



ABECÉ

Orientaciones para el desarrollo e implementación del Código Dorado en el Territorio Nacional

Ministerio de Salud y Protección Social

Dirección de Promoción y Prevención

Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental

Marzo 2026

Versión 1



GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Ministro de Salud y Protección Social

JAIME HERNÁN URREGO RODRÍGUEZ
Viceministro de Salud y Prestación de Servicios

LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SALDARRIAGA
Viceministro de Protección Social

RODOLFO ENRIQUE SALAS FIGUEROA
Secretario General

TATIANA LEMUS PÉREZ
Directora de Promoción y Prevención

NATHALIA CAROLINA RODRÍGUEZ MARTÍNEZ
Coordinadora del Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental

EQUIPO TECNICO GRUPO DE GESTION INTEGRADA PARA LA SALUD
MENTAL

Diana Carolina Fonseca Fonseca
María Camila Aldana Giraldo
Natalia Moreno Ramírez
Iván Fernando Díaz Molina

Tabla de contenido

Introducción	5
Código Dorado	6
Componente Comunitario	7
a. Estrategias de comunicación	7
b. Identificación del riesgo	8
1. Señales de alarma	8
2. Orientaciones para autoridades y líderes comunitarios	9
c. Puertas de activación	11
1. Activación del código dorado	12
2. Mecanismos para la activación	13
2.1 Líneas de emergencia territorial y/o teleorientación en salud mental	13
2.2 Activación Equipo de Respuesta inmediata	13
3. Traslado a prestadores de servicios de salud	13
Componente clínico	14
a. Triage	14
1. Propósito del Triage en conducta suicida	14
2. Definición operativa del Triage en conducta suicida	14
3. Responsables del Triage	15
4. Momento y ámbito de aplicación	15
5. Criterios clínicos mínimos a evaluar en el Triage	15
6. Clasificación del riesgo y priorización	16
7. Clasificación del riesgo suicida posterior al Triage	16
8. Registro y trazabilidad	17
9. Indicador clave de cumplimiento	18
b. Valoración clínica inicial	20
1. Valoración médica general	20

2. Exploración de la ideación y conducta suicida	21
3. Uso de escalas de evaluación del riesgo suicida	24
4. Manejo inicial por equipo multidisciplinario	26
4.1 Conformación mínima del equipo multidisciplinario	26
4.2 Inicio del manejo farmacológico y no farmacológico	27
4.3 Clasificación del riesgo y toma de decisiones clínicas	27
4.4 Formación del talento humano y uso de mhGAP	28
4.5 Uso de teleorientación y teleconsulta en salud mental	28
5. Valoración por psiquiatría	29
5.1 Atención de niños, niñas y adolescentes por psiquiatría (sin subespecialidad infantil)	29
5.2 Seguimiento por psiquiatría infantil y de la adolescencia	30
6. Decisiones clínicas y órdenes al egreso	31
7. Participación de la red de apoyo	31
8. Articulación con dispositivos comunitarios	31
c. Reporte del evento al sistema de vigilancia epidemiológica	32
1. Evento sujeto a notificación y ficha correspondiente	32
2. Oportunidad del reporte	33
3. Responsable del diligenciamiento de la ficha	33
4. Calidad, confidencialidad y coherencia del reporte	33
5. Articulación del reporte con el Código Dorado	34
d. Salida voluntaria del paciente con conducta suicida	34
1. Base clínica y normativa de la decisión	35
1.1 Marco jurisprudencial aplicable para salida voluntaria	35
2. Pilares teóricos para replantear la salida voluntaria en pacientes con conducta suicida	40
e. Seguimiento del paciente con conducta suicida	44
1. Principios del seguimiento	44
2. Profesionales responsables del seguimiento	44
3. Medición y reevaluación del nivel de riesgo	45
4. Seguimiento según nivel de riesgo	46



5. Continuidad del manejo y articulación del cuidado	46
6. Enfoque familiar y comunitario del seguimiento	47
7. Responsabilidad de la entidad que prestan aseguramiento	47
Glosario.....	50
Referencias bibliográficas	51

Introducción

La conducta suicida constituye uno de las principales problemáticas en salud mental a nivel nacional; en respuesta a esta problemática, el Ministerio de Salud y Protección Social ha publicado la resolución por medio de la cual se implementa la Estrategia Nacional para el cuidado integral de la salud para las personas con conducta suicida en la cual se menciona la activación de un protocolo de alerta inmediata (Código Dorado), orientada a fortalecer la identificación temprana del riesgo, la atención oportuna, la continuidad del cuidado y la protección de la vida en todos los niveles del Sistema General de Seguridad Social en Salud ante casos identificados de conducta suicida.

El presente documento va dirigido a instituciones, entidades territoriales, profesionales de la salud y comunidad en general, con el objetivo de brindar recomendaciones técnico-operativas que orienten de manera articulada y estandarizada la implementación de la Estrategia Nacional en el territorio. En particular, desarrolla lineamientos para la activación del código dorado a nivel comunitario y clínico. El presente instructivo se sustenta en la normativa nacional vigente, la Guía de Práctica Clínica colombiana para la prevención y el tratamiento de la conducta suicida, la jurisprudencia constitucional aplicable y la evidencia científica disponible, incorporando un enfoque de derechos, diferencial, de curso de vida y comunitario. Su propósito es proporcionar criterios claros, unificados y clínicamente fundamentados que orienten la toma de decisiones de los equipos de salud, reduzcan la variabilidad en la atención, fortalezcan la calidad del cuidado y contribuyan a prevenir desenlaces fatales asociados a la conducta suicida.

Código Dorado

Definición

Se establece el “**Código Dorado**” como un protocolo de respuesta ante emergencias clínicas y comunitarias, concebido como un sistema de alerta temprana para la identificación y atención de las diferentes manifestaciones de la conducta suicida, en el marco de un enfoque de salud pública, intersectorial, comunitaria y basada en derechos, orientado a la promoción, prevención, atención y continuidad del cuidado en salud mental; con el fin de garantizar una intervención inmediata, integral y articulada frente a los casos detectados en el territorio nacional.

Objetivo General

Implementar orientaciones de identificación temprana, respuesta inmediata para la atención oportuna, integral y articulada de las personas con riesgo, intento con o sin método de conducta suicida a fin de prevenir desenlaces fatales y fortalecer la atención comunitaria y clínica en salud mental en el territorio nacional.

Objetivos Específicos

1. Orientar la construcción de un modelo de protocolo que contenga, las acciones de identificación temprana; contención, abordaje comunitario y atención clínica inmediata en el territorio nacional.
2. Definir criterios clínicos para la identificación y clasificación del riesgo suicida en personas que acceden a los servicios de salud, con el fin de orientar la toma de decisiones terapéuticas y de protección mediante la valoración clínica integral y el uso de herramientas de evaluación del riesgo.
3. Definir orientaciones para la toma de decisiones frente al egreso hospitalario o la salida voluntaria en personas con conducta suicida.

4. Establecer acciones para el seguimiento clínico y comunitario de personas atendidas por conducta suicida, para favorecer la continuidad del cuidado.

1. Componente Comunitario

El componente comunitario corresponde al conjunto de acciones orientadas a fortalecer la participación de la comunidad, los entornos sociales y los actores territoriales en la prevención de la conducta suicida. Este componente busca promover la identificación temprana de señales de alarma, fomentar una cultura de cuidado, escucha y apoyo mutuo, y facilitar la activación oportuna de las rutas de atención, mediante procesos de información, sensibilización y formación que fortalezcan las capacidades comunitarias para actuar de manera oportuna frente al riesgo.

a. Estrategias de comunicación

La entidad territorial deberá establecer una estrategia de comunicación y educación en salud dirigida a los diferentes actores del territorio, con el propósito de facilitar la activación del Código Dorado a nivel comunitario. Estas acciones constituyen un componente clave para promover una activación oportuna a nivel nacional, mediante la adecuada difusión de la información y la sensibilización sobre los elementos esenciales disponibles en el territorio. De esta manera, se pretende fortalecer una respuesta temprana y articulada frente a la conducta suicida.

A continuación, se anexa un cuadro orientador:

Mensaje clave comunitario	Promover una cultura de cuidado y conversación abierta.	<i>"Indagar salva vidas. No preguntar por miedo también es una forma de abandono. El Código Dorado empieza con una</i>	Mensaje para campañas, capacitaciones y formación comunitaria.
----------------------------------	---	--	--

		<i>conversación humana."</i>	
	Reconocer señales de alarma	<i>"Cambios bruscos en el comportamiento, aislamiento o expresiones de desesperanza pueden ser señales de alerta. Escuchar y acompañar puede marcar la diferencia."</i>	Mensaje como material educativo comunitario, para redes sociales y talleres.
	Orientar sobre qué hacer ante una situación de riesgo.	<i>"Ante señales de riesgo, no dejes sola a la persona. Escucha, acompaña y activa las rutas de atención disponibles en tu comunidad."</i>	Mensaje para campañas, capacitaciones y formación comunitaria

b. Identificación del riesgo

La entidad territorial, en articulación con los diferentes actores del territorio, deberá establecer acciones orientadas a la identificación temprana de señales de alarma asociadas a la conducta suicida, así como a la activación oportuna del Código Dorado desde los distintos entornos institucionales y comunitarios:

1. **Señales de alarma:** La identificación del riesgo se realiza a partir del reconocimiento de señales de alarma asociadas a la conducta suicida, las cuales pueden manifestarse a nivel emocional, conductual y verbal mediante cambios significativos en las áreas de ajuste personal, tales como alteraciones en el sueño y la alimentación, incremento o inicio del consumo de sustancias psicoactivas, así como la pérdida de interés o disfrute por actividades previamente significativas. De igual forma, se consideran señales de alerta la entrega de pertenencias de valor, la

presencia de verbalizaciones relacionadas con el deseo de morir o “dejar de molestar”, actitudes persistentes de pesimismo, sentimientos de inutilidad o de ser una carga para los demás, aislamiento social, tristeza, miedo, ansiedad, vergüenza, dificultad para mantener la atención e inseguridad frente a las propias capacidades.

- Ante la identificación de una o más de estas manifestaciones, se deberá activar de manera inmediata la atención correspondiente, conforme a los protocolos establecidos.

2. Orientaciones para autoridades y líderes comunitarios

Momento	¿Qué deben hacer?	¿Cómo hacerlo? (lenguaje y ejemplos)	Aspectos clave
1. Decisión de indagar	Iniciar la conversación cuando se identifique riesgo	<i>"He notado que te has sentido muy abrumado últimamente."</i>	Preguntar no aumenta el riesgo; reduce el aislamiento.
2. Pregunta directa sobre Conducta Suicida	Indagar de forma clara, empática y sin juicios sobre pensamientos suicidas o ideas de muerte.	<i>"¿Has pensado en hacerte daño o en morir?"</i> <i>"Cuando dices que no quieres seguir, ¿te refieres a que has pensado en quitarte la vida?"</i> <i>"¿En algún momento has pensado en no"</i>	Evitar utilizar lenguaje que tienda a minimizar el sufrimiento emocional "eso no es nada; estas llamando la atención"; "podría ser peor"; "no pensarás en bobadas, ¿cierto?"

		<i>seguir viviendo?"</i>	
3. Respuesta afirmativa (SÍ hay ideación)	Activar de inmediato el Código Dorado y proteger a la persona.	<i>"Gracias por decírmelo."</i> <i>"No estás solo/a."</i> <i>"Vamos a buscar ayuda ahora mismo."</i>	Es una urgencia en salud. Importante activar rutas definidas en el territorio (urgencias, IPS, EAPB, referente institucional).
4. Respuesta negativa, pero con riesgo persistente	Mantener acompañamiento y vigilancia comunitaria.	<i>"Entiendo que estás pasando por un momento difícil."</i> <i>"Si en algún momento esos pensamientos aparecen, podemos buscar ayuda juntos."</i>	Fortalecer redes de apoyo. Realizar seguimiento.
5. Activación del Código Dorado	Comunicar y derivar según el protocolo territorial establecido.	Acciones posibles: Contactar servicios de urgencias Notificar a la IPS/EAPB correspondiente Informar al referente	El Código Dorado no es sanción, es cuidado y protección.

		institucional o territorial	
6. Lo que NO deben hacer	Evitar conductas que aumentan el riesgo o generan daño.	NO hacer: Consejos simplistas ("anítese", "todo mejora") Prometer confidencialidad absoluta Minimizar el sufrimiento Interrogar de forma invasiva Asumir roles clínicos	El rol comunitario es detectar, acompañar y activar rutas, no tratar.
7.Recomendaciones operativas	Fortalecer capacidades locales para la detección temprana.	Guiones breves de preguntas Contactos visibles de rutas Simulacros sencillos de activación	Facilita respuesta oportuna y disminuye barreras de acceso.

c. Puertas de activación



La activación del Código Dorado se enmarca en el principio de corresponsabilidad intersectorial, donde los sectores involucrados actúan de manera articulada bajo la coordinación de la entidad territorial en salud, su rol principal será detectar, contener y activar de manera oportuna; puede ser activado desde los diferentes entornos y actores territoriales como:

- Educación (Ej: instituciones educativas, colegios, universidades y entidades académicas)
- Comunidad (Ej: líderes comunitarios, comercio, líderes religiosos)
- Justicia: (Ej: Comisarias de Familia, inspecciones de política, fiscalía)
- Seguridad: (Ej: Policía, fuerzas armadas y militares)
- Trabajo (Ej: ARL, cajas de compensación)
- Desarrollo Social o quien haga sus veces
- Deporte y cultura (Ej: Escuelas deportivas, artísticas y culturales)
- Salud (secretarías de salud, Equipos de Atención Primaria en Salud disponibles en el Territorio)

1. Activación del código dorado

Se enfoca en orientar las acciones comunitarias a desarrollar desde los distintos niveles: Nacional, Departamental Distrital y Municipal para la prevención y mitigación del riesgo de la conducta suicida, en la población general. Para esto se definen unas acciones, que permitirán construir la ruta de acción local Comunitaria del código dorado.

Orientaciones para Gobernaciones y alcaldías:

1. La Ruta de Activación Comunitaria del Código Dorado: Estará en cabeza de los Gobernaciones y/o alcaldías, dependiendo el ámbito de aplicación.
2. Realizar el análisis de situación del territorio en conducta suicida que incluya variables:
 - Poblacionales (Sexo, identidad de género, curso de vida, ocupación, pertenencia étnica...)
 - Geográficas
 - Factores desencadenantes, factores de riesgos y factores protectores
 - Mecanismos
 - Disponibilidad de servicios en salud en el territorio



- Disponibilidad de servicios sociales en el territorio
 - Oferta institucional en el territorio
 - Mapeo de primeros respondientes
 - Identificación de las Línea de emergencias y teleorientación en salud mental del territorio
3. Realizar un análisis de las acciones realizadas por el territorio en términos de impacto y mitigación de la conducta suicida, las apuestas de su plan de gobierno en términos de salud mental, y el estado de avance.

2. Mecanismos para la activación

Las líneas de emergencia territorial y/o tele orientación en salud mental, junto al equipo de respuesta inmediata definido por la entidad territorial, estarán a cargo de la activación del código dorado, los cuales deberán estar capacitados en primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis, conforme a lineamientos nacionales de atención en salud mental y gestión del riesgo, para estabilizar emocionalmente a la persona y activar las acciones correspondientes de acuerdo con el nivel de riesgo.

2.1 Líneas de emergencia territorial y/o teleorientación en salud mental

Las líneas de emergencia en las entidades territoriales serán el canal de activación del código dorado, las personas que están a cargo de estas líneas, deberán estar capacitados en primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis.

2.2 Activación Equipo de Respuesta Inmediata

Las entidades deberán integrar los equipos de respuesta inmediata la cuales serán definidas de acuerdo a las capacidades con las que cuenta el territorio y estarán como responsables de la clasificación del riesgo.

Para riesgo alto y medio, se deberá activar el Equipo de Respuesta Inmediata quienes conforme a sus funciones tendrán a su cargo el coordinar una respuesta articulada, involucrando profesionales de salud mental, equipos de atención primaria y ambulancias, garantizando la remisión de las personas a las instituciones de salud para su debida atención; para el riesgo bajo, se deberá notificar al asegurador y/o quien haga sus veces sobre el riesgo y la situación

encontrada en la persona, haciendo énfasis en que la asignación de la cita no puede ser en un periodo mayor a 48 horas

3. Traslado a prestadores de servicios de salud

Se inicia la activación del protocolo clínico de código dorado establecido en cada una de las instituciones prestadoras de servicios de salud conforme a lo estipulado en la resolución 00347 de 2026.

2. Componente Clínico

En el presente apartado dirigido a las instituciones y profesionales de la salud se constituye como un documento técnico-operativo que desarrolla, de manera articulada y estandarizada, los lineamientos para la implementación de la Estrategia Nacional en el territorio, con énfasis en el triage en conducta suicida, la valoración clínica integral, el reporte al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) y la gestión de la salida voluntaria de pacientes con conducta suicida.

Su finalidad es brindar criterios claros, unificados y clínicamente sustentados que orienten la toma de decisiones de los equipos de salud, reduzcan la variabilidad en la atención, fortalezcan la calidad del cuidado y contribuir a la prevención de desenlaces fatales asociados a la conducta suicida.

a. Triage

1. Propósito del triage en conducta suicida

Desde la perspectiva de la Estrategia Nacional para el cuidado integral de la salud en personas con conducta suicida, (Res. 0347 de 2026) el *trriage* constituye un acto clínico obligatorio, no delegable ni postergable, que debe realizarse desde el primer contacto con el sistema de salud, independientemente del punto de entrada (urgencias, consulta externa, hospitalización, teleorientación o atención extramural) ⁽¹⁾.

El triage en personas con ideación o conducta suicida tiene como objetivo identificar de manera inmediata el nivel de riesgo vital y psicosocial, priorizar la atención y activar de forma oportuna el Código Dorado, garantizando la



protección de la vida, la dignidad y la continuidad del cuidado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ⁽¹⁻³⁾.

2. Definición operativa del Triage en conducta suicida

Para efectos de la implementación del Código Dorado, se entiende el triage en conducta suicida como el proceso clínico inicial, estructurado y documentado, mediante el cual un profesional de salud capacitado:

- Detecta la presencia de ideación, plan o intento suicida.
- Valora el nivel de riesgo suicida (alto, medio o bajo) mediante juicio clínico informado.
- Define la prioridad de atención y los tiempos máximos de respuesta.
- Activa los protocolos institucionales y territoriales correspondientes ^(1,2).

Este triage no equivale a una valoración diagnóstica completa, pero sí determina el curso inmediato de la atención y las medidas de seguridad requeridas ^(2,3).

3. Responsables del Triage

El triage debe ser realizado por:

- Profesionales de enfermería.
- Médicos generales.
- Otros profesionales de la salud entrenados específicamente en identificación y manejo inicial del riesgo suicida, según la complejidad del servicio ^(1,2).

Las instituciones de salud deben garantizar capacitación periódica y certificable del talento humano en triage de conducta suicida, como parte del cumplimiento del Código Dorado ⁽¹⁾.

4. Momento y ámbito de aplicación

El triage debe realizarse, en el primer contacto con el sistema de salud a través de los servicios de urgencias, sin excepción. Aplicado a población infantil, adolescente, adulta y adulta mayor, con ajustes según el ciclo vital ^(2,3).

5. Criterios clínicos mínimos a evaluar en el triage

Durante el triage, el profesional debe explorar de manera breve, clara y directa los siguientes elementos:

- Presencia actual de ideación suicida, pensamientos de muerte o deseo de no vivir.
- Existencia de plan suicida, incluyendo método, accesibilidad y letalidad.
- Antecedentes de intentos de suicidio previos.
- Estado emocional actual (desesperanza, ansiedad intensa, agitación, impulsividad).
- Consumo reciente de sustancias psicoactivas.
- Factores protectores inmediatos (red de apoyo, motivos para vivir, acompañamiento) [2,3].

La evidencia muestra que la pregunta directa sobre ideación suicida no incrementa el riesgo, y es una práctica clínica segura y necesaria ⁽²⁾.

6. Clasificación del riesgo y priorización

La atención inicial debe partir de una clasificación de triage específica, que permita priorizar la atención según la urgencia clínica y orientar de manera inmediata la toma de decisiones. Esta clasificación de triage se fundamenta en la gravedad del evento, la intencionalidad suicida y la presencia de factores protectores, y se articula posteriormente con la clasificación clínica del riesgo suicida ^(2,3).

Para efectos operativos, el triage en conducta suicida se clasifica de la siguiente manera:

Triage I: Corresponde a personas con intento de suicidio reciente, conductas de alta letalidad. Estos casos constituyen una urgencia médica y en salud mental, requieren atención inmediata, estabilización clínica y activación prioritaria del Código Dorado.

Triage II: Incluye personas que consultan por ideación suicida con método y plan específico, o que, aun sin intento reciente, presentan ideación estructurada.

Triage III: Ideación suicida sin plan estructurado, también personas con pensamientos pasivos de muerte, sin intención ni plan suicida. Aunque no constituyen una urgencia inmediata, estos casos requieren valoración clínica, educación en signos de alarma y seguimiento ambulatorio estructurado ^(2,3).

7. Clasificación del riesgo suicida posterior al Triage

Una vez realizada la clasificación de triage y garantizada la atención inicial según la prioridad definida, el paciente debe ser sometido a una valoración clínica integral, que permita clasificar el riesgo suicida en bajo, moderado o alto,

utilizando el juicio clínico informado, la exploración estructurada de la ideación suicida y, cuando aplique, escalas validadas ⁽²⁾.

- **Riesgo alto:** Pacientes con ideación suicida activa, plan definido, acceso a medios letales, intento reciente o alteración significativa del juicio. Requieren valoración por psiquiatría y, de acuerdo con el caso, manejo intrahospitalario o seguimiento especializado intensivo.
- **Riesgo moderado:** Pacientes con ideación suicida sin plan inmediato, antecedentes de intento o factores de riesgo relevantes, pero con juicio conservado y algunos factores protectores. La remisión a psiquiatría se individualiza según el criterio clínico, garantizando seguimiento estrecho.
- **Riesgo bajo:** Pacientes sin ideación activa ni plan suicida, con adecuada red de apoyo y factores protectores presentes. Se prioriza manejo ambulatorio, educación y seguimiento programado, sin desestimar el evento como factor de riesgo futuro ^(2,3).

Según la resolución de la estrategia nacional para el cuidado integral de la salud en personas con conducta suicida, todo paciente con riesgo suicida debe ser clasificado como prioridad en triage, y aquellos con riesgo alto deben recibir atención en un tiempo no mayor a 30 minutos ⁽¹⁾.

En los casos en que la consulta esté asociada a un intento de suicidio, la clasificación del riesgo y la priorización en triage deben orientarse de manera inmediata a la protección de la vida y a la estabilización clínica del paciente, reconociendo que la conducta suicida consumada constituye una urgencia médica y vital. En este escenario, la prioridad del triage I, no es la evaluación exhaustiva del riesgo suicida, sino la atención inmediata de las lesiones físicas, la reversión de los efectos tóxicos, la estabilización hemodinámica y neurológica, y el manejo integral de las complicaciones médicas agudas, de conformidad con los protocolos de urgencias. La valoración del riesgo suicida y psicosocial deberá realizarse una vez el paciente se encuentre clínicamente estabilizado, garantizando condiciones de seguridad, conciencia y capacidad de participación en la evaluación, sin que ello implique retraso en la activación del Código Dorado ni en la continuidad de la atención en salud mental.

8. Registro y trazabilidad

Toda la información del triage debe quedar registrada de manera clara y completa en la historia clínica, incluyendo:

- Fecha y hora del triage.
- Profesional responsable.

- Nivel de riesgo asignado.
- Decisiones clínicas iniciales.
- Activación del Código Dorado y remisiones realizadas ^(1,2).

Este registro es obligatorio para efectos clínicos, legales, de vigilancia epidemiológica (SIVIGILA – evento 356) y de auditoría en calidad ⁽¹⁾.

9. Indicador clave de cumplimiento

Como parte de la implementación institucional del Código Dorado, se establece el siguiente indicador trazador:

- Triage en conducta suicida realizado en ≤ 30 minutos desde el primer contacto con el servicio de salud, en personas con ideación o conducta suicida identificada ⁽¹⁾.

Recomendaciones generales para una adecuada implementación y realización del triage por conducta suicida:

Recomendación 1. Obligatoriedad del triage específico en conducta suicida

Toda persona que consulte a un servicio de salud por autoagresión, ideación suicida, intento de suicidio o signos compatibles con riesgo suicida debe recibir triage específico en conducta suicida, desde el primer contacto con el sistema de salud, independientemente del motivo de consulta inicial o del nivel de complejidad del servicio ^(1,2).

Recomendación 2. Priorización inmediata del riesgo vital y psicosocial

El triage debe priorizar no solo el riesgo vital inmediato, sino también el riesgo psicosocial y suicida, reconociendo que la conducta suicida constituye una emergencia en salud mental, aun en ausencia de lesiones físicas graves ^(1, 3).

Recomendación 3. Clasificación prioritaria en triage

Las personas con ideación suicida activa, autoagresión reciente o intento de suicidio deben ser clasificadas como prioridad alta en triage, garantizando atención clínica inicial en un tiempo no mayor a 30 minutos, conforme a lo establecido en el Código Dorado ⁽¹⁾.

Recomendación 4. Evaluación mínima estandarizada durante el triage

Durante el triage, el profesional de salud debe realizar, como mínimo, una exploración clínica breve, directa y documentada que incluya:

- Presencia de ideación suicida actual.
- Existencia de plan suicida y acceso a medios letales.
- Antecedentes de intentos suicidas previos.
- Tipo de autoagresión (con o sin intención suicida).
- Consumo reciente de sustancias psicoactivas.
- Nivel de soporte familiar o social inmediato ^(2,3).

Recomendación 5. Uso del juicio clínico informado

La clasificación del riesgo suicida en triage debe basarse principalmente en el juicio clínico del profesional, apoyado por guías y escalas validadas cuando sea pertinente, evitando la dependencia exclusiva de instrumentos estandarizados ⁽²⁾.

Recomendación 6. Diferenciación clínica entre autoagresión e intento suicida

El triage debe diferenciar de manera explícita entre:

- Autoagresión no suicida (conductas autolesivas sin intención de morir).
- Ideación suicida (pensamientos de muerte o deseo de morir).
- Intento de suicidio (conducta autolesiva con intención de morir).

Sin embargo, toda autoagresión debe considerarse factor de alto riesgo y manejarse bajo la definición de conducta suicida hasta completar la valoración integral ^(2,3).

Recomendación 7. Activación inmediata del Código Dorado

Ante la identificación de riesgo suicida moderado o alto en triage, el servicio de salud debe activar de manera inmediata el Código Dorado, garantizando:

- Protección del paciente.
- Continuidad del cuidado.
- Acceso prioritario a valoración integral en salud mental ⁽¹⁾.

Recomendación 8. Medidas inmediatas de seguridad

Durante y después del triage, el personal de salud debe implementar medidas inmediatas de seguridad, que incluyan:

- Supervisión continua según el nivel de riesgo.
- Restricción de acceso a medios potencialmente letales.
- Acompañamiento humano respetuoso y no coercitivo ^(2,3).

Recomendación 9. Registro clínico obligatorio y trazable

Toda la información derivada del triage en conducta suicida debe quedar registrada de forma completa y oportuna en la historia clínica, incluyendo el nivel de riesgo asignado y las decisiones iniciales, como requisito clínico, legal y de calidad ^(1,2).

Recomendación 10. Articulación con vigilancia epidemiológica

En los casos de intento de suicidio o autoagresión con intencionalidad suicida, el triage debe activar los procesos institucionales para la notificación obligatoria al SIVIGILA (evento 356), conforme a la normatividad vigente ⁽¹⁾.

Recomendación 11. Enfoque diferencial y de curso de vida

El triage debe realizarse con enfoque diferencial, considerando edad, género, pertenencia étnica, discapacidad, contexto de violencia, conflicto armado y otras condiciones de vulnerabilidad, ajustando la entrevista y la clasificación del riesgo ^(1,3).

Recomendación 12. Capacitación institucional obligatoria

Las instituciones de salud deben garantizar que el talento humano que realiza triage reciba capacitación periódica, certificable y actualizada en identificación y manejo inicial de la conducta suicida, como requisito para la implementación efectiva del Código Dorado ⁽¹⁾.

b. Valoración clínica inicial

La valoración clínica del paciente con conducta suicida constituye un proceso integral, secuencial y dinámico, orientado a identificar riesgos médicos, psiquiátricos y psicosociales, establecer la severidad de la conducta suicida y definir las decisiones terapéuticas inmediatas y de continuidad del cuidado. Esta valoración debe realizarse posterior al triage y, en los casos de intento de

suicidio, una vez garantizada la estabilización clínica, conforme a los principios de integralidad, oportunidad y seguridad del paciente ^(1,2,4).

1. Valoración médica general inicial

Toda persona con ideación suicida, autoagresión o intento de suicidio debe recibir valoración médica general completa, independientemente del motivo de consulta o del nivel de complejidad del servicio. Esta valoración tiene como objetivos:

- Identificar y tratar condiciones médicas agudas o crónicas asociadas.
- Detectar complicaciones derivadas del intento suicida (intoxicaciones, trauma, alteraciones metabólicas, compromiso neurológico) considerando derivación a otras especialidades.
- Establecer condiciones de seguridad clínica para la valoración en salud mental ^(2,4).

En casos de intento de suicidio, la prioridad inicial es la estabilización clínica, y la evaluación del riesgo suicida debe realizarse una vez el paciente se encuentre consciente, hemodinámicamente estable y en condiciones de participar activamente en la entrevista clínica ⁽¹⁾.

2. Exploración de la ideación y conducta suicida

La exploración de la ideación suicida debe realizarse de manera directa, clara, empática y no estigmatizante, reconociendo que la evidencia científica demuestra que preguntar por pensamientos suicidas no incrementa el riesgo, sino que facilita la identificación temprana y la intervención oportuna ^(2,5).

La indagación clínica debe incluir, como mínimo:

- Presencia actual de ideación suicida (pasiva o activa).
- Intensidad, frecuencia y persistencia de los pensamientos.
- Existencia de plan suicida, método, acceso y letalidad.
- Antecedentes de intentos suicidas previos.
- Factores precipitantes recientes y síntomas psiquiátricos asociados.
- Factores protectores individuales, familiares y comunitarios ^(2,4,6).

Esta indagación debe integrarse al juicio clínico, evitando abordajes exclusivamente instrumentales.

Recomendaciones para indagación de la conducta suicida:



Recomendación 1. Preguntar de forma directa y explícita

El profesional de salud debe preguntar de manera directa, clara y sin ambigüedades sobre la presencia de ideación suicida, evitando eufemismos o rodeos. Preguntas explícitas como “¿Ha pensado en hacerse daño?” o “¿Ha pensado en quitarse la vida?” son clínicamente seguras y necesarias, y no incrementan el riesgo suicida ^(2,3).

Recomendación 2. Utilizar un lenguaje sencillo, respetuoso y no estigmatizante

Las preguntas deben formularse en un lenguaje comprensible, adaptado a la edad, nivel educativo y contexto cultural del paciente, evitando expresiones moralizantes, alarmistas o culpabilizadoras. El objetivo es facilitar la expresión del sufrimiento, no interrogar ni confrontar ^(2,4).

Recomendación 3. Iniciar con preguntas abiertas y avanzar progresivamente

Se recomienda iniciar la indagación con preguntas abiertas sobre malestar emocional, desesperanza o pensamientos de muerte, y avanzar progresivamente hacia preguntas más específicas sobre ideación suicida, plan y conducta. Este abordaje favorece la alianza terapéutica y reduce la resistencia del paciente ^(3,4).

Recomendación 4. Explorar intensidad, frecuencia y persistencia de la ideación

No basta con identificar la presencia de ideación suicida; el clínico debe explorar su intensidad, frecuencia, duración y grado de elaboración, diferenciando pensamientos pasajeros de ideación persistente o estructurada, lo cual es clave para la clasificación del riesgo ^(2,3).

Recomendación 5. Indagar explícitamente por plan suicida y acceso a medios

Ante la presencia de ideación suicida, el profesional debe preguntar de manera directa si el paciente ha pensado en un método, si tiene acceso a él y si ha

considerado cuándo o dónde hacerlo. Esta información es fundamental para la priorización clínica y la toma de decisiones ⁽²⁾.

Recomendación 6. Reconocer y explorar la ambivalencia

El clínico debe explorar simultáneamente los motivos para morir y los motivos para vivir, reconociendo la ambivalencia como un elemento central de la conducta suicida. Identificar factores protectores activos permite orientar la intervención y fortalecer la contención emocional ^(3,4).

Recomendación 7. Validar el sufrimiento sin normalizar el deseo de morir

Durante la entrevista, se recomienda validar el sufrimiento emocional del paciente, reconociendo su dolor y angustia, sin validar ni justificar el deseo de morir. Expresiones como “entiendo que está sufriendo mucho” deben acompañarse de un mensaje claro de protección de la vida ⁽³⁾.

Recomendación 8. Evitar minimizar, trivializar o dramatizar la ideación

El profesional debe evitar frases que minimicen la ideación (“eso se le pasa”), que la trivialicen (“todos pensamos eso alguna vez”) o que la dramaticen de forma excesiva. Estas respuestas pueden aumentar el riesgo o romper la alianza terapéutica ^(2,4).

Recomendación 9. Integrar la entrevista con observación clínica

La indagación verbal debe complementarse con la observación del estado mental, incluyendo afecto, coherencia del discurso, impulsividad, agitación, desesperanza y signos psicóticos, integrando toda la información al juicio clínico ^(2,3).

Recomendación 10. Involucrar otras fuentes cuando sea necesario

Cuando el riesgo lo amerite y respetando los principios de confidencialidad y protección de la vida, se recomienda complementar la información con familiares, cuidadores o red de apoyo, especialmente en niños, adolescentes o pacientes con alteración del juicio ⁽²⁾.

Recomendación 11. Documentar de forma clara y completa

Toda indagación sobre ideación, plan o conducta suicida debe quedar registrada de manera clara, precisa y cronológica en la historia clínica, incluyendo las respuestas del paciente y las decisiones clínicas derivadas ^(1,2).

Recomendación 12. Mantener una actitud terapéutica y de cuidado

La entrevista debe desarrollarse en un clima de escucha activa, respeto y contención, dejando claro al paciente que el objetivo de las preguntas es cuidar su vida, aliviar el sufrimiento y garantizar una atención adecuada, lo cual favorece la adherencia y la continuidad del cuidado ^(3,4).

3. Uso de escalas de evaluación del riesgo suicida

De conformidad con la Guía de Práctica Clínica colombiana y el Proyecto de Resolución de la Estrategia Nacional, el uso de escalas de evaluación del riesgo suicida constituye un complemento al juicio clínico, y no un sustituto del mismo ^(1,2).

Las escalas recomendadas incluyen, entre otras:

- Escala de Plutchik.
- SAD PERSONS.
- SRQ o RQC, según pertinencia clínica.
- Escala Columbia de Gravedad de la Conducta Suicida (C-SSRS), sugerida como herramienta adicional por su validez y fiabilidad ^(1,2).

Momentos de aplicación:

- Durante la valoración inicial en urgencias o consulta prioritaria.
- En la reevaluación clínica antes del egreso.
- En el seguimiento ambulatorio temprano, especialmente en pacientes de riesgo moderado o alto ^(2,6).

La selección de la escala debe ajustarse a la edad, contexto y condiciones clínicas del paciente.

Escalas de evaluación del riesgo suicida mencionadas en la Resolución- uso por edad y finalidad clínica:

Escala	Grupo etario recomendado	Qué evalúa / finalidad clínica
Escala de Plutchik	Adolescentes, adultos y adultos mayores	Evalúa el riesgo de conducta suicida a partir de antecedentes de intentos, impulsividad, depresión, desesperanza y otros factores clínicos y psicosociales. Es útil como herramienta de tamización inicial en servicios de urgencias y consulta prioritaria.
SAD PERSONS	Adolescentes y adultos	Instrumento estructurado que identifica factores de riesgo clásicos para suicidio (sexo, edad, depresión, intentos previos, consumo de sustancias, racionalidad, apoyo social, plan organizado, estado civil y enfermedad). Su finalidad es orientar la priorización clínica, no reemplazar el juicio profesional.
SRQ (Self-Reporting Questionnaire)	Adolescentes y adultos	Cuestionario de tamización para trastornos mentales comunes, que permite identificar síntomas depresivos, ansiosos y somáticos asociados a riesgo suicida, especialmente en atención primaria y contextos comunitarios.
RQC (Reporte de Cuestionario de Salud Mental)	Niños, niñas y adolescentes (según adaptación)	Herramienta de tamización en salud mental que permite identificar malestar emocional y conductas de riesgo, incluyendo señales indirectas de ideación suicida, particularmente útil en ámbitos escolares y comunitarios.
Escala Columbia de Gravedad de la Conducta Suicida (C-SSRS)	Niños, adolescentes, adultos y adultos mayores	Evalúa de manera estructurada la presencia, severidad e intensidad de la ideación suicida y la conducta suicida, diferenciando ideación, plan, intentos y conductas

Escala	Grupo etario recomendado	Qué evalúa / finalidad clínica
		preparatorias. Es útil tanto para valoración inicial como para seguimiento clínico.

4. Manejo inicial por equipo multidisciplinario al paciente con conducta suicida

El manejo inicial del paciente con conducta suicida debe realizarse mediante un enfoque multidisciplinario e interdisciplinario, orientado a la protección de la vida, la reducción del riesgo suicida, el alivio del sufrimiento psíquico y la garantía de continuidad del cuidado. Este abordaje debe activarse posterior al triage y a la estabilización clínica, cuando aplique, y constituye un componente central de la Estrategia Nacional para el cuidado integral de la salud en personas con conducta suicida ^(1,2).

4.1 Conformación mínima del equipo multidisciplinario

El manejo inicial debe estar a cargo, como mínimo, de un equipo multidisciplinario conformado por:

- **Médico general:** Responsable de la valoración clínica integral, la identificación de comorbilidades médicas, la evaluación inicial del riesgo suicida, la definición del inicio de manejo farmacológico cuando exista indicación clínica y la articulación del plan de atención ^(2,4).
- **Profesional de Psicología con formación clínica o especialización clínica:** Encargado de la evaluación psicopatológica, la exploración estructurada de la ideación y conducta suicida, la intervención psicoterapéutica inicial y el desarrollo de estrategias no farmacológicas ^(2,4).
- **Profesional de Trabajo Social:** Responsable de la evaluación del contexto familiar, social y comunitario, la identificación de factores de riesgo y protección extrínsecos, la activación de la red de apoyo y la articulación con recursos institucionales y territoriales ^(1,2).
- **Jefe de Enfermería:** Responsable de coordinar el cuidado integral del paciente, realizar seguimiento clínico continuo, garantizar la implementación de medidas de seguridad, supervisar la adherencia al plan

de manejo, participar en la valoración del riesgo suicida y liderar la articulación del cuidado entre los diferentes profesionales del equipo de salud ^(1,2,11).

- **Auxiliar de Enfermería:** encargado de la vigilancia directa del paciente según el nivel de riesgo, la observación permanente de signos de alarma, la implementación de medidas de seguridad (incluida la restricción de acceso a medios potencialmente letales), el acompañamiento terapéutico básico y la comunicación oportuna de cambios clínicos al equipo profesional ^(1,2).

Este equipo debe actuar de manera coordinada, complementaria y documentada, evitando abordajes fragmentados que incrementen el riesgo y comprometan la continuidad del cuidado ^(1,11).

4.2 Inicio del manejo farmacológico y no farmacológico

Con base en la valoración clínica integral, el equipo multidisciplinario definirá:

El inicio del manejo farmacológico, cuando exista indicación clínica clara, particularmente en presencia de trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, síntomas psicóticos, agitación psicomotora, insomnio severo u otras condiciones que incrementen el riesgo suicida. El inicio del tratamiento farmacológico debe realizarse con criterios de seguridad, monitoreo y seguimiento, conforme a la Guía de Práctica Clínica colombiana ^(2,6).

Intervenciones no farmacológicas de carácter interdisciplinar, que incluyen contención emocional, intervención en crisis, psicoeducación, elaboración de plan de seguridad, fortalecimiento de factores protectores y orientación activa a la red de apoyo ^(2,5,20).

El manejo farmacológico y no farmacológico debe entenderse como complementario y sinérgico, y no como abordajes excluyentes ^(2,6).

4.3 Clasificación del riesgo y toma de decisiones clínicas

El equipo multidisciplinario deberá clasificar el riesgo suicida en bajo, moderado o alto, integrando el juicio clínico informado, la información obtenida en la valoración integral y los instrumentos de apoyo definidos en la GPC, sin sustituir el criterio profesional ^(1,2).

- **Riesgo alto:** En presencia de intento de suicidio reciente, ideación suicida activa con plan, alta letalidad, alteración significativa del juicio o ausencia



de red de apoyo, se debe realizar remisión inmediata a psiquiatría, preferiblemente de manera intrahospitalaria, garantizando la continuidad del cuidado y las medidas de protección necesarias ^(2,6,18).

- **Riesgo moderado:** En estos casos, la remisión a psiquiatría deberá individualizarse, teniendo en cuenta la evolución clínica, la capacidad de decisión, la respuesta a las intervenciones iniciales, la disponibilidad de red de apoyo y los recursos institucionales ^(1,2,14). La interconsulta puede realizarse de manera presencial o mediante teleconsulta, cuando así lo contemple la normatividad vigente y no existan criterios de riesgo alto.
- **Riesgo bajo:** En pacientes con ideación suicida pasiva, sin plan ni intento reciente, con adecuada capacidad de decisión y red de apoyo funcional, se debe priorizar el manejo ambulatorio, garantizando plan de seguridad, seguimiento oportuno y articulación con servicios de salud mental y dispositivos comunitarios ^(2,6,20).

4.4 Formación del talento humano y uso de mhGAP

Las instituciones de salud deben garantizar que los profesionales no especializados en salud mental que participan en el manejo inicial del paciente con conducta suicida cuenten con formación certificada y actualizada en la guía mhGAP de la Organización Mundial de la Salud, como estrategia para fortalecer la capacidad resolutoria, la identificación temprana del riesgo y la adecuada toma de decisiones clínicas ⁽³⁾.

La implementación del mhGAP es coherente con la Estrategia Nacional, la Ley 1616 de 2013 y la Ley 2460 de 2025, y constituye una herramienta clave para reducir brechas de acceso y mejorar la oportunidad de la atención, especialmente en contextos con limitada disponibilidad de especialistas ^(1,13,14).

4.5 Uso de teleorientación y teleconsulta en salud mental

De conformidad con la Estrategia Nacional para el cuidado integral de la salud en personas con conducta suicida, el manejo inicial puede apoyarse en teleorientación o teleconsulta en salud mental, como herramientas válidas para:

- Apoyar la toma de decisiones clínicas del equipo multidisciplinario.
- Facilitar la interconsulta con psiquiatría cuando no se cuente con disponibilidad inmediata presencial.
- Garantizar oportunidad, continuidad y resolutoria en la atención, especialmente en territorios dispersos o con baja oferta de especialistas ^(1,14).

El uso de modalidades de atención mediadas por tecnologías de la información debe cumplir criterios de calidad, confidencialidad, registro clínico y pertinencia, y no sustituye la atención presencial cuando el riesgo clínico lo contraindique ^(1,2).

5. Valoración por psiquiatría

La valoración por psiquiatría constituye un componente especializado del abordaje integral del paciente con conducta suicida y tiene como finalidad definir el diagnóstico psiquiátrico, precisar el nivel de riesgo suicida, establecer el plan terapéutico especializado y orientar las decisiones clínicas de mayor complejidad, incluyendo hospitalización, ajuste farmacológico y criterios de egreso. Esta valoración debe realizarse de manera oportuna, sin barreras administrativas, y articularse con el manejo desarrollado por el equipo multidisciplinario ^(1,2).

Son funciones principales del psiquiatra en el manejo del paciente con conducta suicida:

- Realizar valoración psiquiátrica integral, incluyendo examen mental completo, análisis psicopatológico y evaluación de comorbilidades psiquiátricas ^(2,4).
- Precisar el nivel de riesgo suicida y su carácter dinámico, integrando antecedentes, curso clínico, respuesta a intervenciones iniciales y factores de protección y riesgo ^(2,6).
- Definir la indicación y ajuste del manejo farmacológico, considerando eficacia, seguridad, interacciones, riesgo de sobredosificación y necesidad de monitoreo ^(2,6).
- Establecer criterios de hospitalización en salud mental, permanencia intrahospitalaria o manejo ambulatorio especializado, de acuerdo con el riesgo clínico y psicosocial ^(2,6).
- Orientar la articulación del plan de manejo interdisciplinario, incluyendo intervenciones psicológicas, familiares y comunitarias ^(1,2).

Emitir conceptos clínicos que respalden decisiones de egreso, salida voluntaria o restricción temporal del egreso, cuando exista riesgo para la vida, en coherencia con la normativa y la jurisprudencia vigente ^(11,14,18).

La valoración por psiquiatría es obligatoria en los casos de riesgo suicida alto, y debe considerarse de manera prioritaria o individualizada en riesgo moderado, según evolución clínica y respuesta al manejo inicial ^(2,6).

5.1 Atención de niños, niñas y adolescentes por psiquiatría (sin subespecialidad infantil)

En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y conforme a la Guía de Práctica Clínica colombiana, el psiquiatra (sin subespecialidad en psiquiatría infantil y de la adolescencia) puede realizar valoración y manejo inicial de niños, niñas y adolescentes con conducta suicida, particularmente en contextos de urgencia, hospitalización general o cuando no se cuente con disponibilidad inmediata de psiquiatría infantil, siempre que se trate de un abordaje orientado a la protección de la vida y la estabilización clínica ^(2,3,4).

De manera orientadora, se establece que:

- El psiquiatra de adultos puede valorar y atender inicialmente a menores de edad, especialmente a partir de los 12 años, en situaciones de urgencia vital, intento de suicidio, ideación suicida activa o alto riesgo, cuando no exista disponibilidad inmediata de psiquiatría infantil y de la adolescencia.
- En niños menores de 12 años, la intervención por psiquiatría general debe limitarse a situaciones excepcionales de urgencia, enfocadas en la contención, estabilización clínica y activación de la ruta especializada.
- En todos los casos, este abordaje tiene carácter transitorio y no sustitutivo del manejo especializado.

5.2 Seguimiento por psiquiatría infantil y de la adolescencia

Independientemente de quién realice la valoración inicial, el seguimiento especializado de niños, niñas y adolescentes con conducta suicida debe ser asumido por psiquiatría infantil y de la adolescencia, en cumplimiento del enfoque diferencial, del curso de vida y de las recomendaciones clínicas nacionales e internacionales ^(2,4)

Para efectos del seguimiento especializado:

- La atención por psiquiatría infantil y de la adolescencia debe mantenerse hasta los 18 años, pudiendo extenderse de manera progresiva según criterios clínicos y de transición al cuidado en servicios de adultos ^(2,4).

- El psiquiatra de adultos debe garantizar la remisión y articulación efectiva con psiquiatría infantil, dejando constancia en la historia clínica del carácter transitorio de su intervención ⁽²⁾.
- La falta de disponibilidad inmediata de psiquiatría infantil no constituye una barrera para la atención inicial, pero sí obliga a asegurar la referencia prioritaria y el seguimiento especializado ^(1,2,14).
- Este enfoque garantiza la protección del derecho a la salud mental de los menores de edad, sin generar vacíos de atención en contextos de urgencia o alta demanda asistencial.

6. Decisiones clínicas y órdenes al egreso

Cuando el paciente es clasificado como de riesgo bajo o moderado y se define egreso ambulatorio, o cuando egresa posterior a una hospitalización por salud mental, se deben generar órdenes claras, integrales y trazables, que incluyan:

- Plan de manejo farmacológico, cuando esté indicado.
- Indicación explícita de seguimiento por psiquiatría y/o psicología, con tiempos definidos.
- Elaboración y entrega de un plan de seguridad ⁽²⁰⁾.
- Recomendaciones escritas para el paciente y su red de apoyo.
- Cita de control prioritaria, idealmente dentro de los primeros 7 días ^(1,2,4).

El egreso sin un plan estructurado incrementa el riesgo de reintento suicida y constituye una falla en la continuidad del cuidado ^(5,6).

7. Participación de la red de apoyo

Durante todo el proceso de atención, y especialmente previo al egreso, es fundamental involucrar activamente a la familia o red de apoyo, respetando la autonomía y confidencialidad del paciente. La evidencia respalda que la participación de la red de apoyo reduce el riesgo de recurrencia y mejora la adherencia terapéutica ^(2,5,6).

La intervención con la red debe incluir:

- Psicoeducación sobre señales de alarma.
- Orientación sobre manejo de crisis.
- Restricción de acceso a medios letales en el entorno.
- Canales claros de contacto con los servicios de salud

8. Articulación con dispositivos comunitarios

Posterior al egreso, se recomienda la vinculación activa del paciente a dispositivos comunitarios de salud mental, como parte de la continuidad del cuidado y la prevención secundaria, entre ellos:

- Equipos de Atención Primaria en Salud.
- Redes comunitarias de salud mental.
- Grupos de apoyo psicosocial.
- Dispositivos territoriales definidos por la entidad territorial ^(1,4,6).

Esta articulación fortalece el enfoque comunitario, reduce la fragmentación de la atención y contribuye a la sostenibilidad del cuidado en el tiempo.

c. Reporte del evento al sistema de vigilancia epidemiológica

El reporte al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) del evento intento de suicidio constituye un deber legal, ético y sanitario para las instituciones y los profesionales de la salud, y hace parte integral del abordaje de la conducta suicida desde una perspectiva de salud pública y de cuidado integral. La vigilancia epidemiológica permite identificar oportunamente los casos, analizar su distribución, caracterizar factores asociados y orientar la toma de decisiones clínicas, institucionales y territoriales para la prevención y la continuidad del cuidado ⁽⁷⁾.

De conformidad con el Decreto 3518 de 2006, todas las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) están obligadas a notificar de manera oportuna, completa y veraz los eventos de interés en salud pública, dentro de los cuales se encuentra el intento de suicidio, sin que esta obligación esté supeditada a consideraciones administrativas, de aseguramiento o a la evolución clínica posterior del paciente ⁽⁷⁾.

1. Evento sujeto a notificación y ficha correspondiente

El evento de vigilancia es “Intento de suicidio”, identificado con el código INS 356, cuya notificación debe realizarse mediante la Ficha de Notificación

Individual del evento 356, definida y actualizada por el Instituto Nacional de Salud. Esta ficha recoge información clínica, psicosocial y contextual relevante, incluyendo el mecanismo utilizado, la intencionalidad suicida, antecedentes, factores precipitantes, condición clínica y decisiones de manejo inicial ^(8,9).

La notificación es obligatoria para todos los casos que cumplan la definición operativa de intento de suicidio, independientemente de la severidad del daño físico, del desenlace clínico o de la modalidad de atención (urgencias, hospitalización o atención ambulatoria) ⁽⁹⁾.

2. Oportunidad del reporte

De acuerdo con los protocolos de vigilancia del evento, la notificación del intento de suicidio debe realizarse conforme a la periodicidad establecida por SIVIGILA, garantizando la captación temprana del caso y la posibilidad de ajustes posteriores cuando se cuente con información complementaria ^[9,10]. Desde una perspectiva operativa y de calidad del dato, se recomienda que la ficha sea diligenciada durante la atención inicial o inmediatamente posterior a la estabilización clínica, con el fin de reducir el subregistro y la pérdida de información crítica.

3. Responsable del diligenciamiento de la ficha

Como criterio técnico unificador, se recomienda que la Ficha de Notificación Individual del evento 356 sea diligenciada por el médico que realiza la evaluación clínica inicial del paciente, en particular en servicios de urgencias o atención prioritaria, dado que es este profesional quien cuenta con la información clínica necesaria para caracterizar adecuadamente el evento ⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Esta recomendación se sustenta en que la identificación del intento de suicidio es un acto clínico, y que el médico tratante es quien puede establecer con mayor precisión la intencionalidad suicida, el mecanismo, la gravedad del evento, las comorbilidades médicas y psiquiátricas, así como las decisiones terapéuticas iniciales. El proceso debe realizarse con el respaldo del referente institucional de vigilancia epidemiológica, quien apoya la revisión de consistencia, el cargue y el envío oportuno al sistema, sin trasladar la responsabilidad clínica del reporte ^(7,9).

4. Calidad, confidencialidad y coherencia del reporte

La información consignada en la ficha 356 debe ser coherente con la historia clínica, clara, completa y cronológicamente consistente, evitando discrepancias entre el registro asistencial y el reporte epidemiológico, las cuales pueden generar errores de seguimiento clínico, vigilancia y análisis de información ^(8,9).

El manejo de los datos debe cumplir estrictamente los principios de confidencialidad, reserva y uso exclusivo para fines de salud pública, conforme a lo establecido en la normativa vigente y en los lineamientos del Instituto Nacional de Salud ^(7,8).

5. Articulación del reporte con el Código Dorado

El reporte al SIVIGILA no debe entenderse como un trámite administrativo aislado, sino como un componente articulado al proceso de atención clínica. La identificación y notificación del intento de suicidio deben integrarse a la activación del Código Dorado, al plan de manejo interdisciplinario, a la definición del seguimiento y a las acciones de continuidad del cuidado, en coherencia con la Guía de Práctica Clínica colombiana y la Estrategia Nacional para el cuidado integral de la salud en personas con conducta suicida ^(1,2,10).

d. Salida voluntaria de paciente con conducta suicida

La salida voluntaria de un paciente con ideación suicida, autoagresión o antecedente de intento de suicidio constituye una decisión clínica compleja y de alto impacto ético-legal, que exige un análisis integral del riesgo, la capacidad de decisión del paciente y el deber de protección de la vida por parte del sistema de salud. En el marco de la Estrategia Nacional para el Cuidado Integral de la Salud en Personas con Conducta Suicida, la salida voluntaria no puede entenderse como un acto meramente administrativo, sino como un proceso clínico estructurado, sustentado en el juicio profesional, la normatividad vigente y los principios de dignidad humana, autonomía, beneficencia y no maleficencia ^(1,2).

A nivel global, La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, reconoce los derechos de las personas con discapacidad para ejercer su capacidad legal, libertad personal y acceso a servicios de salud en igualdad de condiciones con los demás (arts. 12, 14 y 25) ⁽²¹⁾. Sin embargo, el instrumento internacional no ofrece referencias en absoluto a la noción de alta o egreso voluntario en el contexto de la prestación de servicios clínicos, ni aborda

circunstancias de crisis que probablemente afecten la capacidad de toma de decisiones o representen un riesgo inminente para la vida de las personas con enfermedad mental.

En este sentido, la Convención promueve la autonomía y el respeto por la voluntad del individuo, pero reconoce que deben establecerse salvaguardias apropiadas y proporcionales durante el ejercicio de la capacidad legal, de acuerdo con el derecho internacional de los derechos humanos⁽²¹⁾. Por lo tanto, lo registrado en la convención, no puede considerarse como una garantía de un derecho absoluto a abandonar la atención médica bajo cualquier circunstancia, particularmente cuando existen condiciones clínicas que ponen en peligro la seguridad o la vida de la persona, es por esto que los Estados pueden crear protecciones legales y clínicas contra esos riesgos.

1. Base clínica y normativa de la decisión

Desde el punto de vista clínico, la conducta suicida es un evento dinámico, asociado a fluctuaciones del estado mental, del juicio y de la capacidad de anticipar consecuencias, lo que obliga a extremar las medidas de evaluación antes de aceptar una salida voluntaria. La GPC colombiana establece que la presencia de ideación suicida activa, intento reciente, alteración del juicio, síntomas psicóticos, impulsividad o ausencia de red de apoyo incrementan significativamente el riesgo y requieren medidas de protección intensificadas, incluida la hospitalización cuando esté indicada ^(2,6).

En el plano normativo, la Ley 1616 de 2013 y la Ley 2460 de 2025 reconocen la salud mental como un derecho fundamental y establecen el deber del Estado y de los prestadores de garantizar la atención integral, oportuna y continua, priorizando la protección de la vida en situaciones de alto riesgo ^(13,14). Así mismo, la normativa colombiana reconoce la autonomía del paciente, pero esta se encuentra condicionada a la capacidad real de decisión, la cual debe ser valorada clínicamente y documentada, especialmente en contextos de riesgo suicida ^(12,15-18).

La jurisprudencia constitucional ha sido consistente en señalar que, cuando existe riesgo grave para la vida, el deber de protección puede prevalecer temporalmente sobre la autonomía, sin que ello implique vulneración de derechos, siempre que la medida sea proporcional, necesaria y clínicamente justificada ^(12,15-18).

1.1 Marco jurisprudencial aplicable a la decisión de salida voluntaria en paciente que consultan por condiciones que afectan su salud mental

A continuación, se revisan una serie de sentencias de la Corte Constitucional que respaldan el criterio médico en la toma de decisiones relacionadas con el manejo hospitalario de personas con trastornos mentales. Estas decisiones judiciales resaltan la necesidad de garantizar la protección de las personas que presentan condiciones de salud mental y constituyen un referente importante al momento de evaluar solicitudes de salida voluntaria. En este sentido, dichos pronunciamientos deben tenerse en cuenta al valorar clínicamente a una persona que solicita egreso voluntario, especialmente cuando existen dudas sobre su capacidad de juicio o sobre los riesgos asociados a dicha decisión.

Sentencia	¿Qué se falló en la sentencia?	Apartados específicos	¿Qué aporta frente a la salida voluntaria?
Corte Constitucional. Sentencia T-814 de 2008 (12)	La Corte revisó un caso relacionado con tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas y ordenó garantizar atención integral en salud mental cuando esta sea requerida.	“La falta del servicio médico vulnera o amenaza los derechos a la vida y a la integridad personal de quien lo requiere.” / “La EPS no puede limitarse a negar el servicio cuando la falta de tratamiento pone en riesgo la integridad personal.” “...la drogadicción es concebida como una enfermedad que afecta la capacidad de decisión y	Refuerza el deber de protección del sistema de salud cuando existe riesgo para la vida o integridad. Esto implica que la continuidad del tratamiento debe garantizarse, incluso si el paciente pretende abandonar el proceso terapéutico sin que se haya mitigado el riesgo.

Sentencia	¿Qué se falló en la sentencia?	Apartados específicos	¿Qué aporta frente a la salida voluntaria?
		discernimiento del sujeto que la padece..."	
Corte Constitucional. Sentencia T-949 de 2013 (15)	La Corte ordenó realizar una nueva valoración clínica integral y determinar si era necesario el internamiento total o parcial del paciente, garantizando tratamiento en salud mental.	"Siempre que se ponga en riesgo la existencia de la persona o su integridad, el servicio médico requerido debe prestarse." / "El internamiento debe evaluarse conforme al criterio del médico tratante y a las condiciones del paciente." Personas con trastornos mentales, sujetos de especial protección	Reconoce la facultad clínica de valorar la necesidad de internación cuando existe riesgo para la vida o la integridad del paciente. Esto respalda que la decisión de egreso no depende exclusivamente de la voluntad del paciente sino también del criterio profesional y la evaluación del riesgo.
Corte Constitucional. Sentencia T-545 de 2015 (16)	Analizó la solicitud de internación de una persona con trastorno bipolar y estableció reglas sobre la procedencia de la hospitalización en salud mental.	"La internación no puede surtirse en contra de la voluntad de la persona, cuando aquella puede manifestar una opinión clara en relación con la adopción de la medida." /	Es una sentencia clave porque establece la excepción explícita: la voluntad del paciente es relevante solo cuando no existe riesgo para su vida o integridad. Cuando hay riesgo clínico significativo, la

Sentencia	¿Qué se falló en la sentencia?	Apartados específicos	¿Qué aporta frente a la salida voluntaria?
		"Siempre que no exista un riesgo para la vida, la integridad o la salud de la persona o de quienes ejercen su cuidado."	decisión puede justificarse desde la protección de la vida y el criterio médico.
Corte Constitucional. Sentencia T-010 de 2016 (17)	La Corte ordenó la internación del paciente en una unidad de salud mental y el acompañamiento familiar ante comportamientos de alto riesgo.	"La solicitud de medida de internamiento no procede de forma automática a petición de la familia o cuidadores de la persona que padece una condición de salud mental deteriorada, salvo que se evidencie que la medida se solicita para la garantizar los derechos fundamentales, especialmente a la vida, a la integridad y a la salud del paciente o de las personas que conforman su entorno cercano."	Refuerza la función protectora de la internación en salud mental, especialmente cuando existe riesgo para el paciente o terceros. Esto respalda que la continuidad de la atención puede prevalecer sobre una eventual solicitud de egreso. La Corte Constitucional reiteró la importancia del concepto del médico tratante en los casos de internación en una unidad de salud mental

Sentencia	¿Qué se falló en la sentencia?	Apartados específicos	¿Qué aporta frente a la salida voluntaria?
		“En razón a que este tratamiento tiene un carácter transitorio, que es adoptado durante las fases graves de la enfermedad con el objeto de estabilizar al paciente para garantizar que pueda retornar a su ambiente familiar.” “la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.”	
Corte Constitucional. Sentencia T-422 de 2017 (18)	La Corte ordenó garantizar la hospitalización prescrita por el médico tratante y el tratamiento integral del paciente.	“La medida de internamiento procederá siempre que medie orden del médico tratante.” / “La falta del servicio médico vulnera o amenaza los derechos a la vida y a la	Refuerza el valor jurídico del criterio médico tratante en la decisión de hospitalización. Esto sustenta que el egreso hospitalario no puede depender únicamente de la voluntad del paciente cuando el equipo clínico determina que persiste el riesgo.

Sentencia	¿Qué se falló en la sentencia?	Apartados específicos	¿Qué aporta frente a la salida voluntaria?
		integridad personal.”	

El análisis del marco jurídico, jurisprudencial y clínico evidencia que no hay sentencias específicas respecto a la regulación específica de la salida voluntaria en contextos de crisis o riesgo clínico, en personas que consulta por condiciones mentales, pero, al analizar en conjunto la jurisprudencia constitucional se desprende que, si bien el ordenamiento jurídico colombiano reconoce la autonomía del paciente y su derecho a participar en las decisiones relacionadas con su atención en salud, dicho principio no tiene un carácter absoluto. La Corte Constitucional ha señalado que la voluntad del paciente debe respetarse siempre que la persona pueda expresar una decisión libre y consciente y no exista un riesgo significativo para su vida, su integridad o la de terceros.

En este sentido, decisiones como la Sentencia T-545 de 2015 precisan que la internación en salud mental no debe imponerse contra la voluntad del paciente cuando este puede manifestar una opinión clara sobre su tratamiento y no se evidencia peligro; sin embargo, cuando existe riesgo relevante para la vida o la salud, la protección de estos derechos fundamentales adquiere una prioridad constitucional ⁽¹⁶⁾. Por tanto, en escenarios clínicos como las crisis suicidas o los trastornos mentales agudos que comprometen el juicio, la autonomía puede verse legítimamente limitada en favor de la protección de la vida y la integridad personal.

De igual manera, la jurisprudencia ha establecido que el criterio del médico tratante y del equipo de salud constituye un elemento central en la toma de decisiones relacionadas con la hospitalización, la continuidad del tratamiento o la eventual internación en salud mental. Sentencias como la T-949 de 2013, T-010 de 2016 y T-422 de 2017 resaltan que, cuando se identifican condiciones clínicas que ponen en riesgo la vida o la integridad del paciente, el sistema de salud tiene el deber de garantizar las intervenciones necesarias para su protección, incluso mediante hospitalización o seguimiento especializado ^(15,17,18).

De este modo, la Corte ha reconocido que la internación en salud mental puede constituir una medida legítima de protección, siempre que se adopte con base en criterios médicos, sea proporcional, esté orientada al cuidado del paciente y tenga carácter temporal y revisable. En consecuencia, estas reglas jurisprudenciales permiten concluir que la salida voluntaria en contextos de

riesgo suicida no puede entenderse como un derecho absoluto, pues debe ponderarse con el deber constitucional de protección de la vida y con la responsabilidad profesional del equipo tratante.

2. Pilares teóricos para replantear la salida voluntaria en pacientes con conducta suicida

El análisis de lo dispuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en lo relacionado a personas con discapacidad, la jurisprudencial y las recomendaciones clínicas, nos lleva a concluir que salida voluntaria en pacientes con tendencias suicidas no es un derecho absoluto:

- La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad reconoce que la autonomía, la capacidad legal y el acceso a los servicios de salud están igualmente protegidos, pero en la misma, no existe claridad, frente a situación de cuadros agudos que afecten la capacidad de las personas en la toma de decisiones y permite también la adopción de salvaguardias proporcionales destinadas a proteger a la persona, particularmente en presencia de capacidades deterioradas derivadas de condiciones de salud.
- La jurisprudencia de la Corte Constitucional ha dictaminado que el respeto por la voluntad del paciente debe armonizarse con el deber de proteger la vida y la integridad, y la corte acepta que en situaciones donde existe un riesgo relevante para la persona o para terceros, el juicio clínico del equipo tratante y la necesidad de intervenciones terapéuticas pueden ser suficientes para justificar la continuación del cuidado o la hospitalización como medidas de protección.
- Paralelamente, la Guía de Práctica Clínica Colombiana para la prevención y manejo del comportamiento suicida sugiere que las decisiones sobre el alta hospitalaria deben tomarse solo cuando se haya realizado una evaluación integral del riesgo, se garantice la estabilidad clínica y exista un plan de seguimiento y apoyo. Por lo tanto, la decisión de alta/salida voluntaria debe basarse en determinantes clínicos, éticos y legales de la seguridad del paciente, el principio de no maleficencia y también en el deber de proteger la vida.

Recomendaciones generales para evaluar la salida voluntaria en pacientes con conducta suicida:

Recomendación 1. La salida voluntaria no constituye un derecho automático

En pacientes con ideación suicida, autoagresión o antecedente de intento de suicidio, la salida voluntaria no constituye un derecho automático ni exigible, dado que la autonomía personal no es absoluta cuando existe riesgo grave o potencial para la vida. En estos escenarios, prevalece el deber reforzado de protección del derecho fundamental a la salud y a la vida, conforme a los principios de continuidad e integralidad del cuidado establecidos en la normativa nacional y la jurisprudencia constitucional ^(11,17,18).

Recomendación 2. Primacía del criterio clínico integral

La aceptación o no de una salida voluntaria debe fundamentarse prioritariamente en el criterio clínico integral, considerando la evaluación del riesgo suicida, el estado mental, la capacidad de decisión, la presencia de factores precipitantes y las condiciones reales de protección extrainstitucional. La clasificación de riesgo o la manifestación de voluntad del paciente no sustituyen el juicio clínico ni el deber institucional de prevención del daño ^(2,11).

Recomendación 3. Evaluación obligatoria de la capacidad de decisión

Previo a considerar cualquier egreso voluntario, debe realizarse y documentarse una evaluación explícita de la capacidad de decisión, entendida como la capacidad para comprender la información clínica, valorar consecuencias y deliberar libremente. Cuando existan alteraciones del juicio, ideación suicida activa, impulsividad, síntomas psicóticos o ambivalencia significativa, la capacidad se considera comprometida y la salida voluntaria no es clínicamente ni jurídicamente procedente ^(18,20).

Recomendación 4. No procedencia de la salida voluntaria en riesgo alto

En pacientes con riesgo suicida alto, intento de suicidio reciente, ideación suicida activa con plan, alta letalidad o ausencia de red de apoyo, no se recomienda aceptar la salida voluntaria. En estos casos, es legítima la permanencia institucional temporal como medida proporcional y necesaria para la protección de la vida, de conformidad con la normativa y la jurisprudencia constitucional vigente ^(20,22).

Recomendación 5. Criterios excepcionales para considerar la salida voluntaria en riesgo moderado y bajo

En pacientes clasificados con riesgo suicida moderado o bajo, la salida voluntaria solo podrá considerarse de manera excepcional, cuando se cumplan de forma simultánea los siguientes criterios, los cuales deben quedar plenamente documentados:

- a) Capacidad de decisión conservada.
- b) Ausencia de intento suicida reciente.
- c) Ideación suicida pasiva, sin plan ni acceso a medios letales.
- d) Red de apoyo activa, informada y comprometida.
- e) Plan de seguridad estructurado y comprendido.
- f) Seguimiento clínico priorizado y garantizado.

La ausencia de cualquiera de estos criterios justifica no aceptar la salida voluntaria, en aplicación de los principios de no maleficencia y continuidad del cuidado ^(11,16,20).

Recomendación 6. Interconsulta especializada como medida de protección

Ante cualquier duda clínica o jurídica sobre el nivel de riesgo o la capacidad de decisión, se recomienda realizar interconsulta prioritaria a psiquiatría, como mecanismo de protección del paciente y de respaldo técnico para la institución, conforme a las recomendaciones de la GPC colombiana y a los estándares de debida diligencia clínica ^(2,20).

Recomendación 7. Documentación clínica reforzada y trazable

Toda decisión relacionada con la salida voluntaria debe contar con documentación clínica reforzada, que incluya evaluación del riesgo, análisis de capacidad, información suministrada al paciente, advertencias realizadas, participación de la red de apoyo, fundamento normativo y plan de seguimiento. La ausencia de este registro compromete la calidad de la atención y la seguridad jurídica institucional ^(16,18,).

Recomendación 8. Participación activa de la red de apoyo

Cuando se considere procedente el egreso voluntario, debe involucrarse activamente a la familia o red de apoyo, salvo contraindicación clínica debidamente justificada, garantizando su comprensión de signos de alarma, rutas de atención y responsabilidades compartidas en el cuidado posterior ^(2,11).

Recomendación 9. Plan de egreso reforzado y continuidad del cuidado

Toda salida voluntaria debe ir acompañada de un plan de egreso reforzado, que incluya plan de seguridad, contacto temprano posterior al egreso (≤ 48 horas), citas priorizadas en salud mental (≤ 7 días) y articulación con dispositivos comunitarios de salud mental, en cumplimiento del principio de continuidad del cuidado establecido en la normativa nacional ^(1,11,18).

Recomendación 10. Legitimidad de la negativa razonada de salida voluntaria

La negativa razonada, proporcional y documentada de una salida voluntaria, cuando exista riesgo suicida actual o potencial, constituye una actuación clínica y jurídicamente legítima, orientada a la protección de la vida, y no una vulneración de derechos fundamentales ⁽¹⁵⁻¹⁸⁾.

e. Seguimiento del paciente con conducta suicida

El seguimiento del paciente con conducta suicida es un componente obligatorio, continuo y estructurado del proceso de atención, orientado a disminuir el riesgo de recurrencia, prevenir desenlaces fatales y garantizar la continuidad del cuidado en salud mental. De conformidad con la Estrategia Nacional para el cuidado integral de la salud en personas con conducta suicida (Código Dorado), el seguimiento debe iniciarse desde el primer contacto con el sistema de salud, consolidarse al momento del egreso y mantenerse de manera progresiva e interdisciplinaria durante el manejo ambulatorio o especializado ^(1,2).

El seguimiento debe articularse con los indicadores definidos en la resolución, priorizando la oportunidad de la atención, la continuidad del cuidado, la adherencia al tratamiento y la coordinación entre niveles de atención y dispositivos comunitarios ^(1,10).

1. Principios del seguimiento

El seguimiento del paciente con conducta suicida debe regirse por los siguientes principios:

- *Continuidad del cuidado*, evitando interrupciones injustificadas del manejo farmacológico y no farmacológico ^(11,14).

- *Reevaluación periódica del riesgo suicida*, reconociendo su carácter dinámico y fluctuante ^(2,6).
- *Interdisciplinariedad*, con participación coordinada de los diferentes profesionales de la salud.
- *Protección del derecho a la vida y a la salud mental*, priorizando la seguridad del paciente sobre consideraciones administrativas ^(13,14).
- *Enfoque familiar, comunitario y territorial*, fortaleciendo factores protectores extrainstitucionales ^(1,2).

2. Profesionales responsables del seguimiento

El seguimiento debe realizarse de manera interdisciplinaria, con participación coordinada de los siguientes profesionales, según el nivel de riesgo y la fase del proceso asistencial:

- **Psiquiatría:** Responsable de la valoración especializada, la confirmación diagnóstica, el ajuste y seguimiento del manejo farmacológico, la reevaluación del riesgo suicida y la definición de criterios de continuidad, modificación o cierre del tratamiento especializado. La valoración por psiquiatría es obligatoria en pacientes con riesgo alto y en aquellos con riesgo moderado cuando así lo determine el criterio clínico ^(2,6).
- **Médico general:** Encargado del seguimiento clínico integral, la vigilancia de comorbilidades médicas, la adherencia al tratamiento, la detección temprana de signos de alarma y la articulación con el equipo interdisciplinario ^(2,11). En caso de no demora en la valoración por psiquiatría de manera ambulatoria, se debe mantener la continuidad de los manejos a través de este profesional.
- **Psicología con formación clínica:** responsable del seguimiento psicoterapéutico, la intervención individual y familiar, la actualización del plan de seguridad, el fortalecimiento de habilidades de afrontamiento y la identificación temprana de recaídas ^(2,4,20).
- **Trabajo Social:** encargado del seguimiento del contexto familiar y social, la funcionalidad de la red de apoyo, la articulación con recursos comunitarios y la gestión de barreras sociales que interfieran con la continuidad del cuidado ^(1,2).
- **Enfermería:** responsable del seguimiento del cuidado, la educación al paciente y su familia, la vigilancia de adherencia, la identificación de signos de alarma y la comunicación oportuna con el equipo tratante ^(1,2,11).

- **Terapia Ocupacional (cuando esté disponible):** profesional encargado de la intervención orientada a la recuperación y fortalecimiento de la funcionalidad ocupacional, la estructuración de rutinas significativas, la reintegración social, educativa o laboral, y el apoyo a la continuidad del cuidado, especialmente en pacientes con deterioro funcional, trastornos mentales persistentes o dificultades de adaptación posterior a un evento de conducta suicida. Su intervención es complementaria y no sustituye la valoración ni el seguimiento por psiquiatría cuando este esté indicado (2,13,14)

3. Medición y reevaluación del nivel de riesgo

El nivel de riesgo suicida debe ser valorado formalmente al momento del egreso del servicio de urgencias, hospitalización general o unidad de salud mental, y reevaluado de manera periódica durante el seguimiento ambulatorio, dado su carácter dinámico (1,2).

El nivel de riesgo definido al egreso orienta la intensidad inicial del seguimiento, pero no es definitivo.

Durante el seguimiento ambulatorio, todos los profesionales involucrados deben realizar reevaluaciones sistemáticas del riesgo, documentando cambios clínicos, aparición de signos de alarma o factores precipitantes nuevos (2,6).

4. Seguimiento según nivel de riesgo

El seguimiento debe ajustarse al nivel de riesgo suicida, tanto al egreso como durante el seguimiento ambulatorio:

Riesgo alto: Requiere seguimiento especializado, estrecho y continuo, con valoración por psiquiatría, controles frecuentes y, cuando esté indicado, manejo intrahospitalario o ambulatorio intensivo.

Si durante el seguimiento ambulatorio persiste o reaparece el riesgo alto, se debe realizar revaloración inmediata por psiquiatría y considerar nuevamente la hospitalización, como medida de protección de la vida (2,6,18).

Riesgo moderado: El seguimiento debe ser estructurado y periódico, con seguimiento psicológico continuo y valoración por psiquiatría según criterio clínico. La intensidad del seguimiento debe individualizarse y ajustarse según evolución, adherencia al tratamiento y condiciones de soporte extrainstitucional (2,6).

Riesgo bajo: Se prioriza el seguimiento ambulatorio, con controles programados, refuerzo de factores protectores, educación al paciente y la red de apoyo, y acceso oportuno ante la reaparición de signos de alarma ^(2,20).

5. Continuidad del manejo y articulación del cuidado

El seguimiento debe garantizar:

- Continuidad del manejo farmacológico y no farmacológico, salvo indicación clínica documentada.
- Articulación efectiva entre niveles de atención, incluyendo servicios ambulatorios, hospitalarios y comunitarios.
- Uso de teleorientación o teleconsulta en salud mental, cuando sea pertinente, como apoyo a la oportunidad y continuidad del seguimiento, sin sustituir la atención presencial cuando el riesgo clínico lo contraindique ^(1,3,14).

6. Enfoque familiar y comunitario del seguimiento

El seguimiento se realizará a través de los equipos básicos de salud y las líneas de teleorientación de salud mental quienes verificaran la atención en salud y la adherencia al tratamiento por parte de las personas con conducta suicida, debe incorporar activamente a la familia o red de apoyo, fortaleciendo su capacidad para identificar signos de alarma, activar protocolos de atención y acompañar al paciente en su proceso de recuperación. Así mismo, se debe promover la inclusión del paciente en dispositivos comunitarios de salud mental y programas territoriales, como parte del enfoque integral y de largo plazo del cuidado ^(1,2).

7. Responsabilidad de la entidad que prestan aseguramiento a los pacientes

Las entidades responsables del aseguramiento en salud, tales como las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o quien haga sus veces dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tienen la obligación de garantizar la continuidad, integralidad y oportunidad de la atención en salud, especialmente en aquellos casos en los que las personas presentan condiciones de salud mental que implican riesgo para su vida o integridad. De acuerdo con lo establecido en la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud), el derecho fundamental a la salud comprende el acceso efectivo, continuo y sin interrupciones a los servicios



requeridos, lo cual implica que las entidades aseguradoras deben garantizar el cumplimiento de las órdenes médicas, la autorización de servicios, la remisión oportuna a otros niveles de atención y la articulación con la red de prestadores necesaria para la atención integral del paciente ⁽²²⁾.

En el caso específico de personas con conducta suicida o trastornos mentales que requieren seguimiento clínico, las entidades responsables del aseguramiento deben asegurar la continuidad del tratamiento, la coordinación entre los distintos prestadores de servicios de salud y la implementación de las acciones necesarias para evitar interrupciones en el proceso terapéutico, conforme a los principios de integralidad y continuidad establecidos en la Ley 100 de 1993 y la Ley 1616 de 2013 (Ley de Salud Mental) ^(13,23). Estas normas establecen que la atención en salud mental debe garantizar intervenciones oportunas, integrales y sostenidas en el tiempo, incluyendo acciones de seguimiento, rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario cuando las condiciones del paciente así lo requieran.

En el caso de pacientes que carecen de red de apoyo familiar o social, las entidades responsables del aseguramiento tienen el deber de adoptar medidas que permitan garantizar la continuidad de la atención y la protección del paciente, articulando las acciones necesarias con las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades territoriales y las redes institucionales de apoyo. En estos casos, la Ley 1616 de 2013 establece que el Estado y los actores del sistema de salud deben promover la protección de las personas con trastornos mentales y asegurar el acceso efectivo a los servicios requeridos, especialmente cuando se encuentran en situación de vulnerabilidad o riesgo⁽¹³⁾. Por lo tanto, las EPS o quien haga sus veces deben gestionar las remisiones pertinentes, garantizar las autorizaciones necesarias y coordinar el acceso a servicios especializados, evitando barreras administrativas que puedan poner en riesgo la vida o la integridad de las personas atendidas.

En línea con los principios de oportunidad, continuidad e integralidad del servicio de salud, las entidades responsables del aseguramiento deben garantizar el cumplimiento de las órdenes médicas emitidas por el equipo tratante, así como la articulación con los diferentes niveles de atención y servicios requeridos para la continuidad del cuidado, incluyendo la atención ambulatoria, el seguimiento en salud mental y las intervenciones psicosociales que sean necesarias. Estas obligaciones se encuentran desarrolladas en el Decreto 780 de 2016, que regula el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud y establece las responsabilidades de los aseguradores en la garantía del acceso efectivo a los servicios de salud ⁽²⁴⁾.



GLOSARIO

Atención Primaria en Salud: estrategia que orienta la atención en salud de manera integral e integrada desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente desde el nivel primario al complementario, por medio de procesos que fortalecen la rectoría y gobernanza en salud vinculadas al diálogo y la participación ciudadana como elementos fundamentales de la gestión en salud, promoviendo el desarrollo de acciones en salud que responden a las necesidades de la población en consideración de elementos culturales y territoriales, y generando acciones coordinadas y colaborativas de manera intersectorial que permitan la transformación de los determinantes sociales y la reducción de barreras para el acceso a servicios de salud. Su operación se concreta a través de acciones universales, territorializadas, sistemáticas, permanentes y resolutivas.

Cuidado integral de la salud: Proceso ordenador de la gestión territorial integral en salud pública que integra el aseguramiento, el acceso efectivo y de calidad a los servicios de salud y la integralidad, continuidad y resolutividad de la respuesta en salud desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos para la garantía del derecho a la salud de las personas, familias y comunidades. Se fundamenta en la participación incidente entre los actores del sistema de salud, los otros sectores, los agentes sociales y comunitarios y la comunidad en general, reconociendo las realidades poblacionales y territoriales. Este proceso se implementa a través de las redes integrales e integradas de acuerdo con la Ley 1438 de 2011, la Sentencia C-313 de 2014 y la Ley 1955 de 2019, y se desarrolla bajo el liderazgo de la entidad territorial del orden departamental, distrital y municipal en coordinación con los prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, las Entidades Promotoras de Salud o las entidades que hagan sus veces, o quien haga sus veces y demás actores del territorio.

Conducta Suicida: Se refiere a los pensamientos o conductas que llevan al acto de quitarse la vida intencionalmente. Puede clasificarse en tres categorías: ideación, intento suicida, suicidio.

Ideación suicida: Pensamiento o idea de querer poner fin a la propia vida, ya sea de forma pasiva, es decir, sin método ni plan, o activa, que incluye planes concretos y detallados, para llevar a cabo la conducta suicida.

Intento de suicidio: Un acto no habitual, con resultado no letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, para causarse autolesión o



determinarla sin la intervención de otros, o también ocasionarla por ingesta de medicamentos en dosis superior a la reconocida como terapéutica.

Suicidio: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el acto deliberado de quitarse la vida, realizado con conocimiento o expectativa de un desenlace fatal.

Continuidad del cuidado: Proceso integral que asegura una experiencia organizada y sin rupturas al transitar entre diferentes servicios de salud, lo cual es clave para fortalecer la calidad de la atención y los resultados clínicos, además de favorecer la integración organizada con servicios de cuidado a cargo de otros sectores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 347 de 2026 por la cual se adopta la Estrategia Nacional para el cuidado integral de la salud en personas con conducta suicida y se dictan otras disposiciones (Código Dorado). Bogotá: MSPS; 2025.
2. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida en Colombia. Bogotá: MSPS; 2013.
3. Organización Mundial de la Salud. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneva: WHO; 2016.
4. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Fundamentos de psiquiatría clínica. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2018.
5. Hawton K, Williams K. The Papageno effect and suicidal behavior. Br J Psychiatry. 2001;178:463–467.
6. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA. 2005;294(16):2064–2074.
7. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 3518 de 2006, por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). Diario Oficial de la República de Colombia; 2006.
8. Instituto Nacional de Salud. Ficha de notificación individual: Intento de suicidio. Código INS 356. Bogotá: INS; 2019.
9. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública del intento de suicidio. Código 356. Bogotá: INS; 2017.
10. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos técnicos para la vigilancia del intento de suicidio en Colombia. Bogotá: MSPS; 2014.
11. Colombia. Congreso de la República. Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial de la República de Colombia; 2011.

12. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-814 de 2008. Bogotá: Corte Constitucional; 28 de agosto de 2008. M.P.: Rodrigo Escobar Gil.
13. Colombia. Congreso de la República. Ley 1616 de 2013, por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental. Diario Oficial de la República de Colombia; 2013.
14. Colombia. Congreso de la República. Ley 2460 de 2025, por medio de la cual se fortalece la Política Nacional de Salud Mental, se establecen disposiciones para la gestión integral del riesgo en salud mental y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial de la República de Colombia; 2025.
15. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-949 de 2013. Bogotá: Corte Constitucional; 16 de diciembre de 2013. M.P.: Luis Ernesto Vargas Silva.
16. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-545 de 2015. Bogotá: Corte Constitucional; 28 de agosto de 2015. M.P.: Jorge Ignacio Pretelt Chaljub
17. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-010 de 2016. Bogotá: Corte Constitucional; 19 de enero de 2016. M.P.: Luis Guillermo Guerrero Pérez..
18. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-422 de 2017. Bogotá: Corte Constitucional; 30 de junio de 2017. M.P.: Cristina Pardo Schlesinger.
19. Organización Mundial de la Salud. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO; 2014.
20. Stanley B, Brown GK. Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. Cogn Behav Pract. 2012;19(2):256–264.
21. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Nueva York: Naciones Unidas; 2006.
22. Congreso de la República de Colombia. Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Diario Oficial No. 49.427; 2015.
23. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Diario Oficial No. 41.148; 1993.
24. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016. Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016