



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**Adaptación de la ruta de atención en intento de
suicidio:**

**En los municipios seleccionados del occidente (Santa
fe de Antioquia) y Valle de Aburrá (La Estrella) de
Antioquia en el 2020.**

Adaptation Of The Suicide Attempt Care Route:

**In The Selected Municipalities Of The West (Santa Fe
De Antioquia) And Valle De Aburrá (La Estrella) Of
Antioquia In 2020.**

**Hernán Santiago Álvarez Londoño
María Edigna Cano Rivera**

**Universidad de Antioquia
Facultad, Nacional de Salud Pública
Medellín, Colombia
2021**

Adaptación de la ruta de atención en intento de suicidio:

En los municipios seleccionados del occidente (Santa fe de Antioquia) y Valle de Aburrá (La Estrella) de Antioquia en el 2020.

Adaptation Of The Suicide Attempt Care Route:

In The Selected Municipalities Of The West (Santa Fe De Antioquia) And Valle De Aburrá (La Estrella) Of Antioquia In 2020.

**Hernán Santiago Álvarez Londoño
María Edigna Cano Rivera**

Trabajo de Grado para Optar al Título de Especialista en Administración en Servicios de Salud

Asesora:

**Luz Helena Barrera Pérez
Md. Magister En Salud Pública**

**Universidad De Antioquia
Facultad Nacional De Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Medellín, Colombia
2021**

Tabla de contenido

Lista de tablas	5
Lista de Figuras	6
Glosario	7
Lista de Abreviaturas, Acrónimos y Siglas	9
Resumen	10
Introducción	11
1 Planteamiento del Problema	13
1.1 Justificación	14
2 Objetivo General	16
2.1 Objetivos Específicos:	16
3 Marcos	17
3.1 Marco Político:	17
3.2 Marco Normativo:	18
3.3 Marco Teórico:	19
3.3.1 Salud mental	19
3.3.2 Conducta suicida	19
3.3.3 Epidemiología de la conducta suicida en el mundo	20
3.3.4 Epidemiología de la conducta suicida en Colombia	21
3.3.5 Epidemiología de la conducta suicida en Antioquia	22
3.3.6 Ideación suicida	23
3.3.7 Planeación suicida	23
3.3.8 Intento de suicidio	23
3.3.9 Suicidio	24
3.3.10 Enfoque de género de la conducta suicida	24
3.3.11 Factores de riesgo	25
3.3.12 Factores no modificables	25
3.3.13 Factores modificables	27
3.3.14 Factores protectores	28
3.4 Marco Contextual:	29
4 Metodología	30
4.1 Tipo de estudio	30
4.2 Población de referencia	30

4.3	Criterios de inclusión y de exclusión	30
4.4	Definición de variables	30
4.5	Recolección de Datos	34
4.6	Control de sesgos	34
4.7	Procesamiento y análisis de la información	35
4.8	Limitaciones	36
4.9	Consideraciones éticas	36
5	Resultados	38
5.1	Caracterización de los usuarios atendidos por intento de suicidio.	38
5.2	Activación de los protocolos epidemiológicos de atención en salud mental de eventos relacionados la atención del intento de suicidio.	41
5.3	Debilidades y fortalezas de las rutas vigentes.	44
5.4	Análisis de las rutas de atención en salud.	46
5.5	Evaluación de la efectividad en la implementación de las rutas	49
6	Discusión	52
7	Conclusiones	56
7.1	Recomendaciones	57
8	Bibliografía	59

Lista de tablas

Tabla 1 Variables sociodemográficas y clínicas, intento de suicidio.	30
Tabla 2 Casos de intento de suicidio en el municipio de la Estrella y Santa Fe de Antioquia según grupo de edad, 2020.....	39
Tabla 3 Características personales de los usuarios atendidos por intento de suicidio en el municipio de la Estrella y Santa Fe de Antioquia, 2020.....	39
Tabla 4 Características clínicas y de antecedentes de los usuarios atendidos por intento de suicidio en el municipio de la Estrella y Santa Fe de Antioquia, 2020. .	40
Tabla 5 Oportunidades de mejora en las acciones de detección y atención de eventos de salud mental.	50

Lista de Figuras

Figura 1 Plan de procesamiento de la información, para aumentar la adaptación de la ruta de atención de intento de suicidio en los municipios seleccionados del Occidente (Santa Fe de Antioquia) y Valle de Aburrá (La Estrella) de Antioquia en el año 2020.....	36
Figura 2 Distribución de casos según sexo, La Estrella y Santa Fe de Antioquia 2020.	38
Figura 3 Prevención del suicidio, OMS.....	42
Figura 4 Ruta de comunicación del intento de suicidio en los territorios.	43
Figura 5 Ruta de atención integral de conducta suicida.	46
Figura 6 Rutas Integrales de Atención en Salud, RIAS.	47
Figura 7 Ruta de atención en salud Mental, La Estrella 2020.	48
Figura 8 Modelo en salud pública, OMS.....	49

Glosario

Eventos de interés en Salud Pública: “Los eventos en salud son el conjunto de sucesos o circunstancias que pueden modificar o incidir en la situación de salud de una comunidad (enfermedad, factores protectores, discapacidad, muerte, factores de riesgo y otros determinantes)” (1).

Ruta de Atención

Intento de suicidio: “Conducta potencialmente lesiva auto-infligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede causar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método” (2).

Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS): estrategia transversal de la Política de Atención Integral en Salud que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población.

Identificación, Atención y Control del riesgo: facilita la identificación en contexto tanto de personas en riesgo, como de factores determinantes sociales para la presentación del evento emergente. Una vez detectadas las personas en riesgo, orientar la atención y control del mismo tanto a nivel individual como comunitario.

Administración del riesgo: involucra la implementación, integración y articulación de las acciones y estrategias de gestión de riesgo para la atención en salud del evento emergente. Además de los procesos descritos incluye, la implementación, evaluación, seguimiento y retroalimentación (a modo de nuevo ciclo) del modelo de gestión de riesgo.

Monitoreo y Seguimiento del Riesgo: supervisa la evolución de las acciones implementadas, tanto a la persona afectada, como en la comunidad, de manera regular; busca evaluar el proceso mismo durante su implementación para instaurar correctivos en caso necesario. Se desarrolla mediante los llamados controles de gestión, que en el contexto de salud podemos mencionar entre otros: Indicadores, evaluaciones de control, informes, juntas médicas, entre otros.

Modificación de condiciones de riesgo: se alcanza mediante la implementación de acciones específicas, que alrededor de la persona afectada organizan la atención en salud desde la gestión de riesgo, con su participación activa en el proceso; y en la comunidad promueven el reconocimiento e intervención de los factores determinantes de la presentación del evento emergente en su contexto.

Agenciamiento y Abogacía del Riesgo: hace referencia a las intervenciones sociales, culturales y normativas, que en cada contexto legitiman las diferentes estrategias desarrolladas para, la atención en Salud, la salud Mental y el Bienestar de la comunidad, desde la gestión de riesgo y buscan fortalecer la integralidad de las intervenciones para el evento emergente.

Aprestamiento para la gestión del riesgo: abarca las estrategias de preparación para la implementación de acciones en el marco de la gestión de riesgo. El modelo contempla entre otras estrategias de sensibilización, información y educación; así como la evaluación y retroalimentación del modelo, esta última aporta insumos que se articulan a las primeras a modo de nuevo ciclo, en un proceso continuo a partir de la implementación

Rutas Integrales de Atención en Salud: definen las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención por parte de los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores. Ordenan la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones/intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades, a partir de: i) Acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades, ii) Atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y iii) Acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud.

Lista de Abreviaturas, Acrónimos y Siglas

Abreviación	Significado
APA	Asociación Psiquiátrica Americana
APVP	Años Potenciales de Vida Perdidos
BAI	Búsqueda Activa Institucional
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
DLS	Dirección Local de Salud
DSM-5	Manual Diagnóstico y Estadístico
DSSA	Dirección Seccional de Salud de Antioquia
EPS	Entidad Promotora de Salud
IEC	Investigación Epidemiológica de Campo
INS	Instituto Nacional de Salud
IPS	Institución Prestadora de Salud
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas
PAIS	Política de Atención Integral en Salud
RIAS	Rutas Integrales de Atención en Salud
RIPS	Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia en Salud Pública
USD	Unidad de Dólares Estadounidenses

Resumen

El intento de suicidio es cualquier conducta lesiva que causa o puede causar lesión o perjuicio, sin resultado fatal. Genera consecuencias a nivel personal, social, político y económico, afectando al sujeto y a todo su entorno, y si no se interviene a tiempo, puede desembocar en la muerte.

Objetivo: Analizar la adaptación al protocolo, de la ruta de atención de intento de suicidio en los municipios seleccionados del occidente, Santa Fe de Antioquia y del Área Metropolitana, La Estrella.

Metodología: Investigación cuantitativa, con un enfoque transversal retrospectivo donde se analizaron 37 registros del SIVIGILA y las rutas vigentes para la atención del intento de suicidio en cada ente territorial. Se elaboró la tabla de variables y se establecieron la forma de recolección, análisis y sistematización de los datos.

Resultados: Los Municipios referenciados cuentan con entidades encargadas para la atención del evento, pero no se articulan de manera adecuada y oportuna, ni suman esfuerzos para la intervención y seguimiento de los casos, por lo tanto, las medidas tomadas hasta el momento para la intervención en el evento son insuficientes y limitadas.

Conclusiones: Se requiere de una inversión importante en la conformación de los grupos de respuesta inmediata y de seguimiento de casos; compuesto por el talento humano idóneo que contribuya a una atención oportuna y de calidad. Es de suma importancia el compromiso intersectorial y una adecuada comunicación de las rutas vigentes ante la comunidad en general.

Palabras Claves: Ruta de Atención, Intento de Suicidio, Salud Mental, Atención en Salud.

Introducción

Aproximadamente un millón de personas en el mundo mueren por suicidio cada año, lo que equivale a una muerte cada 40 segundos. El suicidio representa 1,4 % de las muertes a nivel mundial y se clasifica entre las 20 principales causas de mortalidad. En la Región de las Américas ocurren alrededor de 65.000 defunciones por suicidio anualmente (1).

El suicidio es considerado un problema de salud pública grave y creciente a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), por cada muerte por suicidio se registran 20 intentos. La OMS afirma que las tasas de suicidio han aumentado un 60% en los últimos 50 años y ese incremento ha sido más marcado entre los jóvenes, al punto de convertirlos en la actualidad en el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países del mundo. El suicidio a nivel mundial se encuentra entre las tres primeras causas de muerte en las personas de 15 a 44 años, y la segunda en el grupo entre los 10 y 24 años. Colombia ocupa el tercer lugar en mayor número de casos, después de Cuba y Brasil. Tiene un alto impacto en términos de años potenciales de vida perdidos (APVP)(2).

Las rutas de atención en salud son herramientas que organizan la gestión necesaria para llevar a cabo las atenciones e intervenciones requeridas por los pacientes, dentro de un plan de atención multidisciplinario estructurado, adaptando las recomendaciones de las guías de práctica clínica a las estructuras locales, detallando los pasos que deben ocurrir en el curso de la atención e identificando los actores responsables de cada uno(3).

Así, las rutas de atención no reemplazan el juicio de los profesionales de la salud y no tienen como objetivo actuar como guías de práctica clínica, sino como herramientas para articular la prestación de servicios, ya que permiten crear canales de comunicación entre los diferentes actores del sistema de salud, transformando la atención en un proceso continuo que cruza los límites entre diferentes organizaciones, profesiones y especialidades, haciendo que mejore la continuidad, coherencia e integralidad de la atención.

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) ha venido desarrollando la Ruta Integral de Atención para Problemas y Trastornos Mentales y Epilepsia que tiene por objetivo brindar atención integral a los pacientes, bajo un modelo operativo enmarcado en la gestión del riesgo, buscando la prevención de complicaciones, el tratamiento oportuno y la rehabilitación y garantizando resultados clínicos, satisfacción del usuario y reducción de costos.

De acuerdo a lo anterior, el presente estudio se centró en el análisis de cómo se da la adaptación al protocolo de la ruta de atención de intento de suicidio en los municipios priorizados de La Estrella y Santa fe de Antioquia. Es por ello que se dividen los hallazgos en grandes ítems que contienen, en primera instancia la

contextualización del evento en salud pública de intento de suicidio a partir de los datos consignados en el SIVIGILA en el año 2020.

En segunda instancia, se hizo una descripción de la activación de los protocolos de atención en salud mental de eventos epidemiológicos; esto permitió identificar debilidades y fortalezas en la activación, atención y seguimiento, que realizan los diferentes actores que intervienen en la problemática, y de esta manera conocer los puntos claves donde se presentan inconvenientes para seguir la ruta de atención en intento de suicidio, así como presentar las inquietudes y análisis del evento, aportando a la creación de nuevas estrategias, procesos de mejora o acciones que contribuyan en el mejoramiento de la calidad de la atención y permitan la adaptación de la ruta atendiendo a las realidades de los territorios.

1 Planteamiento del Problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el comportamiento suicida como un problema de etiología compleja, con múltiples causas interrelacionadas, siendo las enfermedades mentales, y los trastornos por abuso de sustancias, los principales factores de riesgo. Según la OMS para el 2015, el 29,1% de los niños, adolescentes y adultos jóvenes del mundo presentaban algún tipo de trastorno mental; este tipo de pacientes presentan un riesgo de suicidio diez veces mayor que aquellas personas que no las sufren (1,2).

De acuerdo con las 40 causas principales de muerte recogidas en las estadísticas mundiales de la salud 2019, 33 afectan más a la esperanza de vida de los hombres que de las mujeres. En 2016, la probabilidad de que una persona de 30 años muriera a causa de una enfermedad no transmisible antes de los 70 años, era un 44% mayor en los hombres que en las mujeres. Lo anterior demuestra que la mortalidad por causas externas afecta de manera directa a la población masculina, siendo en los hombres jóvenes la mayor prevalencia (4).

En el año 2015, el suicidio en la Región de las Américas representó 12,4% de las causas externas de muerte, con tasas cercanas a 20% para Canadá, Cuba y Estados Unidos de América (2). En América Latina, Colombia es el tercer país con mayor número de suicidios consumados, con una tasa de 5,2 suicidios por cada 100 000 habitantes en 2015 y 10% de incremento en 2016. En ese año, la incidencia de intentos de suicidio osciló entre 10 a 40 veces por cada suicidio consumado y 60% de estos reportaron historia de trastornos del estado de ánimo (5).

Cerca de un millón de personas se suicidan cada año en el mundo (4). La tasa de suicidio ha aumentado a nivel mundial en un 60% en los últimos 45 años y se espera que para 2020 lo haga en un 50%. Esto significa que un millón y medio de personas al año se quitarían la vida (2). Se ha identificado que un intento de suicidio previo representa el principal factor de riesgo para reintentarlo, siendo el mejor indicador de un riesgo suicida alto. El 40% de los pacientes que se suicidan lo habían intentado previamente. De los pacientes con un intento de suicidio, entre el 13% y el 35% hacen otro intento, 7% hace dos o más intentos, 2.5% hace tres o más intentos y el 1% hace cinco o más intentos, dentro de los dos años siguientes al primer intento de suicidio (7).

Los intentos de suicidio constituyen una gran carga social y económica para las comunidades debido a la utilización de los servicios de salud para tratar las lesiones, al impacto psicológico y social del comportamiento en el individuo y sus asociados y, ocasionalmente, a una discapacidad a largo plazo debida a la lesión (8). Se estima que existe una proporción de 8:1 entre los intentos y las muertes por suicidio, aunque existen amplias diferencias según edad y género. La incidencia es mucho

más grande en mayores de 60 años. De aquellos que intentaron el suicidio y fallaron, una tercera parte tuvieron otro intento en el curso del año siguiente (2).

Desde el año 2016, en cumplimiento de la ley 1616 de 2013, el Instituto Nacional de Salud (INS), inició la vigilancia epidemiológica del intento de suicidio. Desde que se inició este proceso las cifras reportadas se han incrementado dramáticamente, se pasó de una tasa de intento de suicidio de 4.12 por 100.000 habitantes a una de 36.08 en 2016 y a 52.04 en 2017; esto podría explicarse por el sub-registro que existía del evento (6).

La fragmentación en la prestación de servicios de salud es uno de los problemas principales que enfrenta el sistema de salud colombiano en la actualidad. Las rutas en salud constituyen una estrategia para hacer frente a dicha fragmentación. Sin embargo, para evitar que ocurran situaciones no deseadas en la prestación de los servicios, es necesario que también dentro de las organizaciones prestadoras de servicios de salud se adapten rutas a sus características y contextos. De esta forma será posible hacer que cada una de ellas funcione de manera articulada dentro del sistema, propendiendo por un sistema de salud que funcione como un todo en lugar de como partes fraccionadas.

Es importante aclarar, que este proyecto se enfocó en el análisis de la adaptación de la ruta de atención de intento de suicidio en los municipios seleccionados de la región Occidente y Valle de Aburrá del Departamento de Antioquia, teniendo en cuenta el impacto del reintento de suicidio en la salud pública en estos territorios.

Es por esto que se hizo necesario elaborar un proyecto de intervención social en salud para los Municipios seleccionados del Departamento de Antioquia en el presente año, con el ánimo de fortalecer la activación de los protocolos de atención en salud mental de eventos epidemiológicos relacionados con la salud mental específicamente con el intento de suicidio. Por lo anterior se plantea la pregunta de investigación: ¿Cómo se da la adaptación al protocolo de la ruta de atención de intento de suicidio en los municipios seleccionados del occidente (Santa Fe de Antioquia) y el Área Metropolitana (La Estrella) de Antioquia en el año 2020?

1.1 Justificación

En la actualidad las enfermedades de salud mental se han convertido en un reto para los profesionales de la salud, así como para todos los actores implicados en el proceso tanto en la prevención, promoción y/o tratamiento, debido a que en gran medida son eventos que se viven de manera silenciosa, sin búsqueda de orientación y acompañamiento.

De allí nace la necesidad de entrar en contacto con el sujeto, desde una proyección social para responder a las diversas demandas sociales que surgen a partir del

momento en el cual se presenta un evento de intento de suicidio; y de este modo poder interpretar y conocer los rasgos que caracterizan a los ciudadanos con patologías asociadas con dicho evento y en general con la salud mental, entendiendo que la dinámica de una población es determinada por unos modos o condiciones particulares.

Se busca interpretar la normatividad vigente que enmarca la Atención Integral en Salud, bajo la Ley 1751 del 2015, con la cual se establece un conjunto de herramientas técnicas que facilita la prestación de los servicios de manera efectiva a través de las Rutas de Atención Integral en Salud, establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social, para grupos de riesgo específicos entre ellos el de trastornos mentales y del comportamiento suicida, debido al incremento de pérdida de años potencialmente perdidos con diferencia en grupos de edad y sexo. Es importante para un administrador en servicios de salud conocer la implementación de las rutas de atención y así contribuir con la planificación, organización, dirección y control de los servicios de salud y que sus actividades estén orientadas al cuidado y fomento de la salud y así poder optimizar recursos financieros, tecnológicos y de talento humano.

2 Objetivo General

Analizar la adaptación al protocolo, de la ruta de atención de intento de suicidio en los municipios seleccionados del occidente (Santa Fe de Antioquia) y del Area Metropolitana (La Estrella) de Antioquia en el año 2020.

2.1 Objetivos Específicos:

- Caracterizar los usuarios atendidos por intento de suicidio, según aspectos personales, clínicos y conductuales.
- Conocer la forma en que se activan los protocolos de atención en salud mental de eventos epidemiológicos relacionados con la salud mental específicamente con la atención del intento de suicidio en los municipios de interés.
- Identificar las debilidades y fortalezas de las rutas vigentes.
- Analizar las rutas de atención en salud en concordancia con lo estipulado en el protocolo de intento de suicidio del Instituto Nacional de Salud y proponer mejoras al mismo.

3 Marcos

3.1 Marco Político:

Plan de Acción de Salud Mental (2013-2020): Este plan de acción para la salud mental mundial pretende priorizar la atención a los trastornos mentales, estableciendo una propuesta de acciones, metas y objetivos concretos que permitan una mejora de la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental y sus familias. El texto comienza con una descripción del contexto actual sobre la atención a la salud mental para luego definir los objetivos y sus indicadores de evaluación que dé respuesta a las necesidades anteriormente expuestas. Los cuatro objetivos planteados en este plan de acción son los siguientes: reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental; proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta; poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental; fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental(3).

Mediante la resolución número 1004886 de 2018 – Política Nacional de Salud – Mental, busca promover la salud mental como un derecho individual, familiar y colectivo. Esta, surge como respuesta al desafío que representa para el país el hecho que la depresión sea la segunda casusa de enfermedad, siendo el trastorno más frecuente en adolescentes, jóvenes y adultos, principalmente entre las mujeres, así como al incremento en las tasas de suicidio.

La política Nacional de salud mental está basada en cinco componentes:

1. Promoción de la convivencia y la salud mental en los entornos, a través de la cual se promoverán estilos de vida saludables, el cuidado de los menores de edad y el fortalecimiento de los vínculos sociales. También se apoya en el programa sacúdete del Gobierno Nacional, para promover entre los adolescentes y jóvenes modos, condiciones y estilos de vida saludables, la salud mental, la prevención de problemas, trastornos mentales y el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas.
2. Prevención de los problemas y trastornos mentales, la epilepsia y las violencias interpersonales, por medio del cual se fortalecerán los espacios y organizaciones comunitarias para promover la detección temprana de riesgos y violencias, problemas y trastornos mentales, riesgo de suicidio y epilepsia, así como los primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis.
3. Atención integral e integrada, a través de la cual el sector salud desarrollará 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 la comunidad de inclusión, 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.

3.2 Marco Normativo:

El Sistema General de Seguridad Social en Salud establecido por la Ley 100 de 1993, ha tenido varias reformas, mediante normas y resoluciones que lo llevaron a convertirse en la Ley Estatutaria de la salud (Ley 1751 de 2015) que en su artículo 2 garantiza el derecho a la salud y reforma el concepto del sistema de salud para establecerlo como un derecho fundamental (11).

NORMATIVA	OBJETO
Ley 100 de 1993	El Sistema de Seguridad Social Integral es el conjunto armónico de normas y procedimientos de entidades públicas y privadas, conformado por regímenes generales establecidos para: Sistema General de Pensiones, Sistema General de Riesgos Profesionales y Sistema General de Seguridad Social en Salud
Resolución 260 del 2004	Se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Ley 1122 de 2007	Tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación y equilibrio entre los actores del sistema.
Decreto 4747 de 2007	Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.
Ley 1438 del 2011	Busca el fortalecimiento del SGSSS a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las IPS y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad.
Ley 1751 Ley Estatutaria en salud de 2015	La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud; regular y establecer sus mecanismos de protección.

Resolución 1141 de 2016	Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones
Resolución 429 2016 PAIS	Adopta la Política de Atención Integral en Salud.
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

3.3 Marco Teórico:

La palabra “suicidio” es un latinismo, que proviene de las expresiones latinas sui y occidere, que lo definen como el hecho de matarse a sí mismo. El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas. Sin embargo, las distintas sociedades han mantenido hacia él, actitudes enormemente variables en función de los principios filosóficos, religiosos e intelectuales de cada cultura (7).

3.3.1 Salud mental

La Organización mundial de la salud (OMS), define la salud mental como un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad (12).

La relación entre los componentes físico y mental de la salud es múltiple y variada. Los trastornos mentales aumentan el riesgo de padecer enfermedades transmisibles y no transmisibles, además de contribuir a las lesiones no intencionales e intencionales. También, muchas condiciones patológicas aumentan el riesgo de padecer trastornos mentales, y esta comorbilidad no solo complica la búsqueda de ayuda y de tratamiento, sino que influye en el pronóstico (13).

3.3.2 Conducta suicida

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE - de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1993), del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-5) y de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), la conducta suicida se considera un síntoma de un malestar o trastorno emocional o mental y no representa un diagnóstico en sí mismo y, en consecuencia, se debe revisar la presencia de otros síntomas emocionales o comportamentales que en conjunto hagan parte de su diagnóstico (6).

La conducta suicida representa un grave problema social y de salud pública que afecta a la población de la mayoría de los países del mundo, es un fenómeno en el que intervienen múltiples dinámicas e influyen factores del contexto social, cultural, económico e individual (7).

Siempre que se atienda este evento en los servicios de salud, se recomienda realizar evaluación completa del estado de salud mental con el fin de identificar probables trastornos mentales asociados y así mismo, otras circunstancias psicosociales que en buena parte de los casos también se encuentran presentes, los cuales deben ser consignados como diagnósticos relacionados en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS y en historia clínica y desde luego, el respectivo manejo clínico del trastorno y la gestión intra e intersectorial para la intervención de las problemáticas psicosociales identificadas (6).

3.3.3 Epidemiología de la conducta suicida en el mundo

Desde 1970, la OMS identificó la conducta suicida como un problema de salud pública. En el año 2013 realizó un estudio en el cual se encontró que en el mundo 9.000 personas intentan suicidarse diariamente y cada año se cometen alrededor de un millón de suicidios; esto significa una muerte cada 40 segundos; esto ubica el suicidio entre las tres primeras causas de muerte en el mundo (7).

En el 2016 se registraron 817.000 muertes por suicidio en el mundo, lo cual representó el 1.49% del total de muertes para ese año, con una tasa de mortalidad de 10.6 por 100.000 habitantes. El número total de muertes por suicidio incrementó en un 6.7% entre 1990 y 2016. Sin embargo, para ese mismo período de tiempo, la tasa mundial de suicidio disminuyó un 16% en hombres y un 20% en mujeres (14,8) (8)

En la región Europea y países del tercer mundo, los hombres tienen la mayor tasa de muerte por suicidio (24.7 y 21 por cada 100.000 habitantes, respectivamente), comparado con unas tasas en mujeres significativamente menores (6.6 y 7.6 por cada 100.000 habitantes, respectivamente). Las tasas de mortalidad por suicidio más bajas, tanto para hombres como para mujeres, fueron en la región mediterránea oriental (Medio Oriente, África del Norte y Asia Central) y en países de primer mundo (8).

La estimación es que para el 2020, aproximadamente 1.53 millones de personas morirán por suicidio, representando esto un promedio de una muerte cada 20 segundos y un intento de suicidio cada 1 a 2 segundos (15). Adicionalmente, Se estima que existe una proporción de 8:1 entre los intentos y las muertes por suicidio, aunque existen amplias diferencias según edad y género. La incidencia es mucho más grande en mayores de 60 años. De aquellos que intentaron el suicidio y fallaron, una tercera parte tuvieron otro intento en el curso del año siguiente. La

existencia de antecedentes personales de intentos suicidas en el pasado, es uno de los factores de riesgo que más claramente se asocian a la posibilidad de un futuro suicidio consumado (16).

La prevalencia del intento de suicidio es difícil de conocer. La OMS estima que su frecuencia es 20 veces mayor que la del suicidio consumado. En la población general mayor de 15 años, la prevalencia de las tentativas, se señala de un 3 al 5 %. En el grupo de edad de 15-34 años se registra el mayor número de intentos de suicidio (16).

Estudios longitudinales muestran que cerca de un 40% de las personas que intentan suicidarse han tenido intentos previos, y entre el 13 y el 35 % de los que intentan hacen otro intento, 7% hace dos o más intentos, 2,5% hace tres o más intentos y 1% hace cinco o más intentos, dentro de los dos años siguientes al primer intento de suicidio (10). Así mismo, resulta significativamente asociado con el intento de suicidio haber consultado al médico con quejas de nervios, antes de cometer el intento (6).

Desde la OMS a través del Plan de Acción de Salud Mental (2013-2020) se han trazado como meta, reducir en un 10% la tasa de suicidio para el año 2020; en Colombia se espera que para el año 2021 se reduzca la tasa de suicidio a 4,7 por 100.000 habitantes (17).

3.3.4 Epidemiología de la conducta suicida en Colombia

En Colombia, el suicidio es la cuarta forma de muerte violenta. En 2014 se reportaron 4,33 casos por 100.000 habitantes, siendo los grupos etarios de 20 a 24 y de 70 a 74 años los de mayores tasas (6.50) a nivel nacional. El grupo con más casos es el de hombres entre 20 y 29 años seguido por el de mujeres entre 15 y 17 años (14).

En los años comprendidos entre el 2009 y el 2018, hubo un total de 20.832 suicidios, con una media estimada de 2.083 casos por año según cifras reportadas en el sistema de información del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. El mayor número de suicidios registrados en la última década se dio en el año 2018, con 125 casos más que el año anterior y 855 más que en el año 2008, de enero a abril de 2020 el 11.5% de las muertes violentas son atribuibles al suicidio (18).

Para el 2018, es significativo que la incidencia de muerte por suicidio, predominó en la cabecera municipal o centros urbanos en el 73,98 %, (1.979 de los casos). En área rural se presentaron 581 suicidios y en centros poblados se registraron 115 casos, es decir que solamente el 26,02 % de los suicidios ocurrieron en zonas

menos pobladas. Los departamentos que presentaron el mayor número de casos fueron: Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Santander y Atlántico, y las ciudades que puntúan con el mayor número de casos de suicidio son: Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla (8).

La tasa de suicidios para el año 2018 a nivel nacional estuvo en 5.93 casos por 100.000 habitantes mayores de cinco años, con respecto al año anterior, aumentó (5.76 por 100.000 habitantes). Los departamentos que presentaron el mayor número de casos fueron: Antioquia: 416, Bogotá: 387, y Valle del Cauca: 278, seguido de Cundinamarca 170, Santander 143, y Atlántico 107. A nivel municipal se presentó el mayor número de casos de suicidio en la ciudad de Bogotá: 387 casos, seguido de Medellín 172 casos, Cali 119 casos y Barranquilla 64 casos (8).

Según lo reportado en el boletín estadístico mensual del instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses, para el mes de enero 2020, en el país hubo 1714 muertes por lesiones fatales, de las cuales 178 (10.39%) fueron por suicidio; de estas 145 (81.5%) fueron hombres y solo 33 (18.5%) en mujeres. El grupo de edad con mayor número de muertes fue el de 30-34 años, seguido por el de 20-24 años. Las ciudades con mayor número de casos fueron Bogotá, seguido de Medellín en segundo lugar y en tercer lugar Manizales, Pasto y Cali (19).

De acuerdo con un estudio realizado en Colombia, el 5% de las mujeres y el 3,9% de los hombres habían intentado suicidarse durante el transcurso de la vida y 1.4% de mujeres y 1% de hombres lo habían intentado en el último año (19).

El intento de suicidio en Colombia tiene una prevalencia similar a la de otros países; la población con mayor riesgo está ubicada entre los 16 a 21 años (16). Los datos encontrados de prevalencia de vida de intento de suicidio por dicho estudio varían entre 5.2% y 3.6%, y hay una relación clara con el grupo de edad. No sólo disminuye la probabilidad de haber cometido un intento de suicidio a través de la vida, también disminuye la probabilidad de presentar un intento en el último año. Esto ratifica al grupo de los adolescentes como el grupo de mayor riesgo de suicidio y el incremento de esta entidad en las últimas décadas (16).

3.3.5 Epidemiología de la conducta suicida en Antioquia

Para el año 2018, la tasa de muerte por suicidio en el departamento de Antioquia fue de 6.76 por cada 100.00 habitantes, presentando además el mayor número de casos totales (416) respecto a los demás departamentos (19).

Los datos más actualizados para el Valle de Aburrá son del año 2018, en el cual, de los 10 municipios que lo conforman, el que presentó el mayor número de casos totales fue Medellín con 172, con una tasa de 7.21 por cada 100.000 habitantes. El municipio con el menor número de casos fue la Estrella, con un total de 5(19).

Según el primer estudio poblacional de salud mental, Medellín, 2011-2012; para el intento de suicidio, según la edad se presenta el mayor riesgo para los grupos de 30 a 44 años con 5,83% y el de 13 a 18 años con 5,79% (13).

3.3.6 Ideación suicida

En 1976 la OMS propone unificar la terminología y propone unos términos concretos. Se definió *Ideación suicida* a la presencia de pensamientos sobre tomar medidas para terminar con la vida, siendo esta ideación *pasiva* cuando no hay plan estructurado ni intentos; en el momento en que identifica un método, se estructura un plan o se tiene la intención de actuar, esta ideación pasa a ser *activa* (18).

El suicidio, es un proceso que transcurre a través de cuatro fases: ideación suicida, planeación, intento suicida y suicidio consumado. No necesariamente se tiene que atravesar por todas ellas antes de llegar al suicidio. Pero lo que sí resulta claro es que la ideación suicida es el primer eslabón de la cadena y un rubro fundamental para la investigación y el desarrollo de estrategias de prevención e intervención con el fin de salvar vidas (20).

Se denomina ideación suicida, 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" (6).

Existen diversas concepciones en torno a la ideación suicida, se ha mencionado que es una etapa de vital importancia como factor predictor para llegar al suicidio consumado y la define como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infligida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir (20).

3.3.7 Planeación 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 (6).

3.3.8 Intento de suicidio

La OMS define el intento de suicidio como "un acto no habitual, con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse autolesión o determinarla sin la intervención de otros, o también ocasionarla por ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica" (21).

Los intentos de suicidio constituyen una gran carga social y económica para las comunidades, ya que implican la utilización de los servicios de salud para tratar las lesiones, además del impacto psicológico y social del comportamiento que tiene en el individuo y sus asociados, adicionalmente en ocasiones puede haber una discapacidad a largo plazo debida a la lesión (16).

Es de vital importancia, identificar el hecho de que un intento previo de suicidio es la principal variable predictiva individual de muerte por suicidio en la población general: quienes ya hayan intentado el suicidio corren un riesgo mucho mayor de morir por suicidio que quienes no lo hayan intentado antes (16).

3.3.9 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 autoinfligida y con la intención de provocar el propio fallecimiento (6).

El suicidio repercute en las poblaciones más vulnerables del mundo y es muy frecuente en grupos marginados y discriminados de la sociedad. Es un grave problema de salud pública no solo en los países desarrollados; de hecho, la mayoría de los suicidios se cometen en países de ingresos bajos y medianos donde los recursos y servicios, si los hay, suelen ser escasos y limitados para la identificación temprana, el tratamiento y el apoyo a las personas necesitadas. Estos hechos notables y la falta de intervenciones oportunas hacen del suicidio un problema mundial de salud pública que debe abordarse imperativamente (22).

3.3.10 Enfoque de género de la conducta suicida

Al hablar de género, nos referimos no solamente a las características anatómicas y fisiológicas del individuo, lo cual constituye la definición de sexo; sino además a la construcción social histórica que ocurre y se expresa a través de la percepción e interpretación del mundo y nuestro papel en él. Al reconocer esta diferencia, nos permitimos realizar un análisis dirigido a cada grupo sobre sus factores de riesgo particulares, lo cual permite a su vez, tanto la sensibilización a nivel individual y comunitario, como el planteamiento de políticas públicas dirigidas y más específicas (20).

Según reportes, los hombres tienen tasas de suicidio más elevadas que las mujeres. Resaltando que las mujeres son quienes realizan un mayor número de intentos, los llevados a cabo por los hombres tienen una mayor letalidad, teniendo esto relación con el empleo de métodos más violentos por parte de ellos, posiblemente por el hecho de que se han asumido a sí mismos como más violentos e impulsivos que las mujeres (22).

En Colombia la conducta suicida para el año 2018 fue consumada en un porcentaje mayor por hombres que por mujeres, 82.34 % contra 17.65% respectivamente; se puede establecer que por cada 4.66 hombres, se suicida una mujer; proporción mayor a la de los años anteriores que oscilaban entre 4.4 y que es significativamente mayor a la estimada para Sur América que fue de 4.4 suicidios en hombres por cada mujer (8).

3.3.11 Factores de riesgo

Los principales factores que están asociados a la conducta suicida son: intentos anteriores de suicidio que predisponen la progresiva letalidad del método, persona que es portadora de trastornos mentales (en especial la depresión), abuso o dependencia del alcohol y otras drogas, falta de apoyo social, historial de suicidio en la familia, fuerte deseo suicida, sucesos que causan estrés y características socio-demográficas no favorables, como pobreza, el desempleo y el bajo nivel educacional (14).

3.3.12 Factores no modificables

Genética: se sabe que el suicidio está presente en algunas familias con mayor frecuencia que en otras, y que esta transmisión no es únicamente explicable por la presencia de trastornos mentales, ya que los familiares con enfermedad mental no tienen mayor riesgo de suicidio que los que libres de enfermedad (14).

En conjunto, los factores genéticos juegan un papel importante en la vulnerabilidad o predisposición hacia la conducta suicida. De modo que la herencia de la conducta suicida parece estar determinada por, al menos, dos componentes: uno, la propia transmisión de las enfermedades mentales, y otro, la dotación genética relacionada con la agresividad, impulsividad y otros factores de personalidad. La asociación familiar es mayor según la severidad de la conducta suicida, así es menor en ideación suicida, mayor en intentos de suicidio y mucho mayor en suicidio consumado (14).

Sexo: en la mayor parte de los países donde se ha estudiado el suicidio, las mujeres presentan tasas superiores de ideación suicida y de intentos de suicidio que los hombres (18). En el estudio WHO/EURO8, se obtiene una relación mujer/hombre para los intentos de suicidio de 1,5:1. Sin embargo, los hombres realizan mayor número de suicidios consumados 9,10. Los métodos utilizados en el acto suicida varían según el sexo (18).

Los hombres suelen consumir el suicidio ya que el método que emplean es más violento (armas de fuego, ahorcamiento, precipitación desde lugares altos o envenenamiento por gas). Las mujeres suelen realizar sobre ingestas de

psicótrpos o de venenos, o incisiones con elementos cortantes. Muchas veces el método escogido nos indica la intencionalidad del acto (18).

Adicionalmente, la prevalencia de enfermedad mental en hombres y mujeres en suicidios consumados e intentos de suicidio es alta. Existen diferencias por sexos en el tipo de enfermedad mental; así, los hombres presentan una mayor prevalencia de trastornos relacionados con tóxicos, trastornos de personalidad y trastornos de la edad infantil, mientras que las mujeres presentan una mayor prevalencia de trastornos afectivos, incluyendo la depresión (14).

Edad: El riesgo de suicidio aumenta con la edad. En el estudio de Baxter y Appleby¹² se define una edad media de suicidio de 47,4 años (42,0 para hombres y 50,4 años para mujeres). Actualmente las tasas de suicidio consumado en jóvenes están aumentando, sobre todo en varones entre 15-24 años, siendo la tercera causa de muerte en Estados Unidos entre jóvenes de esta edad. Según el WHO/EURO⁸, las tasas de intentos de suicidio para mujeres son más altas entre los 15-24 años y entre los 25-34 años para los hombres (7). Con la edad, también cambia el tipo de conducta suicida, así el cociente suicidio/intento de suicidio va aumentando progresivamente con la edad (21).

Estado civil: desde épocas antiguas se ha defendido el matrimonio como factor protector frente al suicidio. La presencia de pareja, como indica el papel protector del matrimonio y el incremento del riesgo con la viudedad o el divorcio, parece afectar más a los varones (14).

Para los viudos, el riesgo de suicidio se calcula que se incrementa 15 veces. Esto puede ser debido a que los varones necesitan más tiempo para la elaboración del duelo, tienen menos relaciones afectivas cercanas fuera del matrimonio —con sensación de desconexión de la sociedad si no existe la esposa—, y expresan menos los sentimientos, incluidos los de duelo y la incapacidad de llevar adelante la casa. El periodo de mayor riesgo es el año tras la pérdida o la separación, y permanece elevado hasta los cinco años tras la pérdida (14).

Situación laboral y económica: hay un gran número de estudios que se centran en la profesión como factor de riesgo de suicidio, destacando el incremento de riesgo que tienen las profesiones relacionadas con la salud (14). Sin embargo, se sabe que más importante que la ocupación es la falta de ella o el desempleo. Distintos tipos de estudios indican un riesgo entre dos y cinco veces mayor para el desempleo, y ligeramente mayor en los varones (18).

Creencias religiosas: según la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), la conducta suicida se ve influenciada tanto por la orientación religiosa como por la importancia que esta tenga en la vida de la persona (18).

Aquellas personas con fuertes convicciones religiosas que contemplan el suicidio como algo moralmente reprobable o que usan la religión como mecanismo de dar sentido a la vida, de disminución del estrés y de esperanza ante la adversidad, tienen una tendencia menor a pasar de las ideas suicidas a la consumación del suicidio (14).

Apoyo Social: Se ha relacionado el apoyo social con la conducta suicida en cuanto que la presencia de una red social adecuada supone un factor protector y el aislamiento social confiere mayor riesgo de conducta suicida en todas las edades (23).

Intento previo de suicidio: se considera que haber presentado un intento de suicidio previo, es el factor que predice con mayor claridad la posibilidad de un suicidio consumado en el futuro. Una persona que ha cometido una tentativa de suicidio previamente tiene 40 veces más riesgo de morir por suicidio (23).

3.3.13 Factores modificables

Trastornos mentales: Se definen según la OMS como aquellos que se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás. Entre ellos se incluyen la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis, la demencia, las discapacidades intelectuales y los trastornos del desarrollo, como el autismo (24).

Se ha estimado que al momento del suicidio entre el 27 % y más del 90 % de los casos existía la presencia de alguna enfermedad mental. En aquellos pacientes ingresados en unidades psiquiátricas el riesgo vitalicio de concretar el suicidio es de aproximadamente 8.6 %. De acuerdo con Chehil y Kutcher (2012), la mitad de las personas fallecidas por esta razón podrían haber padecido de trastorno depresivo mayor. Este y otros trastornos del estado de ánimo, como el trastorno bipolar, pueden incrementar hasta veinte veces el riesgo de suicidio. La esquizofrenia, los trastornos de la personalidad y el trastorno por estrés postraumático son algunas condiciones también relacionadas. Cerca del 5 % de los individuos con esquizofrenia mueren por suicidio. Por su parte, los trastornos de la conducta alimentaria también son un factor de riesgo (14).

Abuso de sustancias: El abuso de sustancias es el segundo factor de riesgo más común. Están asociados tanto al abuso crónico, como a la intoxicación aguda. El riesgo incrementa cuando se combina con problemas personales, como el duelo. Por otro lado, el abuso de sustancias está asociado con algunos trastornos mentales (25).

La mayoría de las personas se encuentran bajo la influencia de drogas sedantes (como el alcohol o las benzodiazepinas) al momento de suicidarse; el alcoholismo está presente en entre el 15 y el 61 % de los casos (25).

Generalmente, los países con mayores tasas de uso de alcohol y mayor densidad de bares tienen tasas de suicidio más altas. Entre el 2.2 y el 3.4 % de las personas tratadas por alcoholismo fallecen por suicidio. Comúnmente, los alcohólicos que intentan suicidarse son hombres, mayores y han intentado suicidarse previamente (25).

En las personas que usan cocaína el riesgo es mayor durante la fase de abstinencia. En aquellos que emplean inhalantes también hay un significativo riesgo; 20 % de las personas intenta suicidarse en algún momento y más del 65 % lo ha considerado. Asimismo, el consumo de tabaco también implica cierto riesgo de suicidio (26).

No obstante, hay poca evidencia de por qué sucede esto; se ha conjeturado que aquellos con predisposición a fumar también tienen predisposición al suicidio, que el fumar causa problemas de salud que, subsecuentemente, llevan a las personas a poner fin a su vida y que fumar afecta la química del cerebro, causando tendencia al suicidio. Por su parte, la marihuana (por sí sola) no parece incrementar el riesgo (26).

Salud Física: Las enfermedades somáticas son también un conocido factor de riesgo para la conducta suicida, especialmente cuando se acompañan de discapacidad o dolor crónico o intenso. Se ha reportado un mayor riesgo de la conducta suicida en pacientes con cáncer, VIH, enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple, enfermedad renal, entre otras (13).

3.3.14 Factores protectores

Este grupo no se ha estudiado tan extensamente como los factores de riesgo, sin embargo, se pueden diferenciar dos grupos, aquellos propios del individuo y los ambientales (27).

Dentro de los factores protectores propios del individuo, se encuentran las actitudes, valores y normas introyectadas en contra del suicidio, como sería el valor de la propia vida. Se incluyen también las habilidades sociales, el manejo de la ira y la capacidad de resolución de problemas favorecen la decisión de no suicidarse. El cuidado y búsqueda de la salud mental y somática, las creencias religiosas que desapruében el suicidio, el temor al dolor y las conductas de riesgo, la presencia de esperanza y optimismo, el autocontrol de la impulsividad, la alta autoestima, las estrategias de afrontamiento adecuadas y la alta resiliencia, también se hacen parte de este grupo (27).

Entre los factores ambientales destacan la existencia de una red social y familiar adecuada con responsabilidades para con los demás, la participación social, la accesibilidad a los dispositivos de salud, un ambiente estable y las restricciones a la hora de adquirir armas o medicaciones potencialmente letales (6).

3.4 Marco Contextual:

El Departamento de Antioquia está ubicado en el territorio nacional de Colombia, localizado al noroeste del país. Tiene una extensión de 63.612 Km² que limita al norte con el mar caribe y con el Departamento de Córdoba; al occidente con el Departamento del Chocó; al oriente con los Departamentos de Bolívar, Santander y Boyacá; y al sur con los Departamentos de Caldas y Risaralda. Por su extensión es el 6to más grande y el que conviven más habitantes.

La organización territorial la comprende 125 municipios y 9 subregiones las cuales son: Valle de Aburrá, Occidente, Oriente, Norte, Nordeste, Bajo Cauca, Magdalena Medio, Suroeste y Urabá; para objeto de este estudio se seleccionó la subregión de occidente (Santa Fe de Antioquia) y valle de aburra (La Estrella) con el objetivo de analizar las diferencias y/o similitudes en la gestión de los casos de interés, teniendo en cuenta la pertenencia de cada uno de los municipios en la región de interés.

- 1. Occidente:** Región que la compone los Municipios de Abriaquí, Anzá, Armenia, Buriticá, Caicedo, Cañasgordas, Dabeiba, Ebéjico, Frontino, Giraldo, Heliconia, Liborina, Olaya, Peque, Sabanalarga, San Jerónimo, Santa fe de Antioquia, Sopetrán, Uramita. Es una subregión rica en historia.
- 2. Valle de Aburrá:** subregión ubicada en el centro-sur del departamento de Antioquia, Colombia, en medio de la Cordillera Central de los Andes. concentra la mayor parte de los habitantes de Antioquia en los municipios que lo conforma: Medellín, Envigado, Sabaneta, Itagüí, Bello, La Estrella, Girardota, Barbosa, Caldas y Copacabana.

4 Metodología

4.1 Tipo de estudio

Se realizó un proyecto de desarrollo social en salud, dirigido a resolver problemas sociales identificados, buscando proponer alternativas de mejoramiento de dichas realidades. Para ello, el presente proyecto analizó datos obtenidos de fuentes de información secundarias, buscando hallar las dificultades que presentan los servicios de salud para la adaptación de la ruta de atención de intento de suicidio en los municipios seleccionados del Occidente (Santa Fe de Antioquia) y Valle de Aburrá (La Estrella) del departamento de Antioquia en el año 2020.

El proyecto se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, dado que los datos recopilados, tuvieron en la estadística, la principal herramienta de análisis.

4.2 Población de referencia

La población objeto para este estudio fueron hombres y mujeres de todos los grupos de edad, que presentaron intento de suicidio en el año de análisis en los municipios de La Estrella y Santa Fe de Antioquia, y fueron ingresados en la plataforma del SIVIGILA.

4.3 Criterios de inclusión y de exclusión

Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios en inclusión: registros del SIVIGILA e investigaciones epidemiológicas de caso-IEC, de los eventos ocurridos y la activación de las rutas de atención en salud en los municipios seleccionados del Occidente (Santa Fe de Antioquia) y Valle de Aburrá (La Estrella) del departamento de Antioquia en el año 2020.

Se excluyeron los casos notificados como intento de suicidio y que el software tenga registrado como condición del paciente “Muerto”.

4.4 Definición de variables

Tabla 1 Variables sociodemográficas y clínicas, intento de suicidio.

Clasificación	Variables	Definición operacional	Naturaleza	Nivel de medición	Categorías
PERSONALES	Edad	Edad en años cumplidos en el momento del evento	cuantitativa	Continua	No aplica

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS
Sexo	Sexo del ciudadano	Cualitativa	Dicotómica - Nominal	1. Femenino 2. Masculino
Grupo poblacional	El Ciclo de vida aborda las etapas del ciclo vital en términos de la vulnerabilidad producida por la condición etérea; las situaciones de vulnerabilidad (temporales).	Cualitativa	Politémica - Ordinal	1. Primera Infancia 2. Adolescencia 3. Adultez 4. Vejez
Municipio de residencia	Zona geográfica de residencia	Cualitativa	Dicotómica - Nominal	1. Santa fe de Antioquia 2. La Estrella
Área de ocurrencia del caso	Agrupaciones de las entidades singulares de población con el objeto de conseguir una repartición de población en grupos homogéneos respecto a una serie de características que atañen a su modo de vida.	Cualitativa	Politémica - Nominal	1. Cabecera Municipal 2. Centro Poblado 3. Rural Disperso
Tipo de régimen de salud	Vinculación de los individuos al sistema General de Seguridad Social en Salud en el momento del evento	Cualitativa	Politémica - Nominal	1. Contributivo 2. Subsidiado 3. No asegurado 4. Otros
VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS

	Estado civil	Estado civil del individuo en el momento de presentarse el evento	Cualitativa	Politémica-Nominal	1. Soltero(a) 2. Casado(a) / Unión libre 3. Separado(a)/ Divorciado(a) 4. Viudo(a)	
	Escolaridad	Nivel educativo del individuo en el momento de presentarse el evento	Cualitativa	Politémica-Ordinal	1. Ninguna 2. Primaria 3. Secundaria 4. Técnica / Tecnología 5. Profesional 6. Posgrado	
	Estrato socioeconómico	Estrato socioeconómico del individuo al momento de presentarse el evento	Cualitativa	Politémica-Ordinal	1 2 3 4 5 6	
	ANTECEDENTES	Intentos previos	Ocurrencia de intentos de suicidio previos al reportado	Cualitativa	Dicotómica-Nominal	1. Si 2. No
		Desencadenantes	Situación o causa específica que ocurre para que el individuo intente o se suicide en el momento del evento	Cualitativa	Politémica-Nominal	1. Problemas relacionados con familiares y amigos 2. Problemas jurídicos 3. Problemas económicos y/o laborales 4. Problemas escolares y/o educativos 5. Enfermedad crónica dolorosa o discapacitante 6. Maltrato físico, psicológico o sexual.

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS
Mecanismo	Método o elemento utilizado por el individuo para suicidarse o intentar suicidarse	Cualitativa	Politémica- Nominal	1. Ahorcamiento o asfixia 2. Intoxicación 3. Elemento cortopunzante 4. Otros mecanismos
Consumo reciente de SPA	El usuario consume o ha consumido Sustancias psicoactivas recientemente.	Cualitativa	Dicotómica- Nominal	1. Si 2. No
Antecedentes familiares de conducta suicida	El usuario tiene Antecedentes Familiares de conducta suicida	Cualitativa	Dicotómica- Nominal	1. Si 2. No
Ideación suicida persistente	El usuario tiene ideación suicida persistente, aparición de pensamientos relacionados con terminar con la propia existencia.	Cualitativa	Dicotómica- Nominal	1. Si 2. No
Plan organizado de suicidio	El usuario presenta plan organizado de intento de suicidio	Cualitativa	Dicotómica- Nominal	1. Si 2. No
Antecedentes de violencia o abuso	El usuario tiene antecedentes personales de violencia o abuso	Cualitativa	Dicotómica- Nominal	1. Si 2. No
Abuso de alcohol	El usuario tiene antecedentes personales de abuso de alcohol	Cualitativa	Dicotómica- Nominal	1. Si 2. No

	Antecedentes de trastorno psiquiátrico	Método o elemento utilizado por el individuo para suicidarse o intentar suicidarse	Cualitativa	Politémica- Nominal	1. Trastorno depresivo 2. Esquizofrenia 3. Trastorno de personalidad 4. Trastorno bipolar 5. Sin antecedente
	Servicio de remisión a salud mental	Servicio al que se remite el paciente posterior a un intento suicida	Cualitativa	Politémica- Nominal	1. Psiquiatría 2. Psicología 3. Trabajo social 4. Sin remisión

4.5 Recolección de Datos

Se realizó un análisis exhaustivo de los factores de riesgo de la población y las zonas con mayores prevalencias de intento de suicidio.

Para la recolección de los datos, se solicitó de manera formal y con fines netamente académicos a la Dirección Local de Salud-DLS de cada municipio los casos de intento de suicidio notificados a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica-SIVIGILA para el periodo objeto de análisis. Se buscó en los registros del SIVIGILA e investigaciones epidemiológicas de caso- IEC- de población que haya tenido al menos un intento de suicidio para el periodo de análisis, en los municipios de seleccionados del departamento de Antioquia.

Con el acceso a los datos, en cada una de estas fuentes de información se realiza una exploración del estado general de los mismos, se consultaron los diccionarios de datos para saber la definición y los posibles valores que toma cada variable para finalmente seleccionar aquellas que brinden soporte para alcanzar el objetivo del trabajo. Se debe tener en cuenta que, desde el nivel primario y complementario de la red de atención del usuario, se identifica el tratamiento que se debe seguir previo a estudios diagnósticos; dicho tratamiento puede ser ambulatorio, parcial-hospitalario y hospitalario dependiendo de la gravedad del estado de salud del usuario.

4.6 Control de sesgos

Es pertinente aclarar que durante el tiempo en el que se realizó el proyecto, los municipios seleccionados, y en general el mundo, se enfrentaba a la pandemia del COVID19, por lo cual se utilizan fuentes de información secundaria, generando que

no se pueda tener control directo sobre los posibles sesgos, o acciones que aumentarían la probabilidad de presentarse errores durante el proceso de recolección de la información; bien sea en el diligenciamiento de las fichas de notificación o durante la transcripción en el sistema de información.

Para la realización del presente estudio se analizaron los datos de los intentos de suicidio registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), ente responsable del proceso de observación y análisis objetivo, sistemático y constante de los eventos en salud, el cual sustenta la orientación, planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de la práctica de la salud pública.

Es por lo anterior, que el registro de los eventos de interés en salud pública, incluido el intento de suicidio, se reporta de manera obligatoria, lo que garantiza que la información sea confiable y oportuna para el análisis de la frecuencia, incidencia y prevalencia de los eventos. Adicionalmente, los territorios tanto departamentales como municipales, participan anualmente de diferentes capacitaciones para entrenarse en el adecuado registro de la información y la gestión de calidad de la misma, lo cual garantiza que el personal técnico encargado esté altamente calificado.

Todos los procesos anteriores, permitieron garantizar en gran medida la calidad de los datos de los registros del reintento de suicidio en el Departamento de Antioquia, que se utilizaron como fuente de información para el presente estudio.

4.7 Procesamiento y análisis de la información

En la figura 1, se puede identificar de manera visual, cuál fue la ruta para el procesamiento y análisis de los datos en el proyecto. Primero se verificó la calidad del dato, tanto en el SIVIGILA como IEC realizadas para el evento estudiado en cada municipio priorizado; posteriormente se consolidaron las bases de datos, seleccionando y unificando las variables seleccionadas.

Con esta información, se revisaron las bases de datos y se procesa la información utilizando el paquete Microsoft office 2016 con los siguientes programas: Word, y Excel y para la construcción de tablas, figuras e indicadores el software SPSS versión 23 y Epidat 4.1 licencia libre. Se construyeron las tablas y figuras que permitieron ilustrar frecuencias, porcentajes, proporciones, tasas de acuerdo con el análisis bivariado, que evidenciaron la gestión realizada con cada caso de interés en los municipios analizados. Una vez obtenida esta información se procedió a sistematizarla, analizarla e interpretarla para consignarla en los hallazgos.



Figura 1 Plan de procesamiento de la información, para aumentar la adaptación de la ruta de atención de intento de suicidio en los municipios seleccionados del Occidente (Santa Fe de Antioquia) y Valle de Aburrá (La Estrella) de Antioquia en el año 2020.

4.8 Limitaciones

Por haberse utilizado una fuente de información secundaria, hubo variables que posiblemente explicaban la ocurrencia del intento de suicidio en los territorios, pero que no fueron analizadas porque no formaban parte de los instrumentos de recolección utilizados en la atención de los pacientes en las fichas de notificación del SIVIGILA, además de la limitante per sé, que tiene el diligenciamiento de las fichas de las entidades correspondientes (IPS, EPS, DLS, Comisaria de familia, entre otros).

No se cuenta con una base de datos actualizada de personas con enfermedades de salud mental para realizar un análisis más profundo de la verdadera incidencia y prevalencia del evento en cada municipio.

4.9 Consideraciones éticas

Se respetó la veracidad de los resultados, así como la confiabilidad de los datos suministrados por la fuente de información que fue utilizada. Esto, de acuerdo con lo estipulado en la resolución 8430 de 1993 (4 de octubre de 1993) del Ministerio de Salud y Protección Social, por la se establecen las normas científicas técnicas y administrativas para la investigación en salud, que en su Artículo 11 reglamenta la clasificación de las investigaciones de la siguiente manera: investigación sin riesgo,

investigación con riesgo mínimo, e Investigaciones con riesgo mayor que el mínimo. De acuerdo con lo anterior, esta investigación es clasificada sin riesgo, dado que será realizada a partir de fuentes de información secundarias retrospectivas sin realizar intervención alguna con los individuos que participan en el estudio.

Se acataron las normas de acuerdo a lo establecido con el tratamiento de datos sensibles según la Ley de protección de Datos (Ley 581 de 2012), la cual en el Artículo 6° “Tratamiento de datos sensibles” hace una excepción cuando el tratamiento de los datos tenga una finalidad estadística o científica; garantizando la confidencialidad de la información suministrada con la supresión de identidad de los Titulares.

5 Resultados

Para la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud es indispensable analizar las actividades propuestas por el Ministerio de protección social, con el fin de identificar los servicios que deben estar habilitados por las IPS para la atención adecuada de la población en estudio. A continuación se presentan los resultados obtenidos tras la sistematización, análisis e interpretación de los datos:

5.1 Caracterización de los usuarios atendidos por intento de suicidio.

Un total de 33 y 4 casos de intento de suicidio fueron notificados al SIVIGILA en el municipio de la Estrella y Santa Fe de Antioquia respectivamente durante el periodo de análisis para un total de 37 casos.

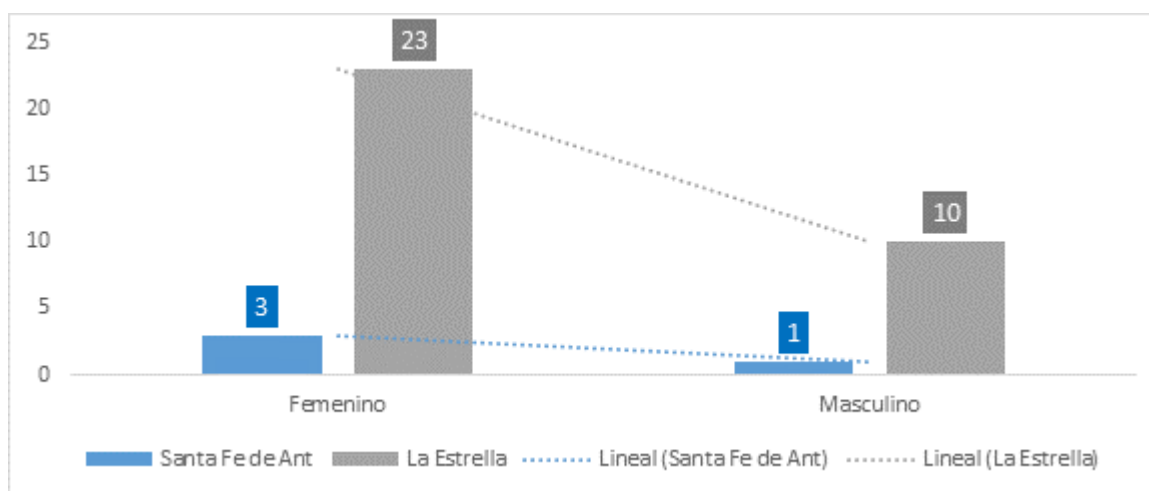


Figura 2 Distribución de casos según sexo, La Estrella y Santa Fe de Antioquia 2020.

La proporción de casos para el sexo femenino fue superior al 70% en ambos municipios, la razón de intento de suicidio por municipio analizado fue de 2,3 en el caso de la Estrella, lo que significa que por cada hombre que intenta suicidarse se presentan 2,3 en las mujeres y en el caso de Santa Fe de Antioquia se presentaron por cada caso en hombres 3 en mujeres.

El mayor número de casos de intento de suicidio según edad, se presentó en edades comprendidas entre los 10 a 19 años con el 25% y 48% para Santa Fe de Antioquia y la Estrella respectivamente; seguido del grupo de edad de los 20 a los 29 años con el 75% el 33%.

Tabla 2 Casos de intento de suicidio en el municipio de la Estrella y Santa Fe de Antioquia según grupo de edad, 2020.

Grupo Edad	Santa Fe de Antioquia	%	La Estrella	%	Total general
10 - 19	1	25	16	48	17
20 - 29	3	75	11	33	14
30 - 39	0	0	3	9	3
40 - 49	0	0	1	3	1
60 - 69	0	0	2	6	2
Total general	4	100	33	100	37

*Edad en años

En cuanto a la escolaridad, el 58% de las personas que cometieron intento de suicidio en la Estrella tenían educación básica secundaria, mientras que en Santa Fe de Antioquia fue el 50% (Tabla 2). La mayor parte de los casos ocurrieron en la cabecera municipal y pertenecían al régimen contributivo.

En lo que se refiere al estado civil, la mayoría de los casos ocurrieron en personas solteras y pertenecen al estrato socioeconómico 2.

Tabla 3 Características personales de los usuarios atendidos por intento de suicidio en el municipio de la Estrella y Santa Fe de Antioquia, 2020.

Característica		La Estrella		Santa Fe de Antioquia	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Grupo poblacional	Primera infancia	0	0	0	0
	Adolescencia/Juventud	27	82	4	100
	Adulthood	4	12	0	0
	Vejez	2	6	0	0
Escolaridad	Ninguna	0	0	0	0
	Primaria	4	12	1	25
	Secundaria	19	58	2	50
	Técnica / Tecnología	6	18	1	25
	Profesional	3	9	0	0
	Posgrado	0	0	0	0
	Sin dato	1	3	0	0
Estado civil	Soltero	28	85	4	100
	Casado/Unión libre	4	12	0	0
	Divorciado/Separado	0	0	0	0
	Viudo	1	3	0	0
	Sin dato	0	0	0	0
Municipio de residencia	Santa Fe de Antioquia	0	0	4	100
	La Estrella	33	100	0	0

Característica		La Estrella		Santa Fe de Antioquia	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Área de ocurrencia del caso	Cabecera Municipal	31	94	3	75
	Centro Poblado	2	6	0	0
	Rural Disperso	0	0	1	25
Tipo de régimen de salud	Contributivo	24	73	2	50
	Subsidiado	6	18	1	25
	No asegurado	2	6	1	25
	Otros	1	3	0	0
Estrato socioeconómico	1	3	9	0	0
	2	17	52	3	75
	3	13	39	1	25
	4	0	0	0	0
	5	0	0	0	0
	6	0	0	0	0

En cuanto a las características clínicas se observó que, el 58% de las personas con intento de suicidio en la Estrella ya había tenido intentos previos mientras que en Santa Fe de Antioquia fue el 50%. El 50% de los casos registrados presentaron violencia o abuso en ambos municipios. En la Estrella 11 casos presentaron antecedentes de trastorno depresivo, mientras que en Santa Fe de Antioquia se registraron 2 casos con este antecedente. La mayoría de los pacientes en ambos municipios fueron remitidos a servicios de psiquiatría, psicología y/o trabajo social.

El principal evento desencadenante para el registro de un caso son los problemas relacionados con familiares o amigos, en el caso de la Estrella con 13 casos y 1 en Santa Fe de Antioquia.

El mecanismo mayormente utilizado fue la intoxicación, en donde en la Estrella se registraron 24 casos y en Santa Fe de Antioquia 1 caso.

Tabla 4 Características clínicas y de antecedentes de los usuarios atendidos por intento de suicidio en el municipio de la Estrella y Santa Fe de Antioquia, 2020.

Característica		La Estrella		Santa Fe de Antioquia	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Intentos previos	1. Si	19	58	2	50
	2. No	14	42	2	50
Consumo reciente de SPA	1. Si	5	15	1	25
	2. No	28	85	3	75
Antecedentes familiares de conducta suicida	1. Si	3	9	0	0
	2. No	30	91	4	100

Característica		La Estrella		Santa Fe de Antioquia	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ideación suicida persistente	1. Si	8	24	0	0
	2. No	25	76	4	100
Plan organizado de suicidio	1. Si	5	15	1	25
	2. No	28	85	3	75
Antecedentes de violencia o abuso	1. Si	16	48	2	50
	2. No	17	52	2	50
Abuso de alcohol	1. Si	2	6	0	0
	2. No	31	94	4	100
Antecedentes de trastorno psiquiátrico	1. Trastorno depresivo	11		2	
	2. Esquizofrenia	2		0	
	3. Trastorno de personalidad	4		0	
	4. Trastorno bipolar	3		0	
	5. Sin antecedente	13		2	
Servicio de remisión a salud mental	1. Psiquiatría	22		1	
	2. Psicología	8		3	
	3. Trabajo social	6		0	
	4. Sin remisión	11		1	
Desencadenantes	1. Problemas relacionados con familiares y amigos	13		1	
	2. Problemas jurídicos	2		0	
	3. Problemas económicos y/o laborales	4		0	
	4. Problemas escolares y/o educativos	2		0	
	5. Enfermedad crónica dolorosa o discapacitante	3		0	
	6. Maltrato físico, psicológico o sexual.	3		1	
Mecanismo	1. Ahorcamiento o asfixia	2		0	
	2. Intoxicación	24		3	
	3. Elemento cortopunzante	6		1	
	4. Otros mecanismos	1		0	

5.2 Activación de los protocolos epidemiológicos de atención en salud mental de eventos relacionados la atención del intento de suicidio.

Según la OMS, la salud mental de los niños y adolescentes se ha convertido en uno de los principales retos de salud pública en todo el mundo. A nivel internacional, se estima que entre el 10% y el 20% de la población infantil y adolescente presenta problemáticas de salud mental. De hecho, según la OMS el 75% de trastornos mentales comienzan antes de los 18 años (13).

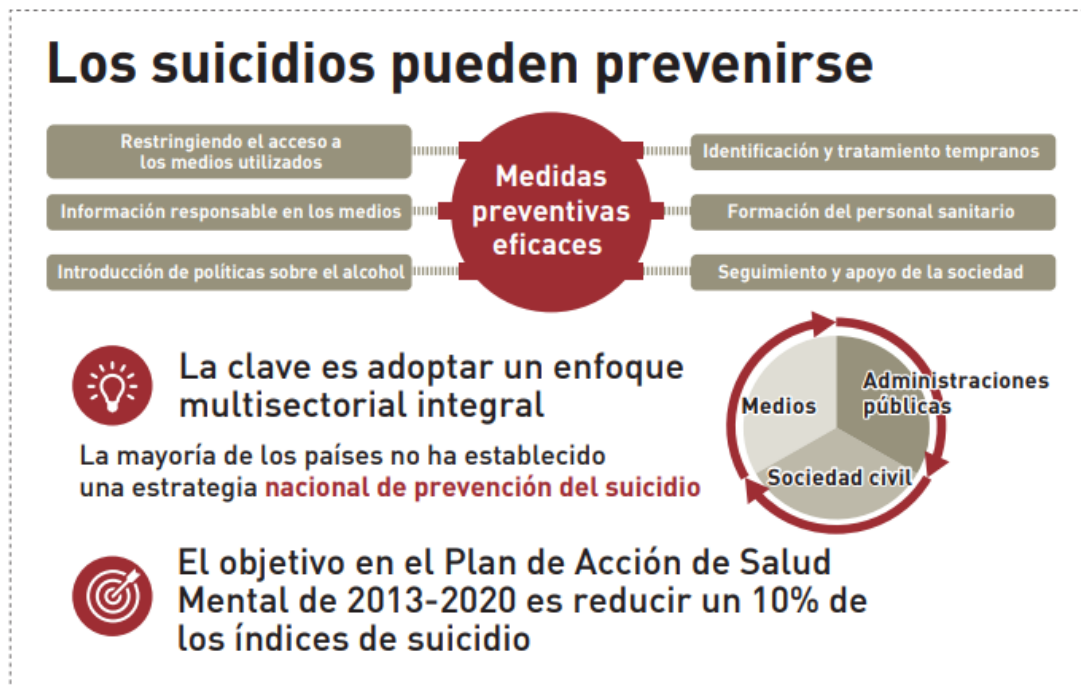


Figura 3 Prevención del suicidio, OMS.

Fuente: OMS

Hacer uso de las medidas eficaces de prevención de suicidio es fundamental para la disminución de la incidencia de casos y reducción de la mortalidad a causa del intento de suicidio, restringiendo el acceso a los medios más comúnmente utilizados, en este caso las intoxicaciones. Emitir información responsable a través de los diferentes medios de comunicación, acciones frente al consumo de alcohol, identificación y tratamientos tempranos, formación del personal sanitario y finalmente vinculación de la sociedad en el proceso.

Es aquí donde radica la importancia de la constante actualización y adecuada adaptación de los diferentes protocolos o rutas de atención en salud mental en los diferentes municipios, enfocados a la intervención de las causas del evento, y no solamente en la atención del hecho; entendiendo que en la activación de las rutas no sólo le compete a las instituciones formales, ya sean públicas o privadas, sino también a toda la sociedad, o dichos en otras palabras a todos los actores de cada uno de los entornos donde el ser humano se desenvuelve.

Cómo se puede apreciar en la figura 4, que muestra la ruta de atención de intento de suicidio que deben seguir estos actores que rodean al ser humano e identifican situaciones de riesgo su vida; teniendo presente el entorno donde se produce el intento para así poder realizar una remisión acorde al caso; ya que si es por ideación

es necesario la participación de los entes de salud, comisarías de familia y el apoyo psicosocial.

Para cuando se presenta el intento es necesario realizar la remisión para servicio de urgencias, bomberos o los equipos de reacción inmediata.

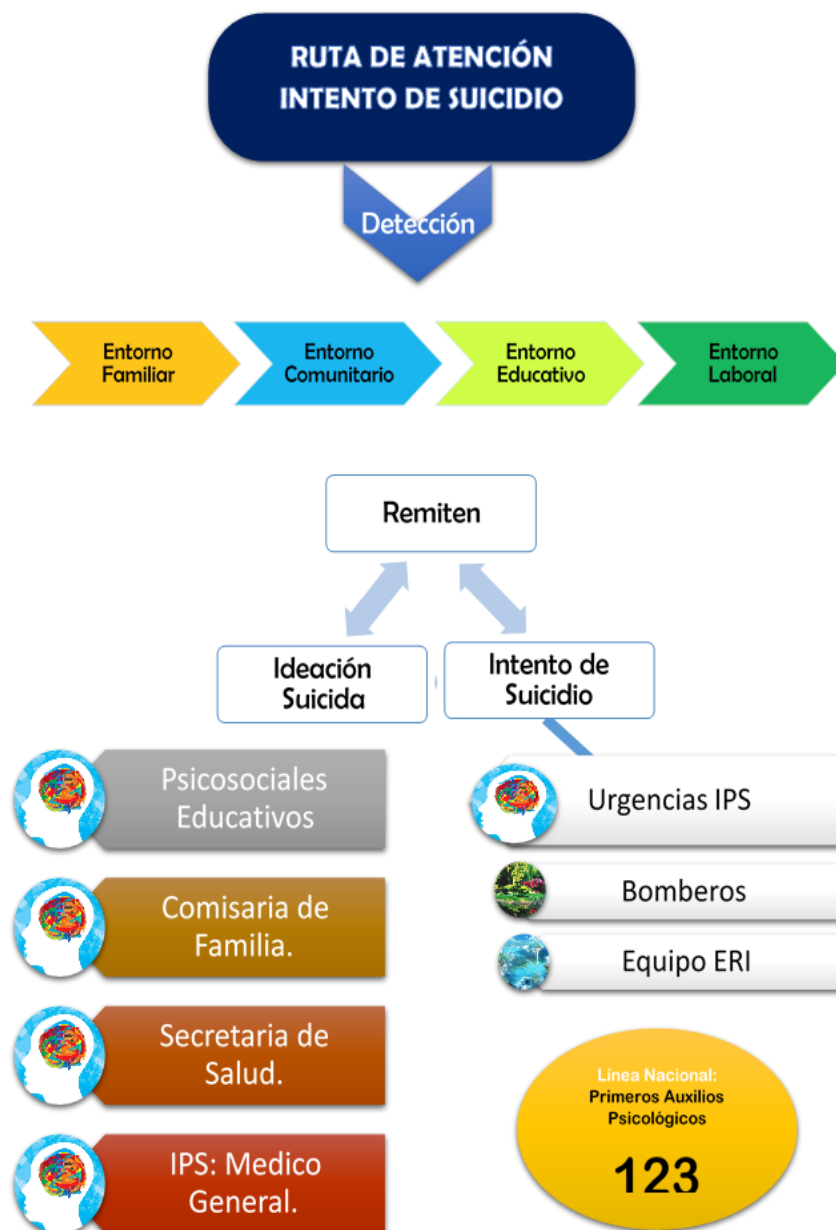


Figura 4 Ruta de comunicación del intento de suicidio en los territorios.

La clave es adoptar un enfoque multisectorial integral.

5.3 Debilidades y fortalezas de las rutas vigentes.

Debilidades:

- Posterior al análisis de la información se identifica que, aunque los casos registrados en el sistema de vigilancia epidemiológica en su mayoría contaron con remisión a diferentes servicios de salud, se hace necesario que el 100% de las personas con intento de suicidio cuenten con un acompañamiento profesional integral y prolongado que garantice su bienestar tanto físico como mental, en aras de prevenir otro posible intento o evento de suicidio.
- También se identificó que, una de las mayores debilidades presentadas en los municipios para prestar servicios de salud, es la oportunidad en el reporte de casos. Aunque ambos municipios cuentan con equipo de atención inmediata ante eventos de emergencias, estos eventos tardan en ser notificados a los equipos, lo que genera un retraso en las acciones de vigilancia epidemiológica.
- Falta de integración y de coordinación de los diferentes sistemas (sanitario, escolar, social y comunitario) que atienden la salud mental especialmente en los ciclos de edad infantil y adolescente, y los niños y niñas reciben una respuesta dilatada en el tiempo y discontinua.
- Hay pocas políticas preventivas en relación a las políticas reactivas, y dichas políticas no cuentan con suficientes recursos económicos para su ejecución.
- Descoordinación interinstitucional que asegure oportunidad e integralidad en la atención del intento de suicidio que garantice el derecho a la salud y el acompañamiento a las familias. Existen pocos espacios para la reflexión y la coordinación interprofesional, y se ha constatado un déficit formativo y competencial.
- Los espacios de comunicación entre los actores del sistema de salud y la comunidad es fundamental para informar sobre las acciones o rutas que puede realizar un ciudadano a la hora de presentar o de presenciar un intento de suicidio, uno de los propuestos son los comité de vigilancia epidemiológico.
- No se cuenta con el compromiso administrativo necesario para el manejo, dado que los recursos económicos y humanos son sumamente limitados, lo que representa barreras para el acceso a diferentes programas de la población de interés.

- La adecuada identificación, diagnóstico y reporte del evento de intento de suicidio a la plataforma del SIVIGILA en las diferentes entidades, principalmente en las IPS de los municipios. Igualmente, la realización periódica de BAI para la identificación de casos acordes al evento de intento de suicidio, inadecuadamente diagnosticados o sin reportar a la plataforma correspondiente.
- La no existencia o desactualización de los protocolos internos de atención en las diferentes entidades que intervienen en la activación, intervención o seguimiento de la ruta en los casos de intentos de suicidio.

Fortalezas

- En cuanto a las fortalezas identificadas, se observó que en ambos municipios se cuenta con programas de salud mental con enfoque social que busca y bienestar de los ciudadanos. Tales programas realizan enfoque en la población joven buscando espacios de participación y escucha.
- En ambos municipios se socializa el comportamiento del evento en el territorio a través del Comité de Vigilancia Epidemiológico COVE, y con equipos de respuesta inmediata ante eventos de emergencias, y las acciones de vigilancia en ambos territorios, se encuentran basadas en los lineamientos del gobierno Nacional.
- Existe compromiso político que se observa en los planes de desarrollo de los dos Municipios que apuntan al mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes, en el desarrollo humano y en la salud y promoción social.
- Los recursos en los servicios de promoción y prevención como programas de parentalidad positiva o apoyo a la crianza o iniciativas para disminuir el auto-estigma es otra de las oportunidades de mejora en ambos municipios.
- Reconocimiento de las entidades, en los municipios seleccionados, sobre sus debilidades y fortalezas en la activación de las rutas en salud mental, aumentando las oportunidades para la creación de estrategias de mejoras y trabajo articulado.
- Aumento de profesionales psicosociales, en los equipos de los programas sociales, como son Salud Pública PIC, Atención Primaria en Salud, y estrategias de concurrencia en salud para el fortalecimiento de los equipos ERI, como medida ante el COVID19.
- Acompañamiento de Seccional de Salud y Protección Social departamental a los municipios, por medio de asistencias técnicas en la adecuada activación de rutas, haciendo énfasis en el trabajo articulado e interinstitucional.

5.4 Análisis de las rutas de atención en salud.

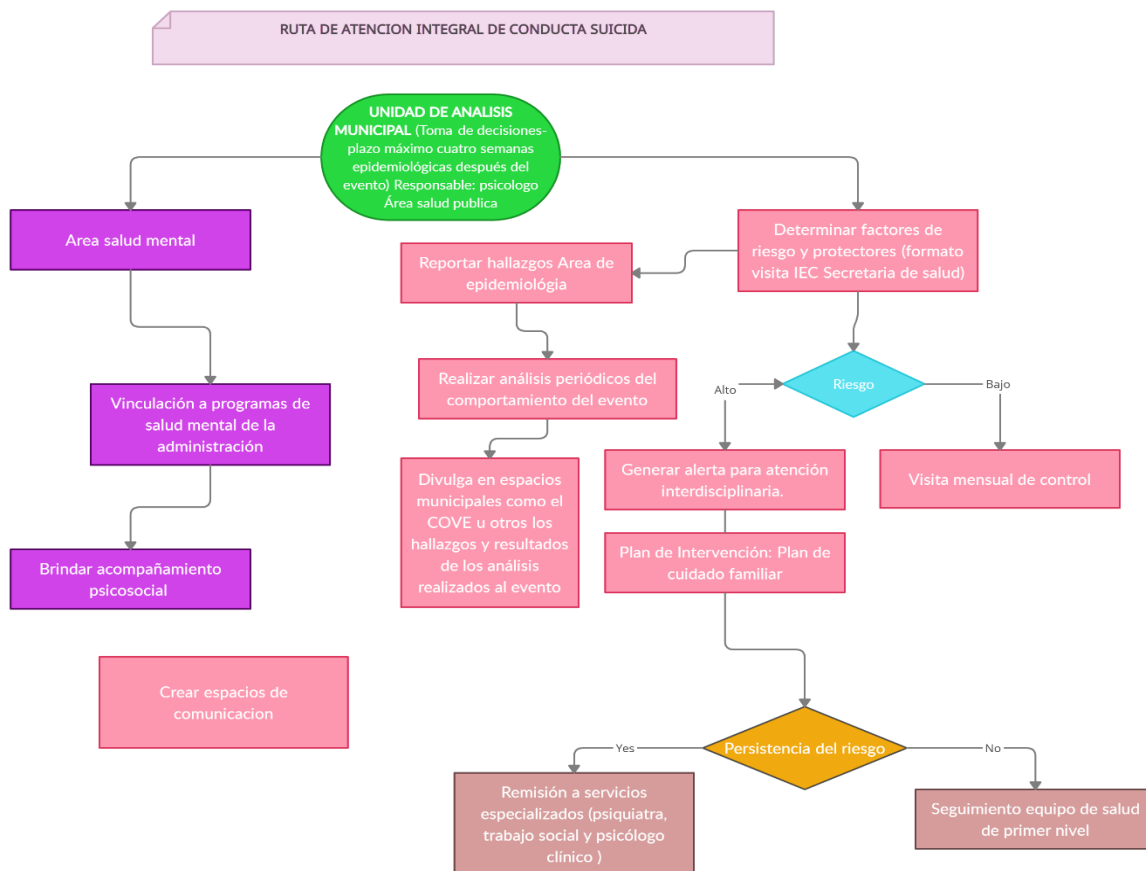


Figura 5 Ruta de atención integral de conducta suicida.

Fuente: elaboración propia.

De acuerdo con lo anterior se sugiere incorporar las acciones expuestas en la figura 5, se observa la ruta integral de la conducta suicida propuesta, en donde se evidencia una trazabilidad en las acciones de salud pública a desarrollar con el objetivo de identificar potenciales pacientes y/o ciudadanos que requieran una atención prioritaria o de remisión según el nivel de riesgo identificado por el profesional a cargo de la investigación del caso; así como vinculación en los casos que corresponda, de los ciudadanos a programas sociales que contribuyan para el mejoramiento continuo de su propio estado de salud. También, se observa la necesidad de partir de las unidades de análisis de cada caso, puesto que las causas cambian y se hace necesaria esta diferenciación de las mismas para las acciones de intervención.

De acuerdo con las rutas integrales de atención en salud, definidas por el ministerio de salud y protección social MSPS, las acciones deben ser dirigidas a la

identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención tanto poblacional, individual y colectiva. Adicionalmente es de suma importancia contar con la identificación del grupo de riesgo para la adecuada acción de recuperación, rehabilitación y paliación (ver figura 6).

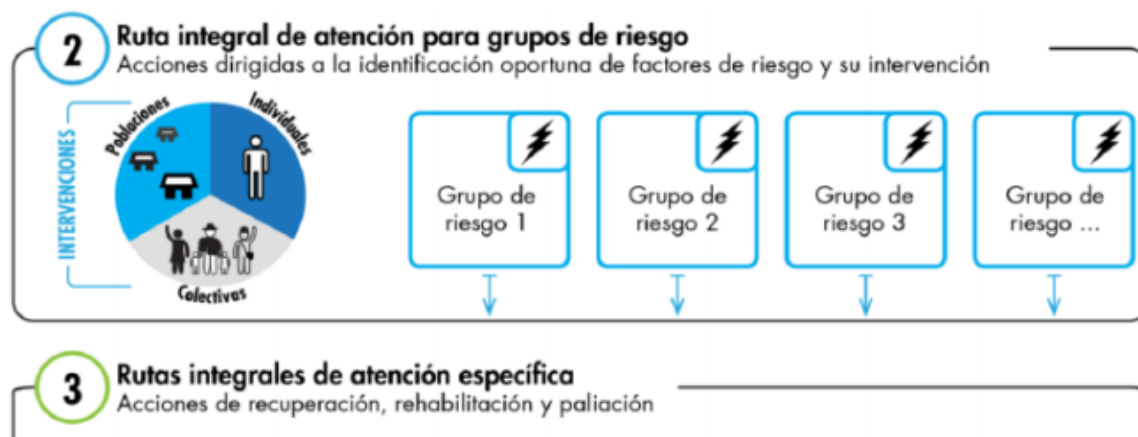


Figura 6 Rutas Integrales de Atención en Salud, RIAS.

Fuente: MSPS, 2015

Se observó que, en el caso del municipio de la Estrella se cuenta con rutas debidamente definidas y se encuentran directamente relacionadas con las impartidas por el ministerio de salud y protección social.

Sin embargo, observan oportunidades de mejora en las mismas, principalmente en la trazabilidad que existe en cada caso, frente al seguimiento a este para las debidas acciones de recuperación y rehabilitación teniendo en cuenta además que, el principal método de intento de suicidio es la intoxicación y que el mayor predictor del suicidio es un previo intento.

Lo anterior, debe ser tenido en cuenta a la hora de intensificar las acciones de intervención y principalmente con un enfoque de prevención. Las administraciones deben aumentar sus esfuerzos para disminuir la incidencia y mortalidad a causa del evento en mención.

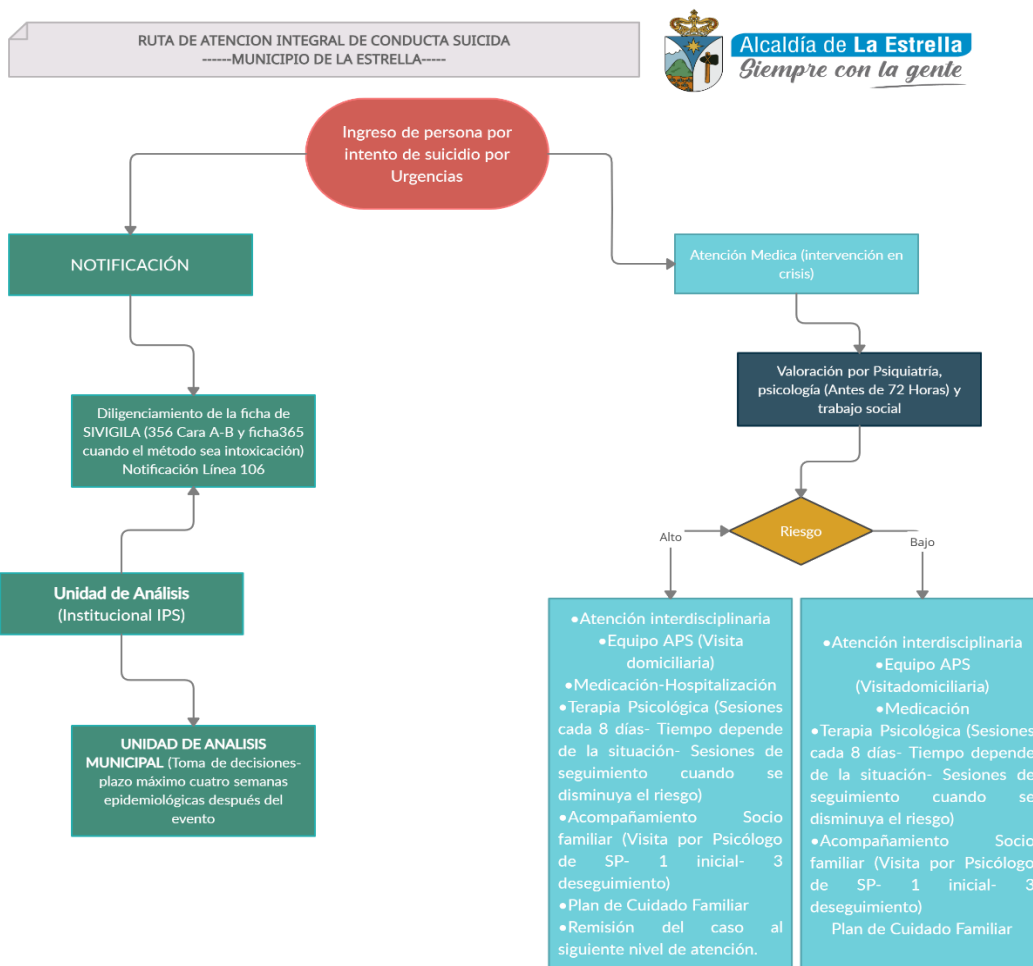


Figura 7 Ruta de atención en salud Mental, La Estrella 2020.

Fuente: Secretaría de Seguridad Social y Familia-SSSYF

Se hace necesario realizar vigilancia y control frente a la adecuada activación de las rutas por parte de los actores del sistema, teniendo en cuenta las responsabilidades interpuestas por la normatividad vigente y la vinculación de la población en general en el proceso.

En cuanto a la ruta de atención de salud por parte del municipio de Santa Fe de Antioquia, se observó que cuentan con la ruta de atención de acuerdo a la definida por el Ministerio de Protección Social en Salud, sin embargo, presentan la misma limitación que la registrada en La Estrella, lo que refleja que aunque se cuenta con acciones de intervención, atención y tratamiento el intento de suicidio no cuenta con el compromiso administrativo necesario para manejo, dado que los recursos

económicos y humanos son sumamente limitados, lo que representa barreras para el acceso a diferentes programas de la población de interés.

5.5 Evaluación de la efectividad en la implementación de las rutas

Contar con rutas debidamente definidas es fundamental para la captación de pacientes que requieren atención relacionada con la salud mental, pero más importante aún, que estas permitan la implementación de políticas y programas eficaces que garanticen la disminución de la incidencia del evento.

Es por lo anterior que, se hace necesario analizar el modelo en salud pública de la Organización Mundial de la Salud, para evaluar el adecuado diseño de las rutas en los territorios objeto de análisis en este trabajo.



Figura 8 Modelo en salud pública, OMS.

Fuente: Organización Mundial de la Salud OMS

De acuerdo con lo anterior, se diseñó una lista de chequeo (tabla 5), que permite realizar una evaluación inicial de las oportunidades de mejora en cuanto a las actuales acciones en lo relacionado con la salud mental, principalmente en aquellas encaminadas a la reducción de casos de intento de suicidio. Se identifican oportunidades de mejora de manera global para ambos municipios, dado que las acciones de promoción y prevención del suicidio son semejantes en los territorios lo cual puede ser explicado por la utilización del actual protocolo del Instituto Nacional de Salud.

Tales ítems de evaluación representan la identificación de acciones de intervención encaminadas a contrarrestar eventos de emergencia, tratamiento y rehabilitación.

Tabla 5 Oportunidades de mejora en las acciones de detección y atención de eventos de salud mental.

LISTA DE CHEQUEO					
	ÍTEMS A EVALUAR	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSERVACIONES
1	Detección temprana	X	X		Mejorar los canales de comunicación y fortalecer los equipos de respuesta inmediata
2	Evaluación en consultas y tamizajes	O	O		<p>Evaluación y manejo de comportamientos suicidas:</p> <p>Intensificar la búsqueda de casos, pasar de vigilancia epidemiológica pasiva a activa.</p> <p>Es importante establecer estrategias eficaces para la evaluación y el manejo de los comportamientos suicidas.</p> <p>Se debe llevar a cabo una evaluación cuidadosa mediante entrevistas clínicas, evaluación que se debe corroborar con información colateral.</p> <p>Se necesita educación y capacitación del personal de salud, haciendo hincapié en el personal de atención de urgencia, para asegurar que se proporcione apoyo psicosocial a los necesitados y que haya un seguimiento sistemático y apoyo de las comunidades.</p> <p>Además de contribuir al manejo de los factores individuales de riesgo, la evaluación y el manejo de los comportamientos suicidas también abordan los factores de riesgo en las relaciones.</p>
3	Diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y evaluación y manejo de trastornos mentales por uso de sustancias.	O	O		<p>Aumentar la trazabilidad en la atención de casos de intento de suicidio en el territorio. Atención interdisciplinaria.</p> <p>Capacitar al personal de salud sobre la evaluación y el manejo de trastornos mentales y por uso de sustancias es decisivo para avanzar hacia la prevención del suicidio. Un gran número</p>

					<p>de quienes se suicidan han tenido contacto con proveedores de atención primaria de salud dentro del mes anterior al suicidio.</p> <p>Adiestrar a los trabajadores de atención primaria de salud para que reconozcan la depresión y otros trastornos mentales y por uso de sustancias y realizar evaluaciones detalladas del riesgo de suicidio son importantes para prevenirlo.</p> <p>La capacitación debe ser continua o reiterada a lo largo de los años y debe incluir a la mayoría del personal de salud. Es importante considerar los factores de riesgo locales y adaptar en consecuencia el Programa de capacitación para que dé buenos resultados.</p>
4	Identifica amenazas y realiza intervenciones con componentes múltiples	X	X		<p>Aumentar la capacidad de respuesta tanto en recursos económicos, físicos, tecnológicos y de talento humano.</p> <p>Creación de políticas públicas con enfoque de género y grupos de edad.</p>
5	Apoya a la organización de redes y grupos de autoayuda	O	O		<p>Seguimiento y apoyo comunitario:</p> <p>Los pacientes recientemente dados de alta a menudo carecen de apoyo social y pueden sentirse aislados sin la atención que antes recibían. El seguimiento y el apoyo comunitario han sido eficaces para reducir los suicidios y los intentos de suicidio entre los pacientes recientemente dados de alta.</p>
6	Sensibilización, información y educación sobre las rutas de atención a la comunidad en general.	O	O		<p>Talleres de comunicación en salud mental</p> <p>Seguimiento y apoyo comunitario</p>

O: Cumple

X: Oportunidad de mejora

6 Discusión

Según la teoría de Sheidman el suicidio es un intento de escapar de un estado psicológico insoportablemente doloroso, causado a menudo por necesidades psicológicas frustradas. El divorcio se relaciona con tres: pérdida de la autonomía y control, exposición a humillación y necesidad de auxilio (31). Según un estudio de Xieyining Huang y colaboradores, estar separado/divorciado o soltero aumenta el riesgo de conducta suicida (32), sin embargo, la evidencia es controversial y el efecto exacto sigue siendo incierto, dado que en otros estudios no hay efecto significativo. Teniendo en cuenta lo anterior, se podría decir entonces que ser divorciado, separado o soltero es una característica común del perfil de los pacientes con intento de suicidio (33). En la población de estudio se encontró que el estado civil predominante tanto en la población general como en el subgrupo de intentos múltiples fue el de soltero, con el 85% y 100% para La Estrella y Santa Fe De Antioquia respectivamente.

El principal evento desencadenante para el registro de un caso son los problemas relacionados con familiares o amigos, en el caso de la Estrella con 13 casos y 1 en Santa Fe de Antioquia. Algunos estudios han demostrado que un mayor nivel de adaptabilidad familiar, resulta ser un factor de riesgo para la ideación suicida. Una mayor adaptabilidad significa, que el sistema familiar opera de forma desestructurada para cambiar sus estructuras de poder, relaciones de roles y reglas, ausencia de control paterno y disciplina poco efectiva teniendo diversos efectos en el bienestar físico y emocional de sus integrantes. Si la familia presenta dificultades en este proceso, tendiendo a una estructura caótica, puede traer consecuencias (28).

Es por lo anterior que el presente estudio tuvo como alcance analizar la adaptación de la ruta de atención de intento de suicidio en los municipios seleccionados del Occidente (Santa Fe de Antioquia) y Valle de Aburrá (La Estrella) del departamento de Antioquia en el año 2020, según factores personales, clínicos y conductuales de los casos registrados durante el periodo de análisis, y entendiendo la ruta como acciones y estrategias de articulación entre los diferentes actores que intervienen en la atención integral de este fenómeno a nivel de municipio, acorde al contexto y a los lineamientos nacionales. Para ello, se realizó un primer acercamiento al fenómeno del intento de suicidio, por medio de la base de datos del SIVIGILA del 2020 de ambos municipios, encontrado similitudes y diferencias, en cuanto al comportamiento o manifestación del mismo en las poblaciones, para entenderlo y plantear estrategias de intervención.

Dentro del contexto de ambos municipios se observó que el mayor número de casos, se presentó en población adolescente, lo que concuerda con el panorama a nivel nacional, y a su vez es relacionado con el grado de exposición a factores de riesgo de dicha población, como trastornos de ánimo (28), mayor riesgo de inicio de

consumo de sustancias psicoactivas, entre otros. Al observar lo susceptible de la población, se entiende por qué los programas sociales, como salud pública PIC, en ambos municipios se enfocan principalmente en la primera infancia y el fortalecimiento de estilos de vidas saludables de la población adolescente, tanto desde la creación de espacios deportivos, culturales, como de participación y creación de hábitos del autocuidado. Estrategias que impactan más desde los factores de riesgos en salud mental de los adolescentes, que directamente el tema de la problemática como tal, y el cual es nuestro centro de análisis.

Al observar nuestra población objeto, también se identificó que tanto en los territorios seleccionados, como en las estadísticas nacionales, los eventos de intento de suicidio presentados en el 2020, afectan en mayor proporción a las mujeres, con diferencia al género masculino. Esto se ha relacionado con el hecho que las mujeres tienen una mayor predisposición a padecer depresión, lo que las pone en un mayor riesgo de presentar una conducta suicida; además culturalmente el género femenino tiene mayores controles sociales, por ende tiene mayores riesgos de ser víctima de violencias en general. Esto coincide con la llamada “paradoja de género del suicidio”, que indica que las mujeres intentan suicidarse con mayor frecuencia que los hombres, aunque éste es finalmente concretado más en hombres (28).

Los desórdenes psiquiátricos son uno de los principales factores de riesgo del intento de suicidio. Esto se puede deber a que las personas con alguna enfermedad mental pueden presentar una mayor impulsividad o deterioro en la toma de decisiones, lo que pudiera predisponerlos a actos suicidas y agresivos (29). Si consideramos que la adolescencia se caracteriza por ser una etapa del desarrollo que involucra grandes cambios emocionales, sociales y físicos, que pueden facilitar el desarrollo de síntomas depresivos y problemas conductuales, esto provocaría que los adolescentes con problemas emocionales sean aún más susceptibles al desarrollo de conductas suicidas (30).

Como pudimos evidenciar en los hallazgos anteriormente expresados, en ambos municipios aproximadamente la mitad de los casos de intento de suicidio ingresados en el SIVIGILA en el 2020, fueron repeticiones, es decir que ya habían tenido un intento previo de suicidio. Lo que genera la necesidad, de profundizar en el análisis de las rutas en salud mental, desde la identificación propia, del quién y el cómo se están realizando las atenciones, pero desde cada una de las instituciones que intervienen en ella, al igual de cómo realmente se están articulando las misma. Puesto que este dato, se presta para inferir que los esfuerzos que se están llevando a cabo para evitar que se siga presentando este evento, no son efectivos.

Otro dato interesante que contribuye a nuestro análisis, y que fue previamente identificado en los hallazgos, es que, en ambos municipios, más de la mitad de los casos presentaron antecedentes de violencias y trastornos depresivos. Si bien en la mayoría de los casos, los pacientes fueron La mayoría de los pacientes fueron

remitidos a servicios de psiquiatría, psicología y/o trabajo social. Esto nos demuestra, que las intervenciones realizadas no son suficientes, para intervenir la ocurrencia del evento, y es aquí donde un seguimiento y acompañamiento riguroso y articulado de los casos, toma gran relevancia, en otras palabras, se hace necesario realizar trazabilidad de los casos para monitorear la evolución de los pacientes y sus familias, acompañar y fortalecer los círculos de apoyo o redes familiares.

Luego de reconocer el comportamiento del suicidio en ambos territorios, se dio paso a la identificación de las entidades, instituciones u organizaciones sociales que intervienen en la ruta de atención integral de intento de suicidio en los municipios, tanto desde los entornos o espacios en donde se pueden presentar estos casos, como de las entidades u organismos encargados de atenderlos, con el objetivo de articular esfuerzos y aumentar la eficiencia de los recursos disponibles en cada entorno.

En otras palabras, para el fortalecimiento en la activación de los protocolos de atención de eventos epidemiológicos relacionados a la salud mental, específicamente en el tema del intento de suicidio en los municipios de interés, es importante hacer la revisión del cómo y a quién se reportan estos casos, puesto que esto permite llevar a cabo la atención integral de las personas y su grupo de apoyo familiar y social. Teniendo muy presente que dichas entidades, deben contar con personal idóneo y suficiente para atender a los afectados por el evento, y esto incluye a su grupo familiar o de apoyo, solo así se logrará tener éxito no solo en la adecuada activación de las rutas, sino de la atención y rehabilitación.

Ahora bien, la manera en la que se articula la institucionalidad posibilita acompañar y generar acciones y estrategias efectivas y multisectoriales para atender las situaciones de salud mental de ambas poblaciones (intentos de suicidio, violencias de género, consumo de sustancias y adicciones, abuso sexual o violencia en niños, niñas y adolescentes, entre otras). Es así como implementar y socializar las rutas de atención con las entidades y actores a nivel municipal posibilita que se fortalezcan las redes de apoyo, para así minimizar los factores de riesgo y fortalecer los factores protectores que permitan cuidar la Salud Mental, redirigiendo los recursos acorde a las necesidades en salud de la población y generando cultura del autocuidado en todos los espacios donde el sujeto se desenvuelve en su cotidianidad.

Si bien, la conducta suicida es compleja y multicausal. Debe siempre considerarse como una intervención de emergencia, considerando aspectos como: definir los niveles de seguridad a los que debe someterse el paciente para su cuidado intrahospitalario, o las medidas de protección a considerar al definir la derivación a su casa, si no cumple con criterios de gravedad. De acuerdo a lo anterior se hace necesario que las entidades que intervienen en la atención integral de este evento, conozcan sus puntos fuertes y debilidades realizando un análisis DOFA

(Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) o una autoevaluación de sus rutas internas, de acuerdo a la normatividad vigente para estos casos y de su contexto institucional, generando procesos de mejora continua y culturas organizacionales enfocadas hacia la humanización de los servicios y seguridad del paciente o usuario.

Al hacer una revisión de las rutas estipuladas a nivel municipal e institucional, se aumenta el grado de involucramiento y responsabilización de las entidades y los actores que hacen parte en la activación de las rutas, en este caso del evento de intento de suicidio, permitiendo y permeando su accionar desde el enfoque de planeación estratégica, mejora continua y articulación de procesos interinstitucionales e intersectoriales, para fortalecer el uso adecuado de los recursos, talento humano, experticias, y de esta manera garantizar una atención integral al paciente y su familia, interviniendo las causas de fondo dentro de los territorios y no solo su sintomatología.

Es importante mencionar que, los costos médicos directos promedio de la atención en salud incrementan de manera significativa en relación con el número de intentos de suicidio; los intentos con mecanismos de mayor letalidad como ahorcamiento, corte en cuello u otro (p. ej., incineración) significan los mayores costos promedio en la atención en salud; aun cuando el trastorno depresivo recurrente incrementa el riesgo de reincidencia por intento de suicidio, este significa uno de los menores costos promedios (USD 364) en la atención en salud mental, solo por encima de la esquizofrenia y el trastorno de estrés agudo y el tratamiento cognitivo-conductual, en comparación con el convencional, puede significar para el sistema de salud una reducción en los costos médicos directos por intento de suicidio (10).

Un estudio sobre el costo de atención hospitalaria por suicidio atribuye principalmente el incremento en los costos a la atención psiquiátrica, al manejo de las secuelas físicas del intento y/o al inminente riesgo del consumo del suicidio, lo cual es congruente con el aumento en la demanda de servicios especializados al incrementar el número de intentos (10). Otro estudio en pacientes del Hospital Mental de Antioquia, Colombia, se identificó un incremento de los costos de atención médica del paciente que casi se duplica durante el primer año tras un intento, ya que pasa de 367.264 euros a 715.019 euros (costos totales de 539 personas de los tres países). Este incremento en los costos se atribuye a la presentación de uno o más intentos nuevos durante el período de observación, así como a la utilización de métodos de mayor letalidad y al diagnóstico de trastorno de adaptación y retraso mental (10).

7 Conclusiones

- Los representantes de las entidades de ambos municipios, reconocen la ruta de intento de suicidio; cada entidad como tal, reconoce su papel dentro de la ruta, sin embargo desconocen el papel que desempeñan las otras entidades en la misma y como articularse adecuadamente, para atender los casos de manera integral y realizar trazabilidad a los mismos, por lo tanto, se identificaron dificultades en los canales de comunicación interinstitucionales.
- En las IPS de los municipios seleccionados, se identifica un registro de los eventos en intento de suicidio en la plataforma del SIVIGILA para el 2020, pero no se observan búsquedas activas institucionales (BAI) con enfoque en salud mental, que den cuenta de eventos en salud mental no registrados adecuadamente en plataforma, por lo cual son eventos que pasan desapercibidos por las instituciones en general, y no reciben la atención integral requerida, por lo que puede generar que se presente repetición de intentos de suicidio.
- En los municipios seleccionados, se pudo observar que no cuentan con una mesa o comité específico para exponer los casos en eventos de salud mental, para articular acciones y de esta manera realizar trazabilidad a los casos. Y los espacios con los que cuentan son COVE municipales y equipos ERI, sin embargo, ambos espacios están enfocados principalmente a la mitigación de la Pandemia, por lo cual, otros eventos como son los de salud mental, pasan a un segundo plano.
- En cuanto a las IPS de cada municipio seleccionado, se observa que tienen conocimiento en la ruta de atención a intento de suicidio, y se realizan las respectivas unidades de análisis de los casos, desde una mirada clínica, sin embargo, se identifica debilidad en las unidades de análisis a nivel municipal, desde la comunicación de los casos, como en la identificación del entorno en que se desenvuelve el paciente, ampliando la mirada al mismo, y aumentando la efectividad de las estrategias de intervención.
- En ambos territorios se observó que dentro de las instituciones se realizan acciones de inducción, reinducción y capacitación del personal, pero estos no son eficaces puesto que son acciones aisladas, y no están inmersas en un proceso educativo como tal, el cual pueda ser evaluado para la generación de estrategias de mejora, además los temas tratados dentro de estos espacios, son enfocados del quehacer general de las instituciones, y no en las rutas de atención integral en salud mental.
- Aunque ambos municipios cuentan con equipo de atención inmediata ante eventos de emergencias, estos eventos tardan en ser notificados a los equipos de vigilancia epidemiológicos y no cuentan con seguimiento

periódico por parte del ente territorial, en ambos municipios los funcionarios aún no tienen claro la rutas de atención integral en intento de suicidio, lo que retrasa la remisión a las entidades correspondientes y por ende la atención de las personas y sus familias.

7.1 Recomendaciones

Con el objetivo de facilitar la adaptación de los protocolos de atención en intento de suicidio municipales, acordes al contexto del territorio y en miras de impactar las realidades sociales, se hacen las siguientes recomendaciones:

- Realizar un análisis y contextualización anual a nivel municipal del comportamiento del evento en salud pública de intento de suicidio de manera articulada, con los actores institucionales que intervienen en la ruta, a partir de las bases de datos existentes en el municipio.
- Instaurar en las entidades que atienden los casos de intento de suicidio e ideación suicida, el proceso de mejora continua, a través de la evaluación interna de la activación de las rutas, identificando debilidades y fortalezas en las mismas, para la creación de estrategias de intervención.
- Es necesario fortalecer las estrategias de evaluación mediante entrevistas clínicas, verificando la información concluyente y así poder manejar los factores de riesgos que desatan un comportamiento suicida
- Ajustar la ruta de atención en intento de suicidio, de acuerdo a los hallazgos identificados anteriormente, desde el trabajo interinstitucional y sectorial en cada territorio.
- Capacitar los diferentes sectores tanto en el ámbito laboral, comunitario y laboral en la detección de casos con ideación suicida y que presente el evento de intento de suicidio a los centros de atención para la actuación oportuna de las rutas de atención.
- Mejorar la comunicación frente a las rutas vigentes para el reporte de casos de interés en salud pública, vinculados a la comunidad, garantizara una capacidad de respuesta eficaz que se verá reflejada en mejores resultados en términos de incidencia, prevalencia y mortalidad.
- Es necesario contar con un acompañamiento profesional integral y prolongado que garantice el bienestar tanto físico como mental de cada uno de los habitantes del Municipio mejorando así su calidad de vida.

- Los recursos en los servicios de promoción y prevención como programas de parentalidad positiva o apoyo a la crianza o iniciativas para disminuir el auto-estigma es otra de las oportunidades de mejora en ambos municipios.
- Realizar un reporte oportuno para mitigar riesgos a futuro que permita cuidar la integridad de los pacientes, mejorando los canales de comunicación como las plataformas.
- Es indispensable elaborar un plan de capacitaciones al personal de salud que hacen parte de las rutas de atención, para asegurar que esta sea integral, integrada y coordinada y a su vez permita realizar una eficaz evaluación en el manejo de trastornos mentales y el uso de sustancias para así prevenir el suicidio.
- Realizar un cambio de un modelo asistencialista a un modelo de integración funcional facilitando una mejor coordinación y así se puede apuntar a un acompañamiento eficaz a las familias.
- Desde la administración en salud garantizar la asignación de los recursos económicos necesarios para alcanzar las metas establecidas.
- Para poder realizar una detección temprana de intento de suicidio es indispensable mejorar los canales de comunicación y fortalecer los equipos de respuesta inmediata. Y así poder intensificar la búsqueda pasando de una vigilancia epidemiológica pasiva a activa.
- Para garantizar un correcto manejo de las rutas es crucial realizar un seguimiento y control comunitario mediante un apoyo social ya que contribuye a disminuir los suicidios e intentos de aquellos pacientes que ya han sido dados de altas en anteriores episodios.

8 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la salud mental [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/index1.html
2. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO UN IMPERATIVO GLOBAL [Internet]. [citado 23 de marzo de 2020]. Disponible en: https://www.dssa.gov.co/images/BIA_Intento_Suicidio_31Julio2017.pdf
3. Ministerio de Salud y Protección Social, Manual de atención en Suicidio [Internet]. [citado 3 de diciembre de 2020]. Disponible en: <http://portal.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/3c1578f0-4a77-4472-a91a-ce08bcec0fd1/0605-Manual-atencion-Suicidio.pdf?MOD=AJPERES>
4. World Health Statistics Overview [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311696/WHO-DAD-2019.1-eng.pdf>
5. Medina M, Velásquez AV, Ribero OJ, Trujillo N. Costos médicos directos por intento de suicidio en pacientes del hospital mental de Antioquia, Colombia. *Rev Panam Salud Pública*. 6 de noviembre de 2018;42:e129.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín Conducta Suicida [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
7. E. García de Jalón, V. Peralta. *Suicidio y riesgo de suicidio*. 2002;25:10.
8. Naghavi M. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ*. 6 de febrero de 2019;I94.
9. Cardona Arango D, Medina-Pérez ÓA, Cardona Duque DV. Caracterización del suicidio en Colombia, 2000-2010. *Rev Colomb Psiquiatr*. julio de 2016;45(3):170-7.
10. Medina M, Velásquez AV, Ribero OJ, Trujillo N. Costos médicos directos por intento de suicidio en pacientes del hospital mental de Antioquia, Colombia. *Rev Panam Salud Pública*. 6 de noviembre de 2018;42:e129.
11. Burgos O. Propuesta de implementación de la ruta integral de atención en salud (RIAS) para adolescentes de la localidad de ciudad Bolívar en Bogotá con trastornos mentales o del comportamiento debido a sustancias psicoactivas y adicciones. 2018;56.
12. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. 2018 [citado 22 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
13. Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012 [Internet]. [citado 23 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/locales/CO031052011-primer-estudio-poblacional-de-salud-mental-medellin,-2011---2012.pdf>
14. Bedoya Cardona EY, Montaña Villalba LE, Universidad Cooperativa de Colombia. Suicidio y Trastorno Mental. *CES Psicol*. 2016;179-201.
15. BERTOLOTE JM, FLEISCHMANN A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*. octubre de 2002;1(3):181-5.

16. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública: Intento de Suicidio. Bogotá; 2014.
17. Hernández-Bello L, Hueso-Montoro C, Gómez-Urquiza JL. PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA IDEACIÓN E INTENTO DE SUICIDIO EN ADOLESCENTES: REVISION SISTEMÁTICA. Rev Esp Salud Pública. :15.
18. Organización Mundial de la Salud. Suicidio [Internet]. Suicidio. 2019 [citado 22 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/suicide/es/>
19. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Forensis datos para la vida 2018 [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/386932/Forensis+2018.pdf/be4816a4-3da3-1ff0-2779-e7b5e3962d60>
20. PSICOLOGÍA IBEROAMERICANA [Internet]. [citado 23 de marzo de 2020]. Disponible en: http://revistas.iberomexico.mx/psicologia/uploads/volumenes/11/pdf/PSICOLOGIA_IBEROAMERICANA_22-2.pdf
21. Bobes García J, Giner Ubago J, Saiz Ruiz J. Suicidio y psiquiatría: recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: Triacastela; 2011.
22. Cendales R, Vanegas C, Fierro M, Córdoba R, Olarte A. Tendencias del suicidio en Colombia, 1985-2002. Rev Panam Salud Pública. octubre de 2007;22:231-8.
23. Félix TA, Oliveira EN, Lopes MV de O, Dias MS de A, Parente JRF, Moreira RMM, et al. Riesgo para la violencia autoprovocada: preanuncio de tragedia, oportunidad de prevención. Enferm Glob. 2019;18(53):373-416.
24. Soledad, impulsividad, consumo de alcohol y su relación con suicidalidad en adolescentes [Internet]. [citado 23 de marzo de 2020]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000400002
25. Sher L. Alcohol consumption and suicide. QJM Int J Med. 1 de enero de 2006;99(1):57-61.
26. Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf [Internet]. [citado 3 de diciembre de 2020]. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf
27. Plan de Acción Sobre Salud Mental 2013-2020 [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2019]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=C55CAC0281E7AF9DE4F3C71A87E3C58F?sequence=1
28. Dávila Cervantes CA, Luna Contreras M, Dávila Cervantes CA, Luna Contreras M. Intento de suicidio en adolescentes: Factores asociados. Rev Chil Pediatría. diciembre de 2019;90(6):606-16.
29. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. Confederación Salud Mental España. 2013 [citado 21 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/plan-accion-salud-mental-oms/>
30. Miller JN, Black DW. Bipolar Disorder and Suicide: a Review. Curr Psychiatry Rep. 18 de enero de 2020;22(2):6.
31. Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review | Depressive Disorders | JAMA | JAMA Network [Internet]. [citado 2 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://jamanetwork.com.ces.idm.oclc.org/journals/jama/fullarticle/201761>
32. Glattli HM. Evaluación del Riesgo de Suicidio. :14.

33. Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana [Internet]. [citado 27 de febrero de 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502002000400002