



Costos médicos directos por intento de suicidio en pacientes del hospital mental de Antioquia, Colombia

Marisol Medina,¹ Angie Vanessa Velásquez,¹ Oscar Javier Ribero²
y Natalia Trujillo¹

Forma de citar

Medina M, Velásquez AV, Ribero OJ, Trujillo N. Costos médicos directos por intento de suicidio en pacientes del hospital mental de Antioquia, Colombia. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e129. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.129>

RESUMEN

Objetivo. Analizar el comportamiento de los costos médicos directos en relación al número de intentos de suicidio y comparar los costos de atención cognitivo-conductual respecto al tratamiento convencional.

Métodos. Se cuantificaron los costos por prestación de servicios hospitalarios por intento de suicidio en 248 pacientes con diagnóstico de enfermedad mental atendidos en la empresa social del estado (E.S.E.) Hospital Mental de Antioquia y se implementó una evaluación de costo-consecuencia.

Resultados. Se encontró que los costos directos promedio de la atención de pacientes con cuatro o más intentos de suicidio fueron equivalentes a 5 641 dólares estadounidenses (USD), con una diferencia de USD 5 490 respecto al grupo con un solo intento. Además, dichos costos aumentaron conforme se incrementó el número de intentos. Por último, el diagnóstico de enfermedad mental (p. ej., cronicidad), el método de intento y la necesidad de servicios especializados se relacionaron con el incremento en los costos directos.

Conclusiones. La implementación de estrategias preventivas desde la salud pública que evalúen y hagan seguimiento a los factores psicosociales podría reducir la presentación de la problemática y de sus costos médicos directos.

Palabras clave

Salud mental; asignación de costos; intento de suicidio; trastornos mentales; factores de riesgo; Colombia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el 2015, el 29,1% de los niños, adolescentes y adultos jóvenes del mundo presentaban algún tipo de trastorno mental (1). Estos grupos

poblacionales, en especial los que manifiestan afectaciones del estado de ánimo y abuso de sustancias psicoactivas, tienen mayor riesgo de conductas autolesivas y suicidio consumado, lo que implica importantes costos sociales y económicos (2). Estos costos ascienden a miles de millones de dólares estadounidenses (USD) por año y suelen estimarse con base en el costo de atención del suicidio consumado. Esta estrategia de cuantificación, por

una parte, invisibiliza el costo acumulado de los intentos previos del mismo paciente y, por otra, limita el direccionamiento de los recursos financieros hacia la intervención de factores asociados al intento, esto como una forma de prevenir su consumo futuro (3–7).

En el año 2015, el suicidio en la Región de las Américas representó 12,4% de las causas externas de muerte, con tasas cercanas a 20% para Canadá, Cuba y

¹ Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia (UDEA), Medellín, Antioquia, Colombia. Enviar la correspondencia a Natalia Trujillo, natalia.trujillo@udea.edu.co

² Servicio de Psiquiatría, Empresa Social del Estado (E.S.E) Hospital Mental de Antioquia, Colombia.

Estados Unidos de América (EE.UU.) (8). Los costos de esta problemática en EE.UU., por ejemplo, se estimaron en USD 25 000 millones (9). En América Latina, Colombia es el tercer país con mayor número de suicidios consumados, con una tasa de 5,2 suicidios por cada 100 000 habitantes en 2015 (10) y 10% de incremento en 2016 (11). En ese año, la incidencia de intentos de suicidio osciló entre 10 a 40 veces por cada suicidio consumado (6) y 60% de estos reportaron historia de trastornos del estado de ánimo (12). Antioquia es uno de los departamentos de Colombia que mejor representa la problemática a nivel nacional (13).

En el país, el presupuesto invertido en salud mental es de 0,08% del destinado a salud (14). Esto limita la oferta de servicios en esta área, lo que se refleja en recaídas, altas tasas de estancia hospitalaria asociadas a la reaparición sintomática y en la presentación de consecuencias letales o incapacitantes derivadas de la enfermedad mental (intentos de suicidios o suicidios consumados) (9, 15). En términos de carga de la enfermedad, el suicidio representó para Colombia 2,2 % de los años potenciales de vida perdidos (APVP) para el 2002 (se carece de reportes actuales). Los altos APVP se debieron principalmente a la elevada prevalencia de muertes por suicidio en mujeres de 10–19 años y hombres de 20–29 años (16) y por la disminución de ingresos al sistema por pérdida de productividad laboral.

Los estudios sobre los costos derivados de la atención por intento de suicidio en la población con trastornos mentales son escasos; sin embargo, se estima la pertinencia de su análisis por el riesgo relativo que representa el intento de suicidio en la predicción de su consumación; la presencia de una relación incremental del 28,9% en el costo total anual de la atención de la enfermedad mental durante al año siguiente al intento de suicidio (17, 18); la relación del intento de suicidio y la enfermedad mental con los mayores costos sociales y sobre los sistemas financieros y de salud (9, 15, 17, 19, 20) y la necesidad de establecer comparaciones costo-consecuencia entre intervenciones que han mostrado efectividad a nivel mundial frente a las ofertadas en países como Colombia, enfocadas en el manejo de la crisis aguda y durante el año siguiente al intento.

Por lo anterior, este estudio analizó el comportamiento de los costos de la

atención en salud mental según el número de intentos de suicidio en pacientes con diagnóstico de enfermedad mental atendidos en la empresa social del estado (E.S.E.) Hospital Mental de Antioquia (HOMO) entre los años 2014 y 2016. Por otra parte, estableció la proyección de los costos de la atención cognitivo-conductual en comparación con la intervención convencional realizada en la institución. La evaluación económica de esta problemática resulta crucial para el direccionamiento, gestión y asignación de recursos en instituciones similares a la analizada en este estudio. Se espera, además, que la evidencia generada, complementada con estudios similares en la temática, sea útil para el desarrollo de políticas de salud mental enfocadas en la prevención y control de factores de riesgo; esto con el fin último de aportar en la determinación de focos de atención en salud mental en beneficio de la reducción de los costos sociales y económicos de esta problemática.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio analítico de costo-consecuencia, con fuente de información secundaria. Se incluyeron los costos médicos directos que comprenden la cantidad, tasa de uso y costo unitario de cada recurso facturado para el tratamiento y prestación de los servicios durante la atención del intento de suicidio (atención en servicios de urgencias, salario personal por fracción de tiempo que dedique en la atención del paciente, medicamentos, exámenes y ayudas diagnósticas usadas en este servicio), habitación, exámenes de laboratorio, fármacos prescritos y control médico). Se calcularon estos costos para cada paciente y se promediaron en función al número de intentos reportados en la historia clínica para el período en estudio, se conformaron cuatro grupos con uno, dos, tres y cuatro o más intentos, respectivamente. Los análisis se presentan, además, discriminados por las variables: hospitalización, estancia hospitalaria, tratamiento farmacológico, método de intento de suicidio (p. ej., corte en las muñecas, brazo o cuello), diagnóstico principal (p. ej., episodio depresivo) y número de intentos de suicidio.

La población objetivo fueron 248 pacientes con diagnóstico de enfermedad mental que ingresaron por intento de suicidio al Hospital Mental de Antioquia, Colombia entre los años 2014 y 2016.

De estos, 92 fueron hombres y 156 mujeres. La selección de la población se realizó con la aplicación de dos criterios: identificación de los reportes de individuos que ingresaron al servicio de urgencias por intento de suicidio, registrados con los códigos (X60-X84 y Z91) de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), y los reportados en el Sistema de Vigilancia Epidemiológico (SIVIGILA) por el mismo motivo. El uso de dos fuentes de información complementarias buscó prevenir el subregistro.

Se diseñó una base de datos en Microsoft Excel 2013® y en SPSS Statistics Base versión 22.0®. Los datos recolectados se encuentran consignados en la historia clínica electrónica (XEMCO®) de la institución. A partir de esta, se evaluó la normalidad de la distribución de los costos con la prueba Kolgomorov-Smirnov y se calculó el valor de *P* asociado al chi-cuadrado de Kruskal-Wallis para juzgar la significancia de la diferencia de costos derivados de la atención entre los grupos conformado respecto al número de intentos.

Por último, se empleó el criterio de extrapolación, según el cual se retomó un estudio previo de costo-consecuencia en el que se evaluó un tratamiento de corte cognitivo conductual que demostró utilidad en la disminución del riesgo de suicidio consumado en pacientes con trastornos mentales (p. ej., ansiedad, depresión mayor y trastornos adaptativos) (21). Este tratamiento se comparó con una intervención convencional enfocada en la atención aguda y durante el primer año del intento de suicidio, esto de acuerdo con las tarifas vigentes para Colombia en el año 2016. Para este fin, se contabilizó en el tratamiento cognitivo conductual: la intervención psicológica individual durante 45 minutos/semana, una llamada de seguimiento por 15 minutos/semana -ambos durante un año- y 10% adicional de gastos de administración. Los costos se discriminaron en relación al número de intentos de suicidio y a la cantidad de pacientes que conformaban cada uno de los grupos de análisis. Este tratamiento se comparó con los gastos facturados para el tratamiento convencional empleado durante la atención del intento de suicidio (atención en servicios de urgencias, salario personal por fracción de tiempo que dedique en la atención del paciente, medicamentos, exámenes y ayudas diagnósticas usadas en este servicio),

habitación, exámenes laboratorio, fármacos prescritos y control médico).

Todos los costos se estimaron en moneda local y luego se convirtieron a dólares corrientes al 31 de diciembre de 2016, según el tipo de cambio publicados por el Banco de la República de Colombia (1 dólar estadounidense [USD] = 3 000,71 pesos colombianos, COP).

Consideraciones éticas

La investigación se adhirió a la Resolución 8 430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, que la consideró sin riesgo, ya que se realizó con fuentes secundarias sin implementar intervenciones sobre los participantes (22). La investigación implementó análisis con datos agrupados por lo que no se revela información demográfica, socioeconómica o clínica individual de los participantes en el estudio. El comité de ética del Hospital Mental de Antioquia avaló y acompañó su desarrollo. La base de datos, según lo consignado en la Declaración de Helsinki (23), usó códigos alfanuméricos de identificación con el fin de mantener la privacidad de las historias clínicas. Se realizaron discusiones académicas con el objeto de evaluar los alcances de los resultados al interior de la institución, así como actividades de socialización de los resultados del estudio dirigidas a las directivas y cuerpo médico del hospital mental.

RESULTADOS

La población de estudio se caracterizó por tener un nivel de ingresos promedio de USD 105,25 (24) y ser, en su mayoría, de sexo femenino (62,9%), con una edad entre 12 y 20 años, estar soltera y no tener hijos. Además, 53,23% no ha terminado los estudios secundarios y 80,24% depende económicamente de terceros.

Los costos médicos totales de la atención por intento de suicidio entre 2014 y 2016 de 248 pacientes fueron de USD 270 321. Según el análisis de los datos, se evidencia una disminución del número de pacientes conforme aumenta el número de intentos de suicidio, lo que podría sesgar la estimación de los costos totales; sin embargo, se percibe un incremento en dichos costos, el cual se hace evidente al observar valores de USD 21 994 para la atención de 151 pacientes con un intento frente a USD 136 284 informados para 25 pacientes con cuatro o más intentos, con una diferencia de USD 114 290 entre estos grupos (cuadro 1). El incremento de los costos directamente proporcional al aumento del número de intentos de suicidio se refleja para todos los grupos. Así, el costo promedio tiene un incremento de USD 858, 1 806 y 2 641, respectivamente, en relación al gasto de la atención del intento de suicidio del grupo anterior (cuadro 1).

Se observa también una diferencia de los costos médicos directos promedio

entre los pacientes que reciben servicios de hospitalización, tratamiento farmacológico o ambos respecto a los que no reciben equivalente a USD 3 087 y 1 686, respectivamente (cuadro 1). Además, la estancia hospitalaria es de mayor costo conforme aumenta el número de días, la diferencia del costo promedio entre el período mínimo y el período máximo de atención de USD 12 796 (cuadro 1).

Los costos médicos directos promedio más elevados en relación al mecanismo de intento son de USD 5 895, 3 228 y 2 234, correspondientes a otras causas (p. ej., incineración), ahorcamiento y corte de cuello, respectivamente (cuadro 2). Los costos aumentan conforme se incrementa el número de intentos de suicidio; un ejemplo es la diferencia de los costos promedios de la atención de los pacientes que usaron como método el ahorcamiento, en el que se observa un incremento de USD 532, 842 y 10 050 respecto al gasto de la atención del intento de suicidio del grupo anterior; se observa el mismo patrón para los demás métodos empleados en el intento (cuadro 2). Los mayores costos promedio asociados al diagnóstico principal de los pacientes con intento suicidio corresponden a retraso mental, otros (p. ej., distimia, insomnio no orgánico) episodio depresivo moderado y trastorno opositor desafiante, equivalentes a USD 3 065, 2 669, 2 006 y 1 370, respectivamente (cuadro 3). Para los pacientes con un intento de suicidio,

CUADRO 1. Costos médicos directos totales y promedio^a derivados de la atención por intento de suicidio en pacientes con diagnóstico de enfermedad mental, según número de intento, HOMO (2014–2016)

Variable	Categorías	Número de intentos de suicidio														
		Uno			Dos			Tres			Cuatro o más			Total		
		n	Σ	\bar{X}	n	Σ	\bar{X}	n	Σ	\bar{X}	n	Σ	\bar{X}	N	Σ	\bar{X}
Hospitalización	No	126	4 584	36	31	4 344	140	9	1 911	212	9	21 008	2 334	175	31 848	182
	Sí	25	17 410	696	19	45 878	2 415	13	59 910	4 608	16	115 276	7 205	73	238 473	3 267
Estancia hospitalaria (días)	Ninguno	123	3 412	28	29	3 363	116	10	3 010	301	7	1 897	271	169	11 682	69
	1 – 5	3	209	70	3	2 013	671	3	1 498	499	3	3 840	1 280	12	7 560	630
	6 – 10	13	6 308	485	9	6 547	727	2	2 012	1 006	8	56 768	7 096	32	71 635	2 239
	11 – 15	7	6 364	909	4	9 083	2 271	4	22 517	5 629	2	21 576	10 788	17	59 540	3 502
	16 – 20	2	2 130	1 065	2	1 930	965	1	2 050	2 050	1	12 426	12 426	6	18 536	3 089
	21 – 25	2	1 931	966	2	2 737	1 369	2	30 734	15 367	1	1 664	1 664	7	37 066	5 295
	>	1	1 641	1 641	1	24 549	24 549	0	0	0	3	38 113	12 704	5	64 303	12 861
Tratamiento farmacológico	No	114	1 676	23	25	223	17	6	1 042	347	6	1 843	369	151	4 784	50
	Sí	37	20 318	264	25	49 999	1 351	16	60 779	3 199	19	134 441	6 722	97	265 537	1 736
Costos totales		151	21 994	146	50	50 222	1 004	22	61 821	2 810	25	136 284	5 451	248	270 321	1 090

n, total pacientes para cada subgrupo (uno, dos, tres y cuatro o más intentos); Σ, sumatoria de los costos totales de atención de los pacientes por cada su subgrupo (uno, dos, tres y cuatro o más intentos); \bar{X} , costos promedios de atención en cada subgrupo (uno, dos, tres y cuatro o más intentos); N, total de pacientes atendidos.

^a En dólares estadounidenses.

CUADRO 2. Costos médicos directos totales y promedio^a en relación al mecanismo del último intento de suicidio de pacientes con diagnóstico de enfermedad mental, según número de intentos, 2014–2016

Método	Número de intentos de suicidio														
	Uno			Dos			Tres			Cuatro o más			Total		
	n	Σ	\bar{X}	n	Σ	\bar{X}	n	Σ	\bar{X}	n	Σ	\bar{X}	N	Σ	\bar{X}
Ahorcamiento	6	808	135	7	4 666	667	3	4 528	1 509	5	57 796	11 559	21	67 798	3 228
Corte en el brazo	4	421	105	4	2 576	644	2	715	357	2	11 572	5 786	12	15 284	1 274
Corte en el cuello	4	4 698	1 174	1	11	11	0	0	0	2	10 927	5 463	7	15 635	2 234
Corte en la muñeca	18	2 837	158	10	4 635	463	6	13 342	2 224	6	16 659	2 777	40	37 473	937
Envenenamiento	41	3 801	93	6	3 587	598	5	35 254	7 051	2	7 706	3 853	54	50 348	932
Intoxicación con medicamentos	66	7 558	115	17	9 164	539	5	2 899	580	4	13 814	3 454	92	33 435	363
Más de un método	5	668	134	2	982	491	0	0	0	2	4 588	2 294	9	6 238	693
Lanzarse al vacío	5	1 182	236	0	0	0	0	0	0	1	1 664	1 664	6	2 845	474
Otro	2	22	11	3	24 601	8 200	1	5 084	5 084	1	11 558	11 558	7	41 264	5 895
Total de costos	151	21 994	146	50	50 222	1 004	22	61 821	2 810	25	136 284	5 451	248	270 321	1 090

n, total de pacientes para cada subgrupo (uno, dos, tres y cuatro o más intentos); Σ, sumatoria de los costos totales de atención de los pacientes por cada su subgrupo (uno, dos, tres y cuatro o más intentos); \bar{X} , costos promedios de atención en cada subgrupo (uno, dos, tres y cuatro o más intentos); N, total de pacientes atendidos.

^a En dólares estadounidenses.

CUADRO 3. Costos totales y promedio^a del intento de suicidio, según diagnóstico principal y número de intentos, 2014–2016

Método	Número de intentos de suicidio														
	Uno			Dos			Tres			Cuatro o más			Total		
	n	Σ	\bar{X}	n	Σ	\bar{X}	n	Σ	\bar{X}	n	Σ	\bar{X}	N	Σ	\bar{X}
Episodio depresivo grave	7	854	122	4	83	21	2	2 400	1 200	4	12 317	3 079	17	15 653	921
Episodio depresivo leve	10	1 019	102	2	8 025	4 012	1	17	17	0	0	0	13	9 061	697
Episodio depresivo moderado	34	6 251	184	9	27 841	3 093	5	34 458	6 892	6	39 791	6 632	54	108 341	2 006
Trastorno depresivo recurrente	10	1 928	193	4	2 862	715	2	1 034	517	0	0	0	16	5 824	364
Trastorno afectivo bipolar	11	1 141	104	3	2 543	848	1	690	690	3	23 477	7 826	18	27 851	1 547
Trastorno de adaptación	24	3 954	165	7	550	79	3	9 993	3 331	2	2 183	1 091	36	16 679	463
Trastorno de estrés agudo	7	2 756	394	3	61	20	0	0	0	0	0	0	10	2 817	282
Trastorno de personalidad emocionalmente inestable	15	652	43	5	640	128	2	559	280	4	7 752	1 938	26	9 604	369
Trastorno opositor desafiante	1	9	9	1	2 730	2 730	0	0	0	0	0	0	2	2 739	1 370
Trastornos mentales y del comportamiento por psicoactivos	13	219	17	2	858	429	4	11 655	2 914	0	0	0	19	12 732	670
Otros trastornos de personalidad	9	740	82	4	89	22	1	940	940	3	12 844	4 281	17	14 613	860
Retraso mental	3	701	234	0	0	0	0	0	0	1	11 558	11 558	4	12 259	3 065
Esquizofrenia	2	31	15	1	19	19	1	73	73	0	0	0	4	123	31
Otros	5	1 740	348	5	3 922	784	0	0	0	2	26 363	13 181	12	32 024	2 669
Total de costos	151	21 994	146	50	50 222	1 004	22	61 821	2 810	25	136 284	5 451	248	270 321	1 090

n, total de pacientes para cada subgrupo (uno, dos, tres y cuatro o más intentos); Σ, sumatoria de los costos totales de atención de los pacientes por cada su subgrupo (uno, dos, tres y cuatro o más intentos); \bar{X} , costos promedios de atención en cada subgrupo (uno, dos, tres y cuatro o más intentos); N, total de pacientes atendidos.

^a En dólares estadounidenses.

los diagnósticos de mayores costos promedio son trastorno de estrés agudo y otro; mientras que, para dos intentos, son el episodio depresivo leve, moderado y el trastorno opositor desafiante equivalentes a USD 4 012, 3 093 y 2 730, respectivamente.

De los pacientes identificados con tres intentos de suicidio, el episodio depresivo moderado, el trastorno de adaptación

y los trastornos mentales del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas describen costos promedio iguales a USD 6 892, 3 331 y 2 914, respectivamente; mientras que los mayores costos se describen en el grupo con cuatro o más intentos para otros, retraso mental y trastorno afectivo bipolar equivalentes a USD 13 181, 11 558 y 7 752, respectivamente (cuadro 3). De igual forma, los

costos discriminados por diagnóstico se incrementan de manera general en relación al número de intentos.

Se observa que los costos por intento de suicidio en los pacientes con enfermedad mental no tienen una distribución normal (cuadro 4). Posteriormente, con base en este resultado se implementó la prueba Kruskal-Wallis ($\chi^2 = 60,147$; $P = 0,000$) que indica

CUADRO 4. Evaluación de la distribución de la normalidad de la distribución de los costos médicos directos entre los grupos de número de intentos

Nº de intentos	n	Rango promedio	Kolgomorov-Smirnov		
			Estadístico	Valor de P	
Costos	1	151	100,56	0,399	0,000
	2	50	133,01	0,392	0,000
	3	22	184,7	0,319	0,000
	≥ 4	25	199,12	0,28	0,000

CUADRO 5. Comparación de costos^a por atención cognitivo-conductual respecto a la convencional por intento de suicidio en pacientes con enfermedad mental

Atención	Número de intentos de suicidio														
	Uno			Dos			Tres			Cuatro o más			Total		
	n	Σ	\bar{X}	n	Σ	\bar{X}	n	Σ	\bar{X}	n	Σ	\bar{X}	N	Σ	\bar{X}
Cognitivo-conductual	151	23 470	155	50	7 772	155	22	3 420	155	25	3 886	155	248	38 548	155
Convencional	151	21 994	146	50	50 222	1 004	22	61 821	2 810	25	136 284	5 451	248	270 321	1 090
Costo-consecuencia	151	-1 476	-10	50	42 450	849	22	58 402	2 655	25	132 398	5 296	248	231 773	935

n, total de pacientes para cada subgrupo (uno, dos, tres y cuatro o más intentos); Σ, sumatoria de los costos totales de atención de los pacientes por cada su subgrupo (uno, dos, tres y cuatro o más intentos); \bar{X} , costos promedios de atención en cada subgrupo (uno, dos, tres y cuatro o más intentos); N, total de pacientes atendidos.

^a En dólares estadounidenses.

diferencias significativas de los costos entre los grupos categorizados según el número de intentos de suicidio.

Por último, se observan mayores costos para el tratamiento cognitivo-conductual respecto al convencional estimado para Colombia para el grupo de un intento. Sin embargo, al reconocer que el primero limita la recidiva, se puede sugerir que su uso durante los dos años siguientes al primer intento podría implicar un ahorro equivalente a USD 248 327. Se observa, además, un ahorro entre USD 42 450 y 132 389 por recibir tratamiento cognitivo-conductual en comparación con la atención convencional en pacientes reincidentes (cuadro 5). En general, significaría para el sistema de salud un ahorro total equivalente a USD 231 773 (cuadro 5). De realizar la intervención durante los tres años de estudio en los 248 pacientes, el ahorro sería de USD 154 678.

DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como objetivo analizar el comportamiento de los costos de la atención en salud, según el número de intentos de suicidio en pacientes con diagnóstico de enfermedad mental, atendidos en la E.S.E. Hospital Mental de Antioquia entre el 2014 y 2016, así como, proyectar los costos de una intervención cognitivo-conductual que demostró mayor efectividad en la

prevención del suicidio consumado con respecto al tratamiento convencional usado en Colombia. Los resultados obtenidos indican que los costos médicos directos promedio de la atención en salud incrementan de manera significativa en relación con el número de intentos de suicidio (cuadro 1); que los intentos con mecanismos de mayor letalidad como ahorcamiento, corte en cuello u otro (p. ej., incineración) significan los mayores costos promedio en la atención en salud (cuadro 2); que aun cuando el trastorno depresivo recurrente incrementa el riesgo de reincidencia por intento de suicidio, este significa uno de los menores costos promedios (USD 364) en la atención en salud mental, solo por encima de la esquizofrenia y el trastorno de estrés agudo (cuadro 3) y que el tratamiento cognitivo-conductual, en comparación con el convencional, puede significar para el sistema de salud una reducción en los costos médicos directos por intento de suicidio (cuadro 5).

Los costos médicos directos en salud tras un intento de suicidio son significativos y aumentan conforme se presentan nuevos intentos. Un estudio sobre el costo de atención hospitalaria por suicidio atribuye principalmente el incremento en los costos a la atención psiquiátrica, al manejo de las secuelas físicas del intento y/o al inminente riesgo del consumo del suicidio (25), lo cual es congruente con el aumento en la demanda de servicios es-

pecializados al incrementar el número de intentos. De manera complementaria, un estudio realizado en Irlanda ha descrito costos similares a los encontrados en esta investigación. En este, se identificó un incremento de los costos de atención médica del paciente que casi se duplica durante el primer año tras un intento, ya que pasa de 367 264 euros a 715 019 euros (costos totales de 539 personas de los tres países) (25). Este incremento en los costos se atribuye a la presentación de uno o más intentos nuevos durante el período de observación, así como a la utilización de métodos de mayor letalidad y al diagnóstico de trastorno de adaptación y retraso mental (26). Esto es similar a lo observado en el presente estudio, en donde este último representó los mayores costos promedio en comparación con los demás diagnósticos.

Por su parte, el aumento de los costos en función de la presentación de nuevos intentos puede responder a la necesidad de desplegar protocolos más conservadores de atención psiquiátrica, por cuanto el riesgo de consumir el suicidio tras cada nuevo intento se ve aumentado en cinco a seis veces (19). Así, intentos que usen como método el ahorcamiento, por ejemplo, son responsables de cerca del 50% de muertes por suicidio en la mayoría de los países, razón por la cual se requieren protocolos de atención especializada y estancias hospitalarias más prolongadas (19, 27) con un consecuente incremento de los

costos directos. Por otra parte, los pacientes denominados “suicidas crónicos” aun cuando tienden a usar métodos de menor letalidad, también requieren protocolos conservadores, porque se autoinfringen lesiones que derivan en secuelas permanentes para la salud, las cuales reduce su capacidad de recuperación completa y facilitan el eventual consumo del suicidio (25, 26, 28–30).

De manera complementaria, se ha informado que los trastornos del ánimo, el abuso de sustancias psicoactivas y las conductas antisociales se asocian con mayor frecuencia con el intento de suicidio (31, 32). En particular, los trastornos depresivos incrementan diez veces la probabilidad de consumir el suicidio y, a su vez, se relacionan con la reincidencia de intentos en adolescentes, lo que deriva en intentos más letales (50% de los casos recurrieron a métodos más violentos) o mayor mortalidad (28, 33-35). Es relevante el alto riesgo que significa el trastorno depresivo mayor (TDM) (OR = 3,2), por cuanto el suicidio y su tentativa puede estar presente (alrededor del 50% de pacientes con TDM mueren dentro de los 12 meses siguientes a un intento) (26, 28, 32, 34). Por lo anterior, la escasa inversión en la atención en presencia de TDM se traduce en un riesgo nueve veces mayor de recidiva que los demás diagnósticos en la población observada. Este riesgo podría disminuir en presencia de tratamientos de corte cognitivo-conductual, que además, parecen representar una alternativa viable en la reducción de pérdida de vidas y de los costos derivados de la atención de los pacientes de la institución de estudio.

La atención primaria es el primer recurso al que acceden la mayoría de personas con problemas de salud mental: sin embargo, el nivel de direccionamiento desde estos hacia servicios psicosociales especializados es insuficiente (36). En este sentido, se describen limitaciones

en el acceso a opciones terapéuticas continuas, como las de corte cognitivo-conductual, descritas como una opción efectiva, plausible y de menor costo a mediano/largo plazo para disminuir los síntomas y discapacidad derivada del trastorno; esto en comparación con modelos de atención enfocados principalmente en la resolución de la fase aguda asociada al evento (36). De acuerdo con los resultados de esta investigación, la implementación de modelos de corte cognitivo-conductual parecen ser una estrategia de mayor eficiencia económica al compararla con los convencionales (cuadro 5) (36).

Si bien, la presente investigación no explora de manera directa la costo-efectividad de intervenciones diferentes a la de corte cognitivo-conductual, se sugiere que, en concordancia con otros estudios, los beneficios de monoterapias de tipo farmacológico o de intervenciones en crisis pueden ser menos claros en comparación con la implementación de estrategias de promoción y prevención en niveles primarios de salud (15, 20). Esto, además, puede significar menor pérdida de la productividad por enfermedad mental, disminución en la demanda de servicios especializados, disminución en la tasa de discapacidad por intento y, con ello, una posible disminución en la pérdida de vidas de personas jóvenes (17, 36).

CONCLUSIONES

El aumento en los costos médicos directos para la institución analizada en esta investigación es consistente con los factores de riesgo epidemiológico con frecuencia asociados con la consumación del suicidio descrito en estudios previos. En este sentido, implementar estrategias enfocadas en acciones preventivas accesibles y sostenibles como el tratamiento cognitivo-conductual en

niveles primarios de atención que, además, realicen intervención de los factores priorizados como los analizados en este estudio (diagnóstico principal, mayor número de intentos de suicidio, método de intento de mayor letalidad y altas estancias hospitalarias), podría aportar en la reducción del riesgo de pérdidas de vida en la población observada y, por ende, en los costos directos de su intervención.

En cuanto a las limitaciones de esta investigación, su alcance se restringe a la consideración del HOMO como centro de referencia del departamento de Antioquia, Colombia, por lo que las conclusiones no deben entenderse como un reflejo de la dinámica de la problemática a nivel nacional o internacional. En este sentido, no es posible generar conclusiones directas sobre las causas necesarias para reducir los riesgos de vida y el aumento de los costos derivados por internación. Los costos estimados no incluyen los relacionados con atención en urgencias, hospitalización y unidad de cuidados intensivo de otras instituciones, desde donde fueron derivados los pacientes al HOMO.

Agradecimientos Los autores agradecen a la E.S.E Hospital Mental de Antioquia-Centro de Investigación por facilitar los elementos posibles para culminar con éxito este proyecto, en especial a Isabel Pérez Villegas que nos acompañó durante todo el proceso y, de igual forma, a nuestro maestro Emmanuel Nieto López.

Conflicto de intereses Ninguno declarado por los autores.

Declaración Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad del autor y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la *RPSP/PAJPH* y/o de la OPS.

REFERENCIAS

- Organización Mundial de la Salud (OMS). 10 datos sobre la salud mental. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/index4.html Acceso el 14 de abril de 2016.
- Macana Tuta NL. Comportamiento del suicidio, 2011. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/34616/6F-11-Suicidio.pdf/6b2966e7-cbcb-4618-a3c3-af5cd111629e> Acceso el 14 de abril de 2016.
- Gómez-Restrepo C, Rodríguez Malagón N, De Romero LC, Pinilla GC, López LE. Suicidio y lesiones autoinfligidas, Colombia, 1973–1996. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2002;31(2):123–36. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7450200200200003&lng=en&nrm=iso&tlng=es Acceso el 14 de abril de 2016.
- Organización Mundial de la Salud. Suicidio. 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
- Organización Mundial de la Salud. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2001. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2001/en/>

- whr01_djmessage_es.pdf?ua=1 Acceso el 14 de abril de 2016.
- Guilbert Reyes W. Epidemiología de la conducta suicida. *Rev Cuba Med Gen Integr.* 2009;18(2):139–42. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252002000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 - Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Herramienta para la interpretación, intervención y prevención de lesiones de causa externa en Colombia; 2014. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FORENSIS+2013+3-+suicidio.pdf/65a683b4-38b2-46a4-b32af2a0884b25bf>
 - Hernández Soto PA, Villareal Casate RE. Algunos datos entorno a la conducta suicida. *MEDISAN [Internet].* 2015;19(8):1051–8. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v19n8/san14198.pdf>. Acceso el 14 de abril de 2016.
 - Latimer EA, Gariépy G, Greenfield B. Cost-effectiveness of a rapid response team intervention for suicidal youth presenting at an emergency department. *Can J Psychiatry.* 2014;59(6):310–8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25007405>. Acceso el 14 de enero de 2018.
 - Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Comportamiento del suicidio. Colombia, 2015. Violencia autoinfligida, desde un enfoque forense. Medellín; 2015. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/3418907/7.+SUICIDIOS.pdf/01c41af2-27cf-4932-ae14-234d1eeaf425>
 - Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Forensis 2016, Datos para la vida. Colombia; 2016. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49526/Forensis+2016.+Datos+para+la+vida.pdf>
 - Arango Dávila CA, Carlos J, Fernández R, Moreno M. Análisis de los aspectos asociados a la enfermedad mental en Colombia y la formación en psiquiatría. *Rev Colomb Psiquiat.* 2008;37(4):538–63.
 - Alcaldía de Medellín. Plan de Salud Municipal. Medellín; 2012. Disponible en: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportalDelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_15/InformacinGeneral/SharedContent/Documentos/instrumentos/ps/PLAN DE SALUD MUNICIPAL.pdf
 - Martínez Hernández MA, Bataille Savón A, Duccase Pilon M, Borlot Vargas N. Costo hospitalario de pacientes diagnosticados con retraso mental. *Rev Cuba Med Milit.* 2002;31(3):188–93. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v31n3/mil06302.pdf>
 - Medina Pérez OA, Díaz Téllez AS, Roza David AJ. Caracterización del suicidio en adolescentes de Antioquia, Colombia, 2000–2010. *Rev Fac Med.* 2015;63(3):431–8. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n3/v63n3a10.pdf>. Acceso el 14 de abril de 2016.
 - Cendales R, Vanegas C, Fierro M, Córdoba R, Olarte A. Tendencias del suicidio en Colombia, 1985–2002. *Rev Panam Salud Publica.* 2007;22(4):231–8. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000900002&lng=en&nrm=iso&tlng=es. Acceso el 16 de abril de 2016.
 - Wagner FA, González Forteza C, Sánchez García S, García Peña C, Gallo JJ. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental.* 2012;35(1):3–11. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n1/v35n1a2.pdf>. Acceso el 14 de abril de 2016.
 - Góngora Salgado AC. Factores asociados a intento suicida en pacientes con antecedente psicótico. Universidad CES, Universidad del Rosario; 2011. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/2672/40325223-2011.pdf?sequence=1>. Acceso el 14 de abril de 2016.
 - García J, Palacio C, Arias S, Ocampo M, Calle J, Restrepo D, et al. Características asociadas al riesgo de suicidio valorado clínicamente en personas con intento reciente. *Rev Colomb Psiquiat.* 2007;36(4):610–27. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36n4/v36n4a03.pdf>
 - Gómez Restrepo C, Malagón Rodríguez N, Bohórquez A, Diazgranados N, García Ospina MB, Fernández C. Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Rev Colomb Psiquiat.* 2002;26(4):271–86. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v31n4/v31n4a02.pdf>
 - Gobierno de Navarra, España. Prevención y actuación ante conductas suicidas. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/1C0C8294-D0FD-405F-B7CC-85CAFFBDC9BB/291404/00ProtocoloPrevencionSuicidio3.pdf>. Acceso el 14 de febrero de 2018.
 - Ministerio de Salud de Colombia. Res. N° 8430 de 1993. Bogotá D.C.; 1993. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>. Acceso el 14 de abril de 2017.
 - Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica.* 2000;(2). Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v6n2/art10.pdf>
 - Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Ingresos y gastos de los hogares 2006–2007. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/ingresos-y-gastos-de-los-hogares>. Acceso el 14 de abril de 2016.
 - O’Sullivan M, Laylor M, Corcoran P, Kelleher MJ. The cost of hospital care in the year before and after parasuicide. *Crisis.* 1999;20(4):178–83. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10680285>. Acceso el 14 de abril de 2016.
 - Resa García E, Braquehais Conesa D. El paciente suicida. En: Elsevier España SL. Manual de urgencias psiquiátricas. 2ed. 2009:165–96. Disponible en: <https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2077/#!/content/book/3-s2.0-B9788445820247500058>. Acceso el 14 de abril de 2016.
 - Baader MT, Urra PE, Millán AR, Yéñez ML. Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. *Rev Med Clin Condes.* 2011;22(3):303–9. Disponible en: http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_22_3/303309-dr-baader.pdf
 - Subgerencia cultural del Banco de la República de Colombia. Capítulo 1. De los derechos fundamentales. En: Constitución Política de Colombia. Bogotá, D.C.; 2000. Disponible en: <http://www.banrepultural.org/blaavirtual/derecho/constitucion-politica-de-colombia-1991/titulo-2-capitulo-1>
 - Lozano Serrano C, Huertas Patón A, Martínez Pastor CJ, Terrazas Ezquiaga E, García Camba de la Muela E, Rodríguez Salvanés FJ. Descriptive analysis of parasuicide in the psychiatric emergencies. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2004;91:11–22. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000300002
 - Clavijo Quiceno J, Serna Sernaitis M. Propuesta de intervención para el fortalecimiento de habilidades sociales y emocionales en adolescentes con ideación suicida de la ciudad de Medellín. Medellín: Universidad del CES; 2010. Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repository/bitstream/10946/1200/2/FINAL_TESIS_MANUELA_JULIANA.pdf
 - Morales González A, Jaramillo López C. Factores asociados a letalidad de intentos de suicidio en sujetos con trastorno depresivo mayor. *Rev Colomb Psiquiat.* 2009;38(3):446–63. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v38n3/v38n3a05.pdf>. Acceso el 9 de agosto de 2016.
 - Pacheco B, Peralta López P. La conducta suicida en la adolescencia y sus condiciones de riesgo. *Ars Medica.* 2015;40(1):47–55. Disponible en: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/38/13>. Acceso el 9 de agosto de 2016.
 - Sanchez Aguilar ML. Trastorno depresivo y suicidio. Universidad de Salamanca; 2014. Disponible en: https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/127378/1/DPPMMLHM_AguilarSanchez_TrastornodepresivoL.pdf. Acceso el 14 de abril de 2016.
 - Hernández Soto PA, Villareal Casate RE. Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. *MEDISAN.* 2015;19(8):1051–8. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v19n8/san14198.pdf>. Acceso el 14 de abril de 2016.
 - Fava G, Ruini C, Sonino N. Tratamiento de la depresión recurrente. Enfoque Psicoterapéutico y Psicofarmacológico Secuencial. *SIIC.* 2003;17(15):1109–17. Disponible en: <http://www.bago.com/bagoarg/biblio/psiquweb213.htm>. Acceso el 14 de abril de 2016.
 - Arias López HA. Factores de éxito en programas de prevención del suicidio. *Revista Vanguardia Psicológica.* 2013(2):215–25. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4815157.pdf>. Acceso el 14 de enero de 2018.

Manuscrito recibido el 27 de febrero de 2018. Aceptado para su publicación, tras revisión, el 22 de mayo de 2018.

ABSTRACT

**Direct medical costs
of suicide attempts by
patients in Columbia's
Antioquia Mental Hospital**

Objective. Analyze the behavior of direct medical costs in relation to the number of suicide attempts and compare the costs of cognitive-behavioral therapy with those of conventional treatment.

Methods. The cost of hospital services for attempted suicide was quantified for 248 patients with a diagnosis of mental illness treated at the Antioquia Mental Hospital, a state social enterprise (E.S.E.), and a cost-outcome analysis was performed.

Results. It was found that the average direct cost of care for patients with four or more suicide attempts was equivalent to US\$ 5,641, a US\$ 5,490 difference vis-à-vis the group with a single attempt. Moreover, the cost increased with the number of attempts. Finally, the diagnosis of mental illness (e.g., chronicity), the method used in the suicide attempt, and the need for specialized services were associated with the increase in direct costs.

Conclusions. The use of a public health approach involving preventive strategies that assess and monitor psychosocial factors could reduce the problem and its direct medical costs.

Keywords Mental health; cost allocation; suicide, attempted; mental disorders; risk factors; Colombia.

RESUMO

**Custos médicos diretos
por tentativa de suicídio
em pacientes do hospital
de saúde mental de
Antioquia, Colômbia**

Objetivo. Examinar o comportamento dos custos médicos diretos em relação ao número de tentativas de suicídio e comparar o custo da terapia cognitivo-comportamental e do tratamento convencional.

Métodos. O custo por prestação de serviços hospitalares por tentativa de suicídio foi mensurado em 248 pacientes com diagnóstico de doença mental atendidos no *Hospital Mental de Antioquia*, um serviço da previdência social do Estado, e foi conduzida uma análise de custo-consequência.

Resultados. Verificou-se que os custos diretos médios do atendimento de pacientes com quatro ou mais tentativas de suicídio foram equivalentes a US\$ 5.641, com uma diferença de US\$ 5.490 em relação aos custos para os pacientes com uma única tentativa de suicídio. Estes custos aumentaram conforme aumentou o número de tentativas. O diagnóstico de doença mental (por exemplo, doença crônica), o método de tentativa de suicídio e a necessidade de serviços especializados foram relacionados ao aumento dos custos diretos.

Conclusões. A implementação de estratégias de prevenção de uma perspectiva de saúde pública para avaliar e monitorar os fatores psicossociais poderia contribuir para reduzir a ocorrência do problema e os custos médicos diretos correspondentes.

Palavras-chave Saúde mental; alocação de custos; tentativa de suicídio; transtornos mentais; fatores de risco; Colômbia.
