

Artículo

CONDUCTA SUICIDA EN COLOMBIA (2016–2025): ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE DETERMINANTES DE RIESGO, PERFILES DE VULNERABILIDAD E INEQUIDADES TERRITORIALES

Conduta suicida na Colômbia (2016–2025): análise multivariante de determinantes de risco, perfis de vulnerabilidade e iniquidades territoriais

Suicidal behavior in Colombia (2016–2025): multivariate analysis of risk determinants, vulnerability profiles and territorial inequities

Emilia María Polo Carrillo¹

Institución Universitaria Mayor de Cartagena, Facultad de Administración y Turismo, Grupo de Investigación de Turismo, Administración y Comercio, Cartagena, Bolívar, Colombia.

 <https://orcid.org/0000-0002-1898-4568>

E-mail: d.investigacion@umayor.edu.co

John Jairo Jurado Coronel²

Institución Universitaria Mayor de Cartagena, Facultad de Administración y Turismo, Grupo de Investigación Formativa de la Facultad de Administración y Turismo, Cartagena, Bolívar, Colombia.

 <https://orcid.org/0000-0003-2607-7383>

E-mail: inv.admonyturismo@umayor.edu.co

Virginia Elisa Acevedo Echavez³

Institución Universitaria Mayor de Cartagena, Facultad de Administración y Turismo, Grupo de Investigación Formativa de la Facultad de Administración y Turismo, Cartagena, Bolívar, Colombia.

 <https://orcid.org/0009-0002-4870-6021>

E-mail: a.investigacion2@umayor.edu.co

Fernando Parra López⁴

Institución Universitaria Mayor de Cartagena, Facultad de Arquitectura e Ingeniería, Grupo de Investigación de la Facultad de Arquitectura e Ingeniería, Cartagena, Bolívar, Colombia.

 <https://orcid.org/0009-0006-7937-185X>

E-mail: editorialumayor@umayor.edu.co

Histórico do artigo

Recebido em: 14 de agosto de 2026

Aceito em: 03 de setembro de 2026

Publicado em: 29 de setembro de 2026

Editor responsável: Dr. Tarsis Barreto Oliveira

Assistente editorial: Me. Francielly Oliveira Rodrigues da Silva

¹ Doctoranda en Proyectos. Profesora investigadora de la Facultad de Administración y Turismo.

² Magíster en Dirección Estratégica. Profesor investigador de la Facultad de Administración y Turismo.

³ Doctoranda en Proyectos. Profesora investigadora de la Facultad de Administración y Turismo.

⁴ Magíster en Comunicaciones. Profesor investigador de la Facultad de Arquitectura e Ingeniería.



Este artigo está licenciado sob a Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0), que permite uso, compartilhamento e adaptação, desde que a autoria e a fonte original sejam devidamente creditadas.

RESUMO

De 2016 a 2024, o Sistema de Vigilância em Saúde Pública da Colômbia (SIVIGILA) registrou cerca de 259 mil tentativas de suicídio. Com a inclusão da estimativa projetada para 2025, esse número alcança aproximadamente 297 mil tentativas. Em 2023, a taxa chegou a 78,3 tentativas por 100 mil habitantes, o maior valor registrado na série de vigilância, representando um aumento acumulado de 132,3% em relação a 2016. Este estudo reconstrói essa série por meio de um desenho multivariante, utilizando análise de correspondência múltipla (ACM), regressão logística binária e agrupamento k-means, com base em registros de acesso aberto do Instituto Nacional de Saúde, do DANE e do SISPRO, sem acesso a microdados identificados. Os resultados mostram que o comportamento suicida na Colômbia não constitui um fenômeno homogêneo, mas está estreitamente relacionado ao sexo, à idade, à condição socioeconômica e ao território. As mulheres representaram entre 63% e 65% do total de tentativas notificadas ao longo da série, enquanto os homens concentraram 78% das mortes por suicídio. A faixa etária de 15 a 29 anos concentrou mais de 60% dos casos. A análise multivariante identificou cinco perfis de risco distintos e mostrou que a presença simultânea de um plano suicida, depressão não tratada e tentativa anterior de suicídio está associada a um risco que não apresenta comportamento aditivo. De forma geral, os achados indicam que as políticas públicas voltadas à prevenção do comportamento suicida devem considerar as características dos diferentes perfis de risco e dos contextos territoriais, superando abordagens de caráter universalista.

Palavras-chave: conduta suicida; análise multivariante; SIVIGILA; determinantes sociais; Colômbia.

ABSTRACT

From 2016 to 2024, Colombia's Public Health Surveillance System (SIVIGILA) recorded nearly 259,000 suicide attempts. When the projected estimate for 2025 is included, this figure rises to approximately 297,000 attempts. In 2023, the rate reached 78.3 attempts per 100,000 inhabitants, the highest value in the surveillance series, representing a cumulative increase of 132.3% compared with 2016. This study reconstructs the series using a multivariate design based on multiple correspondence analysis (MCA), binary logistic regression, and k-means clustering, drawing on open-access records from the National Institute of Health, DANE, and SISPRO, without access to identified microdata. The findings show that suicidal behavior in Colombia is not a homogeneous phenomenon, but is closely associated with sex, age, socioeconomic status, and geographic location. Women accounted for between 63% and 65% of reported suicide attempts throughout the series, whereas men accounted for 78% of completed suicides. Individuals aged 15–29 years represented more than 60% of reported cases. The multivariate analysis identified five distinct risk profiles and showed that the co-occurrence of an established suicide plan, untreated depression, and a previous suicide attempt was associated with risk in a non-additive manner. Overall, the findings suggest that

public policies addressing suicidal behavior should be tailored to the characteristics of different risk profiles and geographic contexts, rather than relying on universal approaches.

Keywords: suicidal behavior; multivariate analysis; SIVIGILA; social determinants; Colombia.

RESUMEN

Desde 2016 y hasta 2024, el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) reportó cerca de 259.000 intentos de suicidio en Colombia; si a esta cifra le incorporamos la estimación proyectada para 2025, la cifra se eleva hasta alrededor de 297.000 intentos de suicidio. Por otra parte, la tasa alcanzada en 2023 de 78,3 intentos por cada 100.000 habitantes fue la correspondiente al valor máximo de la serie de vigilancia elaborada, que supuso un incremento acumulado del 132,3% en relación a la cifra de 2016. Este artículo reconstruye dicha serie a través de un diseño multivariante (análisis de correspondencia múltiple (ACM), regresión logística binaria y agrupamientos k-means) de los registros abiertos del Instituto Nacional de Salud, del DANE y del SISPRO, y sin acceso a microdatos identificados. Los resultados obtenidos evidencian que la conducta suicida colombiana no es un fenómeno homogéneo, sino que guarda una estrecha relación con el sexo, la edad, la condición socioeconómica y el territorio. Las mujeres aportaron entre el 63 y el 65% del total de los intentos notificados en todos los años de la serie, mientras que los hombres concentraron el 78% de la mortalidad consumada. La edad de 15 a 29 años concentró más de un 60% de los casos. El diseño multivariante entrega un total de cinco perfiles de riesgo de características variables y evidencia que la concurrencia de un plan aplicado, un cuadro depresivo sin tratamiento y un previo intento se relaciona con un riesgo que no presenta un comportamiento aditivo. La globalidad de los hallazgos deja entrever que el diseño de la política pública debería ser concebido de forma diferente en función del perfil y del territorio a estudiar, para distanciarse de aproximaciones de tipo universalista.

Palabras clave: conducta suicida; análisis multivariante; SIVIGILA; determinantes sociales; Colombia.

1 INTRODUÇÃO

Existen cuestiones que la estadística plantea y que ninguna estadística puede responder suficientemente. Una de estas cuestiones recorre desde el principio este trabajo: ¿cómo es que un país que ha pasado años construyendo sistemas de salud, aprobando políticas de salud mental y financiando campañas de prevención sigue registrando, año tras año, un número creciente de personas que intentan quitarse la vida? En 2023 el SIVIGILA notificó 40.850 intentos de suicidio en Colombia, la cifra más alta alcanzada por esa vigilancia hasta la fecha. Una noticia que circuló en los medios durante unos días y quedó luego sepultada bajo el ruido

informativo habitual.

Este trabajo toma esa cifra pero no se detiene en ella. El objetivo es reconstruir la trayectoria completa del fenómeno entre 2016 y 2025 mediante un diseño multivariante con capacidad para mostrar lo que los análisis de corte transversal no logran exhibir con nitidez: la manera en que interactúan los factores asociados a la conducta suicida y cuáles de ellos parecen potenciar el efecto de otros, además de los perfiles que ofrece el cruce de las variables disponibles en los registros abiertos colombianos. La pregunta que ordena el análisis es la siguiente: ¿qué combinaciones de variables, examinadas de manera conjunta, se asocian con mayor fuerza a la reincidencia en el intento? La reincidencia es especialmente relevante, ya que se ha asociado de manera consistente con un mayor riesgo de suicidio consumado.

El soporte empírico corresponde a los datos abiertos del SIVIGILA, operado por el Instituto Nacional de Salud (INS), a las Estadísticas Vitales del DANE y a la Bodega de Datos del SISPRO. Trabajar únicamente con esta batería de fuentes no responde a una restricción metodológica asumida a regañadientes, sino a una decisión deliberada en favor de la transparencia y la reproducibilidad. Los registros del sistema de información colombiano vienen cargados de sesgos y vacíos propios, y hacer visibles esos sesgos y vacíos forma parte inseparable del análisis.

Desde 2018 Colombia cuenta con una Política Nacional de Salud Mental formalizada mediante la Resolución 4886, que fijó entre sus objetivos explícitos la reducción de la mortalidad por suicidio. Los datos presentados en las páginas siguientes permiten valorar en qué medida el país ha avanzado en esta materia, con la prudencia que la evidencia disponible exige.

2 MARCO ANALÍTICO E FONTES DE DATOS

2.1 La multicausalidad como punto de partida, no como conclusión

Comprender la conducta suicida como fenómeno social exige adoptar de entrada una posición teórica. La OMS la describe como un *continuum* que va desde la ideación hasta el acto consumado, pasando por la planificación y el intento. Esa imagen, de apariencia lineal, puede resultar engañosa: no toda conducta de intento antecede a un acto consumado, y no todo suicidio viene precedido de intentos previamente notificados. El carácter multicausal del

fenómeno es uno de los aspectos con mayor respaldo en la evidencia científica. Ningún factor por sí solo ya sea la depresión, la pobreza o la disponibilidad de medios letales permite explicar o predecir de manera suficiente la conducta suicida.

El modelo diátesis-estrés sostiene que ciertas vulnerabilidades predisponentes se activan ante estresores agudos o crónicos. La teoría interpersonal del suicidio añade que el riesgo de letalidad tiende a incrementarse cuando confluyen la percepción de ser una carga para los demás, el sentimiento de no pertenencia y la capacidad adquirida para autolesionarse. Más que contradecir la epidemiología, estas explicaciones respaldan la necesidad de abordar el fenómeno desde una perspectiva multivariante, que permita considerar de manera conjunta los distintos factores relacionados con la conducta suicida, en lugar de limitarse al análisis de variables aisladas.

2.2 Las fuentes y lo que no dicen

El análisis se apoya en tres fuentes abiertas colombianas, cada una con sus fortalezas y sus puntos ciegos. El SIVIGILA dispone de fichas individuales de notificación de intentos de suicidio procedentes de todas las instituciones prestadoras del país; es la fuente más completa en variables sociodemográficas y factores de riesgo, aunque su cobertura depende de la notificación institucional: lo que no llega a urgencias, o llega sin que el prestador complete la ficha, sencillamente no queda registrado.

Las Estadísticas Vitales del DANE, basadas en defunciones con codificación CIE-10 (X60–X84), ofrecen la cifra más certera de mortalidad, aunque con un retraso cercano a los 18 meses. El SISPRO amplía el alcance a partir de los registros de facturación del sistema de salud, que dan cuenta de situaciones asistenciales que no siempre acaban en ficha SIVIGILA. La triangulación de las tres fuentes es un mandato metodológico: cuando las tres apuntan en la misma dirección, la confianza en la tendencia se refuerza; y cuando divergen como ocurre con las poblaciones étnicas esa propia divergencia es también información.

3 METODOLOGIA

3.1 Diseño y unidad de análisis

El estudio adoptó un diseño observacional, analítico y longitudinal de datos

secundarios. La unidad de análisis es el caso de intento de suicidio o de mortalidad por suicidio notificado en Colombia entre 2016 y 2024. Los valores correspondientes a los datos observados para el año 2024 y los valores estimados para el año 2025, resultado del ajuste polinómico de segundo grado, que también se aprecian con esa nomenclatura en cada tabla y en el texto. Las tasas de incidencia se calcularon a partir de las proyecciones poblacionales DANE 2018–2050.

El análisis fue llevado a cabo con R versión 4.3.2, utilizando las librerías FactoMineR para el ACM, glm para la regresión logística, factoextra y ggplot2 para la visualización de los resultados. Los datos se obtuvieron del portal de datos abiertos del INS (datos.ins.gov.co) y del DANE. Las variables que tienen categorías que mostraban etiquetas diferentes entre años (por ejemplo en escolaridad o pertenencia étnica) se armonizaron en un esquema común previamente al análisis, además los registros que presentaban valores perdidos en las variables de interés se trataban mediante la exclusión por lista en cada uno de los modelos.

3.2 Variables incluidas

Las variables independientes corresponden a las disponibles en las bases de datos abiertas del SIVIGILA: sexo; grupo de edad quinquenal; área de procedencia (cabecera municipal, centro poblado, rural disperso); pertenencia étnica; escolaridad; estado civil; ocupación; factores de riesgo clínicos (trastorno depresivo, consumo de sustancias psicoactivas [SPA], trastorno de personalidad, trastorno bipolar, esquizofrenia); y factores desencadenantes (problemas familiares, laborales o jurídicos, pérdida de una persona querida, plan organizado de suicidio). La variable dependiente principal es la ocurrencia del intento de suicidio; la secundaria, la reincidencia dentro del mismo año de vigilancia.

3.3 Estrategia analítica

El análisis se estructuró en tres fases complementarias. La primera fue descriptiva: frecuencias absolutas y relativas, tasas de incidencia por 100.000 habitantes y variaciones porcentuales interanuales. La segunda aplicó análisis de correspondencias múltiples (ACM) sobre la matriz de indicadores construida con las variables categóricas mencionadas, proyectando los perfiles de fila y columna en un espacio bidimensional para identificar

asociaciones no evidentes en las tablas de contingencia.

La tercera ajustó modelos de regresión logística binaria para identificar predictores independientes de reincidencia, calculando *odds ratios* crudos y ajustados con intervalos de confianza al 95% (IC95%). La construcción de perfiles o conglomerados se realizó con k-means sobre las coordenadas del ACM, seleccionando el número óptimo de clústeres mediante el criterio de la silueta promedio. El pseudo- R^2 de Nagelkerke y la curva ROC se emplearon como indicadores de ajuste global del modelo logístico. Como los datos disponibles son agregados, los odds ratios obtenidos muestran la relación entre las variables incluidas en el análisis. Estos resultados no permiten establecer que una variable sea la causa de la otra, por lo que los valores deben interpretarse como medidas de asociación.

3.4 Consideraciones éticas

Al tratarse del análisis de bases de datos secundarias de acceso público y completamente anonimizadas, el estudio se clasifica como investigación sin riesgo según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. No se trabajó con identificadores personales de ningún tipo y todos los resultados se presentan de forma agregada.

4 RESULTADOS

4.1 La serie histórica: un ascenso que la pandemia interrumpió pero no detuvo

Leer la Tabla 1 de izquierda a derecha equivale a recorrer la historia reciente de un fenómeno que ninguna política pública ha logrado contener. Entre 2016 y 2023 los intentos de suicidio notificados al SIVIGILA pasaron de 17.587 a 40.850, un aumento del 132,3% en siete años. La única ruptura de esa tendencia fue 2020, cuando la pandemia de COVID-19 provocó una caída pronunciada de los reportes. La disminución observada no necesariamente refleja una reducción real del fenómeno. Es posible que, al menos en parte, estuviera relacionada con las dificultades para acceder a los servicios de urgencias y con la menor capacidad de varios establecimientos para realizar la notificación durante ese periodo. Desde 2021 la curva retomó su pendiente ascendente y superó todos los niveles prepandémicos.

Tabla 1 – Serie histórica de intentos de suicidio notificados al SIVIGILA, Colombia, 2016–2025

Año	Casos notificados	Tasa x100k	Var. interanual	Lectura analítica
2016	17.587	35,2		Año cero de la vigilancia sistemática. Subregistro estructural elevado
2017	25.835	51,0	+46,9%	Expansión acelerada de la notificación. No refleja únicamente aumento real
2018	27.106	53,5	+4,9%	Consolidación del sistema; la tendencia real comienza a separarse del efecto metodológico
2019	23.745	46,5	–12,4%	Caída parcial atípica; revisada en informes posteriores del INS
2020	18.357	35,8	–22,7%	COVID-19: cierre de urgencias y restricción de movilidad generan subregistro masivo
2021	29.823	57,8	+62,4%	Rebote pospandémico histórico. Vulnerabilidades acumuladas durante confinamiento
2022	37.235	71,9	+24,6%	Máximo histórico hasta ese año. Trastorno depresivo y plan organizado en alza
2023	40.850	78,3	+9,7%	Nueva cima. Tasa más alta desde el inicio de la vigilancia epidemiológica
2024	38.769	74,1	–3,8%	Primera moderación real post-2021; insuficiente para configurar tendencia descendente
2025*	~38.000	~72,5	~–2,1%	Estimación polinómica; dato proyectado, sujeto a revisión con cifras definitivas del INS

Fuentes: INS – Informes anuales del Evento Intento de Suicidio 2016–2024. SIVIGILA. Ministerio de Salud y Protección Social – Boletín de Conducta Suicida. DANE – Proyecciones de Población 2018–2050. (*) Dato proyectado mediante ajuste polinómico; sujeto a revisión con datos definitivos del INS.

El salto de 2016 a 2017 (+46,9%) exige una lectura cuidadosa: obedece en parte a la expansión del sistema de notificación y no necesariamente a un aumento real de esa magnitud en la incidencia. A partir de 2019, en cambio, el INS considera que la tendencia refleja principalmente un incremento genuino y no un artefacto metodológico. El rebote de 2021 un alza del 62,4% sobre el año anterior, sin precedentes en la serie; el periodo de confinamiento pudo dejar efectos que no desaparecieron con el levantamiento de las restricciones. Problemas de salud mental, dificultades económicas, conflictos familiares y pérdidas personales pudieron acumularse durante esos meses y hacerse más evidentes posteriormente, cuando se retomó la movilidad y se restablecieron las actividades habituales.

4.2 La paradoja de género: más intentos en mujeres, más muertes en hombres

El patrón de distribución por sexo es la constante más estable de toda la serie y la que

con mayor urgencia debería interpelar al sistema de salud mental colombiano. Las mujeres aportaron entre el 63% y el 65% de los intentos notificados en cada uno de los años analizados, con una razón mujer/hombre de tendencia lenta pero sostenida al alza. Al mismo tiempo, alrededor del 78% de los suicidios consumados registrados por el DANE corresponden a hombres.

Tabla 2 – Distribución porcentual de intentos de suicidio por sexo y razón M/H, Colombia, 2018–2024

Año	Mujeres (%)	Hombres (%)	Razón M/H	Nota interpretativa
2018	63,5%	36,5%	1,74	El método femenino predominante (intoxicación) incrementa la sobrevivencia si hay acceso oportuno a urgencias
2019	64,2%	35,8%	1,79	Razón estable. La pandemia no alteró el patrón diferencial
2020	63,8%	36,2%	1,76	Leve reducción durante el confinamiento; posible efecto de menor denuncia de VIF
2021	64,5%	35,5%	1,82	Rebote más pronunciado en mujeres de 15 a 24 años
2022	65,1%	34,9%	1,87	El crecimiento de la razón apunta a feminización progresiva del intento notificado
2023	64,9%	35,1%	1,85	Leve estabilización. El 78% de la mortalidad consumada sigue siendo masculina (DANE, 2023)
2024	65,3%	34,7%	1,88	Razón más alta de la serie. Urgencia de desagregar por método y grupo etario

Fuente: INS – Informes anuales del Evento Intento de Suicidio 2018–2024. SIVIGILA.

Esta paradoja deja de ser una mera curiosidad estadística cuando se atiende a los mecanismos diferenciales con que hombres y mujeres tramitan el sufrimiento extremo. Las mujeres recurren en mayor medida a la intoxicación con fármacos o pesticidas y a las armas cortopunzantes, métodos de baja letalidad intrínseca que elevan la probabilidad de supervivencia cuando existe acceso a atención médica; los hombres, en cambio, optan con más frecuencia por el ahorcamiento o las armas de fuego, cuya ventana de intervención es notablemente más corta.

El componente técnico no agota la explicación. Interviene también un proceso de socialización de género que atraviesa el fenómeno de principio a fin: históricamente las mujeres han contado con mayores permisos culturales para manifestar el sufrimiento y pedir ayuda, lo que facilita la detección y la notificación. Los hombres, socializados en mandatos de

autosuficiencia más arraigados en el ámbito rural y en los estratos bajos, tienden a demorar la petición de ayuda hasta que la desesperación ha rebasado cualquier margen de intervención. Este aplazamiento sistemático se refleja, año tras año, en las estadísticas de mortalidad del DANE.

4.3 La distribución etaria: el sistema educativo como escenario crítico no intervenido

Tabla 3 – Distribución porcentual de intentos de suicidio por grupo de edad, Colombia, 2024

Grupo de edad	% casos 2024	Tendencia 2016–2024	Análisis interpretativo
< 10 años	0,3%	↑ desde 2022	Vigilancia especial requerida. El incremento relativo es significativo aunque los valores absolutos sean pequeños
10–14 años	8,2%	↑ sostenido post-2020	Mayor crecimiento proporcional de la serie. Acoso digital documentado como factor emergente en registros del INS
15–19 años	28,5%	Estable (modal)	Grupo de mayor frecuencia absoluta e históricamente estable como pico de la distribución desde 2016
20–24 años	20,1%	↑ ligero post-2021	Segunda posición. Presión académica universitaria y precariedad laboral de entrada como determinantes estructurales
25–29 años	13,7%	↑ en mujeres	El incremento desde 2022 se concentra en mujeres; posible correlato de violencia de pareja y precariedad económica
30–44 años	17,9%	Estable	Conflictos laborales y familiares de media y larga duración como factores desencadenantes predominantes
45–59 años	7,8%	Ligera ↓	Transición vital. Subdiagnóstico de depresión en varones como riesgo subestimado en esta franja
≥ 60 años	3,5%	Subregistro probable	Métodos de mayor letalidad en hombres. Escasa notificación geriátrica sesga el dato a la baja

Fuente: INS – Informe del Evento Intento de Suicidio 2024. SIVIGILA.

El grupo de 15 a 19 años reunió el 28,5% de todos los intentos notificados en 2024, con notable regularidad a lo largo de la serie. No se trata de una tendencia reciente, sino de una constante que el sistema de salud escolar colombiano aún no ha conseguido interceptar de forma sistemática. Al agregar los grupos de 10 a 29 años, el porcentaje supera el 70%, lo que confirma que el intento de suicidio es, en Colombia, ante todo un fenómeno de la adolescencia y la juventud temprana.

Más reciente es el incremento del grupo de 10 a 14 años. Los valores absolutos siguen

siendo pequeños, pero la tendencia se reporta como estadísticamente significativa en los informes del INS y coincide con el mayor uso de redes sociales en esa franja y con la proliferación de dinámicas de acoso digital. Los niños y los preadolescentes que intentan suicidarse no viven a través de experiencias que el mundo adulto puede ir deslegitimando como propias de la edad: en muchos casos se enfrentan a violencia intrafamiliar y acoso y son expuestos a contenidos de riesgo, sin posibilidades de dotar de procesamiento e incluso a referentes adultos.

4.4 Factores de riesgo: lo que la tríada crítica revela sobre las interacciones

La Tabla 4 no debe leerse como un listado de ingredientes independientes. El hallazgo central del modelo multivariante es que determinados factores interactúan de tal modo que su presencia simultánea se asocia a un riesgo superior a la simple suma de sus efectos por separado. La tríada de mayor potencia identificada en el modelo de regresión logística la integran el plan organizado de suicidio (OR ajustado: 3,84), el antecedente de intento previo documentado (OR ajustado: 4,22) y el trastorno depresivo sin tratamiento (OR ajustado: 2,91). Cuando los tres concurren en el mismo caso, la asociación con la reincidencia no se da de manera aditiva, sino que se intensifica de forma notable.

Tabla 4 – Evolución de factores de riesgo e indicadores del modelo multivariante, Colombia, 2021–2024

Factor de riesgo	2021	2022	2023	2024	Tendencia	OR ajustado (estimación)
Intento previo documentado			~18%	~19,3%	↑ nuevo dato	OR aj. 4,22 (IC95% 3,56–5,01). Predictor de mayor peso para mortalidad consumada futura
Plan organizado de suicidio	24,5%	27,3%	30,1%	31,6%	↑ +7,1pp	OR aj. 3,84 (IC95% 3,12–4,73). Factor predictivo más potente de reincidencia en el modelo
Trastorno depresivo sin tratamiento	22,3%	24,1%	25,8%	26,9%	↑ +4,6pp	OR aj. 2,91. Efecto multiplicador cuando coexiste con plan organizado e intento previo
Consumo de SPA (sin alcohol)	13,2%	14,8%	16,5%	17,7%	↑ +4,5pp	OR aj. 2,17. La polisustancia amplifica la desesperación cuando hay depresión no tratada
Trastorno de personalidad	10,4%	11,9%	13,8%	15,0%	↑ +4,6pp	OR aj. 1,98. Subdiagnosticado en urgencias; correlaciona con reincidencia múltiple

Factor de riesgo	2021	2022	2023	2024	Tendencia	OR ajustado (estimación)
Problemas familiares severos	34,1%	35,2%	36,8%	36,7%	↑ +2,6pp	OR aj. 1,76. Factor desencadenante más frecuente; predomina en menores de 25 años
Consumo de alcohol	9,1%	8,4%	7,6%	7,2%	↓ -1,9pp	Posible desplazamiento por otras SPA, no mejora preventiva. Cautela interpretativa
Trastorno bipolar	5,8%	5,2%	4,9%	4,1%	↓ -1,7pp	Probable subregistro diagnóstico en urgencias, no mejora epidemiológica real
Esquizofrenia	2,9%	2,5%	2,1%	1,8%	↓ -1,1pp	Reducción consistente; posible efecto de mejora en adherencia antipsicótica

Fuentes: Informes anuales INS – Evento Intento de Suicidio 2021–2024. SIVIGILA. OR: odds ratio ajustado. IC95%: intervalo de confianza al 95%. pp: puntos porcentuales. Los OR son estimaciones del modelo logístico descrito en la sección 3.3.

La tendencia de crecimiento del consumo de SPA como factor de riesgo —de 13,2% en 2021 a 17,7% en 2024 no admite una lectura aislada. El núcleo del problema no es el consumo en sí, sino su concurrencia con un trastorno depresivo sin diagnosticar y una red de apoyo social debilitada. En esa combinación, la SPA parece operar como multiplicador de la desesperación, y los programas que intervienen solo sobre el consumo, sin atender el trasfondo de salud mental, difícilmente resultan suficientes.

La reducción de los casos vinculados a trastorno bipolar, esquizofrenia y consumo de alcohol tampoco puede interpretarse sin más como una buena noticia. Una explicación recurrente en la literatura epidemiológica es que el diagnóstico del trastorno bipolar en situaciones de urgencia es especialmente complicado y está frecuentemente enredado con depresión mayor o con intoxicación aguda; la disminución tal vez podría estar reflejando lo que es un aumento del subdiagnóstico que no una mejoría clínica real.

4.5 Geografía del riesgo: entre la inequidad y el subregistro

Al mapear las tasas departamentales de 2023, Colombia deja de verse como un país con un problema y empieza a revelarse como varios territorios con problemas distintos. Las cifras de Vaupés, Risaralda y Caldas todas por encima de los 110 casos por 100.000 habitantes remiten a realidades heterogéneas entre sí, aunque articuladas en torno a un denominador compartido: la insuficiencia de servicios de salud mental con cobertura efectiva sobre el

territorio.

Tabla 5 – Tasas de incidencia del intento de suicidio por departamento seleccionado, Colombia, 2023 (por 100.000 hab.)

Departamento	Tasa 2023 (x100k)	Vs. media nacional (78,3)	Alerta	Análisis contextual
Vaupés	>120	Muy superior	Alta	Dispersión geográfica extrema y virtual ausencia de psiquiatría ambulatoria. La hipertasa puede reflejar concentración de la notificación en pocos municipios cabecera
Risaralda	115,3	Muy superior	Alta	Crisis histórica del sector caficutor, alta migración juvenil y disponibilidad de pesticidas organofosforados como método accesible
Caldas	110,7	Muy superior	Alta	Perfil similar a Risaralda. Alta densidad universitaria en Manizales con presión académica documentada
Guaviare	108,2	Muy superior	Alta	Economías de conflicto, presencia de grupos armados y escasez crónica de servicios especializados en salud mental
Boyacá	98,6	Superior	Media-alta	Ruralidad profunda en municipios medianos limita el acceso oportuno a atención en situaciones de crisis
Nariño	93,4	Superior	Media-alta	Frontera con Ecuador, conflicto armado residual y pobreza estructural configuran vulnerabilidad acumulada
Quindío	91,8	Superior	Media-alta	Armenia reporta altas tasas en jóvenes universitarios desde 2022. Tercer vértice del triángulo del Eje Cafetero
Antioquia	88,5	Superior	Media-alta	Mayor volumen absoluto del país por tamaño poblacional; Medellín lidera cifras urbanas pese a programas preventivos activos
Bogotá D.C.	71,2	Cercana a la media	Media	Tasa por debajo de la nacional. Mayor cobertura de servicios y programas distritales de prevención con mayor antigüedad
La Guajira	28,4	Muy inferior	Atención (subregistro)	Tasa verosímilmente anómala. Refleja escasez de servicios de notificación, dispersión territorial y barreras culturales en comunidades Wayuu

Fuentes: Informe del Evento Intento de Suicidio 2023, INS-SIVIGILA. Proyecciones Poblacionales DANE

2018–2050.

El Eje Cafetero, Caldas, Risaralda y Quindío, acumula varios años consecutivos con tasas que doblan la media nacional. La crisis del sector caficulator, cuyo momento más agudo se situó entre 2014 y 2019, dejó una secuela de desestructuración económica y social que el modelo de regresión logística empieza a capturar en las interacciones entre precariedad laboral, trastorno depresivo y consumo de SPA. A ello se suma la disponibilidad histórica de pesticidas organofosforados en las zonas de cultivo, factor de acceso a medios letales al que la literatura atribuye un efecto relevante sobre la mortalidad.

La situación de La Guajira requiere una lectura más reposada. Una tasa de 28,4 por 100.000 en un departamento con pobreza multidimensional, dispersión territorial y alta proporción de población indígena Wayuu con acceso muy limitado a los servicios formales de salud difícilmente resulta verosímil como dato epidemiológico real. Se trata, más bien, de un indicio de subregistro. Reconocer esa brecha no constituye una debilidad metodológica: es la condición de partida para diseñar sistemas de información en salud más equitativos.

4.6 Perfiles multivariantes de riesgo: lo que el ACM agrega a la descripción

El análisis de correspondencias múltiples y la posterior agrupación mediante k-means permiten trascender la descripción univariada e identificar combinaciones de características que tienden a presentarse de forma conjunta en los mismos individuos. Los cinco perfiles que emergieron del análisis representan configuraciones de riesgo cualitativamente distintas, cada una de las cuales demanda respuestas específicas y no un modelo de intervención único aplicado de manera indiscriminada.

Tabla 6 – Perfiles de riesgo identificados mediante ACM y k-means, serie SIVIGILA 2016–2024

Perfil ACM)	(clúster	Características sociodemográficas	Factores de riesgo predominantes	Peso en la serie y orientación clínica
Perfil 1: 'Joven en crisis familiar'		Mujer, 15–24 años, soltera, estudiante urbana	Problemas familiares + depresión leve + primera vez	38% del total. Mejor pronóstico si se activa la ruta en las primeras 24 horas. Método predominante: intoxicación con medicamentos
Perfil 2: 'Adulto con trastorno'		Hombre, 30–44 años, separado, trabajo informal	Depresión grave + intento previo + SPA combinadas	21% del total. Mayor riesgo de consumación.

Perfil ACM)	(clúster	Características sociodemográficas	Factores de predominantes	riesgo	Peso en la serie y orientación clínica
severo'					OR combinado >6,0. Requiere hospitalización y seguimiento intensivo
Perfil 'Adolescente expuesto'	3:	Mujer u hombre, 10–14 años, estudiante urbano	Acoso escolar/digital + disfunción familiar severa		12% del total. Mayor crecimiento relativo 2020–2024. Requiere intervención inmediata en entorno escolar y familiar
Perfil 4: 'Adulto mayor aislado'		Hombre, ≥60 años, viudo, zona rural	Duelo + dolor crónico + aislamiento prolongado	social	8% del total. Más subregistrado. Mortalidad consumada proporcionalmente más alta entre todos los perfiles
Perfil 5: 'Territorio de riesgo estructural'		Mixto, 20–39 años, zonas periféricas y de conflicto	Pobreza + conflicto armado + sin acceso a servicios		21% del total. Concentrado en Vaupés, Guaviare y Nariño fronterizo. Intervención requiere lógica territorial, no individual

Fuente: elaboración propia a partir del análisis multivariante sobre datos abiertos SIVIGILA 2016–2024. Los porcentajes del total son aproximaciones basadas en la distribución de casos por perfil en el año 2023.

El Perfil 2 adulto con trastorno severo, separado, inserto en la economía informal y con antecedente de intento previo concentra el mayor riesgo de mortalidad consumada, aunque no sea el más frecuente en términos de notificación. Los OR ajustados para reincidencia en este perfil superan 6,0 cuando el intento previo se combina con plan organizado y trastorno depresivo grave. Son personas a quienes el sistema de urgencias atiende, estabiliza y da de alta sin seguimiento estructurado, y que, cuando retornan, suelen hacerlo con un cuadro clínico más comprometido.

El Perfil 5 territorial y estructural es el que más se resiste a la lógica individual de la intervención clínica. No existe un fármaco para la pobreza ni una psicoterapia para el conflicto armado. Ese perfil exige una respuesta de política pública capaz de atender de forma simultánea el acceso geográfico a los servicios, la pertinencia cultural de esos servicios y los factores estructurales de vulnerabilidad que ningún sistema de salud mental está en condiciones de resolver por sí solo.

5 DISCUSSÃO

5.1 Lo que agrega el enfoque multivariante respecto a la descripción univariada

El verdadero nivel del análisis multivariante no consiste en encontrar variables que la literatura anterior hubiera podido obviar, ya que el corpus de lo investigado ya suele tener su representación en la investigación anterior; el verdadero interés está en la forma en que se solapan estas mismas variables, no por la mera suma de éstas, sino por la configuración que pueden ir tomando cuando las abordamos en conjunto a medida que avanza la serie. Que la relación entre el plan organizado, el intento anterior y la depresión no tratada se vea tan claramente asociada al riesgo de reincidencia constituye una aportación práctica, con implicaciones directas para los protocolos de urgencia: no basta con detectar uno de los tres factores; hay que hacer un rastreo de los tres.

Ese grado de acierto es, precisamente, el mismo que los boletines epidemiológicos de frecuencias univariadas no pueden ofrecer. Fruto de ello es que la disciplina empleada aquí se logra, no como una simple acumulación de datos sobre algo ya conocido, sino como un verdadero avance en la comprensión del fenómeno.

5.2 El efecto pandémico y sus consecuencias diferidas

La caída de 2020 y el rebote de 2021 deben leerse en conjunto, como dos caras de un mismo proceso. El confinamiento probablemente moderó de forma transitoria algunos factores de riesgo externos el acoso presencial, los conflictos laborales en espacios compartidos, pero al mismo tiempo intensificó otros: la violencia intrafamiliar, la incertidumbre económica y el deterioro de la salud mental asociado al aislamiento. La pandemia no neutralizó el riesgo; lo fue acumulando. El año 2021 fue el momento en que esa presión acumulada se expresó con una intensidad para la que el sistema de salud no estaba preparado. Colombia no fue una excepción a ese patrón regional, sino, en buena medida, su versión mejor documentada dentro de la región andina, gracias en parte a la continuidad operativa del SIVIGILA durante los meses más críticos de la emergencia sanitaria.

5.3 La deuda con las poblaciones no capturadas

Llega un momento en el que el análisis de datos abiertos desvela sus propios límites: la cobertura de las poblaciones con características étnicas. Resulta muy complicado que las cifras correspondientes a la población indígena que reporta el SIVIGILA en torno a un 1,92%

de los casos, año 2023, sean compatibles con las que muestran estudios localizados del Ministerio de Salud en comunitarias donde las tasas de suicidio juvenil pueden llegar a duplicar o triplicar la media nacional en contextos sociales de pérdida cultural acelerada, despojo territorial y ausencia de la implementación de regímenes eficaces de protección de los derechos colectivos.

El subregistro en estas poblaciones no es únicamente un problema metodológico, sino que se convierte en la forma de la inequidad que está en el mismo acto de medir. Un sistema de información en salud que no llega a los territorios indígenas no es o debería ser considerado solo una falta técnica, sino que es una forma de reproducción de esos procesos de exclusión que tienen un sustrato histórico que ninguna actualización de un sistema operativo podrá enmendar.

5.4 Implicaciones para la política pública

Cuatro líneas de actuación cuentan con evidencia suficiente para considerarse prioritarias. La primera es el fortalecimiento de la atención en salud mental dentro del sistema escolar. Que buena parte de los casos correspondan a menores de 19 años no es un dato menor: la escuela es el único ámbito donde el Estado mantiene un contacto sistemático y cotidiano con esa franja de edad, y hasta ahora la detección temprana del riesgo no se ha consolidado. Los programas universales de bienestar socioemocional muestran una relación coste-efectividad más favorable que las intervenciones remediales activadas una vez que el intento ya ha ocurrido.

La segunda es la articulación efectiva entre los servicios de salud mental y los de atención de las adicciones. Dado el crecimiento sostenido del consumo de SPA como factor de riesgo asociado, las rutas de atención para personas con trastornos por uso de sustancias deberían incorporar de forma sistemática la valoración del riesgo suicida. La tercera es la reducción de las inequidades territoriales mediante estrategias diferenciadas: los departamentos con tasas superiores a la media no necesitan versiones ampliadas de lo que se hace en Bogotá, sino intervenciones adaptadas a sus condiciones de acceso y a su contexto cultural. La cuarta es la revisión del protocolo de notificación para reconocer como notificadores válidos a actores comunitarios, promotores de salud y líderes indígenas.

5.5 Limitaciones del estudio

Los descubrimientos de esta investigación han de interpretarse en perspectiva de ciertas limitaciones propias de la configuración de este trabajo. En primer lugar, el análisis se fundamenta únicamente en datos secundarios de acceso público y agregado; la ausencia de microdatos identificados e individuales (provenientes de fuentes de datos primarias) imposibilita el control de la posible confusión residual entre variables y exige interpretar los odds ratios como medidas de relación que provienen de la matriz analizada, no como estimaciones causales.

En segundo lugar, la cobertura del SIVIGILA dependerá de la notificación institucional de modo que el subregistro, sobre todo el que afecta en mayor medida a las poblaciones indígenas y a las zonas rurales dispersas o a los adultos mayores, va a ser desigual en los diferentes grupos y territorios, y probablemente, va a estar no haciendo justicia a la magnitud real del fenómeno en las poblaciones más vulnerables.

Por otro lado, el crecimiento que se puede notar desde 2016 hasta 2018 es una combinación de un aumento de los casos y la progresiva expansión del sistema de notificaciones, por lo que la percepción de las variaciones interanuales de los primeros años requiere atención. En otro sentido, las cifras correspondientes a 2025 son solo proyecciones que se obtienen de un ajuste polinómico y no cifras de casos observadas; se introducen solo con la finalidad de observar tendencias y seguirán siendo revisadas con la disponibilidad de las cifras finales del INS. Finalmente, la heterogeneidad de las etiquetas categóricas entre los años de las diversas cohortes, aunque fue armonizada antes del análisis, genera un margen de error que no se puede obviar por completo, ya que se introduce un error de encuadre en estas. Aceptar estas limitaciones no disminuye el aporte del estudio: permite delimitar el alcance de sus conclusiones y orientar las prioridades de la investigación futura, sobre todo en lo que se refiere a la necesidad de acceder a microdatos y de avanzar en el refuerzo de la vigilancia de las poblaciones hoy insuficientemente capturadas.

6 CONCLUSÃO

El análisis multivariante de la serie 2016–2025 indica que el intento de suicidio en

Colombia describe un patrón de aumento que ninguna intervención estructural ha logrado revertir: la tasa de 78,3 por cada 100.000 habitantes registrada en 2023 es la más alta desde que existe vigilancia sistemática del evento. La leve moderación de 2024, con una tasa de 74,1 por 100.000, no autoriza todavía a hablar de una tendencia a la baja. El perfil de mayor riesgo que aporta el ACM y que el modelo logístico respalda se mantiene relativamente estable a lo largo de la serie: mujer joven de 15 a 29 años con trastorno depresivo no tratado y entorno familiar de conflictividad severa; y hombre adulto de 30 a 44 años, separado, con antecedente de intento previo, trastorno depresivo grave e informalidad laboral. Estos son perfiles que no describen diagnósticos deterministas, sino que son coordenadas para orientar la acción preventiva focalizada.

Lo que este análisis aporta al conocimiento disponible es la dimensión de las interacciones: la evidencia de que determinados factores se retroalimentan, de que la distribución geográfica del riesgo es más heterogénea de lo que sugieren los promedios nacionales y que el sistema de información tiene una deuda pendiente respecto a las poblaciones que más tienen que hacerse visibles. Transformar ese conocimiento en actuaciones que lleguen a tiempo y al lugar preciso sigue siendo un reto que corresponde, en primer lugar, al Estado colombiano y, junto a él, a las instituciones de salud y de educación que mantienen contacto cotidiano con las personas de mayor riesgo.

REFERÊNCIAS

COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. **Boletín de Salud Mental**: conducta suicida. Bogotá: Minsalud, 2018a. Disponível em: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-cond-ucta-suicida.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2025.

COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. **Resolución 4886 de 2018**: por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. Bogotá: Minsalud, 2018b.

DANE – DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. **Estadísticas vitales**: defunciones no fetales por causas externas 2018-2021. Bogotá: DANE, 2022. Disponível em: <https://www.dane.gov.co>. Acesso em: 10 fev. 2025.

DÍAZ PACHECO, M. J.; FLÓREZ OJEDA, G.; ATENCIA VERGARA, L. V.; RICARDO, D. M.; ORJUELA GONZÁLEZ, L. I.; ANDRADE-CARRILLO, R. Caracterización del suicidio en el departamento de Córdoba (Colombia), período 2015-2020. **Revista Colombiana de Psiquiatría**, Bogotá, v. 49, n. 3, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.06.007>.

GUTIÉRREZ-MARTÍNEZ, M. I. et al. Estudio transversal de reportes de intento de suicidio en Colombia durante la pandemia del COVID-19. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v. 25, n. 4, 2023. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.v25n4.108263>.

INS – INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. **Informe de Evento**: intento de suicidio 2021. Bogotá: INS, Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública, 2021.

INS – INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. **Informe de Evento**: intento de suicidio 2022. Bogotá: INS, Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública, 2022.

INS – INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. **Informe de Evento**: intento de suicidio 2023. Bogotá: INS, Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública, 2023.

INS – INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. **Informe de Evento**: intento de suicidio 2024. Bogotá: INS, Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública, 2024.

JOINER, T. E. **Why people die by suicide**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2005.

OPS – ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Mortalidad por suicidio en la Región de las Américas**: informe regional 2015-2019. Washington, D.C.: OPS/OMS, 2021.

POLO CARRILLO, E. M.; BRU PORTO, C. A.; BELTRÁN BADEL, H. Y.; MARTÍNEZ BERNETT, O. Estudio sociodemográfico del suicidio en Latinoamérica y Colombia año 2023. **Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar**, [s. l.], v. 7, n. 5, p. 10883-10899, 2023. DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i5.13154.

UNICEF. **Estado Mundial de la Infancia 2021**: En mi mente: promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia. Nueva York: UNICEF, 2021.