

**ECONOMIST
IMPACT**

Actuando contra el suicidio: comprendiendo una importante amenaza para la salud pública en América Latina



Commissioned by

Janssen  **Neuroscience**

PHARMACEUTICAL COMPANIES OF *Johnson & Johnson*

Contenido

- 3 Acerca de este informe
- 5 Resumen ejecutivo
- 8 Comprendiendo el suicidio
- 13 La carga del suicidio en América Latina
- 18 El financiamiento de la salud mental en América Latina
- 21 Política y práctica: la prestación de servicios de salud mental y suicidio
- 25 Brechas, carencias, retrasos y barreras: necesidades asistenciales para reducir la carga del suicidio en América Latina
- 30 Abordando las realidades del suicidio: áreas clave de enfoque para los responsables en políticas públicas y los gobiernos de América Latina
- 35 Apéndice 1: Datos epidemiológicos del suicidio en los países del estudio
- 37 Apéndice 2: Tarjeta de puntuación latinoamericana para actuar contra el suicidio
- 44 Referencias

Acerca de este informe

Declaración sobre el contenido: este informe se centra en un tema que puede resultar desencadenante, delicado o difícil para algunos lectores.

“Actuando contra el suicidio: comprendiendo una importante amenaza para la salud pública en América Latina” es un informe de Economist Impact. Este describe la carga actual, las respuestas políticas efectivas y las áreas que necesitan acciones sobre el suicidio en toda la región latinoamericana. Esta investigación también ofrece una evaluación de las áreas de oportunidad en cinco países: Argentina, Brasil, Colombia, México y Panamá. El informe pretende identificar los retos a los que se enfrentan estos países a la hora de abordar el suicidio, situando las necesidades del individuo en el centro de la conversación política. La investigación fue solicitada por Janssen, pero realizada de forma independiente por Economist Impact.

Queremos agradecer especialmente a los siguientes expertos (ordenados alfabéticamente) quienes contribuyeron a este informe a través de entrevistas y un panel de discusión de expertos:

- **Dra. Alexandrina Maria Augusto da Silva Meleiro**, miembro de la Asociación Brasileña de Estudios y Prevención del Suicidio (ABEPS)
- **Dr. Carlos Gómez-Restrepo**, Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística y Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia, Hospital Universitario San Ignacio
- **Dr. Gustavo Turecki**, MD, PhD, FRSC, director, Grupo McGill de Estudios sobre el Suicidio; profesor y presidente, Departamento de Psiquiatría, McGill University, Montreal, Canadá
- **Dr. Humberto Correa**, profesor titular de psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Minas Gerais; expresidente de la Sociedad Brasileña y Latinoamericana de Suicidología

- **Dr. José Miguel Ignacio Uribe Restrepo**, director, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia
- **Dra. Karen Scavacini**, psicóloga, profesora y cofundadora de Vita Alere
- **Dra. Laura Ospina-Pinillos**, PhD, psiquiatra y profesora adjunta del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia
- **Dr. Martín Juan Etchevers**, psicólogo, profesor e investigador en la Universidad de Buenos Aires
- **Dra. Paulina Arenas Landgrave**, académica, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Departamento de Psicología Clínica y de la Salud
- **Dra. Vanessa Flores**, psiquiatra, Panamá-Psiquiatra-Para-Todos.com

Economist Impact es el único responsable del contenido de este informe. Las conclusiones y opiniones expresadas en el informe no reflejan necesariamente los puntos de vista del patrocinador. La investigación fue dirigida por Taylor Puhl, Maryanne Sakai, Aanisah Khazada, Giulia García y Rachna Malik. El informe fue redactado por Paul Tucker y editado por Melissa Lux, Amanda Stucke y el equipo de investigación. Aunque se ha hecho todo lo posible para verificar la exactitud de esta información, Economist Impact no puede aceptar ninguna responsabilidad por la confianza que cualquier persona pueda depositar en este informe o en cualquiera de las informaciones, opiniones o conclusiones expuestas en el mismo.

Resumen ejecutivo



Cada 40 segundos, una persona en algún lugar del mundo se suicida.¹ En 2019, aproximadamente 700,000 muertes a nivel mundial fueron consecuencia del suicidio, siendo la segunda causa de muerte entre las personas de 15 a 29 años y la quinta entre las de 30 a 49 años.² En todo el mundo, más de una de cada 100 muertes (1.8%) es consecuencia del suicidio.³ Es importante señalar que muchos suicidios se deben a enfermedades psiquiátricas, siendo los factores de riesgo más comunes la depresión, los trastornos por consumo de sustancias y la psicosis.⁴ La depresión es la enfermedad mental más prevalente en el mundo. En América Latina, 5% de la población adulta sufre depresión y 3.4% ansiedad. Según el Banco Mundial, 6 de cada 10 personas con depresión en América Latina no reciben tratamiento,⁵ y las personas que padecen un trastorno depresivo mayor tienen un riesgo de suicidio 20 veces mayor que la población general. Además, incluso cuando la depresión es menos grave, todavía puede ser perjudicial para la vida diaria del individuo, sus relaciones personales y su trabajo, por lo tanto aún debe ser tratado.⁵

A nivel mundial, el suicidio y las autolesiones son problemas de salud pública reconocidos: las muertes por suicidio son un indicador clave en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU, y la OMS ha fijado como objetivo mundial una disminución de 10% de las tasas para 2030.^{6,7} Si queremos reducir significativamente las tasas globales de suicidio, debemos priorizar la lucha contra los factores de riesgo asociados con el suicidio. Además de esto, los países de ingresos bajos y medios (PRMB) deberían aumentar los esfuerzos relacionados con la reducción de las tasas de suicidio y la prevalencia de enfermedades de salud mental, ya que casi 80% de los suicidios relacionados a estas a nivel mundial ocurren aquí.^{3,8} América Latina es una región caracterizada por los PRMB donde, en contraste con un descenso global, las tasas de suicidio están aumentando.⁹

Con el fin de evaluar este tema con más detalle, Economist Impact realizó una revisión pragmática de la literatura para evaluar el panorama de la salud mental con un enfoque específico en el suicidio y sus factores de riesgo relevantes en América Latina (incluyendo cinco países foco – Argentina, Brasil, Colombia, México y Panamá), que se complementó con una búsqueda de literatura gris para recuperar directrices, políticas y marcos normativos que no figuraban en las bases de datos científicas.



También hablamos con una serie de expertos regionales – incluidos médicos, académicos, expertos comunitarios, defensores y responsables políticos – para entender los detalles a nivel país y validar las conclusiones.

Conclusiones y llamadas a la acción

Aumentar los fondos destinados a la salud mental. El costo anual de los trastornos mentales en toda América Latina se estima en 30.6 millones de dólares (esta cifra se basa en el valor del capital mental perdido que los niños y los jóvenes aportarían a las economías si no se vieran afectados por los padecimientos mentales).¹⁰ En la actualidad, la asistencia sanitaria mental está infra financiada en la región, ya que los países de interés de este estudio gastan tan solo una cuarta parte de lo que la OMS considera necesario. La falta de financiación puede atribuirse a recursos financieros limitados o a una falta general de priorización acorde con el nivel de conciencia sobre el suicidio como problema de salud pública. Como primer punto, los gobiernos de toda la región deberían trabajar para dar prioridad al problema del suicidio/salud mental en las agendas políticas como forma de aumentar la financiación destinada tanto a la promoción como a la protección para igualar la cifra recomendada por la OMS.¹¹

Actuar para concienciar sobre el suicidio por depresión y combatir el estigma relacionado con el reconocimiento y la búsqueda de ayuda oportuna para los problemas de salud mental. La comunicación es clave. Por lo tanto, en un intento de superar el problema del estigma que rodea a la búsqueda de asistencia sanitaria mental, los programas y campañas de concienciación deben orientarse a mejorar los conocimientos sobre salud mental de la población. Al mismo tiempo, debe crearse un entorno abierto para las conversaciones sobre salud mental entre amigos, familiares, colegas, etc. Es necesario un enfoque multisectorial en el que las partes interesadas colaboren para hacer frente al estigma y a cualquier idea errónea en torno al suicidio, la depresión y otras enfermedades mentales prevalentes. En muchos casos, las personas no son capaces de reconocer su depresión y, por lo tanto, no buscan ayuda, lo que señala la importancia de mejorar los conocimientos sobre salud mental. Si bien la comunicación constante sobre este tema entre la población es vital, existe la oportunidad de implementar una serie de actividades, incluida la sensibilización durante las campañas, por ejemplo, el Día Mundial de la Salud Mental (10 de octubre), el Día Mundial de la Prevención del Suicidio (10 de septiembre) o el Día Internacional de los Supervivientes de Pérdidas Suicidas. Como ya ocurre en algunos países latinoamericanos.

El reporte periódico de datos sobre mortalidad por suicidio y el monitoreo de las condiciones de salud mental, incluida la depresión, pueden ayudar al desarrollo y la planificación de políticas. La recopilación de datos es primordial para comprender la magnitud de la carga y qué poblaciones están en mayor riesgo. Actualmente, los gobiernos y los servicios sanitarios no tienen una comprensión confiable de la magnitud y las complejidades de la carga de las enfermedades mentales y el suicidio en sus países, debido a la escasa recopilación de datos, así como a la mala calidad de los mismos.



En parte, el mismo estigma asociado a las enfermedades mentales y al suicidio que hace que las personas no busquen ayuda, puede repercutir en la verosimilitud de los casos reportados, lo que conduce a una clasificación errónea de las muertes por suicidio e incluso a descripciones inexactas de los intentos de suicidio y de la prevalencia de ciertos padecimientos mentales como la depresión. Por lo tanto, es importante que los países inviertan en vigilancia para construir una imagen completa y precisa de la carga del suicidio y de la salud mental, y para hacer un seguimiento consistente. Esto debe llevarse a cabo junto con la reducción del estigma, para que la presentación de informes y el seguimiento de este problema produzcan datos sólidos para el desarrollo de políticas.

Trabajar para contrarrestar las desigualdades geográficas, sociales y económicas que crean barreras de acceso en toda la región. La región se enfrenta a importantes divisiones entre la población rural y la urbana, así como entre las personas más pobres y las más ricas, lo que crea una disparidad en la prestación de servicios sanitarios, incluida la atención a la salud mental. Debe adoptarse un enfoque integrado en el que las múltiples partes interesadas trabajen juntas para garantizar que se pueda acceder rápidamente a la asistencia, independientemente de los ingresos o la ubicación.

Comprendiendo el suicidio

Todos los trastornos mentales, incluida la depresión, están asociados a un mayor riesgo de suicidio. Las investigaciones han señalado que la depresión es un importante factor de riesgo de suicidio:¹² las personas que sufren un trastorno depresivo mayor (TDM) tienen un riesgo de suicidio 20 veces más alto que la población general.¹³ La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el TDM es el mayor contribuyente a la discapacidad a nivel mundial, ya que afecta significativamente a varios aspectos de la vida de una persona, como la autoestima, los patrones de sueño y las capacidades cognitivas. Un estudio realizado en 2008 que incluyó a 1,835 pacientes de los servicios de urgencias hospitalarios de Argentina, Brasil, Chile, Colombia y México reveló que la prevalencia del TDM oscilaba entre 23% y 35%.¹⁴ Por si fuera poco, UNICEF informó en 2021 que la ansiedad y la depresión representan casi 50% de los trastornos mentales entre los adolescentes de 10 a 19 años de la región.¹⁰ Desafortunadamente, la depresión en América Latina a menudo no se diagnostica ni se trata. En un artículo de la OPS/OMS de 2012 se señala que seis de cada diez personas que padecen depresión en América Latina y el Caribe no buscan o no reciben el tratamiento que necesitan.¹⁵

Es importante señalar que, aunque la depresión es uno de los principales factores de riesgo asociados al suicidio/ideación suicida, también existen otros factores de riesgo. La OMS ha organizado los factores de riesgo de suicidio en cinco categorías: los sistemas sanitarios, la sociedad, la comunidad, las relaciones y el individuo.

La Tabla 1 presenta, por un lado, los factores de riesgo y, por otro, los factores de protección frente al suicidio. Los factores de riesgo se refieren a las características de una persona o de su entorno que aumentan la probabilidad o el intento de cometer suicidio, mientras que los factores de protección se refieren a las características personales o del entorno que reducen la probabilidad o el intento de cometer suicidio.^{16,17}

Por lo tanto, este informe pretende crear una imagen completa de la carga del suicidio relacionado con la depresión en América Latina, evaluar la elaboración de políticas nacionales sobre el suicidio y la salud mental, y revisar las medidas de vigilancia y el estado de la asistencia sanitaria mental (incluida la fuerza laboral y las necesidades no cubiertas). El estudio incluye investigaciones y perspectivas recopiladas en inglés, español y portugués en todos los países de América Latina, con especial atención a Argentina, Brasil, Colombia, México y Panamá. Este documento también incluye información sobre el suicidio, la ideación suicida y el intento de suicidio (tal y como se definen a continuación). Combinando una revisión bibliográfica con aportes de expertos e investigación documental, el informe señala las acciones que pueden emprender diversas partes interesadas para mitigar los impactos para las personas de la región que alcanzan la fase de ideación suicida.

Tabla 1: Factores de riesgo y protectores frente al suicidio en los sistemas sanitarios, la sociedad, la comunidad, las relaciones interpersonales y el individuo

Sistemas sanitarios	
Factores de riesgo	Factores protectores
La limitación de los recursos sanitarios (por ejemplo, la ausencia de profesionales especializados en salud mental) y el estigma que conlleva la búsqueda de atención para los trastornos mentales o los intentos de suicidio pueden retrasar el acceso oportuno a la atención. En toda América Latina, la gran desigualdad, la pobreza y las altas tasas de analfabetismo pueden agravar la ausencia de acceso a una asistencia sanitaria mental adecuada. Por ejemplo, en Colombia se ha descrito que algunos padecimientos depresivos han sido causados o exacerbados por la ausencia de recursos y por las dificultades cotidianas. Además, el hecho de vivir en situación de pobreza se señaló como un obstáculo para una atención de alta calidad.¹⁸ Un profesional de salud comentó que no hay forma de tratar la depresión en un paciente sin abordar su entorno social.¹⁸ Por otra parte, la insuficiente formación de los profesionales de atención primaria en la detección y el tratamiento de la depresión (sobre todo en las facultades de medicina fuera de la capital colombiana) puede hacer que se pierdan oportunidades de detectar los casos a tiempo y de tratarlos adecuadamente. Así, el paciente podría quedar sin tratamiento hasta que la persona experimente una crisis y necesite un nivel de atención superior.¹⁸	Garantizar la disponibilidad de recursos en los distintos niveles asistenciales y reducir las desigualdades en el acceso a la asistencia son mejoras estructurales para un ecosistema protector. Algunos países de América Latina están tomando medidas para abordar los problemas relacionados con sus sistemas de salud mental, como los retos estructurales, los recursos limitados y las desigualdades en el acceso a la atención.¹⁹ En 2016, expertos en educación en salud mental de varios países latinoamericanos se reunieron para explorar formas de implementar la capacitación del Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP).²⁰ Los expertos de esta reunión compilaron un documento con una lista de recomendaciones para mejorar la capacitación en salud mental en entornos de atención no especializada.
Sociedad	
Factores de riesgo	Factores protectores
El estigma, el fácil acceso a los medios para cometer suicidio y la representación inadecuada del suicidio en los medios de comunicación pueden aumentar el riesgo. UNICEF notificó que durante la pandemia del covid-19, el estrés y la ansiedad como consecuencia de la incertidumbre y la ausencia de contactos sociales repercutieron en la salud mental de los adolescentes, junto con los niveles de motivación y el desempeño educativo.¹⁰	Los programas de conciaización y educación social para mejorar el apoyo a la salud mental (en el lugar de trabajo o en un centro educativo) son factores clave para acabar con el estigma en torno a la salud mental y el suicidio.
	Los daños a la salud mental causados por la pandemia del covid-19 en entornos escolares/universitarios podrían ser una oportunidad para que las escuelas incorporen la educación y los talleres sobre salud mental en el plan de estudios.

Comunidad	
Factores de riesgo	Factores protectores
Nuestras comunidades pueden influir en nuestra salud mental. Las tasas de suicidio son elevadas entre los grupos vulnerables que sufren discriminación, como los refugiados y los inmigrantes; los indígenas; las lesbianas, homosexuales, bisexuales, transexuales y queer; y los presos.²¹ Además, los eventos desencadenantes y los riesgos asociados a la comunidad, como las guerras y las catástrofes, pueden afectar a la salud mental e incitar a conductas suicidas. Se sabe que la violencia y los traumas son los factores sociales más importantes relacionados con el suicidio, ya que vivir en esas condiciones puede aumentar el estrés emocional. Por ejemplo, en algunos países latinoamericanos como Venezuela, Honduras y Colombia, la inestabilidad política y los altos índices de violencia pueden provocar traumas y conductas suicidas. Los estudios también han demostrado que el conflicto armado en Colombia, que ha desplazado a más de 8,1 millones de personas, ha aumentado la incidencia de los problemas de salud mental, agravados por la ausencia de inversión en servicios de salud mental.^{22,23} Los inmigrantes pueden sufrir eventos traumáticos como agresiones sexuales y robos, como viven aquellos al cruzar el Tapón del Darién hacia Panamá, que pueden ser factores de riesgo de suicidio o de agravamiento de la salud mental si no se tratan oportunamente.	Las comunidades también pueden dar a los individuos una sensación de pertenencia. El apoyo social en las comunidades puede ayudar a proteger del suicidio a los grupos vulnerables mediante el establecimiento de conexiones sociales.²⁴ Un estudio que analizó los factores de riesgo y protectores frente a las conductas suicidas en jóvenes mexicanos, destacó que el apoyo emocional a través de las relaciones sociales tiene efectos positivos en la salud mental.²⁵ Las comunidades también pueden aumentar los intentos de concienciación a través de campañas como una forma de acabar con el estigma. La OMS señala que un defensor de la prevención del suicidio (por ejemplo, un miembro influyente de la comunidad como un líder religioso o alguien con una experiencia vivida) puede acelerar la concienciación sobre el suicidio y la salud mental y facilitar el debate abierto sobre estos temas.²⁶ En general, es primordial comprender a una comunidad porque es el mejor lugar para identificar las necesidades y prioridades locales.²⁴ Del mismo modo, los expertos consultados para este trabajo señalaron que capacitar a las personas de la comunidad puede abordar con mayor eficacia los problemas de salud mental de la población que capacitar a los profesionales de la salud.
El desempleo y la inseguridad financiera pueden inducir estrés y disminuir el bienestar social. Las tasas de suicidio aumentan durante los periodos de crisis económica, cuando los índices de desempleo y pobreza son elevados.²⁷	El empleo y la seguridad financiera, en general, se han asociado a un menor riesgo de conducta suicida en comparación con el desempleo.²⁸ Algunos trabajos relacionados con condiciones laborales desfavorables o trabajos especialmente agobiantes para la salud mental o física son un factor de riesgo para la conducta suicida, como demuestran estudios sobre la asociación entre los riesgos laborales psicosociales y el suicidio.²⁸

Relaciones interpersonales	
Factores de riesgo	Factores protectores
Las relaciones familiares pueden considerarse un factor de riesgo si existe falta de comunicación entre los miembros de la familia, violencia o abusos sexuales, sensaciones de rechazo y conflicto constante.²⁹ Por ejemplo, en México se realizó una encuesta a un grupo de adolescentes con intento suicida ingresados en un hospital para trastornos mentales para evaluar la cohesión familiar y la adaptabilidad. La encuesta, que comparó a este grupo con un grupo de control, descubrió que factores como la soledad, la ausencia de comprensión y el rechazo de los padres, además de una percepción negativa del entorno familiar, eran factores de riesgo para el suicidio. Además, una revisión sistemática realizada en 2018 demostró que, en México, los problemas familiares y el desapego de la familia estaban asociados con la ideación suicida.²⁹	Las relaciones familiares desempeñan un papel clave en la cultura latinoamericana y también pueden considerarse un factor de protección. Un estudio que investigaba el familismo y el entorno familiar entre latinas con ideación suicida reclutadas en agencias de servicios sociales y hospitales de la ciudad de Nueva York descubrió que las familias muy unidas tenían menos probabilidades de tener adolescentes que intentaran suicidarse en comparación con las familias moderadamente unidas o poco unidas.³⁰ El <i>familismo</i> destaca las relaciones familiares de apoyo y da prioridad a la familia, y a menudo se asocia con la salud psicológica.³¹ Aunque ese estudio no es específico de ninguno de nuestros países de interés, la idea de que el <i>familismo</i> podría proteger a los individuos contra la conducta suicida podría aplicarse de forma general, ya que las relaciones familiares se consideran un factor protector contra el suicidio.
Individuo	
Factores de riesgo	Factores protectores
Los factores de riesgo individuales incluyen trastornos mentales como la depresión, la ansiedad, la dependencia del alcohol, la esquizofrenia y la epilepsia. Otros factores de riesgo son la falta de educación, ciertos rasgos de personalidad, historia de intentos suicidas, la predisposición genética, el dolor crónico y los antecedentes de trauma infantil. Una investigación llevada a cabo en Colombia descubrió que la falta de educación impidió identificar y tratar la depresión a nivel de atención primaria y a nivel del paciente en el país.¹⁸ Es posible que las personas no reconozcan sus síntomas y que los adultos de edad avanzada sin educación pueden ver su depresión como un síntoma de la vejez.¹⁸	Los factores de protección individuales podrían incluir las habilidades de afrontamiento, la actividad física y la salud, la conexión familiar, la participación religiosa, la actitud positiva hacia el tratamiento de la salud mental, la resiliencia biológica/psicológica y los valores sociales positivos.²⁵ Por ejemplo, los pacientes de un estudio realizado en Perú compartieron que su fe religiosa era lo que les hacía seguir adelante.³²

En este informe utilizamos la siguiente terminología:

Suicidio: El *suicidio* se ha definido como la muerte causada por un daño autoinfligido en el intento deliberado de matarse.³³

Intento de suicidio: El intento de suicidio se ha descrito como un comportamiento no mortal, pero autodirigido y potencialmente lesivo con intención de muerte.³⁴ Un intento de suicidio puede provocar lesiones y es probable que tenga otras consecuencias emocionales y sociales graves.^{1,35}

Ideación suicida: Los pensamientos sobre suicidarse o querer estar muerto se denominan *ideación* suicida; sin embargo, la ideación suicida no va acompañada de conductas preparatorias.³⁶ En la mayoría de los casos, tener pensamientos suicidas está relacionado con un problema de salud mental subyacente, como la depresión, que puede tratarse.³⁷ Por ejemplo, se ha informado que la ideación suicida es elevada entre quienes padecen TDM.³⁸ A escala global, más del 60% de las personas que han intentado suicidarse están afectadas por TDM.¹³ Padecer TDM puede implicar sentimientos de tristeza y desesperanza, así como una pérdida de interés por las aficiones o las actividades cotidianas.

Autolesión o daño autoinfligido: El *daño autoinfligido* o *autolesión* se refiere a una situación en la que un individuo se lesiona o se causa daño a sí mismo como forma de afrontar o expresar una angustia emocional extrema y una confusión interna. Todas estas áreas requieren una intervención adecuada y oportuna, ya que el impacto del suicidio, el intento de suicidio y la ideación suicida pueden dañar no sólo al individuo, sino que también pueden repercutir en los miembros de la familia, los amigos, las comunidades locales y los profesionales de la salud.³ Las intervenciones incluyen la concienciación sobre el suicidio y la salud mental entre la población general en un intento de reducir el estigma y entre los profesionales de la salud para que puedan identificar a los pacientes de salud mental en situación de riesgo, en particular a los que padecen TDM. También hay que dar prioridad a las secuelas de un suicidio, una etapa conocida como posvención.³⁹ Ésta se centra en reducir el riesgo de suicidio entre las personas con alto riesgo tras la exposición al suceso y en la curación tras el duelo causado por el suicidio.⁴⁰

La carga del suicidio en América Latina

En América Latina y el Caribe, el suicidio representa el 10% de las lesiones personales, e inflige un costo emocional que va más allá del individuo y afecta a la familia y los amigos, a los servicios sanitarios y a la sociedad y la economía en general.^{3,8} A medida que su incidencia empeora en toda la región, la necesidad de mejorar la formulación de políticas, la vigilancia, la atención y la prevención aumenta.

En América Latina se producen anualmente 45,800 muertes por suicidio.³

En contraste con las tendencias mundiales, el suicidio ha sido un problema creciente en América Latina durante las tres últimas décadas.² Mientras que la tasa mundial de suicidios disminuyó en un 36% entre el 2000 y el 2019, la tasa en América Latina y el Caribe aumentó un 17% (aunque se registró un ligero descenso en los dos últimos años de ese periodo).^{2,7} Aunque queda fuera del alcance de este informe, merece la pena señalar que un estudio estimó un aumento del 35% en los trastornos depresivos y de un 32% en los trastornos de ansiedad en América Latina y el Caribe debido a la pandemia del covid-19.⁴¹

Además, en 2019, los suicidios fueron una de las principales causas de muertes por lesiones en la región (las muertes por lesiones se refieren principalmente a las muertes resultantes de accidentes de tráfico, caídas, ahogamiento, quemaduras, intoxicaciones y actos de violencia contra uno mismo u otros, entre otras causas).³ En la actualidad, se producen aproximadamente 45,800 muertes por suicidio al año en América Latina, con una tasa de suicidios estandarizada por edad de 5,23 por cada 100.000 habitantes (8,39 para los hombres y 2,12 para las mujeres).^{3,42} Un estudio sobre la carga de morbilidad del suicidio en América Latina (1990-2019) reveló que los suicidios en Brasil representaron un tercio del total de muertes por autolesión en América Latina en 2019, seguido de México (19,2%) y Argentina (12,4%).^{3,8} Ese mismo año, las tasas de mortalidad por suicidio y los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD)* asociados al suicidio fueron más elevados en Argentina, Ecuador y Uruguay. Las Tablas 2 y 3 muestran el cambio en las tasas de mortalidad y AVAD estandarizadas por edad para ambos sexos desde 1990 hasta 2019 para los cinco países incluidos en nuestro estudio (los datos completos se proporcionan en el Apéndice 1).

Un estudio sobre la carga del suicidio en América Latina entre 1990 y 2019 reveló que el índice sociodemográfico (ISD) (un indicador de composición de la economía, la educación y la fertilidad) aumentó en todos los países latinoamericanos, incluidos nuestros países de interés, pero que la tasa de AVAD estandarizada por edad difería según el país durante el periodo de estudio.³

* Los AVAD son la suma de los AVP (años de vida perdidos) y los AVD (años vividos con discapacidad). Los AVAD en la Tabla 3 cuantifican la pérdida de vida sana atribuible al suicidio midiendo la diferencia entre la situación real y la ideal, en la que se vive la esperanza de vida estándar en perfecto estado de salud.

Por ejemplo, México ha visto o un aumento de los AVAD relacionados con el suicidio, mientras que Brasil y Panamá han visto disminuciones (véase Tabla 3). Curiosamente, aunque Brasil es el país más grande de la región, presenta el mayor descenso de su propia tasa a lo largo del tiempo en las tasas de mortalidad por suicidio y de AVAD entre nuestros países de interés.

Una explicación podría girar en torno a las imprecisiones de los registros de muertes por suicidio como consecuencia de las dificultades para establecer la intencionalidad de la muerte, así como de la estigmatización social. Además, también se ha informado de que la muerte por suicidio suele codificarse como muerte por causa indeterminada, como ahogamiento o intoxicación accidental.⁴³

Tabla 2: Variación porcentual de la tasa de mortalidad por suicidio, ambos sexos, 1990-2019^{3,8}

% de cambio en la tasa de mortalidad estandarizada por edad (UI de 95%) por 100.000, 1990-2019			
País	Hombres	Mujeres	Ambos
Argentina	26,7 [17,7, 36,9]	-3,0 [-11,4, 5,3]	21,5 [13,4, 29,7]
Brasil	-20,0 [-25,3, -11,2]	-27,2 [-31,9, -21,5]	-21,7 [-26,3, -14,3]
Colombia	12,4 [-1,2, 45,0]	21,5 [-11,0, 59,6]	13,3 [-14,4, 45,6]
México	55,6 [28,7, 86,9]	79,2 [43,7, 121,0]	58,5 [34,1, 85,5]
Panamá	-1,1 [-26,9, 30,4]	-5,1 [-29,9, 26,3]	-2,4 [-27,3, 27,2]

Nota: Las cifras negativas de la tabla representan una disminución de la tasa de mortalidad estandarizada por edad, mientras que las cifras positivas representan un aumento.

UI = intervalos de incertidumbre.

Tabla 3: Variación porcentual de la tasa de AVAD, 1990-2019³

% de cambio en la tasa de AVAD* estandarizada por edad (UI de 95%) por 100.000, 1990-2019			
País	Hombres	Mujeres	Ambos
Argentina	53,0 [40,7, 66,9]	7,7 [-1,9, 18,0]	42,1 [31,7, 53,0]
Brasil	-16,6 [-22,7, -7,8]	-24,7 [-29,5, -18,4]	-18,4 [23,2, -11,0]
Colombia	13,7 [-14,4, 47,9]	23,5 [-9,1, 62,5]	16,1 [-11,8, 49,5]
México	66,0 [38,0, 98,7]	88,8 [53,4, 131,2]	70,2 [44,5, 97,2]
Panamá	-1,7 [-28,2, 30,5]	-6,1 [-30,5, 24,5]	-2,6 [-28,0, 27,5]

Nota: Las cifras negativas de la tabla representan una disminución de la tasa de mortalidad estandarizada por edad, mientras que las cifras positivas representan un aumento.

UI = intervalos de incertidumbre.

Actuando contra el suicidio: comprendiendo una importante amenaza para la salud pública en América Latina

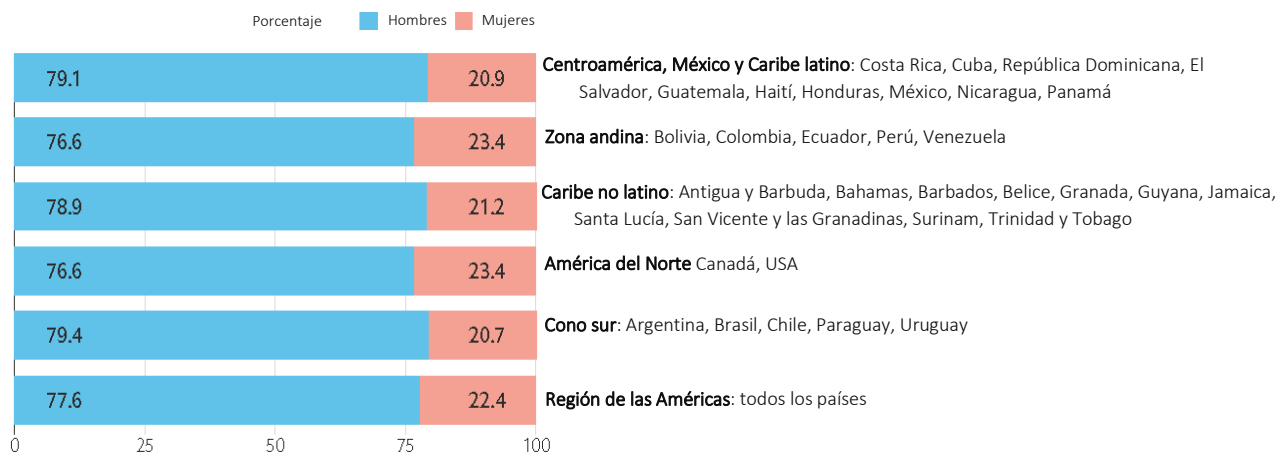
La brecha de género en el suicidio: distinta en todo el mundo, pero un abismo en América Latina

A nivel mundial, el suicidio no se produce por igual según el género: en todas las regiones del mundo, mueren más hombres que mujeres por suicidio, a pesar de que son más las mujeres que tienen pensamientos suicidas.³ En América Latina y el Caribe, este fenómeno es aún más pronunciado (véase la Figura 1). La proporción de suicidios entre hombres y mujeres en América Latina y el Caribe en 2019 fue de alrededor de 4 a 1, en comparación con aproximadamente 2,3 a 1 a nivel mundial.³ Las altas tasas de suicidios masculinos son consistentes en todas las subregiones de América Latina y el Caribe. A nivel de países, la proporción de suicidios entre hombres y mujeres en 2019 fue de 4,9 a 1 en Panamá, de 4,1 a 1 en Argentina, de 4 a 1 en México, de 3,7 a 1 en Brasil y de 3,5 a 1 en Colombia.⁴⁴

Las razones que subyacen a la disparidad global de género en las tasas de suicidio no están claras, aunque se cree que el contexto social es un factor importante. Por ejemplo, a menudo se considera más aceptable que las mujeres busquen ayuda para sus problemas de salud.⁴⁵ En algunas partes de América Latina, las expectativas de un comportamiento tradicional o agresivamente masculino pueden hacer que los hombres sean menos propensos a buscar ayuda.

El machismo[†] no es exclusivo de Latinoamérica, pero dista mucho de estar ausente en la región; la palabra en sí proviene del español de México.⁴² Por ejemplo, el tipo de masculinidad que resta importancia a las emociones y, en su lugar, se centra en la fuerza y la virilidad es una parte importante de la cultura "gaucha" que aún se mantiene en ciertas zonas rurales de Argentina y Brasil.^{3,8,42} Tales expectativas son comunes en toda la región, y las investigaciones demuestran que el menoscabo de las emociones de los hombres y de su necesidad de comunicarlas es un precursor de la ideación suicida. Además, el consumo y el abuso de alcohol se consideran más aceptables en el caso de los hombres, ya que éstos empiezan a consumir alcohol a una edad más temprana que las mujeres y lo consumen con más frecuencia. Investigaciones, como un estudio del University College de Londres, han indicado que el abuso de sustancias suele ser un factor de riesgo para el suicidio y las autolesiones.^{3,8,46,47} Además, un estudio realizado en México descubrió que existía una diferencia notable entre géneros y suicidio. Los datos pusieron de relieve la mayor incidencia de la depresión y la ansiedad en las mujeres, mientras que los hombres se vieron más afectados por el comportamiento antisocial y el consumo de sustancias. Para aclarar, se trata de análisis separados extrapolados conjuntamente.⁴⁸

Figura 1: Proporción específica por género de las tasas totales de mortalidad por suicidio estandarizadas por edad en la región de las Américas y las subregiones, 2019⁷



Fuente: OPS, Mortalidad por suicidio en las Américas⁷

Visión gráfica: Economist Impact

[†] *Machismo* es un término que hace referencia a una estructura patriarcal de la sociedad, en la que el hombre es considerado el sostén de la familia y el cabeza de familia.

Edad y suicidio

En consonancia con las tendencias mundiales, en América Latina, el suicidio es más frecuente entre los grupos de mayor edad (70 años o más) que entre los más jóvenes (15 años o menos). En un mundo en el que los países se están inclinando proporcionalmente hacia la población de mayor edad, como ocurre en América Latina, los problemas de salud mental, incluida la ideación suicida, se convertirán en un reto cada vez mayor para los sistemas sanitarios. Según un informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS),⁷ a medida que aumenta la edad, también lo hace la mortalidad por suicidio. El vínculo entre los adultos de edad avanzada y el suicidio implica una serie de factores, como la enfermedad y el dolor crónicos, la dependencia de otras personas, la soledad, la inestabilidad económica, la pérdida de objetivos, las sensaciones de abandono y la discapacidad funcional.^{3,8,49} La depresión suele ser un factor de riesgo por el mal pronóstico de las enfermedades crónicas, lo que a su vez afecta a la calidad de vida, la capacidad funcional y el bienestar emocional.⁵⁰

El suicidio es la tercera causa de muerte más común entre los jóvenes de 15 a 19 años en América Latina y el Caribe, con más de diez adolescentes que se quitan la vida al día.³⁹

Sin embargo, es importante reiterar las conclusiones de UNICEF según las cuales la ansiedad y la depresión representan casi el 50% de los trastornos de salud mental entre los jóvenes de 10 a 19 años de la región.⁵¹ Por lo tanto, los esfuerzos para abordar los problemas de salud mental, incluida la ideación suicida, deben extenderse tanto a la población joven como a la mayor. Según un informe regional de la OPS de 2021 que analizaba la mortalidad por suicidio en las Américas, las tasas de suicidio por cada 100.000 habitantes eran más elevadas entre las personas mayores en los cinco países objeto de este estudio, especialmente en Argentina, donde la tasa de suicidio era de 14,25 por cada 100.000 habitantes entre las personas de 80 a 84 años.⁵²

En Brasil, Colombia, México y Panamá, la tasa de suicidios por 100.000 habitantes entre las personas de 80 a 84 años se registró en 12,09, 9,77, 9,51 y 8,76, respectivamente. Argentina tuvo la tasa de suicidio más alta entre las personas de 85 años o más, con un 17,19 por cada 100.000.⁵²

Aunque en América Latina existe una prevalencia elevada de suicidios entre las personas mayores, los AVAD relacionados con el suicidio son mayores entre los hombres de 10 a 49 años.³ La edad adulta joven y la adolescencia implican periodos de cambio que pueden caracterizarse por una inestabilidad emocional, social y física que puede provocar estrés y síntomas depresivos. Además, los efectos de la recuperación del suicidio en la salud pueden durar toda la vida, lo que también repercute en el recuento de AVAD. En 2019, la prevalencia estimada de trastornos mentales entre los adolescentes (de ambos sexos) de 10 a 19 años en Argentina, Brasil, Colombia, México y Panamá oscilaba entre el 12,1% (en México) y el 17,1% (en Brasil).⁵³ Desatendiendo esta problemática los impactos son graves: el suicidio es la tercera causa más común de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años en la región, con más de diez adolescentes que se quitan la vida al día.⁵³ Algunos expertos consultados para este estudio sugirieron que el suicidio entre los más jóvenes es cada vez más prominente, particularmente a la luz de la pandemia: "Algo que observamos en términos de las tendencias en nuestra población es que el aumento [en las tasas de suicidio] se ha disparado particularmente entre la población joven", dice Paulina Arenas Landgrave, doctora en psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México en la Ciudad de México.

La carga del intento de suicidio y la ideación suicida

Los intentos de suicidio, así como los problemas de salud mental que pueden conducir a la ideación suicida, pueden causar su propia carga significativa. Por ejemplo, las repercusiones sociales y psicológicas afectan al individuo en cuestión, a su familia y a sus compañeros; además, puede producirse una discapacidad a largo plazo como consecuencia de una lesión debida a un intento de suicidio.⁵⁴

Todos estos factores pueden tener también un impacto económico en términos de pérdida de productividad, disminución de la capacidad asistencial o aumento de los AVAD. Sin embargo, cabe señalar que la forma en que se capturan los AVAD (años vividos con discapacidad + años de vida perdidos)⁵⁵ podría plantear limitaciones en la estimación de la carga de padecimientos mentales como la depresión. En general, los datos de mortalidad por suicidio de esta región se describen como "irregulares" cuando se comparan con los datos de todos los países europeos.^{26,56} Además, el retraso en la notificación de los datos se ha destacado como otro problema en la región.²⁶ El estigma que rodea a las enfermedades mentales y al suicidio en la región puede afectar a la verosimilitud de los casos notificados, lo que lleva a una clasificación errónea de las muertes por suicidio e incluso a descripciones inexactas de los intentos de suicidio y de la prevalencia de ciertas condiciones de salud mental como la depresión.⁵⁶ Esto podría explicar la gran variabilidad entre las tasas de suicidio de los distintos países, como se señala en un estudio sobre el suicidio en América Latina, en el que se afirma que las muertes notificadas ponen de manifiesto la variabilidad en la región, desde 0,5% en México hasta 24,7% en El Salvador.⁴² Por lo tanto, como punto de partida, debe abordarse el estigma asociado al suicidio, al intento de suicidio, a su ideación y a las enfermedades mentales en general en toda la región para mejorar los sistemas de seguimiento que miden la prevalencia, la incidencia y los patrones demográficos y para recopilar de forma eficaz datos regulares y sólidos. Al tener una visión completa del panorama, los responsables políticos podrán desarrollar y evaluar con confianza estrategias y políticas para combatir el suicidio.⁵⁴

Comprendiendo mejor la carga: las brechas en la vigilancia

La adopción de los sistemas de información sanitaria (HISs por sus siglas en inglés) y las historias clínicas electrónicas (EHRs por sus siglas en inglés) ha creado un poderoso recurso para los estudios epidemiológicos y de predicción de riesgos. Los datos longitudinales modelados a partir de las EHRs en Estados Unidos han demostrado su potencial para respaldar la detección temprana de individuos con alto riesgo de suicidio y lesiones autoinfligidas, lo que

Desafortunadamente, el uso de sistemas de información electrónica (HISs y EHRs) para detectar y potencialmente prevenir el suicidio es escaso en América Latina. Varios de los países del estudio registran los casos de suicidio (y, en algunos casos, los intentos de suicidio), lo que al menos ayuda a conocer la carga existente. Brasil recopila y analiza datos sobre las causas de muerte, incluido el suicidio, a través de DATASUS, el departamento informático del SUS, el Sistema Único de Salud brasileño. Panamá recopila los datos sobre suicidios basándose en los registros administrativos de los centros de salud públicos (Minsa – Ministerio de Salud y CSS – Caja del Seguro Social), privados y oficinas del registro civil. Colombia y México también recopilan datos sobre intentos de suicidio (en el caso de Colombia, se supone que la notificación se realiza semanalmente, recopilados por Saludata, una agencia gubernamental de datos sanitarios) y México coteja datos sobre AVAD y AVAC (años de vida ajustados por calidad) relacionados con el suicidio para utilizarlos en la elaboración de políticas. Los datos de México sobre el suicidio son tomados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Los datos de mortalidad de Argentina, incluidas las muertes por lesiones autoinfligidas, son comunicados por el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL), aunque los datos no se desglosan por suicidios.

Aunque estos países llevan a cabo una vigilancia relacionada con el suicidio, los expertos con los que hablamos plantearon su preocupación por el hecho de que la forma en que se recopilan y controlan los datos da lugar a imprecisiones. "Sabemos que [en Brasil] existe DATASUS, un sistema de seguimiento y vigilancia sobre los tantos intentos y sobre los suicidios", dice Karen Scavacini, psicóloga y cofundadora del Instituto Vita Alere, un instituto de prevención del suicidio en São Paulo. "Sin embargo, realmente no conocemos los datos correctos [que debemos recopilar], y ni siquiera sabemos si los que tenemos son correctos". Los expertos consultados para este informe también señalaron la dificultad de confiar en los sistemas de vigilancia en las zonas rurales, donde se cree que el subregistro es significativo, especialmente entre las comunidades indígenas.

Actuando contra el suicidio: comprendiendo una importante amenaza para la salud pública en América Latina

permite a los pacientes recibir la atención profesional que necesitan.⁵⁷

Financiación de la salud mental en América Latina

Uno de los retos a la hora de lograr una asistencia sanitaria mental coherente y adecuada en toda América Latina es la variación en el modo en que se financian los servicios sanitarios.⁵⁸ Por ejemplo, en Colombia, la cobertura sanitaria es casi universal para su población y obliga a mantener ciertos estándares de atención en todo el país (sin embargo, no al mismo ritmo para todas las condiciones de salud). Al mismo tiempo, la cobertura en el sistema federal argentino puede ser irregular. El gasto en salud mental varía en las provincias argentinas entre el 0,5% y el 5% del gasto sanitario total.⁵⁸ Ambos ejemplos muestran cómo la asistencia sanitaria puede estar fragmentada y tener un impacto significativo en el acceso y la prestación de atención.



En general, los costos de los trastornos mentales son elevados y, sin embargo, en América Latina se afrontan un gasto sanitario público relativamente limitado.

Por ejemplo, el costo anual de los trastornos mentales en toda América Latina se estima en 30,6 millones de dólares (basado en el valor del capital mental perdido, es decir, lo que los niños y los jóvenes aportarían a las economías si no se vieran afectados por los trastornos mentales).¹⁰

A pesar de los intentos por aumentar la concienciación sobre el impacto de los padecimientos mentales en la región, la inversión en salud mental sigue siendo inadecuada en general: solo el 1,8% del gasto sanitario público en América Latina y el Caribe.⁵¹ Esta cifra se compara con la ya insuficiente mediana mundial de gasto en servicios de salud mental, 2,8% del gasto gubernamental en salud.⁵⁹ En general, la OMS recomienda que la inversión en salud mental sea del 5% del presupuesto sanitario debido a la prevalencia de los trastornos mentales y el impacto sobre la asistencia sanitaria.⁶⁰

A nivel de cada país, el gasto en salud mental como proporción del gasto sanitario público total coincide con la media regional en Argentina (1,6%),⁶¹ Brasil (1,6%), Colombia (1,8%) y México (1,8%), pero la cifra es notablemente superior en Panamá (3%). Además, en los cinco países, el costo de la atención de salud mental está incluido en los esquemas de reembolso, aunque en Colombia y México los pacientes pagan el 20% del costo total de la atención de salud mental y los medicamentos (véase la Tabla 4).⁵⁸

Tabla 4: Gasto público en salud mental y pagos totales realizados por servicios y medicamentos en Argentina, Brasil, Colombia, México y Panamá, 2020*

País	Gasto público en salud mental como % del gasto público total en salud	Costo en el punto de servicio de los servicios de salud mental para la mayoría de las personas	Costo de los medicamentos psicotrópicos para la mayoría de las personas
Argentina ⁶²	1,6% [†]	0% (asegurados a todo riesgo)	0% (asegurados a todo riesgo)
Brasil ⁶³	1,6%	0% (asegurados a todo riesgo)	0% (asegurados a todo riesgo)
Colombia ⁶⁴	1,8%	Al menos 20%	Al menos 20%
México ⁶⁵	1,8%	Al menos 20%	Al menos 20%
Panamá ⁶⁶	3,0%	0% (asegurados a todo riesgo)	0% (asegurados a todo riesgo)

* Estos puntos se refieren a los tratamientos incluidos en los formularios y pueden no aplicarse a todos los tratamientos disponibles

† Los datos completos para Argentina no estaban disponibles en el Atlas de Salud Mental de la OMS 2017 o 2020⁶¹

La cobertura del seguro específicamente para la atención relacionada con el suicidio es mucho más limitada, a pesar de los progresos realizados en algunas áreas. "Recientemente, algunas compañías de seguros médicos [en Brasil] ofrecen cobertura para el riesgo de suicidio por conducta suicida, pero no es la mayoría de las compañías", afirma Alexandrina Maria Augusto da Silva Meleiro, miembro de la Asociación Brasileña de Estudios y Prevención del Suicidio (ABEPS). "La mayoría de las compañías de seguros médicos siguen poniendo barreras a los tratamientos de salud mental. Han puesto a su disposición una gran cantidad de psicoterapia, pero con un número reducido [de sesiones] al año, que para algunos funciona [y] para otros tendría que ser más largo que las sesiones estándar al año".

A continuación ofrecemos breves resúmenes sobre la financiación y el acceso a los servicios de salud mental. La financiación y la asignación de recursos para los servicios de salud mental varían ampliamente en cada país (consultar el Apéndice 2 para obtener más información sobre la financiación de la salud mental por países). El acceso a la atención sanitaria también difiere, ya que algunos países obtienen mejores resultados que otros.

Argentina

En Argentina, existe un departamento nacional de salud mental (DGSM) encargado de emitir directrices y propuestas a los Ministerios de Salud. Sin embargo, estas directrices no tienen autoridad vinculante directa porque Argentina es un país federal y la gestión sanitaria no está totalmente delegada al gobierno federal.⁶⁷ Cada provincia asigna de forma independiente fondos limitados al sector de la salud mental, que suelen oscilar entre el 0,5% y el 5% del presupuesto sanitario total, lo que resulta inadecuado.⁶⁷ Tanto a nivel nacional como provincial, el presupuesto para salud mental está por debajo de las normas recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Además, a nivel nacional, un significativo 65% del presupuesto de salud mental se destina a los hospitales psiquiátricos, lo que deja recursos insuficientes para los servicios de base comunitaria.^{58,67}

México

México está comprometido a garantizar la asistencia sanitaria a las poblaciones más vulnerables. El programa INSABI (Instituto Nacional de Salud para el Bienestar) brinda acceso a los servicios sanitarios a más del 43% de la población no cubierta por la seguridad social.

Y, sin embargo, los servicios de salud mental están infra financiados en México.⁵⁸

Los servicios de salud mental cubiertos se limitan a la medicina preventiva, la consulta externa y, en algunos casos, la hospitalización breve. Además, de los 32 estados del país, sólo ocho mencionan la financiación de la salud mental en los documentos de financiación sanitaria. Además, sólo tres estados han establecido presupuestos mínimos para la asistencia sanitaria mental.⁵⁸

Colombia

Colombia ofrece una cobertura sanitaria casi universal, aunque la calidad y el acceso a la atención pueden variar según el entorno clínico. El sistema de dos niveles del país ofrece peores niveles de atención a las personas que no cuentan con un seguro proporcionado por el empleador; los regímenes más pobres o subvencionados tienden a encontrarse en las zonas rurales, donde los recursos sanitarios son escasos.⁶⁸ Por lo tanto, los servicios no están disponibles de manera uniforme en toda la población. En general, se informa de que la inversión en salud mental es baja; además, la corrupción, las reformas obstaculizadas, las deudas del sistema sanitario y el cierre de hospitales y clínicas de salud mental son obstáculos para el progreso.^{23,68}

Brasil

Según los informes, en Brasil la salud mental es un área infrafinanciada.⁶⁰ El Sistema Único de Salud (Sistema Único de Saúde o SUS) del país ha organizado la gestión y la financiación de la sanidad en tres niveles federados (país, estado y ciudad) y se financia mediante contribuciones fiscales y se basa en la atención integral y la igualdad de acceso.⁶⁹

Panamá

La atención comunitaria recibe el 56% del gasto en salud mental en Panamá, que, entre otros beneficios, ayuda a distribuir el acceso de forma más equitativa entre las áreas urbanas y rurales.⁵⁸ "En las provincias contamos con un sistema integrado en el que tanto los asegurados como los no asegurados pueden acceder a cualquier tipo de centro de salud", dice Vanessa Flores, coordinadora de salud mental de la Caja de Seguro Social de Panamá. "En cada centro suele haber un equipo de salud mental o se les deriva [a los pacientes] a un centro que cuente con dicho equipo".

Política y práctica: la prestación de servicios de salud mental y suicidio

Otro reto para lograr una asistencia sanitaria mental consistente y adecuada en toda América Latina es la priorización de la atención de salud mental en la legislación y las políticas.⁵⁸ La existencia de políticas de salud mental y suicidio no puede darse por sentada en la región ni a nivel mundial.⁵⁸ En general, dichas políticas pueden considerarse herramientas poderosas para mejorar la salud mental de una población.⁷⁰ mejorar la calidad de los servicios de salud mental,⁷¹ reducir la carga global de los trastornos mentales y aumentar la concienciación y crear un diálogo en la comunidad sobre los problemas de salud mental y el suicidio. Las políticas pueden administrarse de muchas maneras, por ejemplo, en forma de programas, planes de salud mental, estrategias y legislación a varios niveles.⁷⁰ En 2021, la OMS presentó LIVE LIFE, una guía de implementación para ayudar a los países a reducir la carga del suicidio mediante acciones basadas en evidencias. El documento incluye seis ámbitos básicos: (1) análisis de la situación, (2) colaboración multisectorial, (3) concienciación y defensa, (4) desarrollo de capacidades, (5) financiación y (6) vigilancia, seguimiento y evaluación.²⁶ La guía también proporciona ejemplos de actividades en estos ámbitos que se han llevado a cabo en varios países como forma de inspirar a los responsables de la toma de decisiones de otros países para que adopten prácticas similares en sus contextos locales.²⁶

La OMS publica cada tres años un Atlas de la Salud Mental que ofrece una compilación esclarecedora de datos sobre políticas de salud mental, legislación, recursos humanos, financiación, disponibilidad y utilización de servicios y sistemas de recopilación de datos.⁵⁸ El documento destaca un objetivo del Plan de Acción de Salud Mental 2013-2030, el cual es reforzar el liderazgo y la gobernanza eficaces para la salud mental, incluidas la legislación, las políticas y los planes de salud mental (en consonancia con los derechos humanos internacionales). El plan enfatiza la importancia de contar con actividades de este tipo para que los responsables políticos puedan hacer un seguimiento de los avances e identificar las áreas que necesitan atención.⁵⁸

Guía de aplicación LIVE LIFE de la Organización Mundial de la Salud, dominios centrales:

- análisis de la situación
- colaboración multisectorial
- sensibilización y promoción
- creación de capacidades
- financiación
- vigilancia, seguimiento y evaluación.²⁶

Para ampliar el Atlas de Salud Mental de la OMS, la edición del 2020 incluye información y datos de 171 de los 194 (88%) estados miembros de la OMS sobre el progreso hacia los objetivos de salud mental: el 86% tiene una política o un plan independiente para la salud mental, y el 65% de los estados miembros tiene una ley independiente sobre salud mental.²

Para estas métricas, el enfoque político en las Américas es mixto: un impresionante 91% de los estados miembros cuenta con una política o un plan de salud mental independiente y/o integrado (más que cualquier otra región), sin embargo, sólo el 61% (n = 20) tiene una ley de salud mental,⁵⁸ sólo mejor que África (49%, n = 19). En este contexto, la ley de salud mental se refiere a la legislación para la protección de los derechos civiles y humanos de las personas con trastornos mentales; la admisión y el tratamiento involuntarios; la tutela; y la capacitación profesional y la estructura de los servicios.⁵⁸ En cuanto a las políticas, estrategias o planes independientes de prevención específicos del suicidio, las Américas superan el promedio mundial del 21% de políticas, pero existen políticas en solo un tercio (33%) de los países. Más de la mitad de los países de la región carecen por completo de una política de prevención del suicidio (autónoma o integrada).⁵⁸

A continuación, ofrecemos un breve desglose por país del panorama político relacionado con la salud mental y el suicidio. Es importante revisar las actividades políticas de cada país para observar a qué se le está dando prioridad (si es que se le está dando) y qué hay que mejorar. Cabe señalar que, dado que cada país tiene diferentes niveles de carga relacionada con el suicidio, el intento de suicidio y la ideación suicida, las prioridades políticas serán diferentes. (Consultar el Apéndice 2 para obtener más información sobre las políticas nacionales y regionales contra el suicidio por país.)

En 2010, Argentina promulgó la Ley Nacional de Salud Mental, que enfatiza los derechos del paciente y favorece la atención comunitaria sobre la hospitalización.

Argentina

En 2010, Argentina promulgó la Ley Nacional de Salud Mental, que enfatiza los derechos de los pacientes y favorece la atención comunitaria sobre la hospitalización, tratando la hospitalización como último recurso. Esta ley pretende además desarrollar enfoques para gestionar la salud mental a nivel profesional, como la promoción de equipos multidisciplinarios que involucren a todas las profesiones relevantes en la prestación de asistencia sanitaria mental. La Ley de Salud Mental también señala que los hospitales generales deben disponer de una unidad psiquiátrica y no pueden negarse a admitir a pacientes con enfermedades psiquiátricas. Además, la ley prohíbe la creación de nuevos psiquiátricos y se ha eliminado el requisito de una orden judicial para la hospitalización y el alta. Se ha cambiado el criterio de admisión de "peligrosidad" para uno mismo o para los demás a "riesgo cierto e inminente".⁷² Además, el Departamento de Salud Mental (DGSM) publicó un Plan Nacional de Salud Mental en 2013. Sin embargo, ha habido falta de financiación, escasez de personal en la DGSM, falta de guía epidemiológica y falta de poder sobre las políticas provinciales específicas. Muchas de las provincias del país han promulgado sus propias leyes de salud mental.⁷²

Un estudio menciona que la ley establece la presunción de capacidad; esta se aplica a todos los proveedores sanitarios, de los sectores público, privado y de la seguridad social y reconoce la diversidad cultural y la protección de la identidad personal y colectiva. Sin embargo, debido a que el sistema sanitario argentino está fragmentado, diferentes sectores coexisten uno al lado del otro, con una mala regulación central, y una ausencia de tradición democrática sólida y prolongada, lo que supone otro obstáculo para la subordinación de los sectores conflictivos del sistema sanitario a los principios del Ministerio de Sanidad.⁷²

Una ley específica intenta contrarrestar la naturaleza fragmentada del sistema federal del país, señalando que "la atención psicosocial, la investigación científica y epidemiológica, la capacitación profesional en la detección y el tratamiento de las personas en riesgo de suicidio y la asistencia a las familias de las víctimas de suicidio son de interés nacional para toda la Argentina".⁷³

Actuando contra el suicidio: comprendiendo una importante amenaza para la salud pública en América Latina

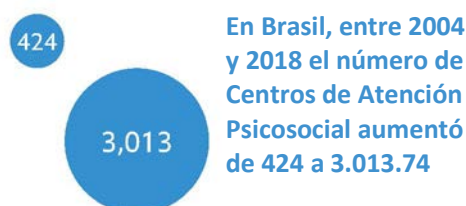
Esta ley exige "el enfoque coordinado, interdisciplinario e interinstitucional de la problemática del suicidio, el desarrollo de acciones y estrategias para lograr la concienciación de la población, el desarrollo de servicios de atención y formación de recursos humanos, y la promoción de redes de apoyo de la sociedad civil con fines de prevención, detección de personas en riesgo, tratamiento y capacitación" Sin embargo, no está claro hasta qué punto se está implementando o haciendo cumplir la ley.

Brasil

La política de salud mental del país -que hace eco de los principios clave de la Declaración de Caracas, un acuerdo realizado entre la OPS, la OMS y los gobiernos latinoamericanos en 1990- se basa en los derechos humanos de los pacientes y en los servicios comunitarios.⁷⁴ Brasil también cuenta con la Política Nacional de Prevención de la Automutilación y el Suicidio, que pretende reforzar la educación permanente y las estrategias sanitarias, especialmente en materia de comunicación, prevención y atención.

Los servicios comunitarios de salud mental se basan en una red de servicios de salud mental (conocida como Rede de Atenção Psicossocial).⁷⁴ Las personas que tienen problemas de salud mental de leves a moderados son tratadas por médicos de atención primaria bajo la supervisión de especialistas en salud mental.⁷⁴ Las personas con trastornos mentales de moderados a graves son tratadas por especialistas en salud mental en servicios ambulatorios. Las personas que padecen psicosis o trastornos relacionados con el alcohol o las drogas son atendidas en Centros de Atención Psicossocial (CAPS) por equipos que proporcionan un tratamiento continuado a quienes padecen trastornos mentales graves y persistentes.⁷⁵ Entre 2004 y 2018, el número de CAPS aumentó de 424 a 3.013.⁷⁴ A pesar de esta importante expansión, los servicios sanitarios están distribuidos de forma desigual por todo el país, concentrándose la mayoría de los servicios de los CAPS en el sur del país, donde reside el 56% de la población; la mayoría de los servicios de salud mental se encuentran en São Paulo.⁷⁴

Disparidades similares están en juego en la prestación de servicios de salud mental para los jóvenes. El número de centros comunitarios especializados en atención a niños y adolescentes (conocidos como CAPSi) pasó de 32 a 136 entre 2002 y 2022. Sin embargo, en Brasil hay una media de un CAPSi por cada 1,3 millones de habitantes, una cifra que palidece en comparación con el 1 por cada 200.000 de las zonas más ricas del país.⁷⁶



Colombia

Las investigaciones han señalado que el desarrollo de leyes y políticas de salud mental se ha basado en datos epidemiológicos sobre las tendencias de los trastornos mentales en el país,⁷⁷ así como en el período continuo de 60 años de conflicto armado en Colombia. La colaboración entre los sistemas judicial y sanitario ha acelerado el proceso de las intervenciones de salud mental. En 2011, a pesar de que el Plan Obligatorio de Salud señalaba que el sistema nacional de salud del país debía proporcionar a cada paciente 30 sesiones de psicoterapia individual o grupal (independientemente de la etapa de la enfermedad del paciente) y sesiones ilimitadas para las víctimas del conflicto armado, no se encontró evidencia relevante que pudiera corroborar dicha cobertura.

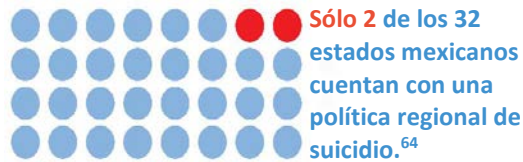
En 2013, el gobierno colombiano aprobó la Ley 1616, que concedía a todos los colombianos el derecho a los servicios de salud mental, y en 2018 se mejoró esta ley para dar prioridad a la integración de la atención a la salud mental en la atención primaria.¹⁸ Se realizó un estudio a escala nacional para comprender mejor los obstáculos a la atención de la depresión en Colombia examinando las experiencias de diversas partes interesadas, como profesionales de la salud, administradores de atención médica y representantes de organizaciones comunitarias.

Sus reflexiones confirmaron la importancia de los modelos de atención integrada, especialmente incorporando la atención de la depresión en el ámbito de la atención primaria.¹⁸

En 2021, el Ministerio de Salud y Protección Social lanzó una estrategia para la prevención de la conducta suicida como parte de la Política Nacional de Salud Mental.⁷⁸ La depresión, el suicidio y el consumo de sustancias psicoactivas se encuentran entre los principales puntos focales de la política, que pretende promover la salud mental como un derecho individual, familiar y colectivo.⁷⁸

México

Solo dos de los 32 estados mexicanos cuentan con una política regional contra el suicidio.⁷⁹ La Ley Nacional de Salud no establece métodos de prevención del suicidio en profundidad, aunque la prevención del suicidio es uno de sus artículos.



La ley establece que la disminución de la incidencia del suicidio es responsabilidad de los gobiernos federal, estatal y municipal. Sin embargo, esta misma ley no menciona la ideación ni la conducta suicidas, no contempla la atención de ninguno de los dos en el servicio sanitario y no ofrece una estrategia de prevención.

Panamá

En 2020, la Asamblea Nacional de Panamá presentó un proyecto de ley que establecía normas y directrices generales para la salud mental, responsabilizando al gobierno de coordinar los diagnósticos, el tratamiento y la rehabilitación con otras partes interesadas.⁸⁰ Este proyecto de ley también habría creado un plan nacional de salud mental, con estrategias y acciones que se revisarían cada siete años, y estaría cubierto por el sistema público de salud para todos los ciudadanos. Sin embargo, el proyecto de ley fue vetado parcialmente por el presidente y devuelto a la Asamblea Nacional en el momento de realizar este estudio.⁵⁸

Un año más tarde, en 2021, se aprobó una ley que establecía la atención obligatoria a las conductas suicidas.⁸⁰ La ley hace de la disminución del suicidio una responsabilidad de múltiples ministerios gubernamentales y organizaciones de pacientes. También establece la capacitación del personal sanitario para atender a las personas afectadas por la ideación suicida, promoviendo redes de apoyo dentro de las comunidades y estableciendo la conducta suicida como métrica en el Sistema Nacional de Información y Vigilancia Epidemiológica.⁸¹

Brechas, carencias, retrasos y barreras: necesidades de atención para reducir la carga del suicidio en América Latina

Escasez de fuerza laboral y de recursos

Una de las causas de las deficiencias de tratamiento en América Latina es el número relativamente bajo de especialistas e instalaciones de salud mental en los países de la región.⁸² Un estudio ha tenido como objetivo alcanzar un consenso global sobre el número óptimo de camas psiquiátricas. Mediante la metodología Delphi, los autores pudieron llegar a un consenso de que 30 sería el mínimo y 60 el número óptimo de camas psiquiátricas por cada 100.000 habitantes.⁵⁸ La diferencia en las tasas de camas comunitarias y camas psiquiátricas en los hospitales generales es aún más pronunciada (ver Tabla 5).

A menudo las personas no reciben tratamiento especializado porque sencillamente no tienen a dónde acudir.

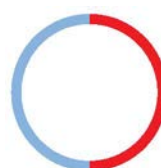
También hay escasez de personas capacitadas y empleadas para tratar a personas con trastornos mentales. Según un informe de la OMS de 2022, la mitad de la población mundial vive en países donde hay un psiquiatra para atender a 200.000 o más personas.

Mientras que el personal de salud mental en E.U.A. asciende a 125,2 por cada 100.000 personas, en América del Sur y Central la tasa es menos de una décima parte de esa cifra, con 8,7 por cada 100.000. En el momento de realizar este estudio no se encontró una recomendación formal reciente sobre la proporción objetivo de personal de salud mental per cápita.

Examinando más de cerca algunos de los países en los que nos centramos, los datos de 2020 muestran que Panamá tenía 5,84 psiquiatras y 3,81 enfermeros por cada 100.000 habitantes. Entre las principales brechas en la prestación de servicios se encuentra la ausencia de clínicas de rehabilitación de día en las zonas rurales del país.⁵⁸

La distribución desigual del personal sanitario también se da entre los sistemas sanitarios públicos y privados. "Tenemos suficientes psiquiatras en Brasil", afirma el Dr. da Silva Meleiro. "Pero el problema es que no se encuentran en los servicios públicos, sólo en los servicios del plan de salud, porque [los servicios públicos pagan] muy mal".

En México, la proporción de psiquiatras por habitante es inferior a la de Panamá, con 1,56 por cada 100.000 personas (la media mundial es de 3,96 por cada 100.000).⁵⁸ Sin embargo, la distribución de estos especialistas es muy desigual: se concentran en los tres estados más ricos y urbanos del país.⁸⁴ Estas cifras reflejan amplias disparidades geográficas, desigualdad regional en la riqueza y un sistema sanitario desigual y fragmentado, como ocurre en muchos de los grandes PRMB de la región.⁸⁴



Sólo 50% de los psiquiatras en México trabajan en el sector de salud pública.⁸⁵

Actuando contra el suicidio: comprendiendo una importante amenaza para la salud pública en América Latina

Tabla 5: Fuerza laboral * y número de camas para salud mental en las Américas⁸³
Por cada 100.000 habitantes, 2017

Subregión	Personal de salud mental*	Mediade camas en hospitales psiquiátricos	Media de camas psiquiátricas en hospitales generales	Media de camas en centros residenciales comunitarios
E.U.A.	125,2	23,6	11,5	15,2
Centroamérica [†]	8,7	3,9	0,2	0
Sudamérica [‡]	8,7	9,0	0,3	0,8
Caribe [§]	69,2	75,3	4,7	2,8

*Incluye psiquiatras, psiquiatras infantiles, otros médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y otros trabajadores remunerados de la salud mental.

[†] Centroamérica (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá)

[‡] Sudamérica (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela)

[§] Caribe (Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Bermudas, Dominica, Jamaica, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Granada, Guyana, Surinam, Trinidad y Tobago, Islas Vírgenes de E.U.A.)

Además, sólo el 50% de los psiquiatras en México trabajan en el sector de salud pública, principalmente en hospitales psiquiátricos, lo que crea una escasez de especialistas en hospitales generales.⁸⁵

En términos de trabajadores disponibles, Argentina se encuentra en el otro extremo del espectro. Sus 14,52 psiquiatras por cada 100.000 habitantes superan ampliamente la media mundial y superan los 9 por cada 100.000 registrados en Europa.^{58,67} Sin embargo, estas cifras esconden puntos débiles. Faltan trabajadores sociales capacitados y también escasean los enfermeros especializados en psiquiatría. Tal vez lo más importante sea que el gran número de especialistas que hay en el país no tiene necesariamente los conocimientos técnicos suficientes para realizar el trabajo con eficacia.⁶⁷ "Hay muchos psicólogos", afirma Martín Juan Etchevers, profesor de psicología e investigador. "Pero quizás no estén [siempre] capacitados".

Brechas en el tratamiento

No sorprende que la financiación inconsistente de los servicios de salud mental en América Latina tiene, se refleje en las inconsistencias de la atención disponible. En todo el mundo, una elevada proporción de adultos y niños (con cifras más elevadas entre los grupos vulnerables, como los indígenas) con enfermedades mentales serias siguen sin recibir tratamiento, lo que aumenta la prevalencia de los trastornos mentales y la carga de morbilidad, con repercusiones en las tasas de suicidio, los intentos de suicidio y la ideación suicida.⁸² Pero las deficiencias en el tratamiento son especialmente pronunciadas en América Latina, con graves consecuencias. Según la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada en Colombia en 2015, menos del 50% de las personas con trastornos mentales recibían algún tipo de atención.¹⁸ Un estudio realizado en México descubrió que las brechas en el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos mentales pueden ser factores clave que contribuyen al aumento de la tasa de suicidios en el país de 3,5 a 5,3 por cada 100.000 habitantes mayores de 18 años.⁸⁶ Estos ejemplos muestran la realidad de la diferencia entre la cobertura y el acceso a la atención cuando se trata de servicios mentales en la región.⁸⁷

Actuando contra el suicidio: comprendiendo una importante amenaza para la salud pública en América Latina

En la región, los retrasos en el tratamiento son habituales y pueden llegar a ser drásticos, si es que se brinda atención alguna. La evidencia sugiere que sólo una minoría de las personas con trastornos mentales ha recibido tratamiento en el año anterior, y el contacto inicial con el tratamiento frecuentemente se retrasa durante muchos años.⁸⁸ La brecha en el tratamiento de los trastornos mentales de moderados a graves es mucho más pronunciada que la de los trastornos mentales graves por sí solos.⁸⁸

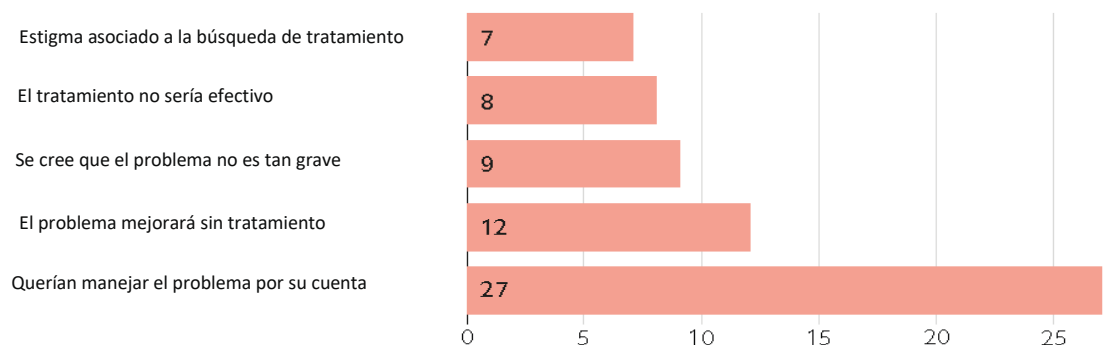
En un estudio de 2019 sobre 6.700 adultos realizado en seis países de las Américas, México presentaba una gran brecha en el tratamiento: sólo el 20% de las personas que requieren asistencia sanitaria mental la reciben.^{89, 90} Las desigualdades sociales, incluidos los niveles educativos y los ingresos familiares más bajos, están muy relacionadas con esta disparidad.⁹⁰ En el conjunto de la región, los datos sugieren una brecha promedio en el tratamiento del 69,9% para los trastornos mentales graves, del 74,7% para los trastornos graves a moderados, del 76,7% para los trastornos de ansiedad y del 83,7% para uno de los principales factores de riesgo de suicidio de la región, los trastornos por consumo de sustancias.⁸²

Barreras para buscar asistencia

Aunque es evidente que existen brechas en el tratamiento disponible, hay toda una serie de barreras que impiden o desaniman a la gente a buscarlo, incluida la mencionada escasez de atención y recursos. Incluso en términos de suicidio y conductas suicidas, la mayor barrera para el tratamiento es que la gente tiene una baja percepción de la necesidad de ayuda. Las investigaciones muestran que ésta es una de las principales razones a nivel mundial (entre el 58% de las personas que experimentan ideación suicida), así como entre las que han ejecutado intentos de suicidio planificados y no planificados.⁹¹ Véase en la Figura 2 un desglose de actitudes más específicas respecto a la búsqueda de tratamiento, extraídas de encuestas de Salud Mental Mundial (SMM) realizadas en 21 países de seis continentes (los participantes tenían 18 años o más).⁹¹ Entre ellos se incluyen África (Nigeria, Sudáfrica), Asia (India, Israel, Japón, Líbano, China [Pekín, Shanghai y Shenzhen]), Australasia (Nueva Zelanda), Europa (Bélgica, Bulgaria, Francia, Alemania, Italia, Países Bajos, Rumanía, España, Ucrania) y América del Norte y del Sur (Brasil, Colombia, México, E.U.A.). El objetivo de este estudio global era examinar el tratamiento de la salud mental y las barreras a la atención entre las personas suicidas.

Figura 2: Barreras actitudinales para buscar tratamiento entre las personas que presentaron algún comportamiento suicida en el último año pero no recibieron tratamiento, en encuestas realizadas en 21 países⁹¹

Razones para no buscar tratamiento, porcentaje



Fuente: Treatment of suicidal people around the world, 2011.⁹¹
Visión gráfica: Economist Impact

Actuando contra el suicidio: comprendiendo una importante amenaza para la salud pública en América Latina

En general, los datos de las Américas muestran que casi el 43% de las personas con un trastorno mental (durante al menos 12 meses) que no acceden a tratamiento no perciben la necesidad de hacerlo. La barrera actitudinal más frecuente es que quieren abordar el problema por su cuenta.⁹² Las consecuencias son especialmente graves en la región: los datos de la encuesta WMH para Colombia y México muestran que el 3,6% de las personas en Colombia y sólo el 2,9% en México con trastornos de ansiedad mostraron signos de recibir tratamiento en el año posterior al inicio de la enfermedad; en el caso de los trastornos por consumo de sustancias, las proporciones fueron del 0,9% en Colombia y del 3,6% en México. En Argentina, los datos de la encuesta WMH mostraron que las personas retrasan la búsqueda de tratamiento durante largos periodos de tiempo, a veces hasta dos o tres décadas, y a su debido tiempo buscan tratamiento si su trastorno persiste durante mucho tiempo. Estos retrasos no sólo suponen una carga para el sistema de salud mental del país (debido a la intensidad de la atención necesaria en fases posteriores), sino que también afectan enormemente al individuo, a sus familias y a la sociedad.⁹³ A menudo, los individuos con trastornos de ansiedad pueden no buscar tratamiento hasta que han desarrollado una comorbilidad, lo que agrava la intensidad general de la enfermedad y la carga asistencial.

El estigma que rodea a los trastornos mentales es sin duda un problema en América Latina, especialmente entre los hombres.

El estigma es sin duda un problema en América Latina, especialmente entre los hombres. "En el caso panameño, todavía existe el estigma, y tenemos que seguir trabajando en la estigmatización de los pacientes con enfermedades mentales", dice el doctor Flores. De manera similar, el Dr. Etchevers ve los mismos problemas en juego en su propio país: "La perspectiva de la sociedad [en Argentina] rechaza la idea de enfermedad mental, rechaza la idea de tratamiento y rechaza la idea de diagnóstico".

Sin embargo, el impacto psicológico de la pandemia del covid-19 ha contribuido a contrarrestar el estigma de buscar ayuda para los problemas de salud mental (o incluso de reconocerlos). Los expertos con los que hablamos mencionaron que la pandemia fue un catalizador que empujó a la comunidad y a los medios sociales a abordar los problemas de salud mental. "La pandemia hizo que más gente se concienciara y sensibilizara sobre el tema", afirma el Dr. Flores. Cuando el equipo del Dr. Etchevers realizó estudios sobre el bienestar mental durante la pandemia, "casi el 40% dijo haber reconocido que necesitaba algún tipo de ayuda".

Además de las barreras relacionadas con la percepción, las barreras estructurales son también una razón clave por la que la gente no recibe tratamiento para los trastornos mentales, incluidos los relacionados con el suicidio y los pensamientos suicidas. En todo el mundo, entre ellas se incluyen la escasez de medios económicos, la ausencia de disponibilidad de tratamientos, los problemas con el transporte y los inconvenientes para acudir a las citas de tratamiento. En una región predominantemente de PRMB como América Latina y el Caribe, las tres primeras razones son particularmente relevantes, siendo el transporte un problema especialmente destacado en la vasta extensión de zonas rurales de la región que pueden estar alejadas de los centros de tratamiento. De hecho, las encuestas WMH realizadas en 15 países (entre ellos Argentina, Colombia y México) informaron que tanto la ausencia de búsqueda de atención como los retrasos en recibir tratamiento son mayores en los países en desarrollo, así como entre las personas mayores y los hombres.⁹³

La ausencia de esfuerzos de concienciación

Las barreras basadas en la percepción que impiden a las personas de América Latina y el Caribe (y de otros lugares) buscar ayuda para sus problemas de salud mental se ven a menudo exacerbadas por la ausencia de acción gubernamental para promover los servicios sanitarios. El suicidio, las autolesiones y la ideación suicida pueden prevenirse a menudo con intervenciones oportunas, basadas en pruebas y de bajo costo, como la concienciación sobre las herramientas y los recursos que están a disposición de los afectados.⁹³

Los programas eficaces de concienciación sobre el suicidio deben impartirse en entornos pertinentes; deben ser polifacéticos, integrales e incluir estrategias basadas en la comunidad; y deben adoptar un enfoque que garantice la edificación de los grupos de riesgo.⁹⁵ En general, este estudio resalta la falta de iniciativas de este tipo en América Latina, y que las que se encontraron eran limitadas en su alcance. Argentina y México celebran un día de concienciación para la prevención del suicidio (10 de septiembre), utilizando las campañas de la OMS que promueven acciones para la prevención. En Brasil, desde 2014, el Consejo Federal de Medicina y la Asociación Brasileña de Psiquiatría se han asociado en la campaña Septiembre Amarillo para difundir los esfuerzos de concienciación sobre el suicidio en todo el país. "En términos de salud mental, [el gobierno brasileño] ha llevado a cabo más campañas en comparación con otros años, pero falta mucho en términos de atención", afirma el Dr. Scavacini. "Hemos estado hablando más de la salud mental en general y también de la de los adolescentes y los niños, incluida [la concienciación] por parte del gobierno, pero aún queda mucho por hacer" En 2019, Colombia y la Asociación Colombiana de Psiquiatría lanzaron la campaña #PrevenirEsPreguntar: el suicidio se puede prevenir.

Esta campaña se centró en situar el problema del suicidio y la ideación suicida en un diálogo abierto, incitando a las personas a hacer preguntas que salvan vidas y a detectar señales de alarma (estos incluyen, expresar pensamientos sobre la muerte o el suicidio, tener conductas autodestructivas, cambios en el comportamiento habitual), y divulgando lo que se puede hacer para prevenir el suicidio. La campaña recomendaba que las personas preguntaran a sus seres queridos, o a las personas que conocieran que mostraran signos de advertencia de suicidio, si estaban pensando en suicidarse y los animaran a buscar ayuda en forma de concertar una cita con un psiquiatra.

Además, los expertos mencionaron campañas de salud mental con personas conocidas, como actores y atletas, que se han visto afectadas por problemas de salud mental. El objetivo de estas campañas es sensibilizar a la población. Los expertos señalaron que también es importante que el sistema sanitario esté preparado para acoger la demanda adicional que puedan generar las campañas, dada la creciente tasa de suicidios en la región junto con la carga de enfermedades mentales subyacentes. Es decir, una vez que las personas son más conscientes y se ha reducido el estigma, es más probable que busquen asistencia médica.

Abordar las realidades del suicidio: áreas clave de enfoque para los formuladores de políticas y los gobiernos en América Latina



Aumentar los fondos asignados a la atención de la salud mental.

La salud mental en la región está gravemente infra financiada, ya que los países destinan tan solo el 25% de la cuota presupuestaria recomendada por la OMS a la salud mental dentro de su gasto sanitario público global. La ausencia de financiación podría ser el resultado de recursos financieros limitados o de falta de concienciación general sobre la intensidad del suicidio/las enfermedades mentales como problemas de salud pública, lo que subestima la cantidad de fondos necesarios en este ámbito.²⁶

Aumentar la parte de la financiación para igualar la cifra recomendada por la OMS es una de las muchas formas de poner en marcha el engranaje hacia una atención oportuna e integral y un acceso equitativo para todos. Además, se ha informado que, al proporcionar una financiación adecuada para la atención de la salud mental, los beneficios económicos tienen el potencial de ser elevados. Por ejemplo, la OMS reportó que el retorno de la inversión en la intervención en salud mental en Perú fue de dos a cinco veces superior a lo proyectado.⁹⁶ Igualmente, las aseguradoras deben tomar medidas definitivas (y ser incentivadas a hacerlo, ya sea mediante regulación, recompensa o ambas) para garantizar que cubren adecuadamente todos los servicios necesarios. Destinar una cantidad adecuada a la prestación de servicios de salud mental ayudará a los responsables políticos a cumplir con su parte de responsabilidad en el cuidado de la salud mental de las personas y en la lucha contra el suicidio. Una parte crucial de la evolución de los servicios sanitarios consistirá en reforzar la atención centrada en la prestación de asistencia sanitaria, mejorando el acceso oportuno para todos, reduciendo la necesidad de camas hospitalarias y facilitando el camino hacia la asistencia para las personas que viven fuera de las grandes zonas urbanas. Una financiación adecuada también reducirá las barreras relacionadas con la infraestructura y el costo del acceso a la atención de salud mental.⁹⁷ Sin embargo, mientras se trabaja para que la atención esté ampliamente disponible a través de programas comunitarios, los gobiernos no pueden permitirse el lujo de seguir careciendo de recursos suficientes para la atención hospitalaria. La atención hospitalaria seguirá siendo necesaria para los pacientes más graves, que seguirán existiendo, aunque en menor número si se consigue una atención oportuna.

Para combatir el suicidio, los responsables políticos deben tener en cuenta los factores amplios e interrelacionados que abarcan problemas de salud

Actuando contra el suicidio: comprendiendo una importante amenaza para la salud pública en América Latina

mental como la ansiedad y la depresión, problemas relacionados con el estilo de vida como el abuso de sustancias (incluido el alcohol) y problemas socioeconómicos como la privación social y la desigualdad de ingresos.



El suicidio, la ideación suicida y el intento de suicidio, así como las autolesiones, son consecuencia de múltiples factores de estrés, que requerirán una acción decidida y coordinada por parte de múltiples departamentos gubernamentales, así como de otras partes interesadas.

El reporte periódico de los datos de mortalidad por suicidio y el monitoreo de los padecimientos mentales, incluida la depresión, pueden ayudar al desarrollo y la planificación de políticas.

Tal y como están las cosas, los gobiernos y los servicios sanitarios no tienen una comprensión fiable de la magnitud o las complejidades de la carga que suponen la salud mental y el suicidio en sus países. Esto es el resultado de muchos factores, desde la ausencia de recopilación de datos, la ausencia de calidad de estos y el retraso en su comunicación. El estigma desempeña un papel clave, ya que muchas personas pueden no sentirse cómodas a la hora de acudir en busca de ayuda en relación con su enfermedad mental, intento de suicidio o ideación suicida. El estigma también puede influir en la verosimilitud de los casos notificados, lo que lleva a una clasificación errónea de las muertes por suicidio y a descripciones inexactas de los intentos de suicidio y de la prevalencia de ciertos padecimientos mentales como la depresión.

Con datos poco fiables, resulta difícil comprender la magnitud de la carga y quiénes son las poblaciones a las que es más difícil llegar (geográficamente y en términos de actitudes hacia la salud mental). Además, los servicios sanitarios se quedan con una evaluación parcial o inexacta de la carga. Por ejemplo, muchos de los datos en torno a las tasas de suicidio juvenil son anteriores a la pandemia, un evento que ha afectado drásticamente estas tasas. La investigación ha demostrado que la ausencia de datos consistentes y fiables sobre el suicidio y los intentos de suicidio es un obstáculo para determinar la eficacia de las estrategias y los planes para reducir el suicidio y los intentos de suicidio. Por lo tanto, es esencial desarrollar un sistema integrado de información sanitaria (HIS) para obtener datos sobre cada una de estas acciones, que luego puedan ser registrados y analizados por los profesionales de la salud y los responsables políticos. Estos datos podrían utilizarse con el aprendizaje automático para predecir la conducta suicida.⁹⁸ Sin embargo, sin acabar primero con el estigma, es posible que los datos recopilados en la región nunca proporcionen una imagen completa y exacta de la carga.

Actuar para concienciar sobre el suicidio por depresión y combatir el estigma relacionado con el reconocimiento y la búsqueda de ayuda para los problemas de salud mental.

América Latina se ve afectada por una serie de barreras relacionadas con la actitud y la percepción a la hora de buscar atención para los problemas de salud mental y los pensamientos suicidas. Muchas personas de la región creen que un problema de salud mental es un problema que se resuelve solo (o que se solucionará con el tiempo), mientras que otras se desaniman a la hora de hablar, incluso con amigos y familiares, debido al estigma relacionado con actitudes culturales dominantes como el machismo (para los hombres). Las tasas de suicidio también son elevadas entre los grupos vulnerables que han sufrido discriminación (por ejemplo, refugiados e inmigrantes; presos; y personas lesbianas, homosexuales, bisexuales, transexuales y queer).



A nivel nacional, los gobiernos deben tomar medidas para crear un entorno en el que las personas puedan hablar abiertamente sobre salud mental entre ellas, a través de la mejoría de la alfabetización en salud mental. Esto puede hacerse aumentando y amplificando la comunicación sobre la intensidad y el impacto de las enfermedades mentales, los beneficios de buscar ayuda y cómo acceder a la atención. La OPS lanzó recientemente una nueva campaña conocida como "haz tu parte para respaldar la salud mental" en un intento de reducir el estigma y la discriminación que sufren las personas que padecen enfermedades mentales. La campaña invita a las personas a compartir sus historias y experiencias con la salud mental en las redes sociales utilizando #DoYourShare. Además de esto, las personas pueden acceder al sitio web de la OPS para obtener materiales sobre lo que pueden hacer para reducir el estigma y la discriminación, y las formas en que pueden compartir su historia.⁴¹ Por otra parte, algunos países de América Latina cuentan con ciertas herramientas, como líneas telefónicas de crisis, como una forma de reducir los intentos de suicidio y ofrecer apoyo de salud mental por teléfono. En Colombia, la línea SalvaVidas está disponible 24 horas al día, 7 días a la semana a través de correo electrónico, WhatsApp, llamadas telefónicas y Facebook. La línea ofrece una serie de servicios que van desde herramientas para mejorar la convivencia, asesoramiento sobre cuestiones que no son factores de riesgo inmediatos, pero que pueden convertirse en causas de suicidio, derivaciones y primeros auxilios psicológicos.⁹⁹ Todo el mundo puede acceder a este servicio, aunque se da prioridad a los adolescentes y jóvenes con ideación suicida, a los inmigrantes y refugiados venezolanos y a las mujeres víctimas de violencia de género e intrafamiliar.¹⁰⁰ La línea está formada por psicólogos y voluntarios con experiencia en la prestación de apoyo emocional. Desde septiembre de 2019, han ayudado a salvar 612 vidas.⁹⁹

Como punto de partida, los gobiernos pueden consultar la herramienta de compromiso con la comunicación proporcionada por la OMS o la guía de implementación LIVE LIFE para la prevención del suicidio en los distintos países. El kit de herramientas de la OMS proporciona una guía paso a paso para crear un plan de acción contra el suicidio adaptado a la comunidad. Por ejemplo, los responsables políticos pueden pensar en colaborar con los medios de comunicación locales para desarrollar campañas educativas que notifiquen a la población sobre el suicidio, fomenten la salud mental y reduzcan el estigma.²⁴ Del mismo modo, la guía de implementación de LIVE LIFE²⁶ ofrece seis ámbitos principales, entre los que se incluyen la sensibilización y promoción, que destaca la colaboración entre el ministerio de salud y los medios de comunicación, así como con otras partes interesadas. La comunicación continua del tema es primordial, y la guía de implementación de LIVE LIFE sugiere que esto podría llevarse a cabo en entornos a los que accedan individuos que podrían estar en riesgo o que estén buscando ayuda (por ejemplo, comunicación en forma de folletos, anuncios y carteles que se coloquen en el transporte público, en el lugar de trabajo o en las escuelas).²⁶ La guía de implementación de LIVE LIFE también proporciona estudios de casos de esfuerzos de sensibilización implementados en otros países tanto a nivel nacional como comunitario, ejemplos que nuestros países de interés podrían pensar en modelar.



Trabajar para contrarrestar las desigualdades geográficas, sociales y económicas que crean barreras de acceso en toda la región.

Algunos países de América Latina se enfrentan a importantes brechas entre la población urbana y la rural, la más pobre y la más rica. A menudo, la brecha económica refleja la geográfica, al igual que la prestación de servicios sanitarios, incluida la asistencia mental. Se ha informado de que las personas que viven en la pobreza tienen un acceso limitado a una asistencia sanitaria mental adecuada, lo que puede agravar la proliferación de desigualdades en los países de la región. También se reconoce ampliamente que las personas pobres tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades mentales como la depresión, ya que estos individuos se enfrentan a más dificultades en la vida y tienen menos acceso a una atención adecuada.⁵

Del mismo modo, allí donde no se dispone de una asistencia sanitaria verdaderamente universal, los residentes urbanos más pobres pueden encontrarse efectivamente excluidos de la atención por problemas de salud mental e ideación suicida. La exclusión social y económica pueden ser factores desencadenantes de problemas de salud mental y pensamientos suicidas. Los responsables políticos y otras partes interesadas de los sectores gubernamentales, el sector de salud pública en general, los servicios de salud mental, los grupos vulnerables, los supervivientes de suicidios y sus familias, los medios de comunicación y las organizaciones no gubernamentales (ONG) deben trabajar para garantizar que las personas necesitadas, vivan donde vivan y ganen lo que ganen, puedan acceder a la atención que necesitan cuando la necesitan.

De cara al futuro, creemos que cada una de las acciones anteriores es esencial para reducir el impacto del suicidio. Dar prioridad a la postvención también es vital, ya que la continuidad de la atención no termina una vez que se produce o se intenta un suicidio. Es necesario abordar el duelo y el trauma no resueltos de los que quedan atrás, ya que las pruebas empíricas demuestran que la exposición al suicidio aumenta el riesgo de suicidio posterior, así como otras secuelas negativas para la salud mental.⁴⁰ Uruguay ofrece un ejemplo de postvención en la región. Una ONG conocida como Último Recurso pretende detener el suicidio a través de líneas telefónicas de ayuda, atención clínica, talleres y grupos de postvención. Los grupos están formados por dos suicidólogos formados en psicoterapia de grupo y psicología social. En Brasil, los medios sociales y las redes en línea han desempeñado un papel vital en el desarrollo de una cultura de postvención. Los supervivientes de suicidio pueden buscar información sobre el suicidio y apoyo en el duelo por suicidio. Brasil cuenta con numerosos grupos de debate sobre postvención disponibles en línea, por ejemplo, un grupo de apoyo en línea para supervivientes en Facebook conocido como Grupo Virtual de Enlutados por Suicidio: sobrevivientes que incluye miembros de diferentes partes del país.¹⁰¹

Las actividades de postvención pueden crear un mundo en el que se desestigmatice el suicidio, se apoye a los afectados y se disponga de información exacta. Es posible avanzar en la disminución de los dolorosos efectos del suicidio, pero solo si las partes interesadas están dispuestas a comprometerse con las acciones necesarias para cambiar las barreras estructurales y actitudinales en toda la región.

Llamados a la acción:

- Aumentar los fondos asignados a la atención de la salud mental
 - El reporte periódico de los datos de mortalidad por suicidio y el monitoreo de los padecimientos mentales, incluida la depresión, pueden ayudar al desarrollo y la planificación de políticas
 - Tomar medidas para concienciar sobre el suicidio por depresión y combatir el estigma relacionado con el reconocimiento y la búsqueda de ayuda para los problemas de salud mental
 - Trabajar para contrarrestar las desigualdades geográficas, sociales y económicas que crean barreras de acceso en toda la región
- 

Apéndice 1: Datos epidemiológicos del suicidio en los países del estudio

Tabla 6: Tasa de mortalidad por suicidio estandarizada por edad en ambos sexos por 100.000^{3,8}

Tasa de mortalidad estandarizada por edad (UI de 95%) por 100.000

País	Género	1990	2019	% de cambio
Argentina	Ambos	8.6 [8.3, 8.8]	10.4 [9.8, 11.1]	21.5 [13.4, 29.7]
	Hombres	13.8 [13.3, 14.3]	17.5 [16.3, 18.7]	26.7 [17.7, 36.9]
	Mujeres	4.1 [3.9, 4.3]	4 [3.7, 4.3]	-3.0 [-11.4, 5.3]
Brasil	Ambos	7.3 [7.1, 7.5]	5.7 [5.7, 6.2]	-21.7 [-26.2, -14.3]
	Hombres	11.8 [11.4, 12.2]	9.5 [8.9, 10.5]	-20.0 [-25.3, -11.2]
	Mujeres	3.1 [2.9, 3.2]	2.2 [2.1, 2.5]	-27.2 [-31.9, -21.5]
Colombia	Ambos	4.7 [4.5, 4.9]	5.3 [4.1, 6.8]	13.3 [-14.4, 45.6]
	Hombres	8 [7.6, 8.4]	9 [6.8, 11.5]	12.4 [-15.2, 45.0]
	Mujeres	1.6 [1.5, 1.7]	2 [1.5, 2.6]	21.5 [-11.0, 59.6]
México	Ambos	3.8 [3.7, 3.9]	6 [5.1, 7]	58.5 [34.1, 85.5]
	Hombres	6.7 [6.5, 6.8]	10.4 [8.6, 12.4]	55.6 [28.7, 86.9]
	Mujeres	1.1 [1.1, 1.1]	2 [1.6, 2.4]	79.2 [43.7, 121.0]
Panamá	Ambos	4.8 [4.5, 5.2]	4.7 [3.6, 6.1]	-2.4 [-27.3, 27.2]
	Hombres	8.1 [7.5, 8.8]	8 [6.1, 10.4]	-1.1 [-26.9, 30.4]
	Mujeres	1.5 [1.4, 1.7]	1.4 [1.1, 1.9]	-5.1 [-29.9, 26.3]

UI = intervalos de incertidumbre

Los datos presentados en esta tabla comprenden únicamente las categorías masculina y femenina y no incluyen a la población transexual u homosexual.

Actuando contra el suicidio: comprendiendo una importante amenaza para la salud pública en América Latina

Tabla 7: Tasa de suicidios de AVAD* estandarizada por edad en ambos sexos por 100.000^{3,8}

Tasa de AVAD* estandarizada por edad (UI de 95%) por 100.000				
País	Género	1990	2019	% de cambio
Argentina	Ambos	368.6 [355.5, 383.2]	523.7 [490.7, 560]	42.1 [31.7, 53.0]
	Hombres	553.9 [529, 579.6]	847.7 [783.7, 918.3]	53.0 [40.7, 66.9]
	Mujeres	197.4 [186.9, 207.8]	212.6 [195.2, 230.2]	7.7 [-1.9, 18.0]
Brasil	Ambos	326.9 [317.6, 338.2]	266.7 [253, 290.4]	-18.4 [23.2, -11.0]
	Hombres	520.7 [503.2, 539.6]	434 [407.9, 480.1]	-16.6 [-22.7, -7.8]
	Mujeres	143 [137.4, 149.5]	107.7 [101.1, 118.5]	-24.7 [-29.5, -18.4]
Colombia	Ambos	239.1 [227.6, 251.1]	277.5 [211.2, 354.4]	16.1 [-11.8, 49.5]
	Hombres	393.3 [370.7, 416.3]	447.2 [339.3, 571.9]	13.7 [-14.4, 47.9]
	Mujeres	93.4 [86.2, 100.4]	115.3 [86.2, 149]	23.5 [-9.1, 62.5]
México	Ambos	180.7 [176.8, 184.6]	307.6 [262.3, 357]	70.2 [44.5, 97.2]
	Hombres	310.4 [303.2, 317.5]	515.2 [430, 616.3]	66.0 [38.0, 98.7]
	Mujeres	59.1 [57, 60.9]	111.6 [90.2, 135.3]	88.8 [53.4, 131.2]
Panamá	Ambos	238.9 [220.7, 257.6]	232.8 [176.2, 302.9]	-2.6 [-28.0, 27.5]
	Hombres	392.7 [357.7, 427.8]	386.1 [291.6, 504]	-1.7 [-28.2, 30.5]
	Mujeres	82.6 [73.4, 93.3]	77.5 [57.8, 100.5]	-6.1 [-30.5, 24.5]

UI = intervalos de incertidumbre

Los datos presentados en esta tabla comprenden sólo las categorías masculina y femenina y no incluyen a la población transexual u homosexual.

* Los AVAD son la suma de los AVP (años de vida perdidos) y los AVD (años vividos con discapacidad). Los AVAD de esta tabla cuantifican la pérdida de vida sana atribuible al suicidio midiendo la diferencia entre la situación real y la ideal, en la que se vive la esperanza de vida estándar en perfecto estado de salud.

Apéndice 2: Tarjeta de puntuación latinoamericana para Actuar contra el Suicidio

Evaluación para abordar la carga del suicidio

Metodología

A. Ideación del marco

- Con el fin de proporcionar una investigación basada en evidencia para abordar las necesidades insatisfechas relacionadas con la ideación suicida, el equipo de Economist Impact desarrolló un marco de comparación entre países para comparar indicadores clave entre los países seleccionados. Este marco se adaptó en función de los hallazgos de la investigación secundaria e incluyó una perspectiva de múltiples capas y multidimensional sobre la reducción de la carga del suicidio.

B. Investigación

- Un componente central de este programa de investigación fue concienciar sobre las brechas en la atención y las necesidades insatisfechas de las personas con ideación suicida y depresión grave, con un enfoque regional en América Latina y cinco países clave. La investigación en profundidad de los ámbitos ofreció una imagen holística de los fundamentos y las palancas políticas para impulsar una atención mejor y más temprana, y un análisis de los indicadores de las políticas de salud mental y los resultados del suicidio en los distintos países.

C. Puntuación de los indicadores

- Los indicadores se evaluaron principalmente basándose en las tendencias obtenidas a través de una amplia investigación secundaria, con justificaciones proporcionadas.
- En el caso de los indicadores cualitativos que pueden ser subjetivos y no comparables por países, una medida de puntuación de 3 puntos proporcionó grados adicionales de fiabilidad y comparabilidad.
- Cada indicador recibió una puntuación de impacto "alto", "medio" o "bajo" con base en el análisis de Economist Impact, que se traduce en un sistema de puntuación de 3 puntos (2) alto, (1) medio, (0) bajo.

De acuerdo con la investigación realizada, cada uno de los países objetivo fue sometido a una evaluación comparativa para comprender mejor sus capacidades para abordar el suicidio.

Actuando contra el suicidio: comprendiendo una importante amenaza para la salud pública en América Latina

Tabla 8: Evaluación para abordar la carga del suicidio

Dominio	Indicador	Puntuación/Unidades	Justificación	Argentina	Brasil	Colombia	México	Panamá
1. Carga del suicidio	1.1 Tasa de mortalidad por suicidio estandarizada por edad, % de variación entre 1990-2019, ambos sexos	% de cambio	Evaluar las tasas actuales de suicidio ^{s1}	21,50%	-21,70%	13,30%	58,50%	-2,40%
	1.2 Tasa de AVAD por suicidio estandarizada por edad, % de cambio entre 1990-2019, ambos sexos	% de cambio	Comprender la carga del suicidio ^{s1}	42,10%	-18,40%	16,10%	70,20%	-2,60%
	1.3 Tasas de tendencia de muertes por suicidio entre 1990-2019	Aumento/Disminución	Comprender las tendencias a escala nacional ^{s1}	Incremento	Disminución	Incremento	Incremento	Disminución
	1.4 Tasas de hospitalización (por intento de suicidio o autolesiones deliberadas)	por cada 100.000	Comprender la carga que soportan los hospitales	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
2. Políticas nacionales y regionales sobre el suicidio	2.1 Ley nacional de salud mental	1 - Sí 2 - No	Evaluar la voluntad del gobierno de dar prioridad a la salud mental	1 ^{s2}	1 ^{s3}	1 ^{s4}	0 ^{s5}	0 ^{s6}
	2.2 Programa nacional de prevención del suicidio	2 - Programa nacional 1 - Programas regionales 0 - Sin programas	Evaluar la voluntad de abordar el suicidio	0 ^{s2}	2 ^{s3}	2 ^{s4}	2 ^{s5}	0 ^{s6}
	2.3 Programa de concienciación sobre salud mental en todo el país	2 - Programa nacional 1 - Programas regionales 0 - Sin programas	Evaluar la voluntad de promover la salud mental a nivel nacional	0 ^{s2}	2 ^{s3}	2 ^{s4}	0 ^{s5}	0 ^{s6}
	2.4 Programa nacional y/o regional de promoción contra el estigma	2 - Programa nacional 1 - Programas regionales 0 - Sin programas	Evaluar la voluntad de reducir el estigma de la salud mental a nivel nacional y/o regional	0 ^{s2}	2 ^{s3}	2 ^{s4}	0 ^{s5}	0 ^{s6}

Actuando contra el suicidio: comprendiendo una importante amenaza para la salud pública en América Latina

Dominio	Indicador	Puntuación/Unidades	Justificación	Argentina	Brasil	Colombia	México	Panamá
2. Políticas nacionales y regionales sobre el suicidio	2.5 Programa escolar de promoción de la salud mental	2 - Programa nacional 1 - Programas regionales 0 - Sin programas	Evaluar la voluntad de ayudar a prevenir las enfermedades mentales y educar precozmente	2 ^{s2}	2 ^{s3}	2 ^{s4}	2 ^{s5}	2 ^{s6}
3. Financiación de la salud mental	3.1 Gasto público total en salud mental como % del gasto público total en salud (2020)	%	Evaluar el gasto gubernamental en salud mental	Sin datos ^{s2}	1,6% ^{s3}	1,8% ^{s4}	1,8% ^{s5}	3,0% ^{s6}
	3.2 Asignación de recursos para invertir en profesionales de la salud y atender las necesidades de salud mental	1 - Suficiente 0 - Insuficiente	Evaluar la voluntad de financiar el personal de salud mental	Sin datos ^{s2}	Sin datos ^{s3}	Sin datos ^{s4}	Sin datos ^{s5}	Sin datos ^{s6}
	3.3 Los servicios de salud mental están cubiertos económicamente para los pacientes (incluyendo, terapia de conversación, medicación, etc.)	2 - Todos los servicios cubiertos (terapia de conversación, medicación, psiquiatría) 1 - Algunos servicios cubiertos 0 - La salud mental no está cubierta	Comprender la eficacia de la cobertura del seguro para la salud mental	1 ^{s2}	1 ^{s3}	1 ^{s4}	1 ^{s5}	1 ^{s6}
4. Necesidades de atención	4.1 Departamento/servicios separados para la atención de la salud mental en el hospital general (Asignación de camas a la salud mental en el hospital general)	2- Asignación suficiente a nivel nacional (>60 camas psiquiátricas por 100.000) 1- Dotación suficiente en algunos hospitales (30-60 camas psiquiátricas por 100.000) 0 - Asignación insuficiente (<30 camas psiquiátricas por 100.000) ^{s7,s8}	Comprender si los hospitales generales están preparados para tratar a pacientes de salud mental ^{s7}	1 ^{s2}	2 ^{s3}	0 ^{s4}	0 ^{s5}	0 ^{s6}

Actuando contra el suicidio: comprendiendo una importante amenaza para la salud pública en América Latina

Dominio	Indicador	Puntuación/Unidades	Justificación	Argentina	Brasil	Colombia	México	Panamá
4. Necesidades de atención	4.2 Equipo especializado y multidisciplinario disponible para la atención al paciente tanto en régimen de hospitalización como ambulatorio - Especializado se refiere a un médico experto en salud mental (por ejemplo, un psiquiatra) - El equipo multidisciplinario se refiere a la atención disponible para los pacientes que tienen necesidades sanitarias junto con necesidades de salud mental	2 - Disponible en todas las configuraciones 1 - Disponible en algunas configuraciones 0 - No disponible	Evaluar el tipo de atención especializada prestada (psicólogo, psiquiatra)	0 ^{s2}	2 ^{s3}	1 ^{s4}	2 ^{s5}	2 ^{s6}
	4.3 Tele terapia disponible y reembolsada	2 - Disponible y reembolsado 1- Disponible y no reembolsado 0 - No disponible	Verificar la disponibilidad de los cuidados a los que podría tener acceso una persona	1 ^{s10,s11}	2 ^{s3}	2 ^{s4}	Sin datos ^{s5}	Sin datos ^{s6}
	4.4 Líneas de ayuda de emergencia disponibles	2 - Disponible a nivel nacional 1 - Disponible en algunas regiones 0 - No disponible	Verificar la disponibilidad de los cuidados a los que podría tener acceso una persona	2 ^{s12}	2 ^{s3}	2 ^{s4}	2 ^{s5}	2 ^{s6}
	4.5 Atención de seguimiento disponible tras un intento de suicidio	2 - Disponible a nivel nacional 1 - Disponible en algunas regiones 0 - No disponible	Determinar las necesidades de cuidados de seguimiento	0 ^{s2}	0 ^{s3}	0 ^{s4}	0 ^{s5}	2 ^{s6}
5. Vigilancia	5.1 Sistema de monitoreo/vigilancia implementada que controla las autolesiones deliberadas	2 - Sí, a nivel nacional 1 - Solo en algunas regiones 0 - No hay nada	Evaluar el uso de los sistemas informáticos para supervisar los indicadores y apoyar la gestión, la rendición de cuentas y aportar pruebas para la toma de decisiones	2 ^{s13}	2 ^{s14}	2 ^{s15}	2 ^{s16}	2 ^{s17}
	5.2 ¿Recopila el país el uso auto informado de servicios o trastornos de salud mental?	2 - Sí, a nivel nacional 1 - Solo en algunas regiones 0 - No recopilado	Evaluar el uso de las encuestas nacionales para comprender el uso de los servicios y la carga auto declarada	0 ^{s18}	2 ^{s19}	2 ^{s20}	2 ^{s21}	2 ^{s22}

Actuando contra el suicidio: comprendiendo una importante amenaza para la salud pública en América Latina

Dominio	Indicador	Puntuación/Unidades	Justificación	Argentina	Brasil	Colombia	México	Panamá
6. Mano de obra	6.1 Psiquiatras	por 100,000 ^{s9}	Evaluar la capacidad de los especialistas para detectar y tratar los trastornos de salud mental	14.52	3.69	2.5	1.56	5.84
	6.2 Enfermeros de salud mental	por 100,000 ^{s9}	Evaluar la capacidad para detectar y tratar los trastornos de salud mental	No informado	0.13	147.17	4.86	3.81
	6.3 Psicólogos	por 100,000 ^{s9}	Evaluar la capacidad de los especialistas para detectar y tratar los trastornos de salud mental	286.33	13.68	128.32	5.85	5.20
	6.4 Trabajadores sociales	por 100,000 ^{s9}	Evaluar la capacidad de contacto para el seguimiento de las personas con trastornos de salud mental	4.95	7.57	No informado	1.36	No informado
	6.5 Otros trabajadores especializados en salud mental (como terapeutas ocupacionales)	por 100,000 ^{s9}	Evaluar la capacidad de los servicios en todo el continuo asistencial	16.66	139.23	14.88	1.05	0.24
	6.6 Programas de capacitación en educación en salud mental disponibles para profesionales sanitarios en forma de formación médica continua	Sí/No	Comprender la calidad de la atención que se presta	No ^{s2}	Sí ^{s23,s24}	No ^{s25-s27}	No ^{s28,s29}	Sí ^{s30}

Fuentes de la Tabla 8

s1. Dávila-Cervantes CA. Suicide burden in Latin America, 1990-2019: findings from the Global Burden of Disease Study 2019. Public Health. 2022;205:28-36.

s2. OMS. Mental health atlas 2020 country profile: Argentina. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/arg.pdf?sfvrsn=8b84795d_6&download=true.

s3. OMS. Mental health atlas 2020 country profile: Brazil. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/bra.pdf?sfvrsn=d6086f32_7&download=true.

s4. OMS. Mental health atlas 2020 country profile: Colombia. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/col.pdf?sfvrsn=2e4c18c7_6&download=true.

Fuentes de la Tabla 8

- s5. OMS. Mental health atlas 2020 country profile: Mexico. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/mex.pdf?sfvrsn=c3c55383_6&download=true.
- s6. OMS. Mental health atlas 2020 country profile: Panama. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/pan.pdf?sfvrsn=f29d8ea_6&download=true.
- s7. Mundt AP, Rozas Serri E, Irrázaval M, et al. Minimum and optimal numbers of psychiatric beds: expert consensus using a Delphi process. *Mol Psychiatry*. 2022;27(4):1873-9.
- s8. OMS. Supporting Argentina's regional leadership in telehealth [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponible en: <https://www.who.int/about/accountability/results/who-results-report-2020-mtr/country-story/2020/supporting-argentinass-regional-leadership-intelehealth> (Consultado el 1 de febrero de 2023).
- s9. DLA Piper. Telehealth regulation [Internet]. Buenos Aires: DLA Piper Intelligence. Disponible en: <https://www.dlapiperintelligence.com/telehealth/countries/index.html?t=02-regulation-of-telehealth&c=AR> (Consultado el 1 de febrero de 2023).
- s10. Centre for suicide prevention. The Suicide Assistance Center of Buenos Aires. Buenos Aires: Centre for suicide prevention. Disponible en: <https://www.suicideinfo.ca/resource/sieco-19910675/> (Consultado el 1 de febrero de 2023).
- s11. Argentina Presidencia. Abordaje intersectorial de la problemática del suicidio y de las autolesiones. Argentina: 2022. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-08/abordaje_intersectorial_2022.pdf.
- s12. Governo Federal. Índices de Suicídios - Pedido 25820003581202061 [Internet]. Brazil: Governo Federal, 2020. Disponible en: <http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Item/display.aspx?List=0c839f31-47d7-4485-ab65-ab0cee9cf8fe&ID=903917&Web=88cc5f44-8cfe-4964-8ff4-376b5ebb3bef>.
- s13. Gutierrez-Martinez MI, Del Villin RE, Fandiño A, et al. The evaluation of a surveillance system for violent and non-intentional injury mortality in Colombian cities. *Int J Inj Contr Saf Promot*. 2007;14(2):77-84.
- s14. INEGI. Intentos de suicidio y suicidios [Internet]. Colombia. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/suicidio/>.
- s15. Ruíz Arango JA, Ku Pecho V. Factores asociados al suicidio en Panamá según casos realizados en la Morgue Judicial 2011-2013. *Medicina Legal de Costa Rica*. 2015;32(1):45-50.
- s16. Alonso MM, Klinar D. Los psicólogos en Argentina. Relevamiento cuantitativo 2012. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR; 2013: Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- s17. Ministério da Saúde. Saúde Mental em dados 4. Brazil: 2007. Disponible en: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smdados4.pdf.
- s18. Zamora-Rondón DC, Suárez-Acevedo D, Bernal-Acevedo O. Análisis de las necesidades y uso de servicios de atención en salud mental en Colombia. *Revista de Salud Pública*. 2020;21:175-80.
- s19. Díaz-Castro L, Cabello-Rangel H, Medina-Mora ME, et al. Necesidades de atención en salud mental y uso de servicios en población mexicana con trastornos mentales graves. *Salud Publica de Mexico*. 2022;62:72-9.
- s20. Ministerio de Salud. Estadísticas de Salud [Internet]. Panama. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pa/informacion-salud/estadisticas-de-salud>.

Fuentes de la Tabla 8

- s21. da Silva Cais CF, da Silveira IU, Stefanello S, et al. Suicide prevention training for professionals in the public health network in a large Brazilian city. *Archives of Suicide Research*. 2011;15(4):384-9.
- s22. Scafuto JCB, Saraceno B, Delgado PGG. Formação e educação permanente em saúde mental na perspectiva da desinstitucionalização (2003-2015). *Comunicação em Ciências da Saúde*. 2017;28(03/04):350-8.
- s23. Bartels SM, Cardenas P, Uribe-Restrepo JM, et al. Barriers and facilitators to the diagnosis and treatment of depression in primary care in Colombia: Perspectives of providers, healthcare administrators, patients and community representatives. *Revista Colombiana de Psiquiatría (English Edition)*. 2021;50:64-72.
- s24. Gómez-Restrepo C, Cepeda M, Torrey WC, et al. Perceived access to general and mental healthcare in primary care in Colombia during COVID-19: A cross-sectional study. *Frontiers in public health*. 2022;10.
- s25. Shannon CL, Bartels SM, Cepeda M, et al. Perspectives on the Implementation of Screening and Treatment for Depression and Alcohol Use Disorder in Primary Care in Colombia. *Community Ment Health J*. 2021;57(8):1579-87.
- s26. Miguel-Esponda G, Bohm-Levine N, Rodríguez-Cuevas FG, et al. Implementation process and outcomes of a mental health programme integrated in primary care clinics in rural Mexico: a mixed-methods study. *International Journal of Mental Health Systems*. 2020;14(1):21.
- s27. Lagunes-Cordoba E, Davalos A, Fresan-Orellana A, et al. Mental Health Service Users' Perceptions of Stigma, From the General Population and From Mental Health Professionals in Mexico: A Qualitative Study. *Community Ment Health J*. 2021;57(5):985-93.
- s28. Moreno P, Saravanan Y, Levav I, et al. Evaluation of the PAHO/WHO training program on the detection and treatment of depression for primary care nurses in Panama. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003;108(1):61-5.

Referencias

Actuando contra el suicidio: comprendiendo una importante amenaza para la salud pública en América Latina

Actuando contra el suicidio: comprendiendo una importante amenaza para la salud pública en América Latina

Actuando contra el suicidio: comprendiendo una importante amenaza para la salud pública en América Latina

Actuando contra el suicidio: comprendiendo una importante amenaza para la salud pública en América Latina

1. WHO. Suicide: one person dies every 40 seconds. World Health Organization [cited 05 December 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>.
2. Organization WH. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. 2021.
3. Dávila-Cervantes CA. Suicide burden in Latin America, 1990-2019: findings from the Global Burden of Disease Study 2019. *Public Health*. 2022;205:28-36.
4. Brådvik L. Suicide Risk and Mental Disorders. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(9).
5. World Bank. Poor mental health, an obstacle to development in Latin America. Disponible en: <https://www.worldbank.org/en/news/feature/2015/07/13/bad-mental-health-obstacle-development-latin-america>.
6. Global SDG Indicator Platform. 3.4.2 Number of Deaths Attributed to Suicide. [citado el 05 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://sdg.tracking-progress.org/indicator/3-4-1-number-of-deaths-attributed-to-suicide/>.
7. PAHO. Suicide Mortality in the Americas. Washington (DC): Pan American Health Organization; [citado el 05 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55297>.
8. Ferrari AJ, Norman RE, Freedman G, et al. The burden attributable to mental and substance use disorders as risk factors for suicide: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS One*. 2014;9(4):e91936.
9. Pompili M. Suicide: A global perspective: Bentham Science Publishers; 2012.
10. UNICEF. On my mind: Promoting, protecting and caring for children's mental health. New York (NY): United Nations Children's Fund, 2021. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/media/28666/file/SOWC2021-Regional-brief-LAC.pdf>.
11. WHO. Investing in Mental Health: Evidence For Action. Geneva: World Health Organization, 2013. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87232/9789241564618_eng.pdf?%3Bjsessionid=E9EFAEA5F30B05468CE6EABCDF29A0BC?sequence=1.
12. WHIO. Mental disorders. World Health Organization; [05 May 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/mental-disorders>.
13. Borentain S, Nash AJ, Dayal R, et al. Patient-reported outcomes in major depressive disorder with suicidal ideation: a real-world data analysis using PatientsLikeMe platform. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):384.

14. Soares B, Kanevsky G, Teng CT, et al. Prevalence and Impact of Treatment-Resistant Depression in Latin America: a Prospective, Observational Study. *Psychiatr Q*. 2021;92(4):1797-815.
15. PAHO. World Mental Health Day: Depression, the Most Common Mental Disorder. Washington (DC): PanAmerican Health Organization; [cited 02 December 2023]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=0&lang=en#gsc.tab=0.
16. Western Michigan University. Suicide Prevention Program: Protective Factors. Disponible en: <https://wmich.edu/suicideprevention/basics/protective>.
17. Suicide Prevention Resource Center. Risk and Protective Factors. Disponible en: <https://sprc.org/risk-and-protective-factors/>.
18. Bartels SM, Cardenas P, Uribe-Restrepo JM, et al. Barriers and facilitators to the diagnosis and treatment of depression in primary care in Colombia: Perspectives of providers, healthcare administrators, patients and community representatives. *Revista Colombiana de psiquiatria (Edición en inglés)*. 2021;50 Suppl 1:64-72.
19. Mascayano F, Irrazabal M, W DE, et al. Suicide in Latin America: a growing public health issue. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba*. 2015;72(4):295-303.
20. PAHO. Implementing mhGAP training in Latin American universities. Washington (DC): Pan American Health Organization; [cited 02 December 2023]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13018:implementing-mhgap-training-in-latin-american-universities&Itemid=0&lang=en#gsc.tab=0.
21. WHO. Suicide. World Health Organization; [citado el 05 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
22. Fleck A. How Many Victims Has Colombia's Armed Conflict Claimed? : Statista; [citado el 05 de diciembre de 2023].
23. Tamayo-Agudelo W, Bell V. Armed conflict and mental health in Colombia. *BJPsych Int*. 2019;16(2):40-2.
24. WHO. Preventing suicide: A community engagement toolkit. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272860/9789241513791-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
25. Alvarado H. Risk and protective factors for suicidal behaviors in Mexican youth: Evidence for the interpersonal theory of suicide. [Master's thesis] Toldedo (OH): University of Toledo. 2013.
26. WHO. Live Life: An implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>.
27. Machado DB, Rasella D, Dos Santos DN. Impact of income inequality and other social determinants on suicide rate in Brazil. *PLoS One*. 2015;10(4):e0124934.
28. Greiner BA, Arensman E. The role of work in suicidal behavior - uncovering priorities for research and prevention. *Scand J Work Environ Health*. 2022;48(6):419-24.
29. Ortiz-Sánchez FA, Brambila-Tapia AJL, Cárdenas-Fujita LS, et al. Family Functioning and Suicide Attempts in Mexican Adolescents. *Behavioral Sciences*. 2023;13(2):120.
30. Peña JB, Kuhlberg JA, Zayas LH, et al. Familism and family environment among suicidal Latinas: Three family types. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. 2011;41(3):330.
31. Campos B, Ullman JB, Aguilera A, et al. Familism and psychological health: the intervening role of closeness and social support. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*. 2014;20(2):191-201.

32. Alonzo D, Zapata Pratto DA. Mental health services for individuals at risk of suicide in Peru: Attitudes and perspectives of mental health professionals. *Int J Soc Psychiatry*. 2021;67(3):209-18.
33. WHO. Suicide. Geneva: World Health Organization; [accessed 17 January 2023]. Disponible en: <https://www.emro.who.int/health-topics/suicide/feed/atom.html>.
34. Serrano CC, Dolci GF. Suicide prevention and suicidal behavior. *Prevención del suicidio y la conducta suicida*. 2021;157(5):547-52.
35. O'Connor E GB, Burda BU, et al. Screening for Suicide Risk in Primary Care: A Systematic Evidence Review for the U.S. 2013.
36. O'Connor E GB, Burda BU, et al. A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force.
37. MFMER. Diagnosis. Scottsdale (AZ): Mayo Foundation for Medical Education and Research; [citado el 17 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/suicide/diagnosis-treatment/drc-20378054>.
38. Sousa CMS, Mascarenhas MDM, Gomes KRO, et al. Suicidal ideation and associated factors among highschool adolescents. *Revista de saude publica*. 2020;54:33.
39. SPRC. Provide for Immediate and Long-Term Postvention. Oklahoma City (OK): Suicide Prevention Resource Center; [citado el 07 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://sprc.org/comprehensive-approach/postvention#:~:text=%5BPostvention%20is%5D%20an%20organized%20response,effects%20of%20exposure%20to%20suicide>.
40. RHIhub. Postvention. Rural Health Information Hub; [citado el 07 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/suicide/2/postvention>.
41. PAHO. PAHO Launches New Campaign to Curb Stigma Against People with Mental Health Conditions. Washington (DC): Pan American Health Organization; [citado el 05 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/news/7-10-2022-paho-launches-new-campaign-curb-stigma-against-people-mental-health-conditions>.
42. Franco M, Matías I, Wyatt D. SUICIDE IN LATIN AMERICA: A GROWING PUBLIC HEALTH ISSUE. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas* 2015;73(3):295-303.
43. Bonadiman CSC, Naghavi M, Melo APS. The burden of suicide in Brazil: findings from the Global Burden of Disease Study 2019. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2022;55(supl 1):e0299.
44. PAHO. Prevention of suicidal behavior. Washington (DC): Pan American Health Organization, 2016. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31166/9789275119198-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
45. Sagar-Ouriaghli I, Godfrey E, Bridge L, et al. Improving Mental Health Service Utilization Among Men: A Systematic Review and Synthesis of Behavior Change Techniques Within Interventions Targeting Help-Seeking. *Am J Mens Health*. 2019;13(3):1557988319857009.
46. Ledden S, Moran P, Osborn D, et al. Alcohol use and its association with suicide attempt, suicidal thoughts and non-suicidal self-harm in two successive, nationally representative English household samples. *BJPsych Open*. 2022;8(6):e192.
47. Assarsson R, Petersen S, Högberg B, et al. Gender inequality and adolescent suicide ideation across Africa, Asia, the South Pacific and Latin America - a cross-sectional study based on the Global School Health Survey (GSHS). *Glob Health Action*. 2018;11(sup3):1663619.
48. Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2013-2018.

49. De Leo D. Late-life suicide in an aging world. *Nature Aging*. 2022;2(1):7-12.
50. Oliveira JMBd, Vera I, Lucchese R, et al. Aging, mental health, and suicide. An integrative review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2018;21:488-98.
51. UNICEF. Over US\$30 billion is lost to economies in Latin America and the Caribbean each year due to youth mental health disorders. New York (NY)[citado el 06 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.org/cuba/en/press-releases/over-us30-billion-lost-economies-latin-america-and-caribbean-each-year-due-youth>.
52. Pan American Health Organization. Suicide Mortality in the Americas – Regional Report 2015-2019. 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55297>.
53. UNICEF. THE STATE OF THE WORLD 'S CHILDREN 2021. New York (NY), 2021. Disponible en: <https://www.unicef.org/media/108126/file/SOWC-2021-Latin-America-and-the-Caribbean-regional-brief.pdf>.
54. WHO. Preventing suicide: A global imperative. World Health Organization, 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564878_eng.pdf;jsessionid=FBB80011E42B92C461651438BDA568A5?sequence=8.
55. WHO. Disability-adjusted life years (DALYs).
56. WHO. Suicide Mortality in the Americas. World Health Organization, 2014. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53903/9789275118436%20_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
57. Yuval Barak-Corren, M.S., Victor M. Castro, M.S., Solomon Javitt, M.D., et al. Predicting Suicidal Behavior From Longitudinal Electronic Health Records. *American Journal of Psychiatry*. 2017;174(2):154-62.
58. WHO. Mental health atlas 2020. 2021.
59. WHO, PAHO. The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas, 2018. 2018. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275120286_eng.pdf?sequence=10&isAllowed=y.
60. Trapé TL, Campos RO. The mental health care model in Brazil: analyses of the funding, governance processes, and mechanisms of assessment. *Rev Saude Publica*. 2017;51(0):19.
61. PresupuestoParaLosDerechos. Presupuesto para la salud mental. Buenos Aires: 2022. Disponible en: http://acij.org.ar/wp-content/uploads/2022/11/Salud-Mental-_Semana-_Presupuesto-y-Derechos_-2022-1.pdf?utm_source=mailup&utm_medium=email&utm_campaign=general#:~:text=%E2%89%AB%20Si%20bien%20la%20Ley,ser%C3%A1%20del%201%2C68%25.
62. WHO. Mental Health Atlas 2020 Country Profile: Argentina. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/arg.pdf?sfvrsn=8b84795d_6&download=true.
63. WHO. Mental Health Atlas 2020 Country Profile: Brazil. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/bra.pdf?sfvrsn=d6086f32_7&download=true.
64. WHO. Mental Health Atlas 2020 Country Profile: Colombia. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mental-health-atlas-2020-country-profiles/col.pdf?sfvrsn=2e4c18c7_6&download=true.
65. WHO. Mental Health Atlas 2020 Country Profile: Mexico. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/mental-health-atlas-mex-2020-country-profile>.

66. WHO. Mental Health Atlas 2020 Country Profile: Panama. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponible en: Mental Health Atlas 2020 Country Profile: Panama.
67. Stagnaro JC. The current state of psychiatric and mental healthcare in Argentina. *BJPsych Advances*. 2016;22(4):260-2.
68. Chaskel R, Gaviria SL, Espinel Z, et al. Mental health in Colombia. *BJPsych international*. 2015;12(4):95-7.
69. Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Towards comprehensive mental health care: experiences and challenges of psychosocial care in Brazil. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1352.
70. Zhou W, Yu Y, Yang M, et al. Policy development and challenges of global mental health: a systematic review of published studies of national-level mental health policies. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):138.
71. Bhugra D, Pathare S, Joshi R, et al. Mental health policies in Commonwealth countries. *World Psychiatry*. 2018;17(1):113-4.
72. Moldavsky D, Cohen H. The new mental health law in Argentina. *Int Psychiatry*. 2013;10(1):11-3.
73. Ley 27.130 Ley Nacional de Prevención del Suicidio (National Suicide Prevention Act). WHO,. Disponible en: <https://extranet.who.int/mindbank/item/5624>.
74. Razzouk D, Caparroc DC, Sousa A. Community-based mental health services in Brazil. *Consortium Psychiatricum*. 2020;1(1):60-70.
75. Heidt R. Prevent Depression: Improving Access to Brazil's Mental Health Services. *Clinical Social Work and Health Intervention*. 2016;7(4):20-4.
76. de Jesus Mari J. Mental healthcare in Brazil: modest advances and major challenges. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2014;20(2):113-5.
77. Chaskel R, Shultz JM, Gaviria SL, et al. Mental health law in Colombia. *BJPsych Int*. 2015;12(4):92-4.
78. Minsalud. Ministry of Health Launched strategy to Prevent Suicidal Behavior. Washington (DC): Ministerio de Salud y Protección Social; [citado el 12 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/English/Paginas/The-PrevenirEsPreguntar-Campaign-is-Launched-to-Prevent-Suicidal-Behavior.aspx>.
79. Valdez-Santiago R, Marín-Mendoza E, Torres-Falcón M. Análisis comparativo del marco legal en salud mental y suicidio en México. *Salud Pública de México*. 2021;63(4):554-64.
80. Panama AN. Normas integrales para la protección de la salud mental. 2020.
81. APA Dictionary of Psychology. Suicidal ideation. [cited 08 December 2022]. Disponible en: <https://dictionary.apa.org/suicidal-ideation>.
82. Kohn R, Ali AA, Puac-Polanco V, et al. Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e165.
83. Kohn R, Ali AA, Puac-Polanco V, Figueroa C, López-Soto V, Morgan K, Saldívar S, Vicente B. Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. *Rev Panam Salud Publica*. 2018 Oct 10;42:e165. doi: 10.26633/RPSP.2018.165. PMID: 31093193; PMCID: PMC6386160. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6386160/>
84. Heinze G, Bernard-Fuentes N, Carmona-Huerta J, et al. Physicians specializing in psychiatry of Mexico: An update 2018. *Salud mental*. 2019;42(1):13-24.
85. WHO. IESM-OMS Informe Sobre el Sistema de Salud Mental en México (WHO-AIMS Report on Mental Health System in Mexico). Geneva: World Health Organization, 2011. Disponible en: <https://extranet.who.int/mindbank/item/448>.

86. INEGI. Estadísticas a propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2019. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2014/suicidio0.pdf>.
87. Robles EC, Belfort EG. The reality of the management of mental health services in Latin America, reflexions from the perspective of a vision of strategic planning. *International Review of Psychiatry*. 2010;22(4):401-7.
88. Rafful C, Medina-Mora ME, Borges G, et al. Depression, gender, and the treatment gap in Mexico. *Journal of Affective Disorders*. 2012;138(1-2):165-9.
89. Borges G, Aguilar-Gaxiola S, Andrade L, et al. Twelve-month mental health service use in six countries of the Americas: A regional report from the World Mental Health Surveys. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019;29:e53.
90. Durand-Arias S, Cordoba G, Borges G, et al. Collaborative care for depression and suicide prevention: a feasible intervention within the Mexican health system. *Salud Pública de México*. 2021;63(2, Mar-Abr):274-80.
91. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Hwang I, et al. Treatment of suicidal people around the world. *Br J Psychiatry*. 2011;199(1):64-70.
92. Orozco R, Vigo D, Benjet C, et al. Barriers to treatment for mental disorders in six countries of the Americas: A regional report from the World Mental Health Surveys. *Journal of Affective Disorders*. 2022;303:273-85.
93. Stagnaro J, Cia A, Vommaro H, et al. Delays in making initial treatment contact after the first onset of mental health disorders in the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2019;28(2):240-50.
94. PAHO. Suicide Prevention. New York (NY): Pan American Health Organization, 2022. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56387/PAHONMHMH220028_eng.pdf?sequence=2&isAllowed=y.
95. Menon V, Subramanian K, Selvakumar N, et al. Suicide prevention strategies: An overview of current evidence and best practice elements. *International Journal of Advanced Medical and Health Research*. 2018;5(2):43-51.
96. Kovacevic R, Garcia J, Gordillo-Tobar A. As demand for mental health services soar, countries in Latin America and the Caribbean strengthen their response. [cited 12 December 2022]. Disponible en: <https://blogs.worldbank.org/health/demand-mental-health-services-soar-countries-latin-america-and-caribbean-strengthen-their>.
97. Campo-Arias A, Ceballos-Ospino GA, Herazo E. Barriers to access to mental health services among Colombia outpatients. *International Journal of Social Psychiatry*. 2020;66(6):600-6.
98. Simon GE, Shortreed SM, Johnson E, et al. What health records data are required for accurate prediction of suicidal behavior? *J Am Med Inform Assoc*. 2019;26(12):1458-65.
99. ACDIVOCA. Línea salvavidas 24/7, una herramienta de contención de crisis en época de pandemia. [citado el 05 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.acdivoca.org.co/linea-salvavidas-24-7-una-herramienta-de-contencion-de-crisis-en-epoca-de-pandemia/>.
100. InfoPa'lante. Línea SalvaVidas 24/7: Una herramienta para la prevención del suicidio - Fundación Sergio Urrego. 2023. Andriessen K, Krysinska K, Grad O. Postvention in action: The international handbook of suicide bereavement support: Hogrefe Publishing GmbH; 2019.

Aunque se ha hecho todo lo posible para verificar la exactitud de esta información, Economist Impact no puede aceptar ninguna responsabilidad por la confianza que cualquier persona pueda depositar en este informe o en cualquiera de las informaciones, opiniones o conclusiones expuestas en el mismo. Las conclusiones y opiniones expresadas en el informe no reflejan necesariamente los puntos de vista del patrocinador.

LONDRES

The Adelphi
1-11 John Adam Street
Londres WC2N 6HT
Reino Unido
Tel: (44) 20 7830 7000
Correo electrónico:
london@economist.com

GINEBRA

Rue de l'Athénée 32
1206 Ginebra
Suiza
Tel: (41) 22 566 2470
Fax: (41) 22 346 93 47
Correo electrónico:
geneva@economist.com

SÃO PAULO

Rua Joaquim Floriano,
1052, Conjunto 81
Itaim Bibi, São Paulo,
SP, 04534-004
Brasil
Tel: +5511 3073-1186
Correo electrónico:
americas@economist.com

NUEVA YORK

900 Third Avenue
16th Floor
Nueva York, NY 10022
Estados Unidos
Tel: (1,212) 554 0600
Fax: (1,212) 586 1181/2
Correo electrónico:
americas@economist.com

DUBÁI

Office 1301a
Aurora Tower
Dubái Media City
Dubái
Tel: (971) 4 433 4202
Fax: (971) 4 438 0224
Correo electrónico:
dubai@economist.com

HONG KONG

1301
12 Taikoo Wan Road
Taikoo Shing
Hong Kong
Tel: (852) 2585 3888
Fax: (852) 2802 7638
Correo electrónico:
asia@economist.com

SINGAPUR

8 Cross Street
#23-01 Manulife Tower
Singapur
048424
Tel: (65) 6534 5177
Fax: (65) 6534 5077
Correo electrónico:
asia@economist.com