

Reduciendo la Brecha: Reimaginando la Política de Salud Mental de Colombia para la Prevención del Suicidio en Armenia, Colombia

Bridging the Gap: Reimagining Colombia's Mental Health Policy for Suicide Prevention in Armenia, Colombia

  Juan David López-Sanz¹

  Andrés Carrillo-González¹

¹ Docente de planta adscrito al Departamento de Psicología de la Fundación Universitaria del Área Andina, Colombia

Fecha de recepción: 19.11.2024

Fecha de aprobación: 27.02.2025

Fecha de publicación: 06.06.2025

Cómo citar: López-Sanz, J. & Carrillo-González, A. (2025). Reduciendo la Brecha: Reimaginando la Política de Salud Mental de Colombia para la Prevención del Suicidio en Armenia, Colombia. *Psiquemag* 14(1), 122-135.

<https://doi.org/10.18050/psiquemag.v14i1.3131>

Autor de correspondencia: Andrés Carrillo-González

Resumen

Introducción: Este estudio analiza la implementación de la Política Pública de Salud Mental en Armenia, Quindío, Colombia, con énfasis en el abordaje del suicidio. **Método:** La investigación utiliza una metodología cualitativa basada en la teoría fundamentada, incluyendo análisis de contenido y entrevistas semiestructuradas con nueve actores clave del sistema de salud mental. **Resultados:** Los resultados revelan desafíos significativos en tres áreas principales: la integración del modelo médico con enfoques comunitarios, la intersectorialidad, y los sistemas de vigilancia epidemiológica. Se identificó una desconexión histórica entre las políticas públicas de salud y la psicología social comunitaria, lo que ha obstaculizado la adaptación efectiva del Sistema General de Seguridad Social en Salud a las necesidades de salud mental. La falta de articulación entre instituciones públicas y privadas, junto con la ausencia de un sistema de redes eficiente, dificulta la implementación de estrategias integrales para la prevención del suicidio. Además, se evidenció la importancia de considerar factores contextuales específicos de la región en la formulación e implementación de políticas. **Conclusiones:** Es urgente propiciar un diálogo entre las políticas públicas de salud y la psicología social comunitaria para desarrollar estrategias más efectivas en el abordaje del suicidio. Se recomienda la adopción de enfoques comunitarios, la mejora en la intersectorialidad mediante la Teoría del Actor-Red, y la implementación de sistemas de vigilancia epidemiológica basados en la comunidad.

Palabras clave: Política social, salud mental, suicidio.

Abstract

Introduction: This study analyzes the implementation of the Public Mental Health Policy in Armenia, Quindío, Colombia, with emphasis on the approach to suicide. **Method:** The research uses a qualitative methodology based on grounded theory, including content analysis and semi-structured interviews with nine key actors in the mental health system. **Results:** The results reveal significant challenges in three main areas: the integration of the medical model with community approaches, intersectorality, and epidemiological surveillance systems. A historical disconnect was identified between public health policies and community social psychology, which has hindered the effective adaptation of the General System of Social Security in Health (SGSS) to mental health needs. The lack of articulation between public and private institutions, along with the absence of an efficient network system, hinders the implementation of comprehensive strategies for suicide prevention. Furthermore, the importance of considering region-specific contextual factors in policy formulation and implementation was evident. **Conclusions:** There is an urgent need to foster dialogue between public health policies and community social psychology to develop more effective strategies in addressing suicide. The adoption of community approaches, improvement in intersectorality through Actor-Network Theory, and the implementation of community-based epidemiological surveillance systems are recommended.

Keywords: VSocial policy, mental health, suicide.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, Colombia se encuentra al borde de una nueva reforma en salud, lo que implica la necesidad de realizar cambios en el sistema tradicional de prestación de servicios de salud, así como mejorar la cobertura y el acceso a servicios de calidad. En este contexto, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) en Colombia enfrenta problemáticas relacionadas con la desigualdad en los recursos humanos y monetarios, la baja cobertura, las crisis hospitalarias, la corrupción y los conflictos de intereses particulares.

En este contexto, el SGSS enfrenta una serie de desafíos significativos y persistentes. Entre ellos se destacan la marcada desigualdad en la distribución de recursos humanos y financieros, que se traduce en disparidades regionales en la calidad y disponibilidad de servicios (Oliveira et al., 2017; Yu et al., 2019; Yan et al., 2023); una cobertura insuficiente que deja a sectores vulnerables de la población sin acceso adecuado a la atención sanitaria (Afzal et al., 2021; Patel et al., 2015); crisis hospitalarias recurrentes que ponen en jaque la capacidad de respuesta del sistema; casos de corrupción que minan la confianza pública y desvían recursos cruciales (Naicker & Naicker, 2023; Roncarolo et al., 2017; de Medeiros-Costa, 2022); y conflictos de intereses que obstaculizan la implementación de políticas efectivas y centradas en el paciente (Bredenkamp et al., 2015).

Delgado (2013), ofrece una descripción detallada del SGSS, caracterizándolo como un sistema basado en competencias y construido bajo una visión de mercado. Esta estructura integra de manera compleja sectores públicos, mixtos y privados en la prestación de servicios de salud. El sistema, diseñado para ser descentralizado, incluye un Plan Obligatorio de Salud (POS) que busca garantizar el acceso a través de diversas instituciones y entidades, incluyendo instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), entidades promotoras de salud (EPS) y administradoras de riesgos laborales (ARL). Sin embargo, la interacción entre estos actores y la implementación efectiva del POS han demostrado ser desafíos constantes. Es crucial reconocer que las problemáticas inherentes al SGSS han tenido un impacto considerable y multifacético en el desarrollo del componente de

salud mental en Colombia. La complejidad del sistema ha dificultado la integración efectiva de servicios de salud mental, resultando en brechas significativas en la atención y prevención de trastornos mentales, incluyendo el suicidio.

El suicidio representa un desafío creciente y complejo para la salud pública en Colombia, con implicaciones profundas para individuos, familias y comunidades. Las estadísticas son alarmantes: en 2021, se registraron 2.689 muertes por suicidio (Instituto Nacional de Medicina Legal, 2021), evidenciando un aumento constante y preocupante en la última década. Estos números no solo representan vidas perdidas, sino también un indicador de sufrimiento psicológico generalizado que requiere una respuesta urgente y efectiva. El aumento en las tasas de suicidio en Colombia refleja una tendencia global, exacerbada por la pandemia de COVID-19 (Caballero-Domínguez et al., 2022; Gonzalez-Diaz et al., 2020). Esta crisis sanitaria ha amplificado factores de riesgo preexistentes, como el aislamiento social, la ansiedad, la depresión y las dificultades económicas, creando un entorno propicio para el deterioro de la salud mental. Además, la pandemia ha puesto de manifiesto las deficiencias en los sistemas de salud mental, revelando brechas significativas en la accesibilidad y calidad de los servicios de prevención y atención (Figueroa & Aguilera, 2020; Muller et al., 2020).

Ahora bien, la evolución del marco normativo de salud mental en el país ha sido gradual pero significativa, reflejando un reconocimiento creciente de la importancia de la salud mental en el bienestar general de la población. La Resolución 2358 de 1998 (Ministerio de Salud, 1998) marcó un hito importante al establecer las bases para un enfoque más inclusivo y comprehensivo de la salud mental. Esta resolución incorporó elementos comunitarios cruciales como la perspectiva psicosocial, reconociendo la importancia del contexto social en la salud mental; el observatorio epidemiológico, para monitorear tendencias y patrones en la salud mental de la población; y criterios de intersectorialidad, promoviendo la colaboración entre diferentes sectores para abordar los determinantes sociales de la salud mental.

Posteriormente, la Ley 1616 de 2013 (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2013), representó un avance significativo en la priorización de la salud mental en la agenda

pública colombiana. Esta ley, denominada por Mendoza (2021) como la “ley de la esperanza”, elevó la salud mental a un estatus prioritario, promoviendo la inclusión de derechos y deberes fundamentales en este ámbito. La ley busca garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental para toda la población colombiana, con énfasis en los niños, las niñas y los adolescentes. Aunque esta ley enfrenta desafíos en su aplicación práctica, ha logrado avances significativos en la inclusión de servicios comunitarios y en el fortalecimiento de la atención primaria, especialmente en relación con condiciones como la epilepsia y la prevención del suicidio.

La evolución del marco normativo continuó con la Resolución 4886 de 2018 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018) que adoptó la Política Nacional de Salud Mental. Esta política establece directrices comprehensivas para el ejercicio pleno del derecho a la salud mental, haciendo hincapié en la promoción de la salud y la prevención de trastornos mentales. La política busca un abordaje integral que reconoce la complejidad de los factores que influyen en la salud mental, desde los determinantes sociales hasta los aspectos biológicos y psicológicos. Sin embargo, como señalan acertadamente Walt & Gilson (1994), existe una tendencia preocupante en Latinoamérica, y Colombia no es una excepción, a enfocarse excesivamente en el contenido de las políticas públicas. Este enfoque limitado a menudo resulta en la negligencia de elementos cruciales como los actores involucrados en la implementación, las necesidades reales y diversas de las comunidades, y el contexto socioeconómico y cultural en el que estas políticas deben implementarse. Esta tendencia puede llevar a políticas bien intencionadas pero ineficaces en la práctica.

En este marco complejo y dinámico, el presente artículo se centra en analizar tres elementos críticos que consideramos fundamentales para abordar efectivamente el suicidio como un problema de salud pública en Colombia: las problemáticas del modelo médico actual, los desafíos de la intersectorialidad, y las limitaciones del observatorio epidemiológico. Estos elementos, identificados como cruciales en previos estudios (Organización Mundial de la Salud, 2018), han persistido a lo largo de diversas

reformas legislativas, desde la Ley 100 de 1993 hasta la Resolución 4886 de 2018, sugiriendo la necesidad de un análisis profundo y propuestas de solución innovadoras. Para fundamentar este análisis, nos basamos en la investigación de López (2022), que examina la Política Pública de Salud Mental utilizando el modelo de Walt & Gilson (1994). Este enfoque nos permite considerar no solo el contenido de las políticas, sino también los actores involucrados, el contexto de implementación y los procesos de formulación y ejecución de políticas. El estudio se centra en el municipio de Armenia, Quindío, proporcionando un caso de estudio concreto que ilumina las realidades y desafíos de la implementación de políticas de salud mental a nivel local.

Este artículo busca contribuir a una comprensión más profunda y matizada de la Política Pública de Salud Mental en Colombia. A través del análisis detallado de su implementación en Armenia, aspiramos a proporcionar información valiosa y práctica para la toma de decisiones informadas y el desarrollo de estrategias efectivas contra el suicidio. Nuestro enfoque reconoce la naturaleza dinámica y multicausal del suicidio, subrayando la necesidad de estrategias holísticas y adaptativas. Este estudio se propone desarrollar consideraciones técnicas que complementen y mejoren el modelo médico actual, fortalezcan la intersectorialidad y optimicen la vigilancia epidemiológica en el contexto de la salud mental y la prevención del suicidio. Para enriquecer nuestro análisis y propuestas, examinamos experiencias internacionales en países como Inglaterra, España, Chile y Brasil (Lampert, 2018; Rosa-Dávila & Mercado-Sierra, 2020; Tavares, 2019), buscando identificar estrategias innovadoras y efectivas que puedan adaptarse al contexto colombiano.

El objetivo último de esta investigación es proponer soluciones prácticas y basadas en evidencia que ayuden a superar la perspectiva tradicional en Colombia, fortaleciendo el SGSS en los procesos de formulación, implementación e intervención del suicidio a través de la Política Pública de Salud Mental. Aspiramos a contribuir a un cambio de paradigma que priorice enfoques comunitarios, preventivos y centrados en el individuo, reconociendo la complejidad del suicidio y la necesidad de respuestas multifacéticas y coordinadas.

MÉTODO

Diseño de investigación

El presente estudio adoptó una perspectiva de investigación cualitativa, empleando la estrategia de teoría fundamentada (Strauss et al., 2016). Esta aproximación permitió una exploración en profundidad de los elementos de la Política Pública de Salud Mental, específicamente la Resolución 4886, en relación con el abordaje del suicidio. El enfoque cualitativo fue seleccionado por su capacidad para visibilizar aspectos poco especificados o subyacentes en las políticas públicas, facilitando una comprensión más holística del fenómeno.

Participantes

La muestra del estudio consistió en nueve actores clave, cada uno representante de diversos contextos comunitarios relevantes para la implementación y el impacto de la política de salud mental. Los participantes incluyeron: un paciente con tentativa de suicidio, un familiar del paciente, un médico de un hospital mental, un funcionario de la secretaría de salud, un docente de colegio público, un líder de la comuna 8 que alberga unos 36 barrios del municipio de Armenia, un administrativo de una clínica, una instructora del SENA y un docente de una universidad pública (Tabla 1). Esta diversidad de perspectivas permitió una comprensión multidimensional de la problemática y la política en cuestión.

Tabla 1

Características de los participantes

Seudónimo	Género	Oficio	Experiencia
Alicia	Femenino	Vendedora	Paciente atendida en urgencias psiquiátricas tras intentos de suicidio.
Esmeralda	Femenino	Ama de casa	Acompañante de paciente en atención de salud mental.
Roberto	Masculino	Médico	Médico del hospital mental
Lucia	Femenino	Psicóloga	Funcionaria de la Secretaría de Salud
Pedro	Masculino	Docente	Docente del Colegio CASD
Andrés	Masculino	Líder comunal	Líder comunal de la comuna 8
Miguel	Masculino	Asesor clínico	Empleado de la IPS Clínica Central
Sofia	Femenino	Instructora SENA	Participa en programas de prevención sobre actividades de salud mental.
Leónidas	Masculino	Docente universidad del Quindío	Administrativo de la Vicerrectoría Académica programas y actividades en salud mental.

Nota. Elaboración propia

La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo intencional basado en criterios específicos que garantizaran la representatividad y pertinencia de las perspectivas recogidas. Los criterios de inclusión fueron: (1) residencia en Armenia, Quindío, durante al menos los últimos cinco años, para asegurar un conocimiento contextualizado de la realidad local; (2) vinculación directa con alguno de los sectores involucrados en la

implementación de la política pública de salud mental (salud, educación, administración pública, comunidad); (3) experiencia mínima de dos años en su respectivo rol o sector; y (4) disposición voluntaria para participar en el estudio tras ser informados de sus objetivos y alcances.

En el caso específico de los participantes con experiencia directa en la problemática del suicidio (paciente y familiar), se establecieron criterios

adicionales: (1) haber estado en contacto con los servicios de salud mental en los últimos tres años; (2) encontrarse en condición de estabilidad psicológica certificada por un profesional de salud mental; y (3) haber transcurrido al menos seis meses desde el evento suicida para minimizar posibles efectos de revictimización durante el proceso investigativo.

Adicionalmente, este estudio, por su naturaleza cualitativa y enfoque en políticas públicas, no requirió de aval de un comité de ética. No obstante, se adhirió rigurosamente a los principios éticos fundamentales en investigación social, incluyendo: (1) obtención de consentimiento informado por escrito de todos los participantes; (2) garantía de confidencialidad mediante la codificación de identidades; (3) derecho explícito a retirarse del estudio en cualquier momento sin consecuencias negativas; y (4) aplicación de protocolos específicos para el manejo de información sensible, particularmente en los casos relacionados con experiencias de tentativa

suicida. Además, todas las entrevistas fueron conducidas por profesionales capacitados en el abordaje de temáticas sensibles, con disponibilidad de derivación a servicios de apoyo psicológico en caso de que algún participante lo requiriera durante o después del proceso investigativo. Estos procedimientos aseguraron que la investigación se desarrollara respetando la dignidad, integridad y bienestar de todos los participantes.

Instrumentos

Se utilizó la entrevista semiestructurada con guiones como principal instrumento de recolección de datos. Los guiones fueron desarrollados considerando los parámetros de Guba y Lincoln (1981) para asegurar la calidad y rigor en la investigación cualitativa. Antes de su aplicación, los guiones fueron sometidos a revisión por un par experto para garantizar su validez y pertinencia. Las preguntas orientadoras que se utilizaron con los actores clave se describen en la Tabla 2.

Tabla 2

Preguntas orientadoras

Sector	Preguntas				
Paciente atención en salud mental	¿Cuál fue su experiencia en el servicio de salud mental desde el inicio hasta el final del proceso?	¿Qué tipo de intervenciones se realizaron durante el proceso?	¿En qué lugares fueron atendidas las emergencias relacionadas con la tentativa de suicidio?	¿Cuáles personas o entidades participaron en el proceso?	¿Qué problemáticas sociales reconoce en Armenia?
Acompañante	¿Cuál fue su experiencia en el acompañamiento realizado? ¿Su participación?	¿Qué tipo de seguimientos se realizaron durante el proceso? ¿Cuáles personas o entidades participaron en el proceso?	¿Cuáles considera usted son sus derechos en salud mental?	¿En algún momento ha escuchado sobre la política pública de salud mental?	¿Conoce alguna línea telefónica, servicios de urgencias relacionados con la atención en salud mental?
Médico	¿Cuál es la función del hospital mental de Filandia con el municipio de Armenia?	¿En algún momento lo han capacitado para el proceso de implementación de la política pública de salud mental?	¿Qué acciones, enfoques o conocimientos se logran identificar en los servicios que ofrece el hospital?	¿Cómo es el proceso de intervención de una persona con tentativa de suicidio?	¿Cómo se reconoce el enfoque psicosocial propuesto por la política pública de salud mental en las intervenciones?

Funcionaria secretaria de salud	¿Cuál es su participación en la política pública de salud mental? ¿Quiénes son los actores y que sectores están involucrados?	¿Cuál es el estado actual del proceso de implementación de la política pública de salud mental en el municipio de Armenia?	¿Cómo se va a implementar las acciones y el modelo psicosocial comunitario presente en la política pública de salud mental?	¿Cuáles facilitadores o limitadores son identificados por la política pública de salud mental en su proceso de implementación?	¿Cómo se desarrolla el eje de Gobernanza multinivel de la política pública de salud mental?
Docente, líder comunal, y empleado IPS	¿Cuáles son las problemáticas que logras identificar en el municipio, que puedan estar relacionadas con el fenómeno del suicidio?	¿Reconoce algún evento histórico de la ciudad que pueda estar relacionado con este fenómeno?	¿Conoce la política pública de salud mental? ¿que conoce?	¿Describe los derechos y los deberes en salud mental?	¿Cuál es su relación y conocimiento sobre la Política Pública de Salud Mental?

Nota. Elaboración propia

Recolección de datos y evaluación de fuentes

Se realizaron entrevistas individuales con cada uno de los nueve participantes. Posteriormente, se llevó a cabo una revisión exhaustiva de contenidos, incluyendo marcos legales y elementos de la Política Pública de Salud Mental de Armenia, Quindío. Para asegurar la calidad de las fuentes de información secundarias, se emplearon los procedimientos del Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Este enfoque permitió evaluar críticamente la calidad y relevancia de las investigaciones utilizadas como referencia.

Análisis de datos

El análisis de datos se llevó a cabo mediante un enfoque multifacético y riguroso, fundamentado en los principios de la teoría fundamentada. Este proceso implicó varios niveles de comparación constante, ajuste y funcionamiento, con el objetivo de generar una comprensión profunda y contextualizada de la Política Pública de Salud Mental en relación con el suicidio.

El primer paso en nuestro análisis fue la codificación axial de los datos cualitativos. Este proceso implicó la fragmentación y codificación de las narrativas de los participantes, permitiendo la identificación de patrones y temas emergentes. Simultáneamente, se realizó un análisis de contenido exhaustivo de los marcos legales y

elementos de la política. Este análisis consideró cuidadosamente a los actores involucrados, las acciones propuestas y el contexto general, todo ello orientado específicamente al fenómeno del suicidio.

Para manejar y analizar eficazmente la gran cantidad de información cualitativa recolectada, se utilizó el software Atlas.ti. Esta herramienta especializada facilitó la sistematización, gestión, categorización y análisis de los datos, permitiendo una exploración más profunda y estructurada de los temas emergentes.

El objetivo final de nuestro análisis fue la generación de una teoría sustantiva que pudiera servir como punto de referencia para el desarrollo de consideraciones teóricas y metodológicas en torno a la Política de Salud Mental y la prevención del suicidio. Para asegurar la robustez y credibilidad de nuestros hallazgos, implementamos varios procedimientos para garantizar la calidad de los datos cualitativos.

En primer lugar, continuamos la recolección de datos hasta alcanzar el punto de saturación teórica, asegurando así que habíamos capturado toda la variabilidad relevante en nuestros datos. Para facilitar la transferibilidad de nuestros hallazgos, proporcionamos una descripción detallada del contexto de la investigación y de los participantes. La confirmabilidad se aseguró mediante el mantenimiento de un registro

meticuloso del proceso de investigación y análisis, permitiendo una auditoría clara de nuestras decisiones y procedimientos.

Finalmente, para aumentar la validez de nuestros hallazgos, realizamos una triangulación teórica, epistemológica y de contenidos. Este proceso de triangulación múltiple nos permitió examinar nuestros datos desde diversas perspectivas, fortaleciendo así la credibilidad de nuestras conclusiones.

Este enfoque metodológico riguroso y multifacético nos permitió realizar una exploración profunda y contextualizada de la Política Pública de Salud Mental en relación con el suicidio. Como resultado, hemos establecido una base sólida para el desarrollo de recomendaciones y consideraciones prácticas, contribuyendo significativamente al campo de la salud mental pública y la prevención del suicidio.

RESULTADOS

El análisis de contenidos y las narrativas de los participantes revelaron aspectos fundamentales en la implementación de la Política Pública de Salud Mental (Resolución 4886 de 2018) en Armenia, Quindío, con un enfoque particular en el abordaje del suicidio. Los hallazgos se estructuraron en torno a cinco ejes principales: análisis histórico y contextual, características de la implementación, desarticulación de elementos teóricos y metodológicos, contexto sociohistórico y cultural, y narrativas de los actores involucrados.

El estudio evidenció la importancia crítica de considerar los vínculos históricos entre las políticas de salud y los conocimientos de la psicología social. Se identificaron elementos cruciales que afectan la implementación de la política, incluyendo la incorporación del modelo médico, debilidades en la capacidad de rectoría y gobernanza, limitaciones en la articulación y cooperación intersectorial e interinstitucional, y deficiencias en el sistema de información en salud que impactan la gobernanza y rectoría en salud pública.

En cuanto a las características específicas de la implementación en Armenia, se observaron cuatro aspectos críticos. Primero, una baja

supervisión en los procesos de adopción y adaptación, lo que ha resultado en una excesiva libertad municipal en el uso de recursos y en la formulación, evaluación y seguimiento de la política, conduciendo a acciones transitorias y barreras en la implementación. Segundo, se evidenció un déficit de elementos teóricos, manifestado en dificultades para integrar la psicología social y las políticas públicas de salud mental, exacerbadas por el tradicionalismo político, la corrupción y la baja participación ciudadana. Tercero, se detectaron problemas metodológicos, incluyendo la ausencia de guías, anexos y modelos para aplicar elementos clave como la intersectorialidad, la inclusión de redes y la adaptación del modelo médico al modelo comunitario en el sistema de salud colombiano. Por último, la rotación del personal de salud emergió como un factor que afecta negativamente el seguimiento de pacientes, la relación terapéutica y las oportunidades de mejora en salud mental de la población.

El análisis también reveló una desconexión significativa entre diversos documentos y guías relacionados con la evaluación, intervención, promoción y prevención del suicidio en Colombia. Se identificaron brechas entre los lineamientos de la OPS y la OMS, las guías de intervención MhGAP, el componente intersectorial y comunitario en salud mental, la guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida, y el plan para la prevención y atención integral de la conducta suicida 2018-2021.

Los resultados destacaron la importancia de considerar factores contextuales específicos de Armenia, Quindío, que influyen en el fenómeno del suicidio. Entre estos se incluyen la existencia histórica del “club de los suicidas de Armenia” desde los años 30, los efectos psicosociales persistentes del terremoto de 1991 que afectó a más de 200 mil personas, y los altos índices de desempleo y corrupción en el municipio.

Las narrativas de los actores entrevistados revelaron dificultades en el seguimiento a pacientes con tentativa de suicidio, la necesidad de mayor inclusión de la familia en los procesos de atención y prevención, la falta de estrategias intersectoriales efectivas para consolidar un sistema de redes entre servicios públicos y privados, y una desconexión entre las acciones de instituciones privadas (IPS, EPS, ARL) y públicas

(SENA, universidades públicas, secretaría de salud, hospitales y centros de salud).

Estos hallazgos subrayan los desafíos significativos en la implementación de la Política Pública de Salud Mental en Armenia, particularmente en relación con el abordaje del suicidio. Los resultados revelan la necesidad

de un enfoque más integrado y contextualizado que considere los factores históricos, sociales y culturales específicos de la región, así como una mejor articulación entre los diferentes actores e instituciones involucrados en la salud mental. En la Tabla 3 se presentan las narrativas específicas de los actores que refuerzan estos hallazgos.

Tabla 3

Conceptos de la Política Pública Nacional de Salud Mental según el tipo de actor social

Actor social	Acciones	Actores	Contexto
Paciente con tentativa de suicidio	- Asistencia médica primaria. - Atención psiquiátrica orientada a la crisis. Necesidades: - Que haya más terapias fuera de la psiquiátrica. - Más y mejores terapias, no solo terapias ocupacionales. - Que haya más información - Más y mejor involucramiento de las familias. - Más y mejor involucramiento de las instituciones de salud como las EPS	Sociales: - Familia - Médico - Psicólogo - Psiquiatra - Enfermera. Institucionales: - Clínica Prado, Clínica Central, EPS	Percepción del contexto social de Armenia: - Ciudad sin oportunidades de empleo - Altos índices de delincuencia - Ciudad peligrosa
Familia del paciente	- No hubo participación de la familia en el ámbito hospitalario. Poca comunicación con la institución y el personal de salud. Ningún seguimiento después de la salida hospitalaria. Necesidades: - Que se involucre más a la familia - Que haya más información y educación orientada a la salud mental. - Información para enfrentar situaciones relacionadas con tentativa de suicidio.	Sociales: - La comunidad Institucionales: - Gobierno - Funcionarios de la EPS	Percepción del contexto social de Armenia: - Ciudad sin oportunidades - La gente no satisface sus necesidades básicas - Ciudad peligrosa - Ciudad con drogadicción y prostitución
Médico Hospital Mental	- Intervención, diagnóstico y tratamiento de los pacientes con tentativa de suicidio. Programas relacionados con la salud mental: - Hospital día - Gestores de esperanza - Metadona Necesidades: - Mayor tiempo de acompañamiento. - Fortalecer las intervenciones psicosociales y comunitarias. - El Estado debería proveer recursos humanos como profesionales de la salud. - Trabajar en donde está el foco de la problemática. - Presupuesto para los trabajadores sociales para hacer labor comunitaria	Actores sociales: - Personal de salud - La red familiar o red de apoyo. Institucionales: - La Clínica el Prado. - Comfenalco, SENA, el Hospital Mental de Filandia Sede San Juan Bosco. - Las EPS y el sistema de salud	Percepción del contexto social de Armenia: - Ciudad con mucha corrupción. - La pandemia generó muchas conductas depresivas.

Funcionaria de la Secretaría de Salud del municipio	- Proceso de Implementación de Acciones de la política pública de salud mental. - Acciones de campo a solicitud de la población. - Apoyo para usuarios y familiares con trastorno afectivo bipolar. - Programa “Sanamente” Necesidades: - Solucionar el desequilibrio que existe entre oferta y demanda de servicios en salud mental en Armenia. - Mejorar algunos servicios desde la baja competitividad y la atención primaria. - La intersectorialidad debe darse de una manera integral.	Sociales: - Comunidad - Familia o cuidador - Personal de salud y los docentes Institucionales: - Ministerio de salud y protección social. - La Universidad. - El Sena. - Las IPS como el Hospital Mental de Filandia. - La EPS clínica el Prado y el colegio.	Percepción del contexto social de Armenia: - Terremoto de 1999 - Los efectos de la pandemia del 2020 - Pocas posibilidades de empleabilidad. - Factores de riesgo - Acceso fácil a drogas.
Docente de colegio	- Rutas de atención para problemas de salud mental. Necesidades: - Promover estas investigaciones en entidades de salud y puedan solucionar en parte la problemática.	Sociales: - La familia. - Orientadora, el coordinador, el rector, profesores, estudiantes. Institucionales: - El ministerio de salud y protección social, el ministerio de educación. - El gobierno.	Percepción del contexto social de Armenia - Causas psicosociales - Muy pocas oportunidades laborales. - Problemas en la casa o la familia. - Terremoto de Armenia (1999) - La pandemia COVID 19 - La cultura de Armenia
Líder de la comuna 8	- No se realizaron acciones sobre la política pública de salud mental. Necesidades. - Nuevas industrias en Armenia - Capacitar a la gente y sensibilizarla	Sociales: - Estudiantes - Familias de los aprendices - Instructor del Sena y administrativos - Líderes políticos, religiosos, líderes sociales Institucionales: - Guarderías - Indera - La secretaria de desarrollo social, - La iglesia, junta de acción comunal 8	Ausencia de industrias en Armenia. - Líderes políticos pasivos. - Ciudad insegura - El desempleo - El terremoto de Armenia en (1999) - La corrupción
Administrativo IPS Clínica central	- Parámetros y conductas que se aplican con los pacientes con problemas de salud. - No se realizaron actividades relacionadas con la Política Pública de Salud Mental Necesidades: - Que la información sea pública y de fácil acceso	Sociales: - Personal médico. - Familia - Pacientes, personal de enfermería y psicología Institucionales: - Personal médico. - Familia, pacientes - Personal de enfermería y psicología	Percepción del contexto social de Armenia - Ciudad con altos índices de desempleo. - Problemas con la familia y en el trabajo. - La corrupción - El terremoto (1999)

Instructora SENA	- Programa de Intervención del Sena para las problemáticas de salud mental. - Programa “aprendices” - Programa “Sena Mentalmente Sano” - Grupos virtuales para intervenir problemáticas. - Capacitación de instructores y administrativos. - Apoyos económicos a estudiantes. Necesidades - Falta de cooperativas - Darle campo a la juventud - Políticos de verdad no politiqueros - Mayor solidaridad para generar empleo.	Sociales: - Los estudiantes - Familias - Instructor del Sena - Personal administrativo - Trabajadores - Médico - Enfermera - Psicólogo - Trabajador social y pedagogos Institucionales: - El ministerio de trabajo, - Ministerio de salud - Ministerio de Comercio.	Percepción del contexto social de Armenia - El desempleo - Secuelas del terremoto. (1999) - Familias o personas en una mala situación.
Profesor Universitario	- Rutas de atención y acciones relacionadas con la Salud Mental. - Apoyo en salud con campañas para estudiantes y la comunidad - Atención psicológica de los trabajadores de esta institución educativa. Necesidades: - Mayor apoyo económico - Mayor presencia de la salud mental en el contexto universitario.	Actores sociales y actores institucionales. - Empleados administrativos - Estudiantes - Médico, - Enfermera, - Psicólogo, trabajador social y pedagogo. Institucionales: - Bienestar Universitario - ARL Positiva.	Percepción del contexto social de Armenia - Corrupción - Desempleo - Lugar de riesgo geológico - Problemas generados por el Terremoto 1999 - Problemas sociales socioeconómicos

Readaptada de López-Sanz (2022)

DISCUSIÓN

El análisis de la Política Pública de Salud Mental en Colombia, con un enfoque específico en el contexto de Armenia, Quindío, revela desafíos significativos en su implementación y efectividad, particularmente en relación con el abordaje del suicidio. Esta discusión se centra en cuatro áreas clave que emergen de nuestros hallazgos: la evolución histórica y las divergencias entre políticas públicas y psicología social, los desafíos en la integración del modelo médico y comunitario, los obstáculos en la intersectorialidad y participación de actores, y la importancia del contexto local y los sistemas de vigilancia comunitarios.

El desarrollo histórico de los marcos legales en salud mental en Colombia, desde la Resolución 2417 de 1982 hasta el Acuerdo 4886 de 2018,

evidencia una falta de diálogo crucial entre la psicología con criterios científicos y técnicos y el proceso de construcción e implementación de políticas sociales y el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS). Esta desconexión contrasta marcadamente con la experiencia de países europeos y Estados Unidos, donde, como señala Alfaro (2013), existe un diálogo especializado desde los años 60.

La experiencia colombiana resulta particularmente relevante para otros países latinoamericanos como México, Perú y Ecuador, que atraviesan procesos similares de transformación de sus sistemas de salud mental (Minoletti et al., 2012). En estos contextos, la ausencia de interacción entre academia y política ha resultado en dificultades para adaptar y articular elementos necesarios para desarrollar normas técnico-científicas y técnico-administrativas obligatorias para todas las instituciones relacionadas con la salud men-

tal. Esta brecha, documentada también en países africanos y del sureste asiático (Saxena et al., 2014), ha obstaculizado la superación de barreras relacionadas con la adaptación del modelo médico al modelo comunitario, la intersectorialidad y la inclusión de un sistema de vigilancia comunitario efectivo.

En cuanto a la integración del modelo médico y comunitario, las experiencias internacionales de países como Inglaterra, España, Chile y Brasil, descritas por Lampert (2018), Tavares (2019) y Rosa et al. (2020), demuestran la importancia de incorporar estrategias y acciones comunitarias en el abordaje de fenómenos como el suicidio. Estas experiencias subrayan la necesidad de dirigir las políticas de salud mental hacia un bienestar humano integral, posicionando la salud mental como un derecho y deber prioritario en las agendas públicas.

En Colombia, se evidencia una falta de congruencia entre el modelo comunitario necesario para cumplir con el contenido de la política y el modelo médico tradicional del SGSS. Esta discrepancia, presente también en otros países de ingreso medio como Sudáfrica, India y Filipinas (Patel et al., 2018), subraya la urgencia de integrar elementos teóricos, técnicos y metodológicos, como las guías MhGAP (Organización Mundial de la Salud, 2017), que actualmente están desarticuladas de las acciones de la Política Pública de Salud Mental. El caso colombiano ofrece lecciones valiosas para países que buscan reformar sus sistemas sanitarios hacia modelos más comunitarios, particularmente en contextos donde los recursos son limitados y existen barreras estructurales para el acceso a servicios especializados.

Los resultados de nuestro estudio identificaron la necesidad crítica de generar un sistema de redes para articular las acciones y servicios que las entidades públicas y privadas tienen disponibles para abordar el suicidio. La intersectorialidad, esencial para enfrentar problemas de salud pública como el suicidio, presenta dificultades técnicas desde los orígenes de la política. Otálvaro y López (2017) enfatizan la importancia de la intersectorialidad en Colombia como un proceso necesario para reducir las desigualdades sociales y mejorar la cobertura y el alcance de los servicios de salud.

La implementación de la Teoría del Actor-Red

(ANT) se presenta como una posible solución técnica para abordar estos desafíos. Esta teoría, al establecer redes sociotécnicas que incluyen la participación humana, institucional y comunitaria, podría ayudar a cohesionar elementos públicos y privados con la gobernanza, superando la heterogeneidad y desafiando los tradicionalismos políticos en la gobernanza. Esta aproximación teórica y metodológica ha demostrado resultados prometedores en contextos tan diversos como Australia, Canadá y varios países nórdicos, ofreciendo un marco adaptable para naciones que enfrentan retos similares en la coordinación de múltiples sectores para abordar problemas complejos de salud mental.

Nuestro análisis subraya la importancia crucial de considerar el contexto local para una implementación efectiva de la política de salud mental. Factores específicos de Armenia, como el terremoto de 1999, la existencia histórica del “club de los suicidas”, y las particularidades socioeconómicas de la región, incluyendo el desempleo y la corrupción, deben ser integrados en el enfoque de la política. Esta necesidad de contextualización tiene resonancia global, particularmente en regiones afectadas por desastres naturales, conflictos o crisis económicas prolongadas, como Puerto Rico tras el huracán María, regiones de Siria post-conflicto, o Grecia durante su crisis económica (WHO, 2020).

La inclusión de modelos de vigilancia epidemiológica a través de la comunidad, similares a los implementados en España y Brasil, se presenta como una estrategia prometedora. Estos sistemas, que despliegan servicios como atención domiciliaria, residencias y centros de día, podrían mejorar significativamente la recolección de información epidemiológica y la vigilancia de factores determinantes mediante equipos psicosociales, familias y comunidades. La experiencia de Armenia podría informar el desarrollo de sistemas similares en otras ciudades intermedias de América Latina y otras regiones donde los recursos sanitarios son limitados, pero existe un fuerte tejido comunitario que puede movilizarse (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

Finalmente, estos hallazgos revelan la necesidad

urgente de un enfoque más integrado y contextualizado en la implementación de políticas públicas de salud mental, no solo en Colombia sino a nivel global. La creación de plataformas internacionales para el intercambio de experiencias y buenas prácticas entre países con contextos similares podría acelerar el aprendizaje colectivo y la implementación de estrategias efectivas para abordar problemas complejos como el suicidio, contribuyendo así a los objetivos globales de reducción de la mortalidad por suicidio establecidos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ONU, 2018b).

Limitaciones y futuras direcciones

Es importante reconocer las limitaciones de este estudio, particularmente en términos del tamaño de la muestra y la escasez de investigaciones similares en otros municipios de Colombia. Futuros estudios deberían ampliar la muestra y extender el análisis a otras regiones del país para obtener una comprensión más completa de la implementación de la Política Pública de Salud Mental a nivel nacional.

CONCLUSIONES

Este análisis revela la urgente necesidad de propiciar espacios para el encuentro entre los conocimientos de las políticas públicas de salud y la psicología social comunitaria en Colombia. La integración de estos campos es crucial para el desarrollo de tecnologías y conocimientos que completen la adaptación del SGSS con los contenidos de la política pública de salud mental. Esta necesidad de integración disciplinar no es exclusiva del contexto colombiano, sino que representa un desafío global documentado en diversos sistemas sanitarios internacionales, donde la fragmentación entre ciencia básica, práctica clínica y política pública continúa siendo un obstáculo para abordar efectivamente fenómenos complejos como el suicidio.

Las consideraciones técnicas descritas, incluyendo la mejora en el seguimiento de pacientes, la inclusión de la familia en los procesos de atención, y la implementación de parámetros comunitarios, son fundamentales

para complementar la política pública de salud mental en el abordaje del suicidio en Armenia, Quindío. Estas estrategias coinciden con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para la prevención del suicidio y han demostrado resultados positivos en diversos contextos internacionales, como los programas comunitarios en Japón, Finlandia y Australia, que han logrado reducciones significativas en sus tasas de suicidio mediante enfoques integrales que conectan el nivel clínico con el comunitario.

Finalmente, este estudio contribuye a la creciente literatura global sobre la importancia de contextualizar las políticas de salud mental a las realidades locales, evitando la implementación de modelos estandarizados que no responden a las necesidades específicas de cada población. La experiencia de Armenia, Quindío ilustra cómo factores históricos, culturales y socioeconómicos únicos moldean tanto la expresión del fenómeno suicida como las respuestas efectivas para su prevención, un principio aplicable a diversos contextos internacionales con sus propias particularidades. Solo a través de un enfoque integral que combine evidencia científica, sensibilidad contextual, participación comunitaria y articulación intersectorial, se podrá mejorar significativamente la efectividad de las políticas de salud mental a nivel local, nacional e internacional.

Fuentes de financiamiento / Funding:

Los autores no declaran ninguna fuente de financiamiento.

Rol de los autores / Authors Roles:

JDL-S: contribuyó a la concepción del estudio, preparación de los datos, análisis de los datos, planteamiento de la metodología, administración del proyecto, supervisión, validación, escritura del manuscrito original; y escritura, revisión y edición del manuscrito final.

AC-G: contribuyó al planteamiento de la metodología, análisis de los datos, supervisión, escritura del manuscrito original; y escritura, revisión y edición del manuscrito final.

Conflicto de intereses: Los autores no declaran ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

- Afzal, F., Raychaudhuri, P. S., Afzal, M. A., & Ahmad, A. (2021). Challenges Faced by B.P.L. Population in Availing Public Healthcare – Analysing Government Initiatives, Technology and Cultural Barriers in Aligarh District, U.P. *South Asian Journal of Social Sciences and Humanities*.
- Alfaro, J. (2013). *Psicología Comunitaria y Políticas Sociales: Estudio de campo técnico del psicólogo de la intervención social en el marco de los servicios sociales comunitarios españoles*. Universidad de Girona.
- Bredenkamp, C., Evans, T. G., Lagrada, L. P., Langenbrunner, J. C., Nachuk, S., & Palu, T. (2015). Emerging challenges in implementing universal health coverage in Asia. *Social science & medicine*, 145, 243-248.
- Caballero-Domínguez, C. C., Jiménez-Villamizar, M. P., & Campo-Arias, A. (2022). Suicide risk during the lockdown due to coronavirus disease (COVID-19) in Colombia. *Death Stud*, 46(4), 885-890. PubMed.
- Delgado, M. (2013). *Evolución del conocimiento del sistema de salud, derechos en salud, de la política de participación y de las experiencias de participación de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia: Una comparación entre 2000 y 2010*. Universitat Autònoma de Barcelona.
- de Medeiros-Costa, C. C. (2022). The disease of corruption: missing funds and health conditions in Brazilian municipalities. *International Public Management Journal*, 25(7), 1094-1114.
- Departamento Administrativo de la Función Pública. (2013). Ley 1616 de 1023.
- Figuroa, C. A., & Aguilera, A. (2020). The Need for a Mental Health Technology Revolution in the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 11.
- Gonzalez-Diaz, J. M., Cano, J. F., & Pereira-Sanchez, V. (2020). Psychosocial impact of COVID-19-related quarantine: Reflections after the first case of suicide in Colombia. *Cadernos de Saude Publica*, 36(6), e00117420. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00117420>
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1981). *Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. (pp. xxv, 423). Jossey-Bass.
- Instituto Nacional de Medicina Legal. (2021). *Revista Forensis: Datos para la vida*.
- Lampert, M. (2018). Modelos Comunitarios en Salud Mental: Chile, España e Inglaterra. *Biblioteca del congreso nacional de Chile*.
- López, J. (2022). *Análisis de la política pública de salud mental acuerdo 4886 para el abordaje del suicidio en Armenia-Quindío*. Universidad del Valle.
- Mendoza, I. (2021). *Ley de salud mental 1616 de 2013: Un análisis desde la psicología comunitaria y la salud mental comunitaria*. Universidad Nacional Abierta y a Distancia.
- Ministerio de Salud. (1998). Resolución número 2358 de 1988. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%202358%20DE%201998.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (1988). Resolución 4886 de 2018. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%204886%20de%202018.pdf
- Minoletti, A., Galea, S., & Susser, E. (2012). Community Mental Health Services in Latin America for People with Severe Mental Disorders. *Public health reviews*, 34(2).
- Muller, A. E., Hafstad, E. V., Himmels, J. P. W., Smedslund, G., Flottorp, S. A., Stensland, S. Ø., Stroobants, S., Velde, S. V. de, & Vist, G. E. (2020). The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. *Psychiatry Research*, 293, 113441-113441.
- Naicker, P., & Naicker, V. (2023). Development of a «people-centred approach» to realising healthcare by facilitating patient participation in health attainment in South Africa and Ukraine. *Technology audit and production reserves*.
- Saxena, S., & Setoya, Y. (2014). World Health Organization's Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 68(8), 585-586.

- Oliveira, A. P. de, Gabriel, M., Poz, M. R. D., & Dussault, G. (2017). Challenges for ensuring availability and accessibility to health care services under Brazil's Unified Health System (SUS). *Ciencia & saude coletiva*, 22 7, 2397-2424.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias*.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Naciones Unidas.
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Atlas de salud mental de las Américas 2020*. OPS
- Otálvaro, G., & López, A. (2017). *La acción intersectorial por la salud: Una vía para la incidencia en los procesos sociales determinantes de la salud* (pp. 79-94).
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J. L., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M. M., Huang, Y., Jordans, M. J. D., Kleinman, A., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., Prince, M., ... Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet (London, England)*, 392(10157), 1553–1598.
- Patel, V., Patel, V., Parikh, R., Nandraj, S., Balasubramaniam, P., Narayan, K., Paul, V. K., Kumar, A. K. S., Chatterjee, M. B., Reddy, K. S. K., & Reddy, K. S. K. (2015). Assuring health coverage for all in India. *The Lancet*, 386, 2422-2435.
- Roncarolo, F., Boivin, A., Denis, J.-L., Hébert, R., & Lehoux, P. (2017). What do we know about the needs and challenges of health systems? A scoping review of the international literature. *BMC Health Services Research*, 17.
- Rosa-Dávila, E., & Mercado-Sierra, M. A. (2020). *Salud Mental Comunitaria: Una Explicación del Modelo*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:236809818>
- Strauss, A., Corbin, J., & Zimmerman, E. (2016). *Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia. <https://books.google.com.co/books?id=0JPGDwAAQBAJ>
- Tavares, M. (2019). *Perspectivas para la política de salud mental en Brasil*. Cuaderno de Salud Pública.
- Walt, G., & Gilson, L. (1994). Reforming the health sector in developing countries: The central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*, 9(4), 353-370. <https://doi.org/10.1093/heapol/9.4.353>
- WHO. (2020). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. World Health Organization
- Yan, W., Qin, C., Tao, L., Guo, X., Liu, Q., Du, M., ... & Liu, J. (2023). Association between inequalities in human resources for health and all cause and cause specific mortality in 172 countries and territories, 1990-2019: observational study. *bmj*, 381
- Yu, M., He, S., Wu, D., Zhu, H., & Webster, C. (2019). Examining the Multi-Scalar Unevenness of High-Quality Healthcare Resources Distribution in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16.