

CONDUCTA SUICIDA EN BOGOTÁ D. C.

**DIAGNÓSTICO PARA LA GENERACIÓN DE
RECOMENDACIONES DE POLÍTICA**

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ 703 000 personas mueren por suicidio en todo el mundo cada año, lo que corresponde a una muerte cada 40 segundos; en el 2019 se estimó una tasa anual mundial de suicidio ajustada según la edad de 9,0 por 100.000 habitantes (12,6 en hombres y 5,4 en mujeres), siendo en el mismo año la tercera causa de muerte en el grupo de 10 a 19 años y la tercera causa de muerte en jóvenes de 15 a 19 años para ambos sexos². En la Región de las Américas se notificó un promedio de 98,000 muertes por suicidio al año entre 2015 y 2019 siendo la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 20 a 24 años y la tasa de suicidio más alta de la Región en personas de 45 a 59 años, seguidas por las de 70 años o más³.

La conducta suicida es un fenómeno que ataca en silencio y hace referencia a un grupo de eventos relacionados con el deseo que pudieran tener algunos individuos de causar su propia muerte⁴, está demarcada en diferentes conductas alrededor de la idea de terminar con la vida de manera voluntaria o en consecuencia a trastornos mentales (OMS, 1992). Al ser un resultado no deseado en salud mental tiene origen multifactorial y se ha definido como “una secuencia de eventos denominado proceso suicida que se da de manera progresiva, en muchos casos e inicia con pensamientos e ideas que se siguen de planes suicidas y culminan en uno o múltiples intentos con aumento progresivo de la letalidad sin llegar a la muerte, hasta el suicidio consumado”. Su espectro incluye la ideación suicida, la amenaza suicida, el intento de suicidio y el suicidio^{5 6}

En Bogotá se cuenta con el Subsistema De Vigilancia De Conducta Suicida (SISVECOS)⁷, el cual realiza vigilancia de las cuatro tipologías de la conducta suicida que a continuación define:

- Ideación suicida: “pensamientos en el que la persona considera la opción de atentar contra su propia vida (“me quiero matar”). Pueden tener diferentes grados de elaboración, pero todas representan una señal de alerta”.
- Amenaza suicida: “punto intermedio entre la ideación y el intento de suicidio, en que la persona da indicios claros (verbales o no verbales) de que va a intentar suicidarse con mecanismo establecido, puede ser como chantaje a las personas queridas, o como manifestación clara de su sufrimiento vital a las personas de su entorno”.

¹ Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. [Internet]; Washington, D.C.: OPS, 2016. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>. [Consultado el 12 de noviembre 2022]

² World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: Global health estimates. Geneva: 2021. Disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>. [Consultado el 12 de noviembre 2022]

³ Organización Panamericana de la salud y Organización mundial de la salud. Prevención del suicidio. [Internet]; <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>. [Consultado el 12 de noviembre 2022]

⁴ Instructivo del sistema de vigilancia epidemiológica de vigilancia epidemiológica de conductas suicidas SISVECOS SIVIGILA D.C.

⁵ Política Nacional de Salud Mental. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 4886 de 2018. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>

⁶ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), Bogotá 2015 [en internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/presentacion-encuesta-nacional-salud-mental-2015.pdf>

⁷ Instructivo del sistema de vigilancia epidemiológica de vigilancia epidemiológica de conductas suicidas SISVECOS SIVIGILA D.C.

- Intento de suicidio: “conducta potencialmente lesiva auto-infligida 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”.
- Suicidio consumado (Muerte por suicidio): “acto auto lesivo intencionado con resultado de muerte”

En Colombia, se ha logrado identificar que el fenómeno de la conducta suicida y del suicidio ocurre en edades tempranas abarcando especialmente la adolescencia y la juventud en mayor proporción⁸, dado que en estos ciclos de vida existe la ambivalencia de amor-odio fuertemente, la soledad, la impulsividad, el binomio autoimagen-autoestima disminuida y el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) sumado a las pocas herramientas y habilidades de afrontamiento para la resolución de problemas y manejo de las emociones.⁹ Además se encontró que en el país el sexo femenino presenta mayor prevalencia de intento suicida mientras que el sexo masculino mayor prevalencia de suicidio y que la población con intento suicida previo, tiene bajos niveles de autoeficacia y altos niveles de desesperanza.¹⁰ Las diferencias de género en las tasas de comportamiento suicida se conocen como la “paradoja de género” (Canetto y Sakinofsky 1998)

La OMS considera que el intento de suicidio es 20 veces mayor que el suicidio¹ y que la presencia de intentos suicidas en el pasado es uno de los factores de riesgo más fuertes para la ocurrencia de muerte por suicidio¹¹, asimismo, se identifica el consumo de alcohol durante el último año y los problemas familiares y de pareja como desencadenantes¹². Estudios describen que la presencia de algún trastorno psiquiátrico puede influir en el desenlace fatal de la conducta suicida entre ellos la depresión, el uso de sustancias y la psicosis constituyen los factores de riesgo más relevantes, pero también la ansiedad, los trastornos mentales orgánicos, los trastornos relacionados con la personalidad y la alimentación^{13, 14}

Por otra parte, el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) reportó que las tasas de Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) por alteraciones mentales y del comportamiento han venido creciendo desde 2009 con 4,63 AVPP, hasta 17,42 AVPP por 100 mil habitantes en 2016¹⁵. Según la OPS la carga de suicidio para Colombia de acuerdo a los años de vida ajustados por discapacidad

⁸ Núñez-Ariza, A., Reyes-Ruiz, L., Sánchez-Villegas, M., Carmona-Alvarado, F. A., Acosta-López, J., & Moya-De Las Salas, E. (2020). Ideación suicida y funcionalidad familiar en adolescentes del caribe colombiano.

⁹ Bravo-Andrade, H. R., Ruvalcaba-Romero, N. A., Orozco-Solis, M. G., & Macías-Espinoza, F. (2020). Factores individuales que protegen o favorecen el riesgo de suicidio adolescente: estudio cualitativo con grupos focales.

¹⁰ Vigoya-Rubiano AR, Osorio-Barajas YS, Salamanca-Camargo Y. Caracterización del intento de suicidio en una ciudad colombiana (2012 – 2017). *Duazary*. 2019 enero; 16(1): 53-66. Doi: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.2545>

¹¹ Kokkevi A, Rotsika V, Arapaki A, Richardson C (2012) Intentos de suicidio autoinformados por adolescentes, pensamientos de autolesión y sus correlatos en 17 países europeos. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip* 53:381–389. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02457>.

¹² Castro-Rueda V, Martínez-Villaiba A, Camacho P, Rueda-Jaimes G. Factores de riesgo y protectores para intento suicida en adultos colombianos con suicidabilidad. *Rev Col Psiqui.* 2010 Dic; 39(4):705-715. DOI: 10.1016/S0034-7450(14)60210-9

¹³ Brådvik L. Riesgo de suicidio y trastornos mentales. *Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública*. 2018; 15(9):2028. <https://doi.org/10.3390/ijerph15092028>

¹⁴ Bachmann S. (2018). Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *International journal of environmental research and public health*, 15(7), 1425. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071425>.

¹⁵ Política Nacional de Salud Mental. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 4886 de 2018. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>

(DALY), los años de vida perdidos debido a una muerte prematura (YLL) y los años vividos con discapacidad (YLD) estimados del 2000 al 2019 es de 3,74 (95% IU 2,54 - 8,68) muertes por 100.000 habitantes y este nivel de carga de enfermedad ubica a Colombia en el Quintil 2: 20 a 40% entre todos los países de la Región de las Américas¹⁶

Acorde con lo expresado por la OMS y la OPS¹⁷ el suicidio se puede prevenir con apoyo de intervenciones oportunas en salud mental pues la conducta suicida al igual que otros problemas de salud pública tiene un origen multifactorial que constituyen un reto para la institucionalidad dada la complejidad que implica su abordaje y prevención desde el punto de vista intersectorial. Además el estigma social y la falta de conciencia siguen siendo los principales obstáculos para la búsqueda de ayuda ante la presencia de conducta suicida lo que pone de relieve la necesidad de alfabetización contra el estigma en la salud mental¹⁸.

Este documento contiene un análisis entre el 2019 y 2021, no se incluyó el año 2020 dado que fue un año epidemiológico atípico por la pandemia COVID-19 y las restricciones secundarias a las medidas sanitarias tomadas para la contención y mitigación de la pandemia COVID-19 como el aislamiento obligatorio y el cierre de diferentes servicios de salud e instituciones educativas. El SISVECOS se nutre de diferentes orígenes como centros educativos, DUES (CRUE), servicios de urgencias, línea 105 y comunidad en general en ese contexto las medidas de tomadas en la pandemia alteraron la notificación en el 2020.

¹⁶ OPS. La carga del suicidio en la Región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud. 2021. <https://www.paho.org/en/enlace/burden-suicide>

¹⁷ Organización Mundial de la Salud (2014). Prevención del suicidio: un imperativo mundial. Washington, DC: OPS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>

¹⁸ Organización Panamericana de la Salud (2022). Día Mundial para la prevención del suicidio 2022 OPS. <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-prevencion-suicidio-2022>

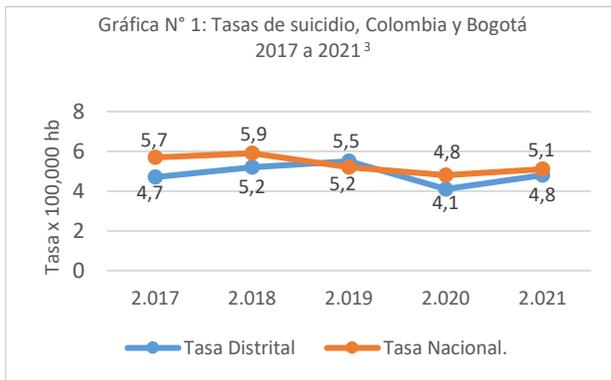
ENFOQUE

El presente análisis pretende ayudar a promover en la agenda pública la articulación de una respuesta institucional intersectorial organizada para promocionar la salud mental y prevenir la conducta suicida a través de la identificación oportuna del riesgo suicida. A razón de esto se encuentra la prioridad de repensar la salud mental desde la definición universal de salud y por ende la conducta suicida no solo desde los factores individuales si no desde los diferentes sectores que influyen en este fenómeno incluidos los determinantes sociales que afectan la salud mental de la población en el Distrito para articular los esfuerzos de los actores sociales e institucionales interesados en gestar las condiciones necesarias para mitigar esta situación.

RESULTADOS

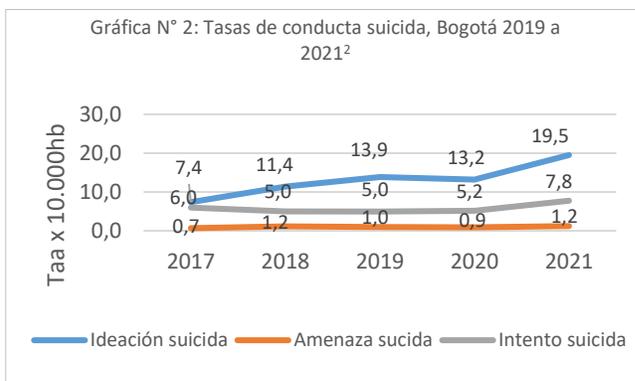
En Bogotá D. C, en el último quinquenio el comportamiento de las tasas de ideación suicida, amenaza suicida, intento de suicidio¹⁹ y suicidio consumado presentaron tendencia al ascenso, excepto en muertes por suicidio del 2020²⁰, muy similar a la tendencia del país (gráfica 1 y 2).

Gráfica 1. Comparativo de tasas de suicidio nacional vs distrital 2017 a 2021.



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF - a través del Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (CRNV). 2017 – 2021. DANE - Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Retroproyecciones y Proyecciones de población para Colombia.

Gráfica 2. Tasas de conducta suicida Bogotá 2017 a 2021



Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Base de datos SISVECOS 2017 - 2021. DANE - Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Retroproyecciones y Proyecciones de población para Colombia.

¹⁹ Sistema de vigilancia de conducta suicida, SISVECOS 2017 a 2021.

²⁰ Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF - a través del Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (CRNV). 2017 – 2021

De acuerdo con las características sociodemográficas el número de eventos de conducta suicida en el Distrito es mayor en el sexo femenino, excepto en suicidio consumado donde la relación hombre - mujer es de 5:1. (cuadro 1). La concentración de la ideación e intento suicida continua en las edades de la adolescencia y juventud, en especial de 12 a 17 y 20 a 24 años, en suicidio la juventud y la adultez concentran los casos en especial de 20 a 29 y 40 a 44 años (cuadro 2).

Cuadro 1. Notificación de casos de conducta suicida según sexo. Bogotá 2019, 2021.

	Año	Femenino	Masculino
Ideación suicida	2019	6.448	4.074
	2021	10.106	5.178
Amenaza suicida	2019	440	299
	2021	564	394
Intento de suicidio	2019	2.408	1.365
	2021	4.047	2.027
Suicidio	2019	102	312
	2021	62	312

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Base de datos SISVECOS 2019 - 2021, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF - a través del Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (CRNV). 2019 – 2021

*Comparación de los eventos de conducta suicida en Bogotá D. C. 2019, 2021.

Al comparar los años 2019 y 2021, el año 2021 mostró un aumento respecto al 2019 en la ideación suicida (45%), la amenaza suicida (30%) e intento de suicidio (61%)²¹, a diferencia del suicidio²² que disminuyó en un 10%. Los mayores aumentos fueron en las variables sociodemográficas a partir de los casos fueron para ideación suicida en el estrato 5 (320%), la juventud (96%), el quinquenio de 25 a 29 años (106%) y la localidad de Usaquén (155%), para amenaza suicida en el estrato 4 (388%), la juventud (93%), el quinquenio de 55 a 59 años (250%) y la localidad de Teusaquillo (380%), para intento de suicidio en el estrato 5 (244%), el adulto mayor (167%), el quinquenio de 75 a 79 años (800%) y la localidad de Usaquén (380%) y para suicidio consumado el quinquenio de 75 a 79 años (57%) y la localidad de Kennedy (200%) (cuadro 2, 3, 4 y 5).

²¹ Sistema de vigilancia de conducta suicida, SISVECOS 2017 a 2021.

²² Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF - a través del Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (CRNV). 2017 – 2021

Cuadro 2. Análisis del comportamiento de ideación suicida según características sociodemográficas. Bogotá 2019, 2021.

Evento	Variable	2019		2021		Cambio porcentual anual
		Número de casos notificados	Tasa x 10.000 Hb	Número de casos notificados	Tasa x 10.000 Hb	Δ%
Ideación	Sexo					
	Femenino	6.448	16,3	10.106	24,8	57%
	Masculino	4.074	11,2	5.178	13,8	27%
	Ambos sexos	10.522	13,9	15.284	19,5	45%
	Ciclo de vida					
	Primera Infancia	36	0,6	30	0,5	-17%
	Infancia	1.583	27,5	903	15,6	-43%
	Adolescencia	3.732	60,1	5.167	85,4	38%
	Juventud	2.592	16,8	5.088	33,2	96%
	Adultez	2.291	7,0	3.666	10,7	60%
	Adulto Mayor	288	2,9	430	3,9	49%
	Quinquenios de edad					
	05a 09	690	14,4	363	7,5	-47%
	10 a 14	2.961	60,1	3.042	62,5	3%
	15 a 17	1.695	52,6	2.684	86,4	58%
	18 a 19	618	25,7	1.142	50,3	85%
	20 a 24	1.294	18,0	2.533	36,6	96%
	25 a 29	828	11,4	1.705	22,3	106%
	30 a 34	607	9,3	1.089	15,8	79%
	35 a 39	443	7,4	707	11,3	60%
	40 a 44	350	6,7	552	9,9	58%
	45 a 49	285	6,1	421	8,7	48%
	50 a 54	249	5,4	324	6,9	30%
	55 a 59	209	4,9	281	6,3	34%
	60 a 64	113	3,4	172	4,7	52%
	65 a 69	75	3,0	128	4,7	71%
	70 a 74	43	2,5	62	3,2	44%
	75 a 79	28	2,5	33	2,6	18%
80 y más	29	2,2	35	2,3	21%	
Estrato						
1	1.836	26,7	1.782	27,7	-3%	
2	5.542	18,8	7.856	26,3	42%	

	3	2.711	11,4	4.477	16,3	65%
	4	352	5,0	857	9,1	143%
	5	59	2,8	248	8,1	320%
	6	22	1,4	64	3,3	191%
Localidad de residencia						
	Antonio Nariño	125	15,6	193	23,5	54%
	Barrios Unidos	123	8,9	250	17,0	103%
	Bosa	1540	21,8	1685	23,3	9%
	La Candelaria	43	24,8	43	24,1	0%
	Chapinero	131	8,0	221	12,7	69%
	Ciudad Bolívar	1233	19,6	1313	20,2	6%
	Engativá	781	9,7	1467	18,0	88%
	Fontibón	567	15,0	876	22,3	54%
	Kennedy	1502	14,6	2278	22,0	52%
	Los Mártires	139	16,8	196	23,5	41%
	Puente Aranda	400	16,2	512	20,2	28%
	Rafael Uribe	572	15,3	729	19,0	27%
	San Cristóbal	568	14,5	774	19,3	36%
	Santa Fe	198	18,7	225	20,9	14%
	Suba	855	7,2	2068	16,5	142%
	Sumapaz	26	78,8	11	30,7	-58%
	Teusaquillo	174	11,4	399	23,8	129%
	Tunjuelito	421	24,0	438	24,3	4%
	Usaquén	320	5,8	816	14,3	155%
	Usme	801	21,4	790	20,1	-1%
	Sin dato	3	NA	0	NA	-100%

*NA: no aplica

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Base de datos SISVECOS 2019 - 2021

Cuadro 3. Análisis del comportamiento de amenaza suicida según características sociodemográficas. Bogotá 2019, 2021.

Evento	Variable	2019		2021		Cambio porcentual anual
		Número de casos notificados	Tasa x 10.000 Hb	Número de casos notificados	Tasa x 10.000 Hb	Δ%
Amenaza	Sexo					
	Femenino	440	1,1	564	1,4	28%
	Masculino	299	0,8	394	1,1	32%
	Ambos sexos	739	1,0	958	1,2	30%

Ciclo de vida					
Primera Infancia	4	0,1	1	0,1	-75%
Infancia	119	2,1	44	2,1	-63%
Adolescencia	266	4,3	271	4,3	2%
Juventud	182	1,2	351	1,2	93%
Adultez	149	0,5	258	0,5	73%
Adulto Mayor	19	0,2	33	0,2	74%
Quinquenios de edad					
05a 09	50	1,0	20	0,4	-60%
10 a 14	219	4,4	150	3,1	-32%
15 a 17	119	3,7	146	4,7	23%
18 a 19	47	2,0	81	3,6	72%
20 a 24	90	1,3	169	2,4	88%
25 a 29	62	0,9	127	1,7	105%
30 a 34	40	0,6	71	1,0	78%
35 a 39	33	0,6	52	0,8	58%
40 a 44	27	0,5	45	0,8	67%
45 a 49	13	0,3	20	0,4	54%
50 a 54	13	0,3	23	0,5	77%
55 a 59	6	0,1	21	0,5	250%
60 a 64	8	0,2	13	0,4	63%
65 a 69	7	0,3	6	0,2	-14%
70 a 74	2	0,1	6	0,3	200%
75 a 79	0	0,0	4	0,3	0%
80 y más	2	0,1	4	0,3	100%
Estrato					
1	143	2,1	93	1,4	-35%
2	387	1,3	487	1,6	26%
3	187	0,8	275	1,0	47%
4	16	0,2	78	0,8	388%
5	4	0,2	17	0,6	325%
6	2	0,1	8	0,4	300%
Localidad de residencia					
Antonio Nariño	4	0,5	7	0,9	75,00%
Barrios Unidos	5	0,4	14	1,0	180,00%
Bosa	42	0,6	96	1,3	128,57%
La Candelaria	4	2,3	3	1,7	-25,00%
Chapinero	9	0,6	16	0,9	77,78%
Ciudad Bolívar	145	2,3	61	0,9	-57,93%
Engativá	47	0,6	93	1,1	97,87%
Fontibón	20	0,5	32	0,8	60,00%

Kennedy	66	0,6	116	1,1	75,76%
Los Mártires	16	1,9	18	2,2	12,50%
Puente Aranda	25	1,0	28	1,1	12,00%
Rafael Uribe	60	1,6	46	1,2	-23,33%
San Cristóbal	56	1,4	59	1,5	5,36%
Santa Fe	8	0,8	20	1,9	150,00%
Suba	62	0,5	187	1,5	201,61%
Sumapaz	1	3,0	1	2,8	0,00%
Teusaquillo	5	0,3	24	1,4	380,00%
Tunjuelito	61	3,5	25	1,4	-59,02%
Usaquén	28	0,5	55	1,0	96,43%
Usme	75	2,0	56	1,4	-25,33%
Sin dato	0	NA	1	NA	100%

NA: no aplica

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Base de datos SISVECOS 2019 – 2021

Cuadro 4. Análisis del comportamiento en intento de suicidio según características sociodemográficas. Bogotá 2019, 2021.

Evento	Variable	2019		2021		Cambio porcentual anual
		Número de casos notificados	Tasa x 10.000 Hb	Número de casos notificados	Tasa x 10.000 Hb	Δ%
Intento de Suicidio	Sexo					
	Femenino	2.408	6,1	4.047	9,9	68%
	Masculino	1.365	3,8	2.027	5,4	48%
	Ambos sexos	3.773	5,0	6.074	7,8	61%
	Ciclo de vida					
	Primera Infancia	3	0,1	0	0,0	-100%
	Infancia	130	2,3	100	1,7	-23%
	Adolescencia	942	15,2	1.674	27,7	78%
	Juventud	1.638	10,6	2.554	16,6	56%
	Adultez	1.008	3,1	1.607	4,7	59%
	Adulto Mayor	52	0,5	139	1,2	167%
	Quinquenios de edad					
	05a 09	54	1,1	28	0,6	-48%
	10 a 14	451	9,2	754	15,5	67%
	15 a 17	569	17,7	992	31,9	74%
18 a 19	401	16,7	565	24,9	41%	
20 a 24	833	11,6	1.332	19,3	60%	

25 a 29	490	6,8	805	10,5	64%
30 a 34	333	5,1	519	7,5	56%
35 a 39	200	3,3	338	5,4	69%
40 a 44	135	2,6	234	4,2	73%
45 a 49	119	2,5	149	3,1	25%
50 a 54	78	1,7	122	2,6	56%
55 a 59	57	1,3	97	2,2	70%
60 a 64	22	0,7	49	1,3	123%
65 a 69	15	0,6	35	1,3	133%
70 a 74	8	0,5	21	1,1	163%
75 a 79	2	0,2	18	1,4	800%
80 y más	5	0,4	16	1,1	220%
Estrato					
1	691	10,1	720	11,2	4%
2	1.930	6,6	2.996	10,0	55%
3	942	3,9	1.737	6,3	84%
4	158	2,2	453	4,8	187%
5	34	1,6	117	3,8	244%
6	18	1,2	51	2,6	183%
Localidad de residencia					
Antonio Nariño	57	7,1	64	7,8	12%
Barrios Unidos	43	3,1	105	7,1	144%
Bosa	319	4,5	524	7,2	64%
La Candelaria	18	10,4	26	14,5	44%
Chapinero	62	3,8	128	7,4	106%
Ciudad Bolívar	455	7,2	608	9,4	34%
Engativá	219	2,7	608	7,5	178%
Fontibón	169	4,5	235	6,0	39%
Kennedy	517	5,0	675	6,5	31%
Los Mártires	65	7,8	77	9,2	18%
Puente Aranda	137	5,5	206	8,1	50%
Rafael Uribe	242	6,5	299	7,8	24%
San Cristóbal	385	9,8	318	7,9	-17%
Santa Fe	97	9,2	115	10,7	19%
Suba	311	2,6	979	7,8	215%
Sumapaz	3	9,1	3	8,4	0%
Teusaquillo	52	3,4	158	9,4	204%
Tunjuelito	144	8,2	174	9,7	21%
Usaquén	150	2,7	460	8,1	207%
Usme	327	8,7	312	7,9	-5%
Sin dato	1	NA	0	NA	-100%

NA: no aplica.

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Base de datos SISVECOS 2019 – 2021

Cuadro 5. Análisis del comportamiento en suicidio según características sociodemográficas. Bogotá 2019, 2021.

Evento	Variable	2019		2021		Cambio porcentual anual
		Número de casos notificados	Tasa x 100.000 Hb	Número de casos notificados	Tasa x 100.000 Hb	Δ%
Suicidio	Sexo					
	Femenino	102	2,6	62	1,5	-39%
	Masculino	312	8,6	312	8,3	0%
	Distrito	414	5,5	374	4,8	-10%
	Ciclo de vida					
	Infancia	3	0,52	1,0	0,17	-67%
	Adolescencia	35	5,63	29,0	4,80	-17%
	Juventud	140	9,07	117,0	7,63	-16%
	Adultez	188	5,75	168,0	4,92	-11%
	Adulto Mayor	48	4,79	59,0	5,30	23%
	Quinquenios de edad					
	05a 09	1	0,2	0	0,0	-100%
	10 a 14	19	3,9	15	3,1	-21%
	15 a 17	18	5,6	15	4,8	-17%
	18 a 19	24	10,0	11	4,8	-54%
	20 a 24	58	8,1	60	8,7	3%
	25 a 29	66	9,1	53	6,9	-20%
	30 a 34	41	6,3	43	6,2	5%
	35 a 39	31	5,2	32	5,1	3%
	40 a 44	45	8,7	24	4,3	-47%
45 a 49	16	3,4	24	5,0	50%	
50 a 54	25	5,4	14	3,0	-44%	
55 a 59	22	5,2	24	5,4	9%	
60 a 64	15	4,5	17	4,6	13%	

65 a 69	11	4,5	12	4,4	9%
70 a 74	10	5,8	13	6,7	30%
75 a 79	7	6,2	11	8,6	57%
80 y más	5	3,7	6	4,0	20%
Localidad de residencia					
Antonio Nariño	4	5,0	7	8,5	75%
Barrios Unidos	11	8,0	8	5,4	-27%
Bosa	31	4,4	40	5,5	29%
La Candelaria	25	15,3	11	6,3	-56%
Chapinero	31	4,9	30	4,6	-3%
Ciudad Bolívar	40	5,0	41	5,0	3%
Engativá	16	4,2	11	2,8	-31%
Fontibón	45	4,4	43	4,2	-4%
Kennedy	1	5,8	3	16,8	200%
Los Mártires	10	12,1	7	8,4	-30%
Puente Aranda	12	4,9	12	4,7	0%
Rafael Uribe	20	5,4	15	3,9	-25%
San Cristóbal	22	5,6	26	6,5	18%
Santa Fe	10	9,4	9	8,4	-10%
Suba	47	3,9	35	2,8	-26%
Sumapaz	0	0,0	1	27,9	0%
Teusaquillo	11	7,2	6	3,6	-45%
Tunjuelito	13	7,4	12	6,7	-8%
Usaquén	43	7,8	32	5,6	-26%
Usme	14	3,7	20	5,1	43%
Sin dato	8	NA	5	NA	-38%

NA: no aplica

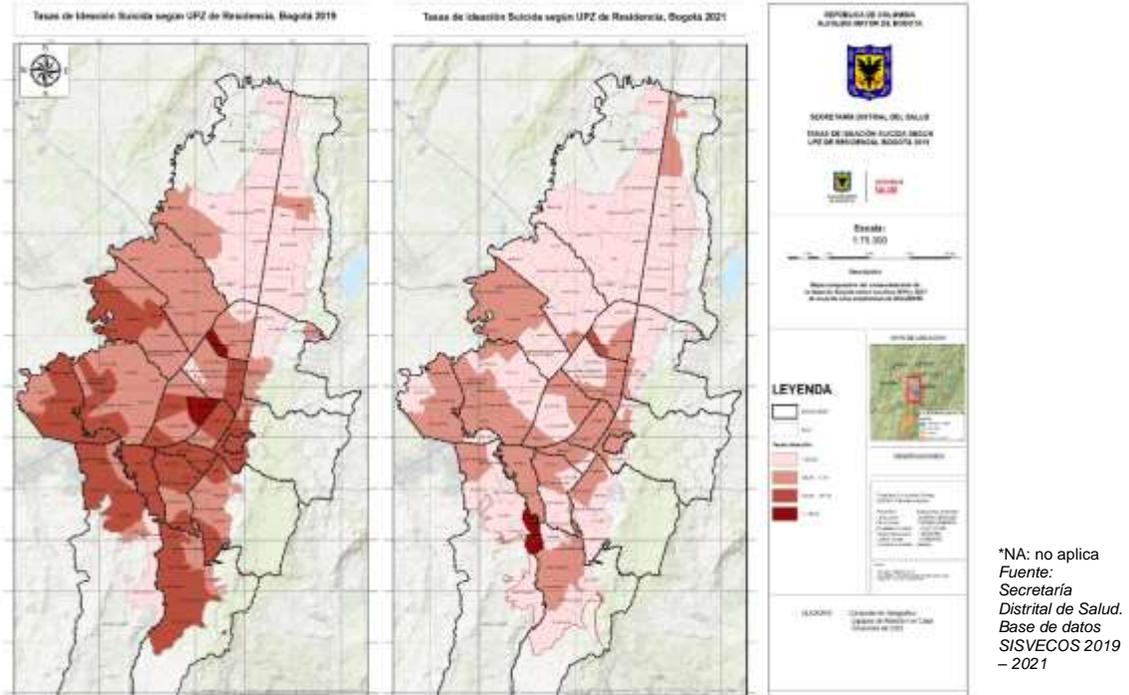
Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF - a través del Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (CRNV). 2019 – 2021

A diciembre del 2021 las localidades con mayor número de casos en ideación, amenaza e intento suicida son Kennedy y Suba representando el 30% del total de casos, en suicidio está Kennedy y Engativá con el 20% del total de casos y la tasa más alta por localidad continúa siendo Sumapaz en ideación y amenaza suicida y suicidio consumado y La Candelaria para intento suicida (cuadro 2, 3, 4 y 5).

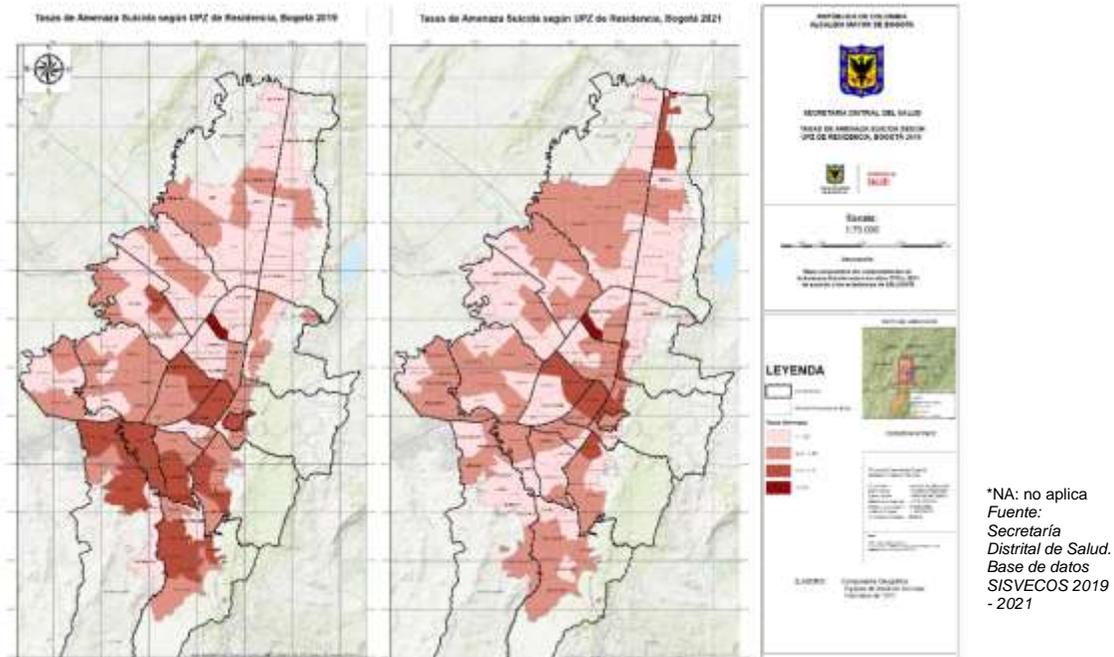
Al desagregar a por Unidades De Planeamiento Zonal (UPZ) encontramos con mayores cambios con respecto a los casos en la UPZ Casa Blanca (358%) para ideación suicida, en la UPZ Corabastos (700%) para amenaza suicida y en la UPZ

Ciudad Salitre Oriental (2000%) para intento de suicidio (gráficas 3, 4 y 5). Los datos de suicidio se comparan por localidad dado que desde la fuente no existe igual desagregación (gráfica 6).

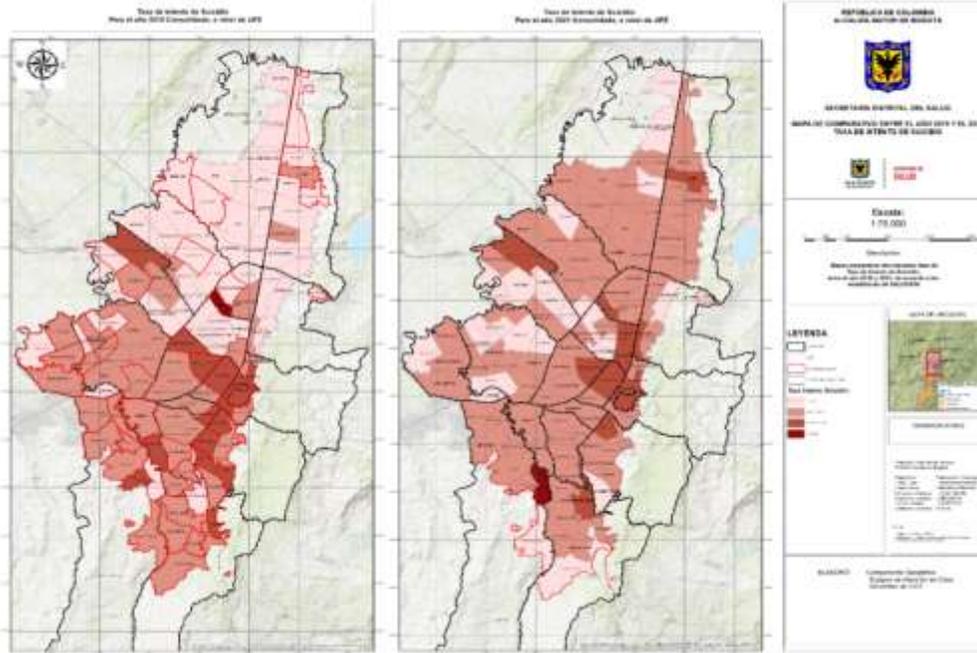
Gráfica 3. Mapas comparativos de ideación suicida, Bogotá 2019, 2021.



Gráfica 4. Mapas comparativos de amenaza suicida, Bogotá 2019, 2021.

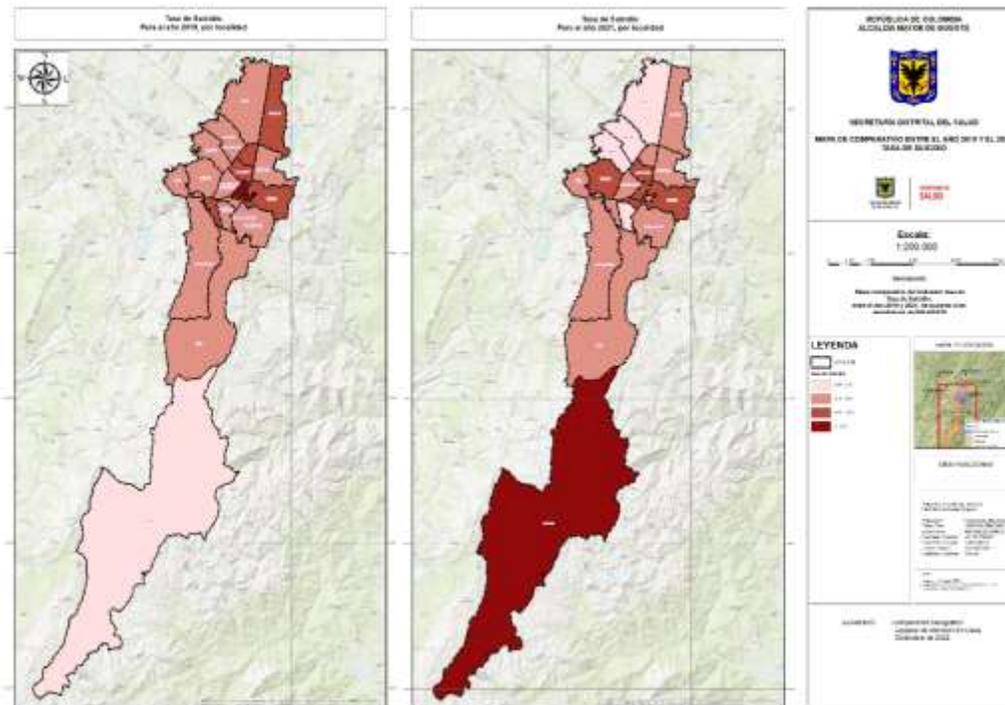


Gráfica 5. Mapas comparativos de intento de suicidio, Bogotá 2019, 2021.



*NA: no aplica
 Fuente: Secretaría
 Distrital de Salud.
 Base de datos
 SISVECOS 2017 –
 2021

Gráfica 6. Mapas comparativos suicidio, Bogotá 2019, 2021.



NA: no
 aplica
 Fuente:
 Instituto
 Nacional de
 Medicina Legal
 y Ciencias
 Forenses -
 INMLCF - a
 través del
 Centro de
 Referencia
 Nacional sobre
 Violencia
 (CRNV). 2019
 – 2021

Cuadro 5. Comportamiento de ideación, amenaza, intento de suicidio y suicidio según nivel educativo. Bogotá 2019, 2021.

Evento	Variable	2019	2021	Cambio porcentual anual
	Nivel educativo	Número de casos notificados	Número de casos notificados	Δ%
Ideación Suicida	Primaria	1.915	1.345	-30%
	Secundaria	5.838	8.863	52%
	Universidad	1.428	2.850	100%
Amenaza Suicida	Primaria	151	95	-37%
	Secundaria	423	533	26%
	Universidad	79	178	125%
Intento de Suicidio	Primaria	305	404	32%
	Secundaria	2.102	3.639	73%
	Universidad	643	1.060	65%
Suicidio	Primaria	78	93	19%
	Secundaria	230	193	-16%
	Universitaria	0	4	100%

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Base de datos SISVECOS 2019 – 2021

Al analizar las 4 tipologías de eventos en conducta suicida la concentración de los casos se da en la secundaria y los mayores aumentos se presentaron en el nivel educativo universitario, excepto en intento de suicidio que fue en secundaria (cuadro 6).

De acuerdo con características de aseguramiento y prestación de servicios de salud a partir de los casos se observó que el mayor aumento porcentual se presentó para ideación suicida e intento de suicidio en el régimen especial con 175% y 200% respectivamente, mientras que en amenaza suicida fue en el régimen contributivo (Cuadro 7).

Cuadro 7. Análisis del comportamiento de la conducta suicida según el régimen de aseguramiento en salud. Bogotá 2019, 2021.

Evento	Variable	2019	2021	Cambio porcentual anual
		Número de casos notificados	Número de casos notificados	Δ%
Ideación suicida	Régimen			
	Subsidiado	2433	3062	26%
	Contributivo	7228	11243	56%
	Excepción	275	381	39%
	Medicina prepagada	20	103	415%
	Particular	110	91	-17%
	Regimen Especial	8	22	175%
	Vinculado	448	382	-15%
Amenaza suicida	Régimen			
	Subsidiado	200	198	-1%
	Contributivo	478	694	45%
	Excepción	24	28	17%
	Medicina prepagada	0	10	0%
	Particular	10	7	-30%
	Regimen Especial	2	1	-50%
	Vinculado	25	20	-20%
Intento de suicidio	Régimen			
	Subsidiado	820	1182	44%
	Contributivo	2557	4530	77%
	Excepción	115	162	41%
	Medicina prepagada	9	27	200%
	Particular	55	42	-24%
	Regimen Especial	3	9	200%
	Vinculado	214	122	-43%

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Base de datos SISVECOS 2019 – 2021

En cuanto a las Entidades Administradoras Del Plan Básico (EAPB) que más cantidad de afiliados tiene en el Distrito, debemos resaltar que Capital Salud y Famisanar presentan las tasas más altas al 2021 y los aumentos porcentuales más altos son en ideación suicida para Famisanar (114%) y en amenaza e intento de suicidio son para Sanitas con 151% y 162% respectivamente. (Cuadro 8)

Cuadro 8. Análisis del comportamiento de la conducta suicida según EAPB. Bogotá 2019, 2021.

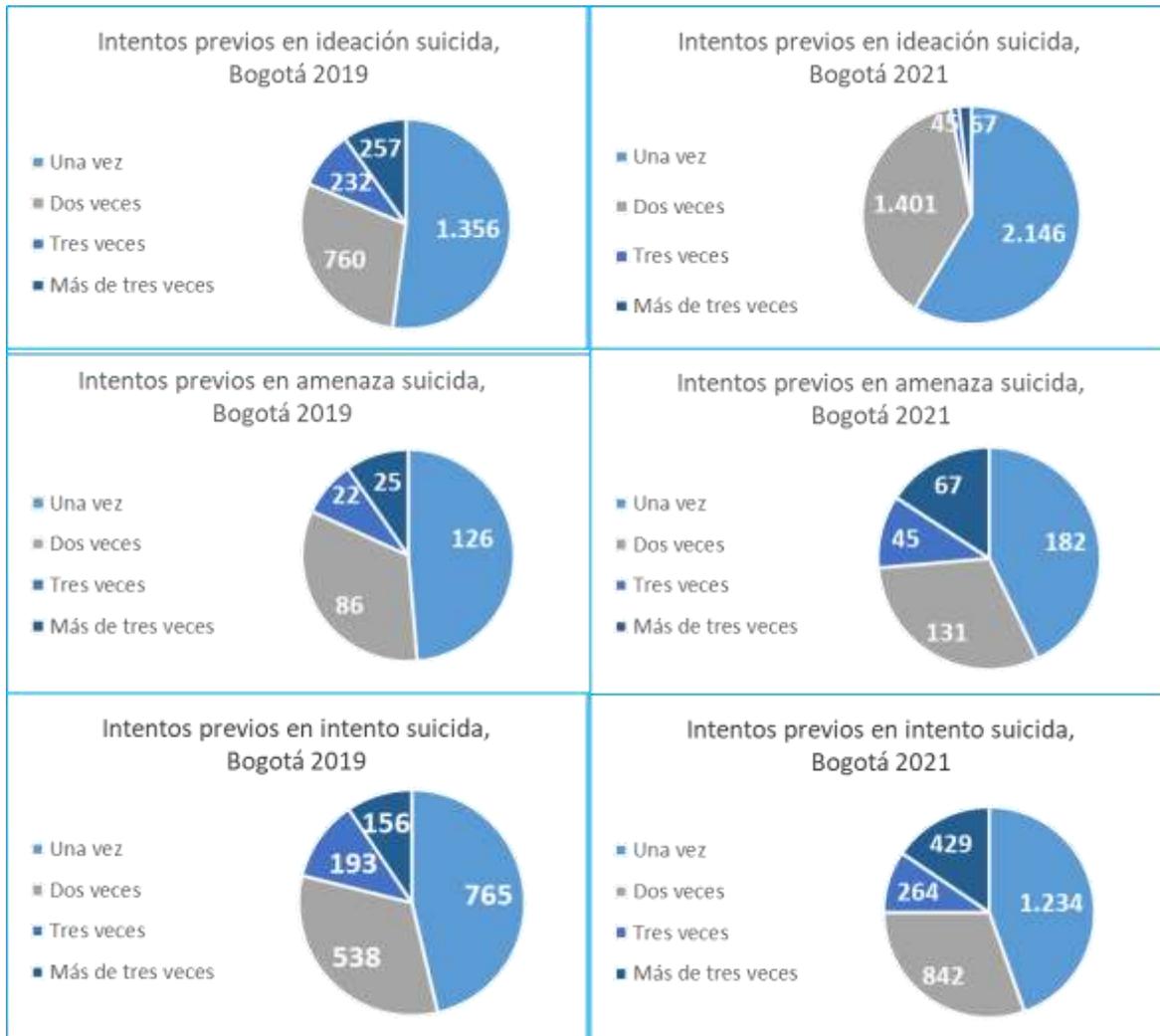
Evento	Variable	2019		2021		Cambio porcentual anual
		Número de casos notificados	Tasa x 10.000 Hb	Número de casos notificados	Tasa x 10.000 Hb	Δ%
Ideación suicida	EAPB					
	CAPITAL SALUD E.P.S.	1.819	21,5	2.075	21,6	14%
	SALUD TOTAL S.A.	1.134	15,0	1.510	17,2	33%
	FAMISANAR E.P.S.	1.473	10,8	3.146	21,9	114%
	COMPENSAR E.P.S.	1.162	8,7	2.352	14,0	102%
	SANITAS E.P.S.	1.314	8,6	2.567	16,4	95%
	EAPB					
Amenaza suicida	CAPITAL SALUD E.P.S.	138	1,6	128	1,33	-7%
	SALUD TOTAL S.A.	95	1,3	94	1,1	-1%
	FAMISANAR E.P.S.	103	0,8	180	1,25	75%
	COMPENSAR E.P.S.	94	0,7	131	0,8	39%
	SANITAS E.P.S.	74	0,5	186	1,2	151%
	EAPB					
	Intento de suicidio	CAPITAL SALUD E.P.S.	539	6,4	799	8,3
SALUD TOTAL S.A.		413	5,4	667	7,6	62%
FAMISANAR E.P.S.		589	4,3	1.179	8,2	100%
COMPENSAR E.P.S.		565	3,7	934	5,5	65%
SANITAS E.P.S.		421	3,2	1.102	7,1	162%
EAPB						

NA: no aplica

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Base de datos SISVECOS 2019 – 2021

En cuanto a los factores de asociados a la conducta suicida se presenta que entre el 25 al 46% de los casos al menos tenían un intento previo de suicidio (gráfica 8)

Gráfica 8. Intentos previos en conducta suicida. Bogotá 2019, 2021.



Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Base de datos SISVECOS 2019 – 2021.

Ante esta problemática, se han evidenciado avances en la implementación de acciones desde el sector salud, principalmente enfocadas a la prevención e identificación oportuna del riesgo, entre ellas se encuentran las siguientes:

La consolidación y posicionamiento de la política distrital de salud mental planteándola como un marco integral de salud para promover la comprensión de nuevas percepciones positivas acerca de la salud mental y garantizar la atención oportuna, buscando desmitificarla y facilitar el acceso a los servicios y la eliminación de barreras culturales relacionadas con el estigma y la discriminación.

Fortalecimiento de la articulación con la Secretaría de Educación a través del desarrollo de eventos académicos, mesa de expertos y puesta en marcha de estrategias contenidas en sus protocolos para identificación y canalización de los casos que requieren atención.

Fortalecimiento del componente ambulatorio para la Ruta Integral Atención (RIA) en salud mental a través de las orientaciones técnicas a las EAPB e IPS, al 2022 la implementación en 17 EAPB alcanzó el 81,6%.

Seguimiento a las EAPB con medición del indicador: proporción de pacientes canalizados a través del SIRC a la Ruta de Salud Mental, que son atendidos por Medicina general, o pediatría, o Psicología o Trabajo social o Psiquiatría dentro de los siguientes 7 días hábiles identificando que Coosalud (23,9), Nueva EPS (30,5), Capital Salud (33,4), y Sura (46,2) tienen calificación insatisfactoria a septiembre 2022.

Análisis de suficiencia y capacidad instalada para atención en salud mental identificando 1.985 prestadores a junio 2022 (95,4% privados), déficit en oferta de servicios de psicología en EPS Capital Salud, Compensar, Famisanar, Sanitas y Salud Total.

Implementación de la atención pre hospitalaria en salud mental (APH AMED) y actividades de fortalecimiento de las competencias como el curso primer respondiente en salud mental y jornadas en primeros auxilios psicológicos, abordaje de conducta suicida con énfasis en inmovilización mecánica y diferentes manifestaciones de violencias a personas que pertenecen en jardines infantiles, colegios y universidades y diferentes instituciones de atención de emergencias como APH Subredes, Bomberos, Policía Nacional, brigadas de emergencias de Bogotá y del Ejército Nacional etc.

Promoción de la salud mental a través de promotores del cuidado y atención psicológica y terapia ocupacional por los equipos de salud a mi barrio, salud a mi vereda y las MAPS de salud mental.

CONCLUSION

EL comportamiento de la conducta suicida aumentó en Colombia y en Bogotá, aunque la Secretaría Distrital De Salud continúa sumando esfuerzos en la contención y atención oportuna, la demanda supera la oferta, siendo privados el 95% de los prestadores de servicios de atención en salud mental.

Existen acciones en marcha en salud mental en el Distrito, sin embargo, no logran ser suficientes, la adopción de una política distrital de salud mental funcionando con acciones intersectoriales y transectoriales en pro de mejorar la atención integral e integrada en salud mental es pertinente.

Persiste la mirada de la salud mental como problema o trastorno lo que continua el estigma sobre la misma, los esfuerzos y las acciones sectoriales e intersectoriales se deben enfocar desde un concepto positivo de la salud mental que promuevan y protejan el bienestar emocional, el desarrollo de estrategias de afrontamiento, el fortalecimiento de habilidades adaptativas psicosociales y la construcción de entornos protectores de la salud mental que posibiliten la identificación temprana y la gestión de riesgo de manera oportuna, previo al despliegue de la atención clínica individual.

La Secretaria Distrital De Salud en el año 2021 fortalece la vigilancia epidemiológica e implementa acciones en salud mental en el marco del plan rescate emitiendo la circular 042 que favorece la identificación y notificación de la conducta suicida mediante el subsistema de información SISVECOS que impacta indirectamente la notificación.

RECOMENDACIONES DE POLÍTICA

- La conducta suicida es una prioridad actual del Distrito que no solo compete a la Secretaría Distrital De Salud, sino también la Secretaria De Educación, de la Mujer e Integración Social quienes deberían involucrar en sus planes de acción procesos que lleven a promover el bienestar emocional y la identificación temprana de riesgos que aportan a reducir el riesgo de conducta suicida.
- El fenómeno actual de la conducta suicida del distrito requiere acelerar la conformación de mesas de trabajo intersectorial para la concertación de respuestas integrales y responsabilidades en el marco de la formulación e implementación de la política distrital de salud mental.
- Es imprescindible enfocar los esfuerzos a un trabajo articulado con Secretaría De Educación que lleve a mitigar conducta suicida en especial a la ideación suicida e intento de suicidio dada la tendencia de las tasas en estos 2 eventos en escolares y universitarios priorizando la diferente demanda por localidades (Kennedy, Suba y Sumapaz).
- Se debe trabajar para la prevención, formación y actualización obligatoria de docentes y trabajadores de la salud de instituciones públicas y privadas en abordaje de la conducta suicida y la identificación oportuna del riesgo, así como en herramientas que permitan desarrollar en los niños, niñas y adolescentes aptitudes socioemocionales para la vida. Actualización del talento humano a cargo de las instituciones educativas y de salud previa orientación a las mismas desde la Secretaría De Salud.
- Mesas de expertos con Secretaria De Educación ante el rol que debe asumir desde sus acciones en temas de promoción y prevención hacia la respuesta del sector salud para reducir el riesgo y el modelamiento de escolares que son sobrevivientes de un suicidio consumado.
- Desde salud apoyar técnicamente a la Secretaria de Educación en la creación de un plan de permita educar emocionalmente a los niños, niñas y adolescentes para facilitar su expresión, canalización y resolución de dificultades que sea ejecutado en todo el Distrito en las instituciones educativas públicas y privadas, tanto a nivel básico hasta universitario.
- A través de las escuelas de familias conformadas en instituciones educativas impulsar la creación de redes familiares que permitan dar a conocer estrategias de crianza positiva y competencias parentales a más hogares.
- Teniendo en cuenta la proporción de reincidencia de los casos con antecedentes previos de intento suicida se debe plantear un plan preventivo de reincidencia incorporando tanto las intervenciones individuales como colectivas respecto al

fortalecimiento emocional, la comunicación y manejo de emociones y el proyecto de vida enfocado en formación en habilidades y talentos en los jóvenes e incremento en la resiliencia integrándolos a la Ruta Integral De Atención Juvenil de la secretaría de integración social.

- Los sistemas de información deben garantizar la oportunidad y calidad de los datos en aras de cumplir con el objetivo para lo cual fueron planeados y así fortalecer el análisis periódico de la situación con base en seguimiento de indicadores para orientar y fortalecer la toma de decisiones en torno a acciones, estrategias, grupos o sectores a focalizar.
- Implementar la RIAS de salud mental en todas las EAPB con injerencia en el Distrito y fortalecer el cumplimiento del indicador proporción de pacientes canalizados a través del SIRC a la Ruta de Salud Mental, con énfasis en las que presentan incumplimiento incluyendo a Famisanar y Compensar que tiene tasas altas de notificaciones en toda la conducta suicida.
- El déficit en oferta de servicios en psicología y psiquiatría exige promover en las EPS Capital Salud, Compensar y Famisanar un análisis de la oferta versus demanda de los casos con evento suicida o que son de alto riesgo para la manifestación del mismo, mejorando la oportunidad en la atención y seguimiento.
- Sensibilización a los líderes de la comunidad frente a la salud mental positiva con apoyo de promotores del cuidado y entorno comunitario para transformar el estigma sobre la conducta suicida, ayudar a la identificación oportuna del riesgo y mejorar los conceptos sociales de la salud mental.
- Teniendo en cuenta que el suicidio se presenta con mayor prevalencia en la adultez se debe integrar a las administradoras de riesgos laborales (ARL) para la identificación del riesgo en conducta suicida en esta población, previa orientación desde la Secretaría De Salud para incorporar en sus planes preventivos de salud ocupacional acciones de promoción en salud mental.
- Promover en los medios de comunicación públicos y privados una visión positiva y responsable la salud mental a través de estrategias de comunicación que orienten al autocuidado y cuidado del otro en salud mental, el bienestar socioemocional, el incremento en la resiliencia y manejo de las emociones, aprovechando los canales institucionales, salud capital, TIPS, SALUDATA y redes sociales, además de promocionar las diferentes rutas de atención y ayuda en salud mental de la Secretaría de Salud como línea 106, confróntate 7, unidades móviles de atención primaria en salud MAPS y los cursos ofertados en salud mental en la página institucional.

- Restringir al menos parcialmente, el acceso a los principales medios de suicidio a través de la regulación de los mecanismos más letales.
- Se requiere de manera prioritaria la adopción de la política distrital de salud mental que involucra acciones intersectoriales y transectoriales en pro de mejorar la atención integral e integrada en salud mental.

