace en las muertes naturales con certificado médico

## Limitaciones

En este estudio no se ha incluido todo el territorio nacional, aunque sí se han obtenido datos de un porcentaje muy elevado. Asimismo, las cifras de NSIT son una aproximación de las cifras mínimas de suicidio en España asumiendo que las cifras mayores por provincia y año sean de casos existentes. En el caso de la provincia de Madrid, las cifras con las que analizamos las cifras del INE no son las mismas que las del Instituto Anatómico Forense, por lo que las cifras en esta comunidad autónoma no son comparables. Sin embargo, la diferencia de población no parece repercutir en la distorsión de los datos, es más, señala la necesidad de optimizar los registros de suicidios.

## Conclusiones

Según los resultados obtenidos, existe una discrepancia entre los datos oficiales ofrecidos por el INE sobre el suicidio en España y los obtenidos directamente a través de los encargados de realizar las autopsias de los suicidios, los médicos forenses en los IML. El número de suicidios de forma global fue superior en los IML frente al INE. Sin embargo, las cifras por provincia y año no eran mayores de forma

sistemática en ninguno de los 2 organismos, por lo que tampoco parece que los IML en la actualidad sean una fuente fiable en el registro de casos. Por los resultados obtenidos, todo parece indicar que las cifras de casos de suicidios identificables, ya no de suicidios reales, es superior a lo que viene indicando el INE. Esta falta de fiabilidad en el registro de suicidios por parte del INE puede ser debida a que la persona encargada de rellenar los datos que debe remitir al INE no tenga los datos suficientes, ya que son enviados por el Juzgado de Instrucción. Esta situación podría modificarse y ser más fiable si el encargado de cumplimentar los datos relacionados con la muerte con intervención judicial fuese el mismo médico forense que ha realizado el informe de autopsia y que remite al Juzgado de Instrucción.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Conflicto de intereses

No hay conflicto de intereses.

## Agradecimientos

A los siguientes directores de los IML y coordinadores, que ejercían esta función a fecha de julio-agosto de 2012 por facilitar los datos que han hecho posible este estudio: Joaquín Garijo (IML Albacete, Cuenca y Guadalajara), Juan José Payo (IML Alicante), Laura Márquez (IML Almería), Antonia Martínez (IML Asturias), Enrique Mendoza (IML Badajoz), Vidal Santos (IML Baleares), José Amador Martínez (IML Ávila, Burgos, Segovia y Soria), Mercedes González Salinas (IML Cádiz), José María Montero (IML Cáceres), Pilar Guillén (IML Cantabria), Mario Ventura (IML Castellón), Jordi Medallo (IML Cataluña), María del Carmen Martín (IML Ciudad Real y Toledo), José Sáez (IML Córdoba), Gilberto Giménez (IML Granada), Benito López de Abajo. (IML Galicia), Jorge González (IML La Rioja), Mariano de la Torre (IML León y Zamora), Eduardo Andreu (Instituto Anatómico Forense de Madrid), Rafael Bañón (IML Murcia), Rafael Teijeira (IML Navarra), Carlos Cubero (IML País Vasco), María Victoria García (IML Palencia, Salamanca y Valladolid), Jesús Parejo (IML Sevilla), Jesús Vega (IML Tenerife) y Vicente Matías (IML Valencia); y a los médicos forenses coordinadores, Leticia Alonso (coordinadora de Melilla) y Ángel Macías (coordinador de Ceuta). A los funcionarios del Registro Civil de Sevilla y del Juzgado de Paz de Mairena del Aljarafe (Sevilla) por aclarar el itinerario que sigue en la actualidad el registro de las muertes por suicidio. Además, a Antonia Rodríguez

y Samuel Aidan Kelly por su lectura crítica y ayuda en la redacción del presente artículo y al Consorcio para la Excelencia en la Investigación Forense en Andalucía (CEIFA) por su colaboración en la investigación de la conducta suicida.

## Bibliografía

1. World Health Organization. Suicide prevention and special programmes [consultado 21 Jun 2013]. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/charts/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/charts/en/)
2. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Desarrollo de las líneas estratégicas. Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: Centro de Publicaciones; 2011. p. 31-8.
3. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte 2011 [base de datos on line]. 2013 [consultado 16 Jun 2013]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417/a2011/&file=pcaxis>
4. Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, et al., Grupo RECOMS. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2012;5:8-23.
5. Instituto Nacional de Estadística. Seguridad y justicia: estadísticas del suicidio en España [página web]. 2008 [consultado 15 Jun 2013]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft18%2Fp427&file=inebase&L=0>
6. Lopez Bernal JA, Gasparrini A, Artundo CM, McKee M. The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: An interrupted time-series analysis. *Eur J Public Health.* 2013;23:732-6.
7. Tollefsen IM, Hem E, Ekeberg O. The reliability of suicide statistics: A systematic review. *BMC Psychiatry.* 2012;12:9.
8. Schmidtke A, Bille-Brahe U, DeLeo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, et al. Attempted suicide in Europe: Rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand.* 1996;93:327-38.
9. Instituto Nacional de Estadística. Boletín estadístico de defunción con intervención judicial [documento web]. 2009 [consultado 1 Jun 2013]. Disponible en: [http://www.ine.es/metodologia/t15/cues\\_bedj\\_2009.pdf](http://www.ine.es/metodologia/t15/cues_bedj_2009.pdf)
10. Calvet-Roura A, Ferràs-Fort N, Vergés Planagumà L. Incidencia de suicidio en el periodo 2006-2009. ¿La persona que se suicida acude a los servicios de Salud Mental? III Encuentros en Psiquiatría: conducta suicida; 20 y 21 de abril 2012; Sevilla. [programa web]. 2012 [consultado 1 Jun 2013]. Disponible en: <http://www.encuentrosenpsiquiatria.com/programa2012>
11. Farmer RD. Assessing the epidemiology of suicide and parasuicide. *Br J Psychiatry.* 1988;153:16-20.
12. Schmidt Jr CW, Shaffer JW, Zlotowitz HI, Fisher RS. Suicide by vehicular crash. *Am J Psychiatry.* 1977;134:175-8.
13. Gin H, Larnaudie B, Aubertin J. Attempted suicide by insulin injection treated with artificial pancreas. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1983;287:249-50.
14. Bailley SE, Kral MJ, Dunham K. Survivors of suicide do grieve differently: empirical support for a common sense proposition. *Suicide Life Threat Behav.* 1999;29:256-71.
15. Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagut G, Fernandez A, Serrano-Blanco A, et al. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Med Clin (Barc).* 2007;129:494-500.
16. Cantor CH. Suicide in the Western World. En: Hawton K, van Heeringen K, editores. *The international Handbook of Suicide and Attempted Suicide.* Chichester, England: John Wiley & Sons; 2000. p. 9-28.