

# LA VIGILANCIA EN SALUD MENTAL: UN ESTUDIO DE CASO SOBRE LA MORTALIDAD POR SUICIDIO<sup>1</sup>

**Deisy Carolina Rueda – FESAD – UPTC<sup>2</sup>**  
**Laura Vásquez – Escobar – FESAD – UPTC<sup>3</sup>**  
**Paola Andrea Barrera – FESAD – UPTC<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Este artículo es de Investigación. Los autores pertenecen al grupo de investigación GIGAS, adscrito a la Facultad de Estudios a Distancia (FESAD), de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC).

<sup>2</sup> Mg. Educación. Esp. Gerencia educacional. Lic. Filosofía. Docente de la Facultad de Estudios a Distancia (FESAD), Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC), Tunja-Boyacá. Email: nahikari\_50@hotmail.com; deisy.rueda@uptc.edu.co.

<sup>3</sup> Psicóloga, candidata a doctorado en salud pública, magíster en Salud Pública, Universidad el Bosque. laura.vasquez@uptc.edu.co; Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6909-7387>. [https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod\\_rh=0001620311&lang=null](https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001620311&lang=null)

<sup>4</sup> Administradora de Servicios de Salud; paolaandreabarrera@uptc.edu.co.

## Resumen

Este estudio evaluó el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) para el evento de Intento de Suicidio en Sogamoso, Colombia, durante 2011-2019. Se utilizó un diseño mixto exploratorio convergente. La fase cuantitativa analizó datos del SIVIGILA, evaluando calidad del dato, flexibilidad y representatividad. La fase cualitativa involucró entrevistas a funcionarios para evaluar descripción del sistema, aceptabilidad, estabilidad, simplicidad y temporalidad. Los resultados mostraron debilidades en la calidad del dato, con altos porcentajes de datos faltantes. El sistema demostró ser flexible y representativo. Se encontró una aceptabilidad positiva, pero con oportunidades de mejora en estabilidad y simplicidad. La temporalidad de notificación fue considerada óptima. Se concluye que es necesario fortalecer la vigilancia adaptándola a las características específicas del evento, requiriendo futuras evaluaciones y una comprensión desde los determinantes sociales de la salud mental.

**Palabras clave:** Intento de suicidio, vigilancia epidemiológica, sistemas de información, salud mental.

## Abstract

This study evaluated the Public Health Surveillance System (SIVIGILA) for Suicide Attempt events in Sogamoso, Colombia, during 2011-2019. A convergent exploratory mixed-methods design was employed. The quantitative phase analyzed SIVIGILA data, assessing data quality, flexibility, and representativeness. The qualitative phase involved interviews with officials to evaluate system description, acceptability, stability, simplicity, and timeliness. Results revealed weaknesses in data quality, with high percentages of missing data. The system demonstrated flexibility and representativeness. A positive acceptability was found, but with opportunities for improvement in stability and simplicity. The timeliness of notification was considered optimal. It is concluded that strengthening surveillance is necessary, adapting it to the specific characteristics of the event, requiring future evaluations and an understanding from the social determinants of mental health perspective.

**Keywords:** Suicide attempt, epidemiological surveillance, information systems, mental health.

## Introducción

La vigilancia en salud mental ha enfrentado barreras debido a limitaciones en las fuentes de datos y problemas de estigma y confidencialidad (BinDhim *et al.*, 2020). El intento de suicidio (IS) es un evento de notificación obligatoria en Colombia desde 2016. Países como Estados Unidos y China han realizado evaluaciones de sus sistemas de vigilancia en salud mental a nivel local, buscando reducir brechas y construir indicadores únicos para estas problemáticas (Lyerla y Stroup, 2018).

En Colombia, a partir de la formulación de políticas y planes en salud mental, se identificó la necesidad de orientar a los departamentos a realizar vigilancia epidemiológica del IS. El departamento de Boyacá ha presentado tasas de mortalidad por suicidio superiores a la media nacional, por lo que adoptó esta vigilancia desde 2011 (Vásquez-Escobar y Benítez-Camargo, 2021).

Evaluar los sistemas de vigilancia en salud mental es esencial para garantizar datos oportunos y útiles que justifiquen los recursos invertidos. Sin embargo, estas evaluaciones son escasas, posiblemente debido a que históricamente la salud pública ha priorizado las enfermedades transmisibles (Rojas-Bernal *et al.*, 2018).

En este contexto, el presente estudio tuvo como objetivo evaluar el SIVIGILA para el evento de IS en el municipio de Sogamoso durante 2011-2019, identificando fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora, con el fin de contribuir al fortalecimiento de la vigilancia de este evento y orientar acciones de prevención basadas en información de calidad.

## Método

Se realizó un estudio mixto con diseño exploratorio convergente. Este diseño implica la recolección y análisis simultáneos de datos cuantitativos y cualitativos, que luego se integran para obtener una comprensión más completa del fenómeno estudiado.

## *Fase cuantitativa*

Población y muestra. Se analizaron datos del SIVIGILA correspondientes al evento de intento de suicidio en Sogamoso durante 2011-2019. La muestra incluye todos los casos notificados en este período.

Los datos fueron obtenidos de las bases de datos del SIVIGILA, previa autorización. Se recolectaron variables sociodemográficas, características del evento y variables de seguimiento, luego se realizó un análisis descriptivo de los atributos de calidad del dato, flexibilidad y representatividad, calculando porcentajes de datos faltantes para evaluar la calidad del dato. Se analizaron cambios en el comportamiento epidemiológico del evento para evaluar la flexibilidad y se calcularon prevalencias ajustadas por edad, sexo y ubicación para evaluar la representatividad.

## *Fase cualitativa*

Esta consistió en entrevistas semiestructuradas a 16 funcionarios involucrados en el sistema de vigilancia, incluyendo 4 de la Secretaría de Salud y 12 profesionales de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD), utilizando una muestra intencional hasta alcanzar la saturación de la información. Las entrevistas se realizaron individualmente, siguiendo una guía elaborada a partir de los atributos de descripción del sistema, aceptabilidad, estabilidad, simplicidad y temporalidad. Estas fueron grabadas y transcritas textualmente.

También se llevó a cabo un análisis temático de contenido, siguiendo las etapas de codificación abierta, axial y selectiva, identificando categorías y subcategorías emergentes, que fueron interpretadas a la luz de los atributos evaluados.

Los resultados cuantitativos y cualitativos fueron integrados mediante triangulación, buscando convergencias, divergencias y complementariedades entre ambos conjuntos de datos. Esta integración permitió obtener una comprensión más profunda y completa del funcionamiento del sistema de vigilancia. El estudio fue aprobado por el

Comité de Ética de la institución académica responsable. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes y se garantizó la confidencialidad de la información.

## Resultados

### *Fase cuantitativa*

Atributo de calidad del dato. Se analizaron 620 casos de intento de suicidio notificados al SIVIGILA en Sogamoso durante 2011-2019. La calidad del dato presentó debilidades, con porcentajes de datos faltantes que oscilaron entre el 19% y el 52% para variables clave.

**Tabla 1.** Variables asociadas a factores de riesgo y la entidad que reporta el evento. 2011-2019

	Maltrato	Consumo De SPA	Tipo De Familia	Antecedentes familiares de intentos	Antecedentes de intentos	Relaciones Familiares	Redes De Apoyo	Clasificación del Riesgo
% Datos nulos Instituciones prestadoras privadas	19%	35%	24%	32%	38%	30%	33%	30%
Número	112	220	152	200	235	186	206	186
% Datos nulos Institución Pública – primer nivel	5%	6%	2%	5%	6%	3%	%	1%
Número	34	37	15	34	39	19	34	5
% Datos nulos Institución Pública – segundo nivel	41%	35%	52%	41%	39%	46%	40%	48%
Número	255	220	323	255	240	284	250	299
% Datos nulos Ente territorial- secretaria de Salud	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Número	12							

Como se ve en la Tabla 1, estas debilidades fueron más acentuadas en las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas y en la institución pública de segundo nivel. El sistema mostró flexibilidad para

adaptarse a los cambios epidemiológicos del evento y se observó un aumento en la notificación de casos por parte de instituciones educativas y medicina legal, así como la incorporación de nuevas variables para mejorar la caracterización del evento. Sin embargo, persisten dificultades para captar los casos que no ingresan al sistema de salud, especialmente en el área rural.

**Tabla 2.** Variables de seguimiento por la entidad que reporta el evento.

Variables de seguimiento por entidad que reporta	Valoración Psicológica	Valoración Psiquiátrica	Visita De Seguimiento	Tratamiento Farmacológico	Indicios Para Morir	Nivel de riesgo
% Instituciones prestadoras privadas	51,2%	44,2%	61,4%	38%	44,5%	
Número	190	164	228	142	165	252
% Institución Pública – primer nivel	12,2%	13%	6,5%	11,6%	8%	
Número	45	49	224	45	30	47
% Institución Pública – segundo nivel	36,6%	42,6%	51,6%	50,5%	45,3%	310
Número	138	158	191	187	168	
% Secretaría De Salud	0%	0%	0%	0%	1,5%	
					4	

**Atributos de Flexibilidad y Representatividad (cuantitativo y cualitativo).** Para la fase cuantitativa de este atributo se calcularon tendencias del comportamiento epidemiológico del fenómeno a través de prevalencias ajustadas por año, sexo, grupo de edad y ubicación geográfica. Se llevó a cabo un ajuste por edad de acuerdo con el método directo propuesto desde la OMS.

**Figura 1.** Prevalencias por año ajustadas por edad



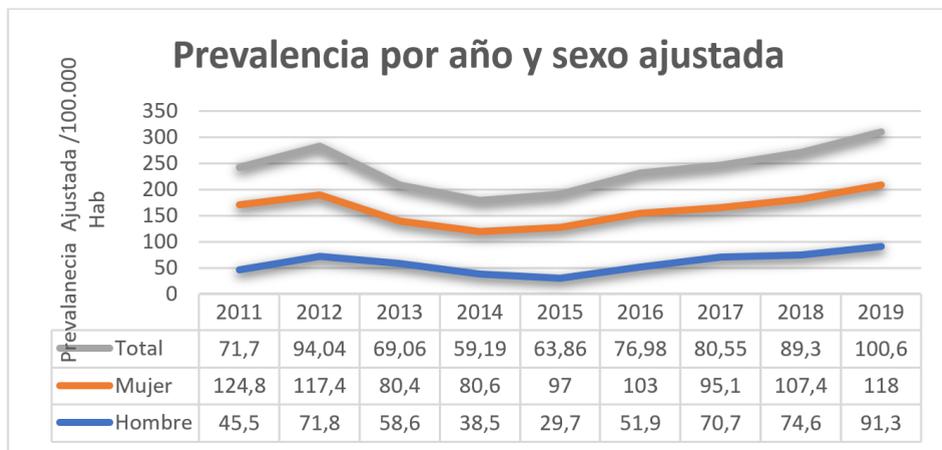
Nota. Datos adaptados y actualizados de Vásquez-Escobar y Benítez-Camargo (2021)

El comportamiento del grupo de edad refleja un inicio del pico de las prevalencias ajustadas en el grupo de 15 a 19 años, con mayor representación en la población de los 20 a 24 años, seguido del grupo de 25 a 29 años, a partir del cual se observa una tendencia decreciente (Figura 1). Una característica central para el proceso de vigilancia orientado a la formulación de acciones de prevención es que los grupos de edad en los cuales se concentran las prevalencias más altas son población institucionalizada y de mayor acceso y focalización.

De acuerdo con los cambios y particularidades observadas en esta primera fase se realizaron las preguntas correspondientes a esta categoría con el fin de profundizar en aspectos percibidos al momento de la toma de decisiones en salud, teniendo en cuenta características específicas del fenómeno involucrado en la vigilancia.

A continuación, se describe el comportamiento epidemiológico del evento general por año y por sexo.

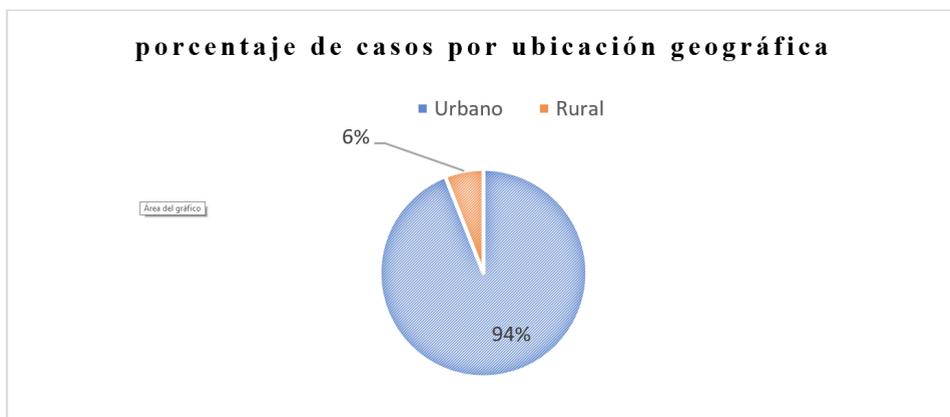
**Figura 2.** Prevalencia ajustada por año y sexo.



Nota. Datos adaptados y actualizados de Vásquez-Escobar y Benítez-Camargo (2021).

De acuerdo con la Figura 2 se refleja una prevalencia más alta de mujeres versus hombres para todo el periodo analizado; para ambos sexos la tendencia se inclina a la disminución, pero se evidencia una notable acumulación en las mujeres.

**Figura 3.** Porcentaje de casos por ubicación geográfica. 2011-2019.



El sistema fue representativo al describir adecuadamente la ocurrencia del intento de suicidio por edad, sexo y ubicación geográfica. Las prevalencias ajustadas por edad muestran un pico entre los 15 y 29 años, con una tendencia decreciente a partir de los

30 años (Figura 1), y se observó una mayor prevalencia en mujeres que en hombres, y una concentración del 94% de los casos en el área urbana. Estos hallazgos son consistentes con lo reportado a nivel nacional (Figura 3).

Así, se estableció que once de las personas entrevistadas conocen las acciones realizadas para el abordaje del evento de intento de suicidio en el municipio (principalmente dirigidas a población joven institucionalizada). Algunas de las acciones verbalizadas por los participantes fueron: notificación de caso, campaña un reto por la vida, asistencias técnicas por parte de los psico-orientadores de instituciones educativas, grupos ZOE (Zonas de Orientación Escolar en Instituciones Educativas), detección e identificación temprana de la ideación suicida en las IE (manejo a través de la guía de atención), cumplimiento de la ruta de atención, seguimiento a los casos notificados, garantía de psicoterapia de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), ambos regímenes en salud, seguimiento a síntomas depresivos, orientaciones para prevención de salud mental, intervención clínica y psicológica, programas para prevenir actos suicidas y manejo de enfermedades mentales.

Cabe anotar que existen nuevas instituciones que realizan la notificación de estos casos como lo son las Instituciones Educativas, las cuales mediante oficio notifican a la secretaria local de salud y también a medicina legal, que realiza la notificación de casos. De acuerdo con lo anterior, puede considerarse un sistema flexible.

Este sistema refleja a través del análisis de las gráficas que es representativo, ya que describe acuciosamente la ocurrencia del evento a su debido tiempo, también la notificación de los casos se hace inmediatamente, diligenciando la ficha de datos básicos y complementarios mediante el aplicativo SIVIGILA, asimismo, se detalla su distribución en el municipio de Sogamoso de acuerdo con ubicación geográfica, sexo y edad.

## Fase cualitativa

**Atributo de descripción del sistema.** Esta descripción fue realizada a través de revisión documental existente en la secretaria de salud del municipio. Es un sistema de vigilancia regulado por una legislación que fortalece y gira en torno a la capacidad de recolectar datos y analizarlos, posteriormente sirven como insumo fundamental de la planeación de acciones de prevención de desenlaces, tanto fatales como no fatales en salud mental; así pues, el sistema está formado por tres actores protagonistas: la población, la red de servicios de atención de salud y la autoridad de salud pública.

A continuación (Tabla 3), se describe el recurso humano a cargo del sistema:

**Tabla 3.** Personal requerido y tiempo que lleva operar el sistema

Profesional a cargo	Tiempo Laborado	Recursos económicos
Coordinadora de vigilancia incluye gastos de capacitaciones y viajes	Tiempo completo	Recursos propios de la secretaria de salud/ empleada de planta
Jefe de enfermería	Tiempo completo	Sistema general de participaciones
Jefe de enfermería	Tiempo completo	Sistema general de participaciones
Jefe de enfermería	Medio tiempo	Sistema general de participaciones
Ingeniera de sistema	Tiempo completo	Sistema general de participaciones
Psicóloga: realiza seguimiento a casos de intento de suicidio	Tiempo completo	Recursos de Coljugos

**Atributo: simplicidad.** Los participantes describieron el SIVIGILA como un sistema estructurado y normativo, con cuatro subsistemas (información, análisis, intervención y evaluación) y un flujo de datos definido. Sin embargo, identificaron debilidades en la simplicidad, relacionadas con la complejidad del aplicativo informático, la falta de

validación de las fichas de notificación y la necesidad de conocimientos especializados para su manejo.

**Atributo: aceptabilidad.** La aceptabilidad del sistema fue positiva, con un reconocimiento generalizado del intento de suicidio como un problema de salud pública que requiere una vigilancia específica. No obstante, se identificaron oportunidades de mejora en la calidad de la información recolectada, la capacitación del personal responsable de la notificación y la inclusión de otras fuentes de información como la comunidad y las familias.

**Atributo: estabilidad.** La estabilidad del sistema presenta desafíos relacionados con la confiabilidad de los datos, la rotación del personal y las fallas tecnológicas del aplicativo. Asimismo, se identifican debilidades en la retroalimentación y el uso de la información para la toma de decisiones en salud pública.

**Atributo: temporalidad.** La temporalidad de la notificación fue considerada óptima por la mayoría de los participantes, quienes reconocieron la importancia de la oportunidad en la captación y el seguimiento de los casos desde el servicio de urgencias. Sin embargo, algunos sugirieron la necesidad de una notificación inmediata para mejorar la intervención y el seguimiento de los casos de alto riesgo.

## Discusión

Los resultados de este estudio evidencian avances y desafíos en la vigilancia epidemiológica del intento de suicidio en el municipio de Sogamoso. Por un lado, el sistema ha mostrado flexibilidad para adaptarse a los cambios epidemiológicos del evento y representatividad para describir su ocurrencia en términos sociodemográficos. Asimismo, se reconoce la importancia de la vigilancia de este evento y se valora positivamente la temporalidad de la notificación. Por otro lado, persisten debilidades en la calidad de los datos, la simplicidad del sistema y la estabilidad en términos de confiabilidad, talento humano y tecnología. Estas debilidades limitan la utilidad de la información para

orientar las acciones de prevención y atención del intento de suicidio desde una perspectiva de determinantes sociales de la salud mental (Carod-Artal, 2017).

Estos hallazgos son consistentes con lo reportado en otros estudios que han evaluado sistemas de vigilancia de lesiones de causa externa, incluido el intento de suicidio, en países de ingresos bajos y medios. Por ejemplo, un estudio realizado en Etiopía encontró problemas de calidad de los datos, simplicidad y estabilidad en el sistema de vigilancia de lesiones, y recomendó fortalecer la capacitación del personal, mejorar la infraestructura tecnológica y promover el uso de la información para la toma de decisiones (Alemu *et al.*, 2019).

Asimismo, una revisión de sistemas de vigilancia de intentos de suicidio en países de la Región de las Américas identificó desafíos comunes como la falta de estandarización en las definiciones de caso, la baja cobertura y calidad de los datos, la escasa capacitación del personal y la limitada utilización de la información para la planificación y evaluación de intervenciones (Hernández-Vásquez *et al.*, 2022).

Estos desafíos reflejan la necesidad de adaptar los sistemas de vigilancia a las características específicas del intento de suicidio, que requiere un abordaje intersectorial y multidisciplinario, con énfasis en la prevención primaria y la atención integral desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud mental (Borges *et al.*, 2021).

En este sentido, algunos países han implementado sistemas de vigilancia del intento de suicidio basados en la comunidad y la atención primaria en salud, que buscan integrar servicios con enfoque comunitario e individual (Thornicroft *et al.*, 2016; Vijayakumar *et al.*, 2020). Estos sistemas se basan en la participación activa de actores clave como las familias, las escuelas, los líderes comunitarios y los servicios sociales, y utilizan herramientas innovadoras como la vigilancia sindrómica, la inteligencia artificial y la ciencia de datos para mejorar la oportunidad, la calidad y el uso de la información (Hofstra *et al.*, 2020).

En Colombia, experiencias como la del municipio de Sogamoso demuestran el compromiso y la capacidad de los territorios para fortalecer la vigilancia del intento de suicidio, a pesar de las limitaciones estructurales del sistema de salud. Sin embargo, se requiere un mayor liderazgo y acompañamiento desde el nivel nacional para promover la estandarización, la asistencia técnica y el intercambio de buenas prácticas entre los territorios (Rodríguez-Hernández *et al.*, 2022).

Asimismo, es necesario avanzar hacia un sistema de vigilancia integrado y articulado con otros sistemas de información en salud mental, que permita realizar análisis más complejos y orientar políticas y programas basados en evidencia (Arenas-Landgrave *et al.*, 2022). Esto implica superar la fragmentación actual del sistema de salud y promover un enfoque de salud pública que reconozca la salud mental como un derecho fundamental y un determinante clave del bienestar y el desarrollo sostenible (Patel *et al.*, 2018).

## Conclusiones

Este estudio aporta evidencia sobre el funcionamiento del sistema de vigilancia epidemiológica del intento de suicidio en un municipio colombiano, desde una perspectiva mixta que integra datos cuantitativos y cualitativos. Los resultados sugieren que, si bien existen avances importantes en términos de flexibilidad, representatividad y aceptabilidad, persisten desafíos en la calidad del dato, la simplicidad y la estabilidad del sistema.

Para fortalecer la vigilancia de este evento, se requiere adaptar el sistema a las características específicas del intento de suicidio, promover la participación de actores clave, mejorar la capacitación y retroalimentación del personal, optimizar la infraestructura tecnológica y promover el uso de la información para la toma de decisiones basada en evidencia.

Asimismo, es necesario avanzar hacia un sistema de vigilancia integrado y articulado con otros sistemas de información en salud mental, que permita realizar análisis más complejos y orientar

políticas y programas desde una perspectiva de determinantes sociales de la salud.

Este estudio tiene algunas limitaciones como el alcance descriptivo, el muestreo intencional y la falta de validación externa de los resultados. Se requieren estudios adicionales que profundicen en los factores contextuales que influyen en la vigilancia del intento de suicidio, así como en las percepciones y experiencias de otros actores clave como los pacientes, las familias y los tomadores de decisiones.

A pesar de estas limitaciones, este estudio constituye un aporte valioso para visibilizar la importancia de la vigilancia epidemiológica del intento de suicidio en Colombia, y para identificar oportunidades de mejora que permitan avanzar hacia un sistema de vigilancia más efectivo, equitativo y orientado a la acción en salud pública.

## Referencias

- Alemu, T., Gutema, H., Legesse, S., Nigussie, T., Yenew, Y. & Gashe, K. (2019). Evaluación del desempeño del sistema de vigilancia de la salud pública en el distrito de Dangila, noroeste de Etiopía: un estudio transversal cuantitativo/cualitativo mixto concurrente integrado basado en instalaciones. *BMC Public Health*, 19(1), 1343. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7724-y>
- Arenas-Landgrave, P., López-Morales, JS., Carreño-Samaniego, PA., Vega-Ruvalcaba, SA., Esparza-Pérez, RI., & Cervantes-Gómez, S. (2022). Hacia un sistema nacional de información, vigilancia y acción en salud mental. *Salud Pública de México*, 64(3), 349-358. <https://doi.org/10.21149/12735>
- BinDhim, NF, Althumiri, NA, Basyouni, MH, Alageel, AA, Alghnam, S., Al-Qunaibet, AM, Almubark, RA, Aldhukair, S. & Ad-Dab'bagh, Y. (2020). Un sistema de vigilancia de la salud mental para la población general durante la pandemia de COVID-19: Protocolo para un estudio de encuesta transversal multionda. *Protocolos de investigación JMIR Research Protocols*, 9(11), JMIR, 9(11), e23748. <https://doi.org/10.2196/23748>
- Borges, G., Orozco, R., & Villatoro, J. (2021). Prevención del suicidio en las Américas. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(4), 391-400. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000733>
- Carod-Artal, FJ. (2017). Determinantes sociales de la salud mental. En *Global Mental Health* (pp. 33-46). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-59123-0\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-319-59123-0_4)
- Hernández-Vásquez, A., Azañedo, D., Rubilar-González, J., Huarez, B., & Grendas, L. (2022). Sistemas de vigilancia de intentos de suicidio en países de la región de las Américas: Una revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e145. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.145>

- Hofstra, E., Van Nieuwenhuizen, C., Bakker, M., Özgül, D., Elfeddali, I., de Jong, SJ, & van der Feltz-Cornelis, CM (2020). Efectividad de las intervenciones de prevención del suicidio: una revisión sistemática y metanálisis. *Psiquiatría del Hospital General*, 63, 127-140. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2019.04.011>
- Lyerla, R., & Stroup, D.F (2018). Hacia un sistema de vigilancia de la salud pública para la salud conductual. *Public Health Reports*, 133(4) Public Health Reports, 133(4), 360-365. <https://doi.org/10.1177/0033354918772547>
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, PY, Cooper, JL, Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, MM, Huang, Y., Jordans, M. JD, Kleinman, A., Medina-Mora, M.E, Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., & ... Unützer, J. (2018). Comisión The Lancet sobre salud mental global y desarrollo sostenible. *The Lancet*, 392(10157), 1553-1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
- Rodríguez-Hernández, JM., Botero-Rodríguez, F., Fernández-Niño, JA., & Escobar-Díaz, F. (2022). Sistemas de información de salud pública en Colombia: Brechas y oportunidades para su fortalecimiento. *Revista de Salud Pública*, 24(1), 1-12. <https://doi.org/10.15446/rsap.v24n1.98598>
- Rojas-Bernal, L. Á., Castaño-Pérez, GA, & Restrepo-Bernal, DP (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *CES Medicina*, 32(2), 129-140. <https://doi.org/10.21615/cesmedicina.32.2.6>
- Thornicroft, G., Deb, T. & Henderson, C. (2016). Atención de salud mental comunitaria en todo el mundo: situación actual y desarrollos futuros. *World Psychiatry*, 15(3), 276-286. <https://doi.org/10.1002/wps.20349>
- Vásquez-Escobar, L., & Benítez-Camargo, S. (2021). Intento de suicidio: un análisis municipal de los factores asociados. 2012-2017. *Hacia la Promoción de la Salud*, 26(2), 68-82. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2021.26.2.6>

Vijayakumar, L., Pathare, S., Jain, N., Nardodkar, R., Pandit, D., Krishnamoorthy, S., Kalha, J. & Shields-Zeeman, L. (2020). Implementación de un sistema de vigilancia integral para registrar suicidios e intentos de suicidio en la India rural. *BMJ Open*, 10(11), e038636. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038636>