



**GOBIERNO
DE COLOMBIA**



MINSALUD

DOCUMENTO BORRADOR DEL PLAN PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DE LA CONDUCTA SUICIDA 2018-2021

**Subdirección de Enfermedades No
Trasmisibles**

Bogotá, octubre de 2018



JUAN PABLO URIBE

Ministro de Salud y Protección Social

IVÁN DARIO GONZALEZ ORTÍZ

**Viceministro de Salud Pública y Prestación de
Servicios**

DIANA ISABEL CARDENAS GAMBOA

Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL

Secretario General

HAROLD MAURICIO CASAS CRUZ

Director encargado de Promoción y Prevención

HAROLD MAURICIO CASAS CRUZ

Subdirector de Enfermedades No Transmisibles



GOBIERNO
DE COLOMBIA



MINSALUD

**DOCUMENTO BORRADOR PARA LA CONCERTACION INTERSECTORIAL
DEL PLAN PARA LA PREVENCION Y ATENCION INTEGRAL DE LA
CONDUCTA SUICIDA 2018 -2021**

Subdirección de Enfermedades No Transmisibles

Grupo Funcional: Gestión Integrada para la Salud Mental

Coordinación editorial y cuidado de texto

Nubia Esperanza Bautista Bautista
Rodrigo Lopera Isaza
Carolina Cuello Royert

Diseño y diagramación

Carolina Cuello Royert

Elaborado por:

Carolina Cuello Royert
Rodrigo Lopera Isaza

Bogotá D.C., Colombia, octubre de 2018

Usted puede copiar, descargar o imprimir los contenidos del Ministerio de Salud y Protección Social MSPS para su propio uso y puede incluir extractos de publicaciones, bases de datos y productos de multimedia en sus propios documentos, presentaciones, blogs, sitios web y materiales docentes, siempre y cuando se dé el adecuado reconocimiento al MSPS.

Tabla de Contenido

	Pag.
1. ANTECEDENTES.....	5
2. MARCO NORMATIVO	10
3. MARCO TEÓRICO	16
2.1 Definiciones Operativas.....	17
2.2 Situación Actual de la Conducta Suicida en Colombia.....	18
4. OBJETIVOS DEL PLAN.....	26
4.1 Objetivo General.....	26
4.2 Objetivos Específicos.....	26
5. METODOLOGÍA DE LA FORMULACIÓN DEL PLAN.....	27
6. LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL PLAN.....	31
6.1 Atención integral en Salud Mental	32
6.1.1 Promoción de la salud mental.....	33
6.1.2. Prevención y atención a la conducta suicida.....	33
6.2. Sensibilización, educación a la comunidad -Participación comunitaria.....	36
6.3. Formación y capacitación al talento humano.....	37
6.4. Gestión del conocimiento.....	38
7. BIBLIOGRAFÍA	39

1. ANTECEDENTES

La conducta suicida es un resultado no deseado en salud mental, de origen multicausal, vinculado a diversos factores desencadenantes, incluye una serie de eventos prevenibles, de diferentes características o condiciones, incluye la ideación suicida, los planes suicidas, el intento de suicidio y el suicidio consumado. La clasificación internacional de enfermedades en su versión 10 (CIE10), clasifica esta conducta (intento y suicidio solamente) dentro del grupo de *causas externas de morbilidad y de mortalidad* (C20), en el subgrupo de las *lesiones autoinflingidas intencionalmente* (X60 a X84).

La Ley 1616 de 2013, ordena al Ministerio de Salud y Protección Social y a las Direcciones Territoriales de Salud, “implementar sistemas de vigilancia epidemiológica en eventos de interés en salud mental...” incluyendo entre otros a la conducta suicida. La vigilancia se lleva a cabo con el objetivo de caracterizar el evento, georreferenciar los casos, detectar tempranamente cambios en el patrón de ocurrencia del evento y “Canalizar a los pacientes hacia acciones colectivas en salud encaminadas a reducir o controlar el riesgo de intento de suicidio”¹.

En Colombia, desde el año 2016, se hace vigilancia epidemiológica del intento de suicidio, el cual se ha encontrado que es un factor predictivo del suicidio consumado; esto se hace a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), igualmente, se monitorea la mortalidad por suicidio, a través del reporte de estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). El Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) tiene a su cargo el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones de Causa Externa (SIVELCE), el cual recopila y analiza toda la información relacionada con el ejercicio médico legal (informes técnicos periciales y clínica forense), reporta violencias, (incluyendo al suicidio), que se notifica desde sus unidades regionales, seccionales y básicas^{1,2}.

En relación con la ideación suicida y el plan suicida, es poco lo que se conoce, “la ideación suicida suele ser una experiencia fugaz y fluctuante, no observable por otros”, ambos hacen parte de la sintomatología y esta información podría encontrarse consignada en la historia clínica del paciente, si el profesional de la salud explora su presencia, no es un diagnóstico codificado por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), como tal. En la ciudad de Bogotá, el Sistema de Vigilancia de la Conducta Suicida (SISVECOS), trabaja de manera

sistemática en la recolección de información sobre amenaza, ideación y suicidio consumado, para caracterizar estos eventos y orientar las acciones de prevención y las intervenciones necesarias para su control^{3,5}.

El preocupante crecimiento de las personas que intencionalmente intentan acabar con su vida, se ha constituido en un problema de salud pública; el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) en el marco del Convenio de Cooperación Técnica 485 de 2010 con la Organización Panamericana de la Salud realizó durante los años 2011 y 2012, diversas acciones entre las cuales se encuentran las siguientes: salas situacionales sobre conducta suicida que incluyeron sesiones virtuales y consensos de expertos con el fin de orientar la política pública en esta temática; revisión crítica basada en la evidencia de la literatura nacional e internacional, acerca de intervenciones efectivas para la prevención e intervención de la conducta suicida y la construcción de una propuesta del Plan Nacional de Prevención e Intervención de la Conducta Suicida, los cuales constituyen un insumo para la formulación del presente documento.

Por otra parte, en 2016 se realizaron dos salas sobre conducta suicida, una se realizó en Bogotá y otra en la ciudad de Medellín, con el objetivo de analizar la situación de la conducta suicida (Ideación, planes, intento, suicidio consumado) en el país y recibir aportes de expertos en salud mental desde el enfoque de Determinantes Sociales de la Salud, con base en las fuentes de información disponibles a nivel nacional y departamental y recoger propuestas de intervención y otros insumos para la construcción del Plan Nacional de Prevención y Atención a la Conducta Suicida 2018 – 2021.

Se convocaron representantes de diferentes instituciones, entre estos: Instituto Nacional de Salud-INS, Ministerio de Educación Nacional, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), Ministerio de Cultura, la Radio Televisión Nacional de Colombia RTVC-Sistema de Medios Públicos, el Ministerio de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (MinTICS), Departamento de la Prosperidad Social, Superintendencia Nacional de Salud, Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, INPEC, Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios, el Ministerio del Interior y la Dirección de Asuntos Indígenas, minorías y pueblo ROM. En Medellín, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia convocó a diferentes actores sociales y participaron: la Facultad Nacional de Salud Pública y el Departamento Psicología de la Universidad de Antioquia, la Universidad Católica de Oriente, la

Universidad CES, la Universidad de San Buenaventura, los grupos de investigación GASMA y GISAME, las ONGs ASOBIME y ASODEP, el capítulo Antioquia del Colegio Colombiano de Psicólogos, Metrosalud, Cafesalud EPS, Saviasalud EPS, Secretaría de Salud de Medellín, Sura EPS, el Servicio médico de Ecopetrol y las Secretarías de Salud de los municipios Bello, Envigado y Caldas. Luego del análisis de los determinantes sociales que están relacionados con la conducta suicida en Colombia, los resultados se agruparon teniendo en cuenta si estos son determinantes estructurales (políticas y cultura), intermedios (Nivel educativo, ocupación, etnia) o proximales: Conductuales, biológicos. (Familiares, individuales).

En la categoría de los determinantes estructurales, el grupo de análisis incluyó aspectos relacionados con el contexto socioeconómico y político, como la gobernanza (se tuvo en cuenta grupos específicos de riesgo: comunidad indígena, campesinos, grupos étnicos) y la distribución geográfica del evento, las políticas macroeconómicas, las políticas sociales (mercado laboral, vivienda, tenencia de tierras, características de la vida en la ruralidad), las políticas públicas en salud, la cultura y las clases sociales, entre otros determinantes, los cuales son características o circunstancias que inciden en la presencia o ausencia de desigualdades e inequidades en salud y repercuten en la salud mental de la población.

Entre los aspectos identificados como prioritarios, se consideró necesario difundir e implementar guías de práctica clínica para el manejo integral de los trastornos mentales, mejorar la atención integral a personas con enfermedad crónica o intenso dolor, vincular al sector educativo a las intervenciones y fortalecer la educación en salud mental en el pregrado de los profesionales de la salud.

Se encontraron una serie de características asociadas al evento, como: el desarraigo identitario y territorial, las rupturas culturales que afectan negativamente la salud mental, además se consideró el bajo posicionamiento de la política pública en salud mental y la baja prioridad para los gobiernos, en relación con esta temática.

También se analizó que hay otros factores de interés, por su carácter de favorecedores de la conducta suicida como: el sensacionalismo de los medios frente al tema, las dificultades en el acceso a los servicios de salud mental (de diferente orden), la falta de recurso humano capacitado en atención primaria en salud mental, el manejo inadecuado que con frecuencia se da al paciente, su familia y entorno y la estigmatización de quienes buscan ayuda por

conducta suicida, problemas o trastornos mentales. Las pérdidas financieras, el estado civil, la presencia de discapacidad, la orientación sexual, la pérdida de cohesión y capital social, manifestada por débiles lazos afectivos y redes de apoyo, sumado esto a la influencia de las redes sociales, fueron variables consideradas muy importantes en este análisis.

En el grupo de determinantes intermedios que se encuentran asociados con la conducta suicida se consideró de interés distintas variables, entre ellas: la pertenencia étnica es importante (los jóvenes indígenas son más vulnerables), se identificó la presencia de casos en departamentos con baja población, la vulnerabilidad de ciertos grupos poblacionales como los jóvenes, las víctimas de la violencia y los estudiantes de internados.

Dentro del grupo de determinantes proximales se incluyeron aquellos factores conductuales, biológicos (Familiares y/o individuales), que aumentan la probabilidad de aparición de la conducta suicida, tales como la aparición del evento en edades tempranas (hay una proporción elevada de casos en personas de 15 a 24 años), las mujeres pre y adolescentes que sufren violencia intrafamiliar y violencia sexual son población en condición de vulnerabilidad y en este grupo las cifras de intento de suicidio podrían ser más elevadas, el fácil acceso a sustancias químicas y elementos letales, los conflictos de pareja son el suceso cercano más frecuentemente asociado al intento suicida, los cuales también podrían estar relacionados con dicha conducta entre adolescentes, también se identifican como determinantes proximales, las enfermedades, pérdidas económicas o afectivas, la presencia de problemas o trastornos mentales y del comportamiento, duelos no resueltos, problemas en el amor, vacíos afectivos, los antecedentes familiares de suicidio y personales de intento de suicidio.

En relación con la caracterización de la conducta suicida, cabe mencionar que el día que más se suicidan las personas en el país es el domingo; se dispone de insuficiente información epidemiológica sobre conducta suicida en especial de zonas de difícil acceso y hay preocupante tendencia al incremento de los casos en algunas zonas del país, afectando el riesgo en los adolescentes por la exposición al suicidio de otras personas².

Otros elementos resaltados en el análisis fueron: El estado civil (los solteros son los que más se suicidan), el sexo (el intento de suicidio se presenta más en mujeres y los que más se suicidan son los hombres), en general, se suicidan 3 hombres por cada mujer, la ubicación geográfica (el suicidio se presenta en mayor proporción en mujeres que residen

en cabeceras municipales), los intentos previos tienen valor predictivo para el suicidio, otra característica vinculada a la conducta suicida fue el consumo de sustancias psicoactivas, los problemas socioeconómicos y laborales.

El método más común de intento de suicidio es la intoxicación (65% de los casos), seguido de lesiones con armas cortopunzantes (19,5%), ahorcamiento (5%) y lesiones por arma de fuego (45%)⁴.

El grupo de análisis concluyó que: La conducta suicida es un evento de interés en salud pública, de origen multifactorial, la vigilancia y el acompañamiento posterior del intento de suicidio, evita muertes y las intervenciones para su prevención y atención deben ser intersectoriales, ya que muchos de los factores asociados al evento se relacionan con características de orden político, económico, social o conductual, de naturaleza distinta a las variables vinculadas de manera directa con la salud, pero no menos importantes. Sería apropiado aumentar las alertas cuando existe ideación o intentos previos, el sector educativo podría aportar mucho al análisis e intervención del evento, existen grupos con mayor vulnerabilidad, como los niños, adolescentes, indígenas, afrodescendientes y población en condición de desplazamiento, se requiere profundizar en el análisis de factores culturales y contextos propios, se identificaron como factores protectores el tener hijos y la espiritualidad; el análisis de la conducta suicida a la luz de los determinantes sociales es un ejercicio necesario para una mejor comprensión del evento y para la toma de decisiones informadas.

Por lo anterior, a nivel territorial es importante analizar las características asociadas a la conducta suicida, teniendo en cuenta que los determinantes sociales tienen una distribución diferente en relación con aspectos geográficos, culturales, étnicos, socioeconómicos y otros de diversa índole.

Con base en lo anterior se elaboró la primera versión de un lineamiento técnico que fue socializado a las entidades territoriales (32 departamentos y 5 distritos) a quienes se les realizó varias asistencias técnicas virtuales y presenciales, para que dieran inicio a la formulación e implementación de planes territoriales.

Posteriormente, durante el mes de mayo de 2018 se realizó la socialización y retroalimentación del documento entre diferentes dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social y en junio de este mismo año se realizó el taller *Estrategias*

Intersectoriales del Plan para la Prevención y Atención Integral de la Conducta Suicida 2018-2021 con la participación de Secretaría de Salud de Cundinamarca, Ministerio del Interior - Grupo Promoción de Derechos y asesora del despacho del viceministro; Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios – USPEC ; Instituto Nacional de Salud; Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF; Atención Prehospitalaria – ACOTAPH y Consejo Nacional de Salud Mental; Ministerio de Educación Nacional; Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario – INPEC ; Secretaría de Salud de Bogotá - Oficina de Vigilancia en Salud Pública; Universidad Nacional de Colombia, -Facultad de Enfermería; Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia – ANEC; Colegio Colombiano de Psicólogos – COLPSIC; Centro Camiliano - Pastoral Social; Clínica Nuestra Señora de la Paz, Orden Hospitalaria San Juan de Dios; Sistema de Medios Públicos – RTVC; Superintendencia Nacional de Salud – SNS; Defensoría del Pueblo; Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral – ACEMI; Movimiento Social de Discapacidad Colombia – MOSODIC y Consejo Nacional de Salud Mental, quienes aportaron insumos epidemiológicos, normativos y técnicos al documento inicial dando continuidad al proceso de construcción participativa del plan intersectorial.

En el marco del cumplimiento a lo establecido en la Ley 1616 de 2013 (Ley Nacional de Salud Mental) se incorporó al interior del documento CONPES en salud mental la actividad 4.1.3. denominada: “Formular e implementar el Plan Nacional para la Prevención y Atención de la Conducta Suicida”, la cual permite la articulación y coordinación intersectorial en los próximos años.

2. MARCO NORMATIVO

Ley 1616 de 2013: En el marco de la *Ley de Salud Mental*, cuyo objeto es: “garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud,” se establece que corresponde a

este Ministerio “dirigir las acciones de promoción en Salud mental a afectar positivamente los determinantes de la salud mental e involucran: inclusión social, eliminación del estigma y la discriminación, buen trato y prevención de las violencias, las prácticas de hostigamiento, acoso o matoneo escolar, prevención del suicidio prevención del consumo de sustancias psicoactivas, participación social y seguridad económica y alimentaria, entre otras”.

Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP): En el marco de la *Ley 1438 de 2011*, se construyó de manera participativa el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 como una apuesta del país, que propende por la equidad en salud entre los grupos poblacionales, independiente de sus características y particularidades. Entre sus objetivos específicos tiene: “mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente”. En uso de sus funciones el Ministerio de Salud y Protección Social ejerció la rectoría del proceso de elaboración del Plan y utilizó la mejor evidencia científica existente para la selección de intervenciones y estrategias que fueron incluidas en el documento, a estas se sumaron todos los aportes obtenidos en el ejercicio de la participación social y comunitaria, sectorial e intersectorial.

En el abordaje técnico y político del PDSP se definieron ocho dimensiones prioritarias (salud ambiental; sexualidad y derechos sexuales y reproductivos; seguridad alimentaria y nutricional; convivencia social y salud mental; vida saludable y enfermedades transmisibles; vida saludable y condiciones no transmisibles; salud pública en emergencias y desastres; y salud en el entorno laboral) y dos dimensiones trasversales y a partir de estas se realizó el análisis de los determinantes sociales en salud, por cada dimensión.

La dimensión Convivencia Social y Salud Mental se definió como un “espacio de construcción, participación y acción transectorial y comunitaria que, mediante la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia, contribuya al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos.” Esta a su vez estableció dos componentes:

- Promoción de la salud mental y la convivencia



- Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia; una de las metas de este último componente es “A 2021 disminuir la tasa de mortalidad por suicidio y lesiones autoinflingidas a 4,7 por 100.000 habitantes”

En función de lo anterior, se hace necesario trabajar en el Plan para la Prevención y Atención Integral de la Conducta Suicida, por considerarse un evento de alto impacto para el individuo, su familia y para la sociedad en general, que requiere intervención prioritaria.

Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): En 2015 en el seno de las Naciones Unidas, los estados miembros acordaron mediante Declaración conjunta, una agenda que involucra el logro de 17 objetivos y 169 metas, que se tratarán de alcanzar para el año 2030. Estos objetivos pretenden incidir de manera directa o indirecta en la salud de las personas, a través del logro de condiciones de vida más igualitarias, “son un llamado universal a la adopción de medidas para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad”.

La propuesta del Objetivo 3 es: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades y una de las metas planteadas para alcanzar este ODS es: “Para 2030 reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles (ENT), mediante la prevención y el tratamiento, y promover la salud y el bienestar mental”, siendo la mortalidad por suicidio una externalidad asociada a este tipo de enfermedades.

De igual forma se deben tener en cuenta, la normatividad territorial establecidas en Acuerdos, ordenanzas y demás actos administrativos, así como las metas establecidas en los planes territoriales de salud, los cuales dan sustento a la formulación de los Planes Territoriales de Prevención y Atención a la Conducta Suicida.

Decreto 0280 de 2015. Por el cual se crea la Comisión Interinstitucional de Alto Nivel para el alistamiento y la efectiva implementación de la Agenda de Desarrollo Post 2015 y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible –ODS. En el marco de este decreto, Colombia dio inicio al proceso de alistamiento para dar cumplimiento al mandato definido por la Asamblea General de Naciones Unidas. En la actualidad, el Ministerio de Salud se encuentra realizando una revisión de los avances y desarrollos en el reporte de indicadores que fueron concertados al interior de sus dependencias en relación con los ODS.



Resolución 429 de 2016. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. En el marco del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), se establece un componente operativo de este: la regulación de las Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS, las cuales “integran las intervenciones individuales y colectivas que realizan los diferentes integrantes dentro de sus competencias, las cuales deben adaptarse a los ámbitos territoriales y a los diferentes grupos poblacionales”, (Artículo 5).

Las intervenciones de la ruta de riesgo (en este evento es la Ruta de Problemas, Trastornos Mentales y Epilepsia) estarán orientadas a “garantizar el adecuado control del cuadro clínico de la persona, evitar la progresión del mismo y prevenir los desenlaces no deseados tales como discapacidad o disfuncionalidad que afecten la autonomía, la agudización de cuadro clínico que haga necesario la atención de urgencias o la internación del paciente, el intento de suicidio o el suicidio, la mortalidad por empeoramiento de su cuadro o el desarrollo o la progresión de comorbilidades relacionadas con el cuadro o su tratamiento”; esto también incluye el seguimiento y la valoración del riesgo de reincidencia, aspectos muy importantes en el manejo de este evento².

Resolución 3202 de 2016. “Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones”.

Adicionalmente, diferentes instituciones y organizaciones participan de la gestión integral del riesgo en conducta suicida, cuyo marco normativo se resume en el siguiente cuadro:

INSTITUCIÓN U ORGANIZACIÓN	MARCO NORMATIVO, REGLAMENTARIO O PROGRAMÁTICO
Instituto Nacional de Salud	<i>Decreto 780 de 2016:</i> Operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA, en el cual se incluyen el Protocolo de vigilancia en salud pública del intento de suicidio y el Protocolo de vigilancia en salud pública de intoxicaciones por sustancia químicas
Colegio Colombiano de Psicólogos	<i>Ley 1090 de 2006:</i> por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones <i>Ley 1616 de 2013:</i> ley de Salud Mental.



Defensoría del pueblo	<i>Declaración de 1948:</i> Declaración Universal de los Derechos Humanos (Organización de las Naciones Unidas-ONU) <i>Ley 12 de 1991:</i> Convención Internacional sobre los Derechos Del Niño <i>Ley 24 de 1992:</i> organización y funcionamiento de la Defensoría del Pueblo <i>Ley 1755 de 2015:</i> Derecho Fundamental de Petición
Superintendencia Nacional de Salud	<i>Decreto 2462 de 2013:</i> el cual define la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud, las acciones de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las acciones de inspección, vigilancia y control en la garantía del derecho fundamental a la salud y las acciones de inspección, vigilancia y control sobre planes de salud pública (en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021.) <i>Circular 004 de 2015:</i> Instrucciones para la prestación de los servicios de salud de los Adultos Mayores. <i>Circular 008 de 2017:</i> Instrucciones respecto a la ruta de atención integral a víctimas de ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas. Desarrollo de <i>metodologías para el análisis de riesgos en salud</i>. Seguimiento a Fallos. <i>Circular 004 de 2017:</i> Instrucciones respecto a la ruta integral de atención en salud y rehabilitación funcional para las víctimas de minas antipersonal (MAP) y de municiones sin explotar (MUSE). <i>Carta del buen trato</i>
Secretaría de Salud de Cundinamarca	Decreto y Resoluciones municipales de conformación de la red del buen trato, espacio en el cual se trabajan los Planes para la Prevención de la Conducta suicida. Documento preliminar de Política Pública de Salud Mental (que incluye plan para la Prevención de la Conducta suicida).
Ministerio del interior Dirección de asuntos indígenas, ROM y minorías. Grupo promoción de derechos	<i>Convenio 169</i> de la Organización Internacional del Trabajo. <i>Ley 691 de 2001:</i> participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia <i>Auto 004 de 2009:</i> Protección de derechos fundamentales de personas e indígenas desplazados por el conflicto armado <i>Auto 092 de 2008:</i> Adopción de medidas para la protección a mujeres víctimas del desplazamiento forzado por causa del conflicto armado <i>Decreto 1953 de 2014:</i> régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas <i>Decreto 1973 de 2013:</i> Por el cual se crea la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos y Organizaciones Indígenas <i>Ley 21 de 1991:</i> convenio número 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes <i>Decreto 2340 de 2015:</i> a estructura orgánica y funciones del Ministerio del Interior y se integra el Sistema Administrativo del Ministerio del Interior.



Movimiento Social de Discapacidad Colombia – MOSODIC	<i>Ley 1618 de 2013:</i> Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad <i>Ley 1306 de 2009:</i> por la cual se dictan normas para la protección de personas con discapacidad mental y se establece el régimen de la representación legal de incapaces emancipados. <i>Ley 1616 de 2013:</i> Ley de salud mental. <i>Ley 1346 de 2009.</i> Por medio de la cual se aprueba la "Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad", adoptada por la Asamblea General de la Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006. <i>Ley 1620 de 2013:</i> por la cual se crea el sistema nacional de convivencia escolar y formación para el ejercicio de los derechos humanos, la educación para la sexualidad y la prevención y mitigación de la violencia escolar.
Sistema de Medios Públicos – RTVC	Política Nacional de Salud Mental. Toda la normatividad nacional relacionada con manejo de la información
Asociación Nacional de Enfermeras - ANEC (seccional Boyacá)	<i>Ley 100 de 1993:</i> Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. <i>Ley 1122:</i> ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios <i>Ley 1438 de 2011:</i> fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud. Unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera. <i>Ley Estatutaria 1751 de 2015:</i> Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. <i>Ley 1616 de 2013:</i> Ley de salud mental <i>Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021</i> <i>Ley 715 de 2001:</i> Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. <i>Análisis de Situación en Salud:</i> ASIS
Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario – INPEC	<i>Directiva 017 de 2013</i> <i>Directiva 012 de 2013</i> <i>Directiva 04 de 2011</i> <i>Manuales técnico-administrativos</i>



Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios – USPEC	<i>Decreto 4150 de 2011:</i> Por medio del cual se definen las competencias de la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC) y el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la Ley 1709 de 2014. <i>Ley 1709 de 2014:</i> obliga al USPEC a contratar una fiducia para que a su vez contrate la prestación de servicios de salud a población privada de la libertad a cargo del INPEC. <i>Manuales:</i> Conjuntamente con el INPEC se han elaborado 3 manuales: 1. Manual de prestación de servicios, 2. Manual de salud pública. Salud mental, 3. Manual de calidad.
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF	<i>Ley 1098 de 2006:</i> Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. <i>Ley 1878 de 2018:</i> Por medio de la cual se modifican algunos artículos de la ley 1098 de 2006, por la cual se expide el código de la infancia y la adolescencia, y se dictan otras disposiciones.
Defensoría del Pueblo	<i>Constitución política de 1991.</i> Artículo 282: El Defensor del Pueblo velará por la promoción, el ejercicio y la divulgación de los derechos humanos. <i>Decreto 025 de 2014:</i> Por el cual se modifica la estructura orgánica y se establece la organización y funcionamiento de la Defensoría del Pueblo. <i>Carta del trato digno al ciudadano.</i>
Clínica Nuestra Señora de la Paz, Orden Hospitalaria San Juan de Dios	<i>Ley 100 de 1993:</i> Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. <i>Ley 1616 de 2013:</i> Ley de salud mental. <i>Ley Estatutaria 1751 de 2015:</i> Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. <i>Resolución 3374 de 2000:</i> Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados. <i>Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida - SISVECOS</i>
Caritas Colombia, Centro Camiliano de Humanización y Pastoral de la Salud	<i>Doctrina social de la iglesia</i> <i>Secretariado Nacional de Pastoral Social:</i> misión y visión

3. MARCO TEÓRICO

“Cada 40 segundos se suicida una persona” en algún lugar de mundo, más de 800.000 personas al año a nivel mundial mueren por esta causa, entre los 15 y 29 años y después de los 70 años, son los períodos de la vida donde se presenta el suicidio con mayor frecuencia. El origen de este evento es multicausal, lo que está totalmente identificado es que la falta de oportunidad en las intervenciones dirigidas a las personas que han intentado



suicidarse, puede hacer una gran diferencia entre la vida y la muerte. A nivel global todos los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) están encaminados al desarrollo de estrategias para su prevención, como parte del Plan de Acción sobre Salud Mental.⁶

Aunque es un evento evitable, el estigma que recae sobre quienes intentan suicidarse o consuman el hecho y sus familias, hace que las personas no pidan ayuda. Es un problema de salud pública por varias razones: el aumento de su frecuencia, los años de vida potencialmente perdidos que se dejan de vivir por las muertes prematuras, lo que se deja de producir para la economía de un país por esta causa, las afectaciones en la familia y en la comunidad. La OMS viene sensibilizando y creando conciencia sobre el tema a través de sus programas, e informes basados en la evidencia científica y con esto pretende colocar el tema en la agenda pública a nivel global⁶.

La tasa global anual de suicidio, en 2012 alcanzó los 11,4 por 100.000 habitantes, con una razón hombre/mujer de 1,9, esta cifra es mucho más alta en los países de altos ingresos, donde se suicidan 3 hombres por cada mujer⁶.

Los intentos de suicidio pueden ser repetidos antes de llegar a consumarse el hecho (se habla que por cada suicidio hay 20 intentos), por esto es importante que sean considerados como un factor de riesgo a tener en cuenta, al igual que las barreras de acceso a los servicios de salud, así como el manejo que los medios de comunicación dan a las noticias relacionadas con la conducta suicida, además los problemas y trastornos mentales y del comportamiento, “la discriminación, el sentido de aislamiento, el abuso, la violencia y las relaciones conflictivas,... el consumo nocivo de alcohol, las pérdidas financieras, los dolores crónicos y los antecedentes familiares de suicidio”, otros casos se presentan de manera impulsiva, ligados a momentos críticos en la vida de las personas⁶.

2.1 Definiciones Operativas

La conducta suicida. Es “una secuencia de eventos denominado *proceso suicida* que se da de manera progresiva, en muchos casos e inicia con pensamientos e ideas que se siguen de planes suicidas y culminan en uno o múltiples intentos con aumento progresivo



de la letalidad sin llegar a la muerte, hasta el suicidio consumado” (Cañón Buitrago SC. Citado en la Encuesta Nacional de Salud Mental – ENSM, 2015)⁷.

La ideación suicida. “Se denomina, en sentido general, al conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte”. Se refiere al “paso anterior a la actuación y puede que no se manifieste o que se haga a través de amenazas, verbales o escritas”.^{7,8}

El plan suicida: Además del deseo de morir implica la elaboración de un plan para realizar el acto suicida, identificando métodos, lugares, momentos, la consecución de insumos para hacerlo, elaborar notas o mensajes de despedida. Implica un alto riesgo de pasar al intento.⁸

El intento de suicidio. El Protocolo de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública establece que un caso confirmado de intento de suicidio es “conducta potencialmente lesiva auto-inflingida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método”.¹

El suicidio. Muerte derivada de la utilización de cualquier método (envenenamiento, ahorcamiento, herida por arma de fuego o cortopunzante, lanzamiento al vacío, a un vehículo o cualquier otra forma) “con evidencia, explícita o implícita, de que fue autoinflingida” y con la intención de provocar el propio fallecimiento⁷. Es un problema de salud pública, por su frecuencia cada vez mayor, por la pérdida de muchos años de vida que pudieron ser vividos y en general por sus graves consecuencias sociales, económicas, entre otras.

Lesiones autoinflingidas intencionalmente. Se refiere a la denominación de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su versión diez (CIE 10), y que corresponde a los grupos diagnósticos X60 a X84, se refiere a las personas que intentan suicidarse, de los cuales algunos logran el objetivo (suicidio) y otros no.

2.2 Situación Actual de la Conducta Suicida en Colombia

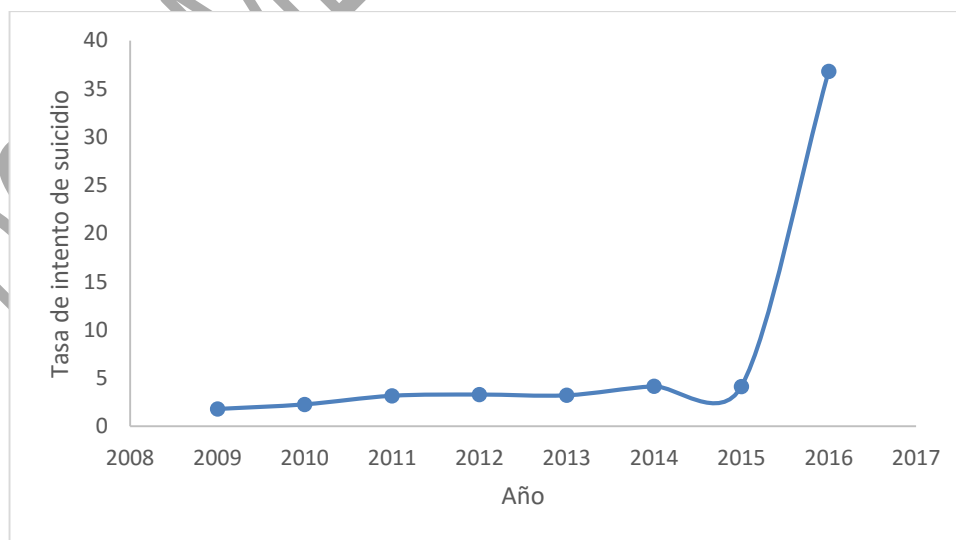
Existen diferentes fuentes oficiales de información de los indicadores sobre la conducta suicida en el país, las más importantes, citadas aquí son: la bodega de datos del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO, los reportes del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), la ENSM 2015, el Estudio de Estimación de la Carga de Enfermedad para Colombia, de 2010 y el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA.

Lesiones autoinflingidas intencionalmente. El número de personas atendidas por esta causa en todos los servicios de salud, de 2009 a 2016 (serie disponible), fue de 27.915 casos, con un promedio de 3.489 casos por año, esta información se refiere a quienes intentaron suicidarse y no lo lograron.

Dentro de este grupo las causas más frecuentes fueron: envenenamiento autoinflingido intencionalmente por, y exposición a otras drogas medicamentos y sustancias biológicas y los no especificados: vivienda (Código CIE10: X640) y envenenamiento autoinflingido intencionalmente por, y exposición a plaguicidas: vivienda (Código CIE10: X680).

La tasa de intento de suicidio reportada en SISPRO para el período 2009 a 2016, se ha ido incrementando año tras año, pasando de 1,8 por 100.000 habitantes en 2009 a 36,08 por 100.000 habitantes en 2016. Ver gráfico 1.

Gráfico 1. Tasa de intento de suicidio en Colombia, por 100.000 habitantes, de 2009 – 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de la Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, consultado en septiembre 5 de 2018.



En la distribución de las tasas de intento de suicidio, por grupos de edad, se observa un ascenso progresivo, son más altas en el grupo de edad de 15 a 19 años, seguido por el grupo de 20 a 24 años, sin embargo, se puede ver que la intencionalidad suicida puede iniciar cada vez más tempranamente y esto es consistente con la información que reporta la línea de emergencias toxicológicas del Ministerio de Salud y Protección Social y los medios de comunicación. (Ver tabla 1)

Tabla 1. Tasa de intento de suicidio en Colombia, de 2009 a 2016, por grupos de edad.

EDAD (en años)	AÑOS							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
De 10 A 14	1,66	2,15	3,12	3,23	3,51	4,25	5,72	50,94
De 15 A 19	5,06	7,79	10,54	10,43	10,26	13,55	15,01	114,45
De 20 A 24	4,04	5,16	6,69	8,15	7,18	9,69	8,25	80,51
De 25 A 29	3,54	3,82	5,68	5,6	5,16	6,86	5,81	55,44
De 30 A 34	2,09	2,69	3,76	3,61	4	5	4,01	41,74
De 35 A 39	1,78	2,19	3,01	2,63	2,8	3,31	3,43	31,15
De 40 A 44	1,16	1,19	1,68	2,24	1,84	2,47	3,13	23,96
De 45 A 49	0,97	0,84	1,47	1,66	1,64	1,88	1,8	18,4
De 50 A 54	0,5	0,52	1,01	0,98	1,65	2,03	1,46	12,74
De 55 A 59	0,8	0,44	1	1,17	0,83	1,41	0,95	11,16
De 60 A 64	0,37	0,5	0,61	0,85	0,31	0,84	0,81	8,05
De 65 A 69	0,79	0,19	0,28	0,44	0,67	0,64	0,76	6,09
De 70 A 74	0,86	0,24	0,72	1,3	0,35	0,56	0,54	5,27
De 75 A 79	0,36	0,34	0,16	0	0,45	0,59	1,02	6,71
De 80 o más	0,17	0,34	0,49	0,63	0,62	0,9	0,58	6,9

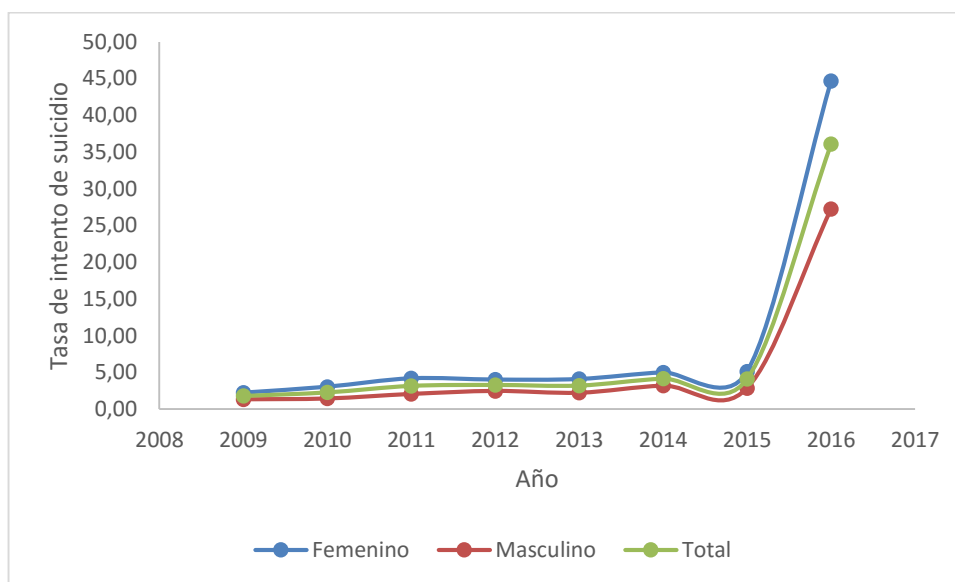
Fuente: Elaboración propia a partir de la Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro Individuales de Prestación de Servicios, RIPS, consulta realizada en septiembre 5 de 2018

Existen diferencias según el sexo, las tasas son más altas en las mujeres y la razón mujer/hombre se ha mantenido alrededor de 1,8. Es decir, por cada hombre que intenta suicidarse, aproximadamente dos mujeres lo hacen. Ver gráfico 2.

Reporte de la vigilancia epidemiológica del intento de suicidio.

Desde el año 2016, en cumplimiento de la ley 1616 de 2013, el Instituto Nacional de Salud (INS), dio inicio a la vigilancia epidemiológica del intento de suicidio. En este año se analizaron los datos de la semana epidemiológica 1 a la 52 y se encontró que se reportaron 17.587 casos, el Instituto Nacional de Salud reportó una tasa de intento de suicidio de 36,08 por 100.000 habitantes.

Gráfico 2. Tasa de intento de suicidio en Colombia, por 100.000 habitantes, según el sexo, de 2009 a 2016.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro Individuales de Prestación de Servicios, RIPS, consulta realizada en septiembre 5 de 2018

En 2017 fueron 25.835, con un incremento del 46,9%, la tasa fue de 52,4 por 100.000. En este año, se reportó que el 62,8% de los casos fueron del sexo femenino y 37,2% del masculino. La edad más frecuente de los casos, en ambos sexos fue de 15 a 19 años, con 29,7% del total, seguido del grupo de 20 a 24 años, con 19,5%. Las tasas más altas de intento de suicidio las tuvieron Vaupés, Putumayo, Caldas, Huila y Arauca⁶.

El 79,9% de los casos provienen de las cabeceras municipales; la distribución según la pertenencia étnica mostró que el 2,7% se reportó como población indígena, el 3,7% afrodescendientes, el 0,5% como ROM (gitanos), 0,1% se reconocen como raizales, el 0,1% palenqueros y el resto (93,5%) se clasificó como otros. ^{6,9}.

Las intoxicaciones son el mecanismo utilizado en el 68,7% de los casos, esto es consistente con los resultados ya descritos de los años anteriores y da cuenta de la importancia de que los profesionales de salud estén bien entrenados en el manejo de este tipo de patología; le sigue en frecuencia el uso de arma cortopunzante en el 20%, ahorcamiento en el 5,7% y



lanzamiento al vacío 3%. Otros mecanismos utilizados con menor frecuencia son: armas de fuego, lanzamiento a vehículo, inmolación y lanzamiento a cuerpos de agua. El 32,1% (8.299) de los casos notificados, presentaron intentos previos. Los conflictos de pareja o expareja (41%) y los problemas económicos (11,5%), son los principales factores desencadenantes del intento de suicidio en 2017 ^{6,9}.

Como se observa en la tabla 2, los trastornos psiquiátricos más frecuentemente relacionados con el intento de suicidio fueron: el trastorno depresivo, otros trastornos afectivos y el abuso de sustancias psicoactivas (SPA). Hay que tener en cuenta que un mismo paciente puede tener varios diagnósticos psiquiátricos. El 85,4% de todos los casos reportados fueron remitidos al servicio de psiquiatría.

El 2,4% (612) de los casos se encuentra en centros psiquiátricos, el 1,6% (412) de los casos notificados, pertenecen a población privada de la libertad (carcelaria), 1,1% a gestantes (288), 0,7% (183) a personas en condición de desplazamiento, 0,4% a población infantil bajo medidas de protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF (105 casos), 0,3% a personas con discapacidad (83), 0,2% a personas que habitan en la calle (60) y migrantes 0,2% (41) ^{6,9}.

Tabla 2. Trastornos psiquiátricos relacionados con el intento de suicidio en Colombia, semanas epidemiológicas 01-52 de 2017.

Trastornos psiquiátricos asociados	Casos	%
Trastorno depresivo	4867	38
Otros trastornos psiquiátricos	4493	35,1
Abuso de SPA	2211	17,3
Trastornos bipolares	340	2,7
Esquizofrenia	329	2,6
Otros trastornos afectivos	563	4,4

Fuente: SIVIGILA, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Por otra parte, en el SISPRO se reportaron 1.987 casos de intento de suicidio en el año 2015 y el SIVIGILA informó que en 2016 se presentaron 17.587 casos; evidenciando una cifra casi nueve veces más alta de un año al otro, esto podría explicarse por el subregistro que existía del evento; incluso todavía es posible que no se esté midiendo en su total dimensión este fenómeno, ya que es el primer año de su vigilancia epidemiológica y las

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS, las entidades territoriales y el sistema de información se encuentran mejorando sus procesos de reporte⁹.

“En relación al evento en población indígena, se debe señalar que existen factores favorecedores de la conducta suicida como son: la carencia de una educación con pertinencia étnica – etnoeducación, escasas oportunidades de vinculación laboral, restricción y destrucción de espacios rituales tradicionales procedente de un desequilibrio cultural, sumado a prácticas y comportamientos discriminatorios por parte de la población mestiza quienes imponen su propia cosmovisión, generando en los jóvenes indígenas un choque cultural y autonegación cultural, así como el escaso acceso a servicios de salud que incluyan acciones interculturales. También se reconoce un fenómeno de adoctrinamiento religioso, bajo nivel de ingresos económicos a nivel familiar, degradación de las condiciones comunitarias y la dependencia de otros modelos culturales, además, bajo desarrollo de procesos de práctica y recuperación de la medicina tradicional, insuficientes procesos de promoción y recuperación de los mecanismos de resolución de conflictos, de pautas de crianza, cuidado y educación.”^{9,10}

La marginación de los jóvenes indígenas tanto en sus propias comunidades, al no encontrar en ellas un lugar adecuado a sus necesidades, como en las sociedades envolventes, por la profunda discriminación, forja un sentimiento de aislamiento social que puede generar conductas suicidas.

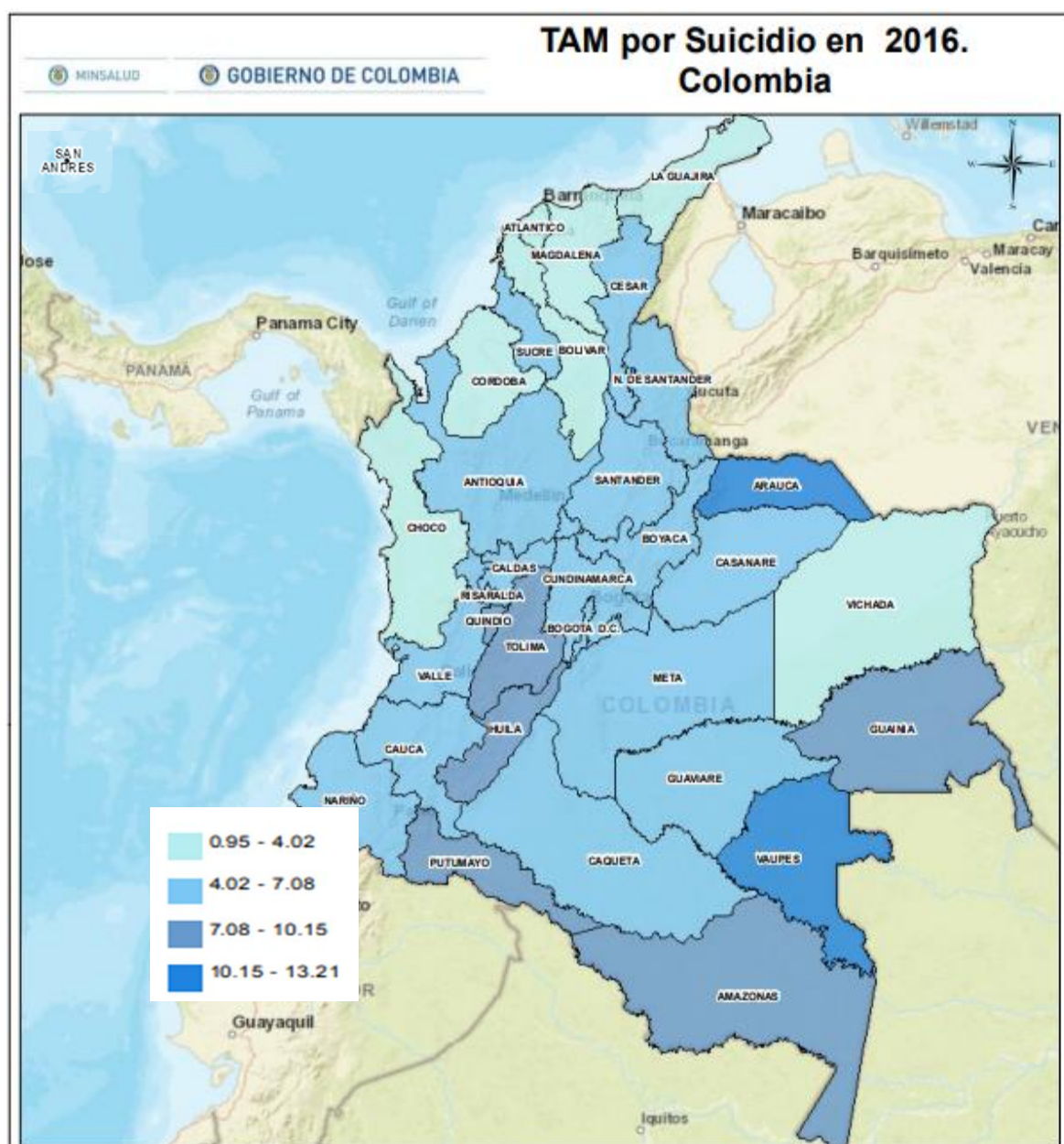
Entre los factores protectores de la salud mental indígena que se han identificado están: la buena relación con los miembros de la familia y percepción del apoyo por parte de ellos; los estilos cognitivos y de personalidad como las buenas habilidades sociales, la confianza en sí mismo, la búsqueda de ayuda y consejo en momentos críticos, la receptividad hacia las experiencias de otras personas y hacia los conocimientos nuevos; así como aspectos de integración social, buenas relaciones con los compañeros y apoyo de otras personas significativas”.^{9,10}

Suicidio. Según el DANE, el número de defunciones por suicidios en Colombia entre 2009 y 2016 fue de 17.522, con un promedio anual de 2.190 casos. En términos de tasas de suicidios, en este período han presentado una variabilidad importante, en 2009 fue de 5,12 por 100.000 habitantes, luego fue bajando progresivamente hasta 4,42 por 100.000 hab en 2013, la tasa siguió una tendencia al incremento y en 2016 alcanzó los 5,07.



En general el suicidio es más frecuente en hombres, en los cuales las tasas de mortalidad son de 3 a 4 veces más altas que en las mujeres, específicamente entre los 20 y 24 años, y se presenta con mayor frecuencia en solteros.

Mapa 1. Tasas Ajustadas de Mortalidad por Suicidio, por departamentos, en Colombia, 2016.



Fuente: Elaboración del visor geográfico de SISPRO a partir de la Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE, consultado el 27 de junio de 2018. *La tasa ajustada de Mortalidad por suicidio de San Andrés, Providencia y Santa Catalina es de 0,95 por 100.000 habitantes



Por departamentos, en 2016 se encontró que Vaupés (12,2 x 100 mil hab.), Arauca (11,6), Putumayo (9,2) y Guainía (9,1) fueron los departamentos con mayor tasa de mortalidad por esta causa; en este período hubo 19 departamentos con tasas por encima de la tasa nacional (5,07 por 100.000 habitantes). Los departamentos de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (0,9), Chocó (2,1) y Vichada (2,1), registraron las tasas más bajas. Ver Mapa 1.

Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015

La Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015, es un estudio poblacional realizado en Colombia, con una muestra representativa de las regiones Atlántica, Oriental, Central y Pacífica, incluye los 32 departamentos y el distrito de Bogotá, tanto a nivel urbano como rural. Se encuestaron 15.351 personas en los hogares seleccionados al azar, con un rango de edad de 7 a 96 años⁷.

En relación con la conducta suicida, la encuesta exploró todo el espectro, en población de 12 años en adelante: ideación suicida, plan suicida e intento suicida.

Tabla 2. Conducta suicida en adolescentes y adultos en Colombia, 2015

Conducta suicida	Adolescentes	Adultos
Ideación suicida	6,6%	6,6%
Plan suicida	1,8%*	2,4%
Intento de suicidio	2,5%*	2,6%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta nacional de Salud mental de 2015.

Nota: Las estimaciones marcadas con el asterisco (*) son imprecisas y pueden carecer de validez inferencial (CVE mayor al 20%).

La encuesta encontró que el evento más frecuente dentro de la conducta suicida es la ideación, con una frecuencia de 6,6%, seguido del intento de suicidio, con 2,6% y del plan suicida, con 1,8%. Ver tabla 2. Se encontró que 37,6% de quienes intentaron suicidarse, lo habían planeado. La información con respecto al plan suicida e intento de suicidio, incluyendo el tipo de intento, método y número de intentos, no se reporta por baja precisión del estimativo⁷.

En los adolescentes es más frecuente el intento de suicidio que el plan, lo que llama la atención sobre la incidencia de la impulsividad en este grupo poblacional; “en tales circunstancias, el acceso fácil a medios tales como plaguicidas o armas de fuego pueden marcar la diferencia entre la vida o la muerte de una persona”.⁹



Se observaron algunas diferencias por sexo en los adultos, las mujeres (7,6%) tienen mayor ideación suicida que los hombres (5,5%) y lo mismo pasa con el intento de suicidio, en las mujeres la frecuencia es 3,3% y en los hombres 1,9%.

4. OBJETIVOS DEL PLAN

4.1 Objetivo General

Definir un marco de acción intersectorial que oriente las intervenciones del Estado y la sociedad en su conjunto a nivel nacional y territorial para la prevención y atención integral de la conducta suicida en Colombia, para el periodo comprendido entre los años 2018 a 2021.

4.2 Objetivos Específicos

4.2.1. Fortalecer la articulación intersectorial de las acciones orientadas al mejoramiento y mantenimiento de las capacidades de afrontamiento ante estresores vitales y del disfrute de la vida de los individuos y las familias.

4.2.2. Mejorar el acceso oportuno y efectivo a servicios integrales de atención en salud mental a personas con riesgo o antecedente de conducta suicida.

4.2.3. Liderar procesos de sensibilización y educación a la comunidad y de organización social en torno a las necesidades de los individuos y familias afectadas por la conducta suicida.

4.2.4. Apoyar técnicamente al talento humano de los actores institucionales del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de otros sectores para la optimización de las acciones que ejecutan en el campo de la salud mental en los diferentes entornos donde transcurre la vida de las personas.

4.2.5. Fortalecer los procesos de gestión del conocimiento en el campo salud mental que permita optimizar la toma de decisiones y las políticas públicas para la prevención y atención de la conducta suicida en el país y los territorios.

5. METODOLOGÍA DE LA FORMULACIÓN DEL PLAN

La metodología propuesta para la construcción del plan es la sala situacional. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido la sala situacional como: “Aquellos espacios virtuales o físicos de trabajo matricial, en donde se conjugan diferentes saberes para la identificación y estudio de situaciones de salud coyunturales o no, llevar a cabo análisis de los factores que los determinan, las soluciones más viables y factibles de acuerdo con el contexto local y el monitoreo y evaluación de los resultados obtenidos después de la aplicación de las decisiones tomadas”

“La sala situacional no es del dominio exclusivo de la epidemiología, para el análisis de una situación se hace necesaria la interdisciplinariedad, que convoca a personas con experticia en diferentes áreas y sectores, quienes podrán aportar alternativas de solución a la problemática estudiada; es un espacio de concertación necesario para que los diferentes actores sociales se articulen alrededor de la salud pública. En el marco de la intersectorialidad, se requiere la participación de representantes institucionales y de la sociedad civil organizada. Para lo cual es necesario establecer los mecanismos y el clima propicio para su participación en igualdad de condiciones, valorando los diferentes saberes”^{10,11}.

Según la OPS, la situación que se va a analizar puede relacionarse con:

- Determinantes estructurales
- Factores protectores y factores de riesgo
- Problemas de salud
- Respuesta social e institucional

Se requiere también, de un equipo humano técnicamente preparado para el estudio de la situación o evento en salud que requiere de análisis¹¹.

La realidad objeto de estudio de la Sala Situacional debe abarcar¹¹:

- Instancias pasadas: ¿Cómo se produjo la realidad? ¿Cómo surgieron los problemas?
- Instancias presentes: ¿Cómo funciona la realidad? ¿Cómo se relacionan los problemas?

- Instancias futuras: ¿Para dónde tiende la situación actual? ¿Se agravarán los problemas, perderán importancia o surgirán otros nuevos?).

Fases de la Sala Situacional

El Ministerio de Salud y Protección Social, en 2013 elaboró una Guía Metodológica para Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales en Salud, la cual se constituye en el marco de referencia técnico y normativo que orienta acerca de la importancia y uso que se debe dar a las salas situacionales, su estructura y operatividad. A continuación se describen las características de la sala situacional según la guía ROSS¹²:

- a. Recolección de datos, tabulación, procesamiento, graficación y mapeo (Alistamiento)
- b. Análisis de datos: se observan tendencias, se hace comparación, valoración de frecuencias y elaboración de alternativas (Análisis)
- c. Valoración de problemas, valoración de intervenciones y toma de decisiones (contextualización y decisión).

Lo anterior incluye operativamente hablando:

- Sensibilización y convocatoria a distintos actores para la recolección y análisis de datos: Salud, Educación, Protección, Justicia, Policía, FFMM, Bomberos, Recreación y Deportes, Cultura, Medios de Comunicación, INPEC, Sociedad Civil - ONG, Iglesias, juventud, Emprendimiento, Cámara Comercio – Gremios, Academia, Grupos de Investigación, Ministerio Público
- Selección y recolección de información sobre comportamiento del suicidio en el territorio.
- Análisis sobre factores asociados con el comportamiento suicida en el territorio y oferta intersectorial disponible.
- Formulación participativa de plan de acción intersectorial (conforme a competencias y recursos territoriales).
- Implementación del plan de acción.
- Monitoreo, seguimiento y evaluación.

Usos y funciones de la sala situacional^{12,13}:

- Análisis de la situación de salud para la formulación de políticas, planes y proyectos o informes técnicos sobre problemas prioritarios o de interés para la salud pública.
- Negociación política y movilización de recursos entre actores responsables.
- Gestión de la organización y fomento de la intersectorialidad.
- Monitoreo y evaluación de la situación de salud entre poblaciones específicas y el impacto de intervenciones adelantadas.
- Difusión de la información. Acceso y uso compartido de datos.
- Interactuar con medios de comunicación masiva
- Identificar necesidades de investigación, brechas en la información.
- Evaluar la capacidad de respuesta, por ejemplo en relación con el manejo toxicológico de los casos.

Elementos para el análisis de la Conducta suicida en la sala situacional.

“Para el análisis de la conducta suicida, desde el punto de vista operativo, teniendo en cuenta los lineamientos de la OPS, se proponen los siguientes elementos básicos^{11,12}:

1. Caracterización de la población general: El análisis sociodemográfico de la población debe incluir su distribución por edad, sexo, ciclo vital, área de residencia (urbana, centros poblados o rural dispersa), ubicación espacial de la red de servicios (preferiblemente acompañado de un mapa), horarios de atención.
2. Identificación de los determinantes relacionados con la salud de la población general. Realizar el análisis de aquellas características que pudieran incidir en la conducta suicida, por ejemplo: la situación económica, social, cultural, política, étnica u otras propias de cada región.
3. Recolección de datos sobre las condiciones de vida: Recolectar datos sobre “las características sociales y culturales, tales como la escolaridad, el empleo/desempleo, el ingreso, las principales actividades económicas (ocupaciones), tipo de viviendas y hacinamiento, fuentes de energía, dieta, ejercicio/sedentarismo, etnicidad, relaciones de género, uso de servicios de salud, gasto en salud (público y privado), cobertura y calidad de servicios ambientales básicos (agua potable, alcantarillado, recolección de basura, control de vectores y roedores), ...recreación, entre otros”.



Esta información puede ser recolectada de fuentes secundarias como los Análisis de Situación de Salud (ASIS) territoriales.

4. Identificación de los factores de riesgo relacionados con la conducta suicida: En este caso deberán identificarse tanto los factores protectores como los que aumentan la probabilidad de que aparezca la conducta suicida. “Estos factores pueden ser biológicos, ambientales, nutricionales, sociales, culturales, conductuales y laborales.”²
5. Determinación de las afectaciones a la salud: Las afectaciones de la conducta suicida deberán ser medidas en términos de morbilidad, discapacidad o mortalidad prematura evitable (carga de enfermedad). Los datos epidemiológicos relacionados con el evento deben organizarse de acuerdo a las variables de interés: desagregaciones por edad, sexo, estado civil, ubicación geográfica- lugar de residencia, ubicación urbana/rural, por ejemplo – mecanismo usado para la autolesión, antecedentes de problemas o trastornos mentales, antecedentes de intento de suicidio, antecedentes familiares de suicidio, y otras características de interés. Debe recordarse que esta información puede obtenerse de diversas fuentes: bodega de datos del SISPRO (los indicadores de salud mental se encuentran disponibles en: <http://rssvr2.sispro.gov.co/ObsSaludMental/>), Sivigila, ASIS, DANE, entre otras.
6. Análisis de la respuesta social organizada: Debe analizarse y monitorearse la respuesta “que la institución, el sector salud y la sociedad civil, en su conjunto, están ofreciendo frente a los daños prioritarios, los riesgos y condiciones de vida prevalentes” y de manera particular al seguimiento que se da a la conducta suicida ante el riesgo de recurrencia. Otro aspecto prioritario es poder determinar el presupuesto y el gasto ejecutado en relación con la promoción de la salud mental y la prevención de la conducta suicida y el recurso humano disponible para la atención en salud mental.”

Después de recopilada toda la información descrita, es importante consolidarla en una base de datos, con los indicadores trazadores, para orientar el análisis de la información. Se proponen cinco tipos de indicadores que deberán estar disponibles^{11,12}:



- a. Indicadores para medir la situación de salud en relación con la conducta suicida (proporción de intentos de suicidio, tasa ajustada de mortalidad por suicidio, Años de vida potencialmente perdidos por el suicidio, por ejemplo)
- b. Indicadores de provisión de servicios de salud
- c. Indicadores de política en salud
- d. Indicadores que permitan medir la situación económica y social
- e. Indicador que permita determinar la prevalencia de algún trastorno mental diagnosticado en esta población.

Sería importante tener en consideración la información cualitativa, si se encuentra disponible, esta se debe analizar aplicando metodologías apropiadas para este tipo de dato¹².

Adicionalmente, la metodología de sala situacional permite la integración de los procesos de Gestión de la Salud Pública definidos en la Resolución 518 de 2015, tales como vigilancia en salud pública, gestión del conocimiento, planeación integral en salud y coordinación intersectorial, y por tal motivo el Ministerio de Salud y Protección Social decidió seleccionar esta metodología como la indicada para la formulación del plan nacional y los planes territoriales para la Prevención y Atención de la Conducta Suicida.

6. LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL PLAN

La OMS ha considerado tres estrategias para intervenir los factores de riesgo de la conducta suicida⁶:

- Las universales (poblacionales), encaminadas a mejorar el acceso a los servicios de salud, las acciones de promoción de la salud mental y de los estilos de vida saludables (haciendo énfasis en reducción del consumo de alcohol), la restricción al acceso a los medios para suicidarse y el trabajo articulado con los medios de comunicación
- Las estrategias de prevención selectivas, dirigidas a poblaciones vulnerables, como personas expuestas a violencia o desastres, por ejemplo el uso de líneas telefónicas de apoyo.



- Las estrategias indicadas, dirigidas a grupos específicos de población que ya presentan problemas y trastornos mentales o antecedentes de conducta suicida u otras condiciones que los ubican en alto riesgo, mediante el apoyo comunitario, la capacitación del recurso humano en salud, la detección temprana de los trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas.

Algo que se ha considerado especialmente clave en la prevención de la conducta suicida es el trabajo articulado entre el sector salud y varios sectores de la sociedad, como el sector educativo, el de justicia, trabajo, comercio, el de bienestar familiar, los medios de comunicación, entre otros.

Otra estrategia dirigida por la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para la prevención de la conducta suicida es la desarrollada en el programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP por sus siglas en inglés), dirigida a los proveedores de la atención en salud, no especializados y a la comunidad en general, el cual aborda la identificación y manejo de trastornos prioritarios como: “depresión, psicosis, trastorno bipolar, epilepsia, trastornos del desarrollo y conductuales en niños y adolescentes, demencia, trastornos por uso de alcohol, trastornos por uso de drogas, lesiones autoinfligidas / suicidio y otros síntomas emocionales significativos o padecimientos no justificables médicamente”¹⁴

6.1 Atención integral en Salud Mental

Las estrategias para la prevención y atención de la conducta suicida deben ponerse en práctica de manera paralela con la recopilación y análisis periódico de la información en salud mental; deben involucrar a los actores institucionales y comunitarios que tienen incidencia en el tema, ya que esto favorece el ambiente para las intervenciones y mejora la capacidad de respuesta. Muchas de estas intervenciones requieren un cambio social que a su vez debe fundamentarse en experiencias exitosas basadas en la evidencia, en voluntad política hacia los cambios necesarios y un liderazgo social que tenga claras las metas para la prevención de la conducta suicida. Las acciones se dirigen a la población general y prioritariamente a poblaciones con mayor riesgo como niñas, niños y adolescentes (incluyendo quienes se encuentran en el sistema de protección), víctimas de diferentes formas de violencia, personas privadas de la libertad, minorías



étnicas, población LGTBI, consumidores de sustancias psicoactivas y los que se identifiquen con mayor vulnerabilidad en cada territorio. En este orden de ideas, a continuación se describen las estrategias y acciones sugeridas:

6.1.1 Promoción de la salud mental

- Implementación de la estrategia Entornos Saludables (hogar, educativo, laboral, comunitario e institucional).
- Implementar la Ruta Integral de Atención de Promoción y Mantenimiento de la Salud.
- Alianzas con medios de comunicación en el marco de la Responsabilidad Social Empresarial para acoger recomendaciones del Programa SUPRE (por sus siglas en inglés: *Suicide Prevention*). Vincular los medios a campañas sobre salud mental positiva.
- Desarrollar campañas de sensibilización y divulgación en torno a la salud mental y la conducta suicida adecuadas al contexto territorial.
- Articulación con oferta intersectorial en cultura, recreación deportes, emprendimiento, asistencia social, formación para el empleo, trabajo, en los diferentes entornos.
- Implementación de estrategias orientadas al desarrollo de habilidades personales, tales como habilidades para la vida; fomento de la resiliencia - afrontamiento; comunicación en familia; apoyo social y entre pares; agentes promotores de la salud mental.
- Realizar actividades educativas, comunicativas, para promover las comunidades saludables y resilientes, y apoyar su desarrollo.
- Liderar la conmemoración Día Mundial de la Salud Mental y del Día Mundial de Prevención del Suicidio.

6.1.2. Prevención y atención a la conducta suicida

- Restringir el acceso a métodos utilizados para la autolesión (Químicos, armas de fuego, sitios desde donde se puede realizar lanzamiento al vacío, entre otros) mediante procesos de gestión intersectorial (salud ambiental, cámaras de comercio, agremiaciones de productores y agricultores, iglesias, Policía, infraestructura, entre otros). En relación con los medicamentos en el hogar se requiere educar a miembros



de la familia sobre el almacenamiento seguro y promover el uso de puntos azules (puntos de recolección donde se pueden depositar los medicamentos postconsumo).

- Fortalecer la prevención del consumo nocivo de alcohol en el marco de los planes territoriales orientados a la prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas – SPA, en consonancia con el *Modelo de Atención Integral para Trastornos por Uso de Sustancias Psicoactivas en Colombia*.
- Elaborar informes a medios de comunicación sobre conducta suicida que desarrollen las recomendaciones del programa SUPRE de la OPS/OMS.
- Fortalecer las acciones para la prevención y atención del ciberacoso que lideran el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y la Policía Nacional y promover la restricción de páginas web con contenidos no aptos para niños, niñas y adolescentes.
- Realizar tamizajes en salud mental a grupos poblacionales priorizados por riesgo (previa gestión del acceso a servicios a las personas que requieran atención).
- Implementar la Ruta Integral de Atención Problemas, Trastornos Mentales y Epilepsia, incluyendo la patología dual y teniendo en cuenta los diferentes entornos.
- Desarrollar estrategias comunicacionales en diferentes entornos orientadas a la reducción del estigma frente a las personas con problemas, trastornos mentales y epilepsia, la promoción de búsqueda de atención y reducción de barreras de acceso en salud mental.
- Fortalecer la convivencia escolar y prevenir e intervenir el acoso entre pares en el entorno educativo y generar alianzas intersectoriales mediante la participación en los comités territoriales de convivencia escolar.
- Fortalecer los procesos de restablecimiento de derechos a niños, niñas, adolescentes víctimas de diferentes formas de violencia y en riesgo psicosocial y disminuir las barreras de acceso a los servicios.
- Implementar Líneas de información, orientación y atención en crisis en salud mental a nivel territorial. (en el marco de las actividades de Información en salud incluidas en la Resolución 518/2015 y de otras fuentes de financiación).
- Realizar difusión de los recursos disponibles a nivel territorial y a nivel nacional para brindar información, orientación y atención en crisis en salud mental tales como



líneas telefónicas, dispositivos de atención comunitaria, aplicaciones, programas radiales o de televisión locales, páginas web (www.minsalud.gov.co/prevencion-suicidio y www.minsalud.gov.co/depresion), entre otros y articular estas acciones con las del Plan Territorial en Salud.

- Socializar la línea del Centro de Información y Asesoría Toxicológica de Referencia Nacional del Ministerio de Salud y Protección Social 018000916012 y su número fijo: (1) 2886012, y promover su uso entre el personal médico de los servicios de urgencias a nivel territorial.
- Apoyar las actividades de prevención de los trastornos mentales en dispositivos comunitarios y de bajo umbral tales como Centros de Escucha, Zonas de Orientación Escolar y Zonas de Orientación Universitaria, entre otros dispuestos en el territorio.
- Gestionar la implementación y seguimiento a la adherencia de las Guías de Práctica Clínica (GPC) relacionadas con Suicidio, Depresión, Consumo de Alcohol Epilepsia, Esquizofrenia y otras que se desarrollen.
- Apoyar la conformación y fortalecimiento de grupos de ayuda mutua en salud mental en el territorio.
- Gestionar la prestación de servicios individuales a personas en alto riesgo de conducta suicida, los sobrevivientes y personas cercanas (familiares, compañeros).
- Utilizar las herramientas del Programa SUPRE de la OPS/OMS.
- Promover la implementación de mecanismos de atención en salud mental en territorios con limitada oferta y acceso a servicios (ej: unidades móviles de salud y/o telemáticos).
- Implementar iniciativas y estrategias de apoyo emocional a los grupos de riesgo (población privada de la libertad, personas en situación de calle, personas que ejercen la prostitución, población LGTBI, jóvenes en situación de desplazamiento grupos étnicos, cuidadores, personas en condición de discapacidad, niños, niñas y adolescentes, adultos mayores, entre otros).
- Gestionar la aplicación y seguimiento al componente de salud mental del Modelo de Atención Integral y del Protocolo de Atención a Víctimas de Violencia Sexual, así como las intervenciones contempladas en las guías y protocolos de atención a las diferentes formas de violencia.



- Cualificar al talento humano en salud para el desarrollo de competencias para la detección y manejo de los problemas y trastornos mentales.
- Fortalecer la red de referencia y contrarreferencia para los casos de problemas y trastornos mentales.
- Implementar acciones para mejorar la calidad de vida en el ámbito laboral, que incluyan la prevención del suicidio.
- Implementar acciones territoriales de acompañamiento a las iniciativas socio-comunitarias con sobrevivientes de la conducta suicida.
- Entrenar o preparar a los estudiantes, profesores y orientadores escolares sobre cómo responder a una conducta suicida en las instituciones educativas.
- Sensibilizar a la comunidad para fomentar el apoyo a personas que sufren problemas y trastornos mentales, dependencia de sustancias psicoactivas, trauma, enfermedades crónicas, dolorosas o discapacitantes, aislamiento y exclusión social.
- Fomentar ceremonias o rituales para promover o mantener la salud mental individual, familiar y comunitaria, considerados como pertinentes acorde con las características culturales de la población (ej: en pueblos indígenas).
- Entrenar y supervisar los servicios voluntarios de apoyo a sobrevivientes para garantizar su seguridad y la de los miembros del grupo.
- Realizar vigilancia y control a redes integradas de prestadores de servicios de salud mental a todas las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios en Salud - EAPB del territorio.
- Brindar asistencia técnica sobre la gestión integrada de la conducta suicida a los territorios (secretarías de salud) y realizar seguimiento a sus actividades.
- Implementar la estrategia del primer respondiente en salud mental, en el entorno educativo y laboral.
- Ampliar la oferta de servicios intersectoriales a personas con riesgo o antecedentes de conducta suicida y su grupo cercano (amigos y familia).

6.2. Sensibilización, educación a la comunidad -Participación comunitaria

El proceso de sensibilización está orientado principalmente (más no únicamente), a la reducción del estigma asociado a los trastornos mentales y a la conducta suicida, a la



apertura de un diálogo público sobre el tema y a promover la búsqueda de ayuda tempranamente. Entre las acciones propuestas se encuentran:

- Capacitar a profesionales de la salud, líderes sociales y comunitarios, docentes, cuidadores y familias en primeros auxilios psicológicos, signos de alarma para conducta suicida y estrategias de afrontamiento.
- Proponer estrategias que permitan desarrollar conocimientos y prácticas ancestrales para la promoción de la salud mental y la prevención de la conducta suicida en diferentes culturas.
- Promover Estrategia Comunicacional sobre Reducción Estigma y Discriminación, orientadas a generar cambios en comportamientos, actitudes y prácticas.
- Implementación de la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad en Salud Mental a nivel territorial para la inclusión social de las personas con problemas y trastornos mentales.
- Fomentar, fortalecer y realizar acompañamiento a las organizaciones de base comunitaria en salud mental.
- Implementar las “orientaciones técnicas con enfoque diferencial para la promoción de la salud, la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas, la conducta suicida y otros trastornos mentales en población indígena”.
- Generar acciones que garanticen la participación efectiva de la ciudadanía y la comunidad en general en las intervenciones poblacionales en salud mental.

6.3. Formación y capacitación al talento humano

Los procesos de capacitación tienen como objetivo “desarrollar los conocimientos, actitudes y aptitudes de los participantes para que puedan identificar a las personas en riesgo, determinar el nivel de riesgo, y luego derivar a esas personas para que reciban tratamiento” y en el personal de la salud, educar continuamente en la evaluación y manejo de los problemas y trastornos mentales y del comportamiento. Algunas de las actividades sugeridas son⁶:

- Desarrollar capacidades del talento humano: Formación en la Guía del programa mhGAP, GPC, Cuidado de la Salud Mental en los Entornos, Primeros Auxilios en Salud Mental, primer respondiente en salud mental, discapacidad psicosocial y



derechos humanos, al talento humano interinstitucional e intersectorial (salud, educación, protección, justicia, policía, fuerzas militares, entre otros).

- Asistir técnicamente a los actores institucionales del SGSSS (Entidades Territoriales, EAPB, IPS) para que asuman sus competencias en esta temática.
- Realizar pasantías del talento humano en salud (que presta sus servicios en atención primaria) en servicios especializados en salud mental para el desarrollo de competencias.
- Fortalecer la Integración de los contenidos de salud mental en los currículos de pregrado del nivel técnico, tecnológico y profesional del talento humano en salud.
- Establecer alianzas con las sedes territoriales del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias forenses, para el abordaje de los casos de suicidio.

6.4. Gestión del conocimiento

El conocimiento científico sobre la conducta suicida ha venido avanzando notablemente, se han documentado intervenciones exitosas que vale la pena estudiar, sin embargo, es muy importante caracterizar la situación de acuerdo al contexto, por esto es conveniente impulsar la gestión del conocimiento a través de las siguientes actividades:

- Fortalecer la Vigilancia epidemiológica del intento suicida en todo el territorio nacional.
- Realizar salas situacionales para la caracterización del evento y la formulación de los planes territoriales para la prevención y atención a la conducta suicida.
- Fortalecer la articulación y cooperación entre las entidades territoriales y grupos de investigación en salud mental, en el marco de los procesos de gestión de la salud pública.
- Impulsar la realización de informes anuales sobre conducta suicida en el territorio que orienten la toma de decisiones en salud pública.
- Conformar mesas territoriales o comités intersectoriales para el monitoreo y seguimiento del Plan de Prevención e Intervención de la Conducta Suicida.
- Desarrollar investigaciones sobre efectividad de las intervenciones, factores de riesgo y protección en grupos poblacionales específicos y el impacto de nuevas tecnologías de la información y comunicación en las conductas suicidas.



- Priorizar necesidades territoriales de conocimiento en torno a la conducta suicida y otros eventos de salud mental conexos.
- Desarrollar procesos de gestión de recursos de carácter nacional y territorial para la generación de conocimiento.
- Implementar la vigilancia epidemiológica comunitaria del intento suicida en zonas dispersas.
- Conformar redes de gestión del conocimiento a nivel territorial, que vincule las universidades y centros de educación, grupos o centros de investigación u observatorios que trabajan la temática de salud mental y que permita la construcción y aplicación del conocimiento en esta área, participación en investigaciones multicéntricas, divulgación de los resultados, estudio de nueva evidencia para la toma de decisiones, la socialización de experiencias exitosas y posicionar la salud mental en la agenda pública.

7. MATRIZ DEL PLAN PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA 2018-2021

En el cuadro 1, se puede observar la matriz sugerida para la formulación del Plan, en el marco de la sala situacional, el cual es un proceso intersectorial que requiere la convocatoria, el contacto y la sensibilización previa de todos los actores sociales e institucionales que participarán durante todas las etapas. Para cada línea estratégica se elabora una matriz

[illegible]



8. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública, Intento de suicidio. Bogotá, 2016.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento Técnico y Operativo de la Ruta Integral de Atención para Problemas y Trastornos Mentales y Epilepsia. Bogotá, 2018.
3. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2014, Datos para la vida. Bogotá, 2015.
4. Secretaría de Salud de Bogotá, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida, SISVECOS. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Paginas/SISVECOS.aspx> [Consultado el 9 de septiembre de 2017].
5. Instituto Nacional de Salud. Informes de eventos. Disponibles en: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/INTENTO%20DE%20SUICIDIO%202017.pdf> [Consultado en junio 27 de 2018].
6. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud, Prevención del Suicidio, un imperativo global. Washington, DC: OPS, 2014.
7. Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, tomo I. Bogotá 2015.
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Modelo de atención para eventos emergentes en salud mental, en el marco del sistema general de seguridad en salud. Bogotá, 2014.
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín de Salud Mental, Conducta Suicida. Subdirección de Enfermedades No transmisibles. Bogotá, julio de 2017.
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Proyecto tipo implementación de las “Orientaciones técnicas con enfoque intercultural para la promoción de la salud mental, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la conducta suicida en población indígena”. Dirección de Promoción y Prevención. Subdirección de Enfermedades No transmisibles. Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental. Bogotá, 2016.

10. Bergonzoli G. Sala situacional, Instrumento para la vigilancia de salud pública. Guatemala, Marzo de 2006.
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Implementación, sistematización y seguimiento de unidades de análisis y salas situacionales en gestión integrada para la salud mental en el marco del Observatorio Nacional de Salud (ONSM). Metodología para la realización de Salas Situacionales. Bogotá, 2017
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía. Guía Metodológica para Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales en Salud. Bogotá, Colombia, 2013.
13. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud, Guía de Intervención mhGAP. Para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada, Versión 2.0. Ginebra, 2017.