

**LA PROBLEMÁTICA DEL SUICIDIO EN COLOMBIA Y LA NECESIDAD DE
POLÍTICAS PÚBLICAS CON ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS**

**MAUREN HELAYNE COLÓN COGOLLO
YINETH SOFÍA PÁEZ SANTOS**

**UNIVERSIDAD DE CORDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS, JURÍDICAS Y ADMINISTRATIVAS
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS JURÍDICAS
MONTERÍA, CÓRDOBA
OCTUBRE 11 DE 2021**

La problemática del suicidio en Colombia y la necesidad de Políticas Públicas con enfoque de Derechos humanos.

Mauren Helayne Colón Cogollo

Yineth Sofía Páez Santos

Asesora

PhD (C) Mg. Daniela María Orozco Poveda

Trabajo de Monografía para Optar al Título de Abogado

Universidad De Córdoba

Facultad De Ciencias Económicas, Jurídicas Y Administrativas

Departamento De Ciencias Jurídicas

Línea De Investigación: Derecho Público

Montería, Córdoba

2021-II

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darnos sabiduría y fortaleza para afrontar cada dificultad y por iluminar nuestros caminos.

Asimismo, les damos las gracias a nuestros familiares por apoyarnos incondicionalmente y haber sido partícipes a lo largo de nuestras carreras.

A nuestra asesora, Daniela María Orozco Poveda por sus invaluable conocimientos y enseñanzas para la realización de este trabajo monográfico, por su dedicación y por su incondicional apoyo.

Por último, agradecemos a nuestros docentes que a lo largo de la carrera nos brindaron sus conocimientos y una educación de calidad.

DEDICATORIA

Yo Mauren Helayne Colón Cogollo dedico este trabajo monográfico a Dios, quién sostuvo mi mano en el transcurso de la carrera, a Sandra Cogollo, Erenia Guerrero y Nestor Bula, quienes con su amor me han apoyado incondicionalmente.

Yo Yineth Sofía Páez Santos dedico este trabajo monográfico al Eterno, quien fue mi guía a lo largo de la carrera y en el proceso de formación, a Celmira Santos mi mamá quien con su amor ha sido la parte fundamental de mi formación y la persona más influyente en mi vida a mi papá Robert Páez, a mis hermanos Yisel y Santiago, a mi abuela Denis, a mis tíos Erika, Yecenia, y Marino quienes con amor me han brindado apoyo incondicionalmente.

Dedico este trabajo también a mis amigos, Juan de Dios, Lina, Fredys y María José quienes han estado conmigo y me han brindado su incondicional apoyo a lo largo de mi carrera.

Y por último a quienes han sido mi inspiración y apoyo, los miembros de Bangtan Sonyeondan.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: LA SALUD MENTAL EN COLOMBIA	3
1. La Salud Como Derecho Fundamental	3
2. El Derecho A La Salud Mental En Colombia	7
CAPÍTULO II: POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD MENTAL EN COLOMBIA	16
CAPITULO III. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN COLOMBIA. UN PROBLEMA QUE NECESITA DE POLÍTICAS PÚBLICAS	21
1. Número y Tasa De Muertes Por Suicidio	22
2. Tasa de mortalidad por suicidio según departamento de ocurrencia	23
3. Tasa de mortalidad de suicidio según el sexo	26
4. Tasa de mortalidad de suicidio según grupo de edad	28
CONCLUSIONES	30
REFERENCIAS.....	32

RESUMEN

La presente monografía busca exponer la situación actual de la salud mental, del suicidio y las políticas públicas sobre salud mental y prevención del suicidio en Colombia, haciendo un recorrido por las distintas estadísticas oficiales y las diferentes políticas públicas existentes en el país, con miras a lograr una perspectiva amplia respecto al tema, esto debido a que no es un secreto que una de las problemáticas que más perturba hoy a las sociedades en general es el suicidio, si bien este es un tema supremamente delicado y aunque nadie sabe con certeza que ocurre dentro de la mente de una persona y el modo en el que esta interpreta ciertas situaciones, ya que es un tema muy complejo a la hora de intentar comprenderlo desde una perspectiva ajena, es posible, tal y como indican los centros médicos, obtener indicios, pistas que se deben tomar como señales de advertencia para lograr prevenir la mayor cantidad de actos suicidas posibles y es ahí donde sin duda deben entrar las entidades del estado y también las privadas.

PALABRAS CLAVE

Salud Mental, Suicidio, Políticas Públicas.

ABSTRACT

This monograph seeks to expose the current situation of mental health, suicide and public policies on mental health and suicide prevention in Colombia, making a tour of the different official statistics and the different public policies existing in the country, with a view to achieve a broad perspective on the subject, this because it is not a secret that one of the problems that most disturbs societies in general today is suicide, although this is an extremely delicate subject and although no one knows for sure what happens within the mind of a person and the way in which it interprets certain situations, since it is a very complex issue when trying to understand it from an outside perspective, it is possible, as indicated by medical centers, to obtain clues, clues that should be taken as warning signs in order to prevent as many suicidal acts as possible and that is where entities should undoubtedly enter of the state and also the private ones.

KEYWORDS

Mental Health, Suicide, Public Policies.

INTRODUCCIÓN

Esta monografía es el resultado del proceso investigativo de diferentes instrumentos, la cual presenta nuestra posición respecto a la salud mental, el suicidio y las políticas públicas implementadas en Colombia sobre esta temática. La elección de este tema problemático se da por el incremento de los actos suicidas y el aumento de la comisión de ellos en adolescentes y jóvenes principalmente dentro de las edades comprendidas entre los 15 y 29 años. (Royert, Boletín de salud mental conducta suicida, subdirección de enfermedades no transmisibles, 2017)

Se tendrá como finalidad analizar las estadísticas de suicidio en el período comprendido entre 2015 y 2020 en Colombia y sobre las políticas públicas destinadas a la salud mental y a la prevención del suicidio, para ello se indagará acerca de la existencia o no del PP de salud mental en Colombia y todas las estrategias que se han creado para prevenir el suicidio y promover la buena salud mental.

Los suicidios no solo se dan en los países cuyos ingresos son notablemente altos, sino que es un problema de salud mental global que genera afectaciones en todas y cada una de las regiones del mundo. Se estima que en el continente americano 100.000 personas aproximadamente terminan con su vida anualmente. Los países del continente americano con el número mayor estimado de muertes por suicidio en 2020 fueron los diez siguientes: Estados Unidos (49.394), Brasil (13.467), México (6.537), Canadá (4.525), Argentina (4.030), Colombia (3.486), Chile (1.893), Cuba (1.596), Perú (1.567) y Bolivia (1.326). *Boletín de salud mental conducta suicida*. (numero 2). (2017).

Colombia está ubicado en el cuarto lugar dentro de latino América y es el tercero en Sur América (Royert, Boletín de salud mental conducta suicida, subdirección de enfermedades no

transmisibles, 2017) en cuanto a las cifras registradas, lo cual marca sin duda un alto índice estadístico que para la fecha ya debería haber sido tratado con medidas y medios preventivos, pues resulta preocupante el aumento constante de esta cifra en una población que tendría que estar siendo tratada medicamente.

Las conductas y actos suicidas constan de un amplio espectro de estas, conocido a nivel global como “*suicidalidad*”, estas van desde la ideación del acto suicida, la elaboración de un plan suicida, la obtención de los medios y recursos físicos para hacerlo, hasta lo que es la consumación del acto. (Araya Alvarez & Vargas Gallegos, 2014)

Es necesario tomar en consideración el riesgo que cada una de estas exteriorizaciones con lleva, ya que todas ellas poseen un elemento común, el cual es urgente tomar y atender: un terrible dolor y destemple psicológico que impide querer continuar con vida y en el cual no se tornan salidas o soluciones. (OMS, 2001).

El suicidio es aquello que podemos denominar situación compleja de aceptar, interpretar, estudiar y prevenir, este puede definirse como un acto intencional de autoeliminación con plena conciencia de motivo y desenlace fatal; si bien es cierto que en la mayoría de ocasiones no se pueden comprender las causas y motivos que llevan a que una persona considere quitarse la vida y mucho menos se pueda entender el cómo terminó con una crisis emocional tan intensa como las que se desencadenan en un episodio depresivo, si es posible poder comprender lo triste que llega a ser el asumir que una persona ligado al círculo sea personal o familiar haya intentado o consumado un suicidio, y es en esto donde radica la importancia de tener disponibles medios que sean útiles en el proceso de lograr una buena salud mental, tales como políticas públicas, que permitan obtener resultados positivos en el camino hacia la prevención (Rojas-Bernal, Castaño-Pérez, & Restrepo-Bernal, 2018)

CAPÍTULO I: LA SALUD MENTAL EN COLOMBIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) invita constantemente a los países miembros a promover programas de salud mental y a actualizar su legislación ya existente con relación al tema de la protección de los derechos humanos de las personas que padecen trastornos mentales y a sus familias. (Rojas-Bernal, Castaño-Pérez, & Restrepo-Bernal, 2018) Según dicha organización, las enfermedades de tipo mental desencadenan un impacto económico negativo, esto debido a que ocasionan disminución en los ingresos personales y limitan el trabajo desempeñado por los cuidadores, lo que sin duda genera detrimento en la economía de los países.

Actualmente en Colombia hay un gran número de causas que colocan en peligro la estabilidad del tema de salud mental, y que cobran vidas en el país, teniendo en cuenta las características propias de este y las situaciones difíciles que atraviesa. A pesar de que se han desarrollado políticas públicas encaminadas a acabar con las fisuras existentes entre el diagnóstico, el tratamiento y la transformación de la realidad contextual de los ciudadanos colombianos que padecen trastornos mentales, los esfuerzos no han dado los resultados esperados. (Rojas-Bernal, Castaño-Pérez, & Restrepo-Bernal, 2018)

1. La Salud Como Derecho Fundamental

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud ha precisado que: *“la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o de enfermedades. Así mismo, el goce del máximo grado de salud que se pueda*

lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.”¹

“La salud involucra entonces actividades de prevención, promoción y protección e implica un enfoque integral en donde se incluyen los entornos físico y social y los demás factores relacionados con la existencia. Bajo un enfoque similar, la Corte Constitucional ha entendido el derecho a la salud como la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en su estabilidad orgánica y funcional. De allí que este derecho implique una acción de conservación y otra de restablecimiento por parte del poder público como de la sociedad, la familia y del mismo individuo.” (Sentencia numero T-494, Accion de Tutela en la que se analiza el derecho a la salud/derecho a la integridad personal, 1993)

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha plasmado con claridad esta idea al considerar que *“el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones que permiten a las personas llevar una vida sana”* (CESCR, Comité de derechos económicos, sociales y culturales, 2000).

El derecho a la salud ha sido distinguido por la corte constitucional en variadas ocasiones como un servicio público que simultáneamente genera derechos prestacionales y sobre todo derechos fundamentales, lo cual deja claro que el derecho a la salud es un servicio público cuya configuración normativa es amplia. Si se manifiesta lo anteriormente dicho en otras palabras, se entendería que la constitución deja abierto a la ley la regulación del acceso al sistema de salud y de igual forma lo que debe entenderse como el alcance de

¹ Principios básicos de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946). Constitución adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York.

las prestaciones que son obligatorias en este campo, frente a ello expresó la Corte Constitucional:

“En la medida en que corresponde a la ley definir cuáles son las prestaciones obligatorias en salud y establecer sistemas de acceso a la seguridad social, debe entenderse que toda persona que cumpla con los requisitos legales para ingresar y permanecer en el sistema de salud tiene igualmente un derecho constitucionalmente protegido a recibir las correspondientes prestaciones médicas” (Sentencia Constitucional 177, 1998)

A través de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 se regulo el derecho fundamental a la salud, además se resaltó *“su naturaleza autónoma e irrenunciable, tanto en lo individual como en lo colectivo”* (Artículo 2). En ella se estableció que es deber del Estado garantizar el goce efectivo de este derecho fundamental. Para ello, debe abstenerse de afectar directa o indirectamente el goce de este, formular y adoptar políticas de salud encaminadas a garantizar el goce de este derecho en condiciones de igualdad, promover la salud, la prevención y la atención de enfermedades, establecer mecanismos para prevenir la vulneración de este derecho, Asimismo, el artículo 20 de la Ley Estatutaria establece que:

“El Gobierno Nacional deberá implementar una política social de Estado que permita la articulación intersectorial con el propósito de garantizar los componentes esenciales del derecho, afectando de manera positiva los determinantes sociales de la salud. De igual manera dicha política social de Estado se deberá basar en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y su atención integral, oportuna y de calidad, al igual que rehabilitación”. (Congreso de la República. (16 de Febrero de 2015). Ley Estatutaria 1751. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C., Colombia: Diario Oficial No. 49.427.)

Una de las primeras sentencias en ampliar la concepción de la salud como servicio público y avanzar hacia su reconocimiento como derecho fundamental fue la sentencia T-406 de 1992. En ella, se consideró que “los derechos económicos, sociales y culturales

pueden ser considerados como fundamentales en aquellos casos en que sea evidente su conexión con un derecho fundamental de aplicación inmediata: probada esta conexión, sería posible su protección en sede de tutela. En ese sentido, en un primer momento la postura de la Corte Constitucional giró en torno a la posibilidad de intervenir y proteger el acceso a la salud de las personas por su “conexidad” con el derecho fundamental a la vida.”

“Es decir, según el criterio de “conexidad”, bajo ciertas circunstancias el acceso al servicio público de salud era susceptible de ser exigido por vía de tutela si se evidenciaba que su falta de prestación podía vulnerar derechos fundamentales, como la vida y la dignidad humana. El principal mérito de esta sentencia fue su aporte en la construcción de un verdadero Estado Social de Derecho al igualar, con fines de protección, los derechos económicos, sociales y culturales con los derechos fundamentales.” (Sentencia T-171, Accion de tutela., 2018)

En la sentencia T-171 de 2018 se señala también que la sentencia central en el reconocimiento del acceso a los servicios de salud como derecho fundamental autónomo fue la T-760 de 2008. En este pronunciamiento *“la Corte se apoyó en los desarrollos internacionales y en su jurisprudencia precedente para trascender la concepción meramente prestacional del derecho a la salud y elevarlo, en sintonía con el Estado Social de Derecho, al rango de fundamental. En ese sentido, sin desconocer su connotación como servicio público, la Corte avanzó en la protección de la salud por su importancia elemental para la garantía de los demás derechos.”*

La mencionada sentencia señaló que *“todo derecho fundamental tiene necesariamente una faceta prestacional.”* El derecho a la salud, por ejemplo, se materializa con la prestación integral de los servicios y tecnologías que se requieran para garantizar la

vida y la integridad física, psíquica y emocional de los ciudadanos. En ese orden de ideas, esta Corporación indicó que *“la sola negación o prestación incompleta de los servicios de salud es una violación del derecho fundamental, por tanto, se trata de una prestación claramente exigible y justiciable mediante acción de tutela”*. (Sentencia T-171, Accion de tutela., 2018)

En síntesis, *“el derecho fundamental a la salud integra tanto la obligación del Estado de asegurar la prestación eficiente y universal de un servicio público de salud que permita a todas las personas preservar, recuperar o mejorar su salud física y mental, como la posibilidad de hacer exigible por vía de tutela tales prestaciones para garantizar el desarrollo pleno y digno del proyecto de vida de cada persona.”* (Sentencia T-760, Accion de tutela., 2008)

La sentencia T-760 de 2008, además de resumir los pronunciamientos establecidos por la Corte Constitucional en materia de salud, también hizo referencia a los instrumentos internacionales que han consagrado este derecho y destacó de forma especial el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y su artículo 12 que establece el derecho *“al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”*, así como el profundo desarrollo que hace de este artículo la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC).

2. El Derecho A La Salud Mental En Colombia

El Derecho a la Salud consagrado en los artículos constitucionales 48 y 49 posee una doble aplicación: Aquella que tiene como servicio público cuya prestación está a cargo del Estado, bajo condiciones de *“oportunidad, continuidad, eficiencia y calidad, de*

acuerdo con el principio de integralidad”, y aquella que posee como “derecho fundamental autónomo” que se conceptúa como “la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser”.

La OMS ha definido la salud mental como *“un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.*

La salud mental como derecho fundamental a ha sido abordado en distintos tratados y convenciones internacionales que destacan la necesidad e importancia de desarrollar condiciones óptimas y propicias para la inclusión de personas en condición de discapacidad en la sociedad, y para garantizarle todos los derechos, en la medida de lo posible, así como la necesidad de lograr el acceso efectivo a los servicios de salud. Dichos instrumentos son los siguientes:

- El párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos se afirma que *“toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.*
- El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos y Sociales PIDESC reconoce *“el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” y establece las medidas que deberán adoptar los*

Estados para asegurar la efectividad de este derecho, como “la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

En desarrollo de este artículo, en la Observación General No 14 del Comité de Derechos Sociales Económicos y Culturales –CDESC, se señala que *“la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad (apartado d del párrafo 2 del artículo 12), tanto física como mental, incluye el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud; programas de reconocimientos periódicos; tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad; el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento y atención apropiados de la salud mental.”*

En lo concerniente a la protección del derecho a la salud de las personas en condición de discapacidad:

- La Observación General No 5 del CDESC establece lo siguiente: *“según las Normas Uniformes, El derecho a la salud física y mental implica también el derecho a tener acceso a los servicios médicos y sociales incluidos los **aparatos ortopédicos** y a beneficiarse de dichos servicios, para que las personas con discapacidad puedan ser autónomas, evitar otras discapacidades y promover su integración social. De manera análoga, esas personas deben tener a su disposición servicios de rehabilitación a fin de que logren alcanzar y mantener un nivel óptimo de autonomía y movilidad.”*

De igual manera, y en concordancia con lo establecido en los “Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental” adoptados por Naciones Unidas *“Todas las personas tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, que será parte del sistema de asistencia sanitaria y social”*.

Por otra parte, la Corte Constitucional ha establecido que la protección del derecho a salud lleva consigo la búsqueda constante de un bienestar óptimo físico y mental o psíquico. En este sentido, la Corte señaló: “en la sentencia T-248 de 1998 *La salud constitucionalmente protegida no es únicamente la física, sino que comprende, necesariamente, todos aquellos componentes propios del bienestar psicológico, mental y sicosomático de la persona*”.

Asimismo, la Corte Constitucional ha establecido que la protección del derecho a la salud mental está constituida por garantías determinadas en preceptos de alto rango, tales como: “el artículo 13 de la Carta Política que impone al Estado el deber de proteger de manera especial a aquellas personas que por sus condiciones económicas, físicas o mentales, se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta, y el artículo 47 que exige del Estado *el desarrollo de una política de previsión y rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y síquicos..*”.

En la sentencia T-949 de 2013 la Corte indicó que: *“las personas que presentan afectaciones a su salud mental son sujetos de especial protección constitucional debido a las implicaciones que tienen frente a la posibilidad de tomar decisiones, de interactuar con otros, y en tanto implican serios padecimientos para ellos y sus familias”*. Por lo tanto,

consideró que: *“merecen mayor atención por parte de la sociedad en general, especialmente de sus familiares y de los sectores encargados de suministrar atención en salud”*.

El derecho a la salud mental ha sido reconocido y protegido en el ordenamiento colombiano mediante varias normativas. En primera medida, la Ley 1306 de 2009 mediante *“la cual se protege a las personas con discapacidad mental y se establece el régimen de la representación legal de incapaces emancipados”*. En su artículo 11 expresa que: *“Ningún sujeto con discapacidad mental podrá ser privado de su derecho a recibir tratamiento médico, psicológico, psiquiátrico, adiestramiento, educación y rehabilitación física o psicológica, proporcionales a su nivel de deficiencia, a efecto de que puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida, de acuerdo con los lineamientos y programas científicos diseñados o aprobados por el Comité Consultivo Nacional de las Personas con Limitación de que trata la Ley 361 de 1997.”*

Sin embargo, aunque la Ley mencionada concedió una protección integral del derecho de la salud de las personas que poseen afectaciones mentales, en principio, no fue acogida en la reglamentación del Plan Obligatorio de Salud. Puntualmente, en el Acuerdo 08 de 2009 se establecía únicamente *“cobertura de atención de urgencias psiquiátricas las primeras 24 horas”* y *“cobertura de internación para manejo de enfermedad psiquiátrica, máximo hasta treinta días”*.

Mas tarde, la Ley 1438 de 2011, reformo el Sistema General de Seguridad Social en Salud. En el artículo 65 de la mencionada Ley, se estableció que *“las acciones de salud*

deben incluir la garantía del ejercicio pleno del derecho a la salud mental de los colombianos y colombianas, mediante atención integral en salud mental para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su atención como parte del Plan de Beneficios y la implementación, seguimiento y evaluación de la política nacional de salud mental”.

Por consiguiente, se expidió el Acuerdo 029 de 2011 mediante el que se agregaron “nuevos servicios o tecnologías a cargo de las EPS para el manejo de afectaciones de salud mental”. En su artículo 17 expresaba que “El Plan Obligatorio de Salud cubre la atención ambulatoria con psicoterapia individual o grupal, independientemente de la fase en que se encuentra la enfermedad, así: 1. Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual en total por psiquiatría y por psicología durante el año calendario. 2. Hasta treinta (30) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psiquiatría y por psicología durante el año calendario”. Asimismo, en el artículo 22 se estableció que el POS incluía “la atención de urgencias del paciente con trastorno mental, en el servicio de urgencias y en observación. Esta atención cubre las primeras 24 horas, en el evento que ponga en peligro su vida o integridad o la de sus familiares y la comunidad”.

En cuanto al tema de hospitalización para el control de enfermedades en salud mental el artículo 24 del acuerdo en mención estableció que “en caso de que el trastorno o la enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente o la de sus familiares y la comunidad, o por prescripción específica del médico tratante, el Plan Obligatorio de Salud cubre la internación de pacientes con problemas y trastornos en salud mental hasta por 90 días, acorde con la prescripción del médico tratante y las necesidades del paciente. Sin perjuicio del criterio del médico tratante, el paciente con problemas y trastornos en salud mental, se manejará de preferencia en el programa de

‘internación parcial’, según la normatividad vigente. Los noventa (90) días podrán sumarse en una o más hospitalizaciones por año calendario”.

Posteriormente, el Ministerio de Salud y de Protección Social expidió la Resolución 5521 de 2013 a través de la cual definió, aclaró y actualizó integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS), permaneciendo la orientación fijada en la Ley 1438 de 2011 en lo respectivo a la inclusión de una atención integral a las afectaciones de salud mental. A su vez, en lo concerniente a la hospitalización en una unidad de salud mental “se amplió la cobertura en los casos en los cuales existe un riesgo para la vida o la integridad física del paciente y la de sus familiares, de acuerdo con la prescripción del médico tratante.” (Sentencia T-010, Accion de tutela., 2016)

Actualmente, la Ley 1616 del 21 de enero de 2013 garantiza en Colombia

“el ejercicio pleno del derecho a la salud mental, enfatizando a los niños, niñas y adolescentes, a través de la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental (Artículo 1), de acuerdo a lo establecido por el artículo 49 de la Constitución Política de 1991.” Congreso de la república. (21 de Enero de 2013). Ley 1616 por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. *Ley 1616 por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones.* Bogota D.C., Cundinamarca, Colombia: Diario oficial No 48.680.

La mencionada Ley en su artículo 3 establece la salud mental como

“Un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad”. Asimismo, establece que *“es de interés y prioridad nacional, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de todos los colombianos, sin excepción.”* Congreso de la república. (21 de Enero de 2013). Ley 1616 por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. *Ley 1616 por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones.* Bogota D.C., Cundinamarca, Colombia: Diario oficial No 48.680.

En su artículo 4 estipula que el Estado Colombiano, a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberá garantizar a la población colombiana *“la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales”*.

A su vez, el artículo 7 de la Ley 1616 establece que:

“el Ministerio de Salud y Protección Social debe iniciar acciones en promoción de la salud mental y prevención de trastornos mentales. Dichas acciones deben garantizar el acceso a todos los ciudadanos, dichas acciones son de obligatoria implementación por parte de los entes territoriales, Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Administradoras de Riesgos Profesionales, Empresas Sociales del Estado y tendrán seguimiento y evaluación a través de indicadores en su implementación.” Congreso de la república. (21 de Enero de 2013). Ley 1616 por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. *Ley 1616 por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones*. Bogotá D.C., Cundinamarca, Colombia: Diario oficial No 48.680.

Dicha Ley preceptúa que El Ministerio de Salud y Protección Social está facultado para dirigir acciones que busquen promover la salud mental, y ello involucra: *“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.”* También le compete al Ministerio de Educación Nacional junto al Ministerio de Salud y Protección Social, elaborar acciones intersectoriales, para que mediante proyectos pedagógicos *“se promuevan en los estudiantes competencias para su eficaz desempeño como personas respetuosas de sí mismas, de los demás y de lo público,*

que ejerzan los Derechos Humanos y fomenten la convivencia escolar haciendo hincapié en la promoción de la Salud Mental.” (Congreso de la República, 2013)

Asimismo, el artículo 13 establece modalidades y servicios médicos que hacen parte del proceso de atención integral en salud mental los cuales se encuentran integrados a los servicios generales de salud que prestan entidades del servicio de salud del Estado: “1. *Atención Ambulatoria*. 2. *Atención Domiciliaria*. 3. *Atención Prehospitalaria*. 4. *Centro de Atención en Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia*. 5. *Centro de Salud Mental Comunitario*. 6. *Grupos de Apoyo de Pacientes y Familias*. 7. *Hospital de Día para Adultos*” 8. *Hospital de Día para Niñas, Niños y Adolescentes*. 9. *Rehabilitación Basada en Comunidad* 10. *Unidades de Salud Mental*. 11. *Urgencia de Psiquiatría*”.

CAPÍTULO II: POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD MENTAL EN COLOMBIA

Con la Ley 100 de 1993 se establecieron *“los principios de equidad, obligatoriedad, protección integral y calidad en la atención en salud.”* Esta Ley privilegió *“la atención en los programas de hospital por día y excluyó la hospitalización prolongada, la psicoterapia por más de un mes y la psicoterapia individual, esta última solo en la fase inicial de la enfermedad.”* En 1998 se enunció la Política Nacional de Salud Mental, mediante la resolución 2358, cuya ejecución y cobertura fueron limitadas debido a fallas en el plan obligatorio de salud. Las falencias en la atención en salud mental obligaron a que un número considerable de personas recurrieran a las tutelas para obtener una atención integral durante el transcurso de la década del 90.

A través de Sentencia T-013 de enero 17 de 1995, la Corte Constitucional reitera que *“el derecho a la salud y la obligación de la atención integral de los enfermos mentales”* y desde entonces han sido demasiadas las tutelas resueltas por la Corte Constitucional en esta materia. Años después, dichos postulados dieron origen a la creación de nuevos señalamientos en salud mental, propiciando la inclusión en los planes territoriales de salud del 2005, que dieron origen a la Ley 1122 de 2007 mediante la cual se realizaron algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la cual incluyó entre otras cosas, la intervención de población vulnerable desde una perspectiva psicosocial. A su vez, el decreto 3039 de 2007 adoptó el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 y declaró la salud mental como prioridad.

Todas las denuncias por la falta de atención de los enfermos mentales y las presiones jurídicas ejercidas por la Corte Constitucional, a través de fallos de tutelas se

hicieron frecuentes, y motivaron en cierta medida, siete años después, la Resolución 5521 de 2013 la cual derogó los acuerdos 029/11, 031 y 034 de 2012, actualizando de esta manera los medicamentos y procedimientos que estarían incluidos en plan obligatorio de salud con el propósito de ofrecer tratamientos más completos a la población.

Los resultados de estas adopciones no fueron esperados y las quejas y reclamos por parte de los pacientes, familiares y profesionales de la salud, adicionado a ello la presión de la Corte Constitucional debido a las tutelas, originó la promulgación de la Ley 1616 de 2013, Ley de Salud Mental, cuyo objetivo es *“garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental de la población colombiana, declarando que la salud mental es de interés y prioridad nacional, es un derecho fundamental y un tema prioritario de salud pública”*. No obstante, cinco años después de la promulgación de la Ley de Salud Mental, la inequidad en salud mental continuó presente.

El 7 de noviembre del año 2018 el Ministerio de Salud y Protección Social adoptó la política pública de Salud Mental bajo la Resolución 4886, dando cumplimiento a la primera meta global del plan de acción emitido por la OMS en el período comprendido entre 2013 y 2020, esta surgió como contestación al desafío que representa para Colombia el hecho de que la depresión sea la segunda causa de enfermedad, siendo así el trastorno más notorio en la población en general, principalmente en el sexo femenino, así como al incremento en las tasas de suicidio, pasó de 4,4 en 2013 a 5,07 por 100.000 habitantes en 2016 y de intento de suicidio pasó de 36,1 en 2016 a 52,4 por cada 100.000 habitantes en 2017.

Además, significaba el inicio del proceso de prevención y reducción del consumo de sustancias psicoactivas, que data aumentos preocupantes, tales como el uso de drogas como la cocaína en población escolarmente activa, que pasó de 2,4% en 2011 a 2,7% en 2016, o

el uso de inhalables entre escolares, que aumento en todas las prevalencias al pasar de 1,9% en 2011, a 2,2% en 2016. Uno de los objetivos de la Política era estructurar la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas; para ellos el Ministerio de Salud instaló una mesa técnica integral, formada por expertos reconocidos de diferentes áreas de la salud. La Política Nacional de Salud Mental está basada en cinco componentes:

"1. Promoción de la convivencia y la salud mental en los entornos: el propósito de este componente es promover estilos de vida saludables, el cuidado de los menores de edad y el fortalecimiento de los vínculos sociales. También, apoyar el programa Sacúdete, del Gobierno Nacional, para promover entre los adolescentes y jóvenes modos, condiciones y estilos de vida saludable, la salud mental, la prevención de problemas, trastornos mentales y el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas."

"2. Prevención de los problemas y trastornos mentales, la epilepsia y las violencias interpersonales: el objetivo de este componente es fortalecer los espacios y las organizaciones comunitarias para promover la detección temprana de riesgos de violencias, problemas y trastornos mentales, riesgo de suicidio, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia, así como los primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis."

"3. Atención integral e integrada: el fin de este componente es que el sector salud desarrolle redes integrales, con enfoque de atención primaria y adecuación intercultural que integre servicios de baja complejidad, servicios especializados y unidades funcionales."

"4. Rehabilitación basada en comunidad e inclusión social: para mejorar los procesos de identificación de personas con trastornos mentales en los entornos, su canalización a servicios de salud y el posterior seguimiento con la familia y la comunidad."

"5. Gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial: para continuar el desarrollo de capacidades del talento humano del sector salud."

Título 1. *"Componentes de la Política Nacional de Salud Mental".* Elaborado por: "Ministerio de Salud y Protección Social"

La adopción de la política pública de salud mental significaba *"la incorporación de 21 nuevos medicamentos al plan de beneficios para tratar a personas con trastorno de pánico, fobias y de ansiedad generalizada, medida que beneficia alrededor de 400 mil personas que tienen estas condiciones."* Con recursos provenientes de la cooperación internacional de Dinamarca, Estados Unidos, Croacia y de la Organización de Naciones Unidas, se invertirían 2.2 millones de dólares en mecanismo de atención primaria en salud mental con énfasis en zonas rurales, para de esta manera recolectar información en 18

entidades territoriales, en busca de lograr *“disminuir el estigma y la discriminación, adicional a ellos se formaría talento humano y se haría uso de nuevas tecnologías de la información y la comunicación, como aplicaciones móviles y dispositivos para la auto aplicación de pruebas de tamizaje.”*

Implicaba, además, que *“en los hospitales públicos de los departamentos de San Andrés, La Guajira, Chocó, Cesar, Valle del Cauca, Amazonas, Nariño y Vichada, donde se presentaba alta prevalencia de trastornos mentales y de epilepsia, serían formados más de mil profesionales en salud para la atención integral de esta población.”* (Royert, Boletín de salud mental No 2, 2017)

En 22 departamentos que priorizaron la atención en salud mental, mediante la ejecución de los recursos del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), *“se promoverían acciones de promoción y prevención como la detección temprana, la canalización, los primeros auxilios psicológicos, la educación y la rehabilitación basada en comunidad.”*

1. Política Nacional de Salud Mental y Política Integral de Prevención y Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas

En su papel de autoridad sanitaria y en cumplimiento de sus funciones, el Ministerio de Salud y Protección Social lideró la elaboración mediante acto administrativo, de la *“Política Nacional de Salud Mental y la Política Integral de Prevención y Atención al Consumo de sustancias psicoactivas”*, como instrumentos que permitirían posicionar en las agendas del país, acciones asociadas a la propiciación de condiciones institucionales e intersectoriales para el acceso efectivo del derecho a la salud, en especial de los grupos poblacionales priorizados como sujetos activos de las políticas formuladas.

“La Política Nacional de Salud Mental tiene como objetivo promover la salud mental como elemento integral de la garantía del derecho a la salud

de todas las personas, familias y comunidades, para el desarrollo integral y la reducción de riesgos asociados a los problemas y trastornos mentales, el suicidio, las violencias interpersonales y la epilepsia”. (Ministerio de salud y protección social, 2018)

Tiene como objetivo, además, *“la búsqueda de óptimas condiciones de equilibrio y bienestar humano en términos de logros de desarrollo integral desde una perspectiva de capacidades y derechos humanos”*. Reconoce la salud como un derecho (Ley 1751 de 2015, Resolución 429 de 2016); e integra lo dispuesto en la Ley 1414 de 2010 o Ley de Epilepsia y la OMS en cuanto a gestionar los trastornos mentales y la epilepsia de manera conjunta en la atención primaria de salud.

La Política Integral para la Prevención y Atención del consumo de Sustancias Psicoactivas, tiene también como objetivo *“garantizar la atención integral de las personas con riesgos o consumo problemático de sustancias psicoactivas, familias y comunidades, a través de respuestas programáticas, continuas y efectivas en su reconocimiento como sujetos de derechos.”* Busca, además, *“mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas, familias y comunidades afectadas por el consumo de sustancias psicoactivas, desde una agenda pública nacional y territorial sostenible en el tiempo, garantista del derecho a la salud, en interdependencia con otros derechos.”*

CAPÍTULO III. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN COLOMBIA. UN PROBLEMA QUE NECESITA DE POLÍTICAS PÚBLICAS

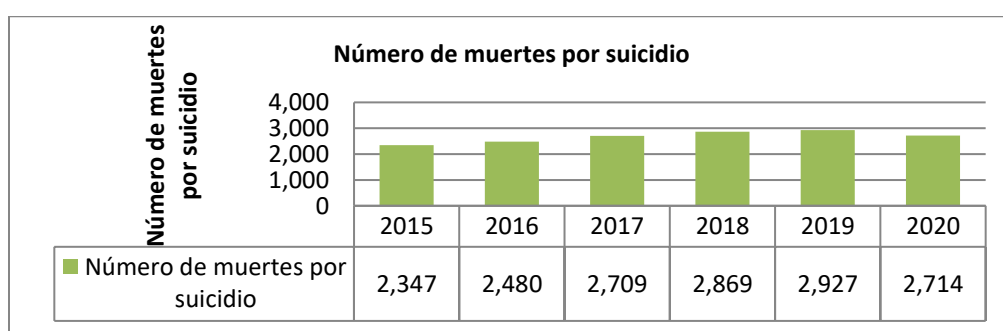
La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1986 definió el suicidio como *“la muerte que resulta de un acto suicida”*, además definió al acto suicida como *“todo hecho por el que un individuo se cause a sí mismo una lesión, cualquiera sea el radio de intención letal y del conocimiento del verdadero móvil”*, haciendo una diferenciación con el intento de autoeliminación, que es *“un acto suicida cuyo resultado no fue la muerte”*. El suicidio ha sido un suceso que durante toda la historia de la humanidad ha dado lugar a discusiones de tipo moral, social, filosófico y en diferentes épocas y culturas, ha sido relacionado a rituales religiosos, y a diversas manifestaciones sociales propias de cada época histórica, contextual y cultural. (Villanueva, 2014)

Desde el siglo XX, el suicidio es visto como un problema importante para la Salud Pública en el mundo, dada la alta tasa de incidencia de estos en la población, especialmente la más joven y económicamente activa. Al respecto, en el año 2000 la OMS indicó que *“debido a que es un problema grave de salud pública, el suicidio requiere nuestra atención, pero desgraciadamente su prevención y control no son tarea fácil”*. En 1999 lanzó el *“programa SUPRE, una iniciativa mundial para la prevención del suicidio, dirigido a grupos específicos sociales y profesionales particularmente relevantes para la prevención del suicidio.”* (Villanueva, 2014) Para el año 2014 la OMS, *“advirtió que las muertes por suicidio representan, más pérdidas de vida humana que los conflictos bélicos, según esta son alrededor de 800.000 personas las que se suicidan por año, pero de acuerdo a estadísticas conocidas se puede afirmar que, por cada suicidio consumado, existen 20 intentos de autoeliminación.”* (Rojas-Bernal, Castaño-Pérez, & Restrepo-Bernal,

2018) La recomendación de este organismo internacional ha sido la adopción de políticas públicas sobre salud mental y prevención del suicidio, sin embargo, pocos países las han implementado pese al número significativo y notorio de actos suicidas. (Rojas-Bernal, Castaño-Pérez, & Restrepo-Bernal, 2018). En Colombia, la consternación por el aumento de los suicidios en los últimos años tiene en alerta a las autoridades, a los especialistas en salud mental y a la población en general. De acuerdo con las más recientes cifras entregadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), la cantidad de suicidios en el país tuvo un incremento significativo que pone en evidencia la ineficacia y en muchos casos la inexistencia de políticas públicas que fomenten y promuevan el cuidado de la salud mental.

1. Número y Tasa De Muertes Por Suicidio

De acuerdo a las estadísticas del DANE, en el período comprendido entre 2015 y 2020 *“hubo un incremento preocupante en el número de muertes por suicidio en Colombia, sobre todo en 2017, 2018 y 2019.”*



Gráfica 1. Número de muertes por suicidio. **Fuente:** DANE – Estadísticas Vitales.

En 2015 se registraron 2.347 suicidios, con una tasa de mortalidad de 5,1. Posteriormente, en 2016 se presentaron 2.480 muertes por suicidio, y de acuerdo al Boletín de Salud Mental, el Análisis de Indicadores en Salud (AIS) Mental por Territorios, *“la tasa*

de mortalidad corresponde al 5,07 por 100.000 habitantes y el rango de los resultados va de 0,95 a 12,21 por 100.000. De las 37 entidades territoriales analizadas, 19 tienen tasa por encima de la nacional (51,3%), no obstante, dos departamentos (5%): Arauca (11,67 por 100.000 habitantes) y Vaupés (12,21 por 100.000 habitantes) tienen tasas con una diferencia relativa de la tasa nacional que es significativa.” Asimismo, en tasas de morbilidad del año 2016, el Instituto Nacional de Salud (INS) informó que “se registraron 18.562 casos de intento de suicidio, la tasa nacional fue de 38,1 x 100.000 habitantes, 16 entidades (43,2%) tuvieron tasas superiores a la nacional.” (Sanchez Correa & Cabra Angel, 2021) En 2017 el registro de suicidios fue de 2.709 con una tasa de mortalidad de 5,7. Posteriormente en el año 2018 el registro fue de 2.869 suicidios, con una tasa de mortalidad de 5,9. (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2021)

Durante el periodo comprendido entre 2015 y 2020 el año con mayor número de víctimas de actos suicidas fue el año 2019, donde se registraron 2.927 suicidios, con una tasa de mortalidad de 5,9, aunque posteriormente la tasa de suicidio cae levemente en el año 2020, donde se registraron 2.714 suicidios con una tasa de mortalidad de 5,4. A su vez, un informe de Medicina Legal confirmó un incremento de 132 casos de suicidios, entre junio de 2020 y la misma fecha de 2019. En 2021 el número de suicidios en el país llegó a su punto más alto en una década de acuerdo a los reportes del DANE.

2. Tasa de mortalidad por suicidio según departamento de ocurrencia

De acuerdo a las estadísticas del DANE, en 2015 “en Colombia se registraron 2.068 suicidios, 10% más que en el año inmediatamente anterior. Las tasas más elevadas de suicidio se registraron en los departamentos de Arauca, Amazonas, Caldas, Huila y

Quindío.” En 2016 los departamentos con mayores tasas de muerte por suicidio fueron Huila, Nariño, Arauca, Guainía, y Vaupés. En 2017 las tasas más elevadas de muerte por suicidio se presentaron en los departamentos de Quindío, Arauca, Vaupés y Amazonas. Luego, en 2018 en los departamentos de Caldas, Nariño, Quindío, Arauca, Amazonas y Vaupés.

En 2019 los departamentos con mayor tasa de mortalidad por suicidio fueron Nariño, Quindío, Risaralda, Tolima, Amazonas y Vaupés. A su vez, *“el DANE enfatiza la variación entre 2019 y 2020, reporta una disminución generalizada en el número de suicidios. A nivel nacional se observa una reducción del 7,3% en el total, y a nivel de departamento hay un fuerte aumento en el Meta en donde la variación se situó en un 89,2% pasando de 37 suicidios en el 2019 a 70 en el 2020, mientras que otras regiones con marcados incrementos fueron Amazonas, Vaupés, Magdalena, Putumayo y Huila.”* En 2020 entre los departamentos con mayor número de muertes por suicidio, el primer lugar lo ocupa el departamento de Vaupés con 22,4 defunciones por cada 100.000 habitantes en 2020, y el Amazonas, con 21,5 muertes, a estos le siguen Arauca, con 8,5 muertes, y Tolima y Quindío, con 8,1 defunciones por cada 100.000 habitantes. (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2021)

Tasa específica de mortalidad por suicidio por cada 100.000 habitantes						
Departamento de ocurrencia	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Total	5,1	5,3	5,7	5,9	5,9	5,4
Antioquia	6,1	6,5	6,4	6,8	7,3	6,7
Atlántico	3,3	3,7	3,9	4,5	3,0	3,1
Bogotá	4,1	4,9	4,6	5,4	5,7	4,7
Bolívar	3,0	3,1	4,1	3,7	3,7	3,4
Boyacá	5,5	6,5	7,0	6,0	6,2	6,4
Caldas	7,2	6,8	7,2	8,4	8,7	7,5
Caquetá	7,5	5,3	6,7	4,2	5,2	4,9

Cauca	6,1	6,3	6,6	6,2	6,7	5,3
Cesar	3,6	4,0	5,2	6,1	5,3	5,5
Córdoba	3,0	2,5	4,3	3,8	3,6	3,6
Cundinamarca	4,5	4,8	5,7	5,5	5,6	4,7
Chocó	1,6	1,7	2,5	2,4	4,1	4,2
Huila	8,8	8,8	7,1	7,2	7,5	8,1
La Guajira	2,9	2,7	3,4	4,4	3,2	1,8
Magdalena	2,9	2,8	4,0	3,8	3,5	4,1
Meta	5,0	6,4	6,3	5,3	3,5	6,6
Nariño	6,8	8,0	6,7	8,0	8,1	6,8
Norte de Santander	6,3	4,8	7,3	6,6	6,6	5,2
Quindío	7,0	9,1	10,5	10,6	8,6	8,1
Risaralda	7,6	6,7	6,8	7,9	9,4	7,8
Santander	5,2	5,5	6,6	6,6	7,2	5,4
Sucre	5,0	5,1	5,0	6,2	4,7	4,8
Tolima	7,6	7,6	8,0	7,4	9,8	8,3
Valle del Cauca	4,8	4,9	5,5	6,2	5,3	5,1
Arauca	10,8	10,2	14,8	9,2	8,6	8,5
Casanare	5,6	4,0	4,6	5,7	6,8	6,9
Putumayo	4,0	6,9	7,3	5,2	5,4	6,1
San Andrés y Providencia	3,3	1,6	3,3	1,6	0,0	6,3
Amazonas	16,6	6,8	13,3	10,4	16,7	21,5
Guainía	0,0	8,9	4,3	4,2	8,1	2,0
Guaviare	7,8	2,5	5,0	4,8	5,9	4,6
Vaupés	34,5	12,9	25,1	41,7	21,1	24,6
Vichada	2,0	1,0	2,9	1,9	3,6	2,7

Tabla 1. Tasa específica de mortalidad por suicidios por cada 100.000 habitantes. **Fuente:** DANE – Estadísticas Vitales.

En el departamento de Córdoba las tasas de suicidio aumentaron significativamente en 2017 no obstante, en los dos años siguientes disminuyeron. Posteriormente, en el año 2020 hubo reporte de 44 suicidios en Córdoba, cifra que estadísticamente hablando equivaldría a un suicidio semanal, lo cual puso en alerta a las autoridades, ya que es sin duda un indicativo de que las enfermedades mentales van en aumento y cada vez se hace más necesario que los organismos territoriales como la Gobernación de Córdoba y las

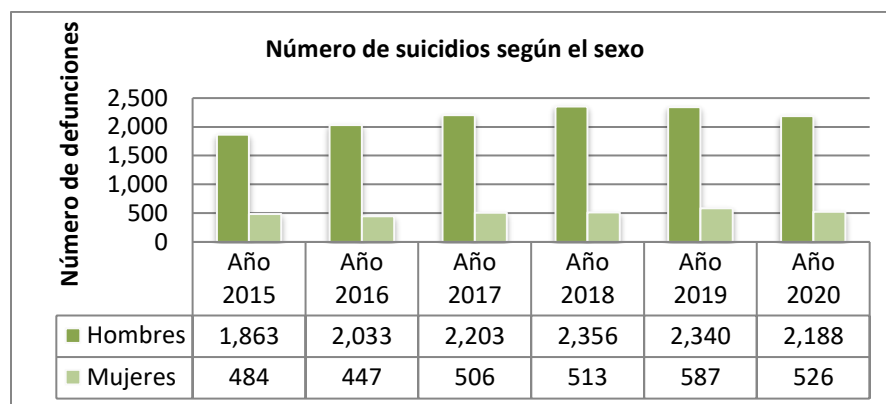
alcaldías municipales tomen medida implementando políticas públicas para poder dar atención primordial a la salud mental, en especial a lo relacionado con intentos de suicidio.

3. Tasa de mortalidad de suicidio según el sexo

La tendencia de las tasas de mortalidad por suicidio genera alertas, pues *“la tasa venía disminuyendo de 6,4 suicidios por 100.000 habitantes en el 2000 (10,1 entre hombres y 2,6 entre mujeres), y pasó a 4,5 en 2013 (7,4 en hombres y 1,7 en mujeres), pero a partir de 2014 inició el repunte, llegando en 2017 a una tasa de 5,6 (9,1 entre hombres y 2,0 entre mujeres). Las tasas de suicidio por método utilizado incrementaron para ahorcamiento y caída de altura. La tendencia de la mortalidad hacía la disminución se vio cambiada desde 2014, punto en el cual las cifras vuelven a mostrar un incremento después de 12 años.”*

El análisis de regresión de puntos de inflexión de las tasas ajustadas por edad mostró en hombres su máximo pico en 1999, tendencia que venía en incremento desde 1979. En el 2000 inicia un descenso significativo de 2,6% anual hasta 2014; cuando retoma un camino ascendente. Así, el porcentaje promedio de cambio anual para el periodo comprendido entre 1979 y 2017 fue de 2,1 (IC95% 0,8 a 3,5). (Chaparro-Narvaez, 2014)

Según las estadísticas del DANE, en el lapso comprendido entre 2015 y 2020 *“la mayor de víctimas fueron hombres; por cada mujer que se suicidó, optaron por la misma manera de muerte cuatro hombres, lo que indica que los hombres tienen mayor riesgo de suicidio en Colombia.”*



Grafica 2. Número de suicidios según el sexo. **Fuente:** DANE – Estadísticas Vitales

En 2015 la tasa de mortalidad de suicidios de los hombres fue de 79,4% notablemente superior al de las mujeres que fue de 20,6%. En el 2016, 2017 y 2018 la tasa de suicidios en hombres incremento significativamente en los hombres, disminuyendo un poco la tasa de las mujeres con respecto al año 2015. A pesar de que la tasa cae levemente en 2019 respecto a los hombres y aumenta en cuanto a las mujeres, posteriormente en 2020 la tasa de mortalidad de suicidios incrementa nuevamente en los hombres con un 80,6% de incidencia, mientras que en las mujeres disminuye con un 19,4%.

Año de ocurrencia	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Tasa de mortalidad	Hombres 79,4%	Hombres 82,0%	Hombres 81,3%	Hombres 82,1%	Hombres 79,9%	Hombres 80,6%
	Mujeres 20,6%	Mujeres 18,0%	Mujeres 18,7%	Mujeres 17,9%	Mujeres 20,1%	Mujeres 19,4%

Tabla 2. Tasa de mortalidad según año de ocurrencia. **Fuente:** DANE – Estadísticas Vitales.

En lo transcurrido del 2021, los hombres siguen ocupando el mayor número de defunciones, y de acuerdo con el DANE, “la tasa de mortalidad de hombres es de 8,9 muertes por cada 100.000 habitantes, un porcentaje de 64,8 % mientras que el de mujeres es de 6,9 fallecimientos, un 63 %.”

En el primer trimestre de 2021 hubo un incremento de 3.9%, con mayor número de casos en los hombres. Así se evidencia en el *“informe Estadísticas Vitales EEVV que registra el DANE y, de acuerdo a este, en el período mencionado 708 personas se quitaron la vida, de los cuales 585 fueron hombres, lo que significa un aumento de 10.8% con relación al mismo período del año anterior y convirtiéndose en la primera causa de muerte externa en este género. Con respecto a las mujeres, el aumento de suicidios en este primer trimestre fue de 9.9% y fue la cuarta causa externa de fallecimiento superada por accidentes en transporte terrestre, homicidio y otros accidentes, en su respectivo orden.”*

4. Tasa de mortalidad de suicidio según grupo de edad

En lo relacionado a las características demográficas y geográficas, el registro del DANE indica que, por edades, las personas que más se suicidaron entre los años 2015 y 2020 fueron personas en edades entre los 15 y 34 años, con mayor número de jóvenes están entre los 20 y los 24 años, con un 14,9 %.

Para el año 2020, el 38,1% del total de suicidios ocurrieron en personas entre los 15 y 29 años de edad, sin embargo, en el mismo año los aumentos más considerables se registraron en los grupos de 65 a 89 años.

Tasa de mortalidad de suicidio según grupo de edad						
Grupos de edad	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Menores de 15 años	84	93	110	115	135	126
De 15 a 19 años	318	331	327	349	367	334
De 20 a 24 años	330	359	409	417	417	406
De 25 a 29 años	276	288	325	317	339	295
De 30 a 34 años	214	239	255	273	258	230
De 35 a 39 años	186	191	231	246	222	213
De 40 a 44 años	145	179	176	170	217	177
De 45 a 49 años	170	168	176	192	183	153
De 50 a 54 años	155	149	175	171	191	154

De 55 a 59 años	124	125	145	170	165	167
De 60 a 64 años	89	111	105	137	148	122
De 65 a 69 años	86	89	104	115	108	124
De 70 a 74 años	63	52	60	78	71	89
De 75 a 79 años	28	43	54	60	52	58
De 80 a 84 años	38	37	33	28	29	36
De 85 a 89 años	22	13	17	23	17	23
De 90 a 94 años	3	6	6	8	8	7
De 95 a 99 años	1	1	0	0	0	0
De 100 años y más	0	0	1	0	0	0
Edad desconocida	15	6	0	0	0	0
TOTAL	2.347	2.480	2.709	2.869	2.927	2.714

Tabla 3. Tasa de mortalidad de suicidio según grupo de edad. **Fuente:** DANE – Estadísticas Vitales

Un dato importante revelado por el DANE en 2021 es el aumento de decesos de niños entre los 10 y los 14 años a causa de muertes autoinfligidas. De acuerdo al registro de la entidad, el porcentaje fue del 4,4% con 7 suicidios reportados en menores de 10 años, 3 más que en 2019. A su vez, el médico José Manuel Santacruz, presidente de la Asociación Colombiana de Psiquiatría indicó que: *“Medicina Legal reporto que durante el primer trimestre del 2021 la tasa de intento de suicidio por edad es siempre superior en el grupo de 15 a 19 años, seguido por el grupo de 20 a 24 años. Además, indico que se presentaron aumentos significativos en la población indígena en Atlántico, Cartagena, Cesar, Quindío y Risaralda, al igual que en las personas privadas de la libertad en Barranquilla, Bogotá, Huila, y Santander.”*

CONCLUSIONES

Luego de este análisis a la problemática del suicidio en Colombia y después de hacer evidente la necesidad de políticas públicas con enfoque de Derechos Humanos, es posible concluir que en principio las Políticas Públicas de salud Mental implementadas en Colombia no han generado impactos notorios, ni mucho menos positivos en la salud de los colombianos, contrario a eso, las estadísticas del registro de suicidios arrojada por el DANE en los últimos años son preocupantes, pues el incremento es obvio y las medidas preventivas y funcionales muy pocas o inexistentes, aun cuando los más grandes organismos, expertos en salud han dejado claro que la problemática del suicidio es un tema de salud pública a nivel global que debe y necesita ser tratada por el estados a través de sus ordenamientos jurídicos. Y es que no es un secreto que el acceso real a los servicios de salud y salud mental en Colombia enfrenta serias dificultades, no solo económicas sino de todo tipo y sobre todo contextuales, pues con toda la información obtenida es posible señalar que existe un abandono y una falta de interés en la población en general y en aquella que cuenta con poca capacidad resolutive de problemas y difícil acceso al saneamiento de sus necesidades; Esta situación sin duda desmotiva y limita el uso de los servicios por parte de la población, generando desconfianza en el sistema de salud y ocasionando un grave deterioro en el estado de salud mental que en muchos casos culmina en la fatal decisión del suicidio.

Con respecto a las iniciativas que deben realizarse en procura de mejorar la atención en salud mental en Colombia, se hace necesaria la implementación de Políticas Públicas de Salud Mental sobre todas las enfermedades mentales, y sin duda es de suma urgencia la elaboración e implementación de una política pública dirigida a la prevención del suicidio,

pues a pesar de que el Gobierno Nacional ha establecido políticas públicas generales de salud mental, ninguna ha sido dirigida específicamente a este asunto de gran importancia, que marca un problema serio de salud pública en Colombia.

REFERENCIAS

- Araya Alvarez, M. P., & Vargas Gallegos, B. (2014). *RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES*. Santiago de Chile.
- CESCR, Comité de derechos económicos, sociales y culturales. (12 de Agosto de 2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, CESCR OBSERVACION GENERAL 14*. Ginebra, Suiza.
- Chaparro-Narvaez, P. A.-G.-M.-O. (2014). *El suicidio en Colombia: Del descenso permanente al aumento preocupante 2014*.
- Congreso de la República. (19 de enero de 2011). Ley 1438. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C., Colombia: Diario Oficial No. 47.957.
- Congreso de la república. (21 de Enero de 2013). Ley 1616 por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. *Ley 1616 por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones*. Bogotá D.C., Cundinamarca, Colombia: Diario oficial No 48.680.
- Congreso de la República. (16 de Febrero de 2015). Ley Estatutaria 1751. *Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá D.C., Colombia: Diario Oficial No. 49.427.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2021). *Estadísticas vitales*. Bogotá.

Ministerio de salud y proteccion social. (15 de Noviembre de 2018). Politica Nacional de Salud Mental . *Resolucion 4886 de 2018*. Bogota D.C., Cundinamarca, Colombia.

Fonte: Ministerio de salud.

Rojas-Bernal, L. Á., Castaño-Pérez, G. A., & Restrepo-Bernal, D. P. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *CES Medicina*, 129-140.

Royert, C. C. (01 de julio de 2017). Boletin de salud mental No 2. *Boletín de salud mental, Conducta suicida, Subdirección de Enfermedades No Transmisibles.*, 25. (N. E. Bautista Bautista , C. Cuello Royert, & R. Lopera Isaza, Eds.) Bogotá, Cundinamarca, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social.

Sanchez Correa , M. d., & Cabra Angel, Z. L. (27 de Marzo de 2021). ANÁLISIS DE LA SALUD MENTAL EN COLOMBIA Y LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE SALUD MENTAL. *ANÁLISIS DE LA SALUD MENTAL EN COLOMBIA Y LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE SALUD MENTAL*. Medellin, Antioquia, Colombia.

Sentencia Constitucional 177, Expediente D-1825 (Corte constitucional 04 de Mayo de 1998).

Sentencia numero T-494, Accion de Tutela en la que se analiza el derecho a la salud/derecho a la integridad personal, Expediente T-16663 (Corte Constitucional Colombiana 28 de Octubre de 1993).

Sentencia T-010, Accion de tutela., Expediente T- 5176600 (Corte Constitucional 22 de Enero de 2016).

Sentencia T-171, Accion de tutela., Expediente T-6.406.033 (Corte Constitucional, Sala Séptima de Revisión de Tutelas. 07 de Mayo de 2018).

Sentencia T-760, Accion de tutela., expedientes T-1281247, T-1289660, T-1308199, T-1310408, T-1315769, T-1320406, T-1328235, T-1335279, T-1337845, T-1338650, T-1350500, T-1645295, T-1646086, T-1855547, T-1858995, T-1858999, T-1859088, T-1862038, T-1862046, T-1866944, T-1867317, y T-1867326 (Corte Constitucional 31 de Julio de 2008).

Villanueva, L. L. (Octubre de 2014). Suicidio adolescente en Uruguay. *MONOGRAFIA: SUICIDIO ADOLESCENTE EN URUGUAY*. Montevideo, Uruguay.