

---

**Partnerships for Life – Aliados por la vida**  
**IASP Suicide Prevention Network Program for The Americas**

**International Association for Suicide Prevention**

**Informe de resumen**

*Introducción*

En abril del 2023, Partnerships for Life – Aliados por la vida lanzo su primera serie de talleres en Estrategias Nacionales para la Prevención del Suicidio en las Américas, esto organizado por el líder regional de las Américas, Dr. Mark Sinyor, y el asistente de investigación, Licenciado Daniel Sanchez-Morales. Se lideraron cuatro talleres, dos en formato inglés y dos en formato español, durante los días de abril 28, mayo 3, y mayo 5 del 2023. En total nueve países de las Américas presentaron: Argentina, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, México, and USA; registrando la participación de aproximadamente 50 aliados de todas las Américas y un aliado de la región africana.

Nuestras aliadas y aliados tuvieron la oportunidad de compartir sus pensamientos con respecto a las fortalezas, retos, limitaciones y observaciones con relación a sus respectivas estrategias y/o actividades para la prevención. Las y los aliados identificaron los siguientes ítems como factores importantes en la creación e implementación de estrategias nacionales:

- El estigma que rodea el suicidio es uno de los mayores retos, particularmente en las regiones del Caribe, Centro y Sur América. Nuestros aliados explican que barreras como el hablar acerca del suicidio y su prevención son obstáculos significativos para empezar la conversación acerca de estrategias para la prevención. La falta de discusión se sobrepone como un reto para la creación y promoción de leyes y políticas en favor de la salud mental, lo cual limita consecuentemente la posibilidad de los gobiernos de ampliar su visión del suicidio como un problema de salud pública en vez de una problemática de salud estigmatizada.
- Entre los aliados se encuentra un consenso mayoritario acerca de lo difícil que ha sido traducir las leyes existentes en prácticas diarias para la prevención debido a las distintas barreras de implementación.
- El financiamiento es uno de los mayores problemas en distintos países con estigma y falta de conciencia colectiva, lo cual crea retos. Nuestros aliados comentaron acerca de cómo sus gobiernos frecuentemente reducen o limitan los gastos de salud para programas y servicios de salud mental en general, dificultando la mantención necesaria de la infraestructura para proveer atención inicial y apoyar a los individuos con mayor riesgo suicida. Adicionalmente, la mayoría de los recursos esta centralizados en las áreas urbanas, limitando el acceso de apoyo e información adecuada para las personas que residen a las afueras de las metrópolis.
- En los casos donde los fondos económicos están disponibles, cambios en los escenarios políticos pueden atentar en contra de las estrategias de prevención. Los aliados explicaron que los cambios

en los partidos políticos que hacen parte de los gabinetes institucionales y sus agendas políticas pueden impedir o finalizar las iniciativas para la prevención tales como las líneas de crisis, programas de apoyo comunitario, y servicios de salud mental a bajo costo, entre otros.

- Otro reto substancial resaltado fue los problemas con la calidad de las bases de datos, específicamente, la falta de reporte de los casos de suicidio. Nuestros aliados identificaron dos fuentes principales acerca de este problema: estigma y falta de entrenamiento. El estigma que rodea las muertes por suicidio puede resultar en el no reporte o reporte y clasificación errónea debido a distintas causas. Los aliados explicaron como los profesionales encargados del reporte de fallecimientos pueden no estar óptimamente equipados con los conocimientos y recursos para identificar muertes como eventos suicidas.
- El reporte en los medios de comunicación también es una preocupación a través de las Américas. El cubrimiento que estigmatiza o propaga mitos dañinos prevalece como algo común dentro de varios países.
- Hubo un consenso general entre las y los aliados acerca de la importancia de distanciarse de un concepto netamente biomédico del suicidio y moverse hacia un abordaje de prevención más holístico, el cual considere determinantes psicosociales como significativos que impactan la conducta suicida. Nuestros aliados resaltaron la importancia de tener un conocimiento interdisciplinario y una participación intersectorial para diseñar estrategias efectivas.

Las y los aliados reflexionaron en algunos ítems de acción inmediata para seguir adelante con la iniciativa. Primero, se acordó en la importancia de finalizar nuestro análisis situacional del suicidio y su prevención a través de las Américas, delineando lo que se ha trabajado, lo que ha sido efectivo al momento de ser implementado, y en particular, cuales esfuerzos en específico los países pueden ser sostenidos y adaptados por otros dentro de la región. Segundo, se acordó que es importante hacer uso de nuestras alianzas para ayudar en los esfuerzos de presión internacional a los gobiernos y demás interesados con el fin de crear cambios. Finalmente, hubo un consenso acerca de la importancia de pequeñas prácticas y avances que podamos empezar a implementar sin mayor uso de recursos económicos o apoyo de los gobiernos (tales como sesiones de entrenamiento individuales o grupales, webinarios, guías para los medios de comunicación, etc.).

## Argentina

La presentación estuvo liderada por la Terapeuta ocupacional, Iris Lorena Resentera y, el fundador de la organización sin ánimo de lucro Hablemos del Suicidio, Alberto Fernández (Ambos en formato español). En Argentina, el suicidio es la segunda causa principal de muertes traumáticas después de los accidentes automovilísticos, y los adolescentes están a mayor riesgo de fallecer por suicidio. Es estimado que, entre aquellas personas de las cuales su muerte se reportó como suicidio, el 80-90% había comunicado ideación suicida pero solo el 30% había buscado ayuda profesional. De aquellos que buscan apoyo profesional para la salud mental, solo 4 de cada 10 personas hablan acerca de sus pensamientos o ideaciones suicidas. Esto puede verse atribuido al tabú relacionado con hablar acerca del suicidio en la región.

La estrategia nacional para la prevención del suicidio en Argentina está compuesta de medidas políticas y sociales, y tiene como objetivos grupos poblacionales en tres distintas áreas: intervención primaria, esto incluye respondientes primarios; prevención, esto incluye ONGs y profesionales de la salud mental; y posvención, esto incluye sobrevivientes y apoyo a las familias desde los profesionales de salud mental. Para resaltar el marco legislativo Argentino, la ponente Resentera enfatiza en la Ley de Salud Mental (#26.657), la cual considera la hospitalización como el último recurso legal cuando se presente un intento de suicidio, y la Ley #27.130 (aprobada en el 2021), la cual resalta las obligaciones para promover atención médica y aumento de la capacidad de detección y atención a personas con riesgo suicida y sus familias (sin embargo, cada provincia en Argentina es independiente y no requiere aplicar esta ley). Este marco legal contribuye a la construcción de un protocolo que resalta los distintos pasos para responder a un posible caso de suicidio, incluyendo las instituciones que está a cargo de cada procedimiento.

No obstante, los presentadores enfatizan en como el estigma que rodea el tema impone una limitación significativa en la implementación de estrategias. Por ejemplo, los presentadores explicaron como la falta de comunicación de intenciones o pensamientos suicidas puede impedir en la busca de ayuda y por ende la posible asistencia profesional: “una persona puede tratar de saltar en frente de un bus. Esta persona resulta herida y por ende un miembro familiar lleva a la persona a un centro médico. Sin embargo, mientras se espera por la asistencia médica y el reporte policial, esta persona puede pedir al familiar guardar lo que ha pasado como un secreto. Esto causa que el intento de suicidio no se reporte como un intento y más bien como un accidente, previniendo la futura intervención para apoyo psicológico y estadísticas incorrectas.”

Finalmente, los presentadores reflexionaron en factores claves que consideran mas importante para mejorar la prevención del suicidio en Argentina. Lo más importante es superar el estigma. Además, es importante mirar a factores tales como la educación emocional, la capacidad para pedir ayuda, la atención temprana y la detección, el entendimiento de los problemas sociales multifacéticos que contribuyen al suicidio, la eliminación de la burocracia dentro de los hospitales y servicios de salud mental (es decir, se es difícil agendar citas con profesionales; la continuidad del cuidado y atención es insuficiente), el mantener el suicidio dentro de la agenda política independientemente de los cambios políticos, entre otras.

## Brasil

La presentación estuvo liderada por la Consultora y CEO de la Institución de Prevención y Posvención del Suicidio Vita Alere, Dra. Karen Scavacini (formato en inglés). Brasil tiene una población aproximada de 200 millones de habitantes. El tamaño del país, al igual que su distribución geográfica de su población, son factores significativos los cuales generan dificultades para asegurar el acceso a servicios de salud mental. Las estadísticas más recientes indican que aproximadamente 14,295 personas fallecieron por suicidio durante el año 2022, siendo las muertes dentro la población masculina más comunes y personas entre los 15 a 19 años en mayor riesgo. La región de Rio Grande du Sol tiene el mayor número de suicidios de Brasil, y en la región sur este es un problema particular en la población de personas mayores de 60 años.

En el 2006 el país oficialmente creó y presentó el Plan Nacional para la Prevención del Suicidio; sin embargo, ha habido retos mayores al momento de la implementación. En el 2011, la RAPS (Sistema Comunitario de Salud Mental) empezó un movimiento para disminuir la hospitalización y en vez prevenir y promover el apoyo en la comunidad a personas con enfermedades mentales. La ABEPS (Asociación brasilera para la Prevención del Suicidio) fue creada en el 2015. Con el objetivo de crear conciencia, en el 2015 “Setembro Amarelo” o septiembre amarillo fue creado y designado mes para la prevención del suicidio; este mes busca abrir conversaciones alrededor del suicidio y proveer información acerca de recursos para pedir ayuda. La Dra. Scavacini mencionó que el formato de disseminación de información puede hacer este mes un poco abrumador y reduce la efectividad de su impacto.

En el 2019 la ley que promueve la prevención del suicidio fue oficialmente establecida, sin embargo, en la práctica, sus objetivos no son a menudo alcanzados. También en el 2019, Brasil cambió una de sus leyes para criminalizar y penalizar la inducción de otro a tomar su propia vida. En el 2022 la primera asociación de sobrevivientes al suicidio fue creada y finalmente en el 2023 una ley policial para la prevención del suicidio fue pasada.

La Dra. Scavacini compartió distintas limitaciones en la implementación de iniciativas y la mejora de acceso a servicios. Primero, el estigma y acceso a para el cuidado mental continúa siendo un problema substancial en el Brasil. La forma en cómo se reportan los casos de suicidio en la región contribuyen a estas limitaciones. La Dra. Scavacini explicó que se presenta una falta de guía adecuada para el reporte del suicidio en los medios en Brasil y todavía se encuentran malentendidos acerca de cómo hablar sobre el suicidio.

Adicionalmente, el acceso a métodos fatales es un problema que todavía no ha sido abordado adecuadamente. La Dra. Scavacini describió como el reciente aumento de las armas de fuego en Brasil, al igual el fácil acceso a medicación sin prescripción, sobreponen retos. Finalmente, la ponente enfatizó en la importancia de transicionar de un modelo enfocado en el cuidado médico a uno enfocado en los servicios de intervención comunitaria, ya que los sistemas de salud tienden a sobrecargarse con pacientes y esto reduce la posibilidad de proveer intervenciones para la prevención del suicidio.

## Canadá

La presentación estuvo liderada por la directora ejecutiva del Centro para la Prevención del Suicidio, Mara Grunau quien presento en su nombre y el de la directora Médica de Hablemos Suicidio Canadá (Línea Nacional), Dra. Allison Crawford (formato en inglés). Canadá está en un proceso de transición de un enfoque deficitario del suicidio a una perspectiva más integral. Para alcanzar esto, la visión de Canadá se enfoca en entender la salud mental como un derecho humano universal. Esto incluye el apoderamiento a través del lenguaje enfocado en reducir el estigma y enfatizar en las poblaciones en alto riesgo, como lo son las poblaciones indígenas. Con respecto a esto, es importante tener entendimiento acerca del trauma intergeneracional como un factor de riesgo clave.

La licenciada Grunau empezó su presentación enfatizando como: “Alerta de spoiler, Canadá no tiene una estrategia nacional para la prevención del suicidio.” De hecho, actualmente Canadá cuenta con un marco y algunos puntos de acción, pero no una estrategia estructurada. En la provincia de Quebec y la comunidad Inuit han alcanzado los mayores avances en la creación de estrategias regionales para sus regiones; sin embargo, estos esfuerzos, por definición, son locales e independientes de cualquier plan pan-canadiense. En 2012, el marco Federal para la Prevención del Suicidio se posiciono como resultado de el paso de una propuesta del sector privado y la continua abogacía de la Asociación Canadiense para la Prevención del Suicidio. La Agencia de Salud Pública de Canadá es responsable por la implementación de este marco. El marco tiene tres objetivos principales:

- Objetivo 1: reducir el estigma y promover la conciencia social.
- Objetivo 2: conectar a los canadienses – información y recursos.
- Objetivo 3: acelerar el uso de investigaciones e innovación en la prevención del suicidio.

El primer reporte oficial de progreso fue publicado en el 2016, con el más reciente reporte publicado en el 2022. Con base a los tres objetivos principales, el más reciente reporte resalta los mayores aspectos de acción desarrollados durante los últimos dos años:

- Objetivo 1: incluyo talleres y campañas dirigidas a poblaciones especificas al igual que la actualización de guías para los reportes a medios de comunicación. Esto también incluye la creación de Operation LifeSaver, una iniciativa con el sector del transporte.
- Objetivo 2: incluyo un énfasis en el apoyo a la crisis y el desarrollo de protocolos. Implementación del número 988 (línea de atención a crisis) y llenar los vacíos en los datos.
- Objetivo 3: resalto las investigaciones actuales y prácticas de evidencia-base para la prevención de suicidio y el trabajo realizado por las comunidades indígenas.

La licenciada Grunau finalmente explico que el un Plan de Acción Nacional para la Prevención del Suicidio ha sido votado unánimemente y se encuentran a la espera de los siguientes pasos por el gobierno. Aun no se encuentran planes para crear una estrategia nacional para la prevención del suicidio.

## Colombia

La presentación estuvo liderada por la miembro del Ministerio de Salud Pública y Protección Social, Laura Múnera Restrepo (en formato español). Desde una perspectiva epistemológica, el Ministerio de Salud en Colombia tiene una visión acerca de la salud mental y el suicidio la cual ha sido traducida en leyes y estrategias. Para empezar, la Ley de Salud Mental (Ley 1616 de 2013) define la salud mental como un estado dinámico que es expresado en las actividades diarias y que permite a sujetos individuales y colectivos, transitar por la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad. Entre las características de la salud mental se encuentra la capacidad para enfrentar los cambios y hacer frente al sufrimiento.

Esta es la visión que orienta la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en Colombia, en el entendido de que la población está repetidamente expuesta a factores que puede generar crisis y que, frecuentemente, el suicidio es el peor desenlace en caso de no tener la capacidad para manejarlas. El Ministerio reporta que para 2021 la tasa de intento de suicidio fue de 58 por 100.000 individuos, lo cual evidencia un aumento significativo desde 2016 cuando se implementó un sistema de información específico en el tema. Sin embargo, durante la pandemia se redujeron los casos de intento de suicidio, posiblemente debido al aislamiento social y el acompañamiento que redujo el acceso a métodos letales o a la reducción en el reporte de casos por parte de los hospitales quienes se encontraban concentrados en la atención de la COVID-19. Colombia a su vez sigue tendencias globales, donde los hombres fallecen con mayor frecuencia por suicidio y las mujeres lo intentan más; mediante ahorcamiento e intoxicaciones, respectivamente.

El Ministerio de Salud y Protección Social introdujo la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida en el 2021, considerando la heterogeneidad territorial y poblacional y la prevención integral. Al respecto, la licenciada Múnera-Restrepo explicó que la estrategia propone llevar a cabo acciones teniendo en cuenta seis aspectos principales: comprensión de los significados alrededor del suicidio, proveer apoyo a los individuos con mayor riesgo, minimizar la exposición a los factores de riesgo, fortalecer las respuestas moderadoras de los factores de riesgo, modificar los determinantes sociales que incrementan los riesgos, y llevar a cabo respuestas en salud con enfoque comunitario. Sin embargo, la implementación debe responder al actual y descentralizado sistema de salud. Es decir que, si bien, el Ministerio de Salud provee la línea técnica de acción en el marco de sus competencias, la implementación depende de los territorios y de las entidades que tiene responsabilidades en la materia. Los aliados en el taller concuerdan que la descentralización de la estrategia puede hacer la aplicación más difícil.

Avanzando en la conversación, la licenciada Múnera-Restrepo enfatiza que el primer paso es ayudar en los territorios a modificar y aplicar la estrategia sugerida por el Ministerio de Salud, dependiendo de las necesidades que ellos mismos identifiquen. Adicionalmente, alude a la importancia de la reducción en el estigma alrededor de la búsqueda de ayuda profesional, especialmente entre la población masculina. Finalmente, la licenciada Múnera-Restrepo reconoce la necesidad de reducir los facilitadores y potenciadores de la conducta suicida tales como el consumo de alcohol y el acceso a medios letales.

## Costa Rica

La presentación estuvo liderada por la Licenciada en Psicología Clínica, Elizabeth Seaward (formato en inglés), y la Licenciada en Psicología Clínica, Leany Villafuerte (formato en español). Costa Rica es un país pequeño el cual alberga el 5% de toda la biodiversidad del mundo y el catolicismo es una parte significativa de su cultura. Desde 1948, Costa Rica no tiene ejército y ha alocado la mayor parte de estos recursos anteriormente usados en la defensa para el fortalecimiento de su sistema de salud (al igual que su sistema educativo), los cuales han sido reconocidos como uno de los más avanzados dentro de las Américas.

De acuerdo con reportes oficiales, en el 2021, Costa Rica registro 388 suicidios con 325 casos identificados como personas masculinas, las cuales representaron 84% de todas las muertes. Las mujeres tienen mayores tasas de intento de suicidio que los hombres (46 vs. 29 por cada 100.00 individuos respectivamente). En general, los jóvenes entre las edades de 15 a 19 años fueron identificados a mayor riesgo de fallecer por suicidio. El ahorcamiento y los pesticidas son los métodos más comunes. Costa Rica de por sí toma un enfoque multidisciplinario e intersectorial acerca del suicidio donde, por ejemplo, las y los maestros y profesionales de la salud mental tienen una influencia substancial en la diseminación, planeación y ejecución de estrategias. Para empezar, la salud mental se entiende de acuerdo con la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), definiendo esta como “Vivir en un ambiente que permita el crecimiento” y el suicidio se entiende como una decisión consciente que es el resultado de un proceso complejo. Las presentadoras explicaron cómo es importante hablar en el mismo lenguaje cuando se refiere al suicidio: “Fue importante para nosotros, como profesionales, hablar el mismo lenguaje a través de nuestra región y así tener una definición en común. Sin esto, no podríamos tener los mismos objetivos así la prevención y así posiblemente no entendernos entre nosotros mismos.”

Las presentadoras enfatizaron como 20 años atrás en Costa Rica no había un trabajo substancial enfocado hacia el suicidio en vez, había bastante rechazo acerca de hablar sobre el tema. Se denoto que el país tiene leyes y políticas públicas fuertes que buscan prevenir el suicidio de distintas maneras, incluyendo la estandarización de protocolos para la respuesta por las crisis suicidas, ramas del Ministerio de Salud conocidas como secretarías técnicas las cuales se enfocan en buscar fondos para temas relacionados con la salud mental, políticas públicas que incluyen leyes específicas relacionadas al suicidio, y servicios de contacto de emergencias, entre otras estrategias. Las presentadoras notaron que el trabajo en esta área ha ayudado a aumentar la conciencia social en torno al tema y ha asistido en asegurar que los recursos existentes se mantengan disponibles: “Todo el mundo después de lo 18 años debe entender que es el suicidio, factores de riesgo, y a donde ir si se necesita pedir ayuda.”

Finalmente, al igual que la mayoría de las otras regiones, las presentadoras reflexionaron en la importancia de pasar de un entendimiento del suicidio desde un modelo médico a un enfoque más holístico. Se expresaron algunas preocupaciones acerca de los cambios de gobiernos y como esto puede afectar en los esfuerzos promovidos por las comunidades: “Cuando un nuevo gobierno entra, algunas veces las prioridades cambian, pero se necesita luchar un poco con el fin de que estos avances no se pierdan del todo.”

### República Dominicana

La presentación estuvo liderada por la Licenciada en Psicología Clínica, Miguelina Justo (formato en inglés), y la Licenciada en Psicología Clínica y Directora del Instituto de Salud Mental y Telepsicología, Angelina Sosa (formato en español). Las presentadoras empezaron por proveer contexto acerca de su país, compartiendo que la República Dominicana (RD) tiene una de las poblaciones más altas del Caribe, con una herencia africana predominante, y manteniendo en mayor parte creencias espirituales provenientes del cristianismo y la iglesia católica romana.

Basados en los datos desde el 2021, RD registró 670 muertes por suicidio, representando una tasa 7.1 por 100.000 individuos. La media en los recientes años ha sido de 6.7 por 100.000 habitantes con un rango estrecho y tasas constantes. En términos de género, 87% de los suicidios ocurrieron en la población de hombres, mientras que las mujeres atentaron más que los hombres. Los métodos más comunes son el ahorcamiento, envenenamiento, y el uso de armas de fuego (este último particularmente en hombres).

Desde un contexto cultural, el suicidio es visto frecuentemente como una respuesta desesperada a una situación; sin embargo, la percepción tradicional cristiana del suicidio como pecado predomina. Aunque el suicidio no es criminalizado en RD, los comunicados de prensa y los reportes en medios de comunicación frecuentemente reportan el suicidio de tal manera. Las presentadoras enfatizaron como la pandemia por COVID-19 incrementó la conciencia acerca de cómo el suicidio puede ser también el resultado de una larga batalla con enfermedades de salud mental tales como la depresión.

RD tiene cuenta con una ley genral y un plan nacional de salud. En el 2022, un proyecto ley resaltando la importancia de la prevención del suicidio fue pasado a la cámara de diputados y está siendo actualmente revisado por el senado antes de una ratificación final. Desde el 2016, han habido esfuerzos para crear una red de hospitales con un enfoque de salud mental, instituciones que incluyan intervenciones a crisis y unidades de respuesta a salud mental; sin embargo, la pandemia por covid-19 interrumpió estos procesos. A la fecha, el país no cuenta con protocolos unificados para el abordaje de la conducta suicida en general. Las presentadoras resaltaron la necesidad de un enfoque multisectorial y reconocieron los esfuerzos de organizaciones no gubernamentales en la región, los cual es proveen servicios incluyendo líneas de atención a crisis, apoyo psicológico, eventos, sobrevivientes del suicidio, entre otros: “la prevención del suicidio ha estado tradicionalmente a cargo de grupos y asociaciones que promueven las intervenciones comunitarias.”

Las presentadoras resaltaron varias limitaciones en los esfuerzos que tiene el país tales como la falta de investigación local, colaboración intersectorial, y legislación para desarrollar marcos y estrategias. También se mencionaron algunos factores de riesgo, como el uso problemático de alcohol y/o sustancias o las enfermedades crónicas.. “Aún se encuentra una lucha para hacer el suicidio entendido como un problema de salud pública, no solo un problema de salud mental.”



## Ecuador

La presentación estuvo a cargo del funcionario parte del Ministerio de Salud, Pablo Analuisa (formato en español). Ecuador tiene una tasa de suicidio de 6.97 por 100.000 individuos y este número se ha mantenido estable sin importar el impacto de la pandemia y otros eventos sociales. Desde el 2021, los casos de suicidio se han mantenido debajo de los 1200 y la tasa de suicidio por debajo de 7.00 por 100.00 individuos. Como lo explica el licenciado Analuisa explico, el país está dividido entre tres regiones Occidente, Sierra y Oriente. En el Oriente, donde la mayoría de las comunidades indígenas del Amazonas se encuentran ubicadas, se reporta una tasa de 52 por 100.000 representando el número más alto en Ecuador.

Ecuador sigue una tendencia similar a las diferencias de sexo en suicidio con una proporción 3:1 (hombres vs. mujeres). Las personas entre 20 a 34 años están en mayor riesgo, mientras que las personas con más de 60 años de edad han mostrado una tendencia decreciente. En términos de métodos más usados, fallecimientos de hombres a menudo son resultado de ahorcamientos mientras que las mujeres fallecen debido al envenenamiento (ya sea por medicación sin prescripción o pesticidas). El Licenciado Analuisa resalto factores de estrés como dolor emocional, dificultades en relaciones, y problemas familiares son contribuidores importantes para el suicidio en Ecuador.

Actualmente, el país se encuentra trabajando en finalizar su estrategia nacional para la prevención del suicidio. El Licenciado Analuisa comento en los tres avances principales en el boceto de la estrategia primero, fortalecer los esfuerzos para la prevención en general segundo, atención y rehabilitación para las personas con crisis suicida, enfocándose en la colaboración cros sectorial. Tercero, vigilancia, valoración, y evaluación de las componentes de la estrategia. Estos puntos provienen de un estudio situacional extensivo. El 2 de mayo, el país aprobó la primera ley de salud mental en el congreso, abriendo la puerta a más iniciativas para promover conciencia acerca de la salud mental. El Licenciado Analuisa explico que esta última facilitara el aumento de recursos para la salud mental.

Finalmente, El Licenciado Analuisa resalto algunos avances adicionales recientes. Por ejemplo, el ministerio de salud tuvo la oportunidad de entrenar más de 9000 profesionales de la salud para identificar señales de suicidio, prevención del suicidio, y promoción de recursos a través de plataformas online y en persona. Adicionalmente, el Manual de la prevención del suicidio para cuidadores fue introducido e implementado. La idea es proveer individuos claves con herramientas necesarias para responder a casos potenciales. Con respecto a los retos, el Licenciado Analuisa comento acerca de dificultades como asegurar fondos para implementar planes de acción, al igual que la necesidad de mejorar el sistema de registro en el Ecuador para reportar casos, monitoreo y evaluación de casos de suicidio. El tener un mejor sistema de registro facilitaría la planeación, implementación, y monitoreo de estrategias de prevención, por ejemplo, reducir el acceso a métodos letales tales como medicación sin prescripción o pesticidas.

## México

La presentación estuvo liderada por la Dra. Angela Beatriz (formato en inglés), y el Dr. Luis Miguel Sánchez (formato en español). Para empezar, los presentadores reconocen la diversidad cultural de su país y como en zonas específicas la presencia de comunidades indígenas influye en las creencias culturales. Por ejemplo, zonas como la región Maya, la cual comprende los estados de Yucatán, Quintana Roo, Chiapas y parte de Tabasco, perciben el suicidio y la muerte como un símbolo. De allí encontramos figuras representativas como la diosa Ix Tab la cual ha sido presentadas como la diosa de la muerte. Sin embargo, estas mismas áreas del sureste mexicano han registrado las tasas más altas de suicidio en la última década, abriendo paso a fuertes respuestas sociales tales como la estigmatización y rechazo a las familias y sobrevivientes, censura, rechazo social, entre otras.

En el 2021, México reporto una tasa de 6.6 por 100.000 individuos, donde los hombres tienen una tasa de 11.0 y las mujeres 2.4 respectivamente, y las tasas de suicidio han aumentado cada año recientemente. Durante las últimas décadas, México ha observado un aumento en casos de suicidio entre jóvenes y adultos jóvenes en edades 15 a 34 al igual que jóvenes edades 9 a 14. Como explicaron los ponentes, el país no reconoce el suicidio como causa de muerte en individuos menores de 9 años. En general, el suicidio es la tercera cause de muerte en grupos edades 10-14 y 15-14 después del homicidio y los accidentes.

A la fecha, no se ha aprobado alguna iniciativa de ley para la prevención del suicidio que involucre a todo el país. Desde 2003 a 2020, se han reportado 20 intentos de iniciativas para la prevención del suicidio sin éxito alguno. De los 31 estados en México, solo se han identificado 12 estados con estrategias para la prevención las cuales han sido aplicadas regionalmente. Sin embargo, dichas estrategias solo se aplican periódicamente debido a la falta de continuidad, ya sea por la falta de continuidad política o por otros factores. Desde el 2021, ha habido un programa nacional emergente enfocado en la prevención del suicidio impulsado por la crisis de la salud mental durante la pandemia por COVID-19. En 2022, la ley de salud en México fue actualizada para incluir una sección específica relacionada a la salud mental, en donde se encuentran seis estados con una Ley de Salud Mental establecida, pero hasta el momento no se ha incluido una sección específica para la prevención del suicidio.

Los ponentes explicaron como en términos de políticas públicas, se encuentra una clara distinción entre los sectores públicos y privados los cuales conforman el sistema de salud, y esta fragmentación hace difícil la creación de redes para la prevención. La salud está cubierta para aquellos que están empleados, pero para aquellos que se encuentran desempleados, el gobierno tiene un presupuesto limitado para proveer cobertura.

A esto se suma como la inexistente financiación en investigaciones acerca del suicidio o leyes que reconozcan el suicidio como un problema de salud pública retrasa la creación de protocolos para la respuesta. Los ponentes enfatizaron en la falta de un presupuesto designado para los servicios de salud mental y suicidio limitando la creación de recursos para la prevención, ya que, a la fecha, México es uno de los países con menos inversión a servicios de salud con un 6.2% del PIB. Al igual que en otras regiones, la mayoría de los recursos están concentrados en las áreas urbanas y esto dificulta el acceso a recursos en

zonas rurales. Por otro lado, la percepción del suicidio desde un punto de vista holístico (reconociendo factores socioeconómicos) y no solo el resultado de factores psico-biológicos (como la depresión) es necesaria para la inversión de estrategias de prevención completas. Finalmente, México necesita abordar problemas de continuidad de sus iniciativas y promover la coordinación entre distintas instituciones para así alcanzar una prevención eficaz del suicidio. Esto implica incentivar una activa participación de todos los actores involucrados, incluyendo institucionales de gobierno, universidades, institutos de investigación, organizaciones civiles y ciudadanos.

### Estados Unidos de América

La presentación estuvo a cargo del Jefe de la Sección de Suicidios de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAHMSA siglas en inglés), Dr. Richard McKeon (formato en inglés). El Dr. McKeon procedió a explicar el proceso envuelto en el desarrollo e implementación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio en Estados Unidos. Al final de los años noventa, abogados provenientes de distintos sectores y expertos se unieron para hacer un llamado acerca de la necesidad de tener un enfoque nacional para la prevención del suicidio en la región. Políticos destacados incluyendo un senador clave, empezaron compartiendo historias acerca de sus experiencias con el suicidio y/o dificultades con distintas enfermedades de salud mental, en especial la depresión. Esto lentamente ayudó a empezar la conversación que resultó en una resolución la cual reconocía al suicidio como una emergencia de salud pública y la necesidad de tener una estrategia nacional para la prevención del suicidio.

En el 2001, la primera estrategia nacional en Estados Unidos fue lanzada. Este resaltaba la necesidad de desarrollar una alianza para la prevención del suicidio y hacía un llamado para una asociación entre sectores públicos y privados con el fin de supervisar el progreso. Los primeros intentos para aplicar estas recomendaciones encontraron retos. Sin embargo, en el 2010, durante la administración del presidente Barack Obama, la iniciativa ganó el suficiente apoyo para crear una alianza nacional.

La primera tarea de la alianza nacional fue revisar la estrategia nacional existente y proveer retroalimentaciones. Una versión modificada fue publicada en el 2012 y aún se mantiene en uso. La estrategia tiene cuatro iniciativas principales: individuos y comunidades saludables empoderados, prevención comunitaria, tratamiento y apoyo, y vigilancia. Recientemente, una implementación de evaluación resaltó algunos retos en el proceso de aplicación: “no hubo una comunidad en particular la cual estuviese implementando todo lo de la estrategia. Sin embargo, se encontraron distintas comunidades implementando varios objetivos de la estrategia.” Dr. McKeon resaltó el gran rol que la línea nacional de ayuda ha jugado en el avance de la estrategia nacional. El gobierno de los Estados Unidos ha aumentado su inversión para la línea de atención, pasando de \$3 millones de dólares (2012) a \$502 millones este año. Esta gran inversión ha facilitado masivamente las mejoras en servicios previos existentes y la creación de nuevos recursos. Dr. McKeon enfatizó que la prevención del suicidio ha sido mayoritariamente un problema no partidista en los Estados Unidos en los años recientes, lo cual ha contribuido a los éxitos observados en la inversión e implementación.

En el 2021, hubo un llamado por parte de la Casablanca para revisar y mejorar la estrategia actual. Con el soporte de la Alianza Nacional para la Prevención del Suicidio, la revisión se está haciendo con base a una línea de tiempo acelerada con el objetivo de proponer una estrategia actualizada y radicada para enero del 2024.

**Este reporte fue producido por Daniel Sanchez-Morales & Dr. Mark Sinyor.**

**Este reporte fue traducido por Daniel Sanchez-Morales.**

Queremos reconocer y expresar nuestra más sincera apreciación a nuestros aliados ponentes. También queremos reconocer los esfuerzos en la preparación y entrega de presentaciones, al igual que la participación en la edición de este documento.

Iris Lorena Resentera (Argentina)

Alberto Fernández (Argentina)

Dr. Karen Scavacini (Brasil)

Mara Grunau (Canadá)

Dr. Allison Crawford (Canadá)

Center for Suicide Prevention (Canadá)

Laura Múnera-Restrepo (Colombia)

Elizabeth Seaward (Costa Rica)

Leany Villafuerte (Costa Rica)

Miguelina Justo (República Dominicana)

Angelina Sosa (República Dominicana)

Pablo Analuisa (Ecuador)

Dr. Angela Beatriz (México)

Dr. Luis Miguel Sánchez (México)

Dr. Richard McKeon (Estados Unidos de América)