

Ensayo crítico-argumentativo sobre las barreras de acceso a la información sobre el suicidio en Bogotá

A critical-argumentative essay on barriers to accessing information about suicide in Bogotá

Ana Catalina Valencia Ricaurte¹ 

¹Magíster en Gestión de la tecnología educativa=Estudiante de doctorado en Ciencias de la Educación con énfasis en investigación, formulación y elaboración de proyectos educativos, Universidad Metropolitana de Ciencia y Tecnología

DOI:

<https://doi.org/10.67461/rcz7t592>

Correo del autor:

anacatalinavalencia@hotmail.com

Fecha de recepción:

29/10/2026

Fecha de aceptación:

19/05/2026

Fecha de publicación:

01/01/2026

Resumen

El presente ensayo crítico-argumentativo analiza las complejidades que limitan el acceso a la información sobre suicidio en Bogotá, Colombia, en el marco de una investigación doctoral, considerando este fenómeno como un desafío prioritario de salud pública. Metodológicamente, se emplea un enfoque cualitativo de carácter analítico e interpretativo, sustentado en la revisión crítica de literatura científica reciente, documentos institucionales y marcos normativos aplicables. Los hallazgos muestran que el acceso a la información se encuentra condicionado por problemas de subregistro, fragmentación de los sistemas de información, restricciones derivadas de la protección de datos personales y persistencia del estigma asociado a la salud mental. Estas limitaciones afectan la calidad de la evidencia disponible, dificultan los análisis comparativos y restringen el diseño de intervenciones públicas oportunas y focalizadas. Asimismo, se identifican desafíos metodológicos relevantes para la investigación doctoral, particularmente en relación con la triangulación de fuentes, el manejo ético de datos sensibles y la necesidad de enfoques mixtos contextualizados. Se concluye que superar estas barreras exige fortalecer la gobernanza de datos en salud mental, mejorar la interoperabilidad institucional y promover esquemas de investigación rigurosos que articulen exigencia científica, protección de derechos y pertinencia territorial.

Palabras clave: Suicidio, Bogotá, acceso a la información, ética en investigación, salud pública.

Abstract

This critical-argumentative essay analyzes the complexities that limit access to information on suicide in Bogotá, Colombia, within the framework of a doctoral research project, treating this phenomenon as a priority public health challenge. Methodologically, it employs a qualitative approach of an analytical and interpretive nature, grounded in a critical review of recent scientific literature, institutional documents, and applicable regulatory frameworks. The findings show that access to information is constrained by underreporting, fragmentation of information systems, restrictions stemming from personal data protection, and the persistence of stigma associated with mental health. These limitations affect the quality of available evidence, hinder comparative analyses, and restrict the design of timely and targeted public interventions. Furthermore, relevant methodological challenges for doctoral research are identified, particularly regarding the triangulation of sources, the ethical handling of sensitive data, and the need for contextualized mixed-methods approaches. It is concluded that overcoming these barriers requires strengthening data governance in mental health, improving institutional interoperability, and promoting rigorous research frameworks that balance scientific rigor, the protection of rights, and territorial relevance.

Keywords: Suicide, Bogotá, access to information, research ethics, public health.

Introducción

El suicidio constituye un desafío central en la salud pública contemporánea, tanto por su creciente incidencia en diversas regiones del mundo como por las profundas implicaciones sociales, económicas y éticas que acarrea, en donde la Organización Mundial de la Salud estima que más de 700.000 personas mueren cada año por esta causa, y que por cada muerte se producen al menos 20 intentos, lo que convierte al fenómeno en una de las principales preocupaciones sanitarias del siglo XXI (World Health Organization, 2025). En Colombia, y particularmente en Bogotá, las estadísticas han mostrado un incremento sostenido en los intentos de suicidio en la última década, afectando de manera especial a adolescentes y jóvenes, lo que refleja la urgencia de contar con información robusta y accesible para orientar intervenciones eficaces (Cañón Ayala et al., 2024).

No obstante, el acceso a información sobre suicidio enfrenta múltiples restricciones derivadas de barreras normativas, limitaciones técnicas en los sistemas de registro y dilemas éticos relacionados con la confidencialidad y el estigma social. Estas complejidades no solo obstaculizan la generación de evidencia científica de alta calidad, sino que también ponen en tensión el derecho a la salud y el deber del Estado de garantizar datos transparentes y confiables para la formulación de políticas públicas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021b).

Este texto se inscribe en la modalidad de ensayo crítico-argumentativo, en tanto que propone un análisis reflexivo y problematizador

sobre el acceso a la información relacionada con la temática del suicidio en Bogotá, Colombia, ya que más que ofrecer una revisión exhaustiva de la literatura, el texto articula evidencia científica reciente, marcos normativos y documentos institucionales con el fin de examinar críticamente las tensiones éticas, legales y metodológicas que condicionan la producción, disponibilidad y uso de datos sensibles. Desde esta perspectiva, el ensayo adopta una postura analítica que no solo describe el fenómeno, sino que cuestiona las limitaciones estructurales del sistema de información en salud mental y argumenta la necesidad de enfoques más integrales para la investigación doctoral y la formulación de políticas públicas.

El presente ensayo tiene como objetivo general analizar las complejidades que limitan el acceso a información sobre la temática del suicidio en Bogotá en el marco de una investigación doctoral. De manera específica, busca examinar el comportamiento epidemiológico del suicidio y las particularidades del contexto local, identificar las limitaciones intrínsecas que afectan la disponibilidad y calidad de los datos y discutir los retos éticos, legales y metodológicos asociados al manejo de información sensible.

El análisis se estructura de forma progresiva, en primer lugar, se revisa la situación epidemiológica del suicidio y el contexto particular de Bogotá, posteriormente se exponen las limitaciones propias del acceso a datos, seguidamente se abordan los desafíos éticos, legales y metodológicos en el manejo de información sensible y finalmente, se presentan conclusiones que integran los hallazgos y plantean recomendaciones para avanzar hacia un modelo de investigación más integral, ético y sostenible.

Desde el punto de vista metodológico, este trabajo se desarrolla bajo un enfoque cualitativo de carácter

interpretativo, propio del ensayo crítico-argumentativo, en el cual el análisis no se orienta a la producción de datos empíricos primarios, sino a la problematización conceptual y normativa de un fenómeno complejo a partir de fuentes secundarias especializadas. En este sentido, el texto se fundamenta en literatura científica reciente, documentos técnicos e institucionales, marcos regulatorios y reportes oficiales en salud pública y salud mental, seleccionados con criterios de pertinencia, actualidad y relevancia analítica, lo que permite construir una argumentación fundamentada y contextualizada. Este tipo de aproximación resulta especialmente adecuada para examinar problemáticas sensibles como el suicidio, donde las restricciones éticas, legales y técnicas condicionan tanto la producción como el acceso a la información disponible (Creswell y Poth, 2023; Flick, 2022).

El foco analítico del ensayo se centra en identificar y discutir las tensiones estructurales que atraviesan los sistemas de información en salud mental, particularmente en relación con la vigilancia del suicidio y del intento de suicidio en contextos urbanos como Bogotá. A partir de una lectura crítica y comparativa de las fuentes, se analizan las limitaciones intrínsecas de los registros, los dilemas éticos asociados al manejo de datos sensibles y los desafíos metodológicos que enfrenta la investigación doctoral en este campo. Esta estrategia metodológica permite no solo describir el estado actual del acceso a la información, sino también cuestionar sus supuestos, vacíos y consecuencias, aportando elementos reflexivos orientados a fortalecer la investigación académica y la toma de decisiones en políticas públicas de salud mental (World Health Organization, 2022; Ministerio de Salud y Protección Social, 2021a).

Desarrollo

La transparencia y disponibilidad de datos sobre el suicidio constituyen condiciones fundamentales para garantizar la rigurosidad de la investigación en salud pública; sin embargo, en el contexto colombiano, y particularmente en Bogotá, emergen barreras estructurales que afectan la calidad, oportunidad y accesibilidad de esta información, lo que no solo limita la comprensión del fenómeno, sino que pone en tensión la viabilidad misma de desarrollar investigaciones doctorales sólidas y contextualizadas.

En este marco, un análisis espacio-temporal reciente realizado por el Instituto Nacional de Salud (INS) muestra que la incidencia de intentos de suicidio en Colombia aumentó entre 2018 y

2019, seguida de una caída abrupta en el primer semestre de 2020, comportamiento que, al ser modelado mediante técnicas bayesianas, evidencia la alta sensibilidad del sistema de notificación frente a eventos disruptivos como la pandemia (Instituto Nacional de Salud, 2024). No obstante, más allá de describir una variación coyuntural, este hallazgo plantea interrogantes sobre la estabilidad y confiabilidad de los sistemas de registro en contextos de crisis, sugiriendo que las fluctuaciones observadas podrían estar asociadas tanto a cambios reales en la ocurrencia del fenómeno como a limitaciones en los mecanismos de reporte.

De manera complementaria, el modelo evidencia que el grupo etario de mayor riesgo en todos los municipios corresponde a adolescentes entre 15 y 19 años, lo que sugiere no solo una vulnerabilidad acentuada en esta cohorte, sino también posibles sesgos en la captación de información en otros grupos poblacionales (Instituto Nacional de Salud, 2024). Esta situación invita a problematizar la forma en que se construyen los datos epidemiológicos, en tanto la aparente concentración del riesgo podría estar mediada por diferencias en la detección, notificación o acceso a los servicios, más que por una distribución homogénea del fenómeno en la población.

Otra dimensión crítica se relaciona con la persistente disparidad en el acceso a servicios de salud mental en Colombia. Un estudio realizado en Santa Marta evidenció que los principales obstáculos para acceder a la atención psiquiátrica incluyen barreras actitudinales, como el estigma, así como factores instrumentales asociados a dificultades logísticas, afectando especialmente a personas menores de 45 años o con condiciones socioeconómicas desfavorables (Campo et al., 2020). Más allá de su impacto en la atención, estas barreras tienen implicaciones directas sobre la producción de información, en la medida en que limitan la visibilización de los casos y contribuyen a la subrepresentación de ciertos grupos en los sistemas de registro.

Con base en estos elementos, esta sección se organiza en cuatro subapartados que profundizan en las restricciones al acceso a datos sobre suicidio en Bogotá. En primer lugar, se examina el comportamiento epidemiológico del suicidio en Colombia y sus tendencias recientes, con el fin de situar el fenómeno en un marco nacional e identificar patrones relevantes. En segundo lugar, se analizan las particularidades del contexto bogotano, atendiendo a las dinámicas sociales, institucionales y culturales que inciden tanto en la producción como en el acceso a la información. En tercer lugar, se abordan las limitaciones intrínsecas que afectan la disponibilidad, calidad y oportunidad de los datos, identificando las principales brechas para la investigación académica. Finalmente, se examinan los desafíos éticos y legales asociados al manejo de

información sensible, poniendo en evidencia la tensión entre la necesidad de generar conocimiento y la protección de derechos fundamentales.

Desde esta perspectiva, el desarrollo del presente ensayo no se limita a la descripción de restricciones, sino que busca problematizar los límites epistemológicos, institucionales y normativos que configuran el acceso a la información sobre suicidio, reconociendo que dichas limitaciones no son neutrales, sino que inciden directamente en la forma en que el fenómeno es comprendido, investigado y abordado en el ámbito de la salud pública.

El Suicidio como Problema de Salud Pública en el Siglo XXI

El suicidio constituye una problemática multifactorial y transnacional que, a pesar de ser reconocido como una causa prevenible de mortalidad, mantiene una presencia persistente y heterogénea en los perfiles epidemiológicos de países con distintos niveles de desarrollo. A escala global, los datos más recientes reafirman que cientos de miles de personas mueren por suicidio cada año y que la carga es especialmente elevada entre los jóvenes (World Health Organization, 2025); sin embargo, más allá de esta constatación, resulta necesario problematizar por qué, pese a la disponibilidad de conocimiento acumulado y estrategias de prevención, el fenómeno continúa reproduciéndose con tal magnitud. Este carácter demográfico, concentrado principalmente en adolescentes y adultos jóvenes, no solo lo posiciona como una prioridad en salud pública, sino que también evidencia posibles limitaciones estructurales en la capacidad de los sistemas sanitarios para responder de manera efectiva a las poblaciones en riesgo.

En la literatura científica contemporánea, el suicidio es comprendido como un fenómeno complejo que forma parte de un continuo de comportamientos autoinfligidos, los cuales varían en su gravedad, intencionalidad y desenlace. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el suicidio se define como el acto deliberado de quitarse la propia vida y constituye una de las principales causas de muerte prevenible a nivel global, con un impacto particularmente significativo en poblaciones jóvenes (World Health Organization, 2025). Este enfoque reconoce que, además de la mortalidad, existen conductas previas que integran el denominado continuum del comportamiento suicida, entre las que se incluyen la ideación suicida, la planificación y los actos no fatales dirigidos a provocar la muerte. En este sentido, el intento de suicidio se define como una

conducta autoinfligida realizada con la intención de morir, pero que no culmina en un desenlace fatal, y representa uno de los principales factores de riesgo para un suicidio consumado posterior (Instituto Nacional de Salud, 2024). No obstante, esta distinción conceptual, aunque clara en el plano teórico, plantea desafíos en su operacionalización dentro de los sistemas de información, donde el subregistro y las inconsistencias pueden distorsionar la comprensión del fenómeno. Así, diferenciar entre suicidio e intento de suicidio no solo es un ejercicio conceptual, sino un desafío metodológico que incide directamente en la validez de los análisis epidemiológicos y en la formulación de estrategias preventivas.

Desde una perspectiva analítica, el suicidio debe comprenderse como el resultado de la interacción compleja entre factores individuales, relacionales, comunitarios y estructurales, lo que remite a un enfoque ecológico que reconoce la multicausalidad del fenómeno. Sin embargo, esta complejidad contrasta con la forma en que frecuentemente se producen y analizan los datos, que tienden a privilegiar indicadores agregados y simplificados. En este sentido, aunque el enfoque ecológico exige que los sistemas de vigilancia capturen la heterogeneidad por edad, sexo, territorio y tiempo, en la práctica persisten limitaciones para alcanzar este nivel de desagregación, lo que restringe la posibilidad de diseñar intervenciones verdaderamente contextualizadas y proporcionales al riesgo identificado (World Health Organization, 2025). En consecuencia, la simplificación estadística puede invisibilizar grupos vulnerables y reproducir respuestas institucionales homogéneas frente a realidades profundamente diversas.

Las tendencias recientes en Colombia ilustran la necesidad de adoptar este enfoque crítico y desagregado. Estudios nacionales de carácter espacio-temporal han mostrado variaciones notables en la incidencia de intentos de suicidio entre 2018 y 2020, con un incremento entre 2018 y 2019 seguido de una caída abrupta en el primer semestre de 2020 (Cañón Ayala et al., 2024). Este patrón no puede interpretarse de manera lineal, ya que pone en evidencia dos dimensiones analíticas complementarias: por un lado, posibles cambios reales en la conducta suicida, y por otro, la sensibilidad del sistema de notificación ante eventos disruptivos como la pandemia. En este sentido, las fluctuaciones observadas no son neutrales, sino que constituyen tanto fenómenos sanitarios como artefactos del sistema de información, lo que obliga a una lectura crítica de los datos antes de derivar conclusiones causales o decisiones de política pública. Asumir las cifras sin examinar sus condiciones de producción puede conducir a diagnósticos erróneos y a intervenciones institucionales insuficientes o mal focalizadas.

Otra constatación relevante es la concentración de riesgo en edades tempranas. Los modelos estadísticos

aplicados a bases de datos nacionales han señalado un mayor riesgo en los grupos de 15 a 19 años y una significativa presencia en la franja entre 20 a 29 años, lo que subraya la urgencia de articular políticas públicas dirigidas a juventudes y entornos educativos (Cañón Ayala et al., 2024; Cañón Buitrago et al., 2024). No obstante, esta concentración también puede reflejar una mayor visibilidad institucional de estas poblaciones en comparación con otros grupos, lo que plantea la necesidad de examinar si el riesgo está igualmente distribuido o si existen sesgos en la detección y registro. En el caso de poblaciones universitarias, investigaciones recientes muestran que factores como historia de abuso sexual, antecedentes familiares de conducta suicida y consumo de sustancias son predictores relevantes de riesgo (Cañón Buitrago et al., 2024); sin embargo, la traducción de estos hallazgos en intervenciones efectivas continúa siendo limitada, lo que evidencia una brecha entre la producción de conocimiento y su aplicación práctica.

No puede omitirse, además, la dimensión de equidad en salud, dado que el suicidio y los intentos suicidas se distribuyen de manera desigual en territorios marcados por condiciones de desigualdad socioeconómica, desplazamiento y exclusión. En Colombia, los análisis espaciales identifican municipios y regiones con incidencias superiores, lo que obliga a pensar en políticas de prevención que sean geográfica y culturalmente sensibles (Cañón Ayala et al., 2024). Sin embargo, estas desigualdades territoriales no solo reflejan diferencias en la ocurrencia del fenómeno, sino también en la capacidad de los sistemas de salud para registrarlo y abordarlo, evidenciando problemas estructurales en la provisión de servicios de salud mental que incluyen la disponibilidad de profesionales, barreras de acceso y persistencia del estigma (Campo et al., 2020). En este escenario, algunos territorios acumulan simultáneamente mayor riesgo y menor capacidad institucional de respuesta, profundizando brechas históricas en salud pública.

La dimensión del subregistro y la calidad del dato es central para cualquier investigación de carácter doctoral que pretenda producir conocimiento aplicable. Las discontinuidades en las series temporales, como la caída en notificaciones observada en 2020, exigen estrategias metodológicas robustas que incluyan la validación cruzada de múltiples fuentes, ajustes por cambios en la accesibilidad de los servicios y el uso de modelos que incorporen incertidumbre en las estimaciones, como las aproximaciones bayesianas y los modelos espacio-temporales (Cañón Ayala et al., 2024). No obstante, incluso con estos avances

metodológicos, persiste el desafío de construir datos que representen de manera fiel la complejidad del fenómeno, lo que obliga a reconocer los límites del conocimiento disponible y a evitar interpretaciones simplificadas. Por ello, la sofisticación técnica no reemplaza la necesidad de revisar críticamente la calidad, cobertura y procedencia de la información analizada.

Finalmente, la literatura reciente enfatiza que, aunque existen instrumentos predictivos con buena capacidad de clasificación en poblaciones específicas, la predicción del suicidio como evento de mortalidad sigue siendo limitada y presenta baja validez predictiva para desenlaces letales (Cañón Buitrago et al., 2024). Este hecho plantea una tensión fundamental entre la expectativa de anticipar el riesgo y las limitaciones reales de los modelos disponibles, lo que obliga a una interpretación prudente de sus resultados y a priorizar su uso en la identificación temprana para intervenciones preventivas. En suma, abordar el suicidio como problema de salud pública en el siglo XXI implica no solo fortalecer los diagnósticos epidemiológicos, sino también asumir una postura crítica frente a la producción y uso de los datos, reconociendo que las limitaciones informativas forman parte constitutiva del fenómeno que se pretende comprender.

Particularidades del Suicidio en Bogotá

Bogotá, como metrópolis de alta densidad poblacional y complejidad socioeconómica, configura un escenario singular para el estudio del suicidio, en la medida en que concentra una parte significativa de la demanda de servicios de salud mental del país, exhibe profundas heterogeneidades territoriales y presenta dinámicas demográficas que condicionan tanto la ocurrencia de conductas suicidas como su registro institucional. Sin embargo, más allá de estas características descriptivas, resulta necesario problematizar en qué medida dicha complejidad urbana no solo refleja, sino también reproduce desigualdades en la producción y acceso a la información, lo que plantea retos sustanciales para la generación de conocimiento científico riguroso y para la formulación de políticas públicas efectivas.

En primer lugar, la infraestructura de vigilancia y atención de Bogotá dispone de herramientas institucionales que facilitan la captura de eventos de intento de suicidio, como protocolos y plataformas de notificación diseñados por la Secretaría Distrital de Salud. No obstante, su eficacia se encuentra mediada por limitaciones operativas y por la heterogeneidad en la adherencia al reporte entre prestadores de servicios. El Protocolo de Vigilancia de Intento de Suicidio de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (2023) establece criterios técnicos y procedimientos para la notificación y el seguimiento, subrayando la necesidad de articulación entre niveles asistenciales; sin embargo, también

reconoce problemas persistentes de subregistro, discrepancias en la clasificación y vacíos en la capacitación del personal (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2023). Estas limitaciones no solo afectan la calidad del dato, sino que ponen en evidencia una brecha entre el diseño normativo y su implementación efectiva, lo que distorsiona la representación del fenómeno y restringe la posibilidad de realizar análisis desagregados y comparables.

En segundo lugar, la magnitud y distribución territorial del riesgo en Bogotá reflejan procesos urbanos que incrementan la vulnerabilidad. La concentración de población joven en contextos de precariedad laboral y educativa, la migración interna, el hacinamiento en sectores periféricos y las discontinuidades en la red de servicios de salud mental configuran determinantes estructurales que no solo elevan el riesgo, sino que también condicionan quién accede a servicios y quién queda excluido del registro formal. En este sentido, los datos disponibles no deben interpretarse únicamente como reflejo de la realidad epidemiológica, sino también como el resultado de dinámicas de acceso diferencial, lo que introduce sesgos de selección en las bases de datos administrativas (Instituto Nacional de Salud, 2024; Cañón Ayala et al., 2024); así, algunas localidades pueden aparecer con menor incidencia no por registrar menor riesgo, sino por enfrentar mayores barreras de acceso y notificación.

La tercera particularidad se relaciona con los efectos contextuales de crisis sociales y sanitarias sobre la visibilidad del problema. Estudios espacio-temporales han mostrado cómo la pandemia de COVID-19 modificó tanto las pautas de notificación como la dinámica de los intentos de suicidio, evidenciando reducciones en ciertos periodos, posiblemente asociadas a barreras de acceso a los servicios, seguidas de repuntes posteriores (Peña y Zuluaga, 2023; Cañón Ayala et al., 2024). Este comportamiento obliga a cuestionar la fiabilidad de las tendencias observadas, ya que las variaciones pueden responder tanto a cambios reales en la conducta como a alteraciones en los sistemas de registro. En una ciudad como Bogotá, donde las medidas de confinamiento y las condiciones socioeconómicas variaron entre localidades, estas fluctuaciones adquieren un carácter diferencial que requiere análisis críticos basados en series temporales desagregadas.

En cuarto lugar, la composición demográfica de Bogotá, caracterizada por una proporción significativa de población joven, estudiantes universitarios y población migrante o desplazada, determina perfiles de riesgo específicos que difieren de otros contextos. Investigaciones en

poblaciones universitarias colombianas han identificado factores como abuso sexual, consumo de sustancias y antecedentes familiares de conducta suicida como predictores relevantes (Cañón Buitrago et al., 2024). Sin embargo, la identificación de estos factores no garantiza su traducción en políticas efectivas, lo que pone en evidencia una desconexión entre el conocimiento producido y su implementación, especialmente en contextos urbanos donde las dinámicas sociales y culturales son altamente cambiantes y, en consecuencia, la evidencia disponible corre el riesgo de permanecer en el plano diagnóstico si no se transforma en estrategias preventivas sostenidas y territorialmente adaptadas.

En quinto lugar, la desigualdad intraciudad y la fragmentación institucional complican la interoperabilidad de los registros. Bogotá cuenta con múltiples actores que generan información como las instituciones públicas, EPS, hospitales privados, organizaciones no gubernamentales y redes comunitarias, pero la ausencia de mecanismos robustos de integración y de estándares homogéneos para la codificación de eventos conduce a bases de datos parciales y no necesariamente comparables (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2023; Instituto Nacional de Salud, 2022). Esta fragmentación no solo limita el análisis, sino que también refleja una débil articulación del sistema de salud, en la que la producción de información se encuentra dispersa y, en ocasiones, descoordinada.

En sexto lugar, la dimensión sociocultural y mediática de la ciudad incide directamente en la producción y manejo de la información. El estigma asociado al suicidio, la forma en que los medios de comunicación reportan estos eventos y la receptividad comunitaria frente a intervenciones influyen en la disposición de las personas a buscar ayuda o a participar en estudios. En contextos de desconfianza institucional o con acceso limitado a servicios, estas dinámicas pueden traducirse en patrones de subregistro, generando lo que podrían interpretarse como “zonas silenciosas” en los registros oficiales (Peña y Zuluaga, 2023). Este fenómeno plantea la necesidad de cuestionar la aparente neutralidad de los datos y de considerar los factores socioculturales que condicionan su producción.

En séptimo lugar, la respuesta institucional en Bogotá incorpora iniciativas de prevención y atención, como la Línea 106 y otros servicios no presenciales implementados por la Secretaría Distrital de Salud, que han ampliado la capacidad de respuesta ante crisis (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2023). No obstante, su impacto real en la reducción de la conducta suicida y en la mejora de los sistemas de información aún requiere evaluación rigurosa. La ausencia de estudios longitudinales e intersectoriales limita la posibilidad de establecer relaciones causales y de

valorar la efectividad de estas intervenciones más allá de indicadores de cobertura o uso. Por tanto, ampliar la oferta institucional constituye un avance relevante, pero no sustituye la necesidad de demostrar resultados sostenibles mediante evidencia robusta.

Finalmente, estas particularidades implican exigencias metodológicas específicas para la investigación. La necesidad de triangulación de fuentes, el uso de modelos que incorporen incertidumbre y heterogeneidad local, el diseño ético contextualizado y la integración de perspectivas participativas son elementos fundamentales para abordar el fenómeno en Bogotá (Cañón Ayala et al., 2024; Cañón Buitrago et al., 2024; Peña y Zuluaga, 2023). Sin embargo, estas estrategias también enfrentan limitaciones prácticas, lo que evidencia que la producción de conocimiento en este campo no depende únicamente de decisiones metodológicas, sino de las condiciones estructurales que configuran el acceso a la información. En suma, Bogotá exige un enfoque investigativo que no solo combine rigor epidemiológico y sensibilidad sociocultural, sino que también asuma una postura crítica frente a las limitaciones del sistema de información en el que se sustenta. Por lo tanto, investigar el suicidio en la ciudad implica, en consecuencia, estudiar simultáneamente el fenómeno y las desigualdades institucionales que median su visibilidad pública.

Acceso a la Información en Salud Mental y Suicidio

El acceso a información fiable sobre suicidio se ve obstaculizado por una conjunción de factores técnicos, institucionales, éticos y legales que afectan tanto la captación primaria del evento (detección y notificación) como su disponibilidad para la investigación secundaria y la toma de decisiones públicas. No obstante, estas limitaciones no pueden entenderse únicamente como fallas operativas, sino como condiciones estructurales que configuran la producción misma del conocimiento, introduciendo sesgos sistemáticos que condicionan la validez interna y externa de los estudios y, en consecuencia, las intervenciones derivadas de estos. En otras palabras, la ausencia o precariedad de información no es neutral, pues también determina qué dimensiones del fenómeno se vuelven visibles y cuáles permanecen excluidas del debate público.

Una fuente recurrente de error es la heterogeneidad en las definiciones y criterios de inclusión para lo que se considera “intento de suicidio” o “suicidio consumado”. La falta de estandarización conduce a inconsistencias en la codificación de eventos entre servicios de

urgencias, registros vitales y sistemas como SIVIGILA, lo que complica las comparaciones temporales y espaciales y limita la capacidad de síntesis analítica. Revisiones recientes sobre sistemas de vigilancia han identificado como una de las principales limitaciones precisamente la variabilidad conceptual y la ausencia de criterios uniformes para la clasificación de casos no fatales (Silva et al., 2024). Esta situación no solo afecta la calidad del dato, sino que pone en evidencia que las categorías epidemiológicas, lejos de ser neutrales, son construcciones que pueden variar según contextos institucionales y prácticas clínicas.

El subregistro constituye otra limitación crítica y responde a múltiples causas interrelacionadas, entre ellas barreras de acceso a servicios de salud, estigmatización que desincentiva la búsqueda de ayuda y variaciones en las prácticas de notificación entre instituciones y profesionales. Las discrepancias entre lo reportado por hospitales y lo registrado en sistemas nacionales reflejan estas tensiones. Estudios nacionales han documentado disminuciones aparentes en las notificaciones durante periodos de crisis, como la primera fase de la pandemia, que pueden corresponder tanto a cambios reales en la conducta suicida como a una caída en la capacidad de captación del sistema sanitario (Cañón Ayala et al., 2024; Peña y Zuluaga, 2023). En este sentido, el subregistro no debe interpretarse únicamente como ausencia de datos, sino como una forma de invisibilización estructural del fenómeno. Así, los grupos con mayores barreras de acceso pueden convertirse simultáneamente en los menos atendidos y en los menos representados estadísticamente.

La existencia de múltiples actores como las entidades territoriales de salud, EPS, hospitales privados, organizaciones no gubernamentales y redes comunitarias, que manejan datos en formatos disímiles y con periodicidad diversa genera una heterogeneidad estructural que dificulta la consolidación de bases de datos integradas. La falta de estándares técnicos de interoperabilidad y de protocolos comunes de intercambio produce duplicaciones, vacíos y pérdida de información relevante (Silva et al., 2024). Esta fragmentación no solo limita el análisis, sino que refleja una lógica institucional segmentada en la que la información se produce de manera dispersa, lo que compromete su utilidad para la toma de decisiones a nivel sistémico.

La utilidad de los datos para la prevención y la evaluación depende críticamente de su oportunidad. Sin embargo, muchos sistemas administrativos presentan rezagos en la publicación de estadísticas, lo que impide la identificación temprana de cambios en la dinámica del suicidio. La literatura sobre vigilancia ha señalado que la ausencia de datos en tiempo real limita la eficacia de intervenciones sensibles al tiempo y dificulta la evaluación de su impacto (Silva et al., 2024). En

contextos urbanos dinámicos como Bogotá, esta limitación obliga a considerar estrategias metodológicas complementarias, como el uso de proxies o métodos de estimación que permitan aproximarse a tendencias recientes, aunque estos también introducen nuevas incertidumbres que deben ser explícitamente reconocidas.

Los errores de registro, como la codificación incorrecta de la causa de muerte, la clasificación ambigua de la intencionalidad o la existencia de notas clínicas incompletas, reducen la precisión de las estimaciones y pueden inducir sesgos diferenciales entre grupos poblacionales. La literatura enfatiza la necesidad de realizar evaluaciones sistemáticas de la calidad del dato antes de proceder a análisis complejos, incluyendo revisiones de consistencia interna y validación cruzada de fuentes (Peña y Zuluaga, 2023; Silva et al., 2024). No obstante, estos procesos dependen de la disponibilidad de acceso a la información, lo que introduce una tensión adicional entre calidad y accesibilidad. En términos prácticos, mientras más exigente es la depuración del dato, mayores suelen ser los requerimientos institucionales para consultarlo y procesarlo.

El manejo de datos sensibles en salud mental y suicidio se encuentra regulado por marcos normativos orientados a la protección de la confidencialidad y los derechos de las personas, como el habeas data y la normativa colombiana de protección de datos. Si bien estas regulaciones son necesarias y legítimas, en la práctica pueden traducirse en barreras para la investigación debido a restricciones en el acceso, limitaciones en la desagregación de datos y procedimientos administrativos complejos. Además, la incorporación de modelos predictivos y algoritmos introduce desafíos adicionales relacionados con el riesgo de discriminación y estigmatización, lo que exige una evaluación ética rigurosa de su uso (Chenou y Rodríguez, 2021). De este modo, el acceso a la información no es solo un problema técnico, sino un campo de tensión entre derechos individuales y necesidades colectivas de conocimiento.

Los factores socioculturales también desempeñan un papel determinante en la producción de datos. El estigma asociado al suicidio, las normas culturales sobre la expresión emocional y las percepciones sociales de la muerte influyen tanto en la autodenuncia como en las decisiones familiares respecto a la clasificación de los eventos. Esto puede generar sesgos sistemáticos en determinadas poblaciones o territorios, donde la desconfianza institucional o prácticas culturales específicas limitan la visibilidad del fenómeno (Vásquez et al., 2025). En este

contexto, los datos disponibles no solo reflejan realidades epidemiológicas, sino también dinámicas sociales que condicionan qué se registra y qué permanece oculto; por ello, toda lectura cuantitativa requiere ser complementada con interpretaciones contextuales que expliquen los silencios estadísticos.

La combinación de datos fragmentados, procedimientos de limpieza no documentados y restricciones de acceso limita la replicabilidad de los estudios, lo que contrasta con los principios de transparencia propios de la investigación científica. En este escenario, la adopción de prácticas de ciencia abierta adaptadas a la sensibilidad del tema, como el uso de metadatos públicos, scripts reproducibles y datos bajo acceso controlado, emerge como una estrategia para mitigar estas limitaciones (Silva et al., 2024; Chenou y Rodríguez, 2021). Sin embargo, su implementación también enfrenta barreras institucionales y normativas que deben ser abordadas.

En síntesis, las limitaciones en el acceso a información sobre suicidio no pueden reducirse a problemas aislados, sino que responden a una interacción compleja entre factores técnicos, institucionales, temporales, legales, éticos y socioculturales. Frente a este panorama, una investigación doctoral rigurosa no solo debe identificar estos sesgos, sino integrarlos explícitamente en su diseño metodológico, mediante la definición clara de criterios, la triangulación de fuentes, el uso de métodos que incorporen incertidumbre y el desarrollo de marcos éticos robustos. Solo a través de este abordaje crítico es posible transformar datos administrativos inherentemente imperfectos en conocimiento válido y socialmente relevante para la formulación de políticas públicas en contextos como Bogotá.

Complejidades Éticas, Legales y Metodológicas del Acceso a Datos Sensibles

El estudio del suicidio plantea desafíos sustanciales en los planos ético, legal y metodológico, particularmente en lo que respecta al manejo de datos sensibles. Desde una perspectiva ética, uno de los dilemas centrales radica en la necesidad de equilibrar la protección de la privacidad de las personas y sus familias con la producción de evidencia científica que contribuya a la prevención. Sin embargo, esta tensión no se resuelve únicamente mediante principios normativos, ya que, en contextos como el colombiano, donde los sistemas de información en salud mental presentan limitaciones en sus procesos de anonimización, persiste un riesgo significativo de reidentificación y de vulneración de derechos fundamentales, como la intimidad y la no estigmatización (Arango et al., 2020). En este sentido, la investigación sobre suicidio no solo enfrenta el reto de proteger datos, sino también de evitar la reproducción de estigmas a través del uso y la interpretación de la

información.

A nivel legal, el acceso a información sobre conductas suicidas se encuentra mediado por marcos normativos como la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 (2015) y la Ley Estatutaria de Protección de Datos Personales 1581 de 2012 (2012), los cuales establecen garantías fundamentales en materia de derechos. No obstante, estas regulaciones, aunque necesarias, introducen restricciones que pueden limitar el acceso a bases de datos completas para fines de investigación. Esta situación configura un campo de tensión en el que el derecho a la privacidad coexiste con la necesidad de generar conocimiento para la salud pública. En la práctica, ello obliga a los investigadores a diseñar protocolos complejos de consentimiento informado, anonimización y seguridad de la información, lo que puede traducirse en barreras operativas, retrasos en los procesos investigativos y limitaciones en el alcance analítico de los estudios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021a). Así, el marco legal no solo regula el acceso, sino que también condiciona la forma en que el conocimiento puede ser producido.

Desde el punto de vista metodológico, las restricciones de acceso a los datos inciden directamente en la validez, comparabilidad y alcance de las investigaciones. La falta de información desagregada o longitudinal dificulta la identificación de patrones y tendencias, especialmente en poblaciones históricamente subrepresentadas, como adolescentes, personas LGBTIQ+ o comunidades indígenas (Vigo et al., 2022). A ello se suman inconsistencias derivadas de procesos incompletos de notificación, que introducen sesgos en la interpretación de los resultados y limitan la construcción de evidencia sólida para la formulación de políticas públicas (Organización Panamericana de la Salud, 2023). En este contexto, los datos disponibles no pueden asumirse como representaciones completas del fenómeno, sino como aproximaciones condicionadas por múltiples restricciones estructurales.

En consecuencia, los investigadores que abordan el suicidio en Bogotá se enfrentan a una triple complejidad: garantizar la protección ética de las personas, navegar marcos legales restrictivos y afrontar limitaciones metodológicas derivadas de datos fragmentados o incompletos. No obstante, más que constituir obstáculos aislados, estas dimensiones se encuentran profundamente interrelacionadas, configurando un campo de investigación en el que las decisiones metodológicas tienen implicaciones éticas y legales, y viceversa. Este escenario plantea la

necesidad de desarrollar enfoques investigativos innovadores que integren metodologías participativas, mecanismos avanzados de protección de datos y esquemas de cooperación interinstitucional. Solo a partir de esta articulación es posible avanzar hacia un modelo de investigación que no solo sea técnicamente riguroso, sino también éticamente responsable y socialmente pertinente en el estudio del suicidio.

Conclusiones

En relación con el objetivo de analizar las complejidades que limitan el acceso a la información sobre el suicidio en Bogotá en el marco de una investigación doctoral, el presente ensayo permite concluir que dichas restricciones no responden únicamente a limitaciones técnicas, sino a un entramado estructural en el que confluyen factores epidemiológicos, normativos, éticos y metodológicos, los cuales condicionan de manera significativa la producción de conocimiento y la formulación de políticas públicas en salud mental.

El análisis evidencia que, pese a los avances en los sistemas de vigilancia, persisten problemas de subregistro, fragmentación e inconsistencias en los datos, así como restricciones en el acceso a información desagregada, lo que limita la comprensión integral del fenómeno, especialmente en lo que respecta al intento de suicidio y a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad. Estas limitaciones se ven reforzadas por tensiones éticas y legales en torno al manejo de información sensible, donde la protección de derechos fundamentales, aunque necesaria, puede derivar en barreras para la investigación científica cuando no se cuenta con mecanismos adecuados de acceso regulado.

Desde el punto de vista metodológico, se concluye que el estudio del suicidio en contextos urbanos complejos como Bogotá exige superar enfoques fragmentados y avanzar hacia estrategias de investigación más integrales, que articulen múltiples fuentes de información, enfoques mixtos y análisis contextualizados. En este sentido, el desarrollo de investigaciones doctorales en este campo demanda no solo rigurosidad técnica, sino también una comprensión crítica de las condiciones estructurales que configuran la disponibilidad y el uso de los datos.

Finalmente, se plantea que avanzar hacia un acceso a la información más transparente, interoperable y éticamente regulado constituye una condición fundamental para fortalecer tanto la investigación académica como la toma de decisiones en salud pública. Esto implica promover esquemas de cooperación interinstitucional, ajustar los marcos normativos para facilitar el acceso con garantías éticas y consolidar sistemas de información más robustos y articulados, capaces de responder a la complejidad del fenómeno suicida en Bogotá. Solo mediante estas transformaciones será posible generar evidencia de

mayor calidad y contribuir de manera efectiva a la prevención del suicidio en contextos urbanos contemporáneos.

Referencias Bibliográficas

- Arango, C., Díaz, C., McGorry, P., Rapoport, J., Sommer, I., Vorstman, J. y Carpenter, W. (2020). Preventive strategies for mental health. *The Lancet Psychiatry*, 7(7), 591–604. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29773478/>
- Campo, A., Ceballos, G. y Herazo, E. (2020). Barriers to access to mental health services among Colombia outpatients. *The International Journal of Social Psychiatry*, 66(6). <https://doi.org/10.1177/0020764020925105>
- Cañón Ayala, M., Perdomo, Y. y Caro, A. (2024). Spatiotemporal analysis of suicide attempts in Colombia from 2018 to 2020. *Cadernos de Saúde Pública*, 40(8). https://www.scielo.org/article/csp/2024.v40n8/e00119323/en/?utm_source=
- Cañón Buitrago, S., Pérez, J., Narváez, M., Montoya, O. y Bermúdez, G. (2024). Predictive model of suicide risk in Colombian university students: Quantitative analysis of associated factors. *Frontiers in Psychiatry*, 15(2024) <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1291299>
- Chenou, J. y Rodríguez, L. (2021). Habeas Data, Habemus Algorithms: Algorithmic intervention in public interest decision-making in Colombia. *Law, State and Telecommunications Review*, 13(2), 56–77. <https://doi.org/10.26512/lstr.v13i2.34113>
- Creswell, J. y Poth, C. (2023). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (5th ed.). SAGE Publications.
- Flick, U. (2022). *An introduction to qualitative research* (6th ed.). SAGE Publications.
- Instituto Nacional de Salud. (2022). Informe de evento: Intento de suicidio — Informe 2022. Instituto Nacional de Salud. <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/INTENTO%20DE%20SUICIDIO%20INFORME%202022.pdf>
- Instituto Nacional de Salud. (2024). Protocolo de vigilancia en salud pública del intento de suicidio. Instituto Nacional de Salud, Colombia.
- Ley estatutaria 1581 de 2012. Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. 17 de octubre de 2012. D.O. No. 48587. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49981>
- Ley estatutaria 1751 de 2015. Por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. 16 de febrero de 2015. D.O. No. 49427. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=60733>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021a). Lineamientos para la gestión de información en salud mental. Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021b). Política Nacional de Salud Mental. Bogotá: MinSalud. <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). Prevención del suicidio en las Américas: Estrategias y acciones clave. Washington, D.C.: OPS. <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
- Peña, J. y Zuluaga, J. (2023). Temporal changes in suicide mortality rates before and during the COVID-19 pandemic in Colombia: A joint point regression model. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 52(4), 123–134. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2023.09.001>
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2023). Protocolo de vigilancia de intento de suicidio (Publicación CTD Lab). Secretaría Distrital de Salud — Salud Capital.
- Silva, A., Vanzela, A., Pedrollo, L., Baker, J., de Carvalho, J., Sequeira, C., Vedana, K. y Santos, J. (2024). Characteristics of surveillance systems for suicide and self-harm: A scoping review. *PLOS Global Public Health*, 4(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003292>
- Vásquez, L., León, A. y Arroyave, I. (2025). Mental health and suicide policies in Colombia (1999–2021): Longing and despair. *Politics and the Life Sciences*. Cambridge University Press, 45(1) <https://doi.org/10.1017/pls.2025.10009>
- ~~Vigo, D., Thornicroft, G. y Atun, R. (2022). Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet*~~

Psychiatry, 9(2), 97–98. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26851330/>

World Health Organization. (2022). Ethical considerations in public health surveillance. World Health Organization.

World Health Organization. (2025). Suicide (fact sheet). World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>