
UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO

División de Ciencias Sociales y Humanidades

Análisis de diseño del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio
2022–2024 en México.

Un enfoque de políticas públicas para abordar la salud mental.

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MAESTRO EN POLÍTICAS PÚBLICAS
PRESENTA:
LUIS ENRIQUE PIÑA SOTELO

Directora:

Dra. Laura Valencia Escamilla

Lectores:

Dra. Claudia Vanessa Maldonado Trujillo

Dra. Ana Rita Castro

Resumen

Esta tesis titulada "Análisis de diseño del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio 2022–2024 en México. Un enfoque de políticas públicas para abordar la salud mental", examina el diseño y efectividad del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio (PRONAPS) 2022–2024. Este programa fue implementado por el gobierno mexicano para abordar la creciente problemática del suicidio, que afecta particularmente a jóvenes de entre 15 y 29 años, una de las principales causas de mortalidad en este grupo.

La investigación se centra en cómo el PRONAPS interactúa con las limitaciones estructurales del sistema de salud en México. La tesis desarrolla una evaluación exhaustiva del marco teórico y metodológico del programa, enfocándose en los determinantes sociales de la salud mental y en la implementación de políticas públicas en el contexto de prevención del suicidio. El análisis aborda factores estructurales como políticas gubernamentales, económicas y culturales, que afectan el acceso a recursos y servicios de salud mental, e intermedios, como clase social, género, etnicidad, educación y ocupación.

El estudio evalúa la racionalidad y coherencia del PRONAPS, examinando la alineación entre sus objetivos, estrategias, y recursos, así como su coordinación con otros programas de salud pública en México. Los hallazgos destacan las fortalezas y áreas de mejora del PRONAPS, ofreciendo recomendaciones para optimizar su diseño e implementación y contribuir a políticas de salud mental más efectivas y sostenibles en el país.

Palabras clave:

Políticas Públicas, Salud Pública, Salud Mental, Suicidio, Maestría.

Autorizó este apartado:



Dra. Laura Valencia Escamilla

Contenido

Introducción	6
Capítulo 1. Marco Teórico y Metodológico para el Análisis de Políticas Públicas en la Prevención del Suicidio	8
1.1 Determinantes Sociales de la Salud Mental	8
1.1.1 Determinantes Estructurales	9
1.1.2 Determinantes Intermedios	10
1.2 Salud Mental Comunitaria	12
1.2.1 Teoría del Enfoque Comunitario en Salud Mental	13
1.2.2 Importancia del Enfoque Comunitario.....	14
1.3 Evaluación de la Racionalidad y Coherencia	15
1.3.1 Evaluación Profunda de la Racionalidad.....	17
1.3.2 Evaluación Detallada de la Coherencia	18
1.4 Metodología	19
1.5 Marco analítico	22
1.5.1 Elementos del Análisis de Diseño	22
1.5.2 Análisis de Elementos de Implementación	23
Capítulo 2. Dimensiones del Suicidio: Una revisión desde Perspectivas Biológicas, Socioculturales e Internacionales	25
2.1 Enfoques del concepto del suicidio	25
2.1.1 Enfoque biologicista	25
2.1.2 Enfoque sociocultural	26
2.1.3 Definición del concepto del suicidio	27
2.2 Contexto Internacional	27
2.2.1 Políticas Públicas sobre el Suicidio	29
2.3 Tendencias y elementos del suicidio en México	41
2.3.1 Características del suicidio en México.	42
2.3.2 Transformaciones Institucionales y Normativas	48
2.3.1 Caracterización del Programa Nacional de Prevención del Suicidio	54
Capítulo 3. Análisis de Determinantes estructurales	62
3.1 Análisis de Diseño	62
3.1.1 Normativo-institucional.....	62
3.1.2 Programático	67

3.1.3 Presupuestal.....	69
3.2 Análisis de elementos de implementación	73
3.2.1 Recursos humanos	73
3.2.3 Infraestructura	76
3.2.4 Investigaciones y sistema de información en salud mental	78
3.2.6 Cobertura médica	81
Capítulo 4. Análisis de Determinantes intermedias.....	83
4.1 Elementos de incidencia del PRONAPS.....	83
4.1.1 Brigadas Comunitarias en Salud Mental.....	83
4.1.2 Sistema para la Gestión de Casos.....	85
4.1.3 Código 100, procedimientos del sistema de atención coordinada para comportamiento suicida	87
4.1.4 Cuadernillo básico para la prevención del suicidio	89
4.1.5 Protocolo para la Implementación de Grupos de Apoyo Emocional.....	91
4.1.6 Programa Nacional de Telementoría	93
4.1.7 Redes por la Prevención de las Violencias y las Adicciones en las Escuelas	95
Conclusiones y recomendaciones.....	97
Referencias	102

Agradecimientos

A mis padres,

A ustedes, mis pilares y mi inspiración constante, quiero dedicarles estas palabras con profundo agradecimiento. Gracias por estar conmigo en cada paso de este camino, por su apoyo incondicional, por creer en mí incluso cuando las circunstancias parecían complicadas. Sin ustedes, sus consejos, su amor y su confianza en mí, no habría logrado llegar hasta aquí. Su ejemplo de esfuerzo y dedicación es la base de cada uno de mis logros, y este es también un reflejo de todo lo que he aprendido de ustedes.

Gracias por ser el soporte más fuerte en cada momento de duda y por celebrar conmigo cada avance, por pequeño que fuera. Este logro no es solo mío, sino también de ustedes, quienes han compartido cada sacrificio y cada alegría a lo largo de estos años.

A mi asesora, la Dra. Laura Valencia Escamilla,

Dra. Laura, gracias por ser una mentora excepcional y una guía constante en este proceso. Su apoyo y orientación han sido fundamentales para el desarrollo de este proyecto. Su paciencia, sus enseñanzas y su entusiasmo por compartir su conocimiento hicieron de esta experiencia una oportunidad invaluable de aprendizaje y crecimiento. Aprecio cada reunión, cada corrección y cada palabra de aliento que me brindó. Gracias por confiar en mí y motivarme a superar cada desafío, siempre buscando la excelencia.

A todos los que han sido parte de este recorrido, les agradezco de corazón. Este logro es el reflejo de todos los aprendizajes y experiencias que ustedes me han brindado. Con todo mi cariño y gratitud, gracias por haber estado a mi lado y por haberme ayudado a cumplir este sueño.

Introducción

El suicidio es un acto consciente por el cual una persona termina intencionalmente con su vida, esto ocurre generalmente como respuesta a la abrumadora sensación de angustia que una persona puede sentir ante circunstancias difíciles o trastornos mentales. Por su profundo impacto en las esferas individual y colectiva, constituye una de las problemáticas de salud pública más complejas y desafiantes a nivel global. Según la Organización Mundial de la Salud (WHO, por sus siglas en inglés), cada año más de 700,000 personas se quitan la vida en todo el mundo, superando las muertes causadas por enfermedades como el VIH, el paludismo y ciertos tipos de cáncer (WHO, 2021a), en México, este fenómeno ha adquirido una dimensión crítica debido a un incremento sostenido en las tasas de suicidio, donde se ha convertido en una de las principales causas de mortalidad, entre los jóvenes de 15 a 29 años (INEGI, 2022a; Solar & Irwin, 2010), lo que subraya la urgencia de desarrollar e implementar estrategias efectivas para su prevención. En respuesta a esta situación, el gobierno mexicano lanzó el Programa Nacional para la Prevención del Suicidio (PRONAPS) 2022–2024, cuyo objetivo es abordar y mitigar este grave problema de salud pública mediante un enfoque integral que incluye la promoción de la salud mental, la formación de recursos humanos y la implementación de medidas preventivas. Sin embargo, el diseño y la ejecución del programa enfrentan desafíos significativos debido a diversos factores estructurales y contextuales que caracterizan el entorno de la salud mental en México.

Este estudio tiene como propósito analizar cómo el PRONAPS ha sido diseñado para interactuar con las limitaciones existentes en el contexto mexicano, identificar sus fundamentos teóricos y prácticos, y evaluar su capacidad para implementar estrategias efectivas que promuevan la salud mental y prevengan el suicidio. A través de un enfoque metodológico riguroso, se examinará la respuesta del programa a las restricciones presupuestales, la disponibilidad de personal médico y psicológico, y la infraestructura de salud mental, así como su alineación con el marco normativo y político vigente en México. Este análisis permitirá identificar fortalezas, debilidades y áreas de oportunidad dentro del PRONAPS, contribuyendo

con recomendaciones específicas para fortalecer el programa y mejorar la efectividad de las políticas públicas dirigidas a la prevención del suicidio en el país.

El presente estudio se fundamenta en la premisa de la siguiente pregunta: “¿Cómo considera el diseño del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio 2022-2024 las limitaciones del sistema de salud y sociales de México?”. Esta pregunta guía la exploración del diseño y la implementación del PRONAPS en el contexto de las limitaciones estructurales y contextuales de México, lo cual es esencial para desarrollar intervenciones más efectivas y sostenibles en el ámbito de la salud mental. Así, se establecen los siguientes objetivos: (a) identificar las limitaciones estructurales y contextuales del sistema de salud mexicano; (b) examinar los fundamentos teóricos y prácticos que guían el diseño del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio; (c) evaluar las estrategias y acciones propuestas por el programa en términos de su viabilidad, cobertura y capacidad para abordar el problema; (d) analizar la integración del programa en el sistema de salud existente; y (e) proporcionar recomendaciones basadas en el análisis para fortalecer el diseño e implementación del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio.

Este enfoque no solo busca contribuir al campo académico y práctico de las políticas públicas y la salud mental en México, sino también ofrecer una base sólida para la toma de decisiones informadas por parte de los responsables de políticas, profesionales de la salud y otros actores clave en la lucha contra el suicidio en el país.

Capítulo 1. Marco Teórico y Metodológico para el Análisis de Políticas Públicas en la Prevención del Suicidio

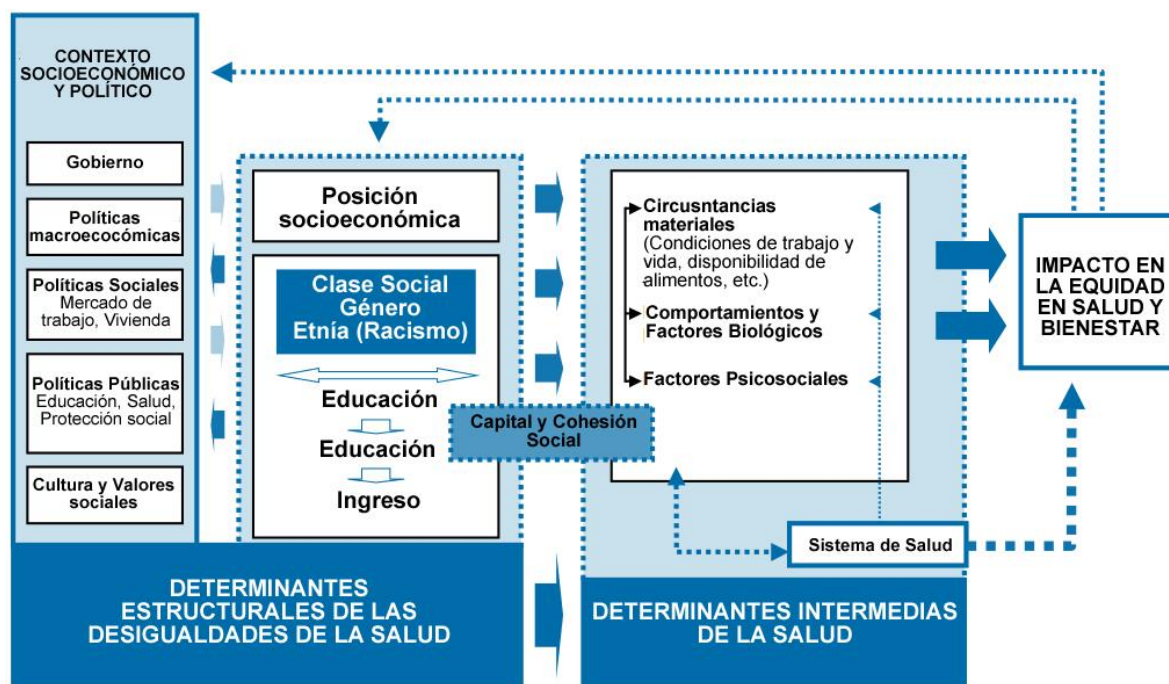
Este capítulo tiene como finalidad desglosar el marco teórico-conceptual que sustenta el análisis del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio 2022–2024 en México, integrando una revisión de los determinantes sociales de la salud mental, la metodología de investigación adoptada, y el marco analítico utilizado para evaluar el diseño y la implementación del programa. A través de este capítulo, se establecen las bases teóricas y metodológicas para una comprensión del bienestar mental en el contexto mexicano, enfocándose en cómo las políticas públicas pueden abordar efectivamente los retos asociados con la salud mental y la prevención del suicidio.

1.1 Determinantes Sociales de la Salud Mental

El PRONAPS en México busca abordar el suicidio no solo desde una perspectiva médica sino también social, reconociendo que las soluciones deben ir más allá de los tratamientos clínicos y deben incluir estrategias para fortalecer el capital y la cohesión social. Es por lo anterior que la salud mental es un componente esencial del bienestar general y está profundamente influenciada por una red compleja de factores sociales, económicos y ambientales. Estos determinantes, expuestas en la ilustración 1, son fundamentales para comprender y abordar la conducta suicida, así como para promover la salud mental a nivel poblacional (Solar & Irwin, 2010; WHO, 2022b). De acuerdo con la literatura (OPS, 2021; Solar & Irwin, 2010; Zhang & Ran, 2022), los determinantes sociales de la salud mental abarcan las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo el sistema de salud. Estos factores afectan significativamente la salud mental de individuos y comunidades, influenciando las desigualdades en salud. Estudios recientes han subrayado la compleja interacción entre estos determinantes y la salud mental, confirmando que la vulnerabilidad social, caracterizada por la

marginación y el acceso limitado a recursos, está asociada con un mayor riesgo de suicidio (Díaz-Castro et al., 2019; Leiva-Peña et al., 2021).

Ilustración 1: Modelo de Determinantes Sociales de la Salud.



Fuente: Traducido de Solar, O., & Irwin, A. (2010). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health.

1.1.1 Determinantes Estructurales

Los determinantes estructurales representan factores macro que influyen en la salud mental, entre las que se incluyen políticas gubernamentales, económicas y sociales, así como la cultura y los valores predominantes en la sociedad, configuran las condiciones de vida y establecen el marco dentro del cual operan otros factores más inmediatos.

Políticas gubernamentales en áreas como salud, educación, empleo y protección social tienen un impacto profundo en la salud mental, esto debido a que la priorización y financiamiento de estos servicios determinan la accesibilidad y calidad de la atención disponible. Políticas bien diseñadas pueden mejorar

significativamente el bienestar mental, mientras que la falta de apoyo adecuado puede exacerbar los problemas de salud mental (Solar & Irwin, 2010).

Políticas económicas y sociales que abordan la pobreza, el desempleo y la desigualdad social son cruciales para la salud mental. La inseguridad económica y las amplias brechas sociales contribuyen al estrés, la ansiedad y otros trastornos mentales, aumentando el riesgo de suicidio (Morales-Chainé, 2021). Las políticas que fomentan la inclusión económica y social pueden reducir estos riesgos y promover el bienestar mental (Díaz-Castro et al., 2017; Díaz-Castro et al., 2019).

Cultura y valores sociales influyen en la percepción y manejo de la salud mental en la sociedad. El estigma asociado a los trastornos mentales, alimentado por ciertas creencias culturales, puede impedir que las personas busquen ayuda, exacerbando los problemas de salud mental y aumentando el riesgo de suicidio. Cambiar estas percepciones culturales es fundamental para mejorar el acceso a la atención y reducir el suicidio (Corrigan, 2004; Esponda et al., 2022).

1.1.2 Determinantes Intermedios

Los determinantes intermedios se refieren a factores más inmediatos que, aunque están influenciados por los determinantes estructurales, impactan directamente en la salud mental de los individuos (Solar & Irwin, 2010). Estos determinantes incluyen la clase social, la etnia, el género, la educación, la ocupación y el ingreso. A continuación, se desarrolla cómo cada uno de estos factores contribuye al bienestar mental y la prevención del suicidio.

Clase social afecta el acceso a recursos esenciales como la educación de calidad, el empleo estable y la vivienda segura. La desigualdad socioeconómica se asocia con mayores tasas de trastornos mentales y suicidio. Las políticas públicas que buscan reducir las desigualdades socioeconómicas pueden tener un impacto positivo en la salud mental (Leiva-Peña et al., 2021).

Etnia es un factor crucial, ya que las minorías étnicas a menudo enfrentan desigualdades estructurales y discriminación, afectando negativamente su salud mental. Las experiencias de racismo y exclusión social aumentan el estrés y pueden limitar el acceso a servicios de salud mental culturalmente competentes. Es esencial que las políticas públicas aborden estas desigualdades para mejorar el bienestar mental de las minorías étnicas (Díaz-Castro et al., 2019; OPS/WHO, 2016).

Género influye significativamente en la salud mental. Las mujeres y las personas de géneros no conformes pueden enfrentar desafíos específicos, como la violencia de género y la discriminación, que aumentan su vulnerabilidad a los trastornos mentales y al suicidio. Las políticas que promueven la igualdad de género y protegen contra la violencia pueden mejorar la salud mental en estos grupos (Corrigan, 2004).

Educación es una herramienta esencial para el desarrollo personal y social, y actúa como un determinante significativo de la salud mental. Un mayor nivel educativo se asocia con una mayor conciencia y comprensión de los problemas de salud mental, facilitando la búsqueda de ayuda y el acceso a servicios de apoyo. La educación también mejora las oportunidades de empleo y la posición socioeconómica, factores que protegen contra el estrés crónico y los trastornos mentales. La falta de acceso a una educación de calidad perpetúa ciclos de pobreza y vulnerabilidad a problemas de salud mental (Solar & Irwin, 2010).

Ocupación e ingreso son determinantes intermedios con un impacto directo en la salud mental. La estabilidad laboral y un ingreso adecuado son cruciales para el bienestar psicológico. La estabilidad laboral no solo proporciona seguridad económica, sino también un sentido de propósito y pertenencia. En contraste, el desempleo y el trabajo precario están vinculados con el estrés, la ansiedad y la depresión. Las políticas que promueven el empleo y la seguridad económica pueden tener un impacto significativo en la mejora de la salud mental (Patel & Kleinman, 2003).

Al entender y abordar estos determinantes sociales, las políticas públicas pueden diseñarse e implementarse de manera más efectiva para promover la salud mental y prevenir el suicidio en México. Este marco conceptual proporciona la base para analizar cómo el Programa Nacional para la Prevención del Suicidio 2022–2024 interactúa con estos determinantes y busca mejorar el bienestar mental en el país.

1.2 Salud Mental Comunitaria

La falta de capital y cohesión social puede exacerbar los problemas de salud mental y aumentar el riesgo de suicidio, ya que la desconexión social y el aislamiento son factores de riesgo reconocidos, por otro lado, comunidades con altos niveles de cohesión social y redes de apoyo sólidas tienden a tener mejores resultados en términos de salud mental y menor incidencia de suicidio (OPS/WHO, 2016; WHO, 2022a). Esto se debe a que el apoyo comunitario y las relaciones interpersonales fuertes pueden proporcionar un sentido de pertenencia, seguridad y propósito, todos elementos protectores contra el estrés y la desesperanza.

El enfoque comunitario en salud mental se basa en la participación activa de la comunidad en la promoción del bienestar mental y la prevención de trastornos mentales. Este enfoque implica la descentralización de los servicios de salud mental desde grandes instituciones hospitalarias hacia entornos comunitarios, facilitando el acceso equitativo y humanizado a la atención. Según la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/WHO) (2021), la salud mental comunitaria reconoce el derecho de todos los individuos a recibir atención y busca garantizar la equidad y la inclusión en la cobertura asistencial. Este modelo se fundamenta en la integración de la salud mental en los servicios de atención primaria y en la creación de redes de apoyo que incluyan centros comunitarios, servicios ambulatorios, y programas de rehabilitación psicosocial, esto se puede observar en la ilustración 2. La formación continua de recursos humanos es esencial para mantener la eficacia de este modelo, asegurando que los profesionales estén actualizados y capacitados para abordar las necesidades de salud mental de la población (Gil Sánchez, 2013).

Ilustración 2: Red integrada de servicios de salud.



Fuente: SSA. (2022). Gestión de casos en salud mental. Gobierno de México.

1.2.1 Teoría del Enfoque Comunitario en Salud Mental

El enfoque comunitario en salud mental se fundamenta en varios principios teóricos clave:

1. **Atención Integral y Centrada en la Persona:** Este enfoque se centra en la atención personalizada, donde las necesidades individuales de cada persona se abordan dentro de su entorno social. La atención integral no solo trata los síntomas de la enfermedad mental, sino que también aborda los determinantes sociales, emocionales y económicos que contribuyen al bienestar general del individuo (WHO, 2022a).
2. **Derechos Humanos y No Coerción:** La salud mental comunitaria promueve el respeto por los derechos humanos, evitando prácticas coercitivas como el ingreso forzoso o los tratamientos obligatorios. Este enfoque se basa en el

empoderamiento de las personas, permitiéndoles tomar decisiones informadas sobre su tratamiento y cuidado (OPS/WHO, 2021).

3. **Reducción del Estigma:** Integrar a las personas con problemas de salud mental dentro de sus comunidades ayuda a reducir el estigma asociado a estas condiciones. La educación comunitaria y la participación activa son cruciales para cambiar las percepciones y fomentar la aceptación y el apoyo (WHO, 2022a).
4. **Participación Activa de la Comunidad:** El enfoque comunitario involucra a la comunidad en el proceso de atención, promoviendo la cohesión social y el apoyo mutuo. Los programas comunitarios suelen incluir la formación de promotores de salud mental y la creación de redes de apoyo que facilitan la intervención temprana y el seguimiento continuo (WHO, 2022a).
5. **Accesibilidad y Costo-efectividad:** Los servicios comunitarios suelen ser más accesibles y económicos que los modelos hospitalarios. Al proporcionar atención dentro de la comunidad, se eliminan muchas barreras asociadas con el acceso a la atención especializada, como el costo y la distancia (OPS/WHO, 2021).

1.2.2 Importancia del Enfoque Comunitario

El enfoque comunitario en la atención de la salud mental, según la OPS y la WHO, es un instrumento crucial que ofrece varias ventajas significativas. Este enfoque no solo previene y promueve la salud mental, sino que también mejora el acceso equitativo y humanizado a la atención (OPS/WHO, 2016; WHO, 2022a). Algunas de las principales ventajas del enfoque comunitario incluyen:

1. **Prevención y Promoción:** El enfoque comunitario facilita la implementación de programas de prevención y promoción de la salud mental a nivel local. Al abordar los factores de riesgo y fortalecer los factores de protección en la comunidad, se puede reducir la incidencia de conductas suicidas (OPS/WHO, 2021).
2. **Atención Temprana y Continuidad del Cuidado:** Este modelo permite una detección temprana de los problemas de salud mental y proporciona un

seguimiento continuo. La intervención temprana es crucial para prevenir el suicidio y mejorar los resultados de salud mental (WHO, 2022a).

3. **Involucramiento de Agentes Locales:** Los promotores comunitarios y otros agentes locales juegan un papel fundamental en la identificación y apoyo de individuos en riesgo. La creación de redes de apoyo sólidas y confiables dentro de la comunidad es esencial para el éxito del PRONAPS (OPS/WHO, 2021; WHO, 2022a).
4. **Contextualización y Adaptabilidad:** Los servicios comunitarios pueden adaptarse mejor a las necesidades y contextos específicos de las diferentes comunidades, ofreciendo intervenciones culturalmente apropiadas. Esto es particularmente relevante en un país diverso como México (OPS/WHO, 2016; WHO, 2022a).
5. **Reducción de la Carga en Servicios Hospitalarios:** Al descongestionar los hospitales psiquiátricos, el enfoque comunitario mejora la calidad de la atención para quienes realmente requieren hospitalización, mientras proporciona atención adecuada en la comunidad para la mayoría de los casos (WHO, 2022a).

El enfoque comunitario es fundamental para mejorar la prevención, detección temprana y tratamiento continuo de problemas de salud mental. Este enfoque no solo optimiza el acceso y la calidad de la atención, sino que también se adapta a las necesidades y contextos específicos de las comunidades, lo que es esencial en un país con tanta diversidad como México.

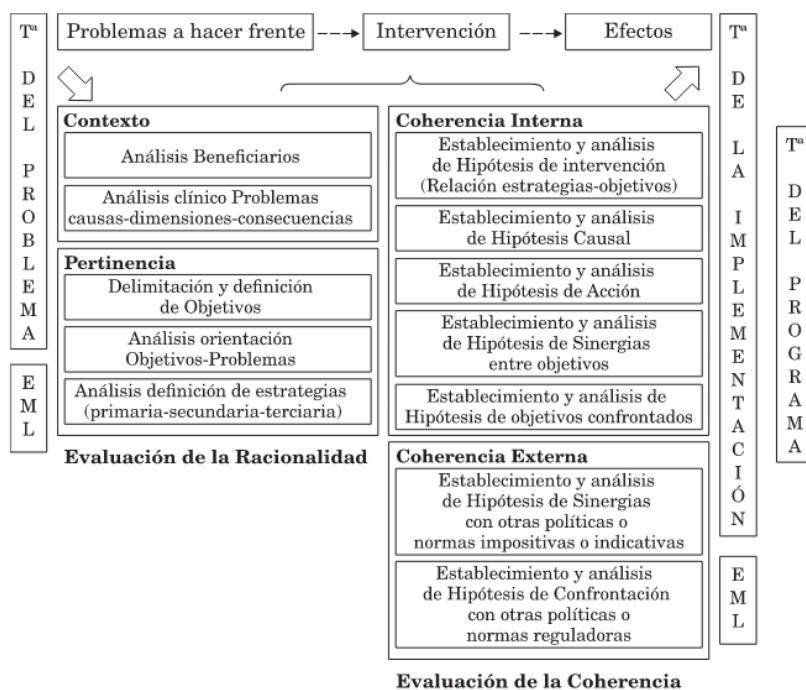
1.3 Evaluación de la Racionalidad y Coherencia

En el panorama actual de las políticas públicas, la evaluación emerge como una herramienta indispensable no solo para el afinamiento de las estrategias gubernamentales sino también para una comprensión profunda de su impacto frente a los retos sociales y económicos prevalentes. Esta premisa sostiene que la evaluación de políticas públicas se ha consolidado como una vía crucial para el aprendizaje continuo, la mejora de las intervenciones gubernamentales y la rendición de cuentas ante la sociedad (Casillas et al., 2020). En este entorno

complejo y cambiante, la Evaluación de Diseño adquiere un papel primordial, puesto que se enfoca en desentrañar la lógica intrínseca que guía la formulación y ejecución de políticas y programas gubernamentales.

La evaluación trasciende el simple análisis de resultados para indagar en los fundamentos mismos de la intervención pública: desde la validez del diagnóstico que justifica la acción gubernamental hasta la coherencia de los objetivos propuestos con las realidades del contexto de intervención. Bueno y Osuna (2013) resaltan la importancia de esta evaluación al analizar tanto la racionalidad como la coherencia de las políticas, en la cual los elementos pueden verse en la ilustración 2, subrayando la necesidad de una alineación entre los recursos disponibles y los fines perseguidos, así como una sinergia efectiva con otras iniciativas en marcha dentro del mismo marco de acción.

Ilustración 3: Elementos de la evaluación de la racionalidad y coherencia.



Fuente: Bueno, C., & Osuna, J. L. (2013). Evaluación del diseño de políticas públicas: propuesta de un modelo integral.

En el caso específico del PRONAPS 2022-2024, la aplicación de esta metodología se presenta como una vía esencial para comprender la estructura y los principios que subyacen a su diseño. Al emplear un marco basado en la Evaluación de la Racionalidad y la Coherencia, analizado a través de las lentes de la Teoría del Problema y la Teoría de la Implementación, este estudio busca no solo evaluar la lógica del PRONAPS sino también su capacidad para integrarse y responder efectivamente al complejo tejido de desafíos que enfrenta la salud mental en México.

Este enfoque metodológico, combina un análisis detallado de la coherencia interna y externa de la política con una evaluación profunda de su fundamentación teórica y práctica, tiene la capacidad de revelar conocimientos críticos sobre la eficacia potencial de las políticas públicas en la prevención del suicidio. A través de esta exploración, el estudio aspira a contribuir significativamente al diálogo sobre la prevención del suicidio en México, proporcionando recomendaciones basadas en evidencia para el fortalecimiento de las políticas de salud mental y, en última instancia, para la mejora del bienestar de la población.

1.3.1 Evaluación Profunda de la Racionalidad

La Evaluación de la Racionalidad en políticas públicas implica un análisis minucioso de la justificación lógica detrás de la intervención. Para el caso específico del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio en México, es imperativo examinar los fundamentos teóricos y empíricos que sustentan el programa. Esta evaluación se inicia con la identificación de las raíces del problema público a abordar: el suicidio y sus determinantes multifactoriales.

La fundamentación teórica del PRONAPS debe enmarcarse dentro de la propuesta integral de la OMS, adaptándose al contexto particular de los problemas estructurales en México. La salud mental debe ser comprendida como un estado de bienestar en el que el individuo es capaz de manejar el estrés normal de la vida, trabajar productivamente y contribuir a su comunidad, esto con el objetivo de prevenir el acto suicida (WHO, 2022). Para esto, es necesario analizar si el diseño

del PRONAPS aborda adecuadamente los determinantes estructurales y contextuales que afectan la salud mental en México. Esto incluye considerar las limitaciones del sistema de salud, la disponibilidad de recursos y la infraestructura existente, así como las condiciones socioeconómicas y culturales que influyen en la incidencia del suicidio (Patel & Kleinman, 2003). La evaluación de la racionalidad requiere revisar la literatura científica y los estudios epidemiológicos que evidencian la relación entre los determinantes sociales y el riesgo de suicidio, fundamentando las estrategias de intervención del programa.

Un componente crítico en la evaluación de la racionalidad es el análisis del diagnóstico del problema. Este análisis debe detallar cómo el PRONAPS define y comprende el problema del suicidio en México, incluyendo la identificación de poblaciones en riesgo, factores de vulnerabilidad específicos, y barreras existentes para acceder a servicios de salud mental. La precisión y profundidad de este diagnóstico son fundamentales para asegurar que las intervenciones propuestas sean pertinentes y dirigidas eficazmente hacia las causas y condiciones subyacentes del suicidio.

1.3.2 Evaluación Detallada de la Coherencia

La Coherencia de una política pública se refiere a la consistencia lógica interna entre sus diferentes componentes (objetivos, estrategias, acciones) y su alineación con otras políticas y programas existentes. En el contexto del PRONAPS, esta evaluación se enfoca en cómo el programa se integra en el marco más amplio de la salud pública y las políticas de bienestar social en México.

La coherencia interna examina la alineación entre los objetivos del PRONAPS, las estrategias de implementación, y los recursos asignados. Es crucial mencionar que exista una lógica clara que vincule los objetivos del programa con las actividades planificadas y que los recursos (financieros, humanos, técnicos) estén adecuadamente dimensionados para las metas propuestas. La coherencia externa, por otro lado, evalúa cómo el PRONAPS se articula con otras iniciativas de salud

mental y políticas sociales, buscando sinergias y evitando duplicidades o contradicciones.

Una política pública eficaz en salud mental y prevención del suicidio requiere de una integración sistémica que promueva la colaboración intersectorial. Esto implica que el PRONAPS debe diseñarse e implementarse en coordinación con programas educativos, de empleo, de reducción de la pobreza y otros relevantes para abordar de manera integral los determinantes sociales de la salud mental. La evaluación de la coherencia debe, por tanto, considerar cómo el PRONAPS facilita la cooperación entre distintos sectores gubernamentales y no gubernamentales, incluyendo organizaciones de la sociedad civil, el sector privado y comunidades afectadas.

Es de esta manera que la "Evaluación de la Racionalidad y Coherencia" constituye un pilar fundamental en el análisis crítico de las políticas públicas destinadas a la prevención del suicidio (Bueno & Osuna, 2013), como el PRONAPS. Al profundizar en la fundamentación teórica y empírica, el diagnóstico del problema, la coherencia interna y externa, y la integración sistémica y colaboración intersectorial. Este enfoque permite identificar no solo si las políticas están bien concebidas y alineadas con las necesidades y realidades del contexto mexicano, sino también si poseen la capacidad para ser implementadas efectivamente. Este análisis basado en evidencia es esencial para generar recomendaciones dirigidas a fortalecer el diseño y ejecución del PRONAPS, contribuyendo así a una estrategia más efectiva y coherente de prevención del suicidio en México.

1.4 Metodología

La metodología de este estudio se estructura en torno a un enfoque cualitativo diseñado para analizar la eficacia y coherencia del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio (PRONAPS), buscando maximizar la transparencia, priorizando la claridad y la relevancia de los datos y fuentes utilizados. El análisis cualitativo tiene como objetivo comprender la lógica detrás de la creación e implementación del PRONAPS, evaluar cómo se abordan los determinantes

sociales de la salud mental en su diseño y analizar la racionalidad y coherencia de la política en relación con los objetivos establecidos y el contexto socioeconómico de México.

Fundamentación Teórica y Conceptual:

La evaluación de diseño se basa en la Teoría del Problema y la Teoría de la Implementación para analizar la estructura del PRONAPS. Este marco permite examinar si la política se fundamenta en un diagnóstico adecuado de los problemas de salud mental y suicidio en México, y si las estrategias seleccionadas son coherentes y efectivas (Bueno & Osuna, 2013; Casillas et al., 2020).

Recolección de Datos Cualitativos:

- **Documentos Oficiales y Normativos:** Incluyen leyes, reglamentos, y documentos de política que rigen la salud mental y la prevención del suicidio en México, así como informes gubernamentales y publicaciones oficiales sobre el PRONAPS.
- **Literatura Científica:** Artículos de investigación que abordan los determinantes sociales de la salud mental, políticas públicas en salud mental, y estudios previos sobre la prevención del suicidio en México y otros contextos comparables.
- **Bases de Datos Oficiales:** Para el análisis sobre la prevención del suicidio en México, se utilizarán la Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE) 2021 para identificar la prevalencia de problemas de salud mental, las Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR) del INEGI, y el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2016-2023 para analizar la asignación de recursos en relación con los objetivos del PRONAPS.

Análisis de Datos:

El análisis de contenido se empleará para interpretar la información recopilada, identificando temas clave, patrones y discrepancias en los datos. Esto facilitará una

comprensión detallada de la estructura del PRONAPS, sus fundamentos teóricos y su alineación con las necesidades de salud mental en México. Además, se elaborará un mapa con datos sociodemográficos y de defunciones para visualizar las características del suicidio en diferentes regiones de México y mejorar la planificación de estrategias preventivas. El análisis cualitativo permitirá una evaluación profunda de la política, más allá de los datos cuantitativos, y contribuirá a identificar áreas de mejora y fortalezas del programa.

Evaluación de la Racionalidad y Coherencia:

Coherencia Interna:

- **Objetivos, Estrategias y Acciones:** Se debe evaluar si los objetivos del PRONAPS están claramente definidos y si las estrategias y acciones propuestas están alineadas para alcanzar estos objetivos. Es crucial que exista una lógica clara que vincule los objetivos del programa con las actividades planificadas.
- **Recursos Asignados:** La evaluación debe considerar si los recursos (financieros, humanos, técnicos) asignados al PRONAPS son adecuados y están correctamente dimensionados para las metas propuestas. Esto incluye analizar la eficiencia en la distribución de recursos y la capacidad del personal involucrado en la implementación del programa.

Coherencia Externa:

- **Alineación con Otras Políticas y Programas:** Se debe analizar cómo el PRONAPS se integra con otras políticas y programas de salud y bienestar social en México. Esto implica evaluar la sinergia entre el PRONAPS y programas como el Programa Nacional de Desarrollo (PND) y el Programa Sectorial de Salud, así como iniciativas de educación.
- **Coordinación Intersectorial:** Es fundamental que el PRONAPS promueva la colaboración entre distintos sectores gubernamentales y no gubernamentales, incluyendo organizaciones de la sociedad civil y el

sector privado. La evaluación debe considerar la existencia de mecanismos efectivos de coordinación intersectorial que faciliten una respuesta integral y cohesiva a los desafíos de la salud mental y la prevención del suicidio.

1.5 Marco analítico

El marco analítico de este estudio ofrece una estructura meticulosa para evaluar el PRONAPS, desplegando un enfoque cualitativo. El objetivo central es dilucidar la efectividad del PRONAPS en su concepción y operacionalización, así como su influencia en la mitigación del suicidio. Este análisis profundiza en el diseño del programa y confronta los objetivos de este en función de las restricciones estructurales y el contexto específico de México.

1.5.1 Elementos del Análisis de Diseño

El análisis de diseño del PRONAPS se desarrolló con base en el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental 2.2 (IEMS-WHO) de 2005 donde se identificaron seis dimensiones principales, las cuales se pueden observar en la tabla 1, que incluyen aspectos normativo-institucionales, programáticos, presupuestales, metodológicos y de evaluación, rendición de cuentas, y participación de stakeholders y percepción pública.

Tabla 1: Matriz analítica de diseño.

Dimensión	Variable	Indicador
Normativo-institucional	Marco legal y regulatorio	Atención médica
		Difusión
		Sistemas de información
	Estructura organizativa	Formación y capacitación de recursos humanos
		Infraestructura
		Investigación
Programático	Objetivos y metas	Claridad, especificidad y alineación con las necesidades
	Estrategias e intervenciones	Pertinencia y factibilidad de las estrategias propuestas

Presupuestal	Asignación presupuestaria	Adecuación del presupuesto para alcanzar los objetivos
	Distribución de recursos	Equidad y eficiencia en la distribución de recursos

Fuente: Elaboración propia con base en el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (2005).

1.5.2 Análisis de Elementos de Implementación

Posteriormente, se examinan los elementos de implementación del PRONAPS, evaluando aspectos críticos, mostrados en la tabla 2, como los recursos financieros y humanos, infraestructura, sistemas de información, difusión en materia de salud mental, y cobertura médica. Este análisis permite identificar los desafíos y oportunidades en la puesta en marcha del programa y su capacidad para alcanzar a la población objetivo.

Tabla 2: Matriz analítica de implementación.

Dimensión	Variable	Indicador
Recursos Humanos	Disponibilidad de personal	Suficiencia y capacitación del personal involucrado
	Desarrollo profesional	Formación y crecimiento para el personal
	Ubicación del personal	Disponibilidad de los profesionales de salud en zonas rurales y urbanas
Infraestructura	Distribución geográfica	Adecuación y accesibilidad de las instalaciones del programa
	Capacidad de atención	Nivel de atención de los servicios
Investigaciones y sistema de información en salud mental	investigación en salud mental	Número de investigaciones.
	Investigadores en salud mental	Número de investigadores.
	Bases de información	Capacidad para documentar y gestionar datos sobre salud mental
Cobertura Médica	Acceso a servicios	Facilidad de acceso a servicios de salud mental para la población

Fuente: Elaboración propia con base en el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (2005).

Este marco analítico proporciona una herramienta robusta para evaluar comprehensivamente el PRONAPS, permitiendo no solo una comprensión profunda de su diseño y elementos de implementación, sino también facilitando la identificación de áreas prioritarias para intervenciones estratégicas y ajustes programáticos que fortalezcan su impacto en la prevención del suicidio y la promoción de la salud mental en México.

Capítulo 2. Dimensiones del Suicidio: Una revisión desde Perspectivas Biológicas, Socioculturales e Internacionales

Este capítulo ofrece una visión integral de cómo se ha conceptualizado y abordado el suicidio en diferentes contextos. Se inicia con una exploración de los enfoques del concepto de suicidio, los factores biológicos y socioculturales han influido en la comprensión de este fenómeno como un problema de salud pública complejo y multifacético. A continuación, se examina el impacto de eventos históricos globales en la salud mental y las políticas públicas, resaltando la importancia de las iniciativas internacionales en la configuración de estrategias preventivas y de bienestar. Finalmente, se analiza el desarrollo y los desafíos de las políticas de salud mental en México, proporcionando un contexto detallado sobre los esfuerzos nacionales para mejorar la atención en salud mental y prevenir el suicidio. Este capítulo busca proporcionar una comprensión profunda de las dinámicas históricas, culturales y políticas que han moldeado la gestión del suicidio a nivel nacional e internacional.

2.1 Enfoques del concepto del suicidio

El suicidio es entendido como un acto intencional mediante el cual un individuo se quita la vida. Esta conducta refleja una interacción compleja de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que conforman una problemática de salud pública de alcance global y profundo impacto humano (WHO, 2021b). Los estudios sobre el suicidio en México se han estructurado bajo tres enfoques principales:

2.1.1 Enfoque biologicista

El enfoque biologicista del suicidio integra la comprensión de los procesos biológicos con la evolución de la especie y los factores de riesgo individuales para analizar la vulnerabilidad al suicidio. Estudios (Chatterjee & Rai, 2021; deCatanzaro, 1980; Franklin et al., 2017; Lengvenyte et al., 2021) revelan que alteraciones en áreas cerebrales clave como la corteza prefrontal y el sistema límbico, esenciales en la regulación de emociones y decisiones, pueden predisponer a individuos a

comportamientos suicidas. Esta perspectiva es respaldada por investigaciones que señalan cambios estructurales y funcionales en estas regiones del cerebro como factores contribuyentes (Lengvenyte et al., 2021). Además, la predisposición genética, combinada con factores ambientales como el estrés o traumas, puede significativamente aumentar el riesgo de suicidio. La interacción entre características genéticas únicas y el ambiente sugiere un complejo entramado de influencias que modulan este riesgo, subrayando la importancia de considerar tanto elementos biológicos como psicosociales en la evaluación y prevención del suicidio (Chatterjee & Rai, 2021).

Desde una perspectiva evolutiva, algunos teóricos proponen que el suicidio pudiera haber servido a funciones adaptativas específicas bajo ciertas circunstancias, como la selección de parientes o el alivio del intenso dolor psicológico, lo que plantea un desafío a la lógica evolutiva tradicional que prioriza la supervivencia y preservación (deCatanzaro, 1980).

2.1.2 Enfoque sociocultural

El enfoque sociocultural del suicidio se enfoca en cómo las normas, valores, y estructuras sociales afectan la percepción y prevalencia de este comportamiento, considerándolo no solo un acto individual sino también un fenómeno arraigado en el contexto social y cultural. Investigaciones (Bharati et al., 2021; Cabello et al., 2020; Goel et al., 2023; Riblet et al., 2017; Valdez-Santiago et al., 2021) resaltan que factores como la integración social y el apoyo familiar son cruciales en la prevención del suicidio. Estudios como los de Valdez et al. (2021) han mostrado que individuos que han enfrentado abusos o adversidades familiares tienen tasas más altas de intentos de suicidio, vinculando directamente las condiciones sociales adversas con un aumento en el riesgo suicida.

Además, el estigma asociado al suicidio y a los trastornos mentales puede reducir la búsqueda de ayuda, exacerbando la vulnerabilidad y el aislamiento de los afectados (Cabello et al., 2020). En respuesta, fomentar entornos comunitarios inclusivos y de apoyo se muestra fundamental, ya que intervenciones que

promueven la cohesión social y el soporte comunitario han probado ser efectivas para reducir el suicidio. Esto requiere una colaboración extendida entre distintas instituciones y la sociedad civil para crear una cultura de cuidado y acceso equitativo a los servicios de salud mental.

2.1.3 Definición del concepto del suicidio

La WHO y el Instituto Nacional de la Salud Mental de Estados Unidos (NIMH por sus siglas en inglés) definen el suicidio de maneras que destacan su naturaleza intencional y el conocimiento del desenlace fatal por parte del individuo. Según la WHO, el suicidio es "un acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona en el pleno conocimiento o previsión de su desenlace fatal" (INEGI, 2022a), mientras que el NIMH lo describe como "la muerte causada por un comportamiento dañino autodirigido con la intención de morir como resultado del comportamiento" (NIMH, 2023). Para los fines de este análisis, el acto suicida se define como "el acto intencional y deliberado de terminar con la propia vida, manifestado por comportamientos autolesivos que llevan a la muerte y resulta de una combinación compleja de factores individuales, sociales y culturales."

2.2 Contexto Internacional

En las recientes décadas, hemos sido testigos de un cambio significativo en la percepción de la salud mental a nivel mundial. Este concepto ha evolucionado de ser considerado meramente como la presencia de enfermedades mentales, a ser entendido como un estado integral de bienestar emocional, psicológico y social. Este avance conceptual ha impulsado la reformulación de las políticas públicas hacia la promoción de una salud mental más inclusiva y comprensiva, lo que ha atraído mayor atención de gobiernos y organismos internacionales hacia su importancia y el impacto en la sociedad (WHO, 2021a, 2022a).

Evolución de las Políticas Públicas de Salud Mental

El "I Congreso Internacional en Salud Mental" de 1948, realizado en Londres, estableció un precedente en el desarrollo de las PPSM, promoviendo una perspectiva integral de la salud mental más allá de la higiene mental tradicional. Este evento resaltó la relevancia del equilibrio psicológico y social, así como de la ciudadanía mundial y las relaciones interpersonales, como pilares esenciales para el mantenimiento de la salud mental.

Posteriormente, en 1990, se desarrolló la Declaración de Caracas la cual enfatizó la necesidad de cambiar el enfoque de la atención en salud mental, alejándose del modelo centrado en el hospital psiquiátrico hacia un enfoque descentralizado, participativo, integral, continuo, preventivo y basado en la comunidad. A raíz de esto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) emitió resoluciones en 1997 y 2001, instando a los estados miembros a priorizar la salud mental y fortalecer las actividades en este campo. Las Conferencias Regionales de Salud Mental en Brasilia y Panamá analizaron los avances y definieron nuevos enfoques. Los países de la Región adoptaron la Agenda de Salud para las Américas para orientar las iniciativas conjuntas en la mejora de la salud. (WHO, 2021a).

En 2013, el Consejo Directivo de la OPS aprobó el Plan Estratégico 2014-2019, que incluyó la reducción de la carga de enfermedades no transmisibles, como los problemas mentales, como parte de sus objetivos. La perspectiva de derechos humanos se ha vuelto fundamental en la respuesta a las enfermedades mentales, respaldada por instrumentos internacionales como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros.

En línea con estas disposiciones, la WHO lanzó en 2013 el Plan de Acción Integral 2013-2020, con el propósito de reforzar el liderazgo y la gobernanza en salud mental, ofrecer servicios sociales comunitarios de apoyo, aplicar estrategias de promoción y prevención, mejorar los sistemas de información y emplear datos científicos e investigaciones en el ámbito de la salud mental. En 2019, la Asamblea

Mundial de la Salud extendió el período de ejecución del plan hasta 2030 para alinear las políticas públicas con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (WHO, 2021; WHO, 2021a) . Estos documentos normativos internacionales promueven un modelo de atención comunitaria, el internamiento en hospitales generales, una mayor asignación presupuestaria, la recolección de datos sobre salud mental y la protección de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental.

2.2.1 Políticas Públicas sobre el Suicidio

Las políticas públicas sobre el suicidio han evolucionado significativamente a lo largo de la historia, pasando de la negación o penalización a un enfoque más comprensivo y centrado en la prevención. Organizaciones internacionales como la WHO han promovido la prevención del suicidio como una prioridad de salud pública.

Ejemplos Internacionales de Prevención del Suicidio

La prevención del suicidio es un desafío global que requiere una respuesta multifacética y adaptada a cada contexto cultural y social. Siguiendo los lineamientos del Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 de la WHO, se presentan tres ejemplos de cómo diferentes países han abordado esta problemática a través de políticas públicas y estrategias de prevención basadas en la evidencia: Japón, Uruguay y Finlandia. Estos países no solo han implementado enfoques únicos y adaptativos, sino que también enfrentan algunas de las tasas de suicidio más elevadas del mundo, lo que los convierte en casos de estudio particularmente relevantes para comprender la efectividad de las políticas de prevención del suicidio.

❖ Japón

Japón es uno de los 2 países con mayor tasa de suicidios en Asia junto con Corea del sur (Nakanishi et al., 2015; K. A.-O. Okamura et al., 2021), con un promedio de 20,000 muertes por año desde 1998 donde las principales víctimas son los jóvenes menores de 19 años además de que el 95% de personas que acudieron a

emergencias por intento de suicidio eran pacientes con algún padecimiento mental (K. A.-O. Okamura et al., 2021). Para hacer frente a este reto, Japón desarrolló una política pública que cambió el enfoque de una visión institucional a una visión comunitaria la cual se encuentra dividida en 3 fases de implementación y que contemplaban 9 puntos junto con un fondo especial para programas locales de prevención, este último valorado por el Consejo de Evaluación del Programa de Prevención del Suicidio (Nakanishi et al., 2015; K. A.-O. Okamura et al., 2021).

Características del Suicidio en Japón

Japón ha experimentado tasas de suicidio excepcionalmente altas, especialmente durante la crisis financiera asiática a finales de los años 90, que llevó a un aumento drástico en los casos de suicidio. En 1998, el número de suicidios en Japón superó los 30,000 anuales, alcanzando un pico de 34,427 suicidios en 2003 (Chen et al., 2009; K. Okamura et al., 2021). A pesar de una disminución gradual en los años posteriores, Japón sigue enfrentando uno de los índices de suicidio más altos del mundo. Este contexto ha impulsado al gobierno japonés a adoptar un enfoque proactivo y comprensivo hacia la prevención del suicidio.

Estrategias Implementadas

Japón implementó una política pública que cambió de una visión institucional a una comunitaria, dividida en tres fases con nueve puntos clave y un fondo especial para programas locales de prevención, valorado por el Consejo de Evaluación del Programa de Prevención del Suicidio (Nakanishi et al., 2015; K. A.-O. Okamura et al., 2021).

Fases de implementación:

La primera fase comenzó con el Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar japonés quien toma el liderazgo en la prevención del suicidio a través del Movimiento Nacional de Promoción de la Salud en el siglo XXI. La segunda fase (2005-2006) incluyó medidas de prevención difundidas desde el Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar a todo el gobierno, donde se instó al gobierno a no ver este tema sólo como un problema específico de los suicidios individuales sino también como un

tema relacionado con "la sociedad que rodea a las personas suicidas" y que trabaje junto con las organizaciones relacionadas lo que dio como resultado el establecimiento del Centro de Apoyo de Japón para Contramedidas contra el Suicidio (JSSC) en el Instituto Nacional de Salud Mental, Centro Nacional de Neurología y Psiquiatría. La tercera fase (2006-presente) se inició con la formulación de la Ley Básica de Prevención del Suicidio y los Principios Generales de la Política de Prevención del Suicidio que establecieron los tres elementos de la prevención integral del suicidio: (1) el suicidio es la muerte después de haber sido llevado al límite, (2) el suicidio se puede prevenir y (3) las personas que están pensando en suicidarse muestran signos de que tienen problemas.

- **Leyes y Políticas Nacionales:**

- **Ley Básica para la Prevención del Suicidio (2006):** Esta ley establece las responsabilidades de las autoridades locales y nacionales, así como de los ciudadanos y organizaciones, en la prevención del suicidio. Define el suicidio como una muerte prevenible y aboga por un enfoque basado en la comprensión y el apoyo a las personas en riesgo (K. Okamura et al., 2021).
- **Principios Generales de la Política de Prevención del Suicidio (2007):** Estos principios incluyen nueve medidas prioritarias, tales como la investigación sobre factores de riesgo, la concienciación pública, la mejora del acceso a la atención de salud mental, y el apoyo a las personas afectadas por el suicidio de un ser querido (K. Okamura et al., 2021).

- **Fondos Nacionales y Programas de Apoyo:**

- En 2009, el gobierno japonés lanzó un fondo nacional para apoyar la implementación de programas de prevención del suicidio en prefecturas y autoridades locales. Este fondo permitió financiar iniciativas como el asesoramiento cara a cara, la tele-counseling¹, la capacitación de

¹ Es una forma de recibir terapia mediante videollamadas o llamadas normales. Reduciendo así los obstáculos para poder contar con apoyo emocional y psicológico durante cualquier situación estresante.

proveedores de servicios comunitarios, campañas de concienciación pública y políticas y prácticas informadas sobre el trauma (Nakanishi et al., 2015).

- **Evaluación y Monitoreo:** La creación del Consejo de Evaluación del Programa de Prevención del Suicidio en 2013 ha permitido un seguimiento continuo y la adaptación de las estrategias de prevención basadas en los resultados obtenidos a nivel local (Nakanishi et al., 2015).

- **Intervenciones Comunitarias:**

- **Capacitación Comunitaria:** Programas de capacitación dirigidos a educadores, profesionales de la salud y líderes comunitarios para identificar y apoyar a personas en riesgo (K. Okamura et al., 2021).
- **Campañas de Concienciación Pública:** Despliegue de campañas mediáticas destinadas a desestigmatizar la búsqueda de ayuda y promover la salud mental, utilizando testimonios y mensajes positivos para conectar emocionalmente con la audiencia (K. Okamura et al., 2021).
- **Asesoramiento y Soporte:** Establecimiento de líneas de ayuda telefónicas y servicios de asesoramiento presencial para brindar apoyo inmediato a personas con ideación suicida (Nakanishi et al., 2015).

- **Estudios Estratégicos y Programas de Intervención:**

- **Estudios NOCOMIT-J y ACTION-J:** Estos estudios han sido fundamentales para evaluar la efectividad de las intervenciones comunitarias y la gestión de casos de alto riesgo, mostrando una reducción significativa en los intentos de suicidio y en las visitas de emergencia relacionadas con autolesiones (K. Okamura et al., 2021).

Impacto y Resultados

Las medidas adoptadas por Japón han demostrado tener un impacto significativo en la reducción de las tasas de suicidio, aunque el desafío persiste. La combinación de políticas nacionales robustas, apoyo financiero a nivel local y la implementación

de intervenciones comunitarias ha creado un modelo de prevención del suicidio que es adaptable y eficaz. La experiencia de Japón subraya la importancia de un enfoque integrado y basado en evidencia, que involucre tanto a las autoridades gubernamentales como a las comunidades locales en la lucha contra el suicidio.

❖ Uruguay

Uruguay es el tercer país en América Latina con una tasa de suicidios de 21.39 por cada 100,000 habitantes en 2021, solo superado por Guayana y Surinam (Monza & Cracco, 2023). Esta tendencia al alza afecta a todos los grupos etarios, con un incremento significativo entre los jóvenes de 15 a 19 años y tasas especialmente altas entre los adultos mayores (Hein et al., 2023).

Características del Suicidio en Uruguay

En las últimas décadas, Uruguay ha experimentado un aumento significativo en las tasas de suicidio, alcanzando en 2021 la tasa más alta registrada con 21.39 suicidios por cada 100,000 habitantes. Este incremento ha sido particularmente pronunciado entre los hombres, con una tasa de 36.38, mientras que en las mujeres fue de 7.29 (CNHPS, 2021). Los grupos etarios más afectados incluyen personas de 25 a 29, 35 a 39 y 85 a 89 años, subrayando la urgencia de abordar este problema desde múltiples frentes (Hein et al., 2023). Según la Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio 2021-2025, se han implementado medidas específicas para reducir las tasas de suicidio, como la organización de la atención integral en salud mental y la construcción de intersectorialidad y trabajo en red (CNHPS, 2021).

Estrategias Implementadas

Uruguay desarrolló e implementó diversos programas (CNHPS, 2021), siendo el primero lanzado en 2011 donde se implementó el primer plan nacional de prevención del suicidio para Uruguay (2011-2015), cuyos ejes estratégicos son:

1. Organización de la atención integral en salud mental,
2. Construcción de intersectorialidad y trabajo en red,
3. Sensibilización a la comunidad y educación a la población en promoción de salud mental y prevención de suicidios,
4. Formación, capacitación y reorientación de recursos humanos para el abordaje de la prevención de suicidios, atención de los IAE² y sobrevivientes y
5. Desarrollo e implementación del Sistema Nacional de Información en IAE y Suicidios.

La evaluación de este plan ayudó a definir la Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio (2016-2020) el cual mantuvo los ejes estratégicos y que va en armonía con el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027. A pesar de la implementación de estas estrategias, los analistas mencionan que “hasta que no se compaginen y articulen acciones interinstitucionales coherentes³ al objetivo cualquier esfuerzo de prevención no es sostenible” además de que “se visualiza que existe una muy baja participación de la sociedad civil con una insistente implicancia del sector salud, evidenciando que aún permanece y paradójicamente se refuerza el mito sobre el “suicidio y la enfermedad mental” (Monza & Cracco, 2023).

- **Redes Intersectoriales:**

- **Cooperación entre Sectores:** Uruguay ha desarrollado redes de cooperación entre instituciones de salud, educación y seguridad pública para compartir información y coordinar esfuerzos de prevención. Estas redes permiten una respuesta más integrada y efectiva, facilitando la intervención temprana y el apoyo a personas en riesgo (Monza & Cracco, 2023).
- **Capacitación de Profesionales:** Programas de capacitación para profesionales de la salud y funcionarios públicos en identificación y manejo de riesgo suicida, promoviendo una intervención más efectiva y oportuna.

² El intento de autoeliminación (IAE) es definido como “todo comportamiento suicida que no causa la muerte, y se refiere a intoxicación autoinfligida, lesiones o autoagresiones intencionales que pueden o no tener una intención o resultado mortal” WHO (2014).

³ Se refiere a las actividades colaborativas o coordinadas que realizan diferentes instituciones o entidades de manera consistente y armoniosa en busca de un objetivo común.

Esta capacitación incluye talleres y formación continua para asegurar que los profesionales estén preparados para abordar casos de riesgo.

- **Planes Nacionales de Prevención:**

- **Plan Nacional de Prevención del Suicidio 2011-2015:** Este plan se centró en la atención integral en salud mental, la construcción de redes intersectoriales, la sensibilización comunitaria, y la creación de un sistema nacional de información sobre intentos de suicidio y suicidios consumados. A través de estas medidas, se buscó mejorar la capacidad de respuesta del sistema de salud y reducir las tasas de suicidio (Monza & Cracco, 2023).
- **Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio 2016-2020:** Esta estrategia continuó y expandió los esfuerzos del plan anterior, enfocándose en la consolidación de las redes intersectoriales, la capacitación de recursos humanos, y la implementación de campañas de sensibilización pública. Además, se priorizó el desarrollo de programas de apoyo comunitario y la mejora en la recolección y análisis de datos para monitorear el impacto de las intervenciones.

- **Intervenciones Comunitarias:**

- **Campañas de Concienciación Pública:** Despliegue de campañas mediáticas para desestigmatizar la búsqueda de ayuda y promover la salud mental. Estas campañas utilizan mensajes claros y accesibles para llegar a una amplia audiencia, enfatizando la importancia de la prevención y el apoyo mutuo en la comunidad.
- **Atención Integral en Salud Mental:** Fortalecimiento de los servicios de salud mental a nivel nacional, asegurando la disponibilidad de atención psicológica y psiquiátrica en centros de salud locales. Este enfoque integral busca proporcionar un soporte continuo y accesible para las personas en riesgo.

- **Sistema Nacional de Información:**

- **Registro y Monitoreo:** Implementación de un sistema de información para registrar y monitorear intentos de suicidio y suicidios consumados, facilitando la identificación de patrones y la evaluación de intervenciones.

Este sistema permite una respuesta más rápida y adaptada a las necesidades específicas de la población, proporcionando datos cruciales para la toma de decisiones (Monza & Cracco, 2023).

Impacto y Resultados

A pesar de estos esfuerzos, las tasas de suicidio en Uruguay continúan aumentando, con un énfasis preocupante en los grupos más jóvenes y los adultos mayores. Los expertos señalan la necesidad de una mayor coordinación y coherencia en las acciones interinstitucionales, así como una mayor participación de la sociedad civil en estos esfuerzos. Además, persiste la idea errónea de que el suicidio está fuertemente ligado a problemas de salud mental, lo que puede contribuir a la estigmatización y al reforzamiento de mitos sobre esta cuestión (CNHPS, 2021). La experiencia de Uruguay subraya la importancia de un enfoque integrado y basado en evidencia que involucre tanto a las autoridades gubernamentales como a las comunidades locales en la lucha contra el suicidio. Este enfoque ha demostrado ser crucial para enfrentar un problema de salud pública tan complejo y multifacético como el suicidio.

❖ Finlandia

A pesar de su alto nivel de desarrollo y calidad de vida, Finlandia ha experimentado tasas de suicidio históricamente elevadas. Para abordar este problema, el país ha adoptado un enfoque integral que se centra en la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio. Finlandia cuenta con una tasa de 15.3 suicidios por cada 100,000⁴ habitantes estando por encima del promedio de la Unión Europea de 11 suicidios por cada 100,000 habitantes además de que se han caracterizado por importantes diferencias regionales entre hombres y mujeres (MSAH, 2020; Partonen, 2020). Esta situación es interesante debido a que Finlandia es considerado el país más feliz del mundo de manera continua desde 2017 de acuerdo con el Ranking del Informe Mundial de la Felicidad además de poseer bajos

⁴ La tasa de suicidios de Finlandia pasó de 24.3 en 2000 a 15.3 en 2019, aunque se espera que esta crezca por los programas de inmigración que se planean implementar en el país

niveles de desigualdad, pobreza y elevados estándares de vida para sus ciudadanos (Pejdah, 2020).

Características del Suicidio en Finlandia

Finlandia ha experimentado históricamente altas tasas de suicidio, con un pico a finales de los años 80 y principios de los 90. Desde entonces, las tasas de suicidio se han reducido a la mitad gracias a la implementación de programas nacionales de prevención del suicidio. En 2018, la tasa de suicidio fue de 14.6 por cada 100,000 habitantes, con 810 personas fallecidas por esta causa. Las tasas más altas se encontraron entre hombres y personas mayores de 65 años (Partonen, 2020). Sin embargo, persisten desigualdades significativas en las tasas de suicidio entre diferentes grupos socioeconómicos y regiones del país (MSAH, 2020).

Estrategias Implementadas

El gobierno finlandés publicó la Estrategia y programa nacional de salud mental para la prevención del suicidio 2020-2030 en 2020. La estrategia tiene cinco áreas prioritarias: la salud mental como capital, la salud mental de niños y jóvenes, los derechos y servicios de salud mental y la gestión de la salud mental. La estrategia proporciona lineamientos para la toma de decisiones y para la focalización de actividades y recursos. Los objetivos de la estrategia se implementarán primero aumentando la disponibilidad de servicios preventivos y terapias en el nivel básico y mejorando las estructuras de cooperación necesarias para mantener estos servicios. Otras medidas apuntan a mejorar los servicios de salud mental orientados al empleo, elevar el nivel de competencia en salud mental en los municipios e intensificar los esfuerzos de prevención del suicidio. Para lograr esto, la implementación de este programa busca una serie de objetivos: sensibilización, impactar los medios/recursos para cometer el suicidio, intervención rápida, apoyo a grupos de riesgo, desarrollo de opciones de atención, aumento de la competencia mediática, fortalecimiento de la base de conocimientos y la investigación y seguimiento del programa de prevención del suicidio y propuesta de indicadores (MSAH, 2020).

- **Estrategia y Programa Nacional de Salud Mental 2020-2030:**
 - **Objetivos y Enfoques:** La estrategia reconoce la importancia de la salud mental en una sociedad cambiante y promueve la salud mental como un recurso fundamental. El programa se enfoca en cinco áreas prioritarias: la salud mental como capital humano, la salud mental de niños y jóvenes, los derechos de salud mental, servicios amplios y apropiados, y la gestión de la salud mental (MSAH, 2020).
 - **Medidas Específicas:** Incluye el desarrollo de servicios preventivos y terapias accesibles, la mejora de las estructuras de cooperación entre diferentes sectores y el fortalecimiento de la competencia en salud mental a nivel municipal.
- **Programa Nacional de Prevención del Suicidio:**
 - **Transformación de Actitudes:** Se enfoca en cambiar las actitudes hacia las personas que han intentado suicidarse, asegurando que no sean culpadas ni percibidas como buscando atención. Se promueve un enfoque compasivo y sin estigma hacia la salud mental (Partonen, 2020).
 - **Reducción de Métodos de Suicidio:** Incluye medidas para restringir el acceso a métodos y equipos utilizados para el suicidio, como la regulación de medicamentos y sustancias tóxicas, y el diseño ambiental para prevenir suicidios en edificios y puentes (Partonen, 2020).
- **Servicios de Crisis de Bajo Umbral:**
 - **Disponibilidad y Acceso:** Se asegura que los servicios de crisis estén disponibles en toda Finlandia y que los residentes conozcan cómo acceder a ellos. Esto incluye líneas de ayuda telefónica y servicios de chat en línea disponibles las 24 horas (Partonen, 2020).
 - **Prioridad en el Tratamiento:** El tratamiento de personas en riesgo de suicidio se prioriza, acelerando su acceso a atención y proporcionando apoyo a los familiares de las víctimas de suicidio (Partonen, 2020).
- **Evaluación y Monitoreo:**

- **Datos Estadísticos Actualizados:** Se recopilan y analizan datos estadísticos sobre suicidios, intentos de suicidio, acceso a tratamiento y calidad del cuidado para dirigir mejor las medidas preventivas (MSAH, 2020).
- **Monitoreo Continuo:** La implementación y efectividad de las medidas se siguen mediante indicadores específicos, asegurando una respuesta adaptativa y basada en evidencia a las tendencias cambiantes (Partonen, 2020).

Impacto y Resultados

En Finlandia, las tasas de suicidio se han reducido a la mitad desde el año 1990. Este cambio a mejor ocurrió durante el Proyecto Nacional de Prevención del Suicidio que se planificó y llevó a cabo durante los años 1986 a 1996. Durante el proyecto, se detectó que la mayoría de los que habían muerto por suicidio (88%) tenían una enfermedad diagnosticable además de ser menores por lo que se buscó desarrollar políticas intersectoriales como el trabajo conjunto de el “Plan de Acción Nacional para la Promoción de la Seguridad de la Infancia y la Juventud” para hacer frente a esto además de planes específicos para poblaciones vulnerables como el pueblo Sámi (MSAH, 2020; Partonen, 2020).

Lo anterior demuestra que, a pesar de las condiciones socioeconómicas favorables, las tasas de suicidio pueden mantenerse altas en ciertos contextos. La prevención del suicidio requiere enfoques integrales que aborden factores individuales y sociales, así como la reducción del estigma y la promoción de la salud mental. Los programas exitosos se basan en la identificación temprana, el acceso a servicios de salud mental y el apoyo a grupos de alto riesgo. Estos ejemplos demuestran que ningún país está exento de la necesidad de implementar políticas públicas efectivas para prevenir el suicidio. En la tabla 3 se resumen los elementos clave de diseño de las políticas de prevención del suicidio en cada país, destacando aspectos como el enfoque, las fases de implementación, la cooperación intersectorial, la atención a grupos de riesgo, la sensibilización, la capacitación, el acceso a servicios y la reducción del estigma. Estos elementos son fundamentales para comprender el enfoque y el éxito (o fracaso) de las políticas implementadas en cada país.

Tabla 3: Comparación de diseño de políticas de prevención del suicidio.

Elementos Clave de Diseño de Políticas Públicas	Japón	Uruguay	Finlandia
Enfoque de Prevención del Suicidio	Enfoque comunitario y de apoyo integral, incluyendo hotlines, capacitación comunitaria y campañas mediáticas para desestigmatizar el suicidio.	Desarrollo de planes nacionales específicos, incluyendo el Plan Nacional de Prevención del Suicidio 2011-2015 y la Estrategia Nacional 2016-2020, con enfoque en atención integral, redes intersectoriales y sensibilización comunitaria.	Estrategia y Programa Nacional de Salud Mental 2020-2030, que incluye el fomento de la salud mental, servicios preventivos y terapias accesibles, y la cooperación intersectorial.
Fases de Implementación	Tres fases desde principios del siglo XXI, enfocadas en el establecimiento de hotlines, capacitación y evaluación continua.	Planes quinquenales con evaluaciones continuas y adaptaciones según resultados.	Estrategia de prevención del suicidio con una visión a largo plazo (2020-2030), incluyendo objetivos claros y medidas específicas para cada periodo.
Intersectorialidad	Promoción de la cooperación entre organizaciones y el gobierno para una respuesta coordinada.	Construcción de redes intersectoriales que incluyen salud, educación y seguridad pública.	Enfoque en la cooperación intersectorial para una respuesta coordinada y efectiva.
Atención a Grupos de Riesgo	Desarrollo de programas específicos para poblaciones vulnerables, incluyendo campañas dirigidas y programas de intervención temprana.	Identificación y atención de grupos de riesgo con programas especializados y apoyo comunitario.	Identificación de grupos de alto riesgo y provisión de servicios específicos para estos grupos.
Sensibilización y Educación Pública	Campañas de sensibilización utilizando medios de comunicación para desestigmatizar el suicidio y promover la búsqueda de ayuda.	Campañas de sensibilización y educación comunitaria para cambiar actitudes hacia la salud mental y el suicidio.	Enfoque en la sensibilización y educación pública para promover una actitud compasiva y sin estigma hacia la salud mental.

Capacitación de Recursos Humanos	Formación de personal médico y líderes locales para reconocer y respaldar a individuos en situación de vulnerabilidad.	Programas de formación y reorientación para mejorar la capacidad de respuesta del capital humano en salud mental.	Elevación del nivel de competencia en salud mental en los municipios, incluyendo formación continua.
Acceso a Servicios Preventivos	Disponibilidad de servicios preventivos y terapias accesibles en el nivel básico, incluyendo líneas de ayuda y centros de crisis.	Implementación de servicios de prevención del suicidio en todo el país, asegurando la accesibilidad.	Aumento de la disponibilidad de servicios preventivos y terapias accesibles a nivel nacional.
Investigación y Seguimiento	Investigación continua y seguimiento del programa de prevención del suicidio para adaptar estrategias según los resultados obtenidos.	Desarrollo e implementación del Sistema Nacional de Información en Intentos de Autoeliminación (IAE) y Suicidios para monitorear y evaluar intervenciones.	Seguimiento de la estrategia con indicadores específicos para evaluar la efectividad y ajustar medidas según los datos recopilados.
Reducción del Estigma	Esfuerzos sostenidos para reducir el estigma en torno al suicidio mediante campañas de concienciación y educación pública.	Persistencia del estigma y mitos, aunque se realizan esfuerzos para cambiarlos mediante campañas educativas.	Reducción significativa del estigma a través de programas de sensibilización y un enfoque en la educación pública.

Fuente: Elaboración propia con base en Nakanishi et al. (2015), Okamura et al. (2021), Monza & Cracco (2023), MSAH (2020), Partonen (2020).

2.3 Tendencias y elementos del suicidio en México

Aunque la tasa de suicidios en México no se acerca a la tasa mundial promedio de 9.2 suicidios por cada 100,000 habitantes (WHO, 2022b), el suicidio ha emergido como una de las principales problemáticas de salud pública en nuestro país en las últimas décadas. Con una tendencia ascendente preocupante, este fenómeno está influido por diversas variables sociales, económicas y culturales, y ha sido objeto de múltiples estudios y análisis. Paralelamente, la atención de la salud mental en

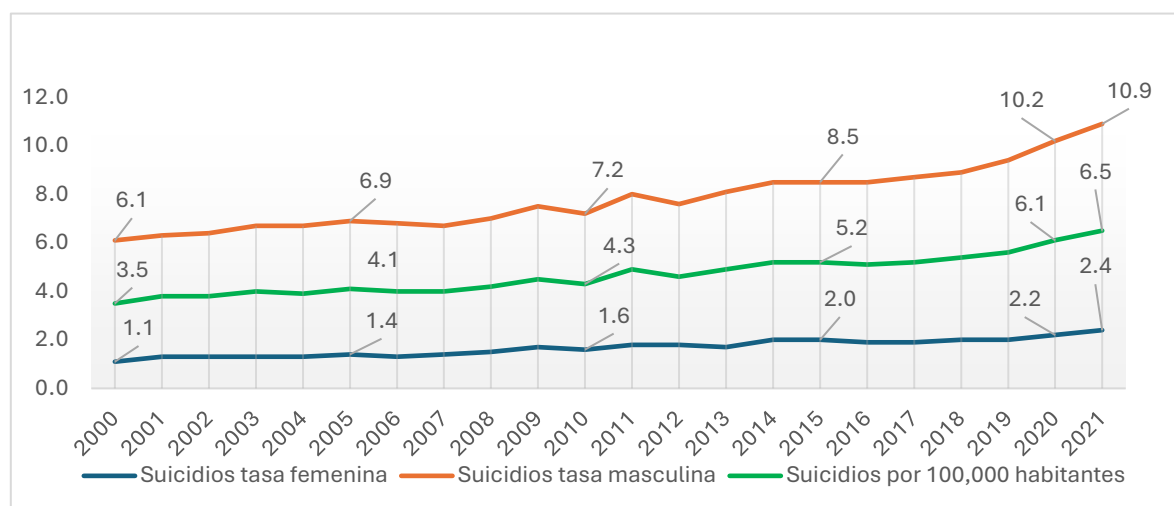
México ha atravesado una transformación significativa desde principios del siglo XX, pasando de un enfoque institucionalizado a una perspectiva más integrada y humana. Desde la fundación del Manicomio General de México en 1910 hasta la propuesta de reestructuración del sistema de salud mental y adicciones en 2023, se refleja un cambio paradigmático en la conceptualización y manejo de la salud mental dentro del contexto de políticas públicas (Sacristán, 2010). A continuación, se presenta un análisis detallado de las estadísticas y tendencias históricas del suicidio en México, abarcando desde las tasas generales hasta las variaciones demográficas y geográficas.

2.3.1 Características del suicidio en México.

- Evolución de las Tasas de Suicidio

Desde 1970, México ha experimentado un aumento significativo en las tasas de suicidio. En ese año, se registraron 554 defunciones por suicidio, lo que correspondía a una tasa de 1.13 suicidios por cada 100,000 habitantes (Borges et al., 2010). Este índice ha aumentado de manera constante a lo largo de las décadas, pasando de una tasa de 3.5 por cada 100,000 habitantes en el año 2000, alcanzando un pico en 2021 con una tasa de 6.5 suicidios por cada 100,000 habitantes (INEGI, 2022b), como se puede observar en la tabla 4. Este incremento representa un aumento del 450% en la tasa de suicidios durante este periodo, evidenciando la creciente gravedad del problema. Las estadísticas anuales muestran fluctuaciones en las tasas de suicidio, pero la tendencia general ha sido ascendente.

Tabla 4: Tasa de suicidios en México en el Siglo XXI.



Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI, Estadísticas de defunciones registradas 2022.

• Factores Demográficos

○ Género

El análisis demográfico revela una disparidad significativa en las tasas de suicidio entre hombres y mujeres en México. En 2022, la tasa de suicidio en hombres fue de 10.5 por cada 100,000 habitantes, mientras que en mujeres fue de 2.3 por cada 100,000 habitantes (INEGI, 2022a). Esto significa que aproximadamente el 81.3% de los suicidios en México fueron cometidos por hombres. Esta disparidad de género es consistente con tendencias globales y puede ser atribuida a varios factores. En primer lugar, los hombres tienden a utilizar métodos más letales, como ahorcamiento o el uso de armas de fuego, lo que incrementa la probabilidad de que los intentos de suicidio resulten en la muerte (INEGI, 2022b; Valdez-Santiago et al., 2023). En segundo lugar, las normas culturales sobre la masculinidad en muchas sociedades, incluyendo la mexicana, desalientan a los hombres a buscar ayuda psicológica o expresar vulnerabilidad emocional, lo que puede conducir a un manejo inadecuado del estrés y otros problemas de salud mental (Mora-Ríos & Ortega-Ortega, 2021).

Adicionalmente, estudios han mostrado que la ideación y los intentos de suicidio son más prevalentes entre las mujeres, aunque las tasas de suicidio consumado son más altas en los hombres. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2022, el 7.6% de los adolescentes y el 7.7% de los adultos han pensado en suicidarse alguna vez en su vida. Sin embargo, los intentos de suicidio fueron reportados por el 3.1% de los adolescentes y el 0.6% de los adultos en los últimos 12 meses, siendo las mujeres quienes mostraron mayores prevalencias en comparación con los hombres.

Estos datos subrayan la necesidad de enfoques diferenciados en la prevención del suicidio, considerando las particularidades de género para desarrollar intervenciones más efectivas y culturalmente adecuadas que puedan reducir tanto la ideación como la incidencia de suicidios consumados en la población mexicana.

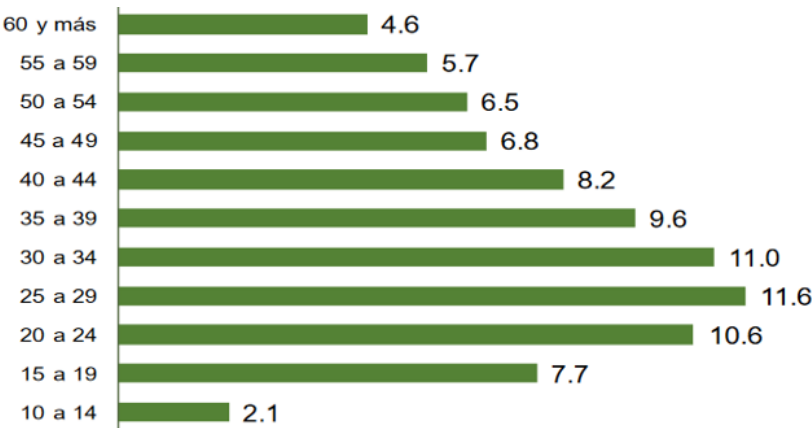
- Edad

Las tasas de suicidio en México varían considerablemente entre diferentes grupos de edad. Los jóvenes de 15 a 29 años constituyen uno de los grupos más vulnerables, con una prevalencia de ideación suicida del 9.7% y de intento de suicidio del 3.8% (Borges et al., 2010; INEGI, 2022a). Este grupo enfrenta múltiples desafíos, como la presión académica y laboral, el desempleo, el consumo de sustancias nocivas y problemas emocionales y de salud mental, factores que incrementan la ideación suicida en un 44% (González-Forteza et al., 2015). Por otro lado, las personas mayores de 60 años también presentan una situación de vulnerabilidad. Las causas suelen estar relacionadas con enfermedades crónicas, aislamiento social y pérdida de seres queridos, resaltando la importancia de estrategias de prevención enfocadas en el apoyo emocional y social para los adultos mayores.

Los datos de la ENSANUT 2022 muestran que el 7.6% de los adolescentes (10-19 años) y el 7.7% de los adultos (20 años o más) han pensado en suicidarse alguna vez en su vida, con mayores prevalencias en mujeres que en hombres. Además, los intentos de suicidio alguna vez en la vida son más altos en adolescentes (6.5%) que

en adultos (3.5%), lo que indica la necesidad de intervenciones tempranas y específicas para estos grupos etarios.

Tabla 5: Tasa de suicidio por grupo de edad, 2022 (Por cada 100 mil habitantes).



Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2022. Base de datos.

○ Regiones y Entidades Federativas

La distribución geográfica del suicidio en México varía significativamente entre las entidades federativas. En 2022, Chihuahua presentó la tasa más alta con 11.2 suicidios por cada 100,000 habitantes, seguido por Yucatán con 9.6 y Aguascalientes con 8.8 (INEGI, 2022). Estas entidades tienen tasas de suicidio considerablemente superiores al promedio nacional, lo que puede estar relacionado con diversos factores como el acceso limitado a servicios de salud mental, el alto índice de violencia, y las condiciones socioeconómicas adversas.

Entidades con Altas Tasas de Suicidio

- **Chihuahua:** La entidad con la tasa más alta de suicidio, enfrentando problemas relacionados con la violencia y el narcotráfico, que generan un entorno de estrés y trauma constante para sus habitantes. Además, el acceso a servicios de salud mental es insuficiente en muchas áreas, agravando la situación.
- **Yucatán:** Con una tasa de 9.6 suicidios por cada 100,000 habitantes, Yucatán ha registrado un incremento preocupante en los últimos años. Factores

culturales y la prevalencia de enfermedades mentales sin tratamiento adecuado contribuyen a esta situación.

- **Aguascalientes:** Con una tasa de 8.8, esta entidad también se enfrenta a desafíos significativos en términos de salud mental. El estrés económico y la falta de recursos adecuados para la prevención y tratamiento del suicidio son factores clave.

Entidades con Bajas Tasas de Suicidio

En contraste, las entidades con las tasas de suicidio más bajas son Oaxaca, Veracruz y Guerrero, con 2.8, 2.3 y 2.0 suicidios por cada 100,000 habitantes, respectivamente (INEGI, 2022). Estas bajas tasas pueden estar influenciadas por varios factores:

- **Oaxaca:** A pesar de sus altos índices de pobreza, la fuerte cohesión comunitaria y las redes de apoyo social pueden proporcionar un entorno más protector contra el suicidio. Las comunidades indígenas, en particular, tienden a tener sistemas de apoyo social muy robustos.
- **Veracruz y Guerrero:** Al igual que Oaxaca, estas entidades cuentan con fuertes lazos comunitarios y redes de apoyo social que pueden ayudar a mitigar los factores de riesgo asociados con el suicidio. Sin embargo, también enfrentan desafíos relacionados con la violencia y la pobreza, lo que sugiere que otros factores, como la subreportación y el acceso a servicios de salud mental, podrían estar influyendo en las estadísticas.

○ Métodos de Suicidio

Los métodos de suicidio en México varían y pueden influir significativamente en las tasas de letalidad. En 2022, el ahorcamiento fue el método más prevalente, representando aproximadamente el 78.9% de los suicidios, seguido por el envenenamiento (8.1%) y el uso de armas de fuego (6.1%) (INEGI, 2022).

Ahorcamiento

El ahorcamiento es el método de suicidio más común en México. Su prevalencia puede atribuirse a varios factores:

- **Accesibilidad:** Los materiales necesarios para el ahorcamiento son fácilmente accesibles, lo que puede facilitar la decisión impulsiva de cometer suicidio.
- **Letalidad:** Este método tiene una alta tasa de letalidad, lo que aumenta la probabilidad de que un intento de suicidio resulte en la muerte.

Envenenamiento

El envenenamiento, incluyendo la sobredosis de medicamentos y la ingestión de sustancias tóxicas, es el segundo método más común:

- **Disponibilidad de Sustancias:** La disponibilidad de medicamentos y otros productos tóxicos en el hogar puede contribuir a su uso en intentos de suicidio.
- **Variabilidad en la Letalidad:** La letalidad del envenenamiento puede variar ampliamente dependiendo de la sustancia utilizada y la cantidad ingerida.

Armas de fuego

Aunque menos común que el ahorcamiento, sigue siendo un método significativo:

- **Regulación y Control:** La disponibilidad de armas de fuego está más regulada en México en comparación con otros países, lo que puede limitar su uso.
- **Letalidad Alta:** Este método también presenta una alta tasa de letalidad, similar al ahorcamiento.

Factores que Afectan la Elección de Método

La accesibilidad y la letalidad de los métodos utilizados son factores críticos que afectan la tasa de suicidios consumados y deben ser considerados en las estrategias de prevención. Por ejemplo, restringir el acceso a medios letales puede ser una medida efectiva para reducir las tasas de suicidio. Además, la educación y concienciación sobre los peligros y signos de ideación suicida pueden ayudar a intervenir antes de que se elijan métodos letales.

- Impacto de Eventos Recientes

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto significativo en las tasas de suicidio en México. Durante los primeros nueve meses de la pandemia, el riesgo de suicidio aumentó ligeramente a nivel nacional, con variaciones significativas entre los estados. En 19 estados, las tasas de suicidio se mantuvieron estables; sin embargo, siete estados experimentaron aumentos significativos, y seis estados vieron una disminución en las tasas de suicidio (Borges, Garcia, Pirkis, et al., 2022; Borges, Garcia, Sinyor, et al., 2022). El aislamiento social, la inseguridad económica y el estrés psicológico asociado con la pandemia han exacerbado los factores de riesgo existentes y han creado nuevos desafíos para la salud mental (García-Dolores et al., 2023; Price et al., 2022). En 2020, hubo un incremento general del 3% en los suicidios a nivel nacional en comparación con las expectativas basadas en tendencias previas a la pandemia (Borges, Garcia, Pirkis, et al., 2022; INEGI, 2022b). Específicamente, en la Ciudad de México, la tasa de suicidio aumentó notablemente, con un ratio de 2.07 durante los primeros nueve meses de la pandemia, indicando que los suicidios se duplicaron en comparación con el período anterior (Borges, Garcia, Sinyor, et al., 2022).

A medida que la pandemia se ha ido controlando, las tasas de suicidio han mostrado signos de estabilización en algunos estados. Esto subraya la importancia de las medidas de control de la pandemia y las estrategias de apoyo en salud mental para reducir el impacto a largo plazo en las tasas de suicidio (INEGI, 2023).

2.3.2 Transformaciones Institucionales y Normativas

A lo largo del siglo XX, México presenció una evolución institucional enfocada en mejorar la atención de la salud mental. Esta transformación comenzó con la creación del Departamento de Neuropsiquiatría e Higiene Mental en 1947, seguido de importantes hitos como la reestructuración hacia la Dirección de Salud Mental en 1964 y la clausura de instituciones tradicionales como "La Castañeda" en 1968. Estos cambios, aunque significativos, enfrentaron el desafío de conectar efectivamente las transformaciones institucionales con programas concretos de atención a la salud mental (IESM-WHO, 2011). Hasta ese momento, el enfoque

estaba principalmente en el tratamiento psiquiátrico, sin considerar adecuadamente los condicionantes sociales que influyen en la salud mental.

El umbral del siglo XXI marcó una transición hacia la formalización y regulación en la atención psiquiátrica, destacada por la emisión de la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 y la creación de la Coordinación de Salud Mental en 1997. Estas acciones evidenciaron un compromiso con la supervisión y evaluación de los hospitales psiquiátricos y centros de salud mental, reconociendo la salud mental como una preocupación de salud pública a nivel federal (Sandoval & Richard, 2005). Sin embargo, la atención a la salud mental continuaba siendo la prioridad, mientras que la prevención del suicidio no era un enfoque específico. Las políticas se centraban principalmente en los trastornos mentales y su tratamiento, sin una consideración integral de los factores sociales y ambientales que pueden conducir al suicidio. Este enfoque ha sido criticado en evaluaciones recientes, que señalan la necesidad de políticas más integrales que aborden tanto la salud mental como la prevención del suicidio.

Retos en la Implementación y Evaluación de Políticas

A pesar de los esfuerzos legislativos y estructurales realizados en México, persisten desafíos críticos en la implementación y evaluación efectiva de las políticas de salud mental. La Auditoría Superior de la Federación (2022) ha identificado carencias significativas en diagnósticos detallados sobre las necesidades de salud mental⁵, la asignación de recursos específicos y el establecimiento de indicadores claros para monitorear la atención a este problema de salud pública.

En la "Evaluación de la Política Pública de Prevención y Control de Enfermedades Relacionadas con la Salud Mental" de la Auditoría Superior de la Federación (ASF) (2022), se ha revelado que muchos programas anteriores carecieron de

⁵ La SSA carece de un análisis completo que muestre la situación de la salud mental de la población los cuales pueden derivar en intentos de suicidio, detallando aspectos como género, edad, ubicación, tipo y severidad de las enfermedades, así como el nivel de atención que se proporciona a los problemas de salud mental de los pacientes.

especificidad y precisión en su diseño e implementación⁶. La evaluación evidenció que no se elaboraron sistemas para evaluar en qué grado los servicios de salud mental contribuyeron al mejoramiento del bienestar de la población a la que se brinda atención. Esta falta de mecanismos y la ausencia de indicadores precisos dificultan la evaluación del impacto y la efectividad de las políticas implementadas.

Previo a la propuesta del PRONAPS, se realizó una evaluación sobre las políticas de salud mental para identificar las principales deficiencias en las políticas de salud mental (ASF, 2022). Esta evaluación, fundamentado en las políticas y programas recientes, destacó la necesidad de abordar los condicionantes sociales que influyen en la salud mental y la prevención del suicidio. Se hizo evidente que, hasta ese momento, las políticas se habían centrado principalmente en el tratamiento psiquiátrico, sin considerar adecuadamente los factores sociales, económicos y culturales que afectan la salud mental de la población.

Hacia una Reestructuración del sistema de salud mental.

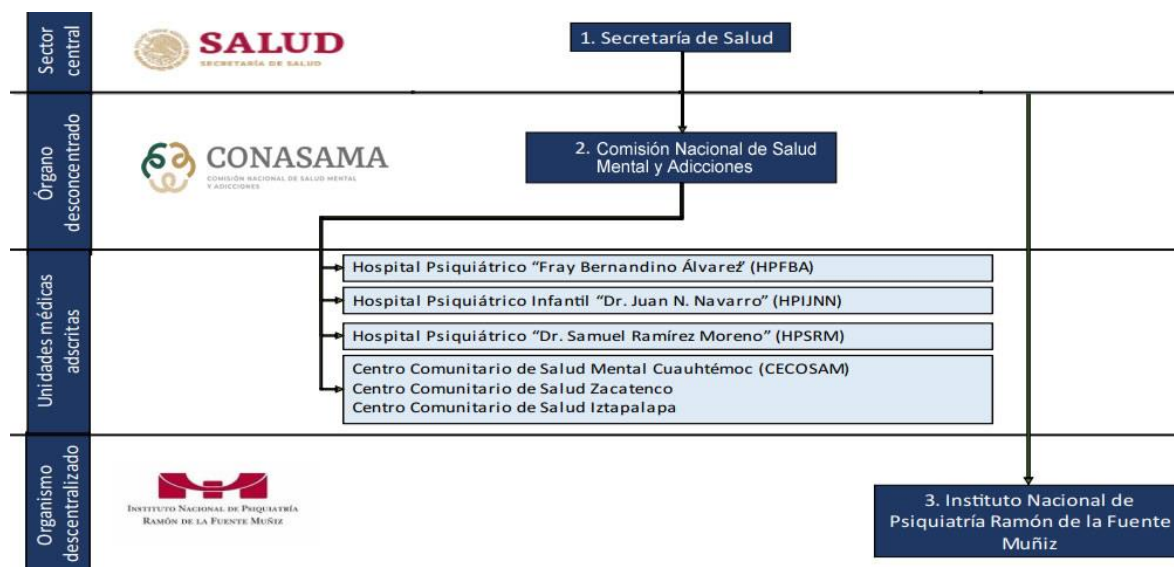
La reestructuración del sistema de salud mental y adicciones en 2023, como se puede observar en la ilustración 4, tiene como objetivo abordar las deficiencias identificadas en la evaluación de la Auditoría Superior de la Federación (ASF). La finalidad de la evaluación de la ASF es analizar la política pública destinada a prevenir y controlar enfermedades vinculadas con la salud mental, con el propósito de verificar su idoneidad para abordar la problemática pública que la generó y su eficacia para alcanzar los objetivos y metas establecidos. La ASF identificó carencias en diagnósticos detallados, asignación de recursos específicos y establecimiento de indicadores claros para monitorear la atención a la salud mental (ASF, 2022).

La reestructuración del sistema en 2023 busca fortalecer la rectoría y priorizar la atención comunitaria y los derechos humanos. Esta propuesta se alinea con los

⁶ Se evaluaron los programas: “Programa de Acción Específico Salud Mental y Adicciones 2020-2024”, “Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018”, “Ley General de Salud”, “Programa de Acción Específico Salud Mental 2013-2018”, “Programa de Acción Específico Atención Psiquiátrica 2013-2018”, “Programa Sectorial de Salud 2013-2018” y “Programa de Acción Específico Salud Mental y Adicciones 2020-2024”.

lineamientos de la WHO, que enfatiza la relevancia de un enfoque integral y comunitario en la atención de la salud mental.

Ilustración 4: Estructura sistema de salud mental vigente.

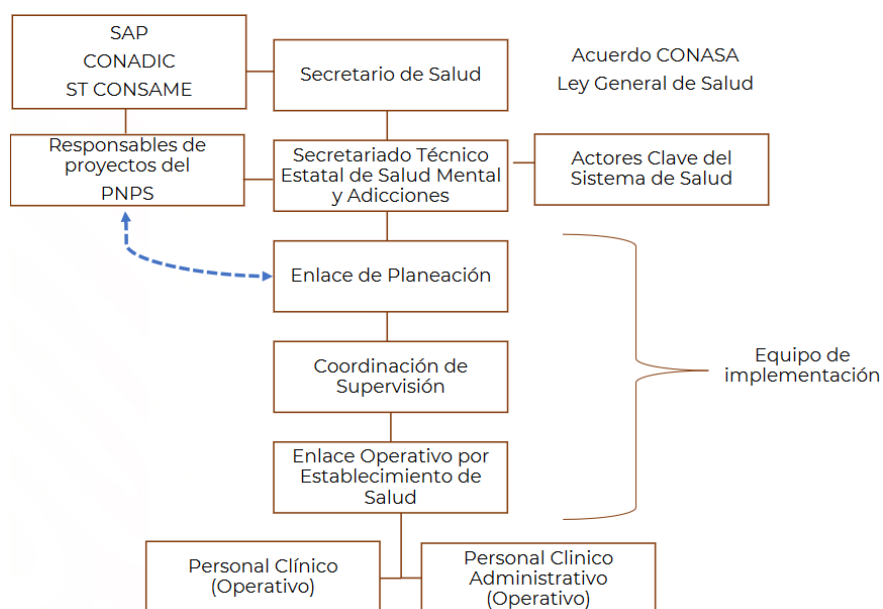


Fuente: Elaboración propia con base en ASF. (2022). Evaluación núm. 1517-ds "Evaluación de la política pública de prevención y control de enfermedades relacionadas con la salud mental".

Integración del Programa Nacional del Suicidio en el sistema de salud mental

El PRONAPS se estructura para operar a través de una integración sistémica y colaborativa dentro del sistema de salud en México, esto se puede observar en la ilustración 5. Esta integración se realiza mediante un equipo de implementación estatal que desempeña funciones esenciales de planeación, supervisión y operación, con el propósito de cotidianizar procedimientos de evaluación, tratamiento, intervención y derivación para prevenir el suicidio (SSA, 2022b).

Ilustración 5: Estructura organizacional del equipo de implementación.



Fuente: SSA. (2022). Gestión de casos en salud mental. Gobierno de México.

Estructura del Equipo de Implementación

El equipo de implementación estatal del PRONAPS tiene la responsabilidad de coordinar las acciones técnicas y operativas para alcanzar los objetivos del programa (SSA, 2020b, 2022b). Sus funciones se dividen en tres áreas principales:

1. **Planeación:** Mantener una comunicación cercana con los encargados de ejecutar las estrategias del PRONAPS. Planificar la implementación en colaboración con actores clave a nivel estatal para establecer las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Coordinar actividades de formación y capacitación continuas, y establecer áreas para la vigilancia epidemiológica de conductas suicidas (ideación, intentos y suicidios).
2. **Supervisión o Asesoría:** Identificar obstáculos y elementos que favorezcan en los centros de salud que integran las RISS. Crear un catálogo para asegurar la derivación y seguimiento de casos. Brindar orientación a los coordinadores operativos de los centros de salud. Participar en la

planificación y organización de actividades de formación, educación continua y medidas para eliminar impedimentos.

3. **Operación o Ejecución:** Los enlaces operativos por unidad, como directores, jefes de urgencias y salud mental, sirven como representantes del establecimiento de salud. Mantienen una comunicación directa con los coordinadores de supervisión y gestionan la organización interna del programa de formación y educación continua, ofreciendo retroalimentación continua sobre la ejecución.

La integración del PRONAPS involucra la participación de una amplia gama de actores clave, incluyendo:

- Funcionarios y Personal Clave: Articulan los servicios de salud de los tres niveles de atención en materia de salud mental.
- Instituciones de Salud: IMSS, ISSSTE, IMSS Bienestar, SEDENA, SEMAR, PEMEX, ISSSEMYN, DIF, entre otras.
- Secretario de Salud y Delegados: Juegan un papel crucial en la coordinación y supervisión del programa.
- Secretariado Técnico de Salud Mental: Asegura la implementación efectiva del programa en todos los niveles de atención.

Etapas de Implementación

El PRONAPS se despliega en varias etapas:

1. Primera Etapa:

- Presentación a actores clave.
- Capacitación al primer equipo de implementación.
- Vigilancia epidemiológica y garantía de referencia.
- Planeación y capacitación a personal operativo.

2. Segunda Etapa:

- Formación y adecuaciones al equipo encargado de llevar a cabo la implementación.

- Reuniones del equipo de implementación.
- Vigilancia epidemiológica.

3. Tercera Etapa:

- Formación según el nivel de atención (detección, evaluación, gestión, intervención/remisión).
- Entrenamiento en el sistema de derivación (activación de redes de apoyo, aseguramiento de referencias, seguimiento de casos).
- Supervisión y asesoría.
- Educación continua del equipo estatal.

Integración con la Estructura de Salud

El PRONAPS se integra a la estructura de salud mediante la activación y promoción de la colaboración política y técnica dentro del sistema de salud. Esto incluye todas las instituciones de salud de los estados y asegura una coordinación efectiva entre los diferentes niveles y actores del sistema de salud para implementar estrategias integrales de prevención del suicidio.

2.3.1 Caracterización del Programa Nacional de Prevención del Suicidio

Descripción General: El PRONAPS es una iniciativa estratégica y multidimensional del gobierno de México, cuyo propósito es abordar la problemática del suicidio desde una perspectiva integral y coordinada. Este programa busca integrar acciones de prevención, detección temprana, intervención, posvención y evaluación, con el fin de reducir las tasas de suicidio en todo el territorio nacional y mejorar la salud mental de la población.

Alineación del PRONAPS con la Política Nacional: El PRONAPS está estratégicamente alineado con los principales marcos de política pública en México, particularmente con el Programa Nacional de Desarrollo (PND) 2019-2024 y el Programa Sectorial de Salud 2020-2024. Este alineamiento asegura que el PRONAPS contribuya efectivamente al objetivo de garantizar acceso universal a

servicios de salud, incluidos los de salud mental, para todos los ciudadanos mexicanos, conforme a los principios establecidos en el artículo 4º constitucional.

Principales puntos de alineación:

1. **Acceso Universal a Servicios de Salud:** Conforme al PND, el PRONAPS apoya la meta de proporcionar atención médica gratuita y promover el bienestar general, incluyendo la salud mental y la prevención del suicidio.
2. **Atención Integral en Salud Mental:** De acuerdo con el Programa Sectorial de Salud, el PRONAPS se enfoca en la implementación de servicios integrales que abarcan la educación, promoción, prevención, detección y tratamiento de problemas de salud mental para prevenir el suicidio, cumpliendo con el objetivo específico de "Salud Para el Bienestar" del Programa Sectorial de Salud.

Objetivos del Programa:

Objetivo General: Establecer una estrategia coordinada y multifacética para reducir las tasas de suicidio en México, mediante la implementación de políticas públicas que abarquen desde la prevención hasta la intervención post-crisis (posvención).

Objetivos Específicos:

1. **Mejorar la Vigilancia Epidemiológica:** Fortalecer la recopilación de datos sobre el comportamiento suicida y las muertes por suicidio a nivel nacional.
2. **Promover Evaluaciones e Intervenciones Estandarizadas:** Impulsar acciones uniformes de evaluación e intervención en suicidio para fomentar investigaciones pertinentes a las necesidades de México.
3. **Información sobre Determinantes del Suicidio:** Difundir conocimiento sobre los factores biopsicosociales que influyen en el suicidio y las enfermedades mentales.

4. **Convenios para la Atención Oportuna:** Crear acuerdos interinstitucionales para asegurar la referencia y tratamiento adecuados de individuos en riesgo suicida y sus familias.
5. **Capacitación en Manejo del Riesgo Suicida:** Educar y capacitar a los equipos de salud en técnicas de manejo y tratamiento del suicidio, basadas en los diferentes niveles de riesgo.
6. **Vinculación Interinstitucional:** Establecer lazos con actores clave de distintos sectores para activar y fortalecer las redes de atención en salud mental para casos de suicidio.

Estrategias y Líneas de Acción: El PRONAPS estructura sus objetivos a través de cinco ejes estratégicos cruciales, como se puede observar en la ilustración 4, cada uno definido para abordar distintos aspectos del suicidio mediante acciones específicas. Estos ejes son coordinados por un ente normativo central que regula los servicios de salud mental y adicciones, garantizando una implementación eficaz y cohesiva a lo largo de todo el territorio nacional.

Eje 1. Coordinación Intersectorial e Interinstitucional

- **Objetivo:** Establecer y fortalecer las alianzas estratégicas entre diversos sectores y niveles de gobierno, incluyendo la colaboración con la sociedad civil.
- **Acciones:** Desarrollo de protocolos de actuación conjunta, establecimiento de canales de comunicación eficientes y creación de plataformas compartidas para el intercambio de información y recursos.

Eje 2. Vigilancia Epidemiológica

- **Objetivo:** Implementar un sistema estandarizado para recopilar y analizar datos sobre conducta suicida, contribuyendo a una base de información epidemiológica robusta.

- **Acciones:** Integración de registros locales y nacionales, uso de tecnología para la captura y análisis de datos, y actualización periódica de las bases de datos para reflejar tendencias actuales y emergentes.

Eje 3. Intervención

- **Objetivo:** Reducir la mortalidad por suicidio a través de intervenciones preventivas, atención temprana y seguimiento continuo, aplicando estrategias basadas en evidencia.
- **Acciones:** Implementación de programas de intervención precoz en puntos críticos como escuelas y lugares de trabajo, desarrollo de redes de apoyo comunitario, y establecimiento de servicios de emergencia psicológica accesibles.

Eje 4. Capacitación

- **Objetivo:** Asegurar que el personal de salud y los actores no especializados estén adecuadamente preparados para identificar y manejar situaciones de riesgo suicida.
- **Acciones:** Creación de programas de formación continua que abarquen desde la identificación y manejo del riesgo suicida hasta técnicas avanzadas de intervención y apoyo poscrisis, basándose en los cuatro órdenes de riesgo del MODORIS⁷.

Eje 5. Investigación

- **Objetivo:** Fomentar la investigación sobre los determinantes del suicidio y la eficacia de las intervenciones, con un enfoque particular en los grupos de mayor riesgo y las regiones con altas tasas de incidencia.
- **Acciones:** Promoción de estudios colaborativos nacionales e internacionales, desarrollo de proyectos de investigación aplicada y difusión

⁷ Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio: se trata de un instrumento de cribado que facilita una valoración rápida y fácil para determinar el riesgo de suicidio.

de los hallazgos para informar y mejorar las políticas públicas y las prácticas clínicas.

Ilustración 6: Ejes estratégicos que integran el Programa Nacional de Prevención del Suicidio.



Fuente: SSA. (2020). Programa Nacional para la Prevención del Suicidio.

Indicadores de Evaluación: El programa aplica indicadores cuantitativos y cualitativos agrupados en cuatro categorías principales para evaluar su eficacia en la prevención, atención y posvención del comportamiento suicida:

- **Indicadores de Vigilancia:** Estos miden la frecuencia de suicidios, autolesiones, ideación e intentos suicidas, además del porcentaje de casos que reciben atención médica y la cobertura de posvención.
- **Indicadores de Monitoreo:** Reflejan el número de convenios intersectoriales e intrasectoriales que facilitan la prevención y detección del riesgo suicida, así como la atención y seguimiento del comportamiento suicida.
- **Indicadores de Intervención:** Evalúan la implementación de protocolos en unidades de salud y la efectividad de la atención en servicios de urgencias y otros niveles según la severidad del riesgo suicida.

- **Indicadores de Capacitación:** Miden la cantidad y efectividad de las capacitaciones impartidas a agentes comunitarios y personal de salud en materia de prevención, intervención y posvención del suicidio.

Implementación y Cobertura: El PRONAPS opera a través de una colaboración entre agencias de salud estatales y federales, organizaciones no gubernamentales, y el sector privado, buscando una cobertura amplia y efectiva. Se presta especial atención a regiones con tasas más altas de suicidio y a poblaciones vulnerables, incluyendo jóvenes, indígenas, y personas con antecedentes de trastornos mentales.

Elementos Ausentes o No Claramente Definidos⁸:

1. **Evaluación Rigurosa del Impacto:** Aunque se mencionan evaluaciones, falta una metodología detallada para evaluar el impacto a largo plazo del programa en la reducción de las tasas de suicidio y en la mejora de la salud mental.
 - **Especificidad y Medición de Resultados:** Mientras se establecen líneas de acción generales, falta claridad sobre cómo se medirán específicamente los resultados de estas intervenciones. Sería beneficioso especificar indicadores de resultado para cada línea de acción para evaluar su impacto real.
 - **Coordinación y Redundancia:** La estrategia menciona múltiples formas de vinculación y colaboración, pero no especifica claramente cómo se evitará la redundancia o cómo se coordinarán efectivamente estos esfuerzos para maximizar los recursos sin duplicar acciones.
 - **Enfoque en Prevención Primaria:** Las acciones están muy centradas en la identificación y manejo de individuos en riesgo, pero podrían fortalecerse los aspectos de prevención primaria, abordando las causas subyacentes del suicidio y promoviendo la salud mental a nivel más general y preventivo.

⁸ De acuerdo a los términos de referencia vigentes por el CONEVAL para una evaluación de diseño vigentes a partir del 2019.

- **Inclusión de Factores Culturales y Comunitarios:** Aunque se reconoce la necesidad de adaptar las intervenciones a las comunidades locales, podría profundizarse en cómo se tomarán en cuenta los factores culturales específicos en las intervenciones para asegurar su pertinencia y efectividad.
2. **Indicadores Claros y Medibles:** No se proporcionan detalles específicos sobre cómo se medirán los indicadores mencionados, lo cual es crucial para evaluar el éxito del programa.
- **Especificidad en la Medición de Indicadores:**
 - Las tasas y prevalencias de comportamientos suicidas no especifican ajustes por variaciones demográficas o regionales, lo cual es esencial para comprender las dinámicas del suicidio en diferentes comunidades.
 - **Metodología de Recolección y Análisis de Datos:**
 - Falta detalle en las metodologías utilizadas para la recolección y análisis de datos, como la consistencia en el seguimiento de la ideación suicida y las autolesiones.
 - **Definiciones Operativas Claras:**
 - Algunos indicadores carecen de definiciones operativas claras, como los criterios para clasificar y atender el riesgo suicida.
 - **Indicadores de Calidad de Intervención:**
 - Aunque se mencionan indicadores de la implementación de protocolos, no se miden directamente la calidad ni la efectividad de las intervenciones.
 - **Resultados a Largo Plazo:**
 - No existen indicadores para evaluar los impactos a largo plazo de las intervenciones en la salud mental y en la reducción del suicidio.
 - **Indicadores de Satisfacción del Beneficiario:**
 - Se omite la inclusión de indicadores que midan la satisfacción de los beneficiarios con los servicios recibidos, un factor clave para evaluar la calidad y accesibilidad de los servicios ofrecidos.

3. **Población Objetivo Detallada:** Aunque se menciona a la población en riesgo, falta una descripción detallada de la población objetivo que incluya segmentación por edad, género, ubicación geográfica y otros factores demográficos.
4. **Árbol del Problema:** No se incluye un árbol del problema que identifique claramente las causas y consecuencias del suicidio dentro del contexto del programa, lo cual es fundamental para estructurar las intervenciones de manera efectiva.

Capítulo 3. Análisis de Determinantes estructurales

3.1 Análisis de Diseño

El análisis de diseño del PRONAPS se desarrolló utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental 2.2 (IEMS-WHO) de 2005. Este instrumento permite una evaluación exhaustiva a través de diferentes dimensiones, las cuales se presentan en la Tabla 1 y 2. El objetivo de este capítulo es desglosar y analizar cada una de estas dimensiones para entender mejor los determinantes estructurales que influyen en el diseño y la implementación del PRONAPS dentro del marco de la evaluación de la Racionalidad y Coherencia. Este análisis proporcionará una base sólida para evaluar la efectividad del programa y sugerir mejoras.

3.1.1 Normativo-institucional

El diseño normativo-institucional del PRONAPS se sostiene sobre un complejo entramado de mandatos internacionales y legislación nacional. Este sistema pretende dirigir los esfuerzos nacionales hacia una atención de salud mental inclusiva, comunitaria y respetuosa de los derechos humanos, tal como lo establecen la Ley General de Salud (LGS) y compromisos internacionales suscritos por México. Este apartado examina la estructura y coherencia de dicho marco, destacando sus contribuciones y limitaciones en el contexto de la atención a la salud mental en México, como se puede observar en la tabla 6.

Fundamentación Normativa

El diseño normativo del PRONAPS se sustenta en un marco legislativo robusto, que abarca tanto compromisos internacionales como regulaciones nacionales. Estos fundamentos buscan establecer las bases para una política pública efectiva en la prevención y control de enfermedades relacionadas con la salud mental. Este marco incluye compromisos internacionales que México ha suscrito, como el Plan de Acción sobre la Salud Mental 2013-2030 y la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030 los cuales incluyen la atención comunitaria y el tratamiento hospitalario

generalizado, enfocándose en la protección de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental (SSA, 2013). A nivel nacional, la LGS, reformada recientemente, refleja estos principios internacionales y establece la atención de salud mental como una prioridad dentro del sistema de salud mexicano (SSA, 2020a, 2020b). A pesar de estos avances, la eliminación de la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014 ha generado vacíos en la regulación que comprometen la calidad y los estándares de atención en salud mental. Este hecho resalta la importancia de desarrollar mecanismos alternativos para la supervisión y garantía de la calidad de los servicios de salud mental (Nochebuena & Flores, 2023).

La coherencia entre las disposiciones de la LGS y la operatividad de las normativas como la NOM-025-SSA2-2014 ha sido un área de particular interés, revelando discrepancias en la implementación de programas sociales y asistenciales, la capacitación de recursos humanos y la infraestructura necesaria para una atención adecuada. Estas inconsistencias subrayan la necesidad de una revisión y actualización constante del marco normativo para asegurar su alineación con las mejores prácticas y los estándares internacionales (ASF, 2022).

Tabla 6: Análisis de congruencia de los apartados relacionados con la atención de la salud mental establecidos en la ley general de salud y la norma oficial mexicana NOM-025-SSA2-2014.

Indicador	Ley General de Salud	NOM-025-SSA2-2014 ⁹	Comentario
Atención médica	Incluye la reintegración de personas con trastornos mentales a su familia y comunidad mediante programas sociales y asistenciales.	Define criterios para la operación y organización de servicios hospitalarios y de rehabilitación, promoviendo acciones comunitarias para la prevención y reintegración social.	Define los criterios de operación y organización de los servicios de atención hospitalaria médico-psiquiátrica y de rehabilitación, promoviendo acciones y programas comunitarios para la prevención y rehabilitación de problemas mentales y la reinserción social. Esto es consistente con la LGS, que manda la creación de programas sociales y asistenciales para hacer accesibles los servicios de salud mental.
	La atención debe darse con un enfoque comunitario, promoviendo la reinserción psicosocial y respetando los derechos humanos.	Detalla las actividades de rehabilitación psicosocial según las necesidades individuales, involucrando a profesionales de la salud y la familia.	

⁹ La cancelación de la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014 publicada el 1 de junio de 2023 desafía la capacidad del PNPS y otras iniciativas de salud mental para ofrecer atención de calidad.

Difusión	La Secretaría de Salud y otras entidades deben difundir orientaciones para la promoción de la salud mental y la prevención de trastornos, además de campañas para reducir el estigma.	Las unidades de atención deben difundir información sobre la norma a los usuarios y sus familias, promoviendo la salud mental y los derechos humanos.	Ambas son congruentes en establecer la difusión para la promoción de la salud mental y de los derechos de las personas con problemas de salud mental.
Sistemas de información	No identificado		No definen mandatos específicos en materia de sistemas de información relacionados con la atención de la salud mental.
Formación y capacitación de recursos humanos	No especifica obligaciones relacionadas con la formación de recursos humanos, solo menciona la promoción de actividades relacionadas con la salud mental.	Obliga a los prestadores de servicios a contar con suficientes recursos humanos y cursos de capacitación.	La NOM obliga a los prestadores de servicios a contar con suficientes recursos humanos y cursos de capacitación mientras que la LGS no establece obligaciones sobre la formación o existencia de recursos humanos calificados, solo menciona el fomento de actividades que contribuyan a la prevención, atención y promoción de la salud mental
Infraestructura	Incluye la organización, operación y supervisión de establecimientos para el estudio y tratamiento de trastornos mentales.	Establece que las unidades médicas deben contar con instalaciones y equipo adecuado, pero no menciona la organización y supervisión.	La LGS establece que la atención incluye la organización, operación y supervisión de establecimientos y la NOM obliga a las unidades médicas a contar con instalaciones y equipo adecuado, pero no menciona la organización y supervisión de las condiciones de estas unidades, mostrando una falta de congruencia con la LGS en este aspecto.
Investigación	Ambas coinciden en que la investigación científica es esencial y debe ser promovida en los servicios de salud mental.		Ambas son congruentes en establecer que las actividades científicas son inherentes a los servicios de atención a la salud mental.

Fuente: ASF. (2022). Evaluación núm. 1517-ds “Evaluación de la política pública de prevención y control de enfermedades relacionadas con la salud mental”.

En resumen, la NOM detalla los criterios operativos y organizacionales, enfocándose en recursos humanos, capacitación e infraestructura específica, mientras que la LGS se centra en la promoción, prevención y supervisión general de los servicios de salud mental.

Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 y Programa Sectorial de Salud 2020-2024

El PRONAPS se esfuerza por alinearse con los principales marcos de política pública en México, pero enfrenta desafíos significativos en cuanto a especificidad y coherencia con los planes más amplios del gobierno. A continuación, se analiza cómo el PRONAPS se alinea y donde se encuentra desconectado respecto a los

marcos normativos e institucionales del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2019-2024 y el Programa Sectorial de Salud 2020-2024.

1. Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024

El PND habla en términos generales de la salud, sin ofrecer elementos específicos para la salud mental. Este enfoque generalista implica que, aunque el PRONAPS es relevante para las metas de salud del PND, falta una directriz clara y explícita que contemple las necesidades particulares de la salud mental y la prevención del suicidio dentro del marco de desarrollo nacional. La ausencia de una mención explícita a la salud mental en el PND puede resultar en la subordinación de esta área a objetivos de salud más generales, reduciendo la visibilidad y prioridad que requiere la prevención del suicidio en la agenda nacional.

2. Programa Sectorial de Salud 2020-2024

A diferencia del PND, el Programa Sectorial de Salud sí incluye acciones específicas para la atención integral en salud mental y adicciones. Sin embargo, estas acciones son descritas de manera muy ambigua y no se acompañan de indicadores específicos que permitan medir el progreso o el impacto de estas intervenciones de manera efectiva. La ausencia de indicadores específicos y claros para la evaluación de la salud mental complica la implementación y evaluación efectiva del PRONAPS. Esto refleja una desconexión entre las políticas diseñadas y la capacidad para monitorear y ajustar dichas políticas basadas en resultados concretos.

Superposición Institucional y Riesgos para la Implementación

La superposición de funciones entre el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) y los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP), como se puede ver en la tabla 7, sugiere un área de mejora crítica en la delimitación de responsabilidades y objetivos para evitar duplicidades y asegurar una atención focalizada y eficiente. Esta situación se ve exacerbada por la estructura fragmentada del sistema de salud en México, donde la Secretaría de Salud (SSA)

debe navegar a través de una compleja red de servicios específicos para ciertos sectores de la población, incluidos los ofrecidos por SEDENA, IMSS, ISSSTE y PEMEX. La segmentación contribuye a una inequidad en el acceso a servicios de salud, incluidos aquellos dedicados a la salud mental (Bautista-González et al., 2021; Landy, 2019).

Tabla 7: Atribuciones de las instancias operadoras de la política pública de prevención y control de la salud mental.

Indicador	Secretaría de Salud	Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones			Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
		General	Hospitales psiquiátricos	Centros comunitarios de Salud Mental	
Atención médica	Participar en programas para la prevención, atención y rehabilitación de trastornos mentales, así como impulsar redes asistenciales y comunitarias para la rehabilitación y reinserción de pacientes	Proveer servicios de atención médica especializada y coordinar programas de prestación de servicios médicos	• planear y coordinar la prestación de los servicios ambulatorios y de hospitalización (MOE-SAP, Dirección General de Hospital Psiquiátrico)	Planificar y coordinar servicios ambulatorios y hospitalarios, además de organizar consultas externas y clínicas especializadas (MOE-SAP, Dirección General de Hospital Psiquiátrico y Subdirección del Centro Comunitario de Salud Mental)	Proveer servicios preventivos, médicos, quirúrgicos y de rehabilitación, incluyendo consulta externa, atención hospitalaria y urgencias
Difusión	Promover actividades informativas y de sensibilización para prevenir problemas de salud mental, y participar en estrategias de comunicación social	Coordinar la difusión e intercambio científico con instituciones nacionales y extranjeras	Difundir estándares en derechos humanos y salud mental	Sin atribuciones en materia de difusión.	Promover acciones de salud para condiciones específicas de sus especialidades
Sistemas de información	Colaborar en la operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y evaluar la información de sistemas institucionales de salud	Sin atribuciones en materia de sistemas de información	Dirigir la operación de sistemas oficiales de información	Programar la operación de sistemas oficiales de información en salud	Coadyuvar a la actualización de los datos sobre la situación sanitaria general del país.
Formación y capacitación de recursos humanos	Promover y asesorar programas de enseñanza en salud mental, y coordinar programas de capacitación y actualización en psiquiatría y otras subespecialidades	Coordinar los programas de capacitación, formación, especialización, posgrado y actualización en materia de psiquiatría	Establecer programas de capacitación para personal profesional y administrativo, y colaborar en el desarrollo de programas de especialización y servicio social	Colaborar y coordinar el desarrollo de los programas de especialización y servicio social en psiquiatría	Formar recursos humanos especializados y desarrollar programas de capacitación y actualización
Infraestructura	Diseñar, supervisar y valorar los servicios de salud mental, así como administrar la infraestructura de las instalaciones médicas	Supervisar la actualización y adecuación de la infraestructura de las instalaciones médicas bajo su responsabilidad	Elaborar el plan para el mantenimiento preventivo y correctivo de los activos y la infraestructura	Asegurar la implementación del plan de mantenimiento correctivo y preventivo de los activos	Desarrollar métodos para garantizar el óptimo uso de los recursos materiales y las propiedades del instituto

Investigación	Establecer estándares, impulsar y organizar investigaciones y avances tecnológicos enfocados en la salud mental	Impulsar estudios e investigaciones clínicas y sociosanitarias	Encabezar el avance de investigaciones clínicas y sociosanitarias	Fomentar el progreso de investigaciones clínicas y sociosanitarias	Conducir estudios e investigaciones clínicas, epidemiológicas, experimentales, de desarrollo tecnológico y fundamentales
----------------------	---	--	---	--	--

Fuente: Modificación con base en ASF. (2022). Evaluación núm. 1517-ds “Evaluación de la política pública de prevención y control de enfermedades relacionadas con la salud mental”.

Un hito importante en la evolución de la estructura organizacional responsable de la salud mental en México es la iniciativa para crear la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA). Este organismo surge de la fusión propuesta entre el Consejo Nacional de Salud Mental (CONASAME), la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP). Según el Programa Anual de Trabajo 2020 de la Comisión Nacional contra las Adicciones, la CONASAMA está concebida como un organismo descentralizado actuará como la entidad principal encargada de dirigir, normar y gestionar la política nacional en salud mental y adicciones (ASF, 2022; SSA, 2020b). Este esfuerzo representa una tentativa de integrar un modelo de atención comunitaria con un enfoque integral e integrado de atención primaria de salud, respetando siempre los derechos humanos. La creación de la CONASAMA busca optimizar la organización de los servicios, mejorar la coordinación de programas y acciones institucionales, y establecer un plan nacional cohesivo para la salud mental y las adicciones.

3.1.2 Programático

El análisis programático de la política pública de prevención y control de enfermedades relacionadas con la salud mental en México revela una desconexión significativa entre la ambición de los marcos internacionales y la implementación de políticas nacionales efectivas. A pesar de los avances propuestos por el Plan de Acción sobre la Salud Mental 2013-2030 y la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030, que destacan la importancia de fortalecer el marco regulatorio de la salud mental y transitar hacia un modelo de atención comunitaria, la planificación nacional parece ser limitada en varios aspectos críticos.

La falta de especificidad en los objetivos, estrategias y líneas de acción del PND 2019-2024 para abordar la salud mental evidencia una desatención preocupante hacia este ámbito crucial de la salud pública. Esta omisión no solo refleja una falta de priorización de la salud mental como un problema significativo, sino que también restringe la capacidad del gobierno para alinear sus políticas con estándares internacionales que promueven un enfoque inclusivo y respetuoso con los derechos humanos (SSA, 2013, 2020c). Además, el Programa Sectorial de Salud 2020-2024 presenta deficiencias al no incluir diagnósticos detallados sobre las necesidades de salud mental ni estrategias para abordar la escasez de especialistas en este campo. La ausencia de indicadores claros y metas definidas complica la evaluación del impacto de estas políticas en el bienestar mental de los mexicanos (ASF, 2022).

Dentro de este contexto, el PRONAPS se enfrenta a retos significativos. Aunque el PRONAPS se inserta en la estructura más amplia del PND y el Programa Sectorial de Salud, su enfoque específico en la prevención del suicidio y la implementación de estrategias integrales es crucial para abordar las necesidades urgentes en salud mental. La integración de objetivos claros, estrategias definidas y la colaboración intersectorial son esenciales para que el PRONAPS pueda superar las limitaciones actuales y contribuir efectivamente a la prevención del suicidio en México. Es de esta manera que la implementación y evaluación del PRONAPS enfrentan desafíos significativos debido a limitaciones en la definición y profundidad de sus indicadores. Aunque el programa establece una serie de indicadores para monitorear aspectos como la conducta suicida y la efectividad de las intervenciones, la falta de una infraestructura robusta de monitoreo y evaluación impide un análisis riguroso del impacto real del programa. Esta situación subraya una brecha crucial en la infraestructura necesaria para ajustar las políticas públicas de acuerdo con las necesidades emergentes y asegurar su eficacia. Los indicadores específicos que contempla el PRONAPS, como la tasa de suicidios y las prevalencias de comportamientos suicidas y autolesiones, si bien son un punto de partida útil, su vaguedad y limitación restringen la capacidad de evaluar con precisión la efectividad del programa. Por ejemplo, aunque se cuantifican las atenciones a personas con riesgo suicida y los convenios para la articulación de acciones, no se aclara cómo

estos se traducen en mejoras tangibles en la salud mental de la población. Del mismo modo, los indicadores de capacitación, como el número de agentes comunitarios y psicólogos capacitados, no proporcionan información sobre la calidad de la formación ni sobre su impacto directo en la reducción de comportamientos suicidas y la mejora de la atención a los pacientes.

Dentro de los programas presupuestarios¹⁰ (Pp) destinados a la salud mental y adicciones, se identificó una falta de alineación entre los problemas de salud mental reconocidos y la estructura y objetivos de los programas. Tres programas (E010, E022, E023) no establecieron una conexión directa con el cuidado de la salud mental en sus lineamientos, y solo uno, el P018 "Prevención y Control de Enfermedades", mencionó problemas relacionados con trastornos mentales, pero no incluyó objetivos ni indicadores específicos para abordar la salud mental en su planificación. Además, a pesar de que los programas abarcaban la promoción, prevención y control de enfermedades en términos generales, faltaba una vinculación clara de estos objetivos con acciones específicas para atender los problemas de salud mental. Esto sugiere una oportunidad significativa para mejorar la coherencia y efectividad de la política pública en este campo vital.

3.1.3 Presupuestal

El presupuesto destinado a la salud mental en México ha sido históricamente insuficiente, lo que ha impactado significativamente la capacidad del país para abordar eficazmente los problemas de salud mental, incluyendo la prevención del suicidio. Desde 2013 hasta 2023, el financiamiento federal específicamente destinado a la prevención y control de la salud mental no ha sido etiquetado dentro del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF). Esto significa que no ha existido un programa presupuestario exclusivo para la salud mental y, particularmente, para la prevención del suicidio, lo cual ha dejado a las políticas

¹⁰ Pp: P018 "Prevención y control de enfermedades"; E010 "Formación y capacitación de recursos humanos para la salud"; E022 "Investigación y desarrollo tecnológico en salud", E023 "Atención a la Salud", y E025 "Prevención y atención contra las adicciones".

públicas sin una estructura financiera clara y sostenida para abordar esta problemática de manera efectiva (ASF, 2022; Méndez, 2023).

Para el año 2024, se proyecta que el presupuesto destinado a la salud mental en México representará el 1.3% del Producto Interno Bruto (PIB). En términos reales, este porcentaje es similar al asignado en 2016, lo que indica una falta de aumento proporcional en la inversión a pesar del crecimiento de la economía y de la población (Méndez, 2023). Las recomendaciones internacionales sugieren que los países de ingresos bajos y medios deberían invertir al menos el 5% de su presupuesto total de salud en salud mental, mientras que en los países de ingresos altos esta cifra debería alcanzar el 10% (Gilbert et al., 2015). Para igualar la inversión promedio de la región de las Américas, México necesitaría triplicar su presupuesto actual destinado a la salud mental. Esta subinversión ha sido un obstáculo significativo para el desarrollo de una infraestructura adecuada y la prestación de servicios necesarios para atender a la población.

Distribución del Presupuesto por Unidades

El análisis de la distribución del presupuesto para salud mental revela que un gran porcentaje se destina a gastos operativos, reflejando un enfoque centrado en la gestión hospitalaria más que en la atención comunitaria y preventiva. En 2023, la distribución del presupuesto para algunas de las principales unidades de atención psiquiátrica y de salud mental fue la siguiente:

Tabla 8: Presupuesto de las unidades de atención mental ajustado a la inflación.

Unidad	Presupuesto 2018 (ajustado a 2023)	Presupuesto 2023 (millones de pesos)
Instituto Nacional de Psiquiatría	503	500
Centros de Integración Juvenil, A.C.	960	869
Servicios de Atención Psiquiátrica	1,333	1,201
Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental	128	288

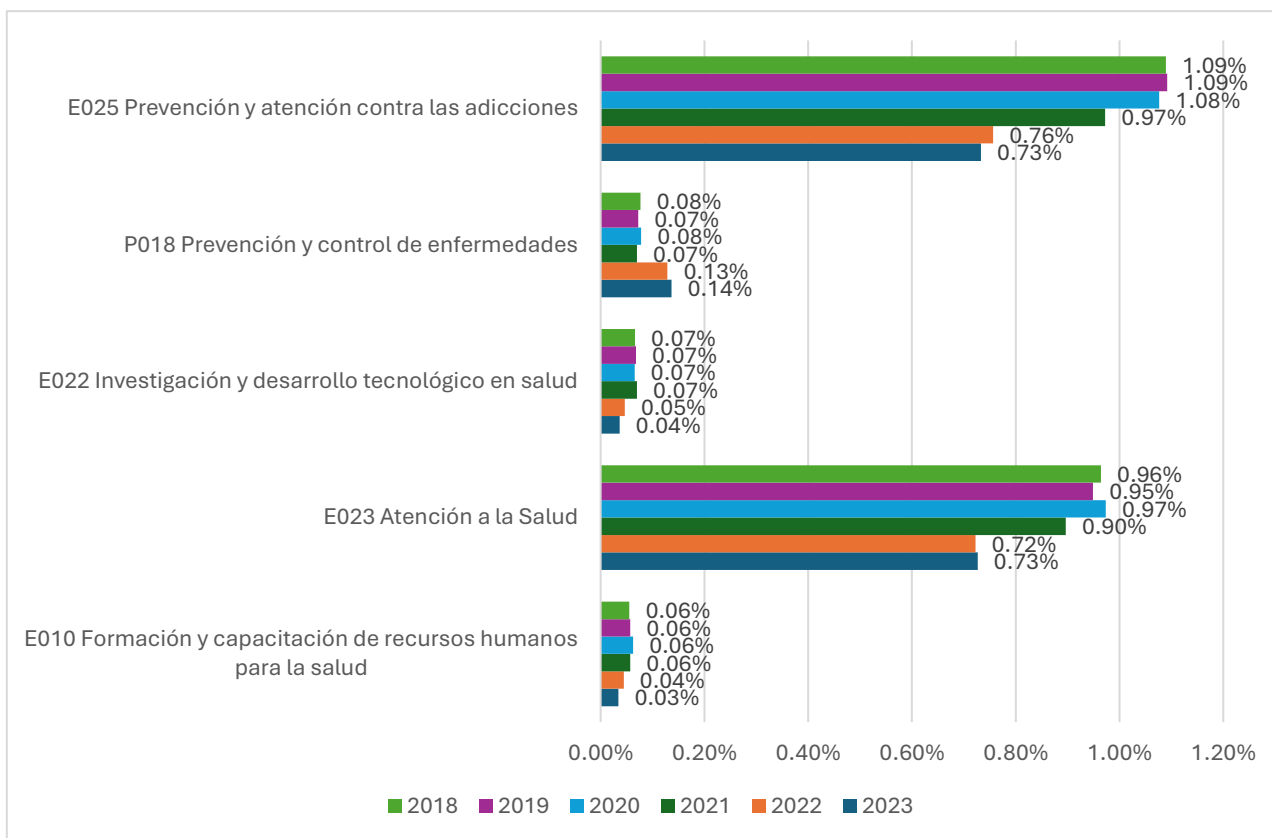
Fuente: Elaboración propia con base en el PEF 2018 a 2023.

La tabla 8 muestra una disminución en el presupuesto asignado a estas unidades entre 2018 y 2023. Sumado a lo anterior, la mayoría del presupuesto (80%) sigue destinado a gastos operativos, lo que indica una necesidad de reorientación hacia programas de prevención y atención comunitaria (ASF, 2022). Además, la mitad del presupuesto destinado a la salud mental se canaliza hacia los hospitales psiquiátricos, que albergan el 96.9% de las camas psiquiátricas, el 54.4% de los médicos especializados en psiquiatría y el 11.4% de los psicólogos del sistema de salud (CIEP, 2020).

Programas Presupuestarios

El análisis del presupuesto de programas de salud mental revela importantes tendencias y desafíos en la asignación de recursos financieros. En la siguiente tabla se presenta un desglose detallado de los programas clave y su evolución presupuestaria desde 2018 hasta 2023, ajustados por inflación para reflejar el incremento real:

Tabla 9: Comparación entre el presupuesto en términos reales de los Pp de 2018 a 2023 y el presupuesto total asignado a la salud (en porcentaje).



Fuente: Elaboración propia con base en el Presupuesto de Egresos de la Federación de 2018 a 2023.

E010 Formación y capacitación de recursos humanos para la salud ha visto una inversión estable hasta 2020, seguida de una disminución en 2021 y 2022, posiblemente debido a la reasignación de fondos hacia la respuesta inmediata a la pandemia de COVID-19. E023 Atención a la Salud muestra una disminución progresiva, sugiriendo un cambio gradual de prioridades. E022 Investigación y desarrollo tecnológico en salud también muestra una reducción, lo que puede indicar un enfoque hacia necesidades urgentes generadas por la pandemia. P018 Prevención y control de enfermedades tiene fluctuaciones que reflejan la adaptación y reevaluación de estrategias en salud pública ante los retos del COVID-19. E025

Prevención y atención contra las adicciones muestra una notable disminución, destacando la necesidad de no descuidar áreas críticas de salud pública.

Presupuesto y Su Relación con el Suicidio y el PRONAPS

La subinversión en salud mental ha tenido un impacto directo en la capacidad de México para implementar estrategias efectivas de prevención del suicidio. La falta de recursos financieros adecuados ha limitado la expansión de programas comunitarios y preventivos, esenciales para abordar los factores de riesgo asociados con el suicidio. El PRONAPS se enfrenta a estos desafíos estructurales y busca mitigar el problema mediante un enfoque integral que incluye la promoción de la salud mental, la formación de recursos humanos y la implementación de medidas preventivas. Sin embargo, para que el PRONAPS sea efectivo, es crucial que el presupuesto para salud mental aumente significativamente, alineándose con las recomendaciones internacionales y las necesidades reales de la población.

3.2 Análisis de elementos de implementación

3.2.1 Recursos humanos

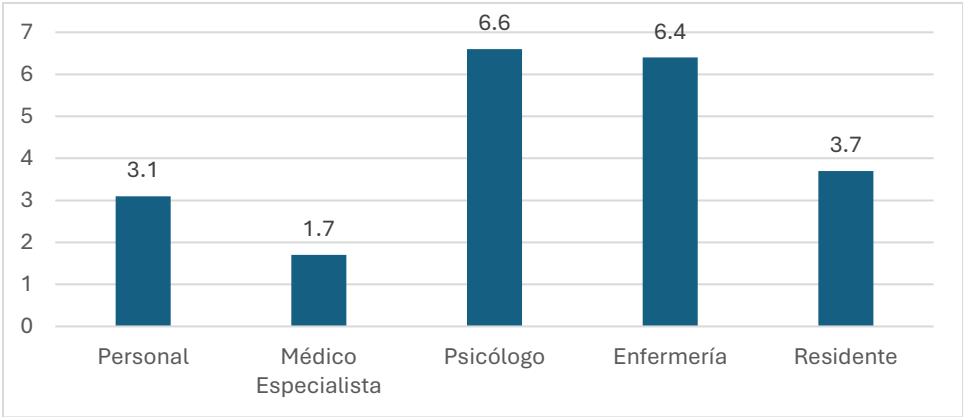
El análisis detallado del personal especializado en salud mental y adicciones, junto con su formación y distribución dentro del marco del PRONAPS, revela una compleja red de desafíos y oportunidades que México enfrenta para mejorar la salud mental de su población.

Cantidad de Especialistas en Salud Mental

México contaba con aproximadamente 14,970 profesionales en salud mental y adicciones en 2020 de un total de 481,924, lo cual representa solo el 3.1% del total de los trabajadores de la salud, como se puede observar en la tabla 10. La mayoría de estos profesionales (75.7%) estaban asignados a hospitales psiquiátricos, dejando un margen más pequeño para otros establecimientos como los Centro de Atención Primaria a Adicciones (CAPA) y Centro Integral de Salud Mental (CISAME) (SSA, 2022a). Este número, aunque significativo, está lejos de ser suficiente para atender las crecientes demandas de servicios de salud mental en el país. La

Organización Mundial de la Salud recomienda una relación de cinco psiquiatras por cada 100,000 habitantes; sin embargo, México solo contaba con 1.2 psiquiatras por cada 100,000 habitantes, muy por debajo de este estándar y del promedio de la OCDE de 16.8 psiquiatras (ASF, 2022; OCDE, s.f.; OPS & WHO, 2015).

Tabla 10: Proporción del Personal Dedicado a la Salud Mental y Adicciones en Relación con el Personal Total de las Secretarías de Salud Federal y Estatales en 2020.



Fuente: SSA. (2022). 2º Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones.

Formación de Especialistas

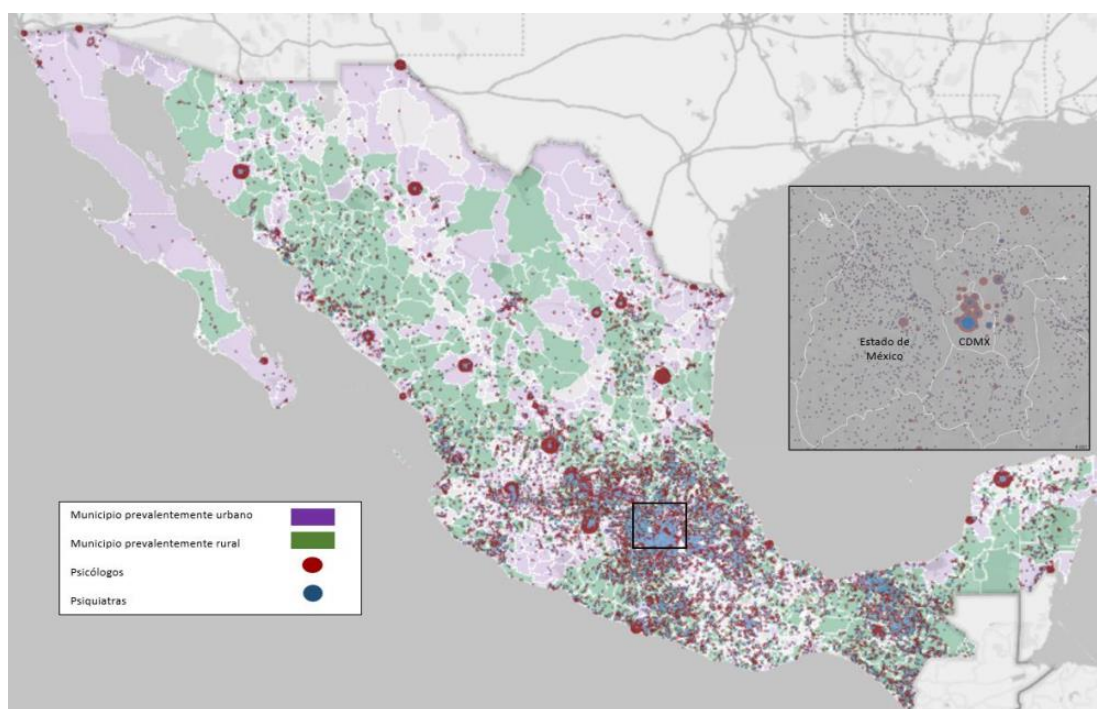
Entre 2013 y 2020, el número de psiquiatras en México aumentó un 15.1%, de 1,290 a 1,485, elevando la tasa de psiquiatras de 1.1 a 1.2 por cada cien mil habitantes. Aunque hubo crecimiento, la cifra sigue siendo insuficiente comparada con los estándares de la WHO, que recomiendan cinco psiquiatras por cada 100,000 habitantes, indicando un déficit de 3.8 psiquiatras para alcanzar esta recomendación y señalando el riesgo de no cubrir adecuadamente la demanda de atención especializada en salud mental. En el mismo periodo, la cantidad de psicólogos en México aumentó un 52.7%, pasando de 5,197 a 7,938, elevando la tasa de 4.4 a 6.2 psicólogos por cada 100,000 habitantes. Con este incremento, México superó en 0.8 puntos el promedio estimado de 5.4 psicólogos por cada 100,000 habitantes para América, marcando un avance significativo en el fortalecimiento del sistema de salud mental nacional (ASF, 2022; OPS, 2023). Sin embargo, la capacitación y actualización del personal no alcanzó cobertura total, lo

que sugiere una necesidad de fortalecer los programas de desarrollo profesional para asegurar que todos los trabajadores del sector tengan acceso a formación continua relevante y actualizada.

Ubicación de los Especialistas

La distribución geográfica de los especialistas en salud mental en México revela una notable concentración en áreas urbanas. Según datos recientes, el 95.1% de los psicólogos y el 91.5% de los psiquiatras trabajan en zonas urbanas, dejando a las comunidades rurales con acceso limitado a estos servicios esenciales (ASF, 2022; OPS & WHO, 2015; SSA, 2022a). De acuerdo a las investigaciones de Heinze et al., (2016; 2018) los estados de Ciudad de México, Jalisco y Nuevo León, que representan solo el 18% de la población total del país, albergan más del 60% de los psiquiatras. Esto resulta en tasas considerablemente altas de psiquiatras en estas áreas urbanas. Si se excluyen estos tres estados del cálculo, la tasa de psiquiatras por cada 100,000 habitantes en el resto del país sería de 1.78, lo que refleja una situación más alineada con la clasificación de la WHO. En contraste, nueve estados mexicanos (Tlaxcala, Zacatecas, Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Veracruz, Estado de México, Quintana Roo y Oaxaca), donde reside aproximadamente un tercio de la población total, tienen una tasa de apenas 0.94 psiquiatras por cada 100,000 habitantes, lo que es 20 veces menor que la tasa de la Ciudad de México. En particular, estados como Tlaxcala, Zacatecas y Chiapas, que cuentan con 46 psiquiatras para una población de ocho millones de habitantes, presentan una tasa de 0.57 psiquiatras por cada 100,000 habitantes. Esto los sitúa en un rango similar al de países de ingresos bajos o medianos, destacando la urgente necesidad de una redistribución y aumento de especialistas en salud mental para atender adecuadamente a la población en estas regiones.

Ilustración 7: Asignación de psicólogos y psiquiatras en relación con las áreas rurales de las comunidades, 2020.



Fuente: ASF. (2022). *Evaluación núm. 1517-ds “Evaluación de la política pública de prevención y control de enfermedades relacionadas con la salud mental”*.

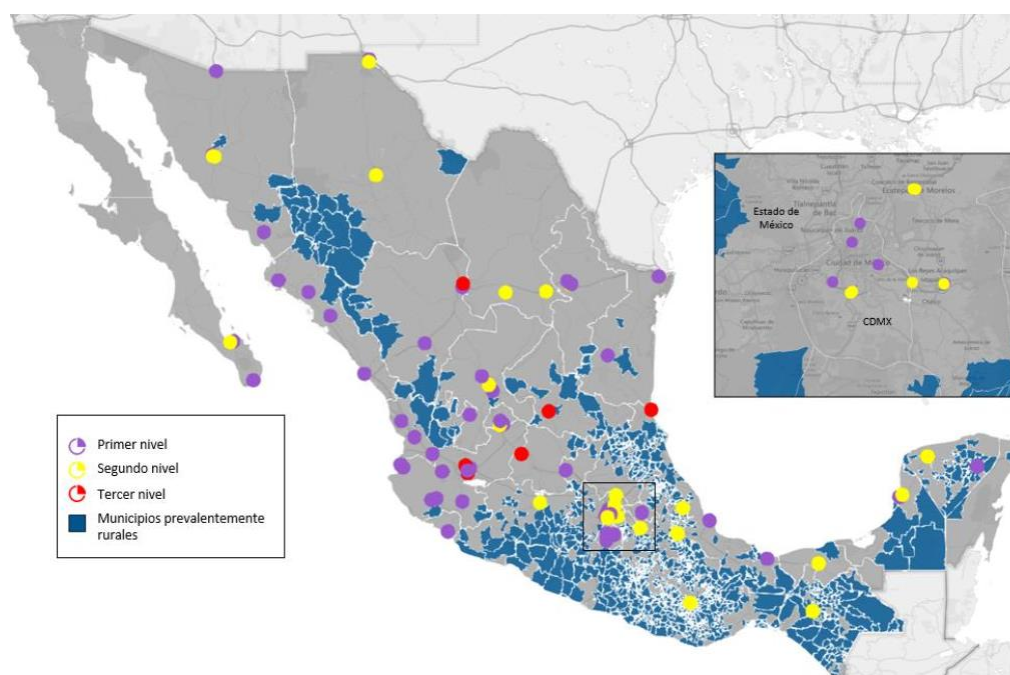
3.2.3 Infraestructura

En México, la infraestructura destinada a la atención de salud mental y adicciones es crítica para la implementación efectiva del PRONAPS. Con 434 establecimientos específicos para la salud mental y adicciones, distribuidos en diferentes categorías y regiones como se puede ver en la ilustración 7, el país enfrenta un reto significativo en términos de accesibilidad y suficiencia. Estos establecimientos representan solo una fracción (2.7%) de los 15,637 establecimientos de atención primaria, indicando una notable escasez en infraestructura especializada. Los Centros de Atención Primaria de Adicciones constituyen la mayoría (77.2%), seguidos por los Centros Integrales de Salud Mental (15.0%) y hospitales psiquiátricos (7.8%). Esta distribución sugiere una preferencia hacia la atención primaria de adicciones sobre otros servicios de salud mental, pero también refleja una limitada capacidad hospitalaria para casos más severos (ASF, 2022; SSA, 2020d, 2022).

En zonas urbanas, donde se localiza la mayor parte de la infraestructura, el PRONAPS busca maximizar la accesibilidad y eficiencia. Sin embargo, la concentración de servicios en estas áreas plantea interrogantes sobre la equidad en el acceso, especialmente para la población de áreas rurales o menos desarrolladas. La distribución de los establecimientos en las regiones del Consejo Nacional de Salud (CONASA) muestra un balance relativamente equitativo, aunque con cierta concentración en la Región Centro. Este patrón de distribución refleja la tendencia de centralizar los recursos sanitarios, lo que puede dificultar el acceso para quienes viven lejos de estos centros.

Las áreas rurales presentan desafíos particulares. A pesar de la estrategia 2020-2024 del gobierno federal para mejorar la accesibilidad en 659 municipios rurales, la infraestructura existente no parece suficiente para alcanzar este objetivo. Solo una pequeña fracción de los establecimientos se encuentra en áreas rurales, lo que resalta la necesidad urgente de expandir y adaptar la infraestructura para mejorar el acceso a servicios de salud mental.

Ilustración 8: Disposición de la infraestructura dedicada a la atención de la salud mental en relación con los municipios rurales, clasificados por nivel de atención, 2020.



Fuente: ASF. (2022). *Evaluación núm. 1517-ds “Evaluación de la política pública de prevención y control de enfermedades relacionadas con la salud mental”*.

La distribución y capacidad de la infraestructura de salud mental son fundamentales para el éxito del PRONAPS. La limitada disponibilidad de establecimientos, especialmente fuera de las áreas urbanas, y la concentración de recursos en el primer nivel de atención pueden no ser adecuados para responder a las necesidades de una población diversa. Esto se agrava por el hecho de que el 63.6% de los consultorios para salud mental están ubicados en hospitales (ASF, 2022), lo que puede no ser ideal para la prevención y tratamiento temprano de trastornos mentales. La evaluación de la racionalidad del PRONAPS muestra que la actual infraestructura no está alineada completamente con los objetivos del programa. La falta de una red suficientemente amplia de centros de atención primaria y comunitaria para la salud mental en las áreas rurales indica una discrepancia entre la planeación y la implementación efectiva del programa. Para que el PRONAPS sea coherente y racional, es esencial que se enfoque en desarrollar una infraestructura equilibrada que permita una accesibilidad equitativa en todo el país.

3.2.4 Investigaciones y sistema de información en salud mental

El PRONAPS establece como uno de sus pilares la investigación aplicada a las necesidades en el campo de la salud mental, con un enfoque particular en la prevención del suicidio. Esta estrategia se orienta a generar evidencia sólida y pertinente que permita diseñar, implementar y evaluar políticas públicas y prácticas clínicas eficaces y eficientes en este ámbito. Las líneas de acción propuestas abordan desde la recopilación y el análisis de información epidemiológica hasta la identificación de factores de riesgo y de protección, enfatizando la importancia de una comprensión amplia de los determinantes sociales de la salud. Además, se promueve la gestión de fondos para el fomento de la investigación científica y tecnológica y la vinculación con instituciones educativas de nivel superior para impulsar proyectos de investigación con un enfoque ético y humanista.

Investigación en Salud Mental

La eficiencia de cualquier sistema nacional de salud, incluido el mexicano, está intrínsecamente ligada a su capacidad para generar y aplicar conocimiento científico. Este principio es fundamental en el contexto del PRONAPS, donde la investigación de calidad se convierte en el eje principal que impulsa las mejoras en el tratamiento y comprensión de los trastornos mentales. Las investigaciones deben ser culturalmente pertinentes, abordando la carga de morbilidad específica del país, y enfocadas en mejorar directamente la prestación de servicios de salud mental.

La Secretaría de Salud, en su rol coordinador dentro del Sistema Nacional de Salud, promueve la investigación en salud, asegurando que se mantenga un inventario actualizado de todos los estudios realizados (DOF, 2014; SSA, 2020c). Específicamente, los Servicios de Atención Psiquiátrica y el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" son cruciales para impulsar investigaciones que aborden estratégicamente la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales.

Entre 2013 y 2020, se programaron un total de 1,419 investigaciones específicas sobre salud mental y psiquiatría, lo que demuestra un compromiso sustancial con la ampliación del conocimiento en este ámbito crítico de la salud pública. Del total, el 86.0% (1,220 investigaciones) fueron llevadas a cabo por el INPRFM, y el restante 14.0% (199 investigaciones) por los SAP (ASF, 2022; INPRFM, 2023).

Investigadores en Salud Mental

El desarrollo humano en investigación es fundamental para la mejora continua en la atención de la salud mental, por lo que la incorporación de científicos e investigadores al Sistema Nacional de Investigadores (SNI) y al Sistema Institucional de Ciencias Médicas de la Secretaría de Salud (SII) es vital para asegurar un alto nivel de experiencia en la investigación de salud mental en México (DOF, 2014).

De 2013 a 2020, el número de investigadores financiados se incrementó de 76 a 105¹¹, lo que representa un aumento significativo en la cantidad de profesionales dedicados a la investigación en salud mental. Por otro lado, en el Sistema Institucional de Ciencias Médicas de la SSA, hubo una ligera reducción del 3.1%, disminuyendo de 128 a 124 investigadores en el mismo periodo (ASF, 2022). Estos investigadores han contribuido a un amplio rango de investigaciones que han enriquecido las medidas de salud pública, aunque todavía hay oportunidades para mejorar la implementación de estos hallazgos en políticas y prácticas de salud mental.

Sistema de información

El Sistema Nacional de Información en Salud Mental (SINAIS) representa un esfuerzo fundamental para consolidar, organizar y disponer de datos relevantes sobre la salud mental en México. El SINAIS logró documentar cifras de mortalidad para 45 de las 66 divisiones de problemas de salud mental identificados en la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10), una herramienta estándar para clasificar y codificar un amplio rango de condiciones de salud. Sin embargo, en cuanto a la morbilidad, el sistema solo pudo abarcar tres de los 310 trastornos específicos señalados por la misma clasificación. Esta brecha evidencia una carencia en el diagnóstico integral y en la comprensión de la salud mental en el país, al no lograr un mapeo completo de la prevalencia y el impacto de estas condiciones en la población (ASF, 2022; SSA, 2022a).

Además, un desafío adicional radicó en la incapacidad del sistema para vincular la información sobre morbilidad y mortalidad con otras variables críticas como la edad, el sexo y la coexistencia con otras enfermedades. Esta limitación impide una comprensión más profunda de cómo los trastornos mentales afectan a diferentes segmentos de la población y cómo se interrelacionan con otras condiciones de

¹¹ En el ámbito de la salud mental, la responsabilidad de la investigación científica recae en los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) y el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

salud, lo cual es esencial para diseñar e implementar políticas públicas y programas de intervención más efectivos.

3.2.6 Cobertura médica

El desarrollo de una cobertura médica eficaz en salud mental y adicciones es crucial para la efectividad del PRONAPS. Este aspecto cobra especial importancia considerando las estimaciones de cobertura que revelan desafíos significativos en la provisión de servicios de salud mental para la población no asegurada en México. Con una estimación conservadora que contempla únicamente médicos psiquiatras y consultas médicas, se revela una demanda de 7.7 millones de consultas externas anuales basada en la prevalencia de Trastornos Mentales y del Comportamiento (TMA) y la severidad de los casos. Sin embargo, la distribución actual y potencial de los servicios muestra una marcada discrepancia entre las necesidades y la oferta disponible, lo que se traduce en una cobertura real alarmantemente baja que no supera el 17.9% en ninguna región, destacando la Región Sureste con el menor porcentaje de cobertura (ASF, 2022; SSA, 2022a).

Este panorama se complica aún más al considerar los indicadores de recursos y servicios por 100,000 habitantes, que muestran una notable escasez de psiquiatras y una distribución desigual de otros profesionales de la salud mental, como psicólogos y enfermeras, que no compensa la insuficiencia de psiquiatras. Aunque algunos estados y regiones presentan indicadores ligeramente por encima del promedio, el contraste con las necesidades de la población es evidente y apunta a una infraestructura y un sistema de atención en salud mental inadecuados para enfrentar el desafío de la cobertura universal.

El análisis de la población potencial, objetivo y atendida en el marco del INPRFM y los SAP arroja luz sobre la magnitud del desafío. La población potencial definida por estas instituciones refleja solo una fracción de los casi 38 millones de personas estimadas con problemas de salud mental en México para 2020 (ASF, 2022; INPRFM, 2023; SSA, 2022a). La población objetivo y atendida, aunque ha mostrado incrementos en algunos años, sigue siendo una pequeña parte de la población

potencial, especialmente en el contexto de la pandemia por COVID-19, que ha exacerbado las condiciones de salud mental y reducido aún más la cobertura de atención.

Sumado a lo anterior, La efectividad del PRONAPS se ve significativamente impactada por la ausencia de definiciones claras de su población potencial y objetivo. Esta falta de precisión obstaculiza la capacidad del programa para establecer metas realistas y desarrollar estrategias enfocadas que respondan a las necesidades específicas de salud mental de la población mexicana. Esta situación destaca la necesidad de una estrategia integral y coordinada que fortalezca la cobertura de los servicios de salud mental, conforme al mandato legal y al derecho a la protección de la salud. La propuesta de crear la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA) apunta en la dirección correcta, al buscar una instancia rectora que pueda dirigir eficazmente la política nacional de salud mental y adicciones. Sin embargo, la implementación efectiva de dicha comisión es fundamental para superar la fragmentación de atribuciones y mejorar la focalización y el alcance de los servicios de salud mental.

Capítulo 4. Análisis de Determinantes intermedias

4.1 Elementos de incidencia del PRONAPS

Este capítulo se enfoca en los programas y elementos que se articulan directamente con los objetivos y estrategias del PRONAPS y los cuales impactan en las determinantes intermedias y las cuales intervienen en aspectos críticos del entorno social, servicios de salud y apoyo comunitario, los cuales son fundamentales para la prevención del suicidio. El análisis de estos elementos revela cómo las políticas y acciones implementadas bajo el PRONAPS buscan abordar de manera integral los desafíos de salud mental en México para prevenir el suicidio.

4.1.1 Brigadas Comunitarias en Salud Mental

Las Brigadas Comunitarias en Salud Mental (BCSM) representan un esfuerzo estratégico del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio (PRONAPS) en México. Su objetivo es llevar servicios de salud mental accesibles y amigables a las comunidades que más lo necesitan, integrando personal de salud mental y otros actores clave de sectores público, social y privado. Este apartado examina la racionalidad y coherencia de las BCSM en relación con el PRONAPS, destacando su estructura, objetivos, y la metodología de intervención, basada en la información extraída de documentos oficiales y guías prácticas proporcionadas por la Secretaría de Salud y otras organizaciones involucradas.

Estructura y Funciones

Las BCSM surgieron como una respuesta organizada a la crisis sanitaria provocada por el COVID-19, reflejando la urgente necesidad de servicios de salud mental accesibles en contextos de emergencia. Originalmente, estas brigadas proporcionaron apoyo a pacientes y personal sanitario afectados por la pandemia, evolucionando posteriormente para abordar una variedad de necesidades de salud mental en diferentes comunidades (SSA, 2022c, 2022d) . Este enfoque flexible y

adaptable es crucial para enfrentar la creciente tendencia de conductas suicidas y otros problemas de salud mental exacerbados por la pandemia.

Las BCSM están conformadas por equipos multidisciplinarios que incluyen personal de psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social, y otras áreas afines. Esta estructura permite una intervención integral que abarca desde la prevención hasta la atención especializada. Las funciones generales de las BCSM incluyen la transmisión de conocimientos sobre salud mental, el apoyo en unidades de salud, y la realización de intervenciones comunitarias, tanto virtuales como presenciales, adaptadas a las necesidades específicas de cada comunidad (SSA, 2022c).

Los objetivos principales de las BCSM son psicoeducar a la población, sensibilizar para reducir el estigma asociado a los problemas de salud mental, y fomentar acciones comunitarias que promuevan la salud integral. Además, buscan fortalecer el tejido social a través de grupos de apoyo emocional y la reorganización de recursos comunitarios (SSA, 2022d). Las BCSM operan bajo principios de derechos humanos, enfoque de género e interculturalidad, asegurando que sus intervenciones sean inclusivas y respetuosas de las diferencias culturales y de género presentes en las comunidades mexicanas.

Marco Normativo e Impacto

El marco normativo que sustenta la implementación de las BCSM incluye la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud, y otros programas sectoriales y específicos de salud mental y adicciones (SSA, 2022c, 2022d). Este respaldo legal y político asegura que las BCSM tengan una base sólida para operar y recibir apoyo institucional, lo que es esencial para su sostenibilidad a largo plazo.

La efectividad de las BCSM se mide mediante la mejora de los factores protectores de salud mental y la mitigación de los factores de riesgo en las comunidades atendidas. Las intervenciones de las BCSM han demostrado ser cruciales para reducir la exclusión social, el estigma y la discriminación, al tiempo que fortalecen

la identidad y pertenencia comunitaria, acercan recursos de seguridad, educación y apoyo social, y promueven una cultura de autocuidado y corresponsabilidad (SSA, 2022c, 2022d).

4.1.2 Sistema para la Gestión de Casos

La identificación temprana, evaluación, manejo y seguimiento de personas con conductas suicidas es crucial para reducir las tasas de suicidio. El Sistema para la Gestión de Casos, integrado en el PRONAPS, se basa en esta premisa y busca eficientizar la coordinación entre las acciones comunitarias y los establecimientos de salud de los tres niveles de atención (SSA, 2022b, 2022c). Este enfoque permite una respuesta rápida y adecuada en función del nivel de riesgo suicida detectado (WHO, 2022a).

Marco Legal y Estructura Organizacional

De acuerdo con la Ley General de Salud en materia de Salud Mental y Adicciones (DOF, 1984, Última reforma publicada DOF 24-03-2023), es fundamental contar con clínicas ambulatorias de atención primaria y unidades de psiquiatría en hospitales generales y regionales.. Esta ley también aboga por eliminar el modelo psiquiátrico asilar, promoviendo la conversión de hospitales psiquiátricos monoespecializados en centros ambulatorios o integrados dentro de la red de servicios de salud (SSA, 2020a).

El sistema de gestión de casos se fundamenta en el Modelo Dinámico de Órdenes de Riesgo de Suicidio (MODORIS) que estructura tres áreas en el sistema de salud (SSA, 2020a, 2020b):

1. Ámbitos de detección
2. Clasificación del nivel de riesgo
3. Acciones de valoración, manejo, intervención y referencia

Objetivos y Funcionalidad

El objetivo principal del Sistema para la Gestión de Casos es optimizar la colaboración entre las actividades de la comunidad y los centros de salud., orientando las acciones de acuerdo con el nivel de riesgo suicida detectado. Esto permite racionalizar y optimizar la provisión de atención a las personas dentro de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) (SSA, 2022b).

Proceso de Gestión de Casos

El proceso de gestión de casos se lleva a cabo en varias etapas:

1. **Detección y Evaluación:** El personal de salud detecta el riesgo suicida y realiza una evaluación inicial.
2. **Clasificación del Riesgo:** Se clasifica el nivel de riesgo en cuatro categorías: leve, medio, alto e inminente.
3. **Acciones de Manejo:** Dependiendo del nivel de riesgo, se implementan diversas acciones que incluyen intervención inmediata, referencia a servicios especializados y seguimiento continuo.
4. **Referencia y Seguimiento:** La referencia a servicios especializados, como hospitales generales con servicios de salud mental o centros ambulatorios, se realiza según el nivel de riesgo y la cercanía geográfica. El seguimiento se asegura a través de la coordinación entre diferentes niveles de atención y sectores (SSA, 2022b) .

Actores Clave y Coordinación

La implementación del sistema involucra a diversos actores clave dentro del sistema de salud, incluyendo IMSS, ISSSTE, SEDENA, SEMAR, PEMEX, y otras instituciones de salud estatales y federales. Estos actores colaboran en la planificación, supervisión y operación del sistema de gestión de casos, asegurando una respuesta coordinada y eficiente (SSA, 2020a, 2022b).

4.1.3 Código 100, procedimientos del sistema de atención coordinada para comportamiento suicida

El **Código 100** es una iniciativa diseñada para proporcionar un sistema integral de atención a personas con comportamiento suicida, asegurando una respuesta rápida y eficaz a través de un protocolo estandarizado. Este sistema, establecido por la Secretaría de Salud de México, tiene como objetivo principal la reducción de la tasa de suicidios mediante la implementación de procedimientos homogéneos y basados en evidencia.

Estructura y Fases del Código 100

El comportamiento suicida es uno de los problemas de salud pública más críticos a nivel mundial. En México, los datos reflejan un aumento significativo de suicidios, con una tasa de 6.2 por cada 100,000 habitantes en 2020, según el INEGI (2022a). Este incremento está asociado a diversos factores, incluidos los efectos de la pandemia de COVID-19 (Morales-Chainé, 2021). El Código 100 se fundamenta en un modelo biopsicosocial que aborda la multifactorialidad del suicidio, integrando aspectos biológicos, psicológicos y sociales en su evaluación y tratamiento (WHO, 2022a).

El Código 100 se desarrolla en cuatro fases principales:

1. Fase 1: Extra-Hospitalaria

- **Objetivo:** Proporcionar una intervención inicial por parte de los primeros respondientes (ambulancia, protección civil, seguridad pública).
- **Procedimiento:** Recopilación de datos relevantes, preaviso al hospital de referencia y traslado seguro del paciente.
- **Actividades Clave:** Evaluación del nivel de conciencia, identificación de factores de riesgo y protección, y comunicación constante con el personal hospitalario.

2. Fase 2: Atención Hospitalaria

- **Objetivo:** Brindar una atención inmediata en el servicio de urgencias del hospital.
- **Procedimiento:** Evaluación médica y psicológica, uso de herramientas de detección de riesgo suicida como el ASQ (Ask Suicide-Screening Questions).
- **Actividades Clave:** Descartar patologías orgánicas, entrevistas detalladas con el paciente, y manejo del riesgo suicida según los protocolos establecidos.

3. Fase 3: Sistema de Retroalimentación

- **Objetivo:** Garantizar la adherencia al tratamiento y seguimiento post-hospitalario.
- **Procedimiento:** Monitoreo continuo del paciente a través de llamadas telefónicas y citas subsecuentes.
- **Actividades Clave:** Recolección de información sobre la evolución del paciente a las 72 horas, un mes, y un año después de la intervención inicial.

4. Fase 4: Seguimiento

- **Objetivo:** Continuar la atención en el nivel de atención que el paciente requiera.
- **Procedimiento:** Intervenciones en crisis mediante terapia individual y grupal hasta la estabilización del paciente.
- **Actividades Clave:** Transferencia asistencial a centros de salud mental y re-contacto periódico para asegurar la continuidad del tratamiento y prevenir nuevos episodios de riesgo suicida.

El Código 100 está alineado con el PRONAPS, el cual establece estrategias específicas para la identificación temprana, intervención oportuna y seguimiento continuo de personas en riesgo suicida. Ambos enfoques destacan la importancia de un sistema de atención coordinada y basada en evidencias, promoviendo la capacitación de profesionales de la salud, la participación comunitaria y el uso de tecnologías de información para mejorar la calidad de la atención.

La implementación del Código 100 busca:

- **Estandarizar procedimientos:** Asegurar que todos los profesionales de salud sigan un protocolo común y eficiente.
- **Fomentar la colaboración intersectorial:** Involucrar a diversos actores como servicios de emergencia, hospitales y comunidades.
- **Mejorar la detección y evaluación:** Utilizar herramientas validadas y métodos basados en la evidencia para identificar y manejar el riesgo suicida.
- **Promover la continuidad del cuidado:** Facilitar la transición entre diferentes niveles de atención y asegurar el seguimiento a largo plazo del paciente.

4.1.4 Cuadernillo básico para la prevención del suicidio

El "Cuadernillo Básico para la Prevención del Suicidio" es una herramienta diseñada para proporcionar conocimientos y habilidades básicas para la prevención del suicidio entre la población general. Este recurso enfatiza la importancia de la intervención comunitaria y el papel fundamental que juegan los individuos en la detección y prevención de comportamientos suicidas (SSA, 2023a). Específicamente, el cuadernillo se alinea con el PRONAPS, destacando la colaboración multisectorial e interinstitucional para abordar este problema de salud pública.

Objetivos del Cuadernillo

Los objetivos principales del cuadernillo son:

1. Sensibilizar a la población sobre la importancia de la salud mental y la prevención del suicidio.
2. Proporcionar herramientas prácticas para la identificación de señales de alerta y factores de riesgo.
3. Promover el autocuidado y la búsqueda de ayuda profesional.
4. Fomentar la construcción de redes de apoyo comunitarias.

El cuadernillo se basa en los principios del PRONAPS, que incluye un enfoque integral y multidisciplinario para la prevención del suicidio. Su racionalidad se sustenta en la evidencia de que la educación y la sensibilización comunitaria son herramientas efectivas para reducir las tasas de suicidio. El PRONAPS promueve la implementación de intervenciones comunitarias que permitan la detección temprana de factores de riesgo y la provisión de apoyo adecuado a las personas en crisis.

Estrategias de Implementación del PRONAPS Reflejadas en el Cuadernillo

- **Promoción del Autocuidado y la Salud Mental:** Se enfatiza la importancia del autocuidado en todas las etapas de la vida como un componente crucial para mantener la salud mental y emocional.
- **Educación y Sensibilización:** El cuadernillo proporciona información sobre señales de alerta y factores de riesgo, educando a la población sobre cómo reconocer y responder a comportamientos suicidas.
- **Fortalecimiento de Redes de Apoyo:** Se promueve la construcción de redes de apoyo comunitarias, alineándose con el PRONAPS que aboga por una colaboración efectiva entre diferentes sectores para apoyar a las personas en riesgo.
- **Intervención Temprana:** Al proporcionar herramientas para la identificación temprana de señales de advertencia, el cuadernillo facilita intervenciones oportunas y adecuadas, una estrategia clave del PRONAPS.

Importancia de la Comunicación y el Autocuidado

La comunicación abierta sobre el suicidio y la promoción del autocuidado son esenciales para la prevención. La empatía y el apoyo pueden ayudar a las personas en riesgo a sentirse comprendidas y respaldadas. Además, el autocuidado continuo es crucial para mantener la salud mental y prevenir el suicidio.

- **Factores de Riesgo y Señales de Alarma:** Identificar factores de riesgo, como antecedentes familiares de suicidio, trastornos mentales y eventos traumáticos recientes, es esencial. Las señales de alarma incluyen cambios

significativos en el comportamiento y estado de ánimo, así como amenazas directas de autolesión.

- **Promoción de Factores Protectores:** Promover factores protectores, como redes de apoyo fuertes y habilidades de afrontamiento, es fundamental para reducir el riesgo de suicidio. Estos elementos ayudan a las personas a manejar mejor el estrés y las dificultades emocionales.

4.1.5 Protocolo para la Implementación de Grupos de Apoyo Emocional

El "Protocolo para la Implementación de Grupos de Apoyo Emocional en México" es una iniciativa del Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, diseñada para responder a la creciente necesidad de atención y apoyo en salud mental, especialmente en el contexto post-pandemia de Covid-19 (SSA, 2020d). Este protocolo es una respuesta directa a los desafíos identificados en el PRONAPS, alineándose con sus objetivos y estrategias.

Objetivos del Protocolo

El principal objetivo del protocolo es generar grupos de apoyo emocional semanales, que pueden ser realizados de manera presencial o virtual. Estos grupos están destinados a proporcionar un espacio seguro para la contención emocional y la psicoeducación, facilitando la sensibilización en materia de salud mental (SSA, 2023a).

1. **Diálogo Seguro:** Crear un espacio seguro y confiable entre profesionales de salud mental y la población.
2. **Psicoeducación:** Orientar a las personas mediante psicoeducación directiva y pedagógica para incrementar la concientización sobre el bienestar mental.
3. **Herramientas de Bienestar:** Proveer herramientas básicas para que los participantes puedan gestionar su salud mental de manera efectiva.

Ámbito de Aplicación y Población Objetivo

El protocolo está principalmente dirigido a unidades de atención del primer nivel, pero puede ser extendido a hospitales generales y especializados, así como otros sectores como educación y laboral. La población objetivo son personas mayores de 14 años (SSA, 2020b; WHO, 2022a). Cada grupo de apoyo está compuesto por dos profesionales de la salud mental: un terapeuta y un co-terapeuta. Estos profesionales pueden ser médicos psiquiatras o psicólogos clínicos, y su colaboración facilita un enfoque integral, combinando perspectivas médicas y psicológicas.

Características del grupo:

- **Tamaño Óptimo:** Entre 10 y 12 personas.
- **Periodicidad:** Una vez por semana.
- **Duración:** Entre 60 y 120 minutos por sesión.

Implementación y Técnica Dinámica de Psicoeducación

La implementación requiere herramientas tecnológicas adecuadas para videoconferencias si la modalidad es virtual. La técnica dinámica de psicoeducación se basa en la utilización de preguntas abiertas, escucha reflexiva, reestructuración positiva y afirmaciones de automotivación, entre otros componentes (OPS/WHO, 2021; SSA, 2020a). Las sesiones cubren una amplia gama de temas prioritarios en salud mental, incluyendo ansiedad, autocuidado, salud mental infantil y de adolescentes, uso de sustancias, salud mental materno-infantil, conducta suicida y esquizofrenia, entre otros.

El protocolo es coherente con los objetivos del PRONAPS, que busca reducir las tasas de suicidio promoviendo el bienestar mental y prevenir problemas emocionales. Al impulsar la educación psicológica y establecer grupos de apoyo emocional, se enfrenta de manera directa la importancia de mejorar la atención temprana y la intervención en casos de riesgo, promoviendo una cultura de cuidado y prevención desde la comunidad (OPS/WHO, 2016; WHO, 2022a).

4.1.6 Programa Nacional de Telementoría

El Programa Nacional de Telementoría en Salud Mental y Adicciones es una estrategia innovadora diseñada para fortalecer la capacidad del personal de salud en los niveles primario y secundario (SSA, 2023b). Este programa se alinea con los objetivos del PRONAPS de México, particularmente en su enfoque en la mejora de la salud mental a nivel comunitario. A continuación, se presenta un análisis detallado de la racionalidad y coherencia del programa en el contexto del PRONAPS.

Objetivos

El objetivo principal del Programa Nacional de Telementoría es proporcionar orientación y capacitación especializada a los profesionales de salud a través de sesiones virtuales, facilitando el acceso a conocimientos avanzados y técnicas actualizadas en el tratamiento de trastornos mentales y adicciones (SSA, 2023b). Esto responde a la necesidad de mejorar la atención en salud mental en regiones marginadas y con recursos limitados, donde la disponibilidad de especialistas es escasa.

Este programa busca reducir la brecha en la atención de la salud mental al abordar los desequilibrios estructurales, como la distribución desigual de psiquiatras y psicólogos en el país. Mediante la capacitación continua y la supervisión de casos clínicos, se garantiza que los pacientes reciban un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado. Al mejorar la calidad de la atención y facilitar el acceso a servicios especializados, el Programa Nacional de Telementoría contribuye significativamente a la cobertura médica efectiva en salud mental, apoyando así los objetivos del PRONAPS y respondiendo a la urgente necesidad de fortalecer la infraestructura y la capacidad de atención en todo el país. Este enfoque integral y coordinado es esencial para superar los retos actuales y garantizar que todos los mexicanos tengan acceso a una atención de salud mental de calidad. El PRONAPS establece varios objetivos clave en el área de salud mental, que son directamente abordados por el Programa Nacional de Telementoría (SSA, 2020b), estos incluyen:

- **Mejora de la Atención Primaria:** El programa se dirige principalmente a profesionales de salud del primer y segundo nivel, mejorando su capacidad para

identificar y tratar trastornos mentales comunes. Esto es crucial para la detección temprana y la intervención oportuna, elementos esenciales en la estrategia de salud pública del PRONAPS.

- **Capacitación Continua y Actualización Profesional:** Al ofrecer capacitación especializada y continua, el programa garantiza que los profesionales de salud estén al día con las mejores prácticas y los últimos avances en salud mental y adicciones. Esto es coherente con el PRONAPS, que enfatiza la importancia de la educación y la formación continua para mejorar la calidad de la atención sanitaria.
- **Enfoque Comunitario:** El programa fomenta un enfoque comunitario al capacitar a profesionales que trabajan en unidades de salud primaria, quienes son los primeros en responder a las necesidades de salud mental de la comunidad. Este enfoque es consistente con el PRONAPS, que promueve la salud comunitaria y la integración de servicios de salud mental en todos los niveles de atención.
- **Uso de Tecnología para Expandir el Alcance de la Atención:** La telementoría utiliza tecnologías de la información y comunicación para superar las barreras geográficas y de recursos, asegurando que los conocimientos especializados lleguen a áreas remotas y marginadas. Esto es fundamental para el PRONAPS, que reconoce la tecnología como una herramienta clave para mejorar el acceso a la atención de salud.

La implementación de este programa ha mostrado resultados positivos en otros contextos y se espera que tenga un impacto significativo en México. La telementoría ha sido efectiva en mejorar el manejo de condiciones como la hepatitis C y el VIH en áreas con acceso limitado a especialistas (Camacho et al., 2011). Entre abril de 2018 y diciembre de 2019, se realizó una evaluación de la telepsiquiatría en el estado de Chihuahua la cual destacó el alto nivel de eficacia y eficiencia de la teleconsulta de telepsiquiatría, reduciendo hasta en un 98% la referencia de pacientes psiquiátricos a consultas presenciales. En 2021, se llevó a cabo otra evaluación, revelando que de 438 teleconsultas realizadas, el 98% de los pacientes pudieron continuar su manejo en el primer nivel de atención en su lugar de residencia, evitando tiempo y gastos de traslado. Solo el 2% de los pacientes

necesitaron acudir a una consulta presencial con un especialista (CENETEC, 2022). Al aplicar esta estrategia en el campo de la salud mental, México puede esperar una mejora similar en la atención de trastornos mentales y adicciones.

4.1.7 Redes por la Prevención de las Violencias y las Adicciones en las Escuelas

La estrategia "Redes por la Prevención de las Violencias y las Adicciones en las Escuelas," implementada por la Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana, se enfoca en promover el bienestar de adolescentes y jóvenes mediante la prevención de diversas formas de violencia y adicciones en el entorno escolar a través de 3 guías específicas que buscan apoyar a quienes están en contacto con adolescentes y jóvenes, las cuales son: Gestión del estrés, Guía de prevención del suicidio y Guía de prevención y abordaje de la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas (SSA, 2022e).

Guía de Prevención del Suicidio

La Guía de Prevención del Suicidio es una herramienta clave dentro de esta estrategia y del PRONAPS. Su propósito es proporcionar a los actores educativos (docentes, directivos, orientadores y familias) herramientas y estrategias para prevenir el suicidio entre adolescentes y jóvenes. Esta guía resalta la importancia de intervenir tempranamente y de manera efectiva en los espacios educativos para identificar factores de riesgo y señales de alarma, así como para promover factores de protección. La guía detalla los factores de riesgo que pueden aumentar la vulnerabilidad de los jóvenes al suicidio, tales como trastornos mentales, experiencias de violencia, consumo de sustancias y problemas familiares. También identifica factores de protección que pueden mitigar estos riesgos, incluyendo el apoyo familiar, la integración social, el acceso a servicios de salud mental y actividades recreativas y educativas que promuevan el bienestar emocional. La identificación temprana y la intervención adecuada son cruciales para prevenir el suicidio, y los actores educativos están en una posición estratégica para desempeñar un papel activo en este proceso.

La guía sugiere diversas estrategias para la prevención del suicidio, incluyendo la creación de un ambiente seguro y de apoyo en las escuelas, la promoción de la salud mental, y la implementación de actividades de sensibilización y educación sobre el tema. Estas acciones están alineadas con las determinantes intermedias del modelo de determinantes sociales de la salud, que incluyen el entorno social, los servicios de salud y el apoyo comunitario. Se enfatiza la importancia de la colaboración entre docentes, directivos, padres y otros miembros de la comunidad escolar para crear una red de apoyo sólida que pueda intervenir eficazmente cuando se identifiquen señales de alarma. Además, proporciona herramientas prácticas para que los actores educativos puedan reconocer y responder a situaciones de riesgo, y promueve la formación de equipos multidisciplinarios dentro de las escuelas para abordar los problemas de salud mental de manera integral.

La implementación efectiva de esta guía en el marco del PRONAPS es fundamental para lograr sus objetivos ya que proporciona un enfoque estructurado y basado en evidencia para abordar uno de los problemas más urgentes entre los jóvenes. Al vincular la prevención del suicidio con las determinantes sociales de la salud, se asegura que las estrategias no solo se enfoquen en el individuo, sino también en su entorno social y comunitario, promoviendo un enfoque holístico y sostenible. La guía también proporciona información sobre recursos disponibles para la atención y apoyo en casos de riesgo, incluyendo líneas de ayuda y contactos de instituciones especializadas en salud mental. Estos recursos son esenciales para asegurar que los jóvenes y sus familias tengan acceso a la atención necesaria en momentos críticos.

Conclusiones y recomendaciones

El análisis del Programa Nacional para la Prevención del Suicidio (PRONAPS) 2022-2024 permite reconocer importantes avances en la atención a la salud mental en México, aunque también revela limitaciones significativas que dificultan su implementación efectiva y equitativa en todo el territorio. Este estudio ha destacado que, a pesar de los esfuerzos realizados, la falta de equidad en la distribución de recursos, personal e infraestructura obstaculiza el alcance de los objetivos del programa, afectando de manera desproporcionada a las regiones rurales y marginadas. A continuación, se presenta un resumen de los alcances, limitaciones, hallazgos y recomendaciones que emergen del análisis.

Alcances del PRONAPS

El PRONAPS ha incorporado estrategias de prevención en diversos sectores, incluyendo el ámbito educativo, y ha fomentado la capacitación de profesionales mediante programas como el Programa Nacional de Telementoría. Estas iniciativas representan un esfuerzo significativo hacia un modelo de prevención integral que va más allá del tratamiento clínico, al promover la salud mental y abordar el suicidio desde un enfoque preventivo y comunitario. La implementación de protocolos específicos, como el Código 100 para la atención de casos de comportamiento suicida, y la promoción de redes de apoyo en escuelas, contribuyen a una respuesta más coordinada y accesible, fortaleciendo la capacidad de la comunidad para responder a los desafíos de la salud mental. Además, el PRONAPS reconoce la importancia de reducir el estigma asociado a los trastornos mentales y al suicidio, abordando esta problemática mediante campañas de sensibilización y promoviendo una cultura de inclusión y apoyo.

Limitaciones del PRONAPS

Pese a estos logros, existen áreas donde el PRONAPS enfrenta limitaciones importantes. La infraestructura destinada a la salud mental es insuficiente y desigualmente distribuida; actualmente, existen 434 establecimientos específicos para la salud mental y adicciones, que representan solo el 2.7% de los 15,637

establecimientos de atención primaria en México, con una concentración predominante en áreas urbanas (SSA, 2022a). Este desequilibrio afecta a las zonas rurales, donde el acceso a atención especializada en salud mental es limitado, lo que deja a gran parte de la población en situación de vulnerabilidad. Además, la distribución desigual de profesionales de la salud mental intensifica esta situación, ya que más del 60% de los psiquiatras se concentra en Ciudad de México, Jalisco y Nuevo León, mientras que en nueve estados la tasa es de apenas 0.94 psiquiatras por cada 100,000 habitantes (ASF, 2022). Esta carencia de personal capacitado en las zonas rurales limita gravemente la capacidad del sistema de salud para responder de manera efectiva a las necesidades de la población.

Por otro lado, aunque el PRONAPS incluye programas educativos y de prevención en el ámbito comunitario, estos aún no logran un alcance suficientemente amplio para generar un impacto sostenido en todas las regiones, particularmente en comunidades alejadas de los centros urbanos. La integración con el sistema educativo y las iniciativas de sensibilización deben fortalecerse para lograr una red de apoyo más robusta y reducir el estigma que sigue impidiendo que muchas personas busquen ayuda a tiempo (SSA, 2021).

Hallazgos Clave

El estudio resalta que las desigualdades en el acceso a servicios de salud mental son exacerbadas por la escasez de recursos humanos y la infraestructura deficiente, afectando especialmente a las zonas rurales y marginadas. Estas disparidades limitan la cobertura y dificultan una respuesta integral y equitativa a la problemática del suicidio en el país (INEGI, 2022a). Además, las estrategias de prevención comunitaria y los esfuerzos de educación sobre salud mental resultan fundamentales para reducir el estigma y fomentar el acceso a la atención. Sin embargo, la implementación de estas estrategias requiere de una inversión continua y de una coordinación intersectorial más sólida para asegurar su sostenibilidad y efectividad a largo plazo.

Implicaciones para la Prevención del Suicidio en México

La presente investigación subraya la necesidad de fortalecer las políticas públicas en salud mental mediante un enfoque inclusivo y equitativo. La prevención del suicidio en México depende de la expansión y adecuación de los servicios de salud mental, la capacitación de profesionales y la implementación de campañas de sensibilización culturalmente pertinentes que lleguen a todas las comunidades, independientemente de su ubicación geográfica o contexto socioeconómico. Es fundamental desarrollar un sistema de salud mental resiliente y accesible para reducir las tasas de suicidio en el país. Esto implica no solo mejorar la infraestructura y recursos humanos, sino también crear un entorno social donde la salud mental sea valorada y se promueva el bienestar emocional como parte integral de la salud pública. La integración de servicios de salud mental en la atención primaria, junto con la expansión de programas de telemedicina, puede ser una vía prometedora para superar las limitaciones geográficas y asegurar que el acceso a la atención no sea un privilegio, sino un derecho accesible para toda la población mexicana.

Recomendaciones

1. Expansión del Programa Nacional de Telementoría

Recomendación:

Ampliar el Programa Nacional de Telementoría para abarcar más áreas rurales y marginadas mediante tecnologías accesibles y capacitación continua para profesionales de la salud en prevención del suicidio.

Justificación: La telementoría ha demostrado ser efectiva para superar barreras geográficas y mejorar la calidad de atención en salud mental, especialmente en zonas de difícil acceso.

2. Implementación de Programas Integrales en Áreas Educativas

Recomendación:

Desarrollar programas educativos centrados en la prevención del suicidio en las escuelas, capacitando a docentes y directivos en la identificación de señales de riesgo.

Justificación: Los entornos educativos son fundamentales para identificar problemas de salud mental y promover factores protectores en los jóvenes.

3. Fortalecimiento de la Infraestructura en Salud Mental

Recomendación:

Construir y equipar centros de salud mental en áreas rurales, adaptando su diseño para ser culturalmente pertinentes.

Justificación: Incrementar la infraestructura y mejorar el acceso en zonas marginadas puede reducir las disparidades en la atención y promover un cuidado integral.

4. Mejorar la Distribución de Recursos Humanos

Recomendación:

Implementar un sistema de incentivos para atraer y retener profesionales en zonas con mayor necesidad.

Justificación: La distribución desigual de recursos humanos es un obstáculo significativo; incentivos económicos y oportunidades de desarrollo pueden ayudar a cubrir estas necesidades.

5. Integración de Servicios de Salud Mental en la Atención Primaria

Recomendación:

Promover la integración de servicios de salud mental en centros de atención primaria.

Justificación: La atención primaria puede actuar como un primer punto de contacto, facilitando el acceso y reduciendo la carga sobre los servicios especializados.

6. Campañas de Sensibilización y Reducción del Estigma

Recomendación:

Implementar campañas de sensibilización a nivel nacional que sean culturalmente adecuadas para distintos segmentos de la población.

Justificación: La reducción del estigma puede alentar a más personas a buscar ayuda sin temor a ser juzgadas.

7. Monitoreo y Evaluación Continuos

Recomendación: Establecer un sistema de monitoreo robusto para medir el impacto del PRONAPS, identificar áreas de mejora y ajustar estrategias.

Justificación: La evaluación continua permite adaptar el programa a las necesidades cambiantes de la población y mejorar su eficacia.

Estas recomendaciones apuntan a proporcionar un enfoque crítico y factible para mejorar la cobertura y calidad de la atención en salud mental en México, alineándose con los objetivos del PRONAPS y las necesidades de la población. Con una implementación adecuada, estas propuestas contribuirán a construir un sistema de salud mental más inclusivo, efectivo y sostenible en el país, facilitando una respuesta integral a la prevención del suicidio.

Referencias

- ASF. (2022). *Evaluación núm. 1517-ds “Evaluación de la política pública de prevención y control de enfermedades relacionadas con la salud mental”*. Retrieved from https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2020c/Documentos/Auditorias/2020_1517_a.pdf
- Bautista-González, E., Werner-Sunderland, J., Pérez-Duarte Mendiola, P., Esquinca-Enríquez-de-la-Fuente, C. J., Bautista-Reyes, D., Maciel-Gutiérrez, M. F., . . . Urbina-Fuentes, M. (2021). Health-care guidelines and policies during the COVID-19 pandemic in Mexico: A case of health-inequalities. *Health Policy OPEN*, 2, 100025. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.hopen.2020.100025>
- Bharati, K., Lobo, L., & Shah, J. (2021). *Revisiting suicide : from a socio-psychological lens*. (1st Edition ed.). Routledge.
- Borges, G., Garcia, J. A., Pirkis, J., Spittal, M. J., Gunnell, D., Sinyor, M., & John, A. (2022). A state level analyses of suicide and the COVID-19 pandemic in Mexico. *BMC Psychiatry*, 22(1), 460. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04095-8>
- Borges, G., Garcia, J. A., Sinyor, M., Spittal, M. J., Lopez-Arellano, O., & Pirkis, J. (2022). Suicide after and during the COVID-19 pandemic in Mexico City. (1516-4446 (Print)).
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., & Medina-Mora, M. E. (2010). Suicide and suicidal behaviors in Mexico: Retrospective and current status. *Salud Pública de México*, 52(4).
- Bueno, C., & Osuna, J. L. (2013). Evaluación del diseño de políticas públicas: propuesta de un modelo integral. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*(57), 37-66. (IN FILE)
- Cabello, H., Márquez, M., & Díaz, L. (2020). Suicide Rate, Depression and the Human Development Index: An Ecological Study From Mexico. *Frontiers in Public Health*, 8(561966). <https://doi.org/doi: 10.3389/fpubh.2020.561966>

- Camacho, R., García, Y., Calvo, G., Carrasco, A., & Gómez, J. (2011). La mentoría clínica en el desarrollo competencial de los profesionales de Enfermería: la visión desde el Reino Unido. *Index de Enfermería*, 20(1-2), 101-105. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000100021>
- Casillas, C., Macía, M., & Rico, J. (2020). *Guía de evaluación de diseño de políticas públicas* (M. d. P. T. y. F. Pública, Ed.). Instituto para la Evaluación de Políticas Públicas.
- CENETEC. (2022). *Evaluación de resultados de Telepsiquiatría*. Secretaría de Salud. Retrieved 23 de mayo from <https://cenetec-difusion.com/observatoriotelesalud/info-prog-tm/>
- Chatterjee, D., & Rai, R. (2021). Choosing Death Over Survival: A Need to Identify Evolutionary Mechanisms Underlying Human Suicide [Conceptual Analysis]. *Frontiers in Psychology*, 12.
- Chen, J., Choi, Y. J., & Sawada, Y. (2009). How is suicide different in Japan? *Japan and the World Economy*, 21(2), 140-150. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.japwor.2008.06.001>
- CNHPS. (2021). Estrategia Nacional de Prevención de Suicidio 2021-2025. In. Uruguay: Ministerio de Salud Pública.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol*, 59(7), 614-625. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.59.7.614>
- deCatanzaro, D. (1980). Human suicide: a biological perspective. *Behavioral and Brain Sciences*, 3(2), 265-272. <https://doi.org/10.1017/S0140525X0000474X>
- DOF. (1984, Última reforma publicada DOF 24-03-2023). Ley General de Salud. In. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, (2014).
- Díaz-Castro, L., Arredondo, A., Pelcastre-Villafuerte, B. E., & Hufty, M. (2017). Indicadores de gobernanza en políticas y programas de salud mental en México: una perspectiva de actores clave. *Gaceta Sanitaria*, 31(4), 305-312. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.08.001>
- Díaz-Castro, L., Cabello-Rangel, H., Medina-Mora, M. E., Berenzon-Gorn, S., Robles-García, R., & Madrigal-de León, E. Á. (2019). Necesidades de

- atención en salud mental y uso de servicios en población mexicana con trastornos mentales graves. *Salud Pública de México*, 62(1, ene-feb), 72-79. <https://doi.org/10.21149/10323>
- Esponda, G. M., Larrieta, J., Hartman, S., Cuevas, F. R., Cohen, A., & Kakuma, R. (2022). What factors influence engagement with primary mental health care services? A qualitative study of service user perspectives in rural communities of Mexico. *SSM - Mental Health*, 2, 100125. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2022.100125>
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., . . . Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187-232. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- García-Dolores, F., Tendilla-Beltrán, H., Flores, F., Carbajal-Rimoldi, L. A., Mendoza-Morales, R. C., Gómez-Mendoza, L. E., . . . Flores, G. (2023). Increased suicide rates in Mexico City during the COVID-19 pandemic outbreak: An analysis spanning from 2016 to 2021. *Heliyon* 9, 9(6). <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e16420>
- Gil Sánchez, R. (2013). Del hospital a la comunidad: una experiencia en atención en salud mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 5(11).
- Goel, D., Dennis, B., & McKenzie, S. K. (2023). Is suicide a mental health, public health or societal problem? *CURRENT OPINION IN PSYCHIATRY*, 36(5), 352-359. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000888>
- Heinze, G., Chapa, G. d. C., & Carmona-Huerta, J. (2016). Los especialistas en psiquiatría en México: año 2016. *Salud mental*, 39(2), 69-76. <https://doi.org/https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.003>
- Heinze, G., Olmedo, V. H., Bazán, G., Bernard, N. A., & Guízar, D. P. (2018). Los médicos especialistas en México. *Gaceta Médica de México*, 154(3), 342-351. <https://doi.org/DOI:10.24875/GMM.18003770>
- INEGI. (2022a). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio*

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_SUICIDIOS22.pdf

- INEGI. (2022b). Estadísticas de defunciones registradas 2021. In (pp. 92).
- INEGI. (2023). *Día mundial para la prevención del suicidio*
- INPRFM. (2023). *PROGRAMA INSTITUCIONAL 2020-2024. AVANCE Y RESULTADOS 2022.*
- Landy, P. (2019). The Importance of Mental Health in the Mexican Public Health System. *Mexican Journal of Medical Research ICSA*, 7(13).
<https://doi.org/10.29057/mjmr.v7i13.3794>
- Leiva-Peña, V., Rubí-González, P., & Vicente-Parada, B. (2021). Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos [Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. DEP - 20211216]. *Revista Panamericana de Salud Publica*(1680-5348 (Electronic)).
- Lengvenyte, A., Conejero, I., Courtet, P., & Olié, E. (2021). Biological bases of suicidal behaviours: A narrative review. *European Journal of Neuroscience*, 53(1), 330-351. <https://doi.org/10.1111/ejn.14635>
- Monza, A., & Cracco, C. (2023). Suicidio en Uruguay. In: Organización Panamericana de la Salud.
- Mora-Ríos, J., & Ortega-Ortega, M. (2021). Perceived Devaluation and Discrimination toward mental illness Scale (PDDs): Its association with sociodemographic variables and interpersonal contact in a Mexican samp. *Salud mental*, 44(2), 75-82. <https://doi.org/DOI:10.17711/SM.0185-3325.2021.011>
- Morales-Chainé, S. (2021). Impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental. In (Vol. 18(2)): *Enfermería universitaria*.
- MSAH. (2020). National Mental Health Strategy and Programme for Suicide Prevention 2020–2030. In. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.
- Nakanishi, M., Yamauchi T, Fau - Takeshima, T., & Takeshima, T. (2015). National strategy for suicide prevention in Japan: impact of a national fund on progress

of developing systems for suicide prevention and implementing initiatives among local authorities. (1440-1819 (Electronic)).

NIMH. (2023). *Suicide*. National Institute of Mental Health. Retrieved 16 diciembre 2023 from <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/suicide>

Nochebuena, M., & Flores, S. (2023). Alistan amparo por eliminación de normas oficiales mexicanas en salud; organización advierte impacto a la atención. *Animal Político*. <https://www.animalpolitico.com/salud/alistan-amparo-eliminacion-nom-salud>

Okamura, K., Ikeshita, K., Kimoto, S., Makinodan, M., & Kishimoto, T. (2021). Suicide prevention in Japan: Government and community measures, and high-risk interventions. (1758-5872 (Electronic)).

Okamura, K. A.-O., Ikeshita, K., Kimoto, S. A.-O. X., Makinodan, M. A.-O., & Kishimoto, T. (2021). Suicide prevention in Japan: Government and community measures, and high-risk interventions. (1758-5872 (Electronic)).

OPS. (2021). *Determinantes sociales de la salud*. Retrieved 26 de marzo from <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

OPS/WHO. (2016). *Promoción de la salud mental en las poblaciones indígenas. Experiencias de países. Una colaboración entre la OPS/OMS, Canadá, Chile y Socios de la Región de las Américas 2014-2015*. OPS.

OPS/WHO. (2021). *Orientaciones y módulos técnicos sobre los servicios comunitarios de salud mental: Promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos*. Retrieved 12 de mayo from

Organization, W. H. (2021). *Mental Health ATLAS 2020*. WHO.

Partonen, T. (2020). A new national suicide prevention programme in finland. *PSYCHIATRIA FENNICA*, 51, 10-15.

Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 81(8), 609-615.

Pejdah, H. (2020). *5 Facts about Poverty in Finland*. The Borgen Project. Retrieved 06 de Agosto from

- Price, M., Legrand, A. C., Brier, Z. M. F., van Stolk-Cooke, K., Peck, K., Dodds, P. S., . . . Adams, Z. W. (2022). Doomscrolling during COVID-19: The negative association between daily social and traditional media consumption and mental health symptoms during the COVID-19 pandemic. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*, 14(1942-969X (Electronic)), 1338–1346. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/tra0001202>
- Riblet, N. B. V., Shiner, B., Young-Xu, Y., & Watts, B. V. (2017). Strategies to prevent death by suicide: Meta-analysis of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 210(6), 396-402. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187799>
- Sacristán, C. (2010). La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968. *Salud Mental*, 33(6), 473-480. (IN FILE)
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. World Health Organization.
- SSA. (2013). Programa de Acción Específico Salud Mental 2013-2018. In: DOF.
- SSA. (2020a). Programa de Acción Específico - Salud mental y Adicciones 2020-2024. In: SSA.
- SSA. (2020b). Programa Nacional para la Prevención del Suicidio. In: México.
- SSA. (2020c). Programa Sectorial de Salud 2019-2024. In: SSA.
- SSA. (2020d). Protocolo para la implementación de grupos de apoyo emocional en México. In.
- SSA. (2022a). 2º Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones. In: México.
- SSA. (2022b). Gestión de casos en salud mental. In: Gobierno de México.
- SSA. (2022c). *Guía práctica para la implementación de brigadas comunitarias en salud mental*.
- SSA. (2022d). Protocolo de actuación de las brigadas de apoyo en salud mental en México. In.
- SSA. (2022e). Redes por la Prevención de las Violencias y las Adicciones en las Escuelas. In.
- SSA. (2023a). Cuadernillo Básico para la Prevención del Suicidio. In.

- SSA. (2023b). Programa Nacional de Telementoría en Salud Mental y Adicciones. In.
- Valdez-Santiago, R., Villalobos, A. A.-O., Arenas-Monreal, L., González-Forteza, C. A.-O. X., Hermosillo-de-la-Torre, A. A.-O., Benjet, C. A.-O., & Wagner, F. A. (2021). Comparative Analysis of Lifetime Suicide Attempts among Mexican Adolescents, over the Past 12 Years. *International journal of environmental research and public health*, 18(10), 5419.
- Valdez-Santiago, R., Villalobos-Hernández, A., Arenas-Monreal, L., Benjet, C., & Vázquez-García, A. (2023). Conducta suicida en México: análisis comparativo entre población adolescente y adulta. *Salud Publica Mexicana*, 65, 110-116. <https://doi.org/https://doi.org/10.21149/14815>
- WHO. (2005). World Health Organization assessment instrument for mental health systems version 2.2. In: WHO.
- WHO. (2021a). *Mental Health ATLAS 2020*. WHO.
- WHO. (2021b). Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates. In. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2022a). *Comprehensive mental health action plan 2013-2030*.
- WHO. (2022b). *Tasa de mortalidad por suicidio (por 100 000 habitantes)*.
- Zhang, K., & Ran, B. (2022). Active Health Governance-A Conceptual Framework Based on a Narrative Literature Review. *Int J Environ Res Public Health*, 19(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph19042289>