

**EL SUICIDIO EN COLOMBIA.  
ESTUDIO DEL PROBLEMA Y APORTES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA  
POLÍTICA PÚBLICA**

**AUTORES**

**OSCAR IVAN BARRERA MOLANO Cod.42112276  
JAVIER ANDRÉS MENDOZA PUIN Cód. 42122018  
CARLOS ANDRÉS QUIROGA ZAFRA Cod.42112068**

**ASESOR**

**Dr. WALTER PÉREZ NIÑO**

**PRESENTACIÓN DE LA SITUACIÓN SOCIO JURÍDICA PROBLÉMICA  
IDENTIFICADA**



**UNIVERSIDAD LIBRE**

**FACULTAD DE DERECHO**

**CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIO JURÍDICAS**

**BOGOTÁ D.C**

**2019**

## **DEDICATORIA**

“Quién tiene un porqué para vivir, encontrará casi siempre el cómo”

Nietzsche

La presente investigación se la dedicamos a nuestras  
respectivas familias quienes con su apoyo y  
acompañamiento incondicional son parte vital en la  
culminación de esta etapa académica.

## AGRADECIMIENTOS

*Queremos agradecer en primer lugar a Dios por brindarnos la sabiduría en nuestros estudios profesionales. A nuestros padres por el acompañamiento y apoyo incondicional que nos han brindado en cada proyecto emprendido; a los docentes de la Universidad Libre quienes con sus aportes nos permitieron desarrollar este trabajo investigativo.*

**ACEPTACIÓN**

**Valoración:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Calificación:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Dr. Asesor**

\_\_\_\_\_  
**Dr. Jurado**

\_\_\_\_\_  
**2do Dr. Jurado**

**Bogotá., D.C., julio 2019**

## **AUTORIDADES ACADÉMICAS**

### **Fundador**

General. Benjamín Herrera

### **Presidente Nacional**

Jorge Orlando Alarcón Niño

### **Rector Nacional**

Dr. Fernando Enrique Dejanón Rodríguez

### **Censor Nacional**

Dr. Antonio José Lizarazo Ocampo

### **Secretario General**

Dr. Floro Hermes de San José Gómez

### **Presidente Sede Principal**

Dr. Jesús Hernández Álvarez Mora

### **Decano Facultad de Derecho**

Luis Francisco Ramos Alfonso

### **Secretaria Académica**

Dra. Ana Roció Niño

### **Director del Centro de Investigaciones**

Jhon Fitzgerald Martínez Vargas

### **Coordinador del Centro de Investigaciones**

Belisario Daza González

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	9
CAPITULO I. EL SUICIDIO .....	16
1.1 Historia del suicidio .....	16
1.2 Aproximación al concepto del suicidio y sus características .....	20
CAPITULO II. EL SUICIDIO EN COLOMBIA .....	26
2.1 Situación del suicidio a nivel global y en Colombia.....	26
2.2 Marco legal del Derecho a la salud en Colombia .....	48
2.2.1 Derecho a la salud.....	55
2.2.2 Derecho a la salud mental .....	59
2.3 Análisis Jurisprudencial .....	63
2.4 Derecho comparado .....	69
2.4.1 Canadá.....	69
2.4.2 Uruguay.....	70
2.4.3 Argentina.....	71
2.4.4 México .....	72
CAPITULO III. POLÍTICA PUBLICA PARA EL SUICIDIO .....	75
3.1 Desarrollo de los valores metodológicos .....	76
4. PROPUESTA.....	85
4.1 Política Pública para Disminuir el Suicidio .....	85
4.1.1 Primer Frente de participación.....	85
4.1.2 Segundo Frente de participación.....	86
4.1.3 Tercer Frente de participación .....	87
4.1.4 Cuarto Frente de participación.....	87
CONCLUSIONES .....	88
BIBLIOGRAFÍA .....	94

## LISTADO DE ILUSTRACIONES

<b>Ilustración 1.</b> Casos de suicidios reportados 2002 - 2011 .....	31
<b>Ilustración 2.</b> Suicidio según el sexo – 2011 .....	32
<b>Ilustración 3.</b> Casos de suicidio año 2011 de acuerdo a la ocupación.....	33
<b>Ilustración 4.</b> Métodos empleados para el suicidio 2011 .....	34
<b>Ilustración 5.</b> Departamentos con mayor tasa de suicidio en Colombia a 2014.....	35
<b>Ilustración 6.</b> Casos de Suicidios de 2012 - 2015.....	36
<b>Ilustración 7.</b> Reporte de suicidio según el sexo – 2015 .....	37
<b>Ilustración 8.</b> Reporte de suicidio según formación educativa – 2015.....	38
<b>Ilustración 9.</b> Mecanismos utilizados en suicidios año 2015 .....	39
<b>Ilustración 10.</b> Principales razones que desencadenaron el suicidio año 2015 .....	41
<b>Ilustración 11.</b> Departamentos con mayor número de casos de suicidio año 2015.....	42
<b>Ilustración 12.</b> Departamentos con menor número de suicidios año 2015.....	42
<b>Ilustración 13.</b> Comparativo de casos de suicidios 2017 – 2018.....	43
<b>Ilustración 14.</b> El suicidio según rango de edad 2018.....	43
<b>Ilustración 15.</b> Registro por capitales de suicidios año 2017 – 2018 .....	44
<b>Ilustración 16.</b> El Suicidio en el primer trimestre 2018 – 2019 .....	45
<b>Ilustración 17.</b> Suicidio según edad primer trimestre 2019.....	46
<b>Ilustración 18.</b> Reporte de suicidios por capitales.....	46
<b>Ilustración 19.</b> Triangulación Metodológica .....	75

**LISTADO DE TABLAS**

<b>Tabla 1.</b> Recomendaciones desde la prevención para mitigar el suicidio.....	78
---	----



## INTRODUCCIÓN

Este proyecto se realiza con la finalidad de analizar una problemática expuesta por varios medios de comunicación en conjunto con los reportes que entregan las autoridades respectivas, evidencia un problema de salud pública que no ha sido contemplada con la importancia y urgencia que requiere, se hace referencia al suicidio.

Colombia al ser un Estado Social de Derecho estipula la obligación de que el Estado, sus instituciones, entidades y organismos, en conjunto con la sociedad y la familia, velen por la satisfacción de los derechos de los ciudadanos, lo que significa la ejecución de políticas públicas destinadas a eliminar o minimizar problemáticas que de forma directa e indirecta afecten a la comunidad, pues bien, el tema del suicidio en Colombia no debe ser contemplado como una situación individual, por el contrario, debe ser visto como una problemática de índole colectivo que afecta a toda la ciudadanía puesto que son muchos los factores, externos como internos, los que influyen en el aumento de esta situación.

En el país la problemática del suicidio es alarmante y aun así la intervención del Estado no ha sido eficaz para minimizar esta problemática, teniendo en cuenta que la conducta suicida puede ser prevenida, por tanto si no se cuenta con las medidas destinadas a la prevención inevitablemente se presentará el suicidio, pero esta prevención debe estar incurra en todos los sectores en los que el ser humano se desarrolla, puesto que es factible que los factores que conllevan al suicidio aparezcan en cualquier situación.

En el país las políticas públicas destinadas a frenar esta problemática no alcanzan a dimensionar la gravedad de la situación, en donde en su mayoría son los menores de edad quienes

toman actitudes suicidas por determinados motivos que de ser percibidos a tiempo pueden ser tratados hasta el punto de evitar el suicidio.

La investigación expone al suicidio como una problemática de salud a gran escala, donde la Ley 1616 de 2013 regula aspectos de la salud mental, sean eficaces tanto en la prevención como en la rehabilitación de conductas suicidas, falencia que es evidente frente a los altos índices de suicidio en el país que aumentan de forma significativa, tanto así, que entre el periodo comprendido del año 2006 al 2015, se reporta un índice del 5,22 por cada 100.000, en donde entre “enero y julio del 2018 se registraron en el país 1.396 suicidios” (El Tiempo, 2018), siendo el suicidio la cuarta causa de muertes violentas, situación que es igual a nivel mundial. La OMS indica que la mitad de las muertes violentas registradas en hombres y el 71% de las registradas en mujeres, lo son a razón del suicidio, siendo alarmante el aumento de este flagelo en los jóvenes con edades entre los 15 y 29 años (CEPAL, 2010).

El aumento de los suicidios en el país, año tras año va en aumento, es así, como en el año “2015 se reportaron 645 casos, en el 2016 subieron a 724, y en el año 2017 llegaron a 791” (El Tiempo, 2018), por ello, se justifica realizar una investigación de índole académico que permita vislumbrar el alcance de la problemática, las medidas que el Estado ha tomado para minimizarla y las posibles soluciones que se podrían materializar en la implementación de una política pública, la cual tendría como finalidad establecer los parámetros bajo los cuales tanto el sector privado como el público, deben contemplar dentro de sus ámbitos para prevenir este flagelo.

La investigación aborda un tema de la actualidad, abarca aspectos sociales, políticos y económicos, que enfatiza en la urgencia de crear políticas públicas en salud que permitan dar solución a problemáticas que en el presente están marcando a la sociedad, el tema del suicidio debe

ser tratado desde el ámbito del derecho específicamente desde el área de la seguridad social, para que sea a través de la legislación, la forma más pertinente y eficaz para contrarrestar este flagelo.

La descripción de la problemática radica en la forma en cómo se ha tratado y abordado la política pública de promoción, prevención, atención y seguimiento, la perspectiva en cómo se aborda el tema ha dependido de la situación social, política y económica que vive en un momento determinado la sociedad, por ello, no se han tomado las medidas pertinentes para evitar que en la actualidad las cifras del suicidio en el país alcance registros históricos, es decir, la problemática no se contempló como problema social, por el contrario, se direccionaba a conflictos familiares que debían ser solucionados precisamente por la familia, sin intervención del Estado y sus instituciones.

A medida que los años pasan, también surgen nuevas perspectivas sociales que exigen cambios en diferentes escenarios, tanto así, que la intervención estatal en problemáticas como la del suicidio es inminente, y el reflejo de lo anterior, se puede evidenciar con el estatus que el país ha adquirido al decretar dentro de la Constitución Política de 1991, que Colombia es un Estado Social de Derecho, disposición que obliga al Estado a ser partícipe activo de todas las problemáticas que embarcan de forma colectiva y particular a sus asociados, es así, que el problema del suicidio que se presenta en el país, debe ser contemplado bajo la luz de un Estado Social de Derecho y por lo mismo, es el Estado quien debe velar por ejecutar las medidas que sean necesarias para minimizar este flagelo.

Así lo indica la Corte Constitucional al establecer que el Estado Social de Derecho tiene bajo su responsabilidad ejecutar políticas sociales destinadas a favorecer y proteger a quienes se encuentren en una condición de debilidad manifiesta ya sea por condiciones económicas, físicas o mentales (C.C., Sentencia T-049/02), es decir, la condición mental de un individuo debe ser parte

de la agenda nacional, por lo mismo, es necesario que en la planeación se establezca de forma puntual las políticas públicas que se deben seguir para dar manejo a los factores de riesgo que conllevan al suicidio.

El suicidio es una problemática que no elige condición social, edad o sexo, para la OMS, es una problemática que la sitúa como una de las 20 causas más frecuentes de defunción a nivel mundial (OMS, 2019), situación que indica la urgencia de que los Estados establezcan políticas puntuales y eficaces que contrarresten estas cifras, teniendo en cuenta, que de acuerdo a un estudio realizado en Estado Unidos, se indicó que quienes tienen pensamientos suicidas tienden a dejar de dos a tres señales en un periodo de tres meses previos al suicidio, es decir, de conocer estos posibles riesgos de suicidio se puede llegar a salvar una vida (Red de investigación de salud mental, 2018), pero el tema a profundidad es tan desconocido que solo se remite a la información que se presenta en los medios.

El suicidio requiere no solo la intervención de la familia o amigos, la importancia de crear políticas públicas en las que se actúe en conjunto en el ámbito de la salud, la educación y el trabajo, y en donde el Estado, sus instituciones, el sector privado y el público, establecen las medidas destinadas a detectar y dar tratamiento a las conductas y pensamientos suicidas que permitan evitar el suicidio (Bedout, 2011, pp. 53 - 63).

El problema de forma puntual que se investigó es el fenómeno del suicidio como un problema de salud pública que requiere de una intervención institucional y Estatal, en donde se proyecte y ejecute políticas destinadas desde la prevención y la educación, de manera tal, que el tratamiento a tiempo de posibles conductas suicidas, sea implementado desde el profesionalismo que este problema requiere, minimizando el suicidio y demás problemáticas que este flagelo trae consigo.

En razón de lo anterior, surge el siguiente interrogante: ¿Qué políticas públicas puede implementar el Ministerio de Salud y de Protección Social en conjunto con el Ministerio de Educación para disminuir los índices de suicidio en Colombia?

Para dar respuesta a esta pregunta, se considera como objetivo general, estudiar las políticas públicas que han puesto en marcha el Ministerio de Salud y de Protección Social en conjunto con el Ministerio de Educación para mitigar el flagelo del suicidio en Colombia, y como objetivos específicos se plantea, en primer lugar, indagar en que consiste la problemática del suicidio; en segundo lugar, analizar la situación actual del suicidio en Colombia; en tercer lugar, examinar si desde la perspectiva de la Ley 1616 de 2013 se puede ejecutar una política pública con respecto al suicidio, a su vez, como posible hipótesis a validar, se propone que efectivamente el Estado colombiano no contempla, dentro de su ordenamiento jurídico, planes de gobierno ni políticas públicas desde el sector salud ni educativo, que contribuyan a mitigar el flagelo del suicidio, toda vez, que de existir, las mismas no son eficaces. Esto se evidencia con los altos índices de suicidio que, además está en aumento especialmente en la población joven, de lo que se infiere, que la actuación estatal para hacerle frente a este flagelo no es eficaz.

En cuanto a la metodología, la investigación se enfoca en el análisis de la Ley 100 de 1993, norma principal del sistema de la salud pero que paradójicamente no estipula concretamente disposiciones normativas al respecto, así mismo, se estudiará la Ley 1616 de 2013 como norma que aborda de forma especial el tema de la salud mental y que guardan estrecha relación con el suicidio, de manera tal, que se podrá percibir si efectivamente falta una política pública que se deba implementar de manera obligatoria en el sector privado como en el público para poner freno a este flagelo.

Esta investigación se desarrolla bajo los postulados de la investigación descriptiva, que en palabras de Arias (2012), “consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento. Los resultados de este tipo de investigación se ubican en un nivel intermedio en cuanto a la profundidad de los conocimientos se refiere (p. 24), de forma similar lo expone Silva (2008), quien indica que este tipo de investigación “caracteriza un objeto de estudio o una situación concreta: señala sus características y propiedades, interpreta lo que es y describe la situación de las cosas en el presente” (p. 20), por consiguiente y siguiendo lo expuesto por Tamayo y Tamayo (2007) “el propósito de la investigación descriptiva no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables” (p. 119).

Así mismo, sigue un enfoque cualitativo, puesto que permite estudiar a profundidad una problemática desde la realidad de los acontecimientos y sus protagonistas, en donde el investigador se vuelve parte del flagelo estudiado (Cerdeña, 2011), por su parte, Hernández (2012), resalta que no se trata sobre estudios de las cualidades individuales de un sujeto, sino que se trata de un estudio integrado, concepto que es similar al que expone Rueda (2007), quien define el enfoque cualitativo como “un proceso en donde intervienen varias visiones que tienen como objetivo dividir los fenómenos y determinar las relaciones que existen entre sus componentes”. Como instrumentos de recolección de información, se emplean fuentes primarias, secundarias y terciarias que reposan en diferentes fuentes y bases de datos como son Dialnet, Redalcy y repositorios universitarios, por lo que se acudirán a artículos científicos, de revisión, trabajos de grado, tesis e informes.

De esta manera, el trabajo planteado está conformado por tres capítulos, en primer lugar, se contextualizará la problemática del suicidio que permitirá al lector comprender el origen del suicidio y lo que se ha abordado al respecto. En el segundo capítulo se realiza la conceptualización

en donde se investiga sobre el suicidio en Colombia, las medidas que el gobierno nacional ha tomado al respecto y la normatividad que trata el flagelo del suicidio. En el tercer capítulo se desarrolla la validación de la hipótesis planteada, en este capítulo se realiza la triangulación metodológica exponiendo los tres valores principales a resaltar dentro de la investigación.

## CAPITULO I. EL SUICIDIO

### 1.1 Historia del suicidio

El suicidio se ha presentado desde los inicios de la humanidad, a pesar de que este término es reciente, el acto como tal se ha concebido desde hace muchos años, para iniciar en la Edad media exactamente en la Antigua Grecia, es una de las primeras culturas en donde este problema empieza a ser abordado, es así que varias posturas surgen. Al respecto filósofos como Aristóteles y Platón desde una perspectiva sociológica y filosófica condenan este acto (Platón, 1999), mientras que otras culturas aún más antiguas consideraron al suicidio como una forma de supervivencia en la que los ancianos, enfermos o con algún tipo de problema eran sometidos al exilio para que la comunidad pudiera sobrevivir (Minois, 1999). De estas posturas, cuando el Estado se concibe más fuerte, se adoptó la postura de Platón y Aristóteles siendo catalogado el suicidio como un delito, al respecto, Platón en varios de sus escritos manifestó que categorizar el suicidio como un delito era posible si se contemplaba con una afectación en contra de la sociedad, pero así mismo era permitido en algunas circunstancias que fueron expuestas en su libro “Las Leyes”:

“El que mate al más próximo y del que se dice que es el más querido de todos, ¿qué pena debe sufrir? Me refiero al que se mate a sí mismo, impidiendo con violencia el cumplimiento de su destino, sin que se lo ordene judicialmente la ciudad, ni forzado por una mala suerte que lo hubiera tocado con un dolor excesivo e inevitable, ni porque lo aqueje una vergüenza que ponga a su vida en un callejón sin salida y la haga imposible de ser vivida, sino que se aplica eventualmente un castigo injusto a sí mismo por pereza y por una cobardía propia de la falta de hombría.” (Platón, 1999).



Lectura de la cual se puede inferir que efectivamente bajo la postura de Platón el suicidio debía condenarse como delito, pero el mismo era concebible según algunas circunstancias que afectaban gravemente la vida del suicida como por ejemplo un mal de amor, una enfermedad inconcebible, entre otros. Por su parte, Aristóteles consideraba que el suicida era un cobarde y que dicho acto era un atentado hacia el Estado:

“y el que, en un acceso de ira, se degüella voluntariamente, lo hace contra la recta razón, cosa que la Ley no permite, luego obra injustamente. Pero ¿contra quién? ¿No es verdad que, contra la ciudad, y no contra sí mismo? Sufre, en efecto, voluntariamente, pero nadie es objeto de trato injusto voluntariamente. Por eso también la ciudad lo castiga, y se impone cierta pérdida de derechos civiles al que intenta destruirse a sí mismo, por considerarse que comete una injusticia contra la ciudad” (Aristóteles, 1998).

Posteriormente en el Imperio Romano, las posturas de Aristóteles y Platón continuaron presentes, pero gracias a la postura de despenalización de este último, se dieron algunas variaciones en su concepto, tanto así que en este Imperio coexistieron dos reflexiones al respecto. En primer lugar, la que se efectuó con Cicerón en la que se aceptaba el suicidio si el mismo se llevaba a cabo a causa de un acto heroico, por amor, por el honor o por caridad; en segundo lugar, la reflexión que se presentó con Constantino quien aparte de judicializar el suicidio también dictaminó medidas preventivas como el confiscar los bienes del suicida para que los mismos compensaran al Estado por la pérdida del ciudadano (Minois, 1999), en esta época se denominaba a los suicidas con la

frase *El Non Compos Mentis* que hacía referencia a – sin control de su mente – haciendo referencia a que los suicidas lo eran en razón a enfermedades de tipo mental (Neugebauer, 1979).

El Imperio Romano es una de las culturas en las que con mayor fuerza abordó el tema del suicidio, siendo legalizado en algunas circunstancias como por ejemplo en casos de enfermedad, filosofía, amor, honor o condena, los casos más emblemáticos el de Lucrecia, Catón y Nerón (Serra, 1993), así mismo, su penalización se hacía efectiva cuando se comprometían los bienes del Estado, es decir, si el suicida era un esclavo o guerrero (Gregorio, 2010).

En la Edad Media el tema del suicidio fue manejado por la religión. Los grecorromanos no aceptaban el suicidio y lo castigaban, según Dante Allighieri (2015) el suicidio en esta época se concebía desde la perspectiva de las “almas nobles” que quedaban en el limbo y las almas que no tenían esta condición terminaban en el infierno. Mientras tanto, autores como Erasmo (2007) planteaban que a través del suicidio el ser humano se lograba liberar de sí mismo.

Por otra parte, en la Edad Moderna y Contemporánea surgieron ideas dirigidas a la despenalización del suicidio que se concretaron con posterioridad a la Revolución Francesa, situación que quedó evidenciada al no estar plasmado en los Códigos Napoleónicos disposición alguna sobre la penalización de esta conducta (Martínez, 2001). Pero esta concepción solo se dio hasta el siglo XVII y XVIII cuando nuevamente el suicidio fue estigmatizado considerándolo como un acto que se cometía en las clases sociales bajas (Martínez, 2001).

La primera obra literaria que abordó el suicidio se denominó “Anatomía de la Melancolía”, donde su autor Burton (2007), indicó que este acto se asociaba a la depresión y donde además consideró que se producía debido a varios comportamientos negativos para el ser humano como la falta de risa, la melancolía, el aburrimiento, etc., factores que permitieron relacionar el suicidio con la depresión.

Como se expuso anteriormente, posterior a la Revolución Francesa se logra despenalizar en casi toda Europa el acto del suicidio. Para la época contemporánea el suicidio ya era visto como una enfermedad derivada de la mente que debía ser tratada por la psiquiatría, Shneidman, considerado como el padre de la suicidiología moderna, manifestó que “someter el suicidio a la depresión era el peor juego de manos al cual podía reducirse el acto suicida” (Barraclough, 1997), concepción que no fue compartida por otros escritores quienes aludían que el suicida poseía un cerebro enfermo (Bondy, 2009).

En la época del cristianismo, Constantino castigaba el suicidio con base en la Ley de Moisés en donde el sexto mandamiento indicaba – no matarás – designio que fue reinterpretado para relacionarlo con el suicidio, a pesar de esta disposición, el tema tuvo que regularse debido a que en la misma Biblia se había presentado esta conducta en tres de sus personajes como lo fue Saúl, Ahitofel, y Judas (Burckhardt, 1982).

En este tiempo también se presenció lo que se denominó como el martirio voluntario, en el que muchos feligreses se sometían de forma voluntaria a ser asesinados en manos de soldados romanos con la finalidad de recibir beneficios divinos, situación que la Iglesia necesitaba frenar para no perder peregrinos y por el contrario contar con más feligreses que se sumaran a la causa cristiana, de esta situación un personaje importante sale a relucir, San Agustín, quien establece que el sexto mandamiento hacía referencia tanto al acto de asesinar como del suicidio (Centauro, 2013), postura que después fue acogida por otros religiosos como los Concilios Católicos y Tomas de Aquino quienes desaprobaban el suicidio por considerarlo un pecado y una afrenta contra Dios (Ugarte, 2006). En la actualidad, la iglesia contempla al suicidio como una alteración en la salud mental, a pesar de que uno de sus grandes representantes el Papa Juan Pablo II lo considero al

igual que el aborto y la eutanasia, delitos contra la vida de similar gravedad al homicidio (Juan Pablo II, 1995).

En el siglo XVIII, el suicidio comienza a ser despenalizado, en el siglo XX, se incentiva el estudio de este problema, dentro de los cuales se destacan los adelantados por Émile Durkheim, quien asocia el suicidio con una con una visión plenamente sociológica, siguiendo la teoría expuesta por Sigmund Freud, en donde dicha conducta se relaciona con problemas neurológicos o psicológicos y biológicos, de esta iniciativa se incentivó la importancia de estudiar esta conducta humana y de unir esfuerzos para la comprensión del suicidio (Hernández y Villareal, 2015).

## **1.2 Aproximación al concepto del suicidio y sus características**

El tema del suicidio ha sido abordado por varios autores, pero con relevancia se trae a colación a Thomas Joiner (2009), quien ha sido considerado por la OMS como uno de los grandes influentes en la solución de esta esta problemática con su teoría psicológica interpersonal del comportamiento suicida, la cual fue plasmada en una de sus obras titulada como “¿Por qué la gente se mata?” en donde el autor manifiesta que el suicidio no solo depende de la voluntad del suicida de matarse sino además llevarlo a cabo, acto que conlleva algunos comportamientos previos de autoagresión que van desensibilizando el miedo a morir.

Esta teoría se desarrolla a través de tres puntos, en primer lugar, el sentido de pertenencia frustrado, que consiste en el desapego hacia los demás, en donde se considera una persona ajena a sus seres más cercanos los cuales aparentemente no tienen preocupación alguna por el suicida, lo que genera sentimientos de soledad, aislamiento y desamparo, a pesar de que a su alrededor efectivamente si hay personas que perciben la situación; en segundo lugar, es la carga percibida, en donde se considera que el papel que juegan en la sociedad, la familia y demás espacios no son valiosos, surge la perspectiva de que no son útiles tanto así que consideran que su entorno

mejoraría sin su presencia, pensamientos que se originan de una tendencia cognitiva que no es acorde a la realidad de los hechos; en tercer lugar, la capacidad adquirida, haciendo referencia al proceso en que el ser humano se adapta al dolor físico, siendo este tolerado de forma más ligera con el pasar del tiempo mientras el cuerpo se acostumbra a dicha experiencia y las lesiones día a día son mayores (Marroquín, 2019, p. 18).

La importancia de esta teoría radica en el trabajo que debe efectuar los especialistas en cuanto a los tres puntos mencionados anteriormente, de manera tal, que logren descifrar el nivel que presentan y evalúen el riesgo suicida que presenta una persona para que así mismo se ejecute el tratamiento correspondiente, es decir, la intervención oportuna por parte de especialistas pueden generar un cambio en las distorsiones cognitivas que presenta una persona, lo cual puede significar minimizar un comportamiento suicida, uno de los mecanismos que se han planteado para reestructurar la parte cognitiva es la propuesta hecha por Aaron T. Beck que consiste en atacar de forma directa la ansiedad, la depresión y el estrés a través de la destrucción o debilitamiento de creencias disfuncionales (Marroquín, 2019, p. 18).

Como se puede observar, esta teoría radica su postulado en dos aspectos claves, a saber, en la consideración de ser una carga para los demás en relación con su entorno social, a su vez, se necesita que el suicida ya haya desarrollado conductas suicidas en las que experimenta el dolor, lo que le hace tomar fuerza para llevar a cabo el suicidio (Joiner, 2009), de lo que se infiere puntualmente tanto el deseo de morir como el haber forjado la capacidad para llevarlo a cabo.

Por otro lado, el concepto del suicidio ha sido desarrollado a través de la historia, son muchos los autores y organismos que han definido esta problemática, la OMS lo ha definido como “el acto deliberado de quitarse la vida. Su prevalencia y los métodos utilizados varían de acuerdo a los diferentes países. Desde el punto de vista de la salud mental, los y las adolescentes poseen

vulnerabilidades particulares, por su etapa de desarrollo” (Unicef, 2018). Para Rojas (1984) “se entiende por suicidio aquella conducta o conjunto de conductas que, dirigidas por el propio sujeto, conducen a la muerte (suicidio consumado) o a una situación de gravedad mortal (suicidio frustrado), bien de forma activa o pasiva”.

Émile Durkheim define el suicidio desde el ámbito social y cultural, indicando que “Se llama suicidio a todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, cumplido por la víctima misma, que sabía debía producir ese resultado” (Durkheim, 1965), desde el ámbito psicológico, de acuerdo con Casarotti, Humberto (2008) se indica al respecto del suicidio que:

“La idea de suicidio puede germinar en condiciones psíquicas variadas: generalmente son los trastornos afectivos de tono depresivo y ansioso los que la engendran; otras veces se debe a trastornos de obnubilación de la conciencia con alteraciones de la actividad intelectual y ansiedad paroxística; por último puede estar ligada a todo un conjunto de ideas y de creencias delirantes en relación a las cuales constituye una reacción, tanto es verdad que el suicidio, sea normal o patológico, expresa una intención fundamental, es decir una pulsión, una fuerza de organización y de liberación que emana de las fuentes más primitivas del instinto, de lo que FREUD llamó instinto de muerte” (p. 9).

Spiller (2005) respecto al suicidio indica que es “el acto consumado, intencional de finalizar con la propia vida. Incluye todas las muertes que son resultado directo o indirecto de comportamientos ejecutados por la propia víctima, quien es consciente de la meta que desea

lograr” (p. 20). Por otro lado, el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (2006) también hace referencia a este concepto indicando que “es el acto de matarse de forma voluntaria en el que intervienen tanto los pensamientos suicidas como los intentos o el acto suicida en sí” (p. 67).

De forma similar, Nizama explica que el suicidio es “el acto auto infligido para causarse la muerte en forma voluntaria, deliberada, en el que intervienen sucesivamente tres etapas, llamadas en conjunto proceso suicida: el deseo suicida, la idea suicida y el acto suicida en sí. Por otro lado, se entiende como conducta suicida a toda acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independiente de la letalidad, del método empleado y del conocimiento real de su intención, se produzca o no la muerte del individuo” (2011, p. 5).

Arcos (2016), a través de la investigación titulada “Proyecto de investigación sobre el suicidio”, analizó un estudio de caso, en donde expone los factores que influyen a que una persona decida suicidarse, el desarrollo del trabajo se lleva en razón a la experiencia propia de la autora de este proyecto quien vivenció el suicidio de un ser querido y es partir de este acontecimiento, que decide de forma investigativa compilar en una investigación las estadísticas, teorías, doctrinantes y normas que se han dispuesto respecto al suicidio, esto con la finalidad de hacer visible una problemática de índole social que no afecta solo al suicida y su familia, sino a todo su entorno, en donde terceros como los organismos estatales y los medios de comunicación tienen injerencia en la posible mitigación de este flagelo.

Alcántar (2012), en su trabajo investigativo titulado “Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar”, abordó el tema del suicidio en adolescentes y lo relaciona con los cambios físicos y psicológicos a los que están sometidos los jóvenes y adolescentes, los cuales generan

trastornos que se materializan en intentos suicidas o suicidios, la investigación se concentra en México, país que muestra un aumento significativo y en donde las víctimas se encuentran entre los 15 y 19 años de edad, la situación en este país es considerada grave por lo que se ha catalogado como un problema de salud pública en donde el Gobierno dispone de personal profesional para que identifiquen los factores de riesgos y las medidas que se pueden tomar para minimizar esta problemática nacional.

Varengo (2016), desarrolla la problemática desde un proyecto aplicado a 92 adolescentes que se encuentran escolarizados con edades entre los 15 y 18 años de edad, este proyecto se desarrolla en la institución educativa de la Ciudad de Río Cuarto, en Córdoba Colombia, como resultado de la prueba diagnóstica, se logró establecer que un 17,4 % de los estudiantes encuestados muestran un alto nivel de ideación suicida, por lo que esta parte de la población estudiantil necesita una mayor atención tanto por la institución educativa como por la familia y sociedad, las alarmas que se encienden ante esta problemática identificada permite observar que este tipo de ejercicios evidencian la situación por la que atraviesan los jóvenes y adolescentes, por lo que es menester adoptar las medidas pertinentes para mitigar cualquier riesgo de conductas suicidas.

Moraga (2015), aborda la problemática del suicidio a través de un estudio trasversal del que hicieron parte 291 estudiantes con edades entre los 10 y 13 años de diferentes instituciones educativas de Viña del Mar, la estrategia empleada se desarrolló empleando el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI), Escala de Auto concepto de Piers-Harris y el FACES III que permiten evaluar la conexión del menor y su adaptación al ámbito familiar, de este trabajo se obtuvo como resultado que el 25,1% de los estudiantes objeto del estudio tiene ideación suicida debido a factores sociales, económicos, psicológicos, depresión y baja autoestima, lo que significa que un número



considerado de los menores presentan factores de riesgo suicida, siendo necesario activar estrategias focalizadas que minimicen este riesgo.

## CAPITULO II. EL SUICIDIO EN COLOMBIA

A continuación, se expone la situación actual de la problemática del suicidio tanto a nivel global como nacional, explicando de esta manera, que este flagelo afecta a todos los países del mundo, en alguno con mayor preocupación por sus altos índices y a otros, con menor preocupación porque los casos registrados son aislados, la importancia de este capítulo radica en lo analizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), quien indica que el suicidio debe ser catalogado como una problemática de salud pública debido a las cifras registradas en donde el 50% de las muertes violentas en hombres y el 71% en mujeres son a causa del suicidio, siendo esta la segunda causa principal de muertes en personas con edades entre los 15 y 29 años, de lo que infiere este organismo que por cada persona que se suicida existen aproximadamente 20 más que lo intentaron, siendo una realidad lo planteado por Bertolote y Fleischmann en el 2002, quienes afirmaron que para el año 2020 el número de suicidas podría aumentar de 10 a 20 veces (Bertolote y Fleischmann, 2002).

### **2.1 Situación del suicidio a nivel global y en Colombia**

La OMS indica que “la frecuencia del intento de suicidio 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” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), a nivel mundial se registran más de 800.000 suicidios en donde los suicidas han cometido por lo menos un intento de suicidio, siendo catalogado como una de las tres principales causas de muerte en personas con edades entre los 15 y 44 años, sin embargo “América Latina y el Caribe han tenido tasas de suicidio inferiores al promedio mundial, mientras que América del Norte se ubica en un lugar intermedio. Los datos de mortalidad en América Latina y el Caribe han sido descritos como irregulares y con marcadas

disparidades en las tasas de suicidio entre los países, incluso entre algunos con niveles similares de desarrollo” (Organización Mundial de la Salud, 2017), por su parte, en lo que corresponde al continente americano en general, Guyana encabezó para el año 2012 la lista como el país con mayor tasa de suicidio en el mundo, otros países como los ubicados en la Región del Pacífico Occidental registran que los suicidios son cometidos en su mayoría por mujeres (Organización Mundial de la Salud, 2016).

El panorama actual del suicidio, las cifras a nivel mundial de acuerdo a lo indicado por la OMS y a la Organización Panamericana de la Salud - OPS, el suicidio alcanza cifras anuales que superan las muertes producidas por conflictos bélicos, siendo catalogada una de las principales causas de muerte violenta en el mundo, tanto así, que en el año 2000 se registró un suicidio cada 40 segundos y un intento de suicidio cada 3 segundos (Miguel; Heredia; Rico, 2005).

Entre 1950 y 2000, el índice de casos de suicidio ha ido en aumento, de acuerdo con la OMS, Lituania, Belarús y Rusia tienen las mayores tasas de suicidios en Europa, presentado cifras de 60 casos en hombres por cada 100 habitantes y de 10 mujeres por cada 100.000 habitantes, en el caso de Asia, Kazajstán y Sri Lanka encabezan la lista con 44 casos de suicidio en hombres por cada 100.000 habitantes y de 8,9 casos por cada 100.000 habitantes en mujeres, contrario a lo que se reporta en Filipinas donde la tasa de suicidio alcanza tan solo 2,1 casos por cada 100.000 habitantes (García; Palacio; Diago y Zapata, 2008).

En los países musulmanes es donde se presentan las tasas más bajas de suicidio al igual que en el continente americano, contrario a lo que ocurre en Guyana, donde se registran 42,5 casos en hombres por cada 100.000 habitantes y 12,1 casos en mujeres por cada 100.000 habitantes; en el caso de Latinoamérica, Uruguay, Cuba, Canadá, Estados Unidos, Chile y Surinam, presentan tasas de actos suicidas que oscilan entre los 17,8 y 24,5 de casos en hombres por cada 100.000

habitantes y entre 3,1 y 6,6 casos en mujeres por cada 100.000 habitantes (World Health Organization, 2007).

En lo que respecta a Estados Unidos, en el 2002 los registros indican 11 casos en hombres por cada 100.000 habitantes, situación diferente en Reino Unido, en donde se presentó un descenso en el índice de suicidios en la población menor de 35 años, pero un aumento en la población con edades entre los 35 y 54 años en los años comprendidos entre 1993 y 2002 (McIntosh, 2004).

El Instituto Nacional de Estadística español, reporta que el suicidio es una de las principales causas de muertes violentas en el país, siendo los accidentes de tránsito quienes reportan 6000 muertes, seguido del suicidio con 3500 casos y del homicidio con 400 casos (Punset, 2004), dependiendo de algunas variables como sexo, edad, etnia, comunidades rurales o urbanas, países o región continental, el flagelo del suicidio reporta que en los países africanos y americanos, el homicidio supera en casi tres veces las tasas del suicidio, mientras que en Europa y Asia sudoriental, el homicidio duplica las tasas de homicidio, situación que empeora en la región pacífica occidental con tasas que evidencia que el suicidio se presenta seis veces más que el homicidio (Dahlberg y Krug, 2003).

De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social (2015), las personas que sufren enfermedades mentales, adicciones o eventualidades críticas tienden a ser más propensos al suicidio; por otra parte, en cuanto al método empleado se registra que el 30% de las víctimas acuden a los plaguicidas (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Otro dato relevante en el registro de suicidios a nivel mundial, hace referencia a la situación que viven algunas comunidades, dentro de las cuales se resaltan a los indígenas y demás minorías como también a aquellas poblaciones en donde se ha presenciado con mayor crudeza el conflicto armado, así lo manifiesta las Naciones Unidas en el informe denominado “Situación mundial de

los pueblos indígenas” en el que se expone que el suicidio en los jóvenes de la comunidad guaraní del Brasil y los de la comunidad Embera en Colombia, es superior al registro de los suicidios cometidos por los demás jóvenes a nivel nacional, (Organización Panamericana de la Salud, 2016), de lo que se infiere que la vulnerabilidad de los jóvenes indígenas es aún mayor que la presentada por los jóvenes no indígenas (UNICEF, 2012).

El suicidio si bien ha aumentado a nivel mundial, las autoridades enfatizan en su gravedad debido a que las víctimas tienen menos edad o ya son adultos mayores (las víctimas son menores de 14 o mayores de 80 años), además de que aproximadamente cada 40 segundos una persona decide suicidarse, lo cual indica que diariamente se pueden llegar a registrar 3.000 muertes a causa del suicidio (Especiales Semana, 2017).

En lo que respecta a Colombia, la historia del suicidio se evidencia hace varias décadas, de forma puntual entre 1964 y 1967, fue la época en donde se presentó por primera vez un aumento, pasando de 8,96 casos a 12,18 casos por cada 100.000 habitantes siendo las personas con edades entre 15 y 44 años los que presentaron mayor injerencia en esta problemática; posteriormente, entre los años 1966 y 1991 las cifras registradas en comparación con años anteriores, se duplicaron pero en el caso de las mujeres y menores de 20 años, manteniéndose estables para la década de los 80 (Vásquez y Gómez, 1993).

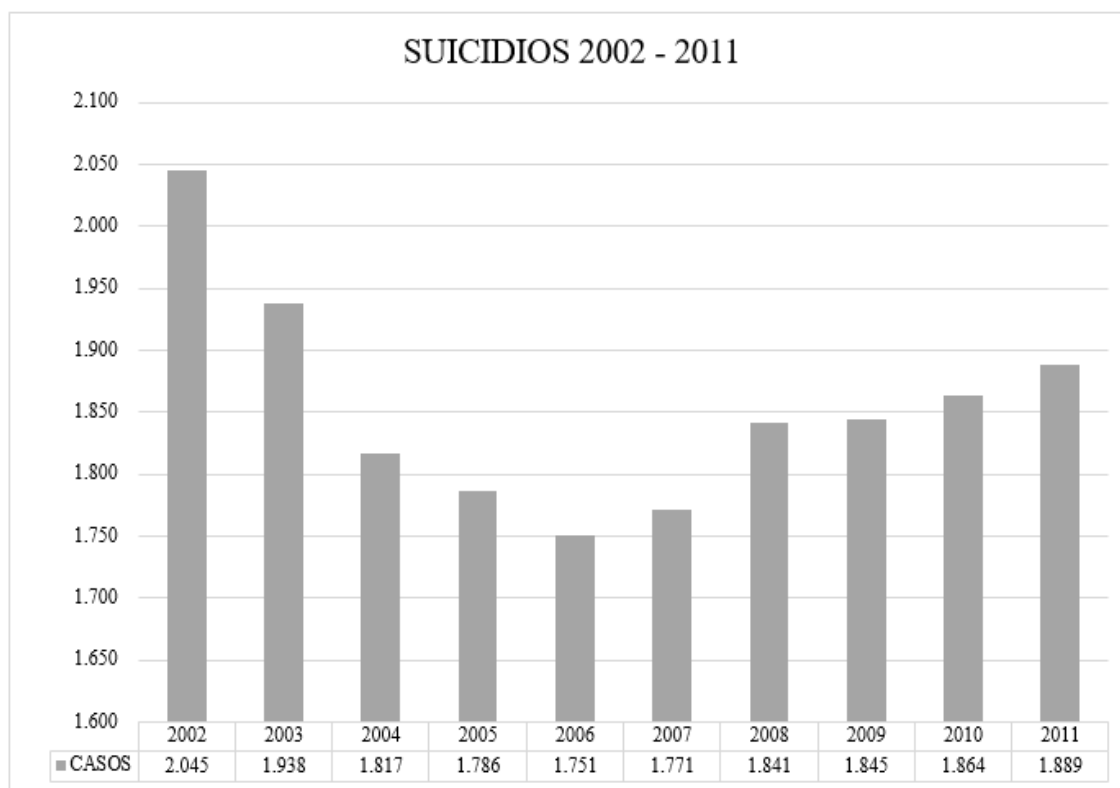
En el caso de los menores de 16 años, en 1989 se registró un aumento relevante en casos de suicidio, siendo cuatro veces mayor en comparación a 1971, por su parte, en la década de los 90, los casos de suicidio son alarmantes en hombres adultos y en mujeres con edades entre los 15 y 24 años de edad (Vásquez y Gómez, 1993), en lo que respecta al suicidio cometido por hombres con edades entre los 20 y 29 años se reporta un incremento leve y se mantiene en el caso de los adultos mayores y mujeres de 10 a 29 años (Cendales; Vanegas; Fierro; Córdoba y Olarte, 2007).

Entre 1973 y 1996, la tasa de suicidio reportada registró una tendencia de aumento en el caso de las mujeres, en la década de los setenta, las cifras fueron encabezadas por los hombres, pero a mediados de los Ochenta, este registro cambió y las mujeres fueron quienes más se registraron en este flagelo; en 1990 vuelven a ser los hombres quienes presentan mayor incidencia y en 1998 el incremento se presentó en ambos sexos (Cendales; Vanegas; Fierro; Córdoba y Olarte, 2007).

Como dato relevante, en 1994 el suicidio fue catalogado en la población joven y adulta como la tercera causa de muerte violenta en el país, en 1998 el incremento fue del 21% con 2.046 casos, en 1999 la cifra nuevamente aumento registrándose 2.089 suicidios (Gómez; Restrepo; Rodríguez y Romero, 2002), y a partir de esta fecha, el suicidio fue catalogado como la cuarta causa de muerte violenta (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 1999).

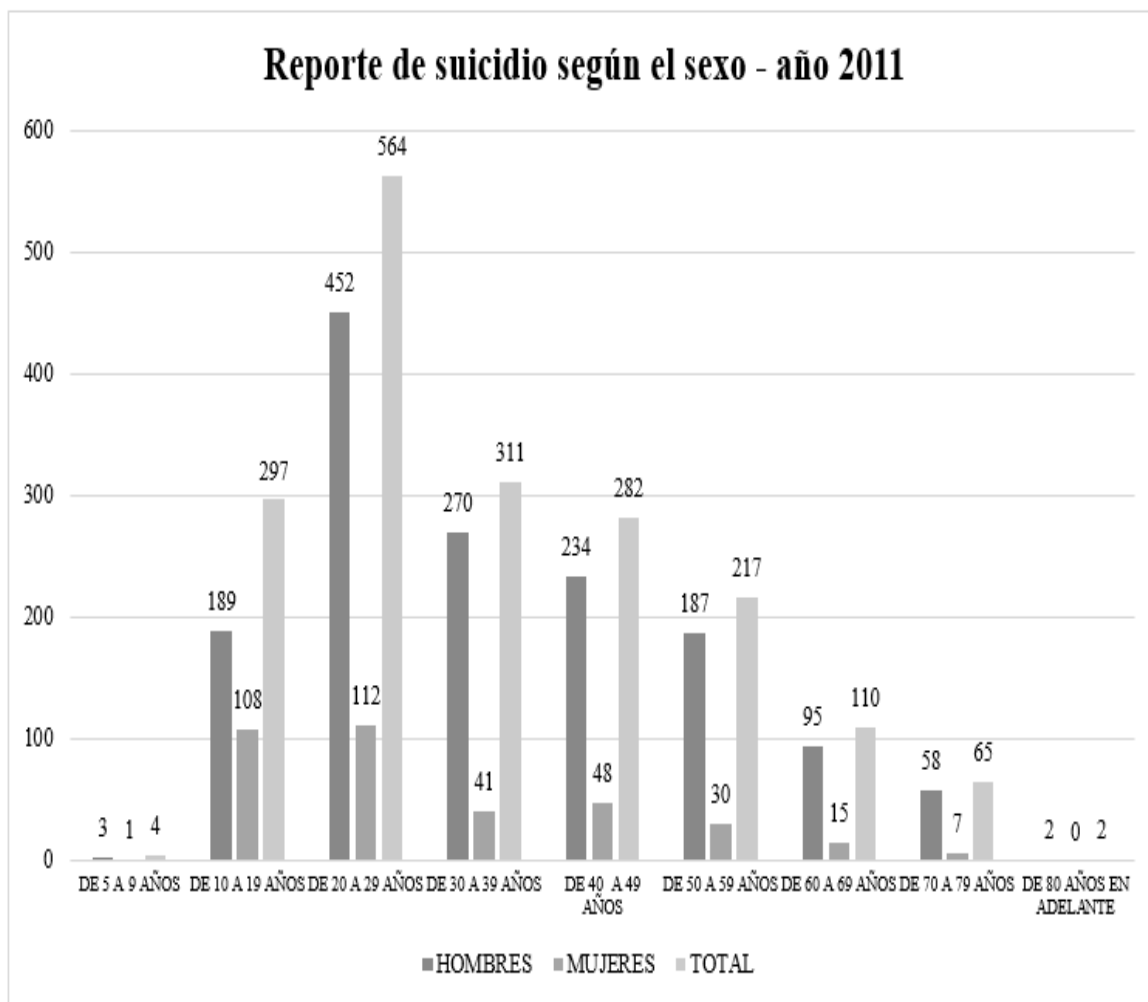
De acuerdo con el Instituto Nacional de Medicina Legal, a partir del año 2006 en Colombia se empezó a vivenciar el fenómeno del suicidio debido a un aumento registrado en el Sistema Médico Forense Colombiano que oscilo entre el 0,21 y 3,9% por año, problemática que de acuerdo a la OMS debe ser manejado desde la prevención (OMS, 2004).

En el 2011 la situación fue similar a la acontecida en el año 2006, puesto que se registraron 1.889 muertes con probabilidad de causa el suicidio, indicando un aumento del 1.3% es decir aproximadamente 25 casos en comparación con el año 2010 en donde se reportaron 1864 casos, sin embargo, estas cifras fueron aún mayores en el año 2002 con 2.045 suicidio, cifra que disminuyo en los años siguientes, pero que volvió a incrementar en el 2011 y evidencio los siguientes datos. (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2011).

**Ilustración 1.** Casos de suicidios reportados 2002 - 2011

**Fuente.** Creación propia en base a información del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

En el año 2011 las víctimas en su mayoría fueron hombres con un 80,62% en comparación con las mujeres que alcanzaron los 19,38%, en ambos casos el incremento en comparación con el año 2010 fue de 25 suicidios en proporción de tres y veintidós casos, respectivamente, así mismo, el rango de edad en el que se registra una tasa más alta de suicidio es la que oscila entre los 20 y 29 años, seguido del rango entre 30 y 39 años, con una menor representación se reporta los menores de 5 a 9 años y los adultos mayores de 80 años, estos últimos tuvieron un aumento en comparación con el año 2010 donde la tasa de suicidio en esta edad o superior era del 5.73 y en el 2011 se reportó en un 6.04 (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2011).

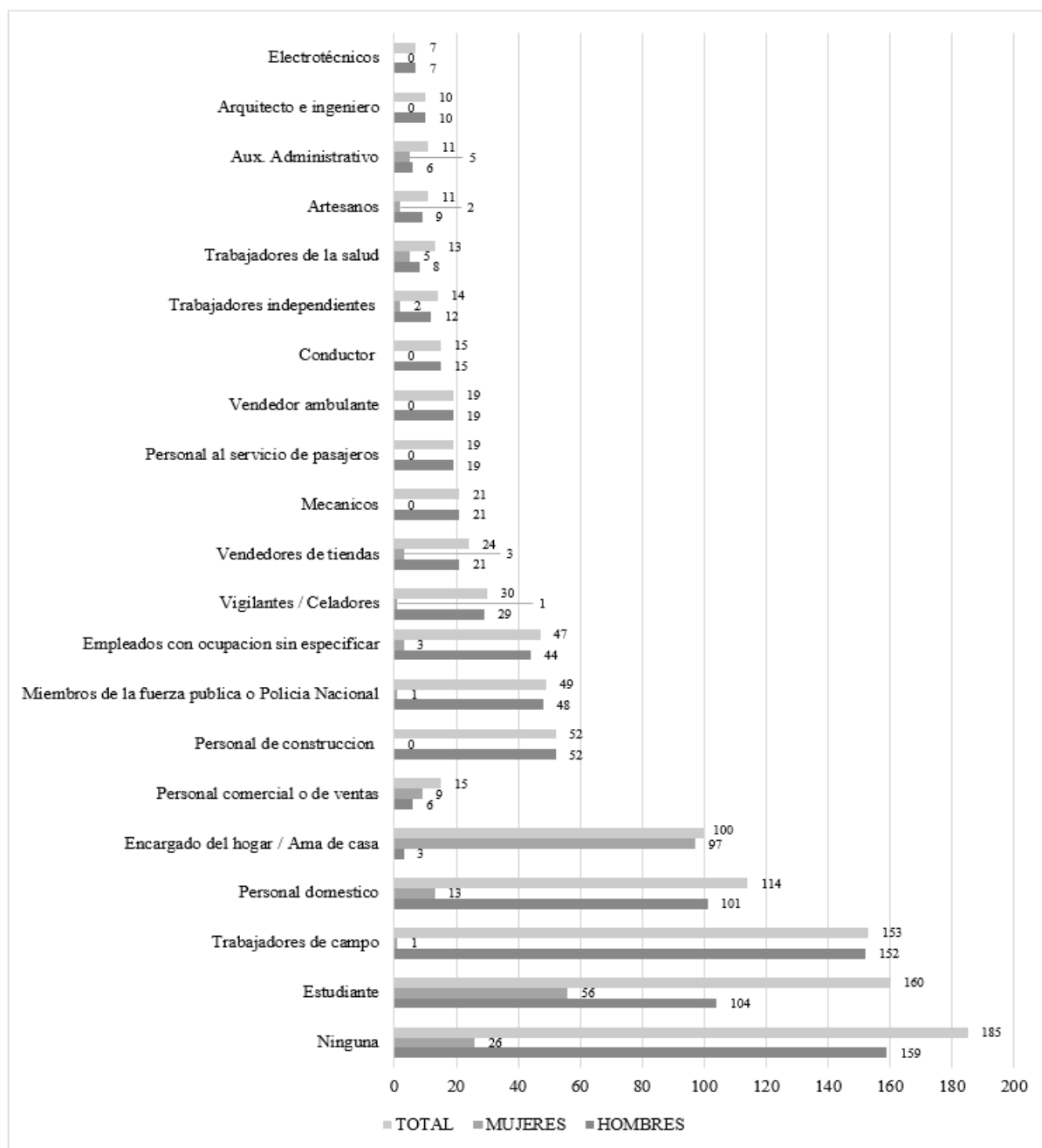
**Ilustración 2.** Suicidio según el sexo – 2011

**Fuente:** Creación propia en base a información del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias

Las víctimas del suicidio registradas en el año 2011 como se ha expuesto, en su mayoría son hombres, las edades en las que se reporta un mayor número de suicidios infieren que la población joven es más propensa a este tipo de conductas suicidas, en cuanto a la formación académica, es relevante señalar que la misma es baja pero aun así este flagelo también es cometido por profesionales, aunque en una menor proporción.



**Ilustración 3.** Casos de suicidio año 2011 de acuerdo a la ocupación

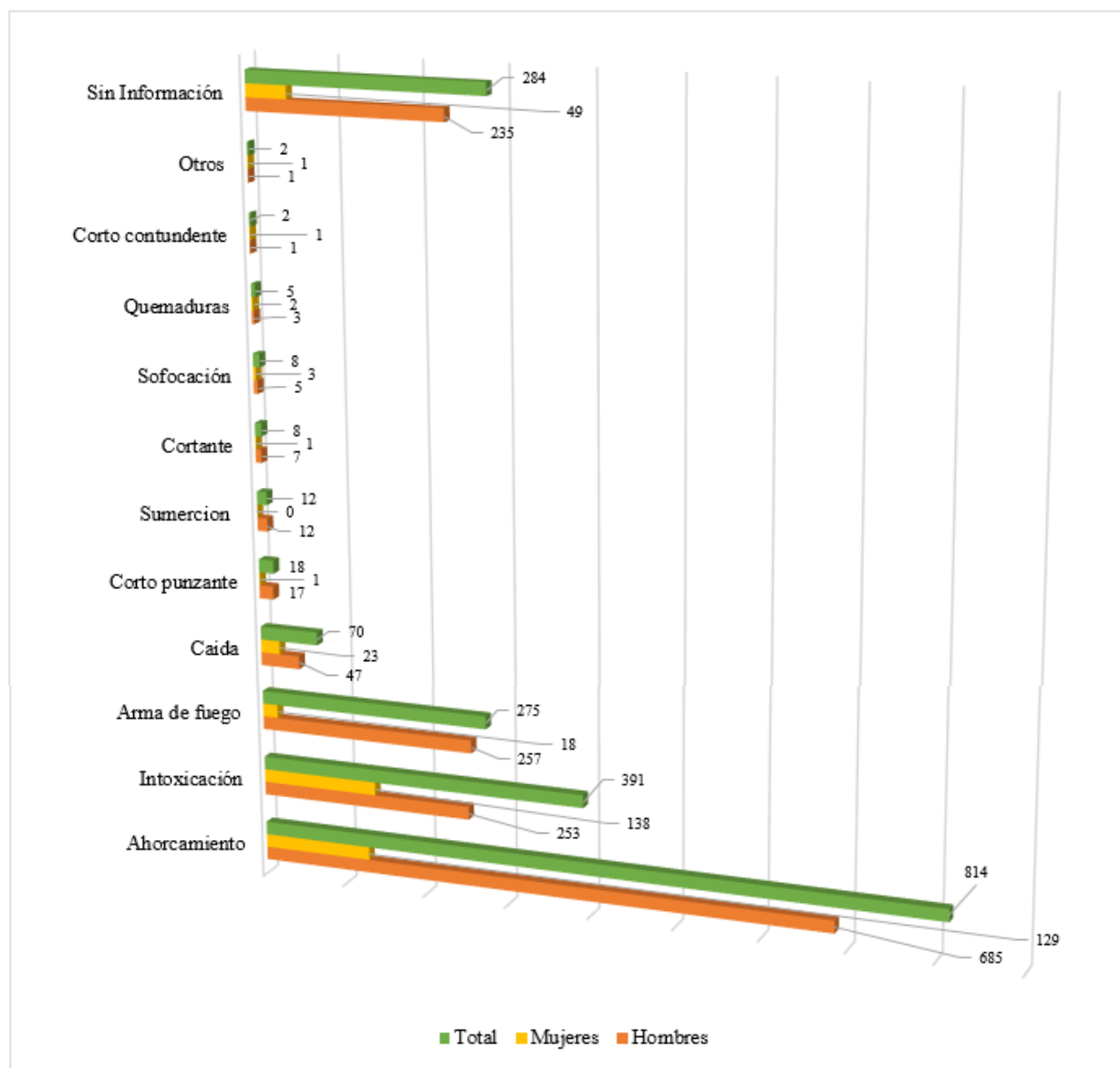


**Fuente.** Creación propia en base Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

En cuanto al mecanismo empleado para llevar a cabo el suicidio en el año 2011, en el caso de los hombres en primer lugar se encuentra el ahorcamiento con un 44,98%, seguido de armas de fuego con un 16,87%, por su parte, las mujeres en un 37,70% acuden a la intoxicación seguido del

ahorcamiento con un 35,24%, siendo las armas corto contundente las que menos registros tienen en lo que respecta al suicidio (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2011).

**Ilustración 4.** Métodos empleados para el suicidio 2011

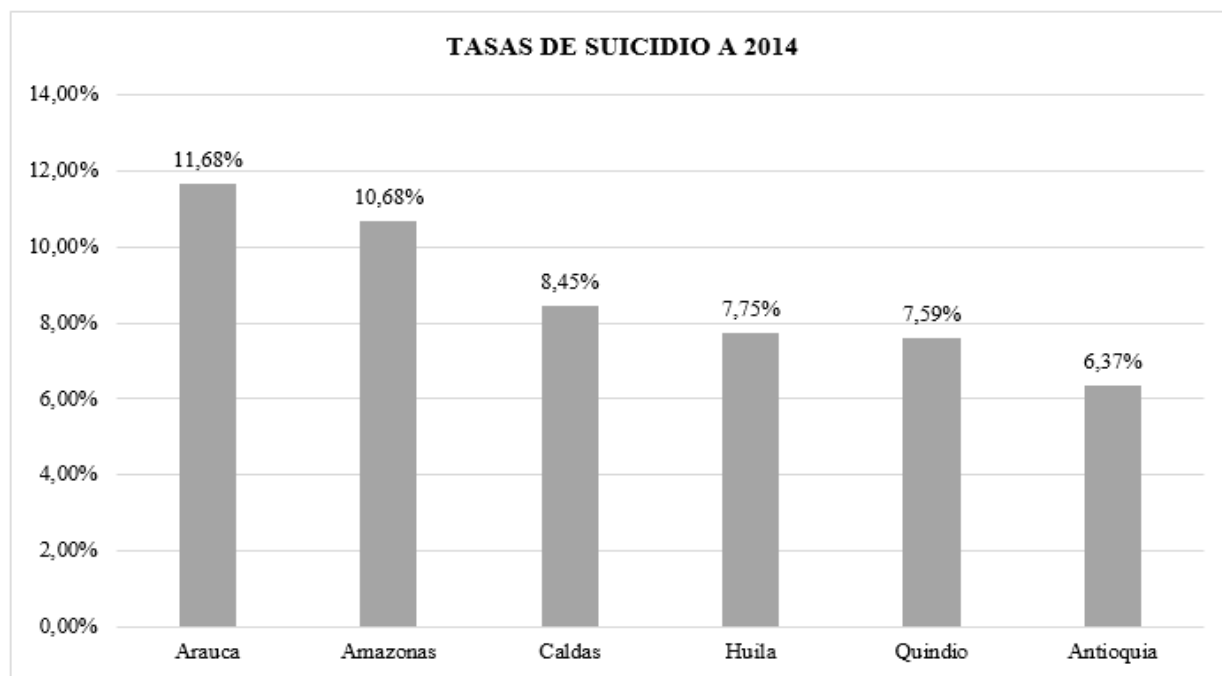


**Fuente:** Creación propia en base a información del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

En el periodo comprendido entre los años 2006 y 2015 se ha registrado un aumento de lesiones suicidas que terminan en muerte, catalogando al suicidio en el cuarto lugar de muertes

violentas registradas en el país con un índice del 5,22 por cada 100.000 habitantes, con mayor presencia en algunos departamentos como por ejemplo “Arauca con 11,68, Amazonas con 10,68, Caldas con 8,45, Huila con 7,75 y Quindío con 7,59, caso contrario, a lo que ocurre en los departamentos del Vichada, Córdoba, Bolívar, La Guajira y San Andrés que representan las estadísticas más bajas, así mismo, en algunos municipios este fenómeno muestra un aumento significativo, este es el caso de “Lourdes en Norte de Santander, con una tasa por 100.000 habitantes de 111,48, Pueblo Rico en Risaralda con 71,20 y Berbeo en Boyacá con 67,07. En el segundo esto se debió a la determinación de líderes indígenas de acabar con su vida el año pasado, un fenómeno similar al que desde hace unos meses azota al departamento de Vaupés” (Especiales Semana, 2017).

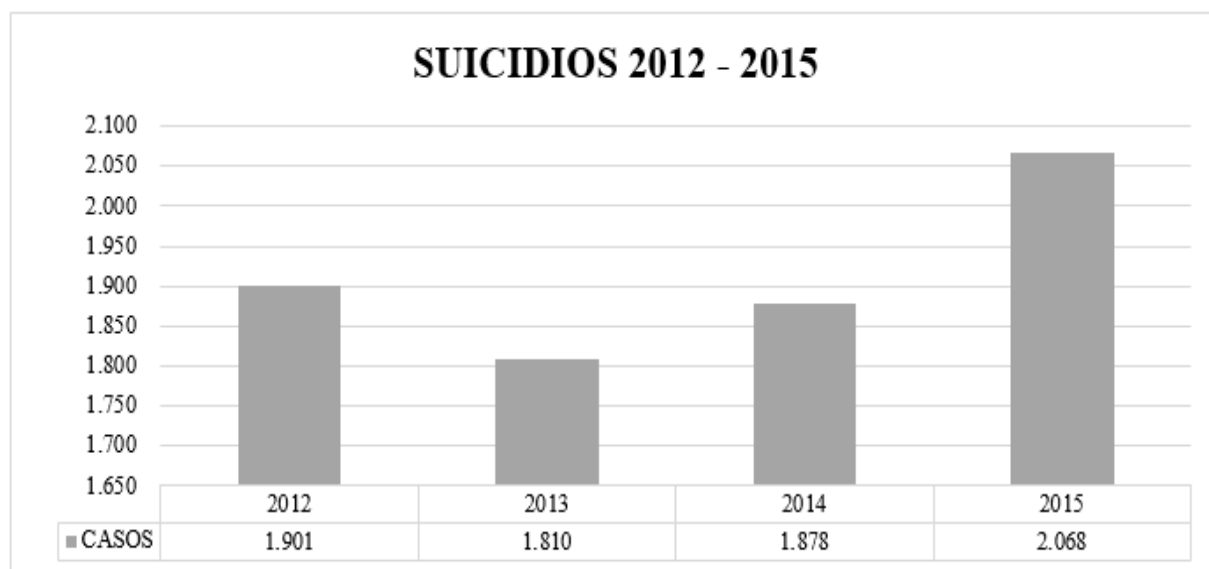
**Ilustración 5.** Departamentos con mayor tasa de suicidio en Colombia a 2014



**Fuente.** Creación propia en base a informe de Forensis

La problemática del suicidio para el año 2015 continuó siendo preocupante puesto que, en 9 años contados a partir del 2002 no se habían presentado cifras tan alarmantes, así quedó estimado por el “Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones de Causa Externa (SIVELCE) del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses” (Montoya, 2015), quien reporta lo siguiente:

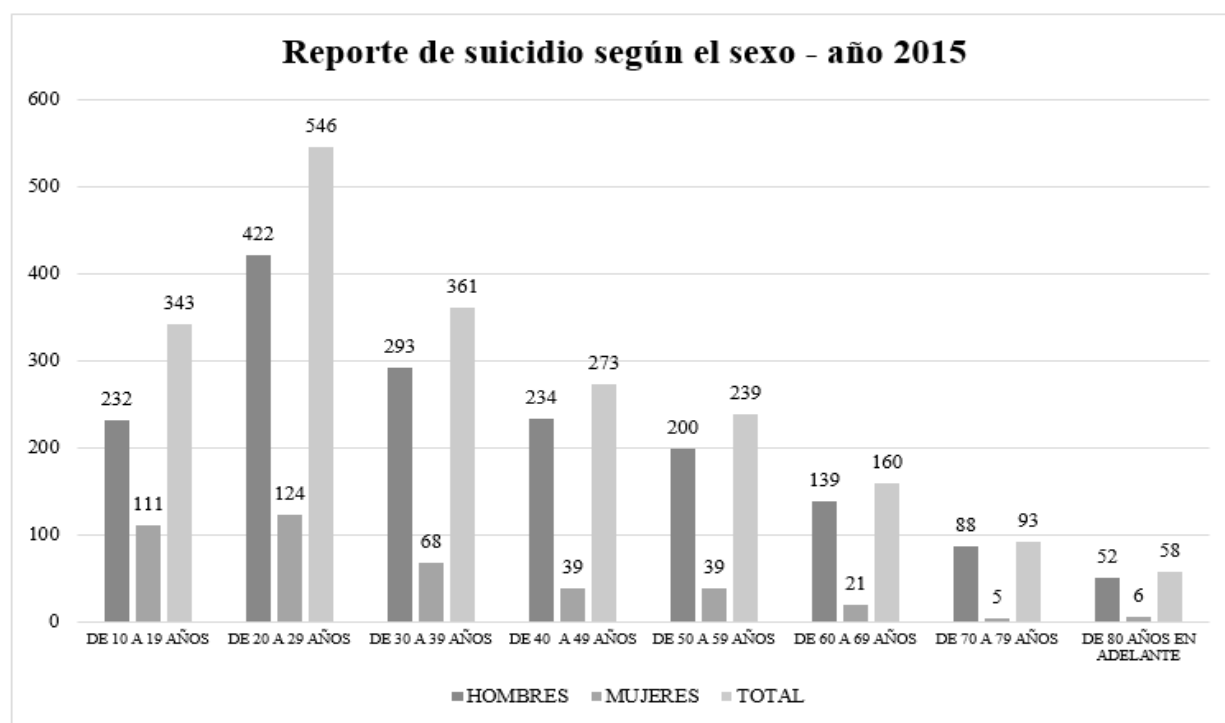
“18.618 suicidios ocurridos en Colombia durante el periodo 2006-2015, con una media de 1.862 eventos por año. El último año alcanzó la cifra más elevada del decenio: 2.068 casos y una tasa de 5,22. En contraste con el primer año del decenio – 2006 -, el incremento de la frecuencia absoluta fue de 18%; y en relación al año 2014 de 10%. El contraste por tasa evidencia un incremento aproximadamente de 28% en 2015, con respecto al promedio de la tasa de los últimos nueve años” (Montoya, 2015).



**Fuente:** Creación propia en base a información del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

El fenómeno del suicidio en la mayoría de países es más frecuente en hombres que en mujeres, en el año 2015 en Colombia la cifra registrada de suicidios en hombres fue de 1.655 mientras que en mujeres fue de 413 casos, en cuanto a la edad, los sucesos se presentaron en jóvenes con edades entre los 20 y 24 años seguido del grupo de 25 a 29 años, en el caso de los hombres los suicidios se presentaron a partir de los 35 años mientras que en las mujeres, las cifras reportan que la tasa de suicidio en adultos mayores de 80 años es un 61% superior a la tasa promedio de la población en general (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2015).

**Ilustración 7.** Reporte de suicidio según el sexo – 2015

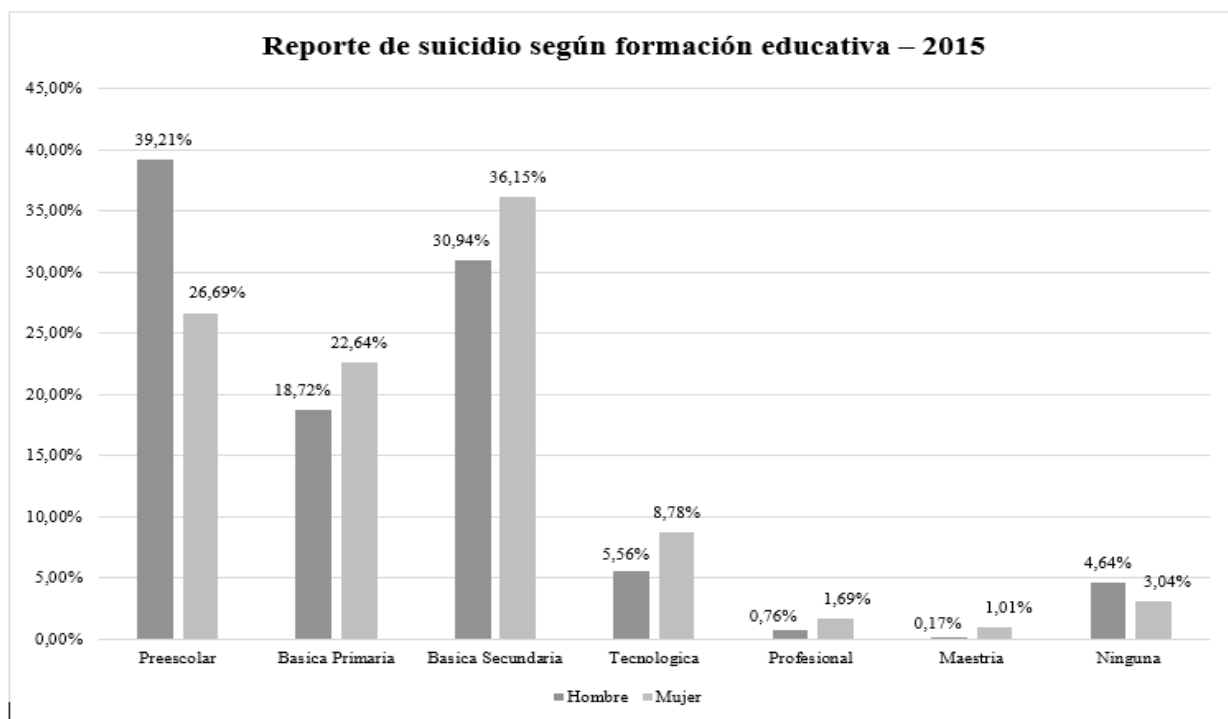


**Fuente:** Creación propia en base a información del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2015

En lo que respecta al nivel educativo de los suicidas, en su mayoría registran un nivel bajo en donde el 36,71% de las víctimas solo tenían educación preescolar, un 19,50% básica primaria,

un 31,98% secundaria y tan solo un 7,49% contaban con una profesión superior, de lo que se deduce que el nivel educativo influye en el suicidio puesto que de acuerdo a la formación educativa se puede acceder a mejores condiciones en el ámbito laboral, lo que a su vez permite la satisfacción de necesidades y una mejor interacción en el entorno social y familiar (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2015).

**Ilustración 8.** Reporte de suicidio según formación educativa – 2015

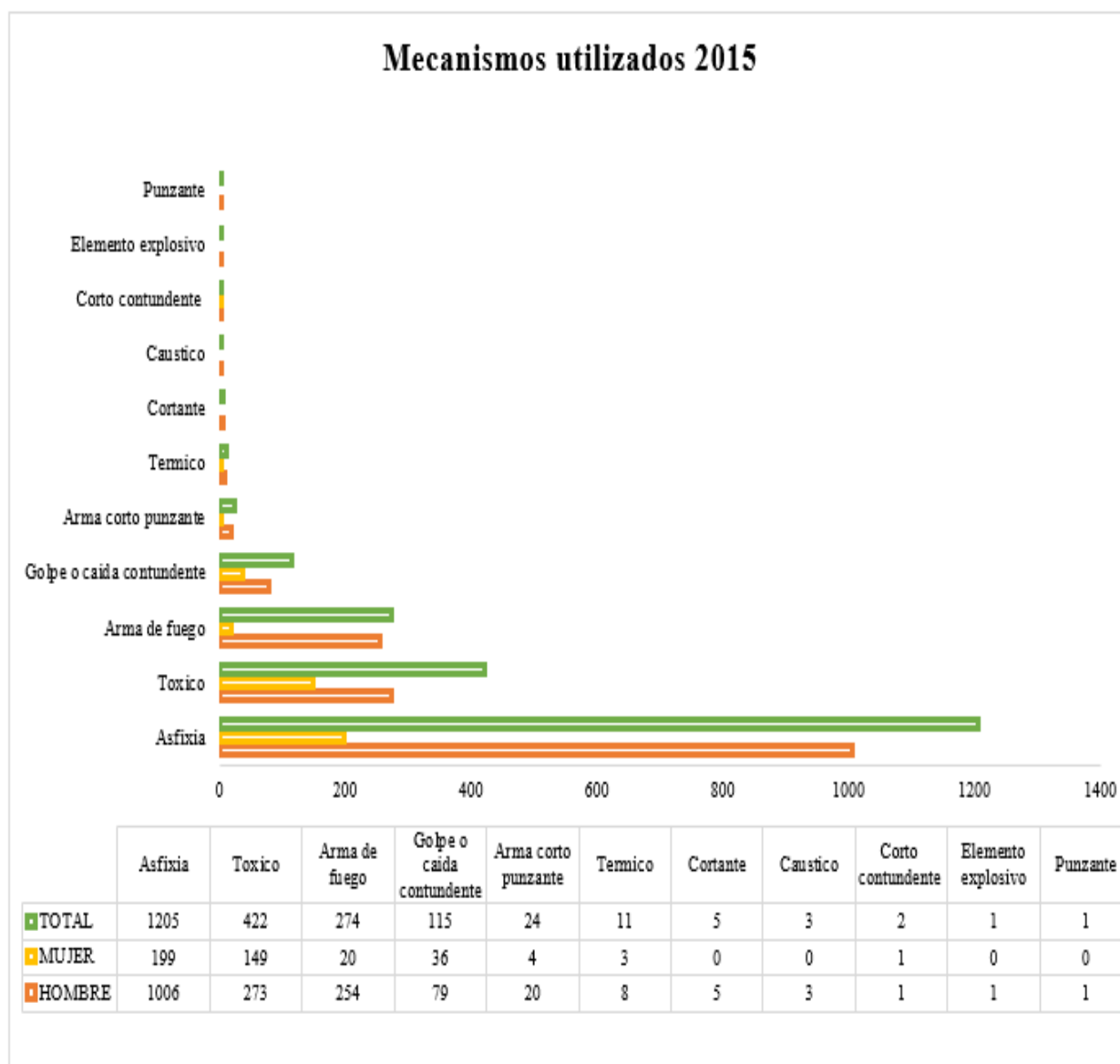


**Fuente:** Creación propia en base a información del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2015

Como se indicó con anterioridad, la asfixia es el mecanismo más empleado en Colombia en los actos suicidas, en el año 2015 con un 58,41% fue catalogado como el elemento más utilizado por las víctimas de este flagelo en donde los hombres registran una mayor participación debido a que “los partidarios del ahorcamiento prevén una muerte segura, rápida y sin dolor con poca conciencia de la muerte y lo consideran un método limpio que no dañaría al cuerpo o dejaría imágenes desgarradoras para los demás” (Biddle, Donovan, Owen-Smith, Potokar, Longson,

2010), seguido de la intoxicación en donde las mujeres encabezan la lista a diferencia de los hombres que como segunda causa emplean las armas de fuego, otros métodos como el salto al vacío o caída contundente también aparece en las estadísticas, siendo las mujeres quienes puentean esta opción suicida a diferencia de los hombres que reportan un 4.78%, clasificándola como la cuarta elección para el suicidio (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2015).

**Ilustración 9.** Mecanismos utilizados en suicidios año 2015



**Fuente:** Creación propia en base a información del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2015

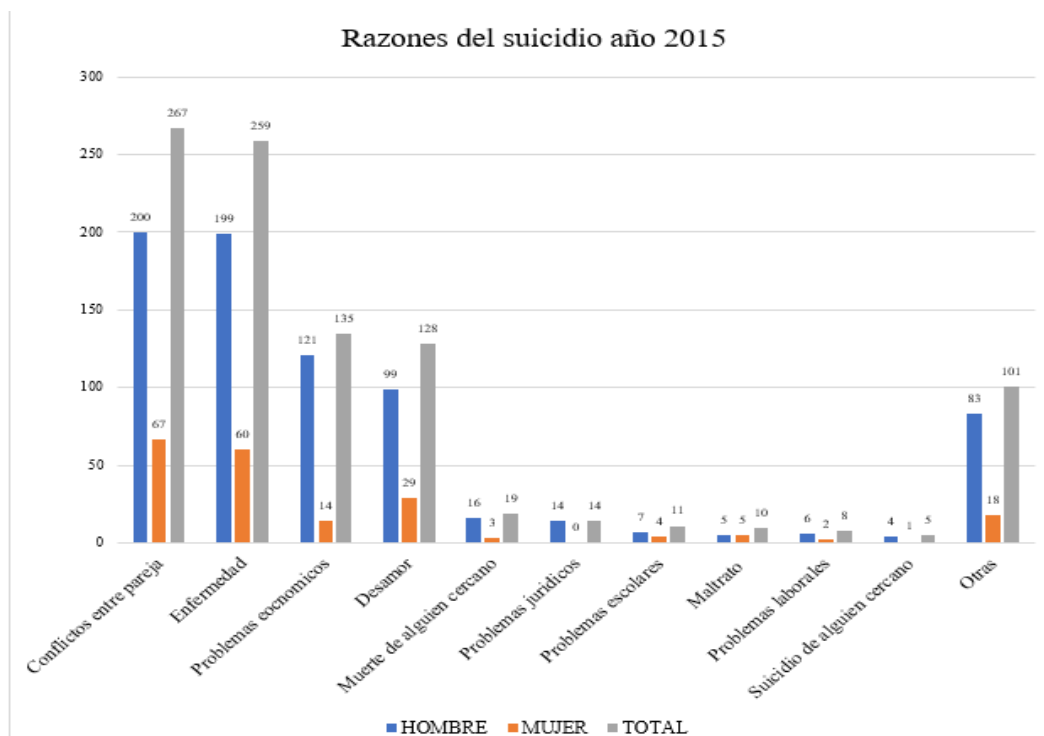
Dentro de las principales causas que conllevan al suicidio, continúa siendo la afectación de una relación sentimental la que encabeza la lista según lo registrado en el año 2015, problemas como la ruptura de un matrimonio, falta de comunicación, infidelidad, problemas en la convivencia, maltrato físico, entre otros, son los factores que encierra esta categoría (Martínez, 2014).

Así mismo, el padecimiento de una enfermedad sea esta mental o física también es una de las principales razones “Es muy probable que las personas que padecen depresiones graves intenten suicidarse y tienen una alta incidencia de ello, particularmente si no están tomando medicamentos para su condición” (Ansean, 2014, p. 970).

Otro factor desencadenante del suicidio son los problemas económicos debido ya sea por la pérdida o falta de un trabajo, las deudas en ocasión al desempleo, y el incumplimiento de las mismas que traen como consecuencias embargos y desmejora de la vida crediticia (Ansean, 2014, p. 970).

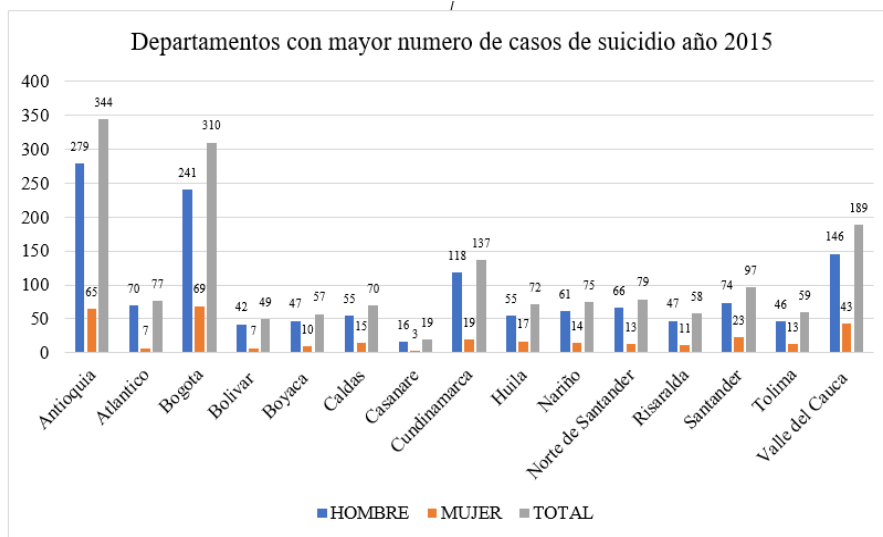
A diferencia de los años expuestos hasta el momento, año 2002, 2006 y 2011, en el año 2015 surgen nuevas razones que indujeron el suicidio, dentro de las cuales se resalta el suicidio de un familiar o amigo cercano, como también, los problemas judiciales o el maltrato en cualquiera de sus modalidades, en cuanto al tema del desamor, esta razón es entendida dentro del contexto de la pérdida o duelo por la muerte de un ser querido (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2015).



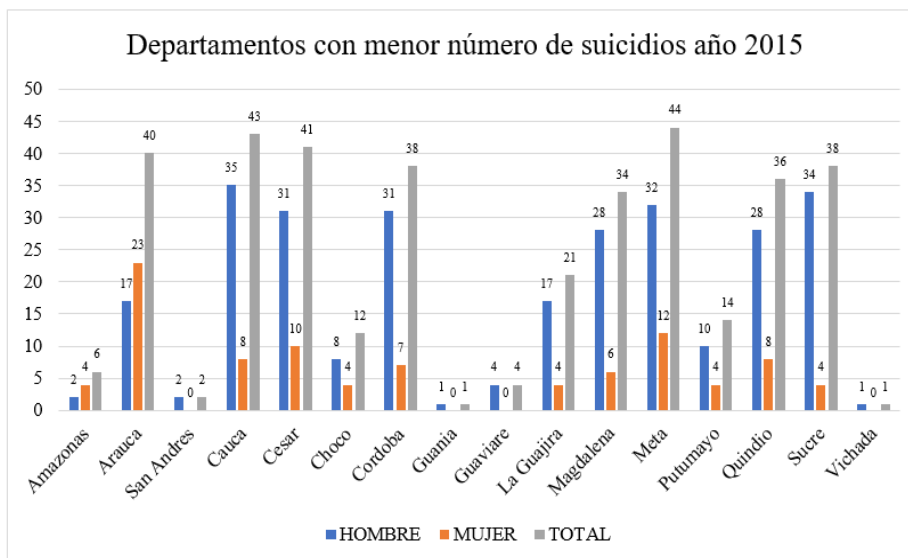
**Ilustración 10.** Principales razones que desencadenaron el suicidio año 2015

**Fuente:** Creación propia en base a información del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2015

La tasa de suicidio a nivel nacional en el año 2015 osciló en 5,22, sin embargo, algunos departamentos sobrepasaron este índice, es el caso de “Arauca (11,68), Amazonas (10,68), Caldas (8,45), Huila (7,75) y Quindío (7,59). Es importante señalar que Arauca, Huila y Quindío, repitieron los cinco primeros puestos entre los departamentos con las mayores tasas de suicidio durante 2014. En contraste, los departamentos con las tasas más reducidas fueron Vichada (1,90), Córdoba (2,81), Bolívar (2,90), La Guajira (2,94) y el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (3,14). Cerca del 76% de los municipios obtuvieron una tasa por 100 mil habitantes superior a la nacional. Los mayores riesgos lo registran los municipios de Lourdes (Norte de Santander) 111,48, Pueblo Rico (Risaralda) 71,20, Berbeo (Boyacá) 67,07, Santa María (Boyacá) 62,03, y Pijao (Quindío) 58,57” (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2015).

**Ilustración 11.** Departamentos con mayor número de casos de suicidio año 2015

**Fuente.** Creación propia en base a información del Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias forenses 2015

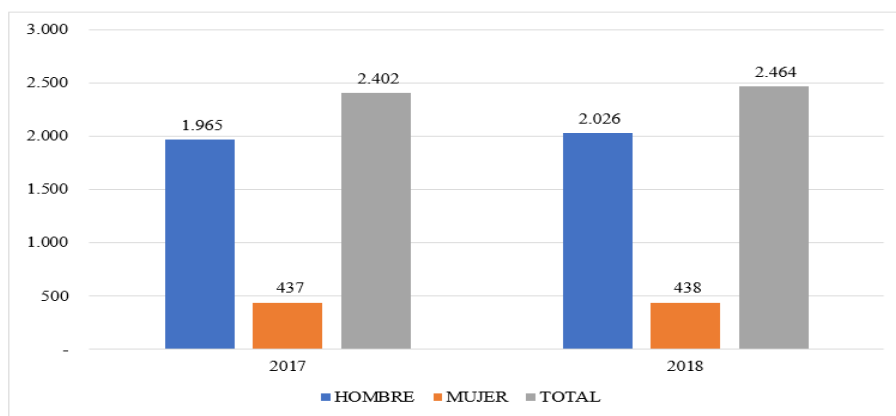
**Ilustración 12.** Departamentos con menor número de suicidios año 2015

**Fuente.** Creación propia en base a información del Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias forenses 2015

El aumento del suicidio ha sido relevante en los últimos años, de acuerdo a las cifras presentadas por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en el año 2018 se presentó un aumento de 62 casos en comparación con el año 2017, teniendo una representación del 10,65% en

referencia a las muertes violentas registradas en el año 2018 por esta institución, 0,28% más que en el año 2017 que represento un 10,41% (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2018).

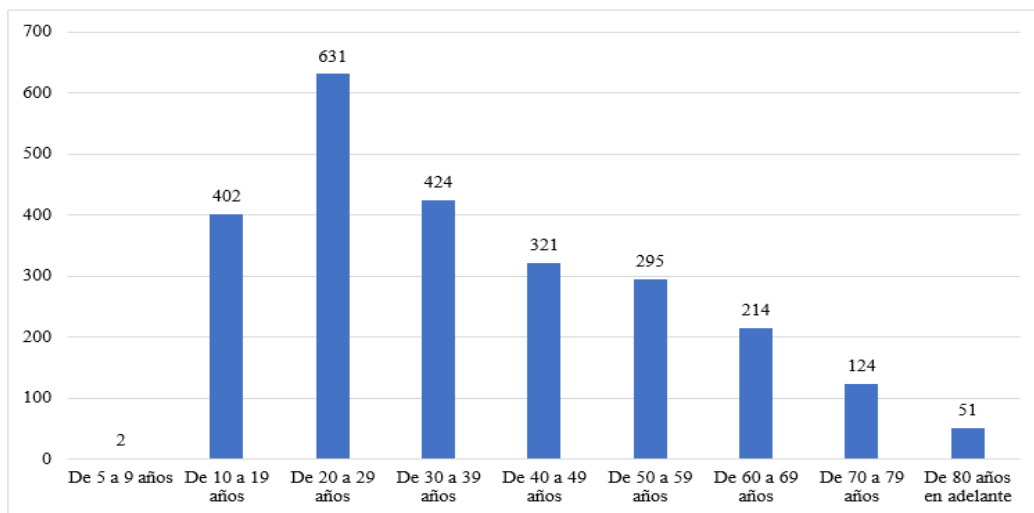
**Ilustración 13.** Comparativo de casos de suicidios 2017 – 2018



**Fuente.** Creación propia en base a información del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2018

De igual manera, las edades con un mayor registro de suicidas se encuentran entre los 20 y 24 años de edad, seguido del rango de 25 a 29 y de 30 a 34 años, el registro de suicidios en adultos mayores de 80 años en el año 2018 fue de 51, dos casos menos en comparación año 2017 que cerró el año con 53 suicidios (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2018).

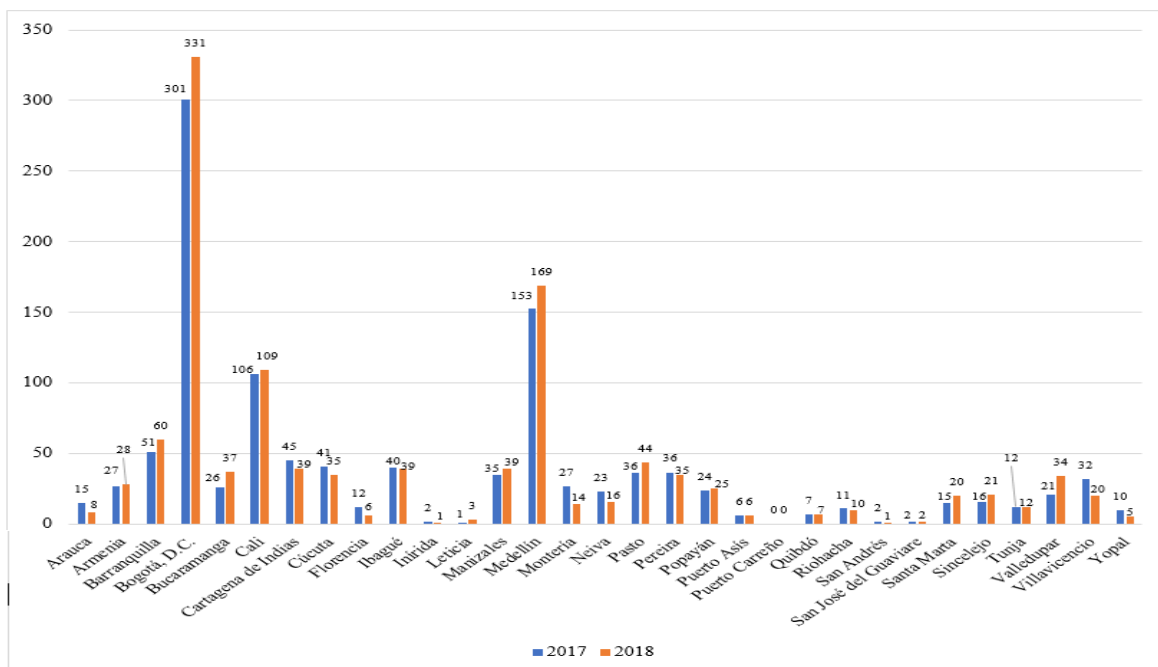
**Ilustración 14.** El suicidio según rango de edad 2018



**Fuente.** Creación propia en base a información de Medicina Legal, 2018

Dentro de las ciudades que representaron un mayor registro de suicidios en Colombia, se encuentran Bogotá, Medellín y Cali, mientras que las capitales con menores registros son Puerto Carreño con ningún caso reportado en el año 2017 y 2018, seguido de Inírida, San Andrés y San José del Guaviare:

**Ilustración 15.** Registro por capitales de suicidios año 2017 – 2018



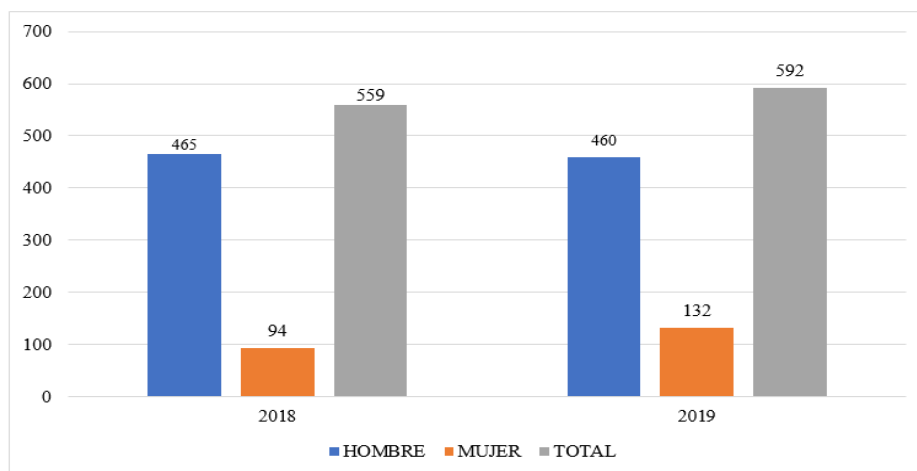
**Fuente.** Creación propia en base a información de Medicina Legal

Como se ha podido observar, en los últimos años el aumento de suicidios en el país ha sido lento, pero muestra una progresividad en la problemática, mientras que en el año 2008 se registraron 1.841 casos para el 2018 fueron 2.464, es decir, 623 casos más, en promedio la presencia de 62.3 suicidios al año; este aumento se presentó en gran parte en el grupo de personas con edades entre los 20 a 29 años y de acuerdo con lo explicado por la psicóloga Diana Rodríguez (2018), el incremento guarda relación con el surgimiento y empleo de nuevas tecnologías “lo que está pasando en redes sociales está teniendo una influencia grande en ellos, y el suicidio se vuelve

una práctica para evadir el bullying”, situación diferente en el caso de los niños, quienes cometen actos suicidas en razón al temor que surge de defraudar a sus padres (Rodríguez, 2018).

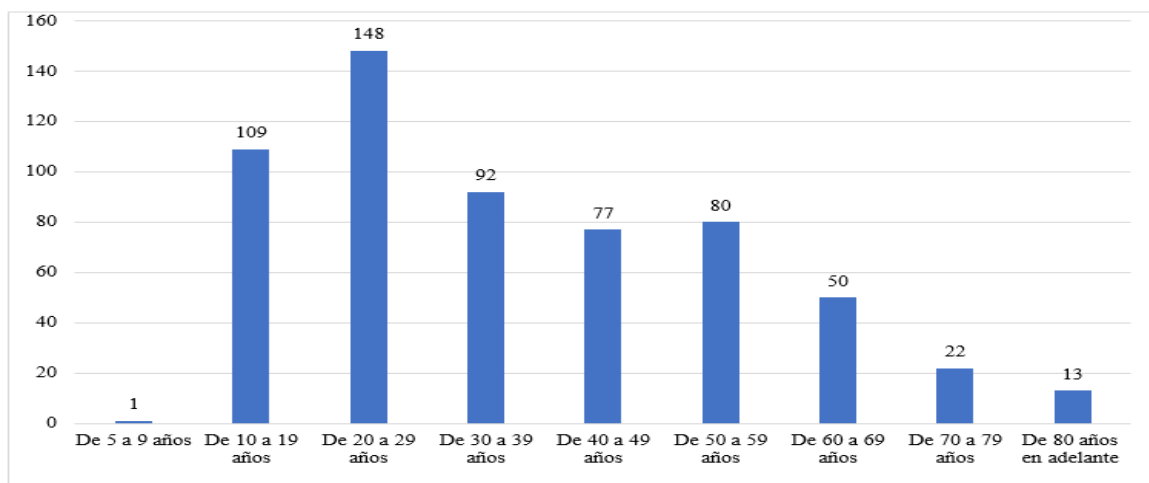
En lo que va corrido del año 2019 hasta el mes de marzo, Medicina legal informa que se evidencia un incremento del 5,9% de suicidios en comparación con el año 2018 para este mismo trimestre, reportándose 592 casos mientras que el año pasado el registro fue de 559, siendo los hombres quienes continúan encabezando la lista, pero con un incremento significativo en el caso de las mujeres quienes reportan 132 casos para el 2019 mientras que en el año 2018 se registraron 94 casos, teniendo una injerencia del 11% en las muertes violentas, con una variación absoluta de 33 casos (El Tiempo, 2019).

**Ilustración 16.** El Suicidio en el primer trimestre 2018 – 2019



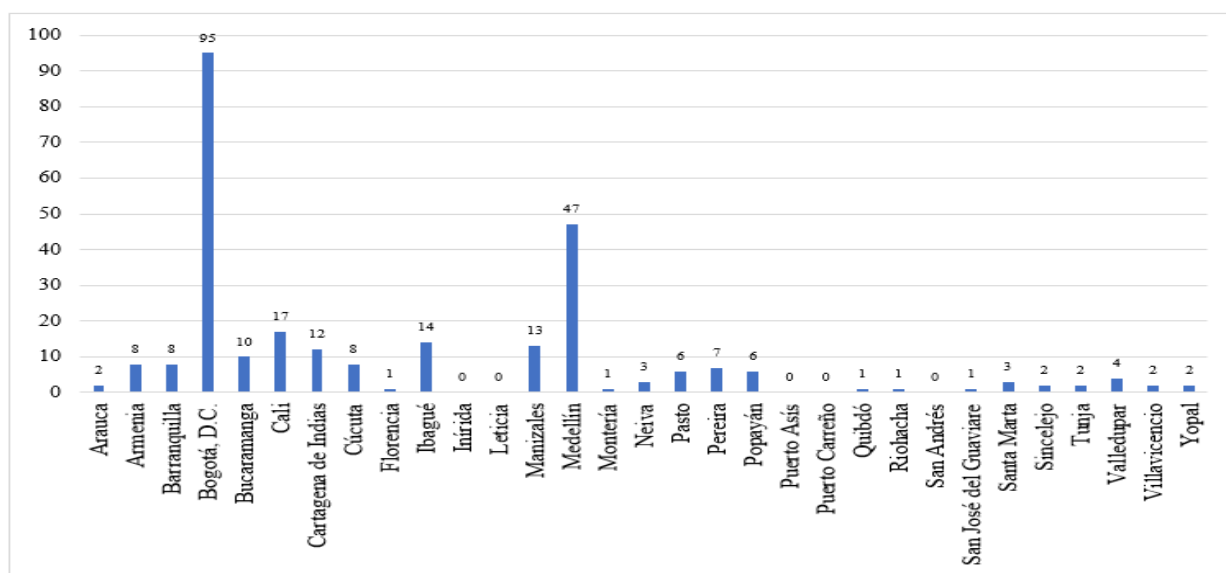
**Fuente.** Creación propia en base a información de Medicina Legal

En cuanto a las edades en las que se registran en su mayoría los suicidios, los patrones continúan siendo los mismos de años atrás con un rango que oscila en las edades de 20 a 29 años, seguido del rango de 30 a 39 años, siendo relevantes que en el primer trimestre del 2019 son 13 los suicidios en adultos mayores de 80 años (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2019).

**Ilustración 17.** Suicidio según edad primer trimestre 2019

**Fuente.** Elaboración propia en base a información de Medicina Legal, 2019

En cuanto a las capitales en donde se ha registrado un mayor número de suicidios en el primer trimestre de 2019, se tiene que Bogotá, Medellín, Cali e Ibagué encabezan esta lista, contrario a Inírida, Leticia, Puerto Asís, Puerto Carreño y San Andrés, en lo que va corrido del año hasta el mes de marzo, no reportan ningún caso de suicidio (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2019).

**Ilustración 18.** Reporte de suicidios por capitales

**Fuente.** Elaboración propia en base a información de medicina legal

Las cifras que se exponen en este trabajo permiten realizar un análisis con respecto a la problemática y su incidencia en el país, las cifras presentadas demuestran que en Colombia año tras año se evidencia con mayor frecuencia el problema del suicidio, problema que en el año 2002 registró 2045 casos, una cifra histórica que tuvo tendencia a disminuir en los años siguientes pero que no perduró sino hasta el año 2011, en donde nuevamente el incremento de este flagelo volvió a preocupar a las autoridades quienes registraron 1889 casos, siendo los hombres quienes reportaron más conductas suicidas en comparación con las mujeres; aun así, fue a partir del año 2006, donde las autoridades iniciaron a comprender que el suicidio no era una situación que se debía catalogar como una determinación personal, sino como una problemática de índole social por el evidente incremento de este tipo de causa de muerte y su relación con otros factores, entre ellos, económicos, sociales, familiares, sentimentales, de salud, etc., situación que se evidenció en el año 2015, donde nuevamente este flagelo registró cifras históricas y se presentaron nuevas causales que desencadenaron estas conductas suicidas.

Las cifras que se exponen hace evidente que la problemática no ha recibido la atención institucional que requiere, esto es evidente con los reportes anuales en donde hasta el año 2018, se continúa presentando aumentos en los índices de esta problemática, como también, el surgimiento de nuevas formas y causales que conllevan a que el suicidio sea efectivo, los índices también señalan una situación que para los investigadores es una alarma, y es el hecho de que la tendencia indica que los jóvenes están siendo más propensos a este tipo de problemáticas, es decir, la juventud y la niñez colombiana están en riesgo inminente de ser víctimas de este flagelo, que al igual que las mujeres, si bien no encabezan los índices, la tendencia de aumento es una realidad.

Bajo este panorama y breve recuento del avance que ha presentado la problemática del suicidio en Colombia, es evidente la necesidad de establecer los parámetros, medidas y políticas

públicas para mitigar este flagelo que día tras día y año tras año aumenta cada vez más y se posesiona en otros grupos de personas que por indicación del constituyente merecen una atención especial como es el caso de los NNyA, adultos mayores y mujeres, la problemática demuestra que el suicidio debe ser catalogado como un problema de salud pública en donde debe estar presente no solo las autoridades, instituciones u organismos que hacen parte del sector salud, por el contrario, la minimización de las cifras del suicidio en el país debe estar sujeta a una política pública en donde se vinculen a todos los sectores de la sociedad, lo que incluye los ámbitos en donde el ser humano se desarrolla, es decir, familia, educación, trabajo, cultura y demás.

## **2.2 Marco legal del Derecho a la salud en Colombia**

La investigación pretende estudiar como a partir del sistema de salud se pueden proyectar políticas públicas destinadas a minimizar la problemática del suicidio, se considera que el argumento jurídico de la investigación y del cual parte este estudio, reposa en primera medida en la Constitución Política de 1991, la cual en su Preámbulo indica que la Nación debe garantizar a todos los asociados derechos fundamentales como la vida, paso seguido, en el artículo 2 Superior, se establece que dentro de los fines del Estado y sus instituciones, está el deber de garantizar la protección de “la vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades” (Constitución Política de Colombia, 1991) de los ciudadanos, de lo que se deduce que efectivamente dicha protección abarca problemáticas que afectan precisamente la vida y la salud.

Así mismo, el artículo 48 Superior, trae a colación la garantía del derecho a la seguridad social, visto como un servicio público en cabeza del Estado quien debe desarrollarlo en pro de la ciudadanía con la participación ya sea del sector público o privado, la cuestión es garantizarles a todas las personas del territorio nacional una cobertura integral respecto a las contingencias a las que todo ser humano está expuesto.



“Artículo 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la Ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. La Ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante” (Gómez, 2017).

Dejando a un lado lo que dispone la Constitución Política, la Ley 100 de 1993 indica que la Seguridad Social tiene como finalidad garantizarle al ciudadano una protección integral con respecto a las contingencias que puede llegar a presentar, su objetivo consiste en amparar a la persona que por determinada razón se ve afectado en su salud y economía.

“Preámbulo. La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar

individual y la integración de la comunidad” (Congreso de la Republica, Ley 100/1993).

El derecho a la seguridad social es un derecho inalienable, en el sentido de que toda persona tiene intrínseco este derecho puesto que es la forma en cómo se garantiza una vida digna, así mismo, es una obligación que le asiste no solo al Estado y sus instituciones, sino a la sociedad en general, quienes deben proporcionar todos los recursos necesarios para garantizar la cobertura de las prestaciones económicas, de salud y demás servicios que permitan el goce de una vida bajo los estándares de la dignidad humana (Congreso de la Republica, Ley 100/1993, art. 1), por ello, la seguridad opera bajo las luz de los principios de eficacia, solidaridad, integralidad, unidad y participación (Congreso de la Republica, Ley 100/1993, art. 2).

Por su parte, haciendo referencia al sistema de seguridad social en salud, la Ley 100 de 1993 a partir del libro segundo, artículo 152 y siguientes, establecen los aspectos relevantes que rigen este sistema, disponiendo que el sistema de salud es catalogado como un servicio público al que le están inmersos principios como la equidad, la obligatoriedad, la protección integral, la libre escogencia, la autonomía de las instituciones, la descentralización administrativa, la participación social, la concertación y la calidad (Congreso de la Republica, Ley 100/1993, art, 153).

El artículo 162 de la citada Ley, dispone el denominado “Plan de salud obligatorio”, que palabras textuales expone:

“Este plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías,

según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan”  
(Congreso de la Republica, Ley 100/1993).

Del anterior artículo se hace énfasis en que el plan de salud obligatorio parte de la integralidad tanto de pacientes como de patologías, lo que indica que todas las enfermedades son cubiertas por este plan y dicha cobertura abarca desde la prevención hasta la rehabilitación, de lo que se infiere que las patologías mentales están incorporadas dentro de esta obligación en salud en el sentido que la seguridad social al ser entendido como un servicio público cumple con una visión de tipo pluridimensional, lo que significa que su desarrollo se efectúa como un derecho, un servicio y un sistema “para el efecto, el derecho tiene dos sentidos: el objetivo, lo que conduce a hablar del derecho de la seguridad social (orden normativo emanado del Estado) y subjetivo, garantía que reside en una persona o individuo, que dentro de una comunidad políticamente organizada se le reconoce como tal” (Cortés y Escobar, 2011).

Por otro lado, teniendo en cuenta los cambios que sufre el mundo, hay nuevas problemáticas que se originan y que conciernen a toda la sociedad y el ser humano en general, por ello, el Estado colombiano contemplo necesario regular dentro del ámbito del derecho a la salud, algunas materias que no habían sido previstas con anterioridad, de allí surgen leyes como la Ley Estatutaria de Salud, Ley 1751 de 2015, que regula en términos generales aspectos de disponibilidad, accesibilidad y libre elección con respecto a la salud, de lo que se infiere que el Estado es garante puntualmente de “la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente” y que “los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La

accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información” (Congreso de la Republica, Ley estatutaria 1751/2015).

Como bien es sabido, el tema de seguridad social en el que se incluye el derecho a la salud, guarda su soporte jurídico en la Ley 100 de 1993, cuya finalidad es regular lo correspondiente a las contingencias que todo ser humano padece en un determinado momento, pues bien, el daño a la salud es regulado en esta norma, pero no se hace referencia alguna de forma puntual respecto a la salud mental, por lo que el legislador estimo necesario expedir una norma que estuviera dirigida a las enfermedades de tipo mental, a lo que expidió la Ley 1616 de 2013, disposición que tiene como objeto “garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud” (Congreso de la República, Ley 1616/2013).

Dentro de esta norma se establecen aspectos como los derechos de las personas en el ámbito de la salud, dentro de los cuales se resalta:

“El Derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental; Derecho a recibir información clara, oportuna, veraz; Derecho a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental; Derecho a tener un proceso psicoterapéutico, con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno para obtener resultados en términos de cambio, bienestar y calidad de vida; Derecho

a recibir psicoeducación a nivel individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado” (Congreso de la República, Ley 1616/2013).

En lo que respecta a la política pública en salud mental, esta Ley estipuló que el Ministerio de Salud y Protección Social debía implementar una estrategia en un término de 16 meses para expedir y poner en acción una política a nivel nacional que dé manejo a los problemas de salud mental que presentan los ciudadanos, dicha política debe operar en concordancia con la Constitución Política y demás normas del ordenamiento jurídico nacional además de estructurar un Plan Nacional de Salud Mental (Congreso de la República, Ley 1616/2013).

Para llevar a cabo la Ley 1616 de 2013, se expidió el Decreto 658 de 2013 con la misma finalidad, “garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud” (Congreso de la República, Ley 1616/2013, art. 1).

La importancia del citado Decreto radica en que este instrumento define tanto las actividades como la forma y el cronograma bajo los cuales debe operar la política en salud mental, las actividades que se llevaran a cabo entre otras son:

- “Modalidades y servicios para la atención integral e integrada en salud mental.
- Designación de los representantes del Consejo Nacional de Salud Mental
- Política Nacional de Salud Mental - Propuesta técnica
- Promoción de la Salud Mental y Prevención del Trastorno Mental

- Mejoramiento Continuo del Talento Humano” (Presidencia de la Republica, Decreto 658/2013).

Como se pudo observar, tanto la Ley 1616 de 2013 como su Decreto Reglamentario 658 de 2013 son normas dirigidas en términos generales de la salud mental, aun así, se considera que la problemática del suicidio merece por parte de las autoridades, el legislador y el Estado colombiano una política pública más puntual que al igual que en Europa se enfatice en dar solución a esta problemática desde varios sectores como lo son el educativo y el laboral, la investigación permite evidenciar que son varios los factores y los espacios bajo los cuales se efectúa, de lo que se infiere que no todas las personas que tienen conductas suicidas se perciben o son tratados en un puesto de salud, por lo que es necesario que el Ministerio de protección y seguridad social proyecte y ponga en marcha una política pública que esté presente en los escenarios en donde el ser humano se desenvuelve, de manera tal, que no solo sea el personal médico los que tengan la capacitación y el conocimiento respecto de los focos desencadenantes, de las conductas y causas del suicidio, sino también, que este mismo conocimiento esté al alcance de otros sujetos, instituciones y de la ciudadanía en general.

Se tiene entonces que la Ley 1616 de 2013, denominada “Ley de salud mental”, estipula claramente que el derecho a la salud integral y humanizada, también hace referencia a la salud mental, cuya atención debe brindarse a los ciudadanos de forma especializada e interdisciplinaria tanto en la prevención como en los tratamientos, de manera tal, que la atención esté a la par con los avances en la ciencia que se exponen con el fin de mejorar la salud mental (Congreso de la Republica, Ley 1616/2013); otro aspecto relevante de esta norma, es que incorpora el principio de progresividad, que corresponde al mejoramiento continuo de la red prestadora del servicio de salud y para llevarse a cabo, el legislador contempló inminente que dicha red esté presente a nivel

nacional donde la prestación de servicios en salud mental sea parte de los servicios generales de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), lo que incluye el acceso a todos los servicios como lo son:

“La atención ambulatoria, atención domiciliaria, atención prehospitolaria, centro de atención en drogadicción y servicios de farmacodependencia, centro de salud mental comunitario, grupos de apoyo de pacientes y familias, hospital de día para adultos, hospital de día para niñas, niños y adolescentes, rehabilitación basada en comunidad (RBC), unidades de salud mental y urgencia de psiquiatría” (Congreso de la Republica, Ley 1616/2013, art. 13).

Con el fin de mejorar el servicio público de salud con énfasis a la salud mental, se han expedido varias actualizaciones materializadas en resoluciones como la 046 de 2018 y la 05269 de 2017, en las que se incluyen otros servicios como es la promoción de la salud, que consiste en brindar información, educar, capacitar y comunicar a la ciudadanía sobre lo que significa la salud mental y sus afectaciones para brindar una mejor protección desde la prevención temprana de las enfermedades de índole mental.

### **2.2.1 Derecho a la salud**

Para efectos de esta investigación, se considera pertinente abordar el tema de la salud desde el contexto de un derecho, como debe ser concebido por el Estado al ser una disposición de carácter constitucional que no solo infunde en el ordenamiento jurídico nacional sino también internacional, esto en razón a que desde el derecho a la salud, se debe dirigir la prevención y tratamiento a las personas que presentan conductas suicidas, teniendo en cuenta que la salud mental

es contemplado dentro del Plan Obligatorio de Salud, y lo es, debido a las numerosas enfermedades de esta índole que pueden conducir a la ejecución de conductas suicidas.

En primer lugar, se parte del hecho de que, a partir de 1991, el derecho a la salud quedó formalmente consagrado en la Constitución Política de Colombia, y le correspondió al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud a todos los habitantes del territorio nacional, sumado a que Colombia ratificó para aquel entonces, tres tratados de derechos humanos, siendo relevante para el objeto de estudio, señalar el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, que en su artículo 12 establece el derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, (Naciones Unidas, 2019), estimando para ello:

“a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad” (Naciones Unidas, 2019, art. 12).

Con base a lo anterior, se expide la Ley 100 de 1993 que desarrolló el nuevo enfoque de la política pública en este campo y creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) enfocado en dar manejo social al riesgo de todo ser humano, conforme a un modelo de pluralismo estructurado, fundado en el aseguramiento y en la competencia regulada (Londoño y Frenk, 1997),



y que otorgó a los particulares la potestad de concurrir para la prestación de los servicios de salud, pero sometidos a la vigilancia y control estatal (Constitución Política de Colombia, Art. 49).

La puesta en marcha del SGSSS, cuya finalidad era corregir los problemas de los modelos precedentes, universalizar el acceso a la salud y garantizar la satisfacción del derecho para todos los habitantes del territorio nacional, en la práctica se ha quedado corto y, al contrario, muestra enormes problemas de índole administrativo, económico y social, que se evidencia en la no consecución de objetivos y resultados, poniendo en riesgo y vulnerando el derecho de los colombianos a gozar del más alto nivel de salud física y mental, aun a pesar de estar debidamente regulado dentro del ordenamiento jurídico nacional y del interés que el Estado ha manifestado por lo menos, presupuestalmente, en donde dispone de recursos públicos para lograr hacer efectiva dicha garantía, pero sin lograr su cometido de forma eficaz, lo que denota en un incumplimiento de obligaciones internacionales como constitucionales (CIDH, 2000).

El Derecho a la salud en Colombia desde el contexto de los Derechos Humanos, parte desde el derecho internacional de los derechos humanos, el derecho a la salud es contemplado como un bien jurídico que debe ser exigido al Estado dentro del ámbito de los derechos económicos, sociales y culturales, exigencia que se soporta bajo la luz del principio de “pacta sunt servanda”, indicando que su ejercicio y protección, conlleva al respeto de la dignidad humana y al ser parte de los derechos económicos, sociales y culturales se rige bajo los principios del derecho internacional, a saber, “universalidad, indivisibilidad e interdependencia” (Declaración y Programa de Acción de Viena, 1993), siendo exigible medidas efectivas de promoción, respeto y garantía cuyo resultado es progresivo.

De acuerdo a lo expuesto por el Relator Especial de Naciones Unidas Paul Hunt, el derecho a la salud debe cumplir con ciertos aspectos básicos para que sea compatible con los estándares

internacionales (Consejo de Derechos Humanos, 2008), en primer lugar, es erróneo suponer que el derecho a la salud pueda ser sometido solo al acceso de atención médica, su extensión abarca la garantía de alcanzar el nivel más alto de salud física, mental y psíquica, lo que significa que este derecho no se consagra con la sola atención de un enfermedad o patología, por lo que es necesario analizar los factores que subyacen las enfermedades, este punto se efectúa a través de políticas públicas en salud (Consejo de Derechos Humanos, 2008).

En segundo lugar, para que el derecho a la salud sea plenamente garantizado, el mismo debe operar en sintonía con los principios básicos que exponen los derechos humanos, a saber, el principio de transparencia, respeto, igualdad, no discriminación, entre otros., por lo cual, las políticas diseñadas para el derecho a la salud deben favorecer especialmente a las poblaciones más vulnerables (Consejo de Derechos Humanos, 2008).

En tercer lugar, con la finalidad de garantizar que las políticas públicas en salud cumplan los objetivos y metas trazadas, es menester que los procesos sean abiertos, es decir, de conocimiento público a la ciudadanía, la cual puede conocer de antemano los indicadores, recursos, programas, avances y de paso, medir la satisfacción del derecho; en cuarto lugar, el aspecto financiero es muy importante, por lo que el Estado debe establecer los recursos económicos que se deben destinar a la realización de políticas públicas en pro del derecho a la salud, por último, el sistema de salud para que sea contemplado como óptimo, debe cumplir con los contenidos básicos directamente exigibles por el derecho a la salud (Consejo de Derechos Humanos, 2008), los cuales fueron sistematizados por el Comité DESC en la Observación General No. 14, los cuales son:

“(i) la adopción y aplicación de una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública sobre la base de las pruebas epidemiológicas, (ii) el aseguramiento

del acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial en lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados; (iii) la distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud; y (iv) el suministro de los medicamentos esenciales” (Consejo de Derechos Humanos, 2008).

De manera tal, que, a partir de estos aspectos, el derecho a la salud no solo se garantiza a la ciudadanía, especialmente a la más vulnerable, sino que, además, adecua a Colombia en los lineamientos internacionales sobre la protección y eficacia del ejercicio del derecho a la salud, entendido como un todo y no solo como la atención médica.

### **2.2.2 Derecho a la salud mental**

Como es relevante el estudio del derecho a la salud en términos generales, también lo es el derecho a la salud mental, de manera que su regulación tiene como finalidad promover y garantizar un mejor bienestar mental a los ciudadanos, pero no cualquier ciudadano, sino el que por su condición médica, también es vulnerable al abuso y violación de sus derechos, por lo que al momento de afirmar que el Estado debe brindar protección especial a algunos ciudadanos, indiscutiblemente las personas con enfermedades de índole mental hacen parte de dicha atención preferencial, siendo la Ley, el instrumento más idóneo para promover la atención en salud mental y a su vez, proteger y promover el libre ejercicio de los derechos de las personas con enfermedades mentales.

A pesar de que el Estado a través de sus leyes y normas pretenda hacer efectivo el derecho a la salud mental, muchas de esas leyes resultan obsoletas y no guardan relación con la situación actual que atraviesa el mundo, lo que incide en la vulneración de los derechos de estas personas, tanto así, que se acuerdo a la OMS, en algunos países se contempla a los enfermos mentales como

peligrosos y así mismo dirigen sus disposiciones normativas, siendo vulnerados los derechos de estos pacientes, señala este organismo, que, “alrededor del 75% de los países del mundo tienen legislación de salud mental, solamente la mitad (el 51%) tiene leyes aprobadas después de 1990, y casi un sexto (el 15%) tiene legislación que data de antes de la década de 1960” (OMS, 2001).

La necesidad que surge en el mundo de legislar la salud mental tiene su origen en las cargas, personales, sociales y económicas que tiene el ser humano, las cuales pueden conllevar a trastornos mentales, se estima que aproximadamente “340 millones de personas a nivel mundial padecen depresión, 45 millones esquizofrenia y 29 millones de personas demencia. Los trastornos mentales representan una gran proporción de los años de vida potencialmente perdidos por discapacidad (AVPPD), y se predice que esta carga aumentará significativamente en el futuro” (OMS, 2001).

En términos generales, las políticas públicas de salud mental se enfocan en garantizar la calidad de vida de los ciudadanos, esto incluye su bienestar y desarrollo como ser humano, por ello, los Estados deben definir metas y prioridades, haciendo responsable a los sectores y niveles involucrados en la garantía del derecho a la salud, quienes son los encargados de diseñar las políticas y medidas en pro de este derecho (Taborda, 2017), en lo que respecta a las políticas públicas, son entendidas como una directriz “emanada de uno o de varios actores públicos que se imponen de forma específica a la práctica social con el carácter de norma para un colectivo y dependiendo de la legislación de cada país”, que en el ámbito normativo se representa en un acuerdo, resolución o ley (Gómez; Rodríguez; Martínez y Agudelo, 2005).

Debido a la problemática que aborda el tema de la salud mental a nivel mundial, la OMS es reiterativa en la necesidad de que los países tengan dentro de sus programas de Gobierno, el desarrollo de políticas públicas destinadas a impartir programas de salud mental, en las que se debe contemplar la necesidad de modernizar la normatividad con miras a promover la protección de los

derechos humanos de las personas que padecen algún tipo de trastorno o enfermedad mental (World Health Organization, 2002).

Para la OMS, las enfermedades mentales traen consigo consecuencias negativas para la economía, puesto que, por un lado, “disminuye el ingreso personal y limitan el trabajo de los cuidadores, lo que puede afectar la economía de los países”; (Organización Mundial de la Salud, 2017), entre tanto, en “Colombia se han promulgado políticas orientadas a vencer las brechas para el diagnóstico, el tratamiento y transformar la realidad de los colombianos con trastornos mentales, sin embargo, cinco años después de promulgada la ley 1616, la inequidad en salud mental continúa presente” (Ardón y Cubillos, 2012).

La OMS indica que son alarmantes las cifras de inversión en el tema de salud mental, algunos países no invierten ni el 2% de los recursos de la salud, lo que significa un gasto anual en salud mental inferior a 3 dólares por habitante, cifra que es aún más baja en los países de escaso desarrollo, donde la cifra no alcanza a 0,25 dólares por habitante, situación que es evidente en la escasa planta de personal profesional en el área de la salud mental como lo son los psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, entre otros, siendo esta falla una de las principales falencias del sistema de salud mental (World Health Organization, 2010).

En lo que respecta a Colombia, el tema de salud mental no es más alentador que las cifras presentadas anteriormente; para nadie es un secreto que por décadas el tema de la salud mental ha sido poco contemplada por las diferentes leyes que se han expedido sobre el sector salud, para iniciar, la Ley 100 de 1993 trajo consigo la aplicación de los “principios de equidad, obligatoriedad, protección integral y calidad en la atención en salud” (Ardón y Cubillos, 2012), pero así mismo, aunque benefició a la atención en los denominados programas de hospital día, elimino del sistema aspectos como “la hospitalización prolongada, la psicoterapia por más de un

mes y la psicoterapia individual, esta última solo en la fase inicial de la enfermedad” (Congreso de la Republica, Ley 100/1993).

Posteriormente, en 1998 con la Resolución 2358, se formula la Política Nacional de Salud Mental, “cuya ejecución y cobertura fueron limitadas por falencias en el plan obligatorio de salud (Ardón y Cubillos, 2012), situación que motivó a que muchas personas recurrieran a la acción de tutela para lograr un cubrimiento integral en el sistema de salud, uno de los fallos significativos es la Sentencia T - 013 de 1995, donde la Corte Constitucional palabras textuales indica “el derecho a la salud y la obligación de la atención integral de los enfermos mentales” (Corte Constitucional, Sentencia T – 013, 1995), sirviendo de precedente para que más ciudadanos acudan a este instrumento con el fin de garantizar su derecho a la salud mental, y además, para que dentro de los planes territoriales de salud del año 2005 se contemplara nuevos lineamientos en salud mental, los cuales fueron claves para la expedición de la Ley 1122 de 2007, “que incluyó la intervención de población vulnerable desde el punto de vista psicosocial” (Congreso de la República de Colombia. Ley 1122, 2007).

Por su parte, en el decreto 3039 de 2007 que trajo consigo el Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010, indico que la salud mental era una prioridad que debía tener una atención integral, sin importar el régimen, subsidiado o contributivo, al que perteneciera el paciente (Congreso de la República de Colombia. Decreto 3039, 2007).

A pesar de estas iniciativas normativas, los problemas de atención integral a los pacientes con trastornos y enfermedades mentales continuaron, como también las denuncias ante la Corte Constitucional, lo que llevo a la expedición de la resolución 5521 de 2013, con la que se actualizan los medicamentos incorporando aquellos que se requiere para enfermedades mentales (Ministerio de Salud y Protección Social. Acuerdo 029, 2011).

Aun así, este logro no infirió positivamente en la ciudadanía, quienes continuaban presentando quejas en relación a la atención que recibían los pacientes mentales, situación que conlleva a la expedición de una ley puntual, la Ley 1616 de 2013, cuya denominación es precisamente Ley de la Salud Mental, la cual tiene como objetivo principal “garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental de la población colombiana, declarando que la salud mental es de interés y prioridad nacional, es un derecho fundamental y un tema prioritario de salud pública” (Congreso de la Republica, Ley 1616/2013), para acompañar esta ley, se dispuso en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, el tema de la salud mental como prioridad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

### **2.3 Análisis Jurisprudencial**

En lo que respecta a la posición de la Corte Constitucional sobre el derecho a la salud mental, en el fallo más reciente, esta Corporación resuelve una acción de tutela en favor de un ex policía que siendo paciente diagnosticado como adicto a las sustancias psicoactivas es retirado del servicio de atención en salud, en esta ocasión, la Corte estima que “la adicción a sustancias psicoactivas es una enfermedad mental que afecta el sistema nervioso y limita su la capacidad de autodeterminación de la persona que la padece, poniendo en riesgo su integridad física y psíquica, razón por la cual, requiere de una atención médica integral que garantice su recuperación y reincorporación a la sociedad” (C.C., Sentencia T-452, 18), por lo que no es concebible ni permitido el retiro de este tipo de pacientes en razón al principio de continuidad, el cual rige en cualquier tipo de régimen incluyendo los especiales, de esta manera se garantiza que el paciente tenga la garantía de recibir de forma oportuna y eficiente el tratamiento médico indispensable para proteger su derecho a la vida, integridad física y la dignidad.

La sentencia T-016 de 2017, expone el caso de una madre que interpone acción de tutela en contra del Inpec puesto que su hijo fue retirado de su EPS en calidad de aportante en razón a una pena de detención domiciliaria que fue interpuesta por la comisión de un delito, quien además está diagnosticado con problemas mentales y está en curso en un tratamiento para dicha patología. En esta ocasión la Corte señala que “quien presta un servicio de salud no debe efectuar acto u omisión alguna que pueda comprometer la continuidad y eficiencia del servicio y, en consecuencia, comprometa o pueda llegar a agravar la patología de los beneficiarios” (C.C. T-016/17), de lo que infiere, que la interrupción de un tratamiento médico en este caso mental, no puede ni debe serlo en razón a aspectos administrativos, presupuestales so de organización del Inpec, dicha interrupción es admisible si está basada en razones médicas jurídicas.

En sentencia T – 010 de 2016, la Corte resuelve una acción de tutela en donde el reclamante solicitaba la autorización a su EPS de la internación de su familiar a un centro de salud mental para su posterior tratamiento ya que había sido diagnosticado con problemas mentales que podrían conllevar a que el paciente se auto lastimara o lastimara a su núcleo cercano, en esta ocasión, la Corte señala que el derecho a la salud mental es concebido como fundamental en concordancia con diferentes instrumentos internacionales, los cuales promulgan que su garantía se hace efectiva con la creación de “condiciones propicias para la vinculación de las personas en situación de discapacidad en la sociedad, y para el ejercicio de todos los derechos, en la medida de lo posible, así como la necesidad de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud” (C.C., Sentencia T – 010/16).

Por su parte, en la Sentencia T – 418 de 2015, la Corte estudia una acción de tutela instaurada por víctimas del conflicto armado, las cuales fueron sometidas por el grupo al margen de la ley denominado águilas negras, grupo que cometió un sin número de delitos sobre una de las



víctimas y su hijo, dentro de los cuales se estableció la responsabilidad en actos de esclavitud, tortura y violación, cuyas consecuencias son grandes secuelas tanto físicas como psicológicas que hasta la fecha no han sido remediadas ni reparadas, por lo menos en la atención médica requerida tanto mental como física. Para esta Corporación, “la salud mental es reconocida en la actualidad como una necesidad prioritaria teniendo en cuenta su afectación a gran escala en la población mundial. En este sentido, el derecho fundamental a la salud debe interpretarse en un sentido amplio e integral, en tanto comprende afecciones físicas, psíquicas, emocionales y sociales, pues todos estos aspectos contribuyen a configurar una vida de calidad e inciden fuertemente en el desarrollo integral del ser humano. Por lo anterior, la Corte Constitucional ha señalado que “la salud constitucionalmente no hace referencia únicamente a la integridad física, sino que comprende, necesariamente, todos aquellos componentes propios del bienestar psicológico, mental y psicosomático de la persona” (C.C., Sentencia T – 418,15).

La sentencia T-632 de 2015, la Corte resuelve la acción de tutela interpuesta por la madre de un joven que padece problemas mentales y ha sido diagnosticado médicamente, sumado a que en varias oportunidades el paciente atenta con la vida e integridad de sus familiares como de su propia vida, situación que considera la accionante debe ser tratada en un centro de salud mental cerrado con la finalidad de que le sean protegidos los derechos fundamentales a su hijo y se le proteja su integridad física y mental, a lo que la eps hace caso omiso y no proporciona dicho tratamiento. Al respecto, la Corte es enfática en señalar que “el goce y disfrute de la salud mental, no se encuentra fuera de la órbita de protección constitucional, ni es un derecho de menor jerarquía frente a la salud física, por lo que tienen el mismo grado de protección constitucional y, por consiguiente, la acción de tutela resulta procedente” (C.C., Sentencia T-632, 15).

En la Sentencia T – 454 de 2014, la Corte pasa a resolver una acción de tutela que un tercero en calidad de agente oficioso interpone en contra de una EPS con la finalidad de brindar el tratamiento y la internación a un centro de salud mental a su hijo de 25 años, puesto que, en razón a sus problemas de índole mental, se ha intentado suicidar en varias oportunidades y no cuenta con los recursos para brindar la atención médica necesaria que requiere el paciente, frente a esta situación, la Corte se refirió al respecto señalando que el derecho a la salud mental, “no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (C.C., Sentencia T – 454/14), siendo obligación del Estado velar porque todos los ciudadanos reciban por parte del sistema de salud, una atención integral no solo en cuanto a las patologías de la salud en términos generales, sino de forma puntual de aquellas enfermedades y trastornos de origen mental.

En la sentencia T-024 de 2014, la Corte entra a resolver una tutela interpuesta por el hijo de una paciente adulta mayor con diagnóstico de trastornos mentales que ha atentado en varias oportunidades contra su integridad física, en este caso, el accionante señala que la adulta mayor no cuenta con una red de apoyo y que en razón de esta situación, la paciente nuevamente puede atentar contra su vida de no estar internada en un hogar geriátrico, en donde personal médico y profesional se ocupen de la paciente. Para la Corte, el garantizar el derecho fundamental a la salud psíquica y mental, se deriva del desarrollo de los presupuestos constitucionales que reposan en los artículo 48 y 49 Superior, que le otorgan a este derecho una doble connotación que se guarda su sustento en “lo dispuesto en el contenido inmerso en la Carta Política y, puntualmente, en los artículos 48 y 49, en tanto que, en primer lugar, la catalogan como un derecho constitucional en

cabeza de todas las personas y, en segundo lugar, como un servicio público esencial, el cual debe ser garantizado, organizado, dirigido y reglamentado por el Estado, bajo los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad” (C.C., Sentencia T-024/14).

La sentencia T-886 de 2012 expone el caso en donde la Directora de la Corporación Clínica Trascender en su calidad de agente oficiosa interpone acción de tutela para proteger los derechos fundamentales a dos de sus pacientes a quienes las EPS correspondiente le suspendieron el tratamiento mental domiciliario que se les efectúa en sus instalaciones con la finalidad de mejorar el estado de salud mental de las pacientes, al respecto, la Corte indica que la protección del derecho a la salud mental, se consagra con el cumplimiento de garantías específicas contenidas en la Constitución Política de 1991, tales son por ejemplo, “el artículo 13 de la Carta que impone al Estado el deber de proteger de manera especial a aquellas personas que por sus condiciones económicas, físicas o mentales, se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta y el artículo 47 que exige del Estado el desarrollo de una política de previsión y rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y síquicos” (C.C., Sentencia T – 886/12).

De manera tal, que los pronunciamientos de la Corte Constitucional con respecto al derecho fundamental de la salud, hacen énfasis en que el mismo se garantiza de forma integral, si se busca satisfacerlo no solo en el ámbito físico sino también mental y psíquico, así quedo señalado en la sentencia T-248 de 1998, en donde la accionante reclama atención de tipo psicológico debido a varias situaciones traumáticas que está afrontando y que perjudican su salud mental, pero la misma fue negada por parte de su EPS con la justificación de que el estado mental de la paciente no está en su estado crítico y por ende, no es necesario continuar con el tratamiento. Para la Corte en este caso, señala que los tratamientos mentales son tienen que estar supeditados a un estado crítico de

la enfermedad, su atención debe brindarse desde el primer momento o fase de la enfermedad o patología, de forma puntual señala: “la salud constitucionalmente protegida no es únicamente la física, sino que comprende, necesariamente, todos aquellos componentes propios del bienestar psicológico, mental y sicosomático de la persona” (C.C., Sentencia T – 248/98).

En sentencia T-949 de 2013, la Corte revisa una acción de tutela en donde se reclama la protección de los derechos de un paciente de 59 años de edad con problemas mentales, la accionante, en este caso la madre, indica que su hijo está diagnosticado y que se le recomendó la internación del paciente en centro médico de salud mental para que se le proporcionara de forma óptima un tratamiento para dicha patología, a lo que la EPS responde que la internación será parcial debido a que este tipo de tratamiento ni se encuentra incluido en el POS. Para la Corte es inminente dejar claro que para quienes presentan estas afectaciones en su salud, serán catalogados como sujetos de especial protección debido a “las implicaciones que tienen frente a la posibilidad de tomar decisiones, de interactuar con otros, y en tanto implican serios padecimientos para ellos y sus familias”. Por lo tanto, consideró que “merecen mayor atención por parte de la sociedad en general, especialmente de sus familiares y de los sectores encargados de suministrar atención en salud”. (C.C., Sentencia T – 949/13). Bajo los dos preceptos constitucionales expuestos, es claro determinar que la postura de la Corte está dirigida a la protección integral del derecho a la salud, en donde también se contemplan las enfermedades y trastornos mentales. En esta misma oportunidad, la Corte estipula que la atención médica para quien sufra alguna afectación o enfermedad mental, sin importar el tipo de servicio médico al que se esté afiliado, debe efectuarse bajo tres parámetros, a saber, debe ser acorde a la situación del paciente y su familia, dígase, condición económica, efectiva y la patología que se padezca. De igual manera el tratamiento de la enfermedad mental no puede estar sujeta a un plazo determinado, puesto que esta afectación a la

salud se caracteriza por presentar recaídas, ni mucho menos, puede someterse al paciente al pago de sumas por recibir la atención en salud mental (C.C., Sentencia T – 949/13).

## **2.4 Derecho comparado**

A continuación, se expone la situación del suicidio que se presenta en algunos países y las políticas públicas más relevantes que se han implementado con referencia al tema de la salud mental, esto con la finalidad de identificar en primer lugar, el alcance que tiene esta problemática a nivel mundial y, en segundo lugar, para establecer desde el derecho comparado algunas soluciones que se pueden aplicar en Colombia para minimizar los índices del suicidio en el país.

### **2.4.1 Canadá**

Para empezar, se trae a colación la problemática del suicidio en Canadá, este país registró “más de 3728 suicidios en promedio cada año desde 2009, incluyendo niños de 10 años de edad; en 2010, 502 casos de suicidio se dieron entre la población de 45 a 49 años, mientras que, en 2011, 443 fueron entre canadienses de 50 a 54 años; en el 2011 la cifra cayó a 3728 casos, 29 de los cuales se dieron en niños de entre 10 y 14 años de edad” (Periódico 20 minutos, 2015), cifras que de acuerdo a la OMS ubican a este país en la posición 70 de 170 países respecto al suicidio. En cuanto a las políticas que este país tiene establecidas se resalta la estrategia de salud mental para Canadá que se puso en marcha en mayo del año 2012, cuyo objetivo era contribuir a mejorar la salud mental y el bienestar de todas las personas que viven en Canadá, y crear un sistema de salud mental que realmente satisficiera las necesidades de las personas que viven con problemas de salud mental; de forma puntual, la estrategia canadiense se concentra en seis puntos:

“i) Promover la salud mental a lo largo de la vida en hogares, escuelas y lugares de trabajo, y prevenga las enfermedades mentales y el suicidio siempre que sea posible; ii) Fomentar la recuperación y el bienestar de las personas de todas las

edades que viven con problemas de salud mental y enfermedades, y defender sus derechos; iii) Brindar acceso a la combinación correcta de servicios, tratamientos y apoyos, cuando y donde las personas los necesiten; iv) Reducir las disparidades en los factores de riesgo y el acceso a los servicios de salud mental, y fortalecer la respuesta a las necesidades de diversas comunidades; v) Trabajar con First Nations, Inuit y Métis para abordar las necesidades de salud mental, reconociendo sus distintas circunstancias, derechos y culturas; vi) Movilizar el liderazgo, mejorar el conocimiento y fomentar la colaboración en todos los niveles” (Comisión de Salud Mental de Canadá, 2019).

#### **2.4.2 Uruguay**

Las cifras de suicidio en este país son catalogadas como unas de las más altas en Latinoamérica, tanto así, que en el año 2016 se registraron 709 casos de suicidio, lo que significa una tasa del 20,37 por cada 100.000 habitantes, una cifra que es alarmante puesto que es la más alta desde hace 15 años, pero las autoridades explican que anteriormente esta cifra se debía a la crisis económica que el país enfrentó en ese entonces, en la actualidad otras problemáticas desencadenan el suicidio como por ejemplo el consumo de drogas y problemas de salud mental; para contrarrestar esta problemática, el gobierno uruguayo tiene establecido el denominado “Día Nacional de Prevención del Suicidio”, en el que las autoridades buscan a través de la difusión de información prevenir este flagelo, para ello, ha establecido una línea nacional –0800- con atención las 24 horas los siete días de la semana en la que se brinda ayuda y apoyo terapéutico , además, el país cuenta con “un protocolo de atención ante intentos de autoeliminación y de suicidio que pretende dar respuesta en un tiempo adecuado, brindando contención desde un abordaje integral. Además, desde hace años es una de las situaciones contempladas dentro del plan de prestaciones

de salud mental brindada por cada prestador de salud, y es uno de los 15 Objetivos Nacionales Sanitarios 2020”, (Lustemberg, 2018), así mismo, el país uruguayo pretende actualizar la ley de Salud Mental en el que se consolidara la consulta con especialista mental como derecho humano, que, además, obliga a toda entidad o institución prestadora de salud, a realizar un seguimiento a quienes se hayan reportado con intentos de suicidio (OPS Uruguay, 2019).

### **2.4.3 Argentina**

En Argentina la situación del suicidio es alarmante, para el año 2017, se registraron 3.222 casos de suicidio, cifra que supera la tasa de homicidios que oscilo en 2.279 víctimas, siendo los hombres quienes encabezan la lista con un 80% en comparación con las mujeres con un 20%, como cifra alarmante, los jóvenes representan el 27% de suicidios en el país, porcentaje que en los últimos 15 años no se había presentado y en donde las víctimas oscilan en edades entre los 15 y 24 años, siendo la segunda causa de muerte en este rango de edad. Como políticas públicas para minimizar el suicidio en este país, se sancionó y promulgó en el 2015 la Ley 27.130, de Prevención del Suicidio, dicha Ley está dirigida a tratar de forma directa el problema del suicidio, cuyo objetivo es brindar “atención biopsicosocial, la investigación científica y epidemiológica, la capacitación profesional en la detección y atención de las personas en riesgo de suicidio y la asistencia a las familias de víctimas del suicidio” (Senado y Cámara de Diputados, Ley 27.130, 2015).

La problemática del suicidio ha sido abordada por doctrinantes e instituciones estatales, este es el caso del Ministerio de la Nación (2012), el cual a través del informe titulado “Acerca de la problemática del suicidio de adolescentes y jóvenes”, aborda la problemática del suicidio que se presenta en adolescentes y jóvenes argentinos, pero desde el ámbito de la educación, que es donde el Estado a través del Ministerio de Educación, proyecta y ejecuta políticas públicas

destinadas a la comprensión integral de esta problemática, de tal manera, que el manejo que le puedan proporcionar permita minimizar este flagelo. El escrito no está dirigido a la construcción de procedimientos que deban atacar las instituciones educativas, por el contrario, el trabajo que se realiza está enfocado en contextualizar los problemas secundarios que conllevan al suicidio, lo que permite la construcción de nuevos saberes en las que son participes los estudiantes, padres de familia, profesores y la comunidad educativa como tal, esta investigación considera que debe existir una relación sólida para contrarrestar el suicidio, entre la educación y la salud.

Por su parte, la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, (2017), explica a través del informe “Aportes para trabajar la problemática del suicidio e intentos de suicidio, que el suicidio invoca la necesidad de implementar políticas públicas en el área de la educación, esta iniciativa se llevó a cabo desde la Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires y está dirigido a los actores institucionales del Nivel Secundario, del que hace parte los Inspectores de Enseñanza del Nivel, de la Dirección de Psicología Comunitaria y Pedagogía Social y a los docentes. Dichas políticas solo se propusieron aplicar en el nivel secundario tanto en las instituciones del sector público como privado, la importancia de esta investigación es que a partir de su puesta en marcha se suministró a las instituciones educativas una herramienta de orientación para todo el sector educativo que consistió en una serie de lecturas de carácter situacional y de contexto por medio de las cuales se instruye sobre la forma y el procedimiento a seguir en caso de presentarse una situación de suicidio o intento de suicidio.

#### **2.4.4 México**

En este país, el suicidio también es una alarma a nivel nacional, especialmente en los jóvenes con edades entre los 15 y 29 años, quienes muestran un aumento en comparación a la demás población, catalogando este tipo de muerte como la segunda después de los accidentes de



tránsito, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, en el 2016 se registraron 6.285 suicidios, es decir, 5,2 por cada 100.000 habitantes, un aumento significativo en comparación con el 2015 en donde se registró 2.599 casos (Mendoza, 2017); en lo que respecta a las políticas públicas, este país no cuenta con medidas puntuales con respecto a la prevención, tratamiento y pos tratamiento de pacientes con intentos de suicidio, en lo que respecta a las políticas en salud mental, la situación es deprimente, no se cuenta con profesionales en el área de psiquiatría y psicología, el presupuesto nacional es mínimo y se invierte en el pago de nóminas y mantenimiento de los centros de atención médica, es decir, no se destinan recursos para la prevención, y tratamiento del suicidio, además, “seis de cada diez psiquiatras se concentran en las tres ciudades más pobladas del país, el costo de una consulta psiquiátrica privada en México oscila entre los 500 y los 1.500 pesos, inaccesible para un país con más de 53 millones de pobres y más de 27 millones de trabajadores que ganan dos salarios mínimos al mes, los medicamentos son muy costosos sumado a los malos diagnósticos” (Diario El País, 2018).

Como se puede observar, efectivamente la problemática del suicidio se presenta en la mayoría de países del mundo, el suicidio se ha convertido en una de las causas más frecuentes de muertes violentas en la mayoría de países, el índice de este flagelo en la población joven tiende a aumentar y las medidas que se toman pueden llegar a no ser eficaces, se puede inferir que en el caso colombiano es necesario acogerse a las medidas tomadas en Canadá, la estrategia de este país ha sido catalogada a nivel mundial como una de las mejores para poner freno al suicidio, se considera que aborda las relaciones más comunes de todo ser humano, la familia, la educación y el trabajo, de igual manera, es interesante como Argentina optó por expedir una ley directamente que aborda el suicidio, a pesar de que esta problemática hace parte del ámbito de la salud mental,

el gobierno argentino la desliga normativamente y se concentra en legislar esta problemática de forma independiente, lo que significa una mayor atención, recursos, compromiso institucional.

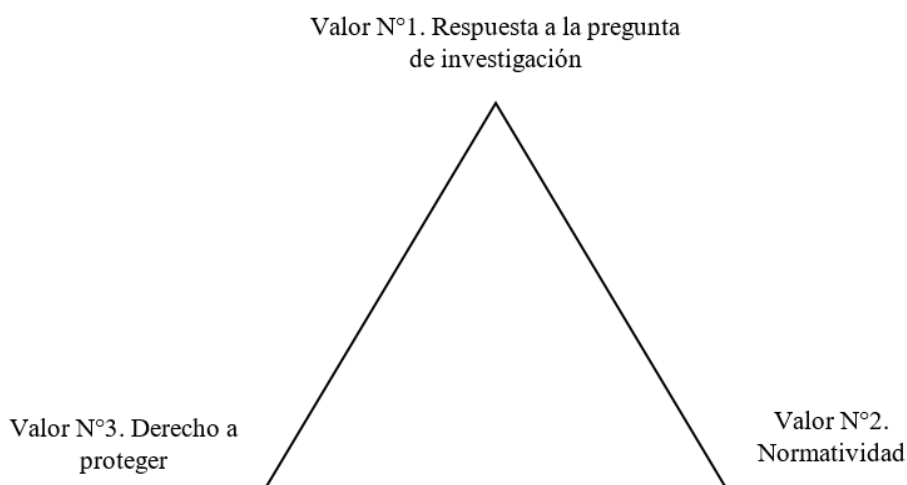
En el caso colombiano, se considera que las políticas que se proponen en esta investigación, podrían enfrentar varios problemas, el más significativo es el deficiente sistema de salud que tiene el país, en términos generales los pacientes no cuentan con un sistema humano, que dé un trato al paciente quien efectivamente es el que requiere un servicio de calidad, es evidente que la forma en cómo opera el servicio de salud en términos generales es deprimente, por consiguiente, no se puede esperar que la atención en salud mental sea mejor. En razón a lo anterior, es inminente proyectar reformas, tanto de perspectiva, como legislativas, de procedimientos, autoridades e instituciones, la salud de forma global requiere de presupuesto, profesionales, instituciones acordes, instrumentos, equipos, entre mucha otra inversión, pero si el sistema como tal no es el acorde a las necesidades de la población, cualquier medida o política pública será ineficiente.

### CAPITULO III. POLÍTICA PUBLICA PARA EL SUICIDIO

Con el desarrollo hasta aquí planteado, es evidente que el suicidio es una problemática de gran impacto negativo para Colombia, situación que conlleva a que los investigadores analicen desde el ámbito del derecho, posibles soluciones en pro de mitigar dicha problemática y contrarrestar las causas que lo originan, bajo este orden de ideas, en este capítulo de proceder a explicar los tres valores que este trabajo investigativo forjó como eje del estudio, que, a su vez, permitieron dar respuesta a la pregunta planteada y alcanzar los objetivos propuestos.

En el presente acápite se prosigue a dar desarrollo de los tres valores que son el eje de la investigación, en primer lugar, el Valor N°1, consiste en dar respuesta a la pregunta de investigación que corresponde a ¿Qué políticas públicas puede implementar el Ministerio de Salud y de Protección Social en conjunto con el Ministerio de Educación para disminuir los índices de suicidio en Colombia?; el Valor N°2, consiste en analizar la normatividad vigente y más relevante que aborda la problemática del suicidio; por su parte, en el Valor N°3 se explicara el principio o regla que resalta en esta investigación que de acuerdo a lo desarrollado es el Derecho a la Salud.

**Ilustración 19.** Triangulación Metodológica



**Fuente.** Creación propia

### 3.1 Desarrollo de los valores metodológicos

- **Valor N°1. Respuesta a la pregunta de investigación**

Partiendo del interrogante planteado ¿Qué políticas públicas puede implementar el Ministerio de Salud y de Protección Social en conjunto con el Ministerio de Educación para disminuir los índices de suicidio en Colombia?, se acude a las medidas que internacionalmente se han planteado al respecto, por ello, se trae a colación lo expuesto por la OMS quien hace 40 años recomendó a todos los países realizar estrategias institucionales para la prevención del suicidio, en razón de lo mismo, expide una cartilla en donde incorpora este flagelo en el ámbito de la salud publica siendo necesario la implementación de centros de prevención del suicidio (Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio, 1969), desde entonces, los países que hacían parte de la OMS en Europa incluyeron como política sanitaria mitigar el suicidio (Feltz, Sarchiapone, Postuvan, 2011).

Posterior a la iniciativa mencionada, en 1999 se lanzó un llamado a todos los países del mundo denominado “SUPRE – Suicide prevention” (Organización Mundial de la Salud, s.f.), cuya finalidad consistía en reducir las cifras de muertes a causa del suicidio a través de escritos dirigidos a profesionales y diferentes grupos que tienen injerencia en la prevención de este flagelo, dentro de las personas a las que iba dirigido dichos escritos se resalta al profesional médico, de medios de comunicación, docentes, orientadores psicopedagógicos, funcionarios de prisiones, personal de trabajo, bomberos, policías, socorristas (Organización mundial de la Salud, 2009).

Así mismo, en Europa se llevó a cabo en el 2009 una reunión de la OMS para tratar el tema de estrategias en pro de minimizar el suicidio, de donde surgieron varias recomendaciones entre ellas se resaltan las siguientes (Suicide prevention, 2005).

“La prevención de la conducta suicida necesita un enfoque global y debe ser responsabilidad de los gobiernos; Son necesarios programas de prevención del suicidio que incluyan intervenciones específicas para los diferentes grupos de riesgo, contando para ello con los diferentes sectores implicados; Los profesionales sanitarios, especialmente los que trabajan en servicios de urgencias, deben estar capacitados para identificar el riesgo de suicidio y para colaborar con los servicios de salud mental; La formación de los profesionales y la educación de la población general debe centrarse en los factores de riesgo y protección; Es necesario fomentar la investigación y la evaluación de los programas de prevención del suicidio; Los medios de comunicación deben participar y seguir las directrices propuestas por la OMS” (Suicide prevention, 2005).

De forma puntual, países como “EE.UU., Dinamarca, Nueva Zelanda, Inglaterra, Irlanda, Escocia, Alemania, Finlandia y Noruega” (Nordentoft, 2007) implementaron estrategias con “un enfoque global y nacional para reducir la conducta suicida, mediante respuestas coordinadas y culturales en múltiples sectores públicos o privados de la sociedad” (Nordentoft, 2007).

Algunos teóricos también han hecho parte de la construcción de estrategias dirigidas a la problemática del suicidio, este es el caso de Mann (2005) quien propuso un modelo para prevenir el suicidio directamente en pacientes a los que se les había dictaminado con enfermedades mentales o patologías similares, este modelo consistía en la “formación de los profesionales de atención primaria, concienciación sobre el suicidio, detección de personas de alto riesgo, tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, seguimiento preventivo de los intentos de suicidio, restricción

del acceso a medios letales e implicación de los medios de comunicación” (Mann; Apter; Bertolote; Beautrais, 2005).

Posturas como la expuesta por los autores citados en conjunto con las disposiciones de la OMS, han establecido de forma general algunos elementos que contribuyen a la minimización de la problemática del suicidio a través de la prevención, dentro de las recomendaciones se resaltan las siguientes:

**Tabla 1.** Recomendaciones desde la prevención para mitigar el suicidio

<b>RECOMENDACIONES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Reducir la disponibilidad y el acceso a los medios letales, como sustancias tóxicas, armas de fuego, etc</li> <li>● Mejorar los servicios sanitarios y su accesibilidad, así como promover las funciones de apoyo y rehabilitación</li> <li>● Mejorar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la depresión y otros trastornos mentales</li> <li>● Desarrollar intervenciones comunitarias en jóvenes, mayores y minorías étnicas</li> <li>● Aumentar la concienciación de los profesionales de salud, mejorar sus actitudes y reducir los tabúes existentes hacia el suicidio y el trastorno mental</li> <li>● Mejorar la formación sobre prevención del suicidio en los médicos de atención primaria</li> <li>● Promover la intervención y formación de los profesionales en los centros educativos</li> <li>● Aumentar el conocimiento de la población general sobre los trastornos mentales y su reconocimiento en una etapa temprana, y reducir el estigma asociado al suicidio</li> <li>● Mejorar la formación sobre prevención del suicidio en los médicos de atención primaria</li> <li>● Promover la intervención y formación de los profesionales en los centros educativos</li> <li>● Aumentar el conocimiento de la población general sobre los trastornos mentales y su reconocimiento en una etapa temprana, y reducir el estigma asociado al suicidio</li> <li>● Implicar a los medios de comunicación y fomentar el tratamiento responsable de las noticias relacionadas con la conducta suicida</li> <li>● Promover la investigación sobre la prevención del suicidio y la recogida de datos sobre las causas del suicidio (Yip, 2011).</li> </ul>

**Fuente.** Yip. (2011) Towards evidence-based suicide prevention programs. Crisis.

Algunos países de forma conjunta han desarrollado dentro de sus territorios estrategias dirigidas a contrarrestar los índices de suicidio, uno de ellos es el programa realizado en Europa denominado - Nuremberg Alliance Against Depression (NAAD)-, el cual consistió principalmente

en brindar formación y capacitación en el tema del suicidio a “médicos de atención primaria, campañas de información en medios de comunicación, cooperación con figuras clave o gatekeeper e intervención en grupos de riesgo. Los resultados mostraron la efectividad del programa, con una disminución significativa tanto de intentos como de suicidios consumados (reducción del 21,7% al finalizar la intervención y del 32% un año más tarde) en comparación con los datos de referencia de Nuremberg y otra región alemana con la que se comparó” (Hegerl; Mergl; Havers; Schmidtke, 2010).

Gracias al éxito de este programa, el mismo se ha aplicado en otros países europeos que enfatizan en el compromiso que tiene Europa en la lucha contra la depresión y las enfermedades mentales causantes entre otros, del suicidio, es así, que instrumentos como el “Pacto Europeo para la Salud Mental y Bienestar” (World Health Organization, 2008), tiene como objetivo principal enfatizar en los puntos sobre los que trabaja el programa NAAD que se expusieron anteriormente.

De igual manera, algunos de los programas desarrollados en Europa involucran a los agentes directos que tienen contacto con el suicidio, dentro de los cuales se trae a colación los siguientes:

“Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio: reúne a profesionales y voluntarios de más de 50 países, dedicándose a la prevención de la conducta suicida y a proporcionar un foro de debate para todos los grupos; – Centros de prevención del suicidio: existen varios en toda Europa que proporcionan apoyo e intervención temprana, líneas telefónicas de apoyo, capacitación de los trabajadores de urgencias y atención primaria, apoyo a los supervivientes y campañas de sensibilización sobre el suicidio en población general (World Health Organization, 2005).

De forma puntual en España, se desarrolla un programa denominado “Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013-”, el cual tiene como objetivo general: prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población general” (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011), para ello, desarrolla algunas actividades de prevención que se representa en talleres y entrenamientos que capacitan respecto al suicidio y sus factores desencadenantes a varios sectores, a saber, en “los centros docentes, Instituciones penitenciarias, Residencias geriátricas” (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

- **Valor N°2. Crítica a la normatividad**

Como se pudo constatar en el transcurso de la investigación, el Estado a partir del año 2002 observo que el flagelo del suicidio podría llegar a convertirse en una problemática de salud pública, situación que efectivamente sucedió años más tarde, por lo que a través de iniciativas legislativas, el Estado ha pretendido dar solución a esta problemática, pero evidentemente por el aumento de los registros de suicidios en el país, se puede afirmar que hasta la fecha, la norma no ha tenido el impacto que se esperaba ni ha cumplido con la finalidad del legislador, que no es otra que minimizar o mitigar las conductas suicidas a través de la garantía y eficacia del derecho fundamental de la salud mental.

Al respecto, casi después de seis años de expedida la Ley 1616 de 2013 – Ley de la salud mental-, esta norma se enfocó en el derecho a la salud de forma integral, es decir, incluyendo las afectaciones y enfermedades de toda índole, lo que incluye el estado mental, pero, aun así, la problemática no ha mejorado, por lo menos, sustancialmente, lo que significa que la realidad no guarda relación con la norma y viceversa, es decir, la norma en el papel está bien diseñada pero no cuenta con la fuerza para transformar el sistema general de salud que por conocimiento público, se encuentra en crisis y cada día es más precario, situación que se corrobora con las masivas tutelas



que se interponen a diario para hacer efectivos los servicios del sistema de salud (Novoa y Gómez, 2012).

Lo mismo ocurre con la resolución 5521 de 2013, que tiene una relevancia jurídica importante, ya que dispone los mismos derechos tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado, pero en el tema de salud mental no es relevante, puesto que sus disposiciones no prestan solución alguna a los pacientes con enfermedades mentales, es más, se puede inferir que en algunos aspectos reduce las posibilidades de beneficios médicos a los pacientes con enfermedades mentales (González; Peñaloza; Matallana; Gómez, 2016).

En términos generales, el sistema de salud colombiano es precario en todos sus ámbitos, aún lo es más, tratándose de la salud mental, especialmente en lo que respecta a la prevención y promoción (Posada, 2013), donde el impacto en la sociedad es mínimo debido a que las campañas y medidas que informan, capacitan o transmiten el derecho a la salud mental, son muy generales, no se realizan teniendo en cuenta las necesidades y las problemáticas actuales como por ejemplo el suicidio, sumado a que las instituciones no actúan de forma conjunta sino de manera desarticulada, aspectos que no permiten que la sociedad realmente se informe, aprenda, se capacite y sea participe de estas políticas (Novoa y Gómez, 2012).

Otro aspecto deficiente a señalar, es que, si bien se realizó la actualización de medicamentos en el POS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013), dentro de los cuales se incluyeron aquellos para tratar enfermedades mentales, el procedimiento para autorizarlos es engorroso, situación similar ocurre con los medicamentos incluidos, los cuales son pocos, es decir, no abarcan todas las patologías mentales, y algunos otros, ni siquiera cuentan con el registro INVIMA (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Sumado a lo anterior, de por si el sistema a la salud ya presenta problemas de accesibilidad, situación que es aún más compleja en lo que respecta a la salud mental, esto por varios factores como la falta de profesionales en estas áreas o su concentración en las principales ciudades (González; Peñaloza; Matallana; Gómez, 2016), como también, por la dificultad de realizar terapias sobre temáticas específicas, puesto que los profesionales especializados tienden a no ser contratados por las instituciones de salud, lo que conlleva a que no se hagan efectivos los grupos de apoyo, las terapias de readaptación, las campañas de prevención, etc. (González; Peñaloza; Matallana; Gómez, 2016).

- **Valor N° 3. Derecho a proteger**

Al iniciar esta investigación se deduce que el derecho a proteger es el derecho a la salud, el cual es un precepto que contribuye a hacer efectiva la postura constitucional “Estado Social de Derecho”, “donde priman los Derechos Humanos y una visión antropocéntrica del ser con garantías de libertad e igualdad” (Serrano, 2015), que en últimas invoca la garantía y protección de los derechos fundamentales de todos los asociados, incluyendo los derechos políticos, sociales, culturales y económicos, pues bien, bajo esta perspectiva, el derecho a la salud debe ser interpretado como la forma en cómo se garantiza la dignidad humana de toda persona, así también está concebida en varios instrumentos internacionales como lo es el Pacto Internacional de Naciones Unidas y el Protocolo de San Salvador, ambo ratificados por Colombia, lo que significa que hacen parte del Bloque de Constitucionalidad y su aplicación es de obligatorio cumplimiento, siendo el artículo 12 del Pacto en mención, en conjunto con la Constitución Política de 1991, los que invocan y reconocen el derecho a todos los ciudadanos a gozar de un excelente nivel de salud física y mental, dicha promulgación ha sido apoyada y analizada tanto por la doctrina internacional y nacional, como también, por la jurisprudencia, los cuales han determinado que en cabeza del

Estado se encuentra la obligación de “garantizar, respetar, proteger y realizar dicho derecho diseñando para tales efectos políticas públicas que contengan los elementos mínimos que establecen dichas normas” (Procuraduría General de la Nación, 2008).

La protección de este derecho no solo radica en el Estado, la familia y la sociedad juegan un papel muy importante en su garantía y protección, así también lo contempla la Corte Constitucional quien al respecto palabras textuales ha indicado que:

“La responsabilidad de proteger y garantizar la salud, (incluyendo la esfera mental), recae principalmente en la familia y en la sociedad, bajo la permanente asistencia del Estado, a través de sus adscripciones de competencia en lo central, territorial y descentralizado por servicios y con las obligaciones a cargo de las empresas prestadoras de salud, en todo lo que conduzca a proteger, para el caso, los derechos fundamentales del individuo afectado psíquicamente” (Corte Constitucional, Sentencia T-422/17).

Por su parte, el Consejo de Estado estima que las autoridades, instituciones y órganos estatales tienen la obligación de proteger la vida de las personas, el mismo quedo en un segundo plano en el momento en que es la misma persona quien decide lastimarse o atentar contra su vida, el legislador y el constituyente dan esa libertad a sus asociados, sin embargo, dicha libertad también se limita cuando se evidencia falta en la capacidad de autodeterminación, este es el caso de los enfermos mentales, menores de edad o adultos mayores, quienes por su condición especial requieren una protección y atención de esa misma índole debido a que sufren de una incapacidad síquica o inmadurez, que los lleva a ser más frágiles, indefensos y sin autonomía en comparación al resto de los ciudadanos, de lo que concluye esta Corporación, que el Estado debe brindar una

mayor protección, sin importar que para ello tenga que emplear medios coercitivos para impedir que se atente contra su propia vida (Consejo de Estado, Sentencia del 12 de diciembre/2017).

## **4. PROPUESTA**

En vista de lo expuesto y analizado, se procede a exponer la siguiente propuesta para mitigar la problemática del suicidio en Colombia, teniendo en cuenta las medidas expuestas en el análisis del primer valor de este acápite.

### **4.1 Política Pública para Disminuir el Suicidio**

Se propone en esta investigación proyectar, implementar y ejecutar una política pública respecto al flagelo del suicidio, dicha política consideramos que con lo que se quiere proyectar podría titularse “Todos unidos por el mejoramiento de la salud mental”.

Con base en este posible título, se plantea llevar a cabo varias acciones que, de conformidad a las medidas explicadas en el primer valor, deben estar dirigidas a cuatro frentes de participación, es decir, al personal médico de la atención primaria, al personal educativo, al personal laboral y los medios de comunicación.

### **“TODOS UNIDOS POR EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD MENTAL EN COLOMBIA”**

#### **4.1.1 Primer Frente de participación**

Está dirigido al personal médico de atención primaria, quienes en primera medida tienen el contacto con las víctimas de conductas suicidas que no se logran culminar y quedan registradas como lesiones:

- Capacitación sobre el suicidio: Clases, concepto, consecuencias, métodos, elementos, ámbito de acción, exámenes, análisis del paciente, autoridades a las que se debe acudir, profesionales de la salud involucrados, instituciones u organismos a los que se debe hacer partícipes.

- Ambientación adecuada de las instalaciones y consultorios para pacientes con conductas suicidas: Retiro de elementos punzantes, cortantes, contundentes, etc.
- Diseño de un cuestionario realizado por psicólogos y/o psiquiatras que faciliten identificar posibles conductas suicidas

#### **4.1.2 Segundo Frente de participación**

Está dirigido al personal educativo quienes tienen contacto continuo y frecuentes con los estudiantes y pueden percibir algún tipo de factor desencadenante como también conductas suicidas. Se considera que este frente debe estar presente en todas las instituciones educativas de educación básica como profesional, así mismo, las medidas para este frente deben ser acogidas por todas las instituciones educativas del país, tanto del sector privado como público, teniendo en cuenta que el rango de edad con mayor presencia de suicidio es en los jóvenes de 20 a 29 años con una participación significativa de NNyA.

- Capacitación al personal docente sobre el suicidio: Clases, concepto, consecuencias, métodos, elementos, ámbito de acción, exámenes, autoridades a las que se debe acudir, profesionales de la salud involucrados, instituciones u organismos a los que se debe hacer partícipes.
- Capacitación a los estudiantes sobre el suicidio: Exposición de centro de ayuda, síntomas depresivos, forma de pedir ayuda, etc.
- Ambientación adecuada de las instalaciones educativas: Retiro de elementos punzantes, cortantes, contundentes, etc.
- Diseño de un cuestionario realizado por psicólogos y/o psiquiatras que faciliten identificar por parte de la comunidad educativa de las posibles conductas suicidas.

### **4.1.3 Tercer Frente de participación**

Está dirigido al personal laboral, haciendo referencia al ámbito de trabajo de las personas, teniendo en cuenta que el rango de edad de entre 20 y 29 años y de 30 a 39 años presentan un alto índice, edades que se consideran son de auge laboral.

- Capacitación al personal sobre el suicidio: Clases, concepto, consecuencias, métodos, elementos, ámbito de acción, exámenes, autoridades a las que se debe acudir, profesionales de la salud involucrados, instituciones u organismos a los que se debe hacer partícipes.
- Diseño de un cuestionario realizado por psicólogos y/o psiquiatras destinado a recursos humanos que faciliten identificar conductas suicidas en sus trabajadores

### **4.1.4 Cuarto Frente de participación**

Está dirigido a los medios de comunicación, los cuales en el país suelen tener injerencia en los ciudadanos, se trata de realizar bajo las recomendaciones de expertos y profesionales en el tema del suicidio, campañas radiales, televisivas y en redes sociales, sobre información relevante como por ejemplo, las señales del suicidio, causas, consecuencias, factores desencadenantes, centro de ayuda, instituciones y organismos de ayuda, un número de asistencia las 24 horas del día y los 7 días de la semana, atendido por personal capacitado en el tema del suicidio.

## CONCLUSIONES

El suicidio es una problemática que no conoce edad, estrato, condición política, económica y social, el flagelo del suicidio está catalogado por la OMS como una de las causas más frecuentes de muertes a nivel mundial, en Colombia los índices por este suceso aumentan día a día, los factores que ocasionan este tipo de actos se derivan de varias circunstancias que pueden ser tratadas previamente desde el ámbito del sistema de salud, pero este al parecer no cuenta con la capacidad técnica y profesional para abordar esta problemática y darle el tratamiento respectivo, teniendo en cuenta que esta problemática no puede seguir siendo tratada como la consecuencia de decisiones particulares, por el contrario, debe ser vista institucionalmente como una problemática de salud pública, en la que precisamente la salud mental está siendo afectada.

La investigación trae a colación el análisis de la Ley 1616 de 2013 que aborda de forma puntual el tema de la salud mental, como también, las medidas que se han empujado en otros países para hacer frente al suicidio, este estudio tenía como finalidad evidenciar la realidad de una problemática que día a día aumenta más y que ha sido atendida por otras legislaciones teniendo resultados positivos que se pueden aplicar en el país.

La iniciativa legislativa de fijar una Ley que abordara el tema de la salud mental si bien es relevante, la misma debe ser complementada con políticas públicas destinadas a dar tratamiento a conductas suicidas desde la prevención hasta la rehabilitación, en donde a través de 4 frentes de participación, se logre detectar a un posible suicida desde la familia, el trabajo, el centro educativo o médico, de manera tal, que más colombianos conozcan sobre esta problemática no solo desde las cifras sino también desde su detección y tratamiento.

Esta investigación permitió evidenciar varios aspectos importantes que de acuerdo a los objetivos permiten concluir:



- En lo que respecta al objetivo N° 1 - Indagar en que consiste la problemática del suicidio:
  - El suicidio siempre ha estado presente en la humanidad, se puede inferir que, de acuerdo a los antecedentes, este flagelo convive con el ser humano desde su creación.
  - El suicidio conlleva actitudes y aptitudes como: el desapego hacia los demás; considerarse una carga o no sentirse útil; desarrollar una capacidad adquirida, en donde la persona empieza a ser tolerante al dolor auto infringido.
  - El suicidio requiere de la intervención oportuna por parte de especialistas, con esta intervención se puede generar un cambio en las distorsiones cognitivas que presenta una persona, minimizando un comportamiento suicida.
  - El suicidio es un conjunto de sensaciones y sentimientos que al no ser tratados y percibidos a tiempo logran su cometido que no es más que la muerte.
  - El suicidio debe ser comprendido como una problemática de salud, las personas que optan por el suicidio requieren un servicio y una atención apta para dar tratamiento a su patología.
  - El suicidio es una problemática que no se efectúa de forma inmediata, es decir, deja señales determinadas que de ser percibidas y tratadas a tiempo pueden llegar a mitigar el suicidio.
  - En Colombia el derecho a la salud está consagrado en la Constitución Política, artículo que vincula a la salud mental, además, el constituyente estipula que la seguridad social es un servicio público a cargo del Estado, en el que se debe impartir el servicio de salud bajo los principios de universalidad, igualdad, eficacia, eficiencia, etc.

- En vista de que las enfermedades de índole mental han ido tomando fuerza en el país, el legislador expide la Ley 1616 de 2013, “Ley de la salud mental”, cuya finalidad es establecer los parámetros y lineamientos con respecto a la atención, prevención y tratamiento de las enfermedades mentales.
- En lo que respecta al objetivo N° 2 - Analizar la situación actual del suicidio en Colombia
  - El suicidio a nivel mundial ha sido catalogado por la OMS como una problemática de salud pública, en donde por cada persona que se suicida hay 20 personas más intentando un suicidio.
  - Según la OMS, los suicidas han realizado por lo menos un intento de suicidio antes de consumarlo definitivamente.
  - De acuerdo con la OMS, América Latina presenta tasas inferiores de suicidio en comparación con las demás regiones del mundo.
  - En lo que respecta a Colombia, el suicidio a partir del año 2002 reporto cifras alarmantes, 2045 casos, situación que llevo al gobierno a medir esta problemática en los años siguientes.
  - El índice de suicidio se mantuvo estable con tendencia a bajar, hasta el año 2011 en donde las cifras vuelven a presentar un aumento significativo con 1.889 casos, siendo los hombres quienes encabezan la lista de suicidio y las edades más propensas las que oscilan entre 20 a 29 años.
    - ✓ Los métodos de mayor uso para llevar a cabo el suicidio en el 2011, en hombres fue el ahorcamiento seguido de las armas de fuego, mientras que para el caso de las mujeres fue el envenenamiento o la intoxicación.

- Entre los años 2006 y 2015 se ha registrado un aumento de lesiones suicidas que terminan en muerte, catalogando al suicidio en el cuarto lugar de muertes violentas registradas en el país con un índice del 5,22 por cada 100.000 habitantes.
- El departamento de Arauca en el año 2014 fue el que más registro muertes a casusa del suicidio.
- Entre los años 2012 y 2015, se presentó un aumento de 167 casos de suicidio, continuando con la tendencia de que los hombres son los que más se suicidan; en lo que respecta a la edad, las personas entre 20 a 29 años son las principales víctimas seguidas, de aquellas con edades entre los 30 y 39 años. En cuanto a la formación académica, la mayoría de personas que se suicidan, presenta un nivel de estudio de preescolar y básica secundaria.
- Para el año 2018, los índices de suicidio en el país aumentaron en comparación con 2017, continuando con la tendencia de edad de 20 a 29 años la que más se registra, pero con un aumento alarmante en las edades entre 10 y 19 años. En cuanto a las capitales en donde más se reportan suicidios, Bogotá encabeza la lista seguida de Medellín, Cali y Barranquilla.
- En lo que va corrido del año 2019, la situación no parece disminuir y ya se presenta un aumento de 33 suicidios, siendo alarmante el incremento de esta conducta en las mujeres, ya que en el 2018 para este primer trimestre se registró 94 casos, en el 2019 van 132.
  - ✓ Un aspecto relevante es el índice de edad, si bien los suicidios se presentaron en mayor número en edades entre los 20 y 29, en esta ocasión

lo siguen las personas con edades entre los 10 y 19 años, quedando en tercer lugar, el rango entre 30 y 39 años.

- ✓ Las ciudades en donde se registra un mayor número de suicidios es Bogotá, Medellín, Cali e Ibagué.

Como se puede observar, en este segundo capítulo se logró examinar el comportamiento de la problemática del suicidio en el país, quedando demostrado que este flagelo ha tomado fuerza debido en gran parte a la falta de políticas públicas directas que mitiguen estos eventos, la falta de compromiso estatal conlleva a que el suicidio en Colombia no tienda a bajar, por el contrario, las cifras aumentan, pero las medidas y el compromiso institucional continúa siendo masivo ante la problemática.

- En lo que respecta al objetivo N° 3 - Examinar si desde la perspectiva de la Ley 1616 de 2013 se puede ejecutar una política pública con respecto al suicidio.
  - Es inminente señalar que Colombia tuvo un gran avance normativo al disponer de una Ley para dar tratamiento a la problemática de la salud mental en el país, pero de acuerdo a las cifras que se registran con respecto al suicidio, esta norma al parecer resulta ser muy interesante en cuanto a su teoría, pero lamentablemente en la práctica no ha arrojado los resultados que se necesitan para frenar flagelos tan deprimentes como lo es el suicidio.
  - La Ley 1616 de 2013 es una importante iniciativa normativa, pero la misma no tiene ni tendrá efecto en la problemática del suicidio, sino se implementan las políticas públicas y las medidas pertinentes y necesarias para hacerle frente al suicidio, es necesario que el Estado colombiano tenga un compromiso que vaya más allá de la expedición de normas, se necesita que se otorguen las garantías para

que el sistema a la salud en términos generales sea el que requiere la ciudadanía para hacer frente a las nuevas patologías que presenta la sociedad, que como se pudo observar afecta a población a nivel mundial.

- Es necesario que en el marco de una nueva regulación jurídica se estipule de forma puntual la responsabilidad de las instituciones y entidades estatales con respecto a problemáticas como el suicidio, así mismo, se debe disponer que al ser el suicidio un flagelo que afecta a toda la sociedad, el sector privado, las familias, las instituciones y demás sectores, deben ser partícipes de los procesos, medidas y políticas en pro de minimizar el suicidio.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alighieri, Dante. (2015). *Divina comedia*. Ediciones Rialp
- Alcántar Escalera, María Isabel. (2012). *Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar*. Universidad Nacional Autónoma de México
- Ansean A. *Suicidios. Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida*. Fundación Salud Mental España segunda edición. Madrid
- Ardón y Cubillos. (2012). La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana - 1960 - 2012. *Revista Gerencia Políticas Salud*.
- Arcos Rodríguez, Ágora. (2016). *Proyecto de investigación sobre el suicidio*. Universidad de La Laguna
- Arias, Fidas. (2012). *El proyecto de investigación*. Editorial Episteme
- Aristóteles. *Ética Nicomaquea*. Gredos. Madrid
- Barraclough B. (1997). *Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis*. Br. J. Psychiatry
- Bedout. (2011). *Panorama actual del suicidio: Análisis psicológico y psicoanalítico*. Universidad de San Buenaventura
- Bertolote, J. M. y Fleischmann, A. (2002). *Global perspective in the epidemiology of suicide*. Suicidology
- Biddle, Donovan, Owen-Smith, Potokar, Longson. (2010). *Factors influencing the decision to use hanging as a method of suicide: Qualitative study*. Br J Psychiatry
- Bondy, Peter. (2009). *Neurobiology of suicide*. Molecular biology of neuropsychiatric disorders. Berlin: Springer.

- Burton R. *Anatomía de la melancolía*. Revista de la Asociación Española de Psiquiatría, Madrid
- Burckhardt J. (1982). *Del paganismo al cristianismo: la época de Constantino el Grande*. Fondo de cultura económica, México
- Casarotti, Humberto. (2008) *Estudios psiquiátricos*. Editorial Polemos, Volumen I Spiller, Yael.
- (2005). *Psicología y terrorismo: el terrorismo suicida. Estudio de variables que inciden en su aparición y desarrollo. Tesis doctoral*. Belgrado.
- CIDH. (2000). *Tercer informe sobre la situación de derechos humanos en Paraguay*. Capítulo V
- Cendales; Vanegas; Fierro; Córdoba y Olarte. (2007). *Tendencias del suicidio en Colombia, 1985-2002*. Revista Panamá Salud Pública.
- Centauro. (2013). *La ciudad de Dios*. Centauro, Lima
- CEPAL. (2010). *Juventud, población y desarrollo en América Latina y el Caribe*. Naciones Unidas
- Cerda, H. (2011). *Los elementos de la investigación cómo reconocerlos, diseñarlos y construirlos*. Bogotá: Editorial Magisterio
- Comisión de Salud Mental de Canadá. (2019). Estrategia de salud mental para Canadá. Disponible en: <https://www.mentalhealthcommission.ca/English/resources/mhcc-reports/mental-health-strategy-canada>
- Congreso de la República, Ley 1616 de 2013. “*Por medio de la cual se expide la Ley de salud mental y se dictan otras disposiciones*”. Diario Oficial No. 48.680 de 21 de enero de 2013
- Congreso de la Republica, Ley 1616 de 2013. *Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial No. 48.680 de 21 de enero de 2013
- Congreso de la Republica, Ley estatutaria 1751 de 2015. “*Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*”. Diario Oficial No. 49.427 de 16 de febrero de 2015

Congreso de la Republica, Ley 100 de 1993. *Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial No. 41.148 de 23 de diciembre de 1993

Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia del 12 de diciembre/2017. Radicado. 19001233100019980044701. (21779). C.P. Stella Conto

Consejo de Derechos Humanos. (2008). Informe a la Asamblea General de 2007

Congreso de la República de Colombia. Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 46.506 de 9 de enero de 2007

Congreso de la República de Colombia. Decreto 3039, 2007. Por el cual se expide el Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010. Diario Oficial 46716 de agosto 10 de 2007

Cortés Morales, Amparo y Escobar Perdigón, Diego. (2011). El derecho de petición y de salud en el marco de la estructura orgánica del Sistema General de Seguridad Social. Revista Verba Iuris, Universidad Libre de Colombia

Corte Constitucional, Sentencia T – 013 de 1995. M.P. Vladimiro Naranjo Mesa

Corte Constitucional, Sentencia T-024 de 2014. M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo

Corte Constitucional, Sentencia T-632 de 2015. M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo

Corte Constitucional, Sentencia T – 418 de 2015. M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub

Corte Constitucional, Sentencia T-016 de 2017. M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo

Corte Constitucional, Sentencia T-452 de 2018. M.P. José Fernando Reyes Cuartas

Corte Constitucional, Sentencia T-049 de 2002. M.P. Manuel Cepeda Espinosa

Corte Constitucional, Sentencia T-422 de 2017. M.P. Iván Humberto Escrucería Mayolo

Corte Constitucional, Sentencia T – 454 de 2014. M.P. Luis Ernesto Vargas Silva



Corte Constitucional, Sentencia T – 010 de 2016. M.P. Luis Ernesto Vargas Silva

Corte Constitucional, Sentencia T- 024 de 2014. M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo

Corte Constitucional, Sentencia T- 859, 2003. M.P. Eduardo Montealegre Lynetty

Corte Constitucional. Sentencia T-597 de 1993 M.P. Jaime Araujo Rentería

Corte constitucional, Sentencia T- 248, 1998. M.P. José Gregorio Hernández Galindo

Corte Constitucional, Sentencia T - 886 de 2012. M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo

Corte Constitucional, Sentencia T- 949 de 2013. M.P. Luis Ernesto Vargas Silva.

Corte Constitucional, Sentencia T- 420 de 1992. M.P. Simón Rodríguez

Dahlberg y Krug. (2003). *La violencia: un problema mundial de salud pública*. Informe mundial sobre la violencia y la salud. OPS. Washington

Declaración y Programa de Acción de Viena. (1993). Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Viena

Diario El País. (2018). Estigma, tabú y falta de recursos: el laberinto de la salud mental en México.

Disponible en:

[https://elpais.com/internacional/2018/08/26/mexico/1535310169\\_873780.html](https://elpais.com/internacional/2018/08/26/mexico/1535310169_873780.html)

Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires. (2017). *Aportes para trabajar la problemática del suicidio e intentos de suicidio*.

[http://servicios.abc.gov.ar/lainstitucion/sistemaeducativo/psicologiaase/documentos/SUICIDIO\\_FINAL.pdf](http://servicios.abc.gov.ar/lainstitucion/sistemaeducativo/psicologiaase/documentos/SUICIDIO_FINAL.pdf)

El Tiempo. (2019). *Suicidios han crecido este año casi un 6 %*. Disponible en:

<https://www.eltiempo.com/justicia/investigacion/suicidios-crecen-en-los-tres-primeros-meses-del-ano-350636>

El Tiempo. (2018). Cada tres horas y media se registra un suicidio en Colombia. Disponible en:

<https://www.eltiempo.com/justicia/investigacion/el-drama-del-suicidio-ha-aumentado-en-colombia-en-la-ultima-decada-283458>

El Tiempo. (2018). Se han registrado 1.396 suicidios en el país en lo que va del 2018. Disponible

en: <https://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/suicidios-en-colombia-en-lo-que-va-del-2018-266792>

Especiales Semana. (2017). Disponible en: <http://especiales.semana.com/especial-suicidio/>

Erasmus de Rotterdam. *Elogio de la locura*. Colihue, Buenos Aires

Feltz, Sarchiapone, Postuvan. (2011). *Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies: a review of systematic reviews*. Crisis.

García; Palacio; Diago y Zapata. (2008). *Eventos vitales adversos y suicidio: un estudio de autopsia psicológica* Revista Colombiana de Psiquiatría. Medellín, Colombia

Gómez, Francisco (2017). Constitución Política de 1991. Bogotá: Editorial Legis

Gómez; Restrepo; Rodríguez y Romero. (2002). *Suicidio y lesiones auto infringidas*. Revista Colombiana de Psiquiatría

Gómez; Rodríguez; Martínez y Agudelo. (2005). Gestión de políticas públicas y salud. Revista Hacia la Promoción en Salud. Universidad de Caldas.

González; Peñaloza; Matallana; Gómez. (2016). *Determining Factors in the Access to Mental Health Services by the Adult Colombian Population*. Revista Colombiana de Psiquiatría

Gregorio Hinojo, Andrés. (2010). *Las designaciones de la muerte voluntaria en Roma*. Hápax: Revista de la Sociedad de Estudios de Lengua y Literatura

- Gutiérrez García, Ana G.; Contreras, Carlos M.; Orozco Rodríguez, Rosselli Chantal. (2011). *El suicidio, conceptos actuales Salud Mental*, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. vol. 29, núm. 5
- Hernández, I. (2012). *Investigación cualitativa: una metodología en marcha sobre el hecho social*. Revista Rastros Rostros
- Hernández y Villareal. (2015). *Algunas especificidades en torno a la conducta suicida*. Medisan.
- Hegerl; Mergl; Havers; Schmidtke. (2010). *Sustainable effects on suicidality were found for the Nuremberg alliance against depression*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosc.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2011). *Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia*. Sistema de Información Nacional de Estadísticas Indirectas
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2015). *Comportamiento del suicidio. Colombia, 2015 Violencia auto infligida, desde un enfoque forense*. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49523/Suicidios.pdf>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (1999). *Datos para la vida*. Forensis 1999
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2019). *Boletín estadístico mensual marzo 2019*. Disponible en: [http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/349426/Marzo\\_2019.pdf/975125ca-064b-7347-f6fd-948a5ede1afc](http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/349426/Marzo_2019.pdf/975125ca-064b-7347-f6fd-948a5ede1afc)
- Joiner, Thomas. (2009). *Why people die by suicide*. Harvard University Press, Boston
- Juan Pablo II. (1995). *Evangelio de Vida*. Orígenes.
- Londoño y Frenk. (1997). *Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. BID, Documento de Trabajo. Washington

- Lustemberg, Cristina. (2018). *Prevención del suicidio*. Organización Panamericana de la Salud
- McIntosh, J. (2004). American Association of Suicidology. USA suicide: 2004 oficial final data.  
Disponible de: <http://www.suicidology.org/associations/1045/files/2004OfficialFinalData.pdf>
- Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A. (2005). *Suicide prevention strategies: a systematic review*. JAMA.
- Marroquín, Greicy. (2019). *La teoría psicológica interpersonal del comportamiento suicida*.  
Disponible en: <https://psicologiaymente.com/clinica/teoria-psicol%C3%B3gica-interpersonal-comportamiento-suicida>
- Martínez, José. (2001). *Suicidio, crisis política y medicina mental en la Francia del siglo XIX (1801-1885)*. Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría
- Martínez, Yolanda. (2014). *El suicidio y sus consecuencias en la familia*. Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia
- Martín Nizama Valladolid. (2011). *suicidio*. Revista Peruana de Epidemiología
- Mendoza Velásquez, Javier. (2017). Grave aumento de los suicidios en México: ya es la segunda causa de muerte entre los jóvenes. Universidad Nacional Autónoma de México
- Miguel; Heredia; Rico. (2005). *Estudio epidemiológico del suicidio en Sevilla en 2004*. Cuadernos de Medicina Forense.
- Ministerio de la Nación. (2012). *Acerca de la problemática del suicidio de adolescentes y jóvenes*. Presidencia de la Nación
- Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, tomo I*. Bogotá

Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud. (2016). Protocolo de Vigilancia en Salud Pública, Intento de suicidio. Bogotá

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Estrategia en salud mental Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad Madrid. Madrid

Ministerio de Salud y Protección Social, Comisión de regulación en salud CRES. Acuerdo 029 de 2011 (28 de diciembre de 2011). Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Documents/sitio/ACTUALIZACION%20POS%202012/Acuerdo%20029%20de%202011.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. Dimensión social y salud mental. En: Plan Decenal de Salud Pública, Colombia 2012-2021 [Internet]. Bogotá; 2013 [citado 10 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobacion.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Resolución 5521 de 2013. Por el cual se define. Aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS). Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion%205521%20de%202013.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. Dimensión social y salud mental. En: Plan Decenal de Salud Pública, Colombia 2012-2021 [Internet]. Bogotá; 2013 [citado 10 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/>

Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf

Minois G. *History of Suicide, Voluntary Death, in Western Culture*. Baltimore, Md: Johns Hopkins University Press

Montoya, Brígida. (2015). *Comportamiento del suicidio. Colombia, 2015. Violencia auto infligida, desde un enfoque forense*. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Moraga Armijo, Carol. (2015). *Ideación suicida en escolares de 10 a 13 años, de ambos sexos, de colegios de la comuna de Viña del Mar: factores sociodemográficos, psicológicos y familiares asociados*. Universidad de Chile

Naciones Unidas. (2019). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*.

Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

Neugebauer R. Medieval and early modern theories of mental illness. Arch. Gen. Psychiatry

Nordentoft. (2007). *Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark*. Dan Med Bull

Novoa y Gómez. (2012). De la salud mental y la salud pública. Revista Gerencia Política en salud.

OMS. (2019). *Prevención del suicidio*. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/prevention/es/](https://www.who.int/mental_health/prevention/es/)

OMS. (2014). *El suicidio, un problema de salud pública enorme y, sin embargo, prevenible, según la OMS*. Disponible en: [www.who.int/entity/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/](http://www.who.int/entity/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/). Centro de prensa de la OMS, 2004.

OMS. (2001). *Atlas: Recursos de Salud Mental en el Mundo*. Organización Mundial de la Salud OMS, Ginebra.

OMS. (2001). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001: Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

OPS Uruguay. (2019). Prevención del suicidio. Disponible en: [https://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1185:prevencion-del-suicidio&Itemid=245](https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1185:prevencion-del-suicidio&Itemid=245)

Organización Mundial de la Salud. (2017). Suicidio, nota descriptiva. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Prevención de la conducta suicida*. Organización Panamericana de la Salud. Washington

Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Promoción de la salud mental en las poblaciones indígenas*. Experiencias de países. Washington

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Health for the world's adolescents. A second chance in the second decade*. Disponible en: <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>

Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1969. Informe No. 35

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Estudio de intervención multicéntrico sobre comportamientos suicidas SUPRE-MISS: protocolo de SUPRE-MISS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud

Organización mundial de la Salud. (2009). *Prevención del suicidio. Un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Invertir en salud mental*. Disponible en: [www.who.int/mental\\_health/advocacy/en/spanish\\_final.pdf](http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf)
- Perdomo, M. (2011). *Conducta suicida en Boyacá, un tema para tener en cuenta. Suicidios consumados 2004 a 2011*. Boletín epidemiológico
- Periódico 20 minutos. (2015). Suicidio en Canadá supera los tres mil 700 casos por año. Disponible en <https://www.20minutos.com.mx/noticia/b321763/suicidio-en-canada-supera-los-tres-mil-700-casos-por-ano/>
- Platón. (1999). *Leyes*. Traducción, introducción y notas. Lisi, Francisco. Madrid: Gredos
- Posada. (2013). *La Salud Mental en Colombia*. Biomédica Revista Institucional Nacional de Salud
- Presidencia de la Republica, Decreto 658 de 2013. *Por el cual se expide el cronograma de reglamentación e implementación de la Ley 1616 de 2013*. Diario Oficial No. 48.752 de 5 de abril de 2013
- Procuraduría General de la Nación. (2008). *Informe a la sociedad y al Estado colombiano sobre el derecho a la salud en la perspectiva de los derechos humanos y del sistema de inspección, vigilancia y control, de quejas en materia de salud*. Congreso Colombiano de Psiquiatría
- Punset. (2004). *Redes: El suicidio*. Televisión Española
- Red de investigación de salud mental. (2018). *Riesgo de suicidio*. Organización Kaiser Permanente
- Rodríguez, Diana. (2018). *Cada tres horas y media se registra un suicidio en Colombia*. Periódico El Tiempo
- Rueda, M. (2007). *La investigación etnográfica y/o cualitativa y la enseñanza en la universidad*. Revista Mexicana de Investigación Educativa



Senado y Cámara de Diputados, Ley 27.130 de 2015. Ley Nacional de Prevención del Suicidio.

InfoLeg

Serra J. *Terminología para la muerte y el suicidio (Lucrecio, Séneca, San Agustín, Sidonio)*.

Cuadernos de filología clásica. Estudios latinos

Serrano Suárez, Over Humberto. (2015). *Principio de oportunidad una línea de reformas a la Ley 906 de 2004 y la política criminal*. Revista Verba Iuris, Universidad Libre de Colombia

Silva, Jesús Alirio (2008). *Metodología de la investigación elementos básicos*. Educación Superior

Simón. (2016). *Predicción de intentos de suicidio y muerte suicida después de visitas ambulatorias utilizando registros electrónicos de salud*. Kaiser Permanente

Suicide prevention. (2005). *WHO European Ministerial Conference on Mental Health*. World Health Organization Helsinki

Taborda. (2017). Consideraciones generales para delinear políticas. Disponible en: [http://reneclasesuniminuto.wikispaces.com/file/view/2.+Consideraciones\\_Generales\\_Politicas\\_Publicas\\_Salud\\_Mental.pdf](http://reneclasesuniminuto.wikispaces.com/file/view/2.+Consideraciones_Generales_Politicas_Publicas_Salud_Mental.pdf)

Ugarte, José. (2006). *El derecho a la vida y la Constitución*. Revista chilena de derecho.

Unicef. (2018). *Comunicación, infancia y adolescencia*. Guía para periodistas. Argentina Rojas, E. (1984). *Estudios sobre el suicidio*.: Salvat, 2ª edición, Barcelona.

UNICEF. *Suicidio adolescente en pueblos indígenas. Tres estudios de caso*. Panamá.

Vásquez y Gómez (1993). *Mortalidad y problemas emocionales: el suicidio en Colombia 20 años después*. Acta Médica Colombiana.

Varengo Judith. (2016). *Ideación Suicida en Adolescentes*. Universidad siglo 21

World Health Organization. (2008). *European Pact for Mental Health and Well-Being*. EU high-level Conference Together for Mental Health and Wellbeing; Brussels: World Health Organization

World Health Organization. (2002). *Mental health: new understanding, new hope. repr.* Geneva: World Health Organization

World Health Organization. (2005). *Suicide prevention*. WHO European Ministerial Conference on Mental Health; Helsinki: World Health Organization

World Health Organization. (2007). *Suicide rates per 100.000 by country, year and sex*. Disponible de: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide\\_rates/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en/index.html)

World Health Organization. (2010). *Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. Funk M, editor. Geneva, Switzerland