

Conducta suicida en Colombia, una revisión documental a partir de la agenda política en Salud Mental

Suicidal Behavior in Colombia, a Documentary Review Based on the Political Agenda in Mental Health

Laura Vasquez-Escobar^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-6909-7387>

Iván Arroyave² <https://orcid.org/0000-0001-9989-5833>

Luis Alejandro Gómez³ <https://orcid.org/0000-0003-4054-9527>

¹Universidad Pedagógica y Tecnológica De Colombia. Tunja, Boyacá- Colombia.

²Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín, Colombia.

³Universidad el Bosque; Facultad de Medicina. Bogotá, Colombia.

*Autor para la correspondencia: laura.vasquez@uptc.edu.co

RESUMEN

Introducción: Desde una descripción política, es esencial el abordaje de la conducta suicida teniendo en cuenta la relevancia y el desarrollo normativo que ha tenido esta problemática a nivel internacional y nacional.

Objetivo: Realizar una revisión bibliográfica teniendo en cuenta el desarrollo de político de la Salud Mental, con énfasis en la conducta suicida en Colombia.

Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica a través de una búsqueda y un análisis de hallazgos relevantes en materia de Salud Mental que tuvieran repercusión sobre el abordaje de la conducta suicida.

Resultados: La relevancia de las conductas suicidas como desenlaces evitables en SM cobra protagonismo a partir de la tercera etapa del sistema de salud, en la cual se evidencia un fortalecimiento del aseguramiento en salud de la población colombiana a través de la ampliación del Plan de Beneficios en Salud Mental.

Conclusiones: Es posible identificar una orientación del Sistema de Salud Mental hacia el fortalecimiento acciones clínicas individuales, develando una desarticulación con las acciones con enfoque de salud pública.

Palabras clave: salud mental; conducta autodestructiva; política de salud.

ABSTRACT

Introduction: From a political perspective, it is essential to address suicidal behavior, taking into account the relevance and normative development that this problem has had at the international and national levels.

Objective: To carry out a bibliographic review taking into account the development of Mental Health policy, emphasizing suicidal behavior in Colombia.

Methods: A bibliographic review was carried out, through a search and analysis of relevant findings in the field of Mental Health that had an impact on the approach to suicidal behavior.

Results: The relevance of suicidal behaviors as avoidable outcomes in MS takes center stage from the third stage of the health system, in which there is evidence of a strengthening of the health insurance of the Colombian population, through the expansion of the Mental Health Benefits Plan.

Conclusions: It is possible to identify an orientation of the Mental Health System towards the strengthening of individual clinical actions, revealing a disarticulation with actions with a public health approach.

Keywords: mental health; self-injurious behavior; health policy.

Recibido: 22/02/2023

Aceptado: 12/03/2024

Introducción

El abordaje de la conducta, desde la formulación de política pública en Colombia, adopta la teoría del proceso suicida, que describe el desarrollo y progresión de las tendencias suicidas

(ideación suicida, intento suicida (IS) y suicidio consumado) como un proceso que ocurre interna e individualmente en las personas, pero también en la interacción con el entorno.^(1,2) El interés en el abordaje de la Salud Mental (SM) y en la prevención del suicidio ha aumentado desde principios del siglo XXI,^(2,3) por un lado, estudios recientes sobre carga global de morbilidad ilustran la creciente y alarmante carga de los trastornos mentales;^(4,5) por otro lado, el suicidio ha sido declarado un problema prioritario de salud pública (SP) desde hace algunas décadas,⁽⁶⁾ es considerado una de las principales causas de muerte en población adulta-joven a nivel mundial.^(7,8)

Discursos afines a la salud mental relacionan la conducta suicida con los trastornos mentales, la depresión es el trastorno comúnmente asociado; sugiriendo, incluso, que es suficiente el tratamiento de un trastorno psiquiátrico para prevenir el suicidio.^(9,10,11) También, se ha asociado con otros trastornos como la esquizofrenia, el trastorno bipolar y el consumo de sustancias psicoactivas;^(1,2) y es, en esta misma vía, a través de la cual se traza la formulación y ejecución de políticas. Para el caso colombiano dentro del abordaje político de la SM, encontramos incluidos los siguientes contenidos: problemas y trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas, violencias y convivencia social, epilepsia y conducta suicida.^(12,13)

Desde una lectura política e institucional, la SM es una dimensión de la salud global, y es desde este punto de partida que se debe realizar un análisis del desarrollo político en un país como Colombia, en el cual la implementación de la Atención Primaria en Salud Mental-APSM ha sido lenta y poco documentada por la literatura científica.^(14,15)

Así, analizar la conducta suicida como desenlace mortal en SM⁽¹⁶⁾ es indispensable, teniendo en cuenta la importancia que ha cobrado en la agenda política internacional y nacional, donde se han identificado diferentes etapas en el desarrollo de la formulación e implementación de estrategias y acciones políticas, así como del plan de beneficios en salud mental; además, se trata de un país cuyo sistema de salud presenta una desarticulación entre la prestación de servicios individuales y las acciones en SP.^(17,18)

Colombia ha atravesado por una reforma estructural al sistema de salud a partir del año de 1993 y varios ajustes sucesivos a lo largo de casi 3 décadas. Partiendo de lo anterior, el objetivo de este trabajo fue realizar una revisión bibliográfica teniendo en cuenta el desarrollo de político de la Salud Mental, con énfasis en la conducta suicida en Colombia.

Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica, se analizaron documentos institucionales, los cuales responden a las fases de política propuestas por Ordoñez-Matamoros.⁽¹⁹⁾

Criterios de inclusión: Se realizó una búsqueda y análisis de hallazgos relevantes en materia de SM que tuvieran repercusión sobre el abordaje del suicidio, identificados en literatura gris internacional y nacional.

Se diseñó un formato de ficha bibliográfica, en el que se consignaron los títulos, el año de publicación, institución que lo publica y un corto resumen de los documentos, posteriormente, se determinó la pertinencia de cada uno de los documentos.

Se realizó un análisis de contenido, identificando los siguientes ejes temáticos: la reorientación de los servicios de salud mental hacia la APS; la aparición y relevancia de la conducta suicida dentro de los documentos, cómo este hecho impacta la atención en salud, y por último, cómo se desarrolla y articula la atención en SM dentro de los procesos de reforma que ha tenido el sistema de salud colombiano.

Resultados

Políticas, orientaciones y acontecimientos internacionales

A consecuencia de las orientaciones y tratados internacionales, en Colombia, la toma de decisiones políticas enfatiza en la necesidad de un desplazamiento de la institución psiquiátrica hacia prestaciones de tipo ambulatorio en unidades de hospitales generales, centros comunitarios y en modalidades de hospitalización parcial.⁽²⁰⁾

A partir de los 90, se desarrolla un marco legislativo en materia de SM a nivel mundial orientado por los organismos e instituciones internacionales, como se describe en la tabla 1.

Tabla 1 - Abordaje de la salud mental y la conducta suicida desde la política pública internacional

Año	Pacto/ convenio/informe	Entidad que promulga	Salud mental	Conducta suicida
-----	----------------------------	-------------------------	--------------	------------------

1990	Declaración de Caracas	Organización Mundial de la Salud (OMS) Organización Panamericana de la Salud (OPS)	Se consideró el mejoramiento de la atención psiquiátrica por medio de la superación del modelo asistencial basado en el hospital psiquiátrico y su posible reemplazo por alternativas comunitarias a través de reformas de SM.	
1991 - 2001	Acontecimientos sin especificación puntual- Diversos eventos	OMS OPS	El Consejo Directivo de la OPS/OMS emitió resoluciones, en las que se solicitó a los países priorizar la SM y se sometieron propuestas para la acción en el desarrollo de Programas Nacionales de SM, desde una perspectiva comunitaria.	
1999	Estrategia mundial de prevención del suicidio SUPRE	OMS	Iniciativa mundial para la prevención del suicidio, en la cual se formularon guías para el abordaje y la intervención, dirigidos a grupos sociales y profesionales específicos.	
2001	Informe mundial de SM	OMS	Incluye principios rectores para orientar la reforma de la atención en SM a nivel global.	Hace énfasis en la orientación de política dirigidas a la regulación de métodos utilizado en intentos suicidas.
2001	Estrategia y plan de acción sobre SM	OMS	Este documento describe orientaciones estratégicas dirigidas a los países en materia de acciones en SP.	Se insta a los países a abordar la conducta suicida como una prioridad en SM (dentro de las estrategias 3 y 5).
2004	Informe invertir en SM	OMS	Fortalece la importancia de la magnitud e impacto de los problemas de SM, así como sus altos costos.	Reitera la importancia de la prevención de suicidio.
2003-2007	Conjunto de Guías sobre Políticas y Servicios de SM	OMS	El Conjunto de Guías incluye que incluyen módulos orientadores en la formulación de políticas públicas en SM.	Incluyen la orientación hacia el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia y a la regulación Control de armas y de sustancias tóxicas.

2008	Plan de Acción para superar las brechas en salud (mhGAP)	OMS	Ofrece un conjunto de estrategias y actividades para ampliar y mejorar la atención de las personas con trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias.	Desde aquí se proponen acciones individuales y con orientación de SP sectoriales y transectoriales.
2013	Asamblea Mundial de la Salud número 66	OMS	Adoptó el primer plan de acción sobre SM (2013-2020) de la historia de la OMS.	La prevención de conducta suicida es una prioridad.
2014	Primer informe mundial de conducta suicida “prevención del suicidio un imperativo global”	OMS OPS	Se plantea un abordaje de la conducta suicida desde “la multicausalidad”, orientando estrategias hacia el fortalecimiento de acciones con enfoque de SP.	
2014	Segundo Informe de mortalidad por suicidio en las Américas.	OMS OPS	Análisis epidemiológico de la mortalidad por suicidio en la región de las Américas hasta el año 2012.	
2015	Objetivos de desarrollo sostenible	Organización de Naciones Unidas	La SM es prioridad dentro del Objetivo 3, dando relevancia a la prevención y al tratamiento.	La reducción de las tasas de mortalidad por suicidio hace parte de las metas incluidas directamente en el Objetivo 3.
2016	Documento “prevención de la conducta suicida”	OMS OPS	Este documento es considerado una herramienta práctica, destinado a comprender las principales estrategias para la prevención de conductas suicidas.	
2017	Agenda de salud sostenible para las Américas 2018-2030	OMS OPS	Objetivo 9. Reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad por enfermedades no transmisibles, traumatismos, violencia y trastornos de SM.	El suicidio se encuentra incluido dentro de este objetivo.
2019	Preventing suicide: a resource for pesticide registrars and regulators	OMS Organización de las Naciones Unidas para		Documento orientador que refuerza políticas de regulación del uso y comercialización de plaguicidas de alta toxicidad e ingestas oral.

		la Alimentación		
--	--	--------------------	--	--

De acuerdo con la tabla 1, el punto de inflexión en el desarrollo político internacional a nivel de las Américas es la Declaración de Caracas, a través de la cual la OMS y la OPS orienta a los países miembros a la reestructuración de la atención psiquiátrica en la región, lo cual implicaría una revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico, lo que desemboca en un cambio de paradigma político, que pasa a concebir la atención desde una perspectiva integral y comunitaria, garante de los derechos humanos de los pacientes.

Así, de la mano con los problemas asociados a la SM, la conducta suicida emerge como problema de SP en la agenda política internacional, es concebida como parte de la SM; por otro lado, desde el año 2003 (fortalecido en 2014), la OMS propone un modelo de SP que inicia con la vigilancia como acción central dentro del engranaje de políticas, acciones, programas y estrategias.

Salud mental y la conducta suicida en Colombia a partir de la implementación reforma al sistema de salud (1994)

El desarrollo político fue organizado en tres etapas, que responden a las reformas que ha tenido el Sistema de Salud Colombiano desde sus inicios, teniendo en cuenta la evolución política transversal de la SM y de su mano las conductas suicidas.

Primera etapa: inicios e implementación reforma al Sistema de Salud Colombiano (1994-2007)

Con la promulgación de la ley 100 de 1993, el Gobierno nacional estableció algunas políticas en SP y transfirió a las entidades territoriales la responsabilidad de garantizar intervenciones colectivas, lo que permitió generar acciones más allá de las instituciones de salud (tabla 2).

Es importante resaltar que con la promulgación e implementación del Sistema General De Seguridad Social En Salud-SGSSS (libro II de la ley 100 de 1993) en Colombia, se crean dos grandes regímenes de afiliación: el contributivo (personas con capacidad de pago) y el subsidiado (personas sin capacidad de pago), de esta misma forma, se crean dos paquetes de servicios en salud, uno para cada régimen (Plan de Beneficios En Salud-PBS), esta lista

de servicios y tecnologías únicamente aborda la atención individual (no incluye acciones en salud pública).

Tabla 2 - Inicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (1993-2007)

Año	Pacto/ convenio/informe	Entidad que promulga	Salud Mental-SM	Conducta suicida
1993 y 1994	Creación del Sistema de Seguridad Social Integral	El Congreso de la República de Colombia	Se crea el primer Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del PBS del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Resolución 5261 DE 1994). Este manual se mantuvo vigente hasta el año 2009 y le dio prioridad a la atención a través en los programas de hospital día (se excluyó la hospitalización prolongada), la psicoterapia grupal e individual (psiquiatría y psicología) únicamente en una fase inicial (acuerdo 008 de 1994).	
1996	Resolución número 4288 “Por la cual se define el Plan de Atención Básica (PAB)”.	Ministerio de Salud	Se trata de un modelo de SP complementario al SGSSS.	
1998	Resolución número 2358 Por la cual se adopta la Política Nacional de SM.	Ministerio de Salud	La ejecución y cobertura de servicios de SM fueron limitados, debido falencias en el PBS de ambos regímenes.	
2007	Ley número 1122 “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad	Congreso de Colombia	Se dieron lineamientos para la detección, el seguimiento, la rehabilitación, el cuidado y el componente de epidemiológico de estudio de los problemas de SM, como herramienta diagnóstica e insumo para la formulación del Plan Nacional de Salud Pública – PNSP.	

	Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.		
2007	Decreto número 3039 Creación del Plan Nacional de Salud Pública.	Ministerio de Salud	Probablemente el avance más significativo que introdujo la Ley 1122, a través del cual se declara la SM y las lesiones violentas evitables (suicidio incluido en la segunda) como una de las 10 prioridades nacionales, orientando a los departamentos y municipios a incluir eventos como el suicidio dentro de sus planes territoriales de salud.

En esta etapa se pueden observar cambios, pero no son significativos; pues existen barreras de acceso a servicios de salud, principalmente en la población del régimen subsidiado, con un PBS limitado con respecto al contributivo.

Con respecto al abordaje de problemáticas vinculadas a la SM (conducta suicida principalmente), y en materia de aseguramiento, lo incluido en el PBS (hasta el 2007) no garantizó la atención integral y diferenciada en el régimen subsidiado, y en el contributivo fue bastante limitada.⁽²¹⁾ Por otro lado, el desarrollo de estrategias de prevención y promoción no fueron claras.

Las barreras de acceso a servicios de SM generaron numerosas acciones de tutela por parte de los ciudadanos, lo que desembocó diferentes sanciones de la corte constitucional, instancia que reitera desde la promulgación de la constitución de 1991 que las personas tienen derecho a una atención en SM integral.⁽²²⁾

Así, intentando solucionar las dificultades descritas y con el fin de darle cumplimiento a lo estipulado en la política de SM, a través de la primera reforma al Sistema de Salud (Ley 1122 de 2007) se ordenó la inclusión de acciones orientadas a la promoción de la salud mental en los planes de Salud Pública y en los planes de desarrollo nacional y territorial.

Hasta aquí, y, a pesar de todos los avances descritos y evidenciados en materia normativa en SM, continúa persistiendo una necesidad de generar estrategias de promoción desde diferentes sectores del Gobierno nacional; en esta etapa es posible percibir que dio continuidad a un abordaje centrado en los trastornos mentales, dejando tanto la formulación como la implementación de acciones de promoción unilateralmente al sector salud.⁽²³⁾

Segunda etapa: 2008 a 2015 fortalecimiento del Sistema de Salud hacia un enfoque de Atención Primaria en Salud-APS

Esta etapa tiene lugar durante la implementación de la primera y segunda reforma al Sistema de Salud Colombiano, la tabla 3 presenta una síntesis de los principales sucesos normativos e institucionales.

Tabla 3 - Fortalecimiento del Sistema de Salud hacía un enfoque de APS

Año	Pacto/ convenio/informe	Entidad que promulga	Salud Mental-SM	Suicidio
2008	Sentencia T-760	Corte Constitucional	Se orienta al estado colombiano a igualar los PBS de ambos regímenes de afiliación en salud.	
2008	Documento “la Salud Mental en Colombia”	Defensoría del Pueblo	Documento, cuyo objetivo principal fue revisar los contenidos del PBS en Salud Mental en ambos regímenes (contributivo y subsidiado).	
2010		Ministerio de Salud	Algunos territorios vincularon el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida.	
2011	Ley número 1438 “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.	Congreso de Colombia	A partir de la promulgación de esta segunda reforma al sistema de seguridad social en salud, el país se orienta hacia un modelo de atención enfocado a la salud integral y a la APS. Se aprueba el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, documento en el que se encuentra la conducta suicida, dentro de la dimensión prioritaria de Convivencia Social y SM.	

2011	Acuerdo número 029 Por el cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud.	Ministerio de Salud y Protección Social- MinSalud	Artículo 17, reglamenta la atención en SM dentro del plan obligatorio de Salud, independientemente de la fase en la que se encuentre la enfermedad sin importar el régimen de afiliación.
2013	Ley número 1616 "Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones"	Congreso de Colombia	Declara la SM como un bien de interés público y como un derecho fundamental. Resalta la importancia de la prevención de la conducta suicida, a través de la vigilancia en SP.
2013	Modelo de Atención para Eventos Emergentes en SM.	MinSalud	Es incluido dentro del marco del SGSSS, dentro del cual se incluye la conducta suicida.
2014	Resolución número 2003 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores y habilitación de Servicios de Salud"	MinSalud	Se ampliaron y actualizaron los estándares para habilitación la prestación de servicios en SM.

Dando respuesta a lo estipulado desde Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y la ley 1616 de 2013, el Ministerio ha gestionado (a partir del año 2011) un aumento progresivo de los contenidos en Salud Mental dentro PBS con Cargo a la Unidad de Pago por Capitación (valor de ajuste de riesgo para cada persona asegurada en cada uno de los regímenes).^(24,25) Esta etapa es la de mayor relevancia dentro del desarrollo político de la SM (se encuentra la conducta suicida), principalmente por la expedición de la ley 1616 de 2013, ley a través de la cual se materializa lo establecido en la Sentencia T-760 del 2008, acto legislativo que

surge en respuesta a los problemas sistémicos de acceso a servicios de salud, así como a la falta de supervisión y autorregulación del sistema; y es, en esta misma vía, a través de la cual se publica el documento titulado “la salud mental en Colombia”, aquí la defensoría del pueblo, recomienda a la Comisión de Regulación en Salud, que sea ajustado prioritariamente el PBS en Salud Mental del régimen subsidiado (población sin capacidad de pago), igualándolo así con los servicios del régimen contributivo (población con capacidad de pago), no solo para dar cumplimiento a la sentencia, sino en virtud de las condiciones excepcionales de desprotección que ha sufrido este grupo poblacional.⁽²⁶⁾

Con respecto a la conducta suicida en particular, si bien en esta etapa se evidencia un fortalecimiento en su abordaje, reflejado en las metas del Plan Decenal de Salud Pública (como producto de las orientaciones internacionales), es más a adelante donde cobra relevancia dentro de la agenda política en SM.

Tercera etapa: del año 2015 en adelante

Esta etapa se enmarca en la promulgación de la ley estatutaria 1751 de 2015, y respondiendo a lo estipulado en ella, se promueve un marco normativo dirigido a la promoción y prevención de desenlaces en SM en diferentes entornos en los cuales se desarrollan y conviven las personas, entre otras acciones con enfoque de SP claramente fortalecidas (tabla 4).

Tabla 4 - La tercera reforma: la salud como derecho fundamental

Año	Pacto/ convenio/informe	Entidad que promulga	Salud Mental-SM	Suicidio
2015	Ley estatutaria 1751 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.	Congreso de Colombia	Desemboca directamente en la prestación de los servicios de salud mental, lo que incluye a la vez, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e inclusión social.	
2015	Encuesta Nacional de SM	MinSalud – Colciencias	Los resultados de este informe enfatizan en el alto impacto de la ideación y la tentativa suicida como desenlace en SM en la	

			población colombiana, principalmente en los grupos poblacionales jóvenes y adultos.
2015	Resolución 518 “Directrices para la Gestión en Salud Pública y Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC)”	Minsalud	La prevención del suicidio es un eje prioritario de las actividades contempladas en los Planes de Intervenciones Colectivas territoriales. Además, se incluyen las Zonas de Orientación Escolar y los Centros de Escucha.
2016	Resolución 429 “Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud”.	Minsalud	Resalta la importancia política de adoptar un modelo de SP integral enfocado a la APS y a los Determinantes Sociales de la Salud.
2016	Se identifica el IS como evento de notificación obligatoria	MinSalud	Se identifica la necesidad de orientar a todos los territorios a realizar vigilancia epidemiológica del intento de suicidio (respondiendo al modelo propuesto por la OMS).
2017	Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, diagnóstico y tratamiento de conductas suicidas	MinSalud	Documento a través del cual se proponen recomendaciones desde la Medicina Basada en la Evidencia para la atención y prevención de conductas suicidas.
2017	Adaptación de las guías de Intervención mhGAP	MinSalud	Proporcionan una amplia gama de recomendaciones para facilitar la atención y la prevención.
2018	Resolución número 4886 Por la cual se adopta la Política Nacional de SM	MinSalud	Identifica y reitera a las conductas suicidas como una problemática central.
2020	Rutas de Atención Integral en Salud - RIAS	MinSalud	Ordenan la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la orientación de atenciones e intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades a partir de acciones

			intersectoriales y sectoriales, atenciones individuales y colectivas, y acciones de autocuidado.
2020	Documento Conpes 3992 Estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia.	Consejo Nacional de Política Económica y Social Departamento Nacional de Planeación	El documento Conpes para la Salud Mental, materializa su actuar político hacia la coordinación y orientación de los organismos encargados de la dirección económica y social en el Gobierno, garantizando un compromiso por parte de las instituciones y una asignación presupuestal.
2021	Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia.	MinSalud	Documento en el cual se consolidan todas las acciones nacionales dirigidas a la prevención y promoción de una conducta suicida.

De acuerdo con el contenido de tabla 3, y dando respuesta a lo estipulado desde el Plan Decenal de Salud Pública (2012-2021), la ley 1616 y la ley estatutaria, se puede evidenciar un desarrollo significativo del PBS en Salud Mental, donde se ha ampliado año a año la lista de medicamentos psiquiátricos;^(27,28) la Resolución 2273 de 2021, en su capítulo VI, elimina la barrera de acceso establecida desde el 2011, suprimiendo el límite máximo de sesiones de psicoterapia individual y familiar, y los días internación en la fase aguda de un trastorno mental pasan a ser autonomía del equipo de salud interdisciplinar tratante.⁽²⁹⁾

Esta tercera y última etapa se caracteriza por la consolidación del reconocimiento y caracterización de la conducta suicida como un problema público y, por otro lado, de una estructuración de respuestas institucionales más claras y definidas (visualizadas desde etapas previas); así, el gobierno nacional plantea un documento Conpes, que consolida todas las orientaciones políticas en el territorio nacional.⁽¹⁷⁾

Discusión

Un modelo de atención en SM puede estar condicionado por las características funcionales y estructurales del sistema general de salud, pero se trata de una característica de países donde los procesos de reforma, en los que la SM ha conseguido una mayor integración con

la sanidad en general,⁽³⁰⁾ debido, principalmente, a las particularidades de la atención psiquiátrica, como son el tipo de cobertura y la financiación.⁽³¹⁾ En Colombia es posible esta articulación a partir de la segunda etapa del sistema de salud, únicamente con la prestación de servicios individuales (atención psiquiátrica) contemplados en el actual PBS.

A pesar que las reformas de los sistemas de salud en países de Latinoamérica y el Caribe han sido apoyadas y respaldadas por la OMS, la OPS y el Banco Mundial,^(32,33) en la dimensión de salud mental se han limitado a la atención individual y los enfoques integrales de SP que vinculen a la comunidad son esenciales en el abordaje de problemáticas de SM como la conducta suicida.

En Colombia, aun cuando se han alcanzado logros en materia de prestación de servicios individuales, enfocados a mitigar barreras de acceso, persiste una insuficiente oferta de profesionales para lograr una atención oportuna (se estima que hay 1 servicio de atención en SM por cada 1000 personas), así como una baja disponibilidad de medicamentos (a pesar del notable fortalecimiento del PBS);⁽²⁹⁾ sin contar con el estigma, la desigualdad urbano-rural (caracterizada por la ausencia de centros comunitarios de atención), la fragmentación entre los servicios individuales y comunicativos (es un sistema centrado en la atención clínica).^(34,35)

Si se compara el desarrollo e implementación de la reforma de SM en Colombia con otros países de la región (como Brasil, Chile, Argentina y México), es posible visibilizar un desarrollo significativamente lento. Por un lado, se realizó la transformación de la atención psiquiátrica de larga estancia a una institución de atención integral de corta estancia; por otro lado, durante más de dos décadas posteriores a la implementación de la ley 100 de 1993, la cobertura de servicios de SM fue restringida y limitada, implicaciones que van en contravía de lo propuesto desde la declaración de Alma Ata y de Caracas.^(21,36,37)

En Colombia, las acciones implementadas con enfoque de SP, como es el caso de la vigilancia del intento suicida, son enfocadas a la intervención clínica (una vez el paciente ingresa al servicio de urgencias), son similares al protocolo implementado en países como Estados Unidos;⁽³⁸⁾ respaldados por posturas teóricas como la de Mann y Michel, autores que sugieren continuar con el fortalecimiento de acciones de prevención con enfoque de riesgo individual.^(38,39)

En relación con formulación de políticas nacionales, Colombia converge parcialmente con países de la región, como es el caso de Brasil, donde en 2019 se instaura la Política Nacional de Prevención de conductas autolesivas con fines preventivos, orientando acciones a la promoción de articulaciones intersectoriales;⁽⁴⁰⁾ implementado Centros de Atención Psicosocial (CAPS), los cuales proporcionan a la persona con alguna conducta suicida un abordaje integral con enfoque comunitario, incluida la vigilancia en salud pública.⁽⁴¹⁾

En México, la reforma a la SM inició en el año 2001 como resultado de la preocupación por orientar el sistema de salud a un enfoque integral, lo que dio pie a direccionar el papel de la política pública hacia la construcción de estrategias y acciones de carácter asistencial, comunitario y psicosocial;⁽⁴²⁾ las acciones referentes a la conducta suicida no han sido llevadas a cabo directamente por el sector salud, debido a una ausencia latente de un plan nacional de prevención de conductas suicidas.⁽⁴³⁾

Para el caso chileno, se inició la reforma en 1993 y se dio prioridad a los hospitales de día, con el tiempo se implementaron programas de rehabilitación psicosocial y las unidades de hospitalización general, incrementado la inversión en SM, fortaleciendo la APS;⁽⁴⁴⁾ contando con un Programa Nacional de Prevención del Suicidio desde 2003, desde el cual se desarrollan guías orientadoras para su abordaje desde diferentes contextos, individual y comunitario.⁽⁴⁵⁾

Las intervenciones denominadas “posvención”, hacen referencia a las estrategias de intervención posteriores a una conducta suicida, hacen parte de los Sistemas de Vigilancia del Intento Suicida,⁽⁴⁶⁾ y son implementadas en diferentes países, como es el caso de Chile, Brasil, México y Colombia.

Cuba inicia el proceso descentralización de la SM a partir de 1970, se crean los dispensarios de Salud Mental y en la década de los 1980 se organizan los primeros hospitales de día, seguido del surgimiento de los Centros Comunitarios de Salud Mental.⁽⁴⁷⁾ Así, es un país pionero en acoger un sistema de atención en SM con enfoque de APS, trabajando en estrecha colaboración con los equipos de salud comunitaria (coordinación entre niveles primarios, secundarios y terciarios de atención) y el seguimiento a los casos de conductas suicidas con equipos interdisciplinarios de salud.⁽⁴⁸⁾

A manera de síntesis, la inclinación hacia la implementación de servicios de SM basados en comunidad ha sido una alternativa que implica a la APS y que ha sido adoptada por países de

la región, como Cuba, Brasil y Chile⁽⁴⁹⁾ y de otras regiones del mundo (como nueva Zelanda, Noruega, Reino Unido).⁽⁵⁰⁾

En conclusión, es posible identificar una orientación del Sistema de Salud Mental hacia el fortalecimiento acciones clínicas individuales, develando una desarticulación con las acciones con enfoque de salud pública.

Referencias bibliográficas

1. Van Heeringen. Part I. The suicidal process: an overview of research findings. Understanding suicidal behavior. The suicidal process approach to research, treatment and prevention. London: Other wile editorial offices; 2001.
2. OMS, OPS. Prevención del suicidio: un imperativo global. Organización Mundial de La Salud y Organización Panamericana de La Salud; 2014.
3. Vos T, Abajobir AA, Abbafati C, Abbas KM, Abate KH, Abd-Allah F, *et al.* Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet. 2017; 390:1211-59. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32154-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2).
4. OMS, OPS. Mortalidad por suicidio en las Américas. Organización Mundial de La Salud y Organización Panamericana de La Salud; 2014:1-14.
5. Colton CW, Manderscheid RW. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. Prev Chronic Dis. 2006;3:1-14.
6. Dublin LI. Suicide: a Public Health Problem. Am J Public Health Nations Health. 1965;55:12-5. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.55.1.12>.
7. Healthdata.org. GBD Compare | IHME Viz Hub n.d. 2019 [acceso 08/22/2020]. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.
8. Naghavi M. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. BMJ. 2019;364:194. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.194>.

9. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, *et al.* Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2013;382:1575-86. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6).
10. Reisinger Walker E, Druss W. Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2015;72:334-341. DI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2502.Mortality>.
11. Van Heeringen K. The Neurobiology of Suicide and Suicidality. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2003; 48:292-300. DOI: <https://doi.org/10.1177/070674370304800504>.
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4886 de 2018 por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud y Protección Social; 2018.
13. MinSalud. Colciencias. Encuesta Nacional de Salud Mental. Bogotá: MinSalud; 2015.
14. Bertolote JM. Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry*. 2008;6:113-6.
15. Carod-Artal FJ. Social determinants of mental health. *Global Mental Health: Prevention and Promotion*. 2017:33-46. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-319-59123-0_4.
16. WHO. Atlas Mental Health. Nutrition and HIV. 2014:324-44. Disponible en: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789241565011_eng.pdf.
17. Consejo Nacional De Política Económica y Social. República de Colombia. Documento CONPES. Estrategia Para La Promoción De La Salud Mental En Colombia. Bogotá, Colombia: Consejo Nacional De Política Económica y Social; 2020.
18. Restrepo-Zea JH, Casas-Bustamante LP, Espinal-Piedrahita JJ. Cobertura universal y acceso efectivo a los servicios de salud: ¿Qué ha pasado en Colombia después de diez años de la Sentencia T-760?*. *Revista de Salud Pública*. 2018;20:670-6. DOI <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n6.78585>
19. Ordoñez Matamoros G. Conocimiento para ilustrar la toma de decisiones de política pública. *Manual de análisis y diseño de políticas públicas*, Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 2013. p. 27-88.
20. Ardón-Centeno N, Cubillos-Novella A, Javeriana el Fondo Distrital de Salud U, Ardón-CeNteNo N, ANdrés Cubillos-Novell AB. La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. 1960-2012. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2012;11:12-38. DOI: <https://doi.org/10.15446/rcp.v25n1.49971>.

21. OMS, OPS. Declaración de Caracas. Caracas: OMS, OPS; 1990.
22. Restrepo G. Manual de medicamentos psiquiátricos del plan obligatorio de salud: dudas y preguntas. Rev Colomb Psiquiatr. 2006;XXXV:5-8.
23. Ministerio de la Protección Social República de Colombia. Lineamientos de política de salud mental para Colombia. Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social República de Colombia; 2005.
24. Defensoría del Pueblo de Colombia. El derecho a la salud. En la Constitución, la Jurisprudencia y los Instrumentos Internacionales. Bogotá, Colombia: Defensoría del Pueblo de Colombia; 2003.
25. Consejo Nacional De Política Económica y Social. República De Colombia. Documento CONPES. Estrategia Para La Promoción De La Salud Mental En Colombia. Bogotá, Colombia: Consejo Nacional De Política Económica y Social; 2020.
26. Equipo Investigativo del Programa de Salud y Seguridad Social de la Defensoría del Pueblo. La Salud Mental en Colombia. Bogotá, Colombia: Programa de Salud y Seguridad Social de la Defensoría del Pueblo; 2008.
27. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Acerca del CONPES. Bogotá, Colombia: Consejo Nacional de Política Económica y Social; 2023.
28. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 6408 de 2016. Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016.
29. Ministerio de Salud y protección Social. Resolución número 2273 de 2021. Por la cual se adopta el nuevo listado de servicios y tecnologías en salud que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2021.
30. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, de Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, *et al.* Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. The Lancet. 2018;391:1391-454. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32513-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32513-8)
31. Desviat M. Panorama internacional de la reforma psiquiátrica. Cien Saude Colet. 2011;16:4615-22. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300010>

32. Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2005;17:210-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1020-49892005000300012>
33. Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy (New York)*. 2005;71:83-96. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.01.011>
34. Leiva- Peña V, Rubí-González P, Vicente-Parada B. Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2021;45:1. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.158>
35. Observatorio Nacional de Salud Mental. Análisis de oferta sanitaria. Bogotá: 2019.
36. OMS, OPS. La reforma de los servicios de Salud Mental: 15 años después de la declaración de Caracas. OMS, OPS; 2007;1:27-34.
37. Ministerio de salud y Protección Social. Plan para la prevención y atención de la conducta suicida 2018 – 2021. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2018.
38. Mann JJ, Michel CA. Prevention of firearm suicide in the United States: What works and what is possible. *American Journal of Psychiatry*. 2016;173:969-79. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16010069>
39. Vásquez-Escobar L, Pérez Yesith T, Lagos L, Ibáñez E, Téllez-Ávila EM, Malagón-Rojas JN. (2022). Intento de suicidio en Colombia: un estudio de los factores asociados a la intoxicación intencionada. 2007-2017. *Revista Salud Uninorte*. 2023;38(2):543-59. DOI: <https://doi.org/10.14482/sun.38.2.616.858>
40. Gunnell D, Knipe D, Chang S-S, Pearson M, Konradsen F, Jin Lee W, *et al*. Prevention of suicide with regulations aimed at restricting access to highly hazardous pesticides: a systematic review of the international evidence. *Lancet Glob Health*. 2017;5:959. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30299-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30299-1)
41. Eduarda da Silva M, Manoel da Silva W, Passos Santos M, Joaquim Bezerra J, Alves de Oliveira Silva C, Carvalho Silva T, *et al*. Suicide prevention actions in Brazil 2020. DOI: <https://doi.org/10.37118/ijdr.20110.10.2020>

42. OMS, OPS. Evaluación de servicios de Salud Mental en la república mexicana. OMS, OPS; 2004.
43. Instituto Nacional de Salud Pública. Simplemente quería desaparecer... Aproximaciones a la conducta suicida de adolescentes en México. Instituto Nacional de Salud Pública; 2019.
44. Minoletti A. The reform of mental health services in Chile: 1991-2015. *Information Psychiatrique*. 2016;92:761-6. DOI: <https://doi.org/10.1684/ipe.2016.1549>
45. Inostroza C. Programa nacional de prevención del suicidio de Chile: una comparación con la evidencia internacional. *Gobierno y Administración Pública* 2021:123–37. DOI: <https://doi.org/10.29393/gp2-8pnci10008>
46. Szumilas M, Kutcher S. Post-suicide intervention programs: a systematic review. *Can J Public Health*. 2011;102:18-29. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF03404872>
47. Linz SJ, Lorenzo Ruiz A. Learning about mental healthcare in today's Cuba: An interview with the president of the Cuban society of psychology. *Perspect Psychiatr Care*. 2021;57:206-13. DOI: <https://doi.org/10.1111/ppc.12548>
48. Pirelli G, Wechsler H, Cramer RJ. Psychological evaluations for firearm ownership: Legal foundations, practice considerations, and a conceptual framework. *Prof Psychol Res Pr*. 2015;46:250-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/pro0000023>
49. Thornicroft G, Deb T, Henderson C. Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry*. 2016;15.
50. Kearns M, Muldoon OT, Msetfi RM, Surgenor PWG. The impact of community-based mental health service provision on stigma and attitudes towards professional help-seeking. *Journal of Mental Health*. 2019;28:289-95. DOI: <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1521928>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiación

Manuscrito derivado del proyecto de investigación titulado “Análisis desde el enfoque de las desigualdades sociales en salud del comportamiento de las tendencias sociodemográficas de la mortalidad por suicidio en Colombia. 1995-2020” SGI 3400. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.