



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD



**Protocolo de vigilancia
en salud pública**

Intento de suicidio

Código: 356

**Versión 06
Fecha 09 de junio de 2025**

Créditos

Elaboración Versión 6

YALENA MOSQUERA BAHAMON
Profesional especializado

GREACE ALEJANDRA ÁVILA MELLIZO
Coordinadora Grupo de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles

Revisión

CLAUDIA YANETH RINCÓN ACEVEDO
Subdirectora de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública

Aprobación

HERNAN QUIJADA BONILLA
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

© Instituto Nacional de Salud
Colombia Av. Calle 26 No. 51-20

Cita: Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia de Intento de suicidio. Versión 6. [Internet] 2025. <https://doi.org/10.33610/732349wwrhst>

Tabla de contenido

1. Introducción	4
1.1. Situación epidemiológica	4
1.1.1. Situación epidemiológica mundial	4
1.1.2. Situación epidemiológica en América	4
1.1.3. Situación epidemiológica nacional	5
1.2. Estado del arte	5
1.3. Justificación de la vigilancia	6
1.4. Usos y usuarios de la vigilancia para el evento	7
2. Objetivos específicos	7
3. Definición operativa de caso	7
4. Estrategias de vigilancia y responsabilidades por niveles	8
4.1. Estrategias de vigilancia	8
4.2. Responsabilidad por niveles	8
4.2.1. Ministerio de Salud y Protección Social	8
4.2.2. Instituto Nacional de Salud	8
4.2.3. Empresas Administradoras de Planes de Beneficios	9
4.2.4. Secretarías Departamentales y Distritales de Salud	9
4.2.5. Secretarías Municipales y Locales de Salud	9
4.2.6. Unidades Primarias Generadoras de Datos	10
5. Recolección de los datos, flujo y fuentes de información	10
5.1. Periodicidad del reporte	10
5.2 Flujo de información	11
5.3 Fuentes de información	11
6. Análisis de la información	11
6.1. Procesamiento de los datos	11
6.2. Análisis rutinarios y comportamientos inusuales	12
7. Orientación para la acción	12
7.1 Acciones individuales	12
7.2. Acciones colectivas	13
7.2.1. Información, educación y comunicación	13
8. Comunicación y difusión de los resultados de la vigilancia	13
9. Indicadores	15
10. Referencias	17
11. Control de revisiones	20
12. Anexos	20

1. Introducción

El intento de suicidio es una conducta autoinfligida, iniciada y realizada por un individuo con el uso de diferentes métodos, sin la intervención de otros y sin resultado fatal. La existencia de intentos suicidas en el pasado es uno de los factores de riesgo más importantes para la ocurrencia del suicidio consumado en la población general (1).

En Colombia se vigila el intento de suicidio a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública–Sivigila a partir del año 2016; desde entonces se observa un aumento gradual de la tasa de incidencia nacional. La vigilancia de este evento se desarrolla actualmente en el marco de la Política Nacional de Salud Mental que plantea como una de sus estrategias la gobernanza multinivel con responsabilidades que incluyen la gestión de conocimiento local y nacional sobre la conducta suicida (2).

Este documento presenta la metodología para realizar la vigilancia como evento de interés en salud pública e incluye las responsabilidades de los diferentes actores del sistema de salud de acuerdo con la normatividad vigente.

1.1. Situación epidemiológica

1.1.1. Situación epidemiológica mundial

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó para el año 2019 una tasa global de suicidio ajustada por edad de 9,0 por 100.000 habitantes (12,6 en hombres y 5,4 en mujeres) (3). En el mismo año ésta fue la tercera causa de muerte en el grupo de 10 a 24 años y la causa número 22 en la población general a nivel mundial (4), y representa el 1,3% de las muertes a nivel mundial (3).

La información disponible sobre el comportamiento del intento de suicidio tiene limitaciones por la

complejidad de su definición, su estigmatización en algunos países y a la falta de un sistema apropiado de vigilancia; sin embargo, la OMS estima que a nivel global la frecuencia del intento de suicidio es 20 veces mayor que la del suicidio consumado (1).

Considerando las limitaciones para precisar cifras sobre intentos de suicidio a nivel mundial, estudios realizados entre 2019 y 2023, basados en la revisión sistemática estiman una prevalencia de 10 % en la población general (5). Adicionalmente, se identifica incremento significativo en la atención de estos casos en los servicios de urgencias después de la pandemia por COVID-19 principalmente en mujeres y en personas con antecedentes de trastorno psiquiátrico (6,7).

1.1.2. Situación epidemiológica en las Américas

En la región de las Américas, durante el período 2010-2014 se presentó una tasa de suicidio ajustada por edad de 9,3 por 100,000 habitantes (14,9 en hombres y 4,0 en mujeres). Al interior de la región se registró la mayor tasa en América del Norte (12,8) en contraste con América Latina y el Caribe (6,9). En América Latina y el Caribe, la tasa de suicidio aumenta hasta el grupo de 20 a 24 años y luego se estabiliza hasta que empieza a subir nuevamente a partir del grupo de 75 a 79 años y en América del Sur en el grupo de 60 a 64 años; el mismo comportamiento se observa en hombres. En mujeres la tasa aumenta hasta el grupo de 15 a 19 años y luego disminuye hasta el grupo de 25 a 29 años; sin embargo, en América del Sur, la tasa más elevada se presenta en los grupos de 20 a 24 años (3,5) y de 45 a 59 años (3,5) (8). En general las tasas de suicidio en las Américas se mantuvieron estables en la región de 2010 a 2014 (8); sin embargo, en comparación con las otras regiones a nivel global, ésta es la única que presenta incremento entre 2000 y 2019 (17%) (3).

1.1.3. Situación epidemiológica nacional

En Colombia se registraron 3 118 casos de suicidio en 2022, de los cuales el 79,4 % (2 474) ocurrió en hombres (9); esto es 2,2 % más que el año anterior, en el cual se reportaron 3 079 casos, de los cuales el 80,9 % (2 466) fueron hombres (10).

La Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 muestra que la ideación suicida es tan frecuente en adolescentes como en adultos colombianos. La prevalencia de ideación suicida en adolescentes de 12 a 17 años es de 6,6 %, la prevalencia del intento de suicidio en este grupo de edad es de 2,5 % y el 37,6 % de los adolescentes que han pensado suicidarse lo han intentado. En los adultos, un tercio de los que piensan suicidarse, han tenido planes suicidas y lo han intentado (11). En general, los intentos de suicidio son más frecuentes en mujeres que en hombres (6, 11, 12).

A través del Sivigila en Colombia, se notificaron 40.850 casos de intento de suicidio en 2023 que representan una tasa de incidencia general de 78,3 por 100.000 habitantes 99,1 en mujeres y 56,4 en hombres. Estos intentos ocurrieron en mayor proporción en mujeres (64,9 %), y en cabeceras municipales (84,6%), utilizando principalmente el mecanismo de intoxicación (66, %). El principal factor de riesgo notificado fue el antecedente de trastorno psiquiátrico (45,3 %), principalmente el trastorno depresivo (40,8%), y el principal factor desencadenante los problemas familiares (36,4 %), seguido por los conflictos con pareja o expareja (27,1 %) (12).

En 2023 se presentó la máxima incidencia por 100.000 habitantes en la historia de la vigilancia del evento y para el 71, % de las entidades territoriales también se presentó la incidencia más alta de los últimos cinco años. Las entidades territoriales con tasa de incidencia superior a la tasa nacional fueron Vaupés, Risaralda, Caldas, Guaviare, Boyacá, Amazonas, Nariño, Quindío, Putumayo, Tolima,

Antioquia, Huila, Cali, Valle del Cauca, Santander y Barranquilla. y (12).

1.2. Estado del arte

La literatura sobre el suicidio refiere la existencia de una serie de conductas enmarcadas bajo el nombre de conducta suicida, que incluye la ideación, el plan, el intento y el suicidio consumado (1).

El suicidio es una conducta prevenible (1, 13, 14) si se tiene en cuenta que la mayoría de las personas con intencionalidad suicida realizan manifestaciones relacionadas con este hecho, como comunicar o dar señales a alguien de su entorno sobre sus intenciones autodestructivas (15). La OMS propone por medio del enfoque VIVIR LA VIDA, cuatro estrategias basadas en la evidencia para la prevención del suicidio: limitar el acceso a los medios con los que se realiza, interactuar con los medios de comunicación para informar de manera responsable, fomentar las habilidades socioemocionales para la vida en adolescentes y la identificación, evaluación, manejo y seguimientos oportunos a cualquier persona con conductas suicidas (14).

En el intento de suicidio los medios más utilizados son los plaguicidas, especialmente en países de ingresos medios y bajos, (1, 16, 17), algunos medicamentos y el corte (6, 12), es más frecuente en mujeres, en la adolescencia y la juventud (6, 11, 12).

Estudios longitudinales evidencian que el 40 % de las personas que intentan suicidarse han tenido intentos previos. También se conoce que el riesgo suicida aumenta entre 20 y 30 veces durante los seis primeros meses e incluso durante el primer año después del intento (6, 18).

Los intentos de suicidio graves son aquellos que requieren hospitalización por más de 24 horas y tratamiento en unidades especializadas, cirugía

bajo anestesia general y/o tratamiento médico incluyendo antídotos para sobredosis, telemetrías o pruebas repetidas. Las características de este tipo de intentos son epidemiológicamente muy parecidos a las de aquellos que mueren por suicidio (19).

El riesgo de suicidio se relaciona con el número de factores de riesgo presentes (15). En los intentos de suicidio graves se ha identificado como principales factores presentar un trastorno psiquiátrico, el abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, incluido el alcohol, altos niveles de depresión, ansiedad, desesperación y angustia, factores interpersonales (relaciones y comunicación), toma de decisiones, e impulsividad o agresividad (19).

La pandemia por COVID-19 y las medidas para su prevención y control como el confinamiento, el aislamiento y la restricción a la movilidad, entre otras, modificaron el estilo de vida de la población a nivel mundial y proyectaron afectaciones a la salud mental de la población (20, 21). Se previó que el sentimiento de soledad, la falta de contacto físico, el temor al contagio, la pérdida de seres queridos (20), del empleo y la disminución de ingresos (22) generarían aumento de los trastornos de ansiedad y depresión en la población general (21), la exacerbación de síntomas en quienes ya tenían un trastorno mental (21, 23, 24) y con esto aumento de los casos de suicidio y las autolesiones (25).

En efecto, se identificaron algunos factores de riesgo significativos para la conducta suicida, como tener entre 18 y 44 años, bajo soporte social, bajo nivel de formación, intentos de suicidio previos y presentar depresión o ansiedad, entre otros (5). En el período pospandémico se observan incrementos especialmente en mujeres jóvenes (6, 7).

Como respuesta en casos de conducta suicida es importante contemplar lo estipulado en la Guía de

Práctica Clínica (GPC) para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (adopción) (26) y la Guía de Intervención del Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental de la OMS (MhGAP) (27). La GPC recomienda no sustituir la entrevista clínica por el uso de escalas auto y heteroaplicadas, aunque reconoce que éstas aportan una información complementaria en la evaluación del riesgo suicida.

1.3. Justificación de la vigilancia

En el marco del Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2030 de la OMS, los Estados miembros se comprometieron a desarrollar acciones para reducir la tasa de suicidio en un tercio a 2030 en estos países y se propone reforzar los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre salud mental (28).

Una de las estrategias adoptadas por Colombia para aproximarse al logro de estos compromisos, ha sido la implementación de un sistema de vigilancia epidemiológica de los eventos de interés en salud mental, incluida la conducta suicida, mediante la Ley 1616 de 2013 (Art.35) (29).

La vigilancia en particular del intento de suicidio por medio del Sivigila, se realiza considerando que este evento es un predictor importante del suicidio consumado y de la ocurrencia de futuros intentos de suicidio (1, 14, 26). Estos últimos constituyen una gran carga social y económica para las comunidades debido a la utilización de los servicios de salud para tratar las lesiones, el impacto psicológico y social del comportamiento en el individuo y sus asociados, y ocasionalmente, a una discapacidad a largo plazo debida a la lesión (1).

Con el propósito de reducir la morbilidad y la mortalidad por la conducta suicida, el país adoptó la Política Nacional de Salud Mental (2), la Estrategia nacional para la prevención de la conducta suicida (30), y el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 estableció como meta mantener la tasa de mortalidad por suicidio por debajo de 5 por 100 000 habitantes (31).

1.4. Usos y usuarios de la vigilancia para el evento

La vigilancia del intento de suicidio permite describir y monitorear el comportamiento del evento, generando información útil y oportuna para la toma de decisiones en el marco de la Política Nacional de Salud Mental y las demás acciones de intervención que se puedan derivar.

Los usuarios de la información generada por el sistema de vigilancia serán:

- Ministerio de Salud y Protección Social
- Direcciones departamentales, distritales y municipales de salud.
- Las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) y las Unidades Informadoras (UI).

- Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.
- Organización Panamericana de la Salud
- Comunidad médica.
- Población en general.

2. Objetivos específicos

1. Describir en términos de variables de persona, tiempo y lugar el comportamiento de los casos notificados de intento de suicidio.
2. Realizar seguimiento a los indicadores de intento de suicidio.
3. Caracterizar los métodos y los medios utilizados en los intentos de suicidio.
4. Detectar oportunamente los cambios en los patrones de ocurrencia del evento e identificar el riesgo de repetición.

3. Definición operativa de caso

Con base en los conceptos establecidos por la OPS/OMS, se construyó la definición de caso para este evento, la cual se mantiene desde el inicio de su vigilancia (Tabla 1).

Tabla 1. Definición operativa de caso de intento de suicidio. Colombia 2025.

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso confirmado clínicamente	Conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia implícita o explícita de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede causar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método. *
Caso descartado	Se descartan los casos que no cumplan con la definición, como el plan o la ideación suicida, y las intoxicaciones accidentales.
Ajustes	Los ajustes a la información de casos de intento de suicidio se deben realizar a más tardar en el período epidemiológico inmediatamente posterior a la notificación del caso, de conformidad con los mecanismos definidos por el sistema.

	Los ajustes permitidos a los casos notificados son: ajuste D: “error de digitación” únicamente cuando alguna de las variables que conforman la llave primaria es incorrecta: código del evento, código del prestador, subíndice del prestador, tipo de documento, número de identificación, semana y año epidemiológicos, y el caso se debe volver a notificar correctamente; ajuste 6: “descartado” cuando después de revisado el caso, se concluya que no cumple con la definición operativa de caso; y ajuste 7: “otro ajuste”, para actualizar los datos de cualquier variable de la ficha de notificación, excepto las variables de la llave primaria.
--	--

* Fuente: Basado en conceptos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

4. Estrategias de vigilancia y responsabilidades por niveles

4.1. Estrategias de vigilancia

4.1.1. Vigilancia pasiva

Corresponde a la notificación de casos confirmados por clínica de intento de suicidio al sistema de información Sivigila de forma periódica e individual mediante la ficha de notificación código INS 356 en Sivigila 4.0.

4.1.2. Vigilancia Basada en la Comunidad

Los vigías y los gestores comunitarios son potenciales detectores de señales, alertas y posibles casos y conglomerados (32) de intento de suicidio. Desde su rol, el vigía o el gestor comunitario puede reportar al agente de salud o a quien tenga definido la entidad territorial, situaciones en salud mental que pudieran conducir a la ocurrencia de un intento de suicidio; por ejemplo, pensamientos, planes o actos actuales de autolesión o suicidio, o antecedentes de pensamientos, planes, o actos de autolesión, o suicidio en una persona que se muestra extremadamente agitada, violenta o afligida o que no se comunica, dolor crónico, sufrimiento emocional extremo, desesperanza o desesperación extremas (27) y se encuentra en cualquiera de los entornos (familiar, laboral, educativo, comunitario e institucional) (2).

4.2. Responsabilidad por niveles

Será conforme a lo establecido en el Decreto 3518 de 2006 (por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública), compilado en el Decreto 780 de 2016 (por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social).

Adicionalmente, para la vigilancia de intento de suicidio, se anotan las siguientes:

4.2.1. Ministerio de Salud y Protección Social

- Desarrollar y socializar los lineamientos técnicos para orientar a las entidades territoriales sobre acciones de vigilancia y promoción de la salud mental, prevención, y atención integral e integrada, que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales.

4.2.2. Instituto Nacional de Salud

- Asesorar a las entidades territoriales y a las aseguradoras en la vigilancia en salud pública del evento.

- Divulgar la información que resulte del análisis de la notificación del evento a través de publicaciones o informes que establezca la Institución.
- Participar en actividades de análisis del evento en espacios intersectoriales e interinstitucionales con el fin de contribuir a la toma de decisiones informada.

4.2.3. Empresas Administradoras de Planes de Beneficios

- Socializar e implementar en la red de prestadores de servicios de salud el presente protocolo, garantizando la notificación y atención oportuna de los casos.
- Garantizar las acciones individuales e integrales en los casos de Intento de suicidio, acorde con lo establecido en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y a la normatividad vigente
- Analizar y utilizar la información derivada del proceso de vigilancia para orientar la toma de decisiones en beneficio de su población afiliada.

4.2.4. Secretarías Departamentales y Distritales de Salud

- Notificar los casos de intento de suicidio de su departamento al Instituto Nacional de Salud, de acuerdo con los flujos de información y la periodicidad definida para el evento.

- Realizar análisis periódico del comportamiento del evento en los municipios de su departamento.
- Retroalimentar periódicamente a las Unidades Notificadoras Municipales (UNM) según los hallazgos encontrados en el proceso de validación, depuración y análisis del evento.
- Divulgar en espacios locales como los COVE u otros, los hallazgos y resultados de los análisis del evento.
- Asesorar, gestionar y apoyar a las UNM en el proceso de vigilancia, análisis y divulgación de la información del evento.

4.2.5. Secretarías Municipales y Locales de Salud

- Notificar los casos de intento de suicidio a la Unidad Notificadora Departamental (UND), de acuerdo con los flujos de información y la periodicidad definida para el evento.
- Realizar el proceso de depuración, validación de la calidad del dato y análisis de la información generada de la notificación del evento.
- Divulgar en espacios locales como los COVE u otros, los hallazgos y resultados de los análisis del evento.

4.2.6. Unidades Primarias Generadoras de Datos

- Notificar los casos de intento de suicidio a la UNM, de acuerdo con los flujos de información y la periodicidad establecida para el evento.
- Realizar el proceso de depuración, validación de la calidad del dato y análisis de la información generada de la notificación del evento.
- Socializar e implementar en la red de prestadores de servicios de salud el presente protocolo, garantizando la notificación y atención oportuna de los casos.
- Garantizar las acciones individuales e integrales en los casos de Intento de suicidio, acorde con lo establecido en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y a la normatividad vigente

- Analizar y utilizar la información derivada del proceso de vigilancia para orientar la toma de decisiones en beneficio de su población usuaria.

5. Recolección de los datos, flujo fuentes de información

5.1. Periodicidad del reporte

La información fluirá a través de los diferentes niveles de acuerdo con la periodicidad descrita en la Tabla 2.

Tabla 2. Periodicidad de los reportes

Actividad	Responsabilidad
Notificación super inmediata	Se deben notificar de manera super inmediata los casos confirmados de intento de suicidio en: - Menores de 5 a 9 años y - Los casos confirmados de cualquier edad con intentos previos.
Notificación inmediata	Los casos confirmados de intento de suicidio con edades entre 10 a 17 años se deben notificar de manera inmediata.
Notificación semanal	Los restantes casos confirmados de intento de suicidio deben notificarse semanalmente

5.2 Flujo de información

El flujo de información para la recolección de datos corresponde al procedimiento nacional de notificación de eventos; el respectivo documento “Metodología de la operación de estadísticas de vigilancia de eventos en salud pública” puede ser consultado en el portal web del INS: [7-metodologia-de-la-operacion-estadistica-de-vigilancia-de-evento-de-salud-publica.pdf](#)

5.3 Fuentes de información

El conjunto de datos requerido para describir el comportamiento de la vigilancia en salud pública del país se obtiene a partir de la recolección realizada por las UPGD y UI en el territorio nacional, de los datos de pacientes que cumplen con la definición de caso de cada evento de interés en salud pública y que son diligenciados en el Registro Administrativo “Sivigila” utilizando cualquiera de las herramientas disponibles de la suite de Sivigila 4.0 desarrollada por el Instituto Nacional de Salud - INS.

La Operación Estadística de Vigilancia de eventos de salud pública, hace un aprovechamiento de dicho Registro Administrativo y se constituye en una de las fuentes oficiales para Colombia, de la información referente a los eventos de interés en salud pública. Para algunos eventos, esta fuente se integra a otros sistemas de información del tipo Registro, que, de acuerdo con la legislación colombiana, son la fuente oficial del evento.

Los casos serán captados a través de los servicios de urgencias de las unidades notificadoras de cualquier nivel de complejidad.

Para complementar los datos obtenidos del sistema de vigilancia se hace uso de otros registros tales como:

- Registros individuales de Prestación de Servicios de Salud -RIPS.
- Historias clínicas.

6. Análisis de la información

6.1. Procesamiento de los datos

La depuración de la base de datos del evento intento de suicidio generada a través del Sivigila se realiza teniendo en cuenta lo siguiente: Una vez excluidos los casos descartados y los correspondientes a otras semanas que no corresponden al corte para analizar, se identifican los casos duplicados por código del prestador, subíndice, número de identificación y fecha de ocurrencia. Para efectos de análisis se seleccionan los registros de acuerdo con las variables “fecha de ocurrencia” y “fecha de hospitalización”, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Si los casos tienen igual fecha de ocurrencia, se selecciona el que tiene mayor calidad del dato. Si tienen igual calidad del dato, se selecciona el que tiene fecha de hospitalización.

-Si tienen fechas de ocurrencia diferentes, se verifica la “fecha de hospitalización”, y si la fecha está dentro de la misma semana epidemiológica deje el caso que tiene fecha de ocurrencia más antigua y excluya el más reciente; si la diferencia entre fechas de ocurrencia es de dos o más

semanas, deje los dos o más casos, ya que puede tratarse de una repetición del intento de suicidio en el mismo año.

6.2. Análisis rutinarios y comportamientos inusuales

Teniendo como insumo la base de datos depurada, se realizan los siguientes análisis por el lugar de ocurrencia del evento:

-Caracterización del evento a través de estadística descriptiva, mediante el cálculo de frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central, de las variables de persona, lugar y tiempo y análisis del comportamiento y tendencia del evento por semana y año epidemiológico.

Se sugiere describir la información de las variables contenidas en la ficha de datos complementarios como nivel de formación, factores desencadenantes, de riesgo, mecanismo, entre otras.

-Comportamientos inusuales de incremento y decremento de acuerdo con el comportamiento histórico de la notificación. Tomando como base el método analítico usado en el Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) por los Centros para el Control de Enfermedades (CDC), se compara estadísticamente el número reportado de casos con corte a la semana o periodo acumulado con el promedio histórico de los años anteriores con el mismo corte; para esto se calcula el error estándar, límite superior e inferior para la razón observada. De esta manera, se identifican los valores que se encuentran dentro,

por encima, o por debajo de los límites, considerando inusual las dos últimas situaciones.

Hasta el año 2019 la semana epidemiológica del evento se calculó a partir de la “Fecha de la notificación”; con el fin de describir con mayor precisión la ocurrencia de los casos en la vigencia en curso fue necesario cambiar esta validación. Por esta razón, a partir de 2020 el cálculo de la semana epidemiológica se hace a partir de la “Fecha de ocurrencia”. Se debe tener en cuenta esta modificación para el análisis de la información, especialmente cuando se compare con los datos de años anteriores.

El cierre de la base de datos se continuará haciendo anualmente, quedando registrados los casos con fecha de ocurrencia correspondiente al año epidemiológico en curso.

7. Orientación para la acción

7.1 Acciones individuales

La ocurrencia de un caso de intento de suicidio demanda acciones inmediatas por parte del prestador de servicios de salud para salvaguardar la vida del paciente. Adicional a la GPC para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida, en salud mental también están disponibles las siguientes:

- ❖ GPC para la detección temprana y diagnóstico del episodio y trastorno depresivos recurrente en adultos.
- ❖ GPC para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda

de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol.

- ❖ GPC para el diagnóstico, tratamiento e inicio de la rehabilitación psicosocial de los adultos con esquizofrenia.
- ❖ GPC para el diagnóstico y tratamiento del trastorno neuro cognoscitivo mayor (Demencia).

Como acción de vigilancia en salud pública, siempre que se cumpla definición de caso, se debe:

- Notificar los casos de intento de suicidio al Sistema de Vigilancia en Salud Pública de acuerdo con el protocolo y lineamientos vigentes.

7.2. Acciones colectivas

7.2.1. Información, educación y comunicación

Con el fin de lograr un abordaje integral del evento, se propone utilizar la información generada por vigilancia en salud pública como insumo para la toma de decisiones relacionadas con la salud mental a través de las siguientes acciones:

- Analizar la información sobre el evento, identificar los comportamientos inusuales y la presencia de posibles conglomerados. Se debe hacer énfasis en el monitoreo del comportamiento del evento durante las celebraciones, o temporadas del año epidemiológico; por ejemplo, en los cortes de período de actividad académica, de evaluaciones académicas y celebraciones de amor y amistad, así como en celebraciones, o

en temporadas de actividad social o económica significativas para cada región, y/o de acuerdo con el comportamiento observado históricamente.

- Comunicar los resultados del análisis del evento: a los equipos de trabajo que tienen como competencia el despliegue de la Estrategia nacional para la prevención de la conducta suicida en los territorios, de acuerdo con sus características demográficas, epidemiológicas y socioculturales.

7.3. Situación de alerta, brote y emergencia en salud pública

Cuando se presente incremento inusual por cuatro semanas epidemiológicas consecutivas en una entidad territorial; es importante que ésta active la Sala de Análisis del Riesgo (SAR) para el seguimiento y valoración de la situación teniendo en cuenta los lineamientos para su realización, publicados en la página Web del INS: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/etapa-2-valoracion-del-riesgo-e-integracion-de-fuentes.pdf>.

8. Comunicación y difusión de los resultados de la vigilancia

La comunicación y difusión periódica de la información resultante del análisis de la vigilancia en salud pública de intento de suicidio tiene como propósito desarrollar la capacidad resolutoria del equipo territorial, siendo un insumo fundamental que apoya la toma de decisiones y contribuye en la generación de acciones de prevención y control sobre el evento en el territorio. (33).

Con el fin de divulgar de forma sistemática el análisis de los eventos de interés en salud, el Instituto Nacional de Salud publica de forma rutinaria los informes gráficos con el análisis del comportamiento del evento e informes finales con los cierres anuales. Así mismo, se ha publicado en el Portal Sivigila 4.0 módulos de análisis que comprenden: i. número de casos reportados, ii. Estimaciones de medidas de frecuencia, iii. Generación de canales endémicos para eventos agudos, iv. Mapas de riesgo, v. Diagramas de calor y vi. generación de microdatos.

Los datos corresponden a cierres anuales depurados desde 2016, que permiten una desagregación geográfica por departamento, distrito, municipio, desagregación temática por evento, desagregación temporal por año y desagregación institucional por Institución Prestadora de servicios de salud o red conexas que caracterizó y notificó el evento y la Entidad Administradora de Planes de Beneficios responsable del aseguramiento de los pacientes.

Las entidades territoriales departamentales, distritales o municipales, tienen bajo su responsabilidad difundir los resultados de la vigilancia de los eventos de interés en salud pública, por lo cual se recomienda realizar de manera periódica boletines epidemiológicos, tableros de control, informes gráficos, informes de eventos, entre otros, asimismo, utilizar medios de contacto comunitario como radio, televisión o redes sociales, con el fin de alertar tempranamente ante la presencia de eventos

que puedan poner en peligro la seguridad sanitaria local.

Es importante la inclusión de este tema en los comités de vigilancia epidemiológica locales, así como en espacios donde la información del evento pueda ser útil para orientar la toma de decisiones sobre acciones en salud mental.

La información sobre ciertos tipos de intento de suicidio puede ejercer una influencia sobre las conductas de las personas vulnerables y también puede crear opinión sobre aspectos que estigmatizan a las personas afectadas y a sus allegados. Por ello, un tratamiento adecuado del evento por parte de los medios de comunicación puede influir positivamente en algunos aspectos de su prevención y en el efecto sobre los afectados y su entorno.

9. Indicadores

Tabla 3. Indicador de incidencia de intento de suicidio

Nombre del indicador	Tasa de incidencia de intento de suicidio
Tipo de indicador	Impacto
Definición	Número de casos nuevos confirmados en una población durante un período de tiempo determinado.
Propósito	Estimar la magnitud del evento
Definición operacional	Numerador: número de casos nuevos confirmados notificados en el período. Denominador: Proyecciones de población DANE.
Coeficiente de multiplicación	100.000
Fuente de información	Sivigila Proyecciones de población DANE
Interpretación del resultado	En el período _ se notificaron _ casos nuevos del evento por cada 100.000 habitantes.
Nivel	Nacional, departamental, y municipal
Periodicidad	Semestral
Meta	No aplica

Tabla 4. Indicador de Proporción de repetición del intento de suicidio en el mismo año

Nombre del indicador	Proporción de repetición del intento de suicidio en el mismo año
Tipo de indicador	Impacto
Definición	Proporción de personas que presentan más de un intento de suicidio en el año epidemiológico.
Propósito	Identificar y describir un criterio de riesgo asociado al intento de suicidio, como insumo para orientar acciones de focalización y prevención en salud pública.
Definición operacional	Numerador: Número de personas que son notificadas con más de un intento de suicidio durante el mismo año epidemiológico. Denominador: Número total de personas con intento de suicidio notificado en el año epidemiológico.
Coeficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Sivigila
Interpretación del resultado	Del total de personas que presentó intento de suicidio, el __% presentó repetición del intento de suicidio en el mismo año epidemiológico.
Nivel	Nacional, departamental, y municipal
Periodicidad	Semestral
Meta	No aplica

10. Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. [Internet]; Washington, D.C.: OPS, 2014. [Citado 2024 mar 11]. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>
2. República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4886 de 2018. Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. [Internet]. Colombia, 2018. [Citado 2024 mar 10]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-4886-de-2018.pdf>
3. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: Global health estimates. Geneva: 2021. [Internet] [Citado 2024 mar 13] Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
4. Murray, JL, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet [Internet]. 2020 oct 17; 396: 1204–1222. CC BY 4.0 license [Citado 2024 mar 13] doi:10.1016/S0140-6736(20)30925-9
5. Tsen, Y, Konara, S, Sujeewa, M, et.al. Global review of suicidal behavior and risk factors among general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and a Meta-regression. The Lancet. Preprint. 2024. [Internet]. [Citado 2024 mar 10]. Disponible en https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4731185
6. Joyce, M, Chakraborty, S, Hursztyn, P, O'Sullivan, G, McGuigan, JC, Nicholson, S, Arensman, E, Griffin, E, Williamson, E, Corcoran, P. National Self-Harm Registry Ireland Annual Report 2021. Cork: National Suicide Research Foundation. 2024 [citado 2024 mar 16]. Disponible en: <https://www.drugsandalcohol.ie/40475/1/NSRF-National-Self-Harm-Registry-Ireland-annual-report-2021.pdf>
7. Fernandez-Martinez, Barros-Martinez, A.; Martinez-Fernandez, M.C.; Quinones-Perez, M. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Self-Harm Attempts Observed in a Hospital Emergency Department. Healthcare 2024, 12, 385. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/healthcare12030385>
8. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional 2010-2014 Washington, D.C.: OPS, 2021. [Citado 2024 mar 12] Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275323304>.
9. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Defunciones no fetales 2022. [Internet]. Bogotá, D.C. Dirección de Censos y Demografía, DANE, 2023. [Citado 2024 marzo 10]. Disponible en <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales/defunciones-no-fetales-2022>
10. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Defunciones no fetales 2021. [Internet]. Bogotá, D.C. Dirección de Censos y Demografía, DANE, 2023. [Citado 2024 marzo 10]. Disponible en

<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales/defunciones-no-fetales-2021>

11. Ministerio de la Protección Social-Colciencias. Encuesta Nacional de Salud mental: tomo I. [Internet] Bogotá, 2015. [Citado 2024 mar 14]. 348 p. Disponible en:

http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf

12. Instituto Nacional de Salud, Colombia. Informe de evento 2023 Intento de suicidio. [Citado 2024 sep 09].

<https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/INTENTO%20DE%20SUICIDIO%20INFORME%20DE%20EVENTO%202023.pdf>.

13. Evans E, Hawton K, Rodham K, Psychol C, Deeks J. The Prevalence of Suicidal Phenomena in Adolescents: A Systematic Review of Population Based Studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2005; 35(3): 239-50. doi: 10.1521/suli.2005.35.3.239

14. World Health Organization (2021). LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: 2021 [Citado 2024 mar 18] Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>

15. Anseán, A. Suicidios: manual de prevención, intervención y posvención de la conducta suicida. Madrid: Fundación Salud Mental España, para la prevención de los trastornos mentales y el suicidio, 2014

16. World Health Organization and Food and Agriculture Organization of the United Nations. Preventing suicide: a resource for pesticide registrars and regulators. 2019. Licence: CCBY-NC-SA 3.0 IGO

17. Mew EJ, Padmanathan P, Konradsen F, et. al. The global burden of fatal self-poisoning with pesticides

2006-15: Systematic review. *J Affect Disord*. 2017; 219: 93-104. doi:10.1016/j.jad.2017.05.00

18. Peterson C, Xu L, Leemis RW, Stone DM. Repeat Self-Inflicted Injury Among U.S. Youth in a Large Medical Claims Database. *Am J Prev Med*. 2019 mzo.; 56(3): 411–419. doi:10.1016/j.amepre.2018.09.009.

19. Gvion, Y, Levi-Belz, Y. Serious Suicide Attempts: Systematic Review of Psychological Risk Factors. *Frontiers in Psychiatry*. 2018; 9 (56): 1-17. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00056.

20. Organización Mundial de la Salud. Cuidar nuestra salud mental [Internet]. 2020 [citado 2024 mar. 12]. Disponible en:

https://www.who.int/es/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---mental-health?gclid=EAlaIQobChMI9Lz4kJrj7gIVRa-Ch2jkASuEAAYASAAEgJUwvD_BwE

21. Sher L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM: An International Journal of Medicine*. 2020 oct.; 113(10): 707–712. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa202>

22. Kawohl W, Nordt C. COVID-19, unemployment, and suicide. *Lancet Psychiatry*. 2020 may. 01; 7(5): 389-390. doi:10.1016/S2215-0366(20)30141-3

23. Hao F, Tan W, Jiang L, Zhang L, Zhao X, Zou Y, et. al. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020; 87: 100-106. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.069>.

24. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N, et. al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020; [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1)

25. John A, Okolie C, Eyles E, et. al. The impact of the COVID-19 pandemic on self-harm and suicidal behaviour: a living systematic review [version 1; peer

review: 1 approved, 2 approved with reservations]
F1000 Research 2020; 9:1097.
<https://doi.org/10.12688/f1000research.25522.1>

26. Ministerio de Salud y Protección Social. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Guía de Práctica Clínica GPC para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (Adopción). Guía completa 2017. Ministerio de Salud y Protección Social Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud: Bogotá, Colombia, 2017 [Citado 2024 ago 14]. 482 p. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/guia-prevencion-conducta-suicida-adopcion.pdf>

27. Organización Panamericana de la Salud. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. Washington, D.C.: OPS; 2017. [Citado 2024 mar 14]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>

28 Comprehensive mental health action plan 2013–2030. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [Internet] [citado 2024 mar. 8] Disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>

29. Congreso de la República de Colombia. Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. [Internet]. Colombia, 2013. [Citado 2024 mar 10]. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1616_2013.html

30. República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Prevención de la conducta suicida. Estrategia nacional. [Internet]. Colombia, 2021. [Citado 2024 mar 12]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/estrategia-nacional-conducta-suicida-2021.pdf>

31. República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2367 de 2023. Por el cual se modifican los artículos 1, 2, y 3 de la Resolución 1035 de 2022 y los capítulos 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 y 11 del anexo técnico del “Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031” [Internet]. [Citado 2024 mar 12]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202367%20de%2023.pdf

32. Franklyn Prieto Alvarado, Maritza González Duarte, Hernán Quijada Bonilla, Ángela Alarcón Cruz. Bogotá, D. C., Colombia: Instituto Nacional de Salud. Caja de herramientas para la gestión del riesgo colectivo en brotes, epidemias y eventos de interés en salud pública Etapa 1.1 Sistema de alerta temprana: Vigilancia basada en comunidad-Generalidades. Disponible en <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/etapa-1-1-sistema-de-alerta-temprana-vigilanciabasadaencomunidad-generalidades.pdf>

33. Organización Panamericana de la Salud. Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. Unidad 4 Vigilancia en salud pública. Segunda edición. Washington D.C.: OPS; 2011. 48-49).

11. Control de revisiones

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN			DESCRIPCIÓN	ELABORACIÓN O ACTUALIZACIÓN
	AA	MM	DD		
00	2015	11	30	Creación del protocolo	Camilo Alejandro Alfonso Grupo de Vigilancia y Control de Enfermedades No Transmisibles
01	2017	06	01	Se hizo ajuste a la notificación; pasa de ser inmediata a semanal.	Ana María Blandón Rodríguez Profesional especializado
02	2017	12	29	Actualización de formato.	Ana María Blandón Rodríguez Profesional especializado
03	2020	06	02	Actualización de bibliografía, normatividad, responsabilidades por niveles, y de redacción.	Yalena Mosquera Bahamón Profesional especializado
04	2022	03	10	Actualización de bibliografía, ampliación de fuentes de información, comunicación de resultados, inclusión de metodología de procesamiento y análisis de información, y situaciones de alerta, cambio de formato del protocolo	Yalena Mosquera Bahamón Profesional especializado
05	2024	12	30	Actualización de referencias bibliográficas, datos epidemiológicos y ajustes de redacción en la totalidad del documento. Inclusión de la Estrategia de vigilancia basada en la comunidad. Actualización de periodicidad del reporte. Inclusión de la Estrategia nacional para la prevención de la conducta suicida. Eliminación del indicador proporción de la notificación de Intento de suicidio Inclusión del indicador Repetición del intento de suicidio en el mismo año.	Yalena Mosquera Bahamón Profesional especializado
06	2025	06	09	Ajuste del documento en concordancia con la periodicidad del reporte. Ajuste en el uso de siglas. Inclusión de la fuente de captación de casos. Ajuste del indicador Repetición del intento de suicidio en el mismo año.	Yalena Mosquera Bahamón Profesional especializado

12. Anexos

Anexo 1. Ficha de notificación datos básicos y complementarios 356 [356 Int Suicidio 2024.pdf](#)