INFORME DE INDICADORES DE RESULTADO
PLAN TERRORTORIAL DE SALUD
2024 - 2027

HUILA TERCER TRIMESTRE DE 2025

TASA DE MORTALIDAD POR LESIONES AUTOINFLIGIDAS

SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL HUILA

RODRIGO VILLALBA MOSQUERA
GOBERNADOR DEL HUILA

CESAR GERMAN ROA
Secretario de Salud Departamental

CARLOS ANDRES MONTALVO ARCE
Líder Salud Pública

LUZ ADRIANA CALDERON
PAULA ANDREA AVILA
ADRIANA AMAYA

Profesionales de apoyo
Observatorio de Salud del Huila

DEPARTAMENTO DEL HUILA
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
NEIVA – HUILA
2025

INTRODUCCION

El presente informe ofrece un análisis detallado y actualizado de los indicadores de resultado en salud del plan territorial de salud del departamento del Huila. Su propósito es brindar una herramienta técnica que permita a las autoridades de salud, tomadores de decisiones y demás actores del sistema, comprender el comportamiento epidemiológico y de gestión en salud en el territorio, a fin de fortalecer la planificación, implementación y evaluación de políticas y estrategias en salud pública.

El documento incluye información cuantitativa sobre la evolución de indicadores, además, presenta comparaciones con el contexto nacional, análisis por sexo, área de residencia y grupos etarios, e identifica municipios con comportamientos atípicos o que requieren intervención prioritaria.

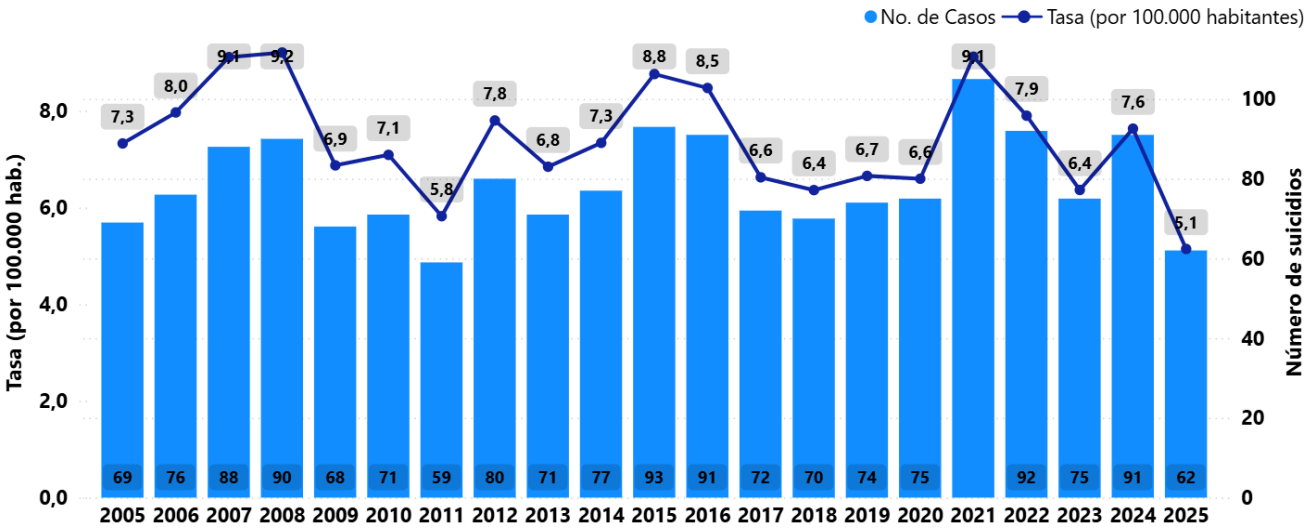
Este análisis se apoya en fuentes oficiales como el Observatorio de Salud del Huila (OSHU), el DANE, el SISPRO y el SIVIGILA, y considera los datos preliminares disponibles hasta el corte del segundo trimestre de 2025. Finalmente, se destacan las acciones implementadas por la Secretaría de Salud Departamental en cada línea temática, lo que permite valorar el impacto de las intervenciones realizadas y orientar las acciones futuras con enfoque territorial.

TASA DE MORTALIDAD POR LESIONES AUTOINFLIGIDAS (SUICIDIO)

Este indicador mide el impacto de las muertes ocasionadas por lesiones autoinfligidas voluntariamente, por el número de habitantes. Es un parámetro sensible de la salud mental de la población y refleja la influencia de factores sociales, económicos, culturales y psicológicos. Su análisis es clave para diseñar e implementar estrategias de prevención del suicidio, mejorar el acceso a servicios de salud mental y promover entornos protectores.

Forma de medición: El indicador tasa bruta o cruda por lesiones autoinfligidas o suicidios se calcula como el cociente entre el número de suicidios ocurridos en un territorio sobre su población en un periodo de tiempo definido multiplicado por 100.000. Se interpreta como el número de suicidios por cada 100.000 habitantes del territorio.

Gráfico. Casos y tasa de mortalidad por lesiones autoinfligidas (suicidios). Huila 2005 a 2025p



Fuente: Observatorio de Salud del Huila (OSHU)

Análisis de datos históricos: Entre los años 2005 a 2024 la tasa de mortalidad por lesiones autoinfligidas para el departamento del Huila fue muy variada, con un mínimo de casos durante el año 2011 (59 casos) y una tasa de 5,8 por 100.000 habitantes, el promedio de defunciones por año fue de 80,3. Para el año 2021 (año de pandemia) el departamento del Huila tuvo un incremento del 38,6% en relación con el año 2020 en su tasa de lesiones autoinfligidas, con una tasa de 9,1 por 100.000 habitantes y con 105 muertes (la mayor registrada de toda la serie temporal). Los municipios con más casos de suicidio para el año 2021 fueron: Neiva (24), Garzón (11), Pitalito (8), La Plata (7), San Agustín (5), Gigante (4) y Rivera (4). En los tres años posteriores se observa un descenso de los suicidios hasta alcanzar una tasa de 6,4 muertes por casas 100.000 habitantes, dato similar al reportado en el año 2020 y prepandemia. En el año 2024 como dato preliminar se reportaron 91 casos con una tasa de 7,6 (incremento del 18,75% con relación al año anterior). 14 de los 37 municipios presentaron aumento en sus tasas con relación al año 2023.

Frente al comportamiento de la mortalidad por sexo, en el departamento del Huila se observan mayores tasas de mortalidad en hombres que en mujeres en todos los años observados. En promedio el número de muertes por esta causa es de 17 mujeres y 62,5 hombres por cada año, es decir que por cada

mujer que fallece por esta causa fallecen aproximadamente 4 hombres (razón de 3,7). En lo que va del 2025, la razón hombre mujer es de 1:3 por cada mujer que fallece, 3 hombres fallecen por esta causa.

Situación del 2024: Como dato preliminar – se presentó una tasa de mortalidad por lesiones autoinfligidas de 7,6 por 100.000 habitantes con 91 defunciones, de los cuales 73 fueron hombres y 18 mujeres, 16 municipios presentan tasas superiores a la departamental de estos, los municipios de saladoblanco y colombia presentan las mayores tasas con 26,3 y 25,7 casos por 100.000 habitantes respectivamente Quince municipios no presentaron muertes por suicido.

Comparación con el nivel nacional: Finalmente, en la comparación con el nivel nacional, la tasa de mortalidad por suicidio ha sido superior en el departamento durante todos los años de la serie temporal observada 2005 a 2024; el exceso de muertes tuvo una mediana de 2,2 suicidios por cada 100.000 habitantes, un valor mínimo en 2018 de 0,4 (Huila 5,36 y Nacional 5,9) y valor máximo de 4,0 en 2008 (Huila 9,2 y Nacional 5,2).

Situación a tercer trimestre de 2025: Como dato preliminar se presentó una tasa de mortalidad por lesiones autoinfligidas de 5,1 por 100.000 habitantes con 62 defunciones (sin superar la meta del trimestre de 5,92), de los cuales 49 fueron hombres y 13 mujeres, 21 municipios presentaron casos, de los cuales 15 tienen tasas superiores a la departamental. Los municipios con mayores tasas son Guadalupe, Suaza y Rivera con 20,3; 16,6 y 15 defunciones por 100.000 habitantes respectivamente, con 4 defunciones cada uno por esta causa. De acuerdo al valor absoluto, los municipios de Neiva y Pitalito presentaron el mayor número de defunciones con 13 y 10, seguido de Garzón con 7 defunciones, los demás municipios presentan menos de 4 casos. Los restantes 16 municipios no presentaron

fallecidos por esta causa. En el análisis comparativo respecto al comportamiento nacional el departamento del Huila presenta una situación más favorable con tasa de 5,1 vs 3.0 para el país.

Intervenciones: El comportamiento de la mortalidad por suicidio en el departamento del Huila, ha tenido como punto relevante la constante de tener cifras superiores al promedio nacional en los últimos 20 años, lo que pone en evidencia no solo la magnitud del problema sino también una invitación abordar el tema de las deficiencias estructurales en la atención en problemas y trastornos mentales, dado que los reportes y la evidencia sobre los principales factores de riesgo asociados a la mortalidad por suicidio son los antecedente de trastorno psiquiátrico, trastornos depresivos, otros trastornos e ideación suicida persistente, todos los anteriores aspectos que deberían estar bajo control e intervención del sistema de salud con la finalidad de gestionar y resolver estas problemáticas, sin embargo, la realidad que se tiene es que el sistema de salud no tiene la capacidad de respuesta para brindar la atención a población con estas problemáticas y por el contrario un porcentaje significativo de personas no logran ser atendidas por el sistema ni vinculadas a programas de atención primaria en salud lo cual agudiza los signos y síntomas de la enfermedad que influye directamente en la toma de decisión de las personas que realizan el gesto suicida.

Otro aspecto importante en el comportamiento de la mortalidad por suicidio está el factor del antecedente de intentos de suicidios previos, diversos estudios y reportes indican que entre el 60% y el 80% de las personas que fallecen por suicidio han tenido intentos previos o signos de alerta que podrían haber sido detectados y tratados oportunamente. Sin embargo, el sistema de salud enfrenta barreras importantes para ofrecer una respuesta efectiva.

Entre las principales barreras identificadas están:

- Cobertura limitada y desigual: Aunque los principales municipios como Neiva y Pitalito cuentan

con servicios de salud mental, en zonas rurales y municipios más pequeños (como Paicol y Teruel, que reportaron las mayores tasas en el primer trimestre de 2025), el acceso es prácticamente inexistente o muy limitado. Esto refleja una disparidad geográfica significativa en la capacidad de respuesta.

- Capacidad de atención insuficiente: La baja disponibilidad de profesionales especializados, unidades de salud mental y camas hospitalarias restringe las posibilidades de seguimiento y tratamiento de casos identificados, especialmente en momentos críticos.
- Estigmatización y baja demanda de servicios: A pesar de la necesidad manifiesta, muchas personas no buscan ayuda por miedo a la estigmatización o por desconocimiento de las rutas de atención disponibles, lo que agrava la detección tardía de los casos de riesgo.
- Respuesta tardía e ineficaz: Varios estudios han evidenciado que muchos de los eventos de suicidio tuvieron contacto previo con servicios de salud, pero no recibieron una evaluación adecuada del riesgo suicida. Esto apunta a la necesidad de fortalecer las competencias del personal de salud en la identificación y manejo de estos casos.

El suicidio representa una carga social y económica para las comunidades debido a la utilización de los servicios de salud para tratar las lesiones, al impacto psicológico y social del comportamiento en el individuo y sus asociados, y ocasionalmente, a una discapacidad a largo plazo debida a la lesión para el caso de los intentos de suicidio.

Por último, otro aspecto importante es la realización de acciones especificas concordantes con la características de la población que tiene mayor frecuencia de mortalidad por suicidio, tal cual como la persistente sobrerrepresentación de hombres en las estadísticas (aproximadamente 4 veces más que las mujeres) destaca la necesidad de intervenciones diferenciadas y más efectivas por sexo y grupo etario.

Estos hallazgos refuerzan la urgencia de implementar políticas públicas integrales que no solo aumenten la cobertura de servicios de salud mental, sino que fortalezcan la capacidad de respuesta a nivel local, reduzcan las barreras estructurales y culturales, y prioricen la prevención y el seguimiento de casos con intentos previos o ideación suicida.

SIGLAS/ABREVIATURAS Y DEFINICIONES

IRA: Infección Respiratoria Aguda
PE: Periodo epidemiológico
PIC: Plan de Intervenciones Colectivas
APS: Atención Primaria en Salud
UROCS: Unidades de Rehidratación Oral Comunitaria y Saneamiento
UAIRACS: Unidad de Atención de Enfermedad Respiratoria Aguda Comunitaria y Saneamiento
UAIC: Unidades de Atención Integral Comunitaria
AT: Asistencias Técnicas
IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud
EPS: Entidad Promotora de Salud
DNT: Desnutrición
INS: Instituto Nacional de Salud
Res: Resolución
IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud
PARE MM: Plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna (
CNPV: Censo Nacional de Población y Vivienda
EDUCACIÓN PREESCOLAR: Corresponde a la ofrecida al niño menor de 6 años, comprende mínimo un grado obligatorio llamado de Transición. Los dos grados anteriores se denominan respectivamente prejardín y jardín.
EDUCACIÓN BÁSICA PRIMARIA: Corresponde al ciclo de los 5 primeros grados de la educación básica.
EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARÍA: Corresponde al ciclo de los 4 grados subsiguientes de la educación básica (sexto, séptimo, octavo y noveno).
EDUCACIÓN MEDIA ACADÉMICA: Corresponde al ciclo de los 2 grados subsiguientes de la educación secundaria (decimo y once).
EDUCACIÓN MEDIA TÉCNICA: Prepara a los estudiantes para el desempeño laboral en uno de los sectores de la producción y de los servicios, y para a continuación en la educación superior. Está dirigida a la formación calificada en especialidades tales como: agropecuaria, comercio, finanzas, administración, ecología, medio ambiente, industria, informática, minería, salud, recreación, turismo, deporte y las demás que requiera el sector productivo y de servicios.
Educación técnica profesional: Programas de formación en ocupaciones de carácter operativo e instrumental.
Educación tecnológica: Ofrece programas de formación en ocupaciones, programas de formación académica en profesiones o disciplinas y programas de especialización.
Educación profesional: Ofrece programas de formación en ocupaciones, profesiones o disciplinas que ofrecen las universidades reconocidas actualmente como tales y las instituciones que acrediten su desempeño con criterio de universalidad.

Gobernación del Huila

Gobernador del departamento del Huila:

Rodrigo Villalva Mosquera

Secretario de salud departamental:

Cesar Germán Roa Trujillo
secretario.salud@huila.gov.co

Coordinador de salud pública:

Carlos Andrés Montalvo Arce
Medico epidemiólogo salubrista

Un diseño de:
Observatorio de Salud del Huila (OSHU),
de acuerdo con el Manual de identidad visual
de la Gobernación del Huila
Decreto 240 de 2024.

Equipo de apoyo:

Luz Adriana Calderón Bernal
Enfermera – Epidemióloga

Paula Andrea Ávila
Bacterióloga – Maestrante en salud publica

Adriana Amaya
Odontóloga - Epidemióloga

Consulte el historial de publicaciones del observatorio de salud del Huila

Conozca más del observatorio de salud del departamento del Huila