REPÚBLICA DE COLOMBIA

# GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

I S S N 0 1 2 3 - 9 0 6 6

AÑO XXXV - Nº 1615 | Bogotá, D. C., jueves, 22 de octubre de 2026 | EDICIÓN DE 17 PÁGINAS

DIRECTORES: DIEGO ALEJANDRO GONZÁLEZ GONZÁLEZ
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariasenado.gov.co

MIGUEL ÁNGEL SÁNCHEZ VÁSQUEZ
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

# CÁMARA DE REPRESENTANTES

## PROYECTOS DE LEY

**PROYECTO DE LEY NÚMERO 444 DE 2026 CÁMARA**

*por medio de la cual se establece el Código Dorado para el cuidado, la prevención y la atención de la conducta suicida en niños, niñas y adolescentes, y se dictan otras disposiciones.*

Bogotá, D. C., 13 de octubre de 2026

Doctor

**MIGUEL ÁNGEL SÁNCHEZ VÁSQUEZ**

**SECRETARIO GENERAL**

**CÁMARA DE REPRESENTANTES**

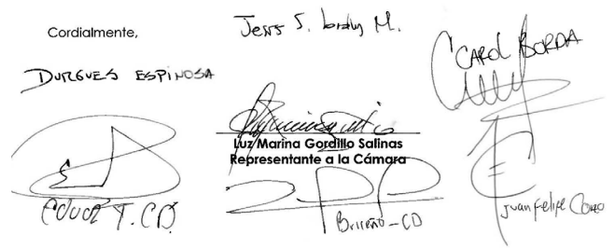
Ciudad.

**Asunto: radicación del Proyecto de Ley número 444 de 2026 Cámara,** *por medio de la cual se establece el Código Dorado para el cuidado, la prevención y la atención de la conducta suicida en niños, niñas y adolescentes, y se dictan otras disposiciones.*

Apreciado doctor Sánchez Vásquez.

De conformidad con lo estipulado en los artículos 139 y 140 de la Ley 5ª de 1992, se presenta a consideración del Congreso de la República, el **Proyecto de Ley número 444 de 2026 Cámara,** *por medio de la cual se establece el Código Dorado para el cuidado, la prevención y la atención de la conducta suicida en niños, niñas y adolescentes, y se dictan otras disposiciones.*

Agradecemos se surta el trámite legislativo previsto en el artículo 144 de la Ley 5ª de 1992.






PROYECTO DE LEY NÚMERO 444 DE 2026 CÁMARA

*por medio de la cual se establece el Código Dorado para el cuidado, la prevención y la atención de la conducta suicida en niños, niñas y adolescentes, y se dictan otras disposiciones.*

**El Congreso de Colombia**

**DECRETA:**

CAPÍTULO I

**Disposiciones generales**

**Artículo 1°. *Objeto*.** La presente ley tiene por objeto establecer medidas de carácter nacional para el cuidado de la salud mental, la prevención, detección temprana, atención integral, intervención en crisis, seguimiento y postvención de la conducta suicida en niños, niñas y adolescentes, y establecer el Código Dorado para niños, niñas y adolescentes como mecanismo nacional de alerta, activación, atención, remisión y seguimiento inmediato, integral, articulado y continuo frente a la ideación, las autolesiones, el intento de suicidio y demás manifestaciones de riesgo suicida en esta población.

La Estrategia y el Código Dorado se desarrollarán con fundamento en el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, la prevalencia de sus derechos y la corresponsabilidad de la familia, la sociedad, instituciones educativas y el Estado, bajo los principios de dignidad humana, derecho fundamental a la salud, protección integral, prevención, atención integral, continuidad del cuidado, oportunidad, accesibilidad, calidad y no estigmatización.

**Artículo 2°. *Finalidad*.** La presente ley tiene como finalidad proteger la vida, la salud mental y el bienestar emocional de los niños, niñas y adolescentes mediante acciones integrales de cuidado, prevención y atención de la conducta suicida; fortalecer la identificación temprana de factores de riesgo y señales de alerta; garantizar una respuesta inmediata, humanizada y adecuada a la edad y grado de madurez ante situaciones de crisis; asegurar la continuidad del cuidado y el seguimiento posterior; y promover entornos familiares, educativos, comunitarios y digitales protectores.

La Estrategia tendrá carácter permanente, enfoque preventivo y protector, y será implementada progresivamente en todo el territorio nacional, con especial atención a los entornos familiar, educativo, comunitario, digital y de protección.

**Artículo 3°. *Ámbito de aplicación.*** Las disposiciones de la presente ley estarán dirigidas a todos los niños, niñas y adolescentes que se encuentren en el territorio nacional, sin distinción de su vinculación al sistema educativo o al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Serán aplicables, de acuerdo con sus competencias, a las autoridades nacionales y territoriales, las entidades del sector salud, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y las entidades que integran el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, las instituciones educativas oficiales y no oficiales, las familias, cuidadores, organismos de emergencia, organizaciones sociales y comunitarias y demás actores que intervengan en su cuidado, protección, formación o atención.

1. El Ministerio de Salud y Protección Social.
2. Las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales.
3. Las Entidades Promotoras de Salud o quienes hagan sus veces.
4. Los Prestadores de Servicios de Salud públicos, privados y mixtos.
5. El Instituto Nacional de Salud (INS).
6. La Superintendencia Nacional de Salud.
7. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y las entidades que integran el Sistema Nacional de Bienestar Familiar.
8. Las instituciones educativas oficiales y no oficiales, sus directivos, docentes, orientadores escolares y demás actores de la comunidad educativa.
9. Los organismos de socorro, emergencia y primeros respondientes.
10. Las organizaciones sociales, comunitarias, deportivas, culturales y demás actores que desarrollen acciones con niños, niñas y adolescentes o incidan en los determinantes de su salud mental.

**Artículo 4°. *Corresponsabilidad para el cuidado, prevención y atención.***

La protección de la salud mental y el cuidado, prevención y atención de la conducta suicida de los niños, niñas y adolescentes se desarrollarán bajo el principio de corresponsabilidad entre la familia, las instituciones educativas, la sociedad y el Estado, de conformidad con sus competencias, deberes y responsabilidades.

En desarrollo de este principio, estos actores deberán actuar de manera articulada para promover entornos protectores, fortalecer el bienestar emocional, identificar oportunamente factores de riesgo y señales de alerta, activar el Código Dorado y las rutas de atención correspondientes, y contribuir al acompañamiento, seguimiento y continuidad del cuidado de los niños, niñas y adolescentes.

Las acciones deberán garantizar el interés superior y la prevalencia de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, su protección integral y el respeto por su autonomía progresiva, edad y grado de madurez. Asimismo, deberán considerar las condiciones diferenciales, territoriales, étnicas, culturales, de género, discapacidad y vulnerabilidad que puedan incidir en su salud mental.

La participación de los niños, niñas y adolescentes, sus familias, cuidadores y comunidades educativas deberá garantizarse en condiciones que protejan su dignidad, intimidad y bienestar, evitando cualquier forma de estigmatización, revictimización o exposición a riesgos adicionales.

**Parágrafo**. La corresponsabilidad prevista en el presente artículo no podrá interpretarse como el traslado, sustitución o disminución de las obligaciones que corresponden al Estado y a las entidades competentes en la garantía, protección y

restablecimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

CAPÍTULO II

**Estrategia nacional para la prevención de la conducta suicida y el cuidado integral de la salud mental de niños, niñas y adolescentes**

**Artículo 5°.** ***Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida y el Cuidado Integral de la Salud Mental de Niños, Niñas y Adolescentes.*** Establézcase como política pública nacional y permanente la Estrategia Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida y el Cuidado Integral de la Salud Mental de Niños, Niñas y Adolescentes, orientada a garantizar acciones integrales de promoción de la salud mental, prevención, detección temprana, atención, intervención en crisis, rehabilitación, inclusión y continuidad del cuidado, adecuadas a la edad y grado de madurez.

La Estrategia se articulará con la Política Nacional de Salud Mental, el Plan Decenal de Salud Pública, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, las políticas de convivencia escolar y las demás políticas y estrategias relacionadas con la garantía de derechos, salud mental y prevención del suicidio de niños, niñas y adolescentes.

**Artículo 6°.** ***Componentes de la Estrategia.*** La Estrategia Nacional comprenderá, como mínimo, los siguientes componentes dirigidos a niños, niñas y adolescentes:

1. Promoción de la salud mental, el bienestar emocional y las habilidades socioemocionales.
2. Prevención universal, selectiva e indicada de la conducta suicida.
3. Detección temprana de señales de alerta y valoración integral del riesgo con instrumentos adecuados a la edad.
4. Atención integral, prioritaria, oportuna, continua, humanizada y libre de estigma.
5. Intervención en crisis y primeros auxilios psicológicos adaptados a niños, niñas y adolescentes.
6. Remisión y continuidad del cuidado con articulación entre salud, familia, educación y protección.
7. Rehabilitación integral, inclusión educativa y social y restablecimiento de derechos cuando corresponda.
8. Prevención de reincidencias, recaídas y nuevas autolesiones.
9. Acompañamiento a familias, cuidadores, pares y comunidades educativas.
10. Formación y fortalecimiento de capacidades de talento humano en salud, docentes, orientadores, equipos de protección y primeros respondientes.
11. Gestión, articulación y coordinación intersectorial entre salud, educación, protección y entidades territoriales.
12. Vigilancia en salud pública, generación y análisis de información desagregada por edad, sexo y territorio.
13. Investigación y gestión del conocimiento sobre salud mental y conducta suicida en niños, niñas y adolescentes.
14. Comunicación responsable, prevención de contenidos nocivos en entornos digitales y reducción del estigma y autoestigma.

**Artículo 7°.** ***Prevención de la conducta suicida en niños, niñas y adolescentes.*** Las entidades responsables desarrollarán de manera permanente acciones de promoción de la salud mental y prevención de la conducta suicida dirigidas específicamente a niños, niñas y adolescentes, sus familias, cuidadores y comunidades educativas, orientadas a:

a) Fortalecer habilidades socioemocionales, manejo de emociones, resolución pacífica de conflictos, autoestima, vínculos protectores y búsqueda de ayuda.

b) Fortalecer las redes familiares, escolares, sociales y comunitarias de apoyo y cuidado.

c) Promover entornos familiares, educativos, comunitarios y digitales seguros y protectores.

d) Prevenir y atender oportunamente el acoso escolar, ciberacoso, violencia sexual, violencia intrafamiliar, discriminación, explotación y demás formas de violencia que afecten su salud mental.

e) Promover la identificación temprana de factores de riesgo y señales de alerta de ideación, autolesión, planeación o intento de suicidio.

f) Capacitar a familias, cuidadores, docentes, orientadores escolares, personal de salud y actores comunitarios para la identificación de señales de alerta, primeros auxilios psicológicos y activación inmediata de rutas.

g) Implementar estrategias de comunicación responsable sobre salud mental, autolesiones y suicidio, adecuadas a la edad y evitando contenidos que puedan generar imitación, estigmatización o revictimización.

h) Reducir el estigma y autoestigma asociados a la búsqueda de ayuda y a los problemas de salud mental.

i) Adoptar medidas para reducir el acceso de niños, niñas y adolescentes en riesgo a medios potencialmente letales, de conformidad con las competencias de cada sector.

j) Implementar intervenciones preventivas en instituciones educativas, territorios y comunidades en los que se identifiquen factores de riesgo o agrupaciones de casos.

k) Fortalecer la prevención del consumo problemático de alcohol y sustancias psicoactivas y los riesgos asociados al uso de redes sociales, plataformas digitales y otros entornos virtuales.

CAPÍTULO III

**Código Dorado**

**Artículo 8°.** ***Código Dorado para niños, niñas y adolescentes.*** Establézcase el Código Dorado para niños, niñas y adolescentes como mecanismo nacional de alerta, activación y respuesta inmediata, integral, interdisciplinaria y articulada frente a situaciones de conducta suicida en niños, niñas y adolescentes.

El Código Dorado podrá activarse ante señales de alerta, ideación suicida, autolesiones con o sin intención suicida, intento de suicidio o cualquier otra manifestación que implique riesgo para la vida o integridad de un niño, niña o adolescente, de acuerdo con la valoración técnica correspondiente.

El Código Dorado será de aplicación en los ámbitos familiar, educativo, comunitario, institucional, de protección y de los servicios de salud.

**Artículo 9°.** ***Activación comunitaria y educativa.*** El Código Dorado podrá ser activado por cualquier persona que identifique una situación de riesgo en un niño, niña o adolescente, incluyendo, entre otros:

1. Familiares y cuidadores.
2. Docentes y orientadores.
3. Líderes sociales y comunitarios.
4. Líderes religiosos.
5. Primeros respondientes.
6. Personal de organismos de socorro.
7. Funcionarios públicos.
8. Cualquier ciudadano.

Las entidades territoriales dispondrán de mecanismos accesibles y adecuados a la edad para la activación, incluidos servicios de emergencia, líneas de atención, teleorientación y canales tecnológicos. Estos mecanismos deberán garantizar confidencialidad, protección de datos, información clara y articulación inmediata con la familia o cuidador cuando ello no incremente el riesgo, y con las autoridades de protección cuando corresponda.

**Artículo 10.** ***Activación institucional.*** Los Prestadores de Servicios de Salud y las instituciones educativas deberán contar, en el marco de sus competencias, con protocolos internos para la activación del Código Dorado frente a niños, niñas y adolescentes y garantizar una respuesta inmediata, integral, continua y articulada con las rutas de protección.

La activación y atención del Código Dorado no podrá estar condicionada a autorizaciones administrativas, trámites previos o barreras que retrasen la atención de un niño, niña o adolescente en riesgo.

Las Entidades Promotoras de Salud o quienes hagan sus veces deberán garantizar que su red prestadora implemente el Código Dorado.

**Artículo 11.** ***Respuesta interdisciplinaria e intersectorial.*** La activación del Código Dorado dará lugar a una respuesta coordinada entre servicios de emergencia, atención primaria, pediatría, psicología, psiquiatría o psiquiatría infantil cuando esté disponible, trabajo social, servicios de urgencias, instituciones educativas, autoridades de protección y demás actores competentes.

Las entidades territoriales garantizarán la articulación de los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias (CRUE) y de los organismos de socorro y primeros respondientes que participen en la atención.

Los primeros respondientes, docentes, orientadores escolares y equipos de protección que participen en la ruta deberán recibir capacitación en identificación de señales de alerta, primeros auxilios psicológicos, intervención inicial en crisis, enfoque de derechos de la niñez y activación de rutas, conforme a los lineamientos técnicos del Ministerio de Salud y Protección Social.

**Artículo 12.** ***Evaluación integral del riesgo.*** **Todo niño, niña o adolescente atendido mediante el Código Dorado deberá recibir una valoración integral, adecuada a su edad y grado de madurez, que permita identificar el nivel de riesgo y determinar las medidas de atención, protección, remisión y seguimiento requeridas.**

La valoración deberá considerar, como mínimo, las condiciones físicas y mentales, antecedentes de autolesión o conducta suicida, factores familiares, escolares, sociales, comunitarios, territoriales y digitales, exposición a violencias, consumo de sustancias y disponibilidad de redes de apoyo.

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá y actualizará instrumentos técnicos de valoración del riesgo específicos o validados para niños, niñas y adolescentes, con base en la evidencia científica disponible.

**Artículo 13.** ***Remisión, egreso seguro y continuidad del cuidado.*** Todo niño, niña o adolescente atendido mediante el Código Dorado deberá contar, de acuerdo con su nivel de riesgo y criterio clínico, con una ruta de remisión y un plan estructurado de seguimiento que involucre a su familia o cuidador cuando sea seguro y pertinente, y articule los sectores de salud, educación y protección.

Ningún niño, niña o adolescente podrá ser egresado de los servicios de salud después de un evento de conducta suicida sin que se haya establecido un plan de seguridad y continuidad del cuidado, las señales de alarma, los responsables del seguimiento y la ruta de atención posterior.

Las Entidades Promotoras de Salud o quienes hagan sus veces garantizarán acceso oportuno a psicología, psiquiatría, pediatría, trabajo

social y demás servicios requeridos, incluyendo atención especializada infantil y adolescente cuando esté indicada.

CAPÍTULO IV

**Red Nacional de Salud Mental y Articulación Intersectorial**

**Artículo 14.** ***Red de atención en salud mental para niños, niñas y adolescentes.*** Las entidades territoriales, las Entidades Promotoras de Salud o quienes hagan sus veces y los Prestadores de Servicios de Salud articularán la oferta destinada a niños, niñas y adolescentes con conducta suicida con la Red Nacional de Salud Mental y con las rutas del Sistema Nacional de Bienestar Familiar.

La Red garantizará atención integral, integrada, oportuna y continua desde el nivel primario hasta los niveles complementarios, procurando disponibilidad de servicios pediátricos y de salud mental infantil y adolescente según las necesidades territoriales.

**Artículo 15.** ***Priorización de la atención.*** En el marco del Código Dorado, la atención de niños, niñas y adolescentes con conducta suicida tendrá carácter prioritario, de acuerdo con la clasificación del riesgo clínico y la prevalencia de sus derechos.

La reglamentación establecerá los tiempos máximos de atención y los mecanismos de priorización correspondientes, teniendo en cuenta los niveles de riesgo, la edad, el grado de madurez y las condiciones clínicas de cada niño, niña o adolescente.

**Artículo 16.** ***Mesa Nacional Intersectorial para la Prevención de la Conducta Suicida en Niños, Niñas y Adolescentes.*** Créase esta instancia permanente de coordinación, articulación y seguimiento de las acciones nacionales de promoción de la salud mental, prevención, atención y seguimiento de la conducta suicida en niños, niñas y adolescentes.

La Mesa promoverá acciones coordinadas entre los sectores de salud, educación, protección, justicia, tecnologías de la información y comunicaciones, deporte, cultura, desarrollo social y demás sectores relacionados con los determinantes de la salud mental de niños, niñas y adolescentes. En su reglamentación se garantizará la participación del ICBF y mecanismos de participación de niños, niñas y adolescentes adecuados a su edad y grado de madurez.

La composición, funcionamiento y periodicidad serán reglamentados por el Gobierno nacional, garantizando la participación de las entidades con competencias en infancia y adolescencia.

**Artículo 17.** ***Unidades de análisis.*** El Instituto Nacional de Salud establecerá lineamientos para unidades de análisis de los casos de intento de suicidio y muerte por suicidio de niños, niñas y adolescentes, con participación intersectorial y enfoque de protección integral.

Estas unidades analizarán de manera prioritaria factores familiares, escolares, comunitarios, territoriales, de violencia y digitales; barreras de acceso; oportunidad de la respuesta; activación de rutas; continuidad del cuidado y posibles fallas institucionales, preservando la reserva y protección de datos personales.

Las unidades de análisis permitirán identificar factores asociados, revisar las respuestas institucionales y establecer acciones de mejora específicas para prevenir nuevos eventos en niños, niñas y adolescentes.

CAPÍTULO V

**Responsabilidades de los actores**

**Artículo 18.** ***Responsabilidades de las entidades territoriales.*** En relación con la prevención y atención de la conducta suicida de niños, niñas y adolescentes, las entidades territoriales deberán:

1. Implementar la estrategia nacional en su jurisdicción con enfoque específico en niños, niñas y adolescentes.
2. Elaborar un plan de acción específico para la promoción de la salud mental y prevención de la conducta suicida en niños, niñas y adolescentes.
3. Implementar el Código Dorado con rutas diferenciadas para niños, niñas y adolescentes y articulación con educación y protección.
4. Establecer líneas o canales de atención y teleorientación accesibles y adecuados para niños, niñas, adolescentes, familias y cuidadores.
5. Capacitar a primeros respondientes, docentes, orientadores, familias, cuidadores y actores comunitarios.
6. Fortalecer las capacidades del talento humano en salud, educación y protección para la prevención y atención de la conducta suicida en niños, niñas y adolescentes.
7. Incorporar las acciones de la estrategia en sus instrumentos de planeación territorial.
8. Implementar las unidades de análisis correspondientes.
9. Implementar el Código Dorado con rutas diferenciadas para niños, niñas y adolescentes y articulación con educación y protección.
10. Establecer líneas o canales de atención y teleorientación accesibles y adecuados para niños, niñas, adolescentes, familias y cuidadores.
11. Capacitar a primeros respondientes, docentes, orientadores, familias, cuidadores y actores comunitarios.

**Artículo 19.** ***Responsabilidades de las Entidades Promotoras de Salud.*** Las Entidades Promotoras de Salud o quienes hagan sus veces deberán garantizar, respecto de niños, niñas y adolescentes:

1. Garantizar la implementación del Código Dorado en su red prestadora.

2. Garantizar atención integral y continua.
3. Garantizar la remisión oportuna a los servicios de salud mental.
4. Eliminar barreras administrativas que retrasen la atención.
5. Garantizar el seguimiento de niños, niñas y adolescentes con conducta suicida y la continuidad efectiva del cuidado.
6. Garantizar la disponibilidad de talento humano suficiente y capacitado.
7. Implementar acciones de teleorientación cuando sean necesarias.
8. Artículo 19. Responsabilidades de las Entidades Promotoras de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud o quienes hagan sus veces deberán garantizar, respecto de niños, niñas y adolescentes:
9. Garantizar acciones dirigidas a prevenir la reincidencia.
10. Garantizar orientación y acompañamiento a familias, cuidadores y redes de apoyo, salvo que su participación pueda incrementar el riesgo o afectar los derechos del niño, niña o adolescente.
11. Reportar la información e indicadores requeridos por las autoridades competentes.

**Artículo 20.** ***Responsabilidades de los Prestadores de Servicios de Salud.*** Los Prestadores de Servicios de Salud deberán, respecto de niños, niñas y adolescentes:

1. Implementar el Código Dorado.
2. Garantizar la atención inmediata y humanizada.
3. Realizar la valoración integral del riesgo.
4. Garantizar la remisión prioritaria cuando corresponda.
5. Garantizar la continuidad del cuidado.
6. Fortalecer las competencias del talento humano.
7. Implementar instrumentos de valoración del riesgo adecuados o validados para niños, niñas y adolescentes conforme a los lineamientos técnicos.
8. Realizar seguimiento a los niños, niñas y adolescentes atendidos y coordinar la continuidad del cuidado con su asegurador y, cuando corresponda, con educación y protección.
9. Implementar protocolos de intervención en crisis.
10. Realizar auditorías internas periódicas sobre la calidad de la atención.
11. Implementar acciones de prevención de reincidencias.
12. Garantizar la atención y acompañamiento de familias, cuidadores y sobrevivientes, de acuerdo con el interés superior del niño, niña o adolescente.
13. Reportar los indicadores establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

**Artículo 21.** ***Responsabilidades del Instituto Nacional de Salud.*** El Instituto Nacional de Salud deberá, respecto de la conducta suicida en niños, niñas y adolescentes:

1. Fortalecer la vigilancia epidemiológica de la conducta suicida con información desagregada por grupos de edad, sexo y territorio.
2. Establecer lineamientos para las unidades de análisis.
3. Fortalecer la calidad de la información relacionada con los intentos de suicidio y autolesiones en niños, niñas y adolescentes.
4. Generar información epidemiológica para la toma de decisiones.
5. Articularse con el Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades territoriales.
6. Generar informes periódicos específicos sobre el comportamiento de la conducta suicida en niños, niñas y adolescentes.

## CAPÍTULO VI

## Información, seguimiento y control

**Artículo 22.** ***Sistema de información.*** El Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto Nacional de Salud fortalecerán los mecanismos de información y vigilancia relacionados con la conducta suicida en niños, niñas y adolescentes, articulando los sistemas existentes y garantizando la protección reforzada de sus datos personales.

La información deberá permitir identificar tendencias, factores de riesgo, grupos de edad afectados, territorio, respuesta institucional y resultados de las intervenciones, sin permitir la identificación pública de niños, niñas y adolescentes.

**Artículo 23.** ***Indicadores.*** El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá indicadores nacionales de proceso, resultado e impacto específicos para niños, niñas y adolescentes, para el seguimiento y evaluación de la Estrategia Nacional y del Código Dorado.

Las entidades territoriales, Entidades Promotoras de Salud y Prestadores de Servicios de Salud deberán reportar la información requerida de acuerdo con sus competencias.

Los indicadores deberán permitir evaluar, entre otros aspectos, prevención en entornos educativos y familiares, identificación temprana, oportunidad de atención, continuidad del cuidado, activación del Código Dorado, remisión, seguimiento, reincidencia, articulación con protección y resultados de las acciones implementadas.

**Artículo 24.** ***Seguimiento y evaluación.*** El Ministerio de Salud y Protección Social realizará

el seguimiento nacional de la implementación de la presente ley.

Las Secretarías de Salud departamentales, distritales y municipales, o quienes hagan sus veces, liderarán el seguimiento operativo en sus respectivos territorios.

El Gobierno nacional presentará periódicamente información específica sobre avances, resultados, brechas territoriales y acciones de mejora en prevención y atención de la conducta suicida de niños, niñas y adolescentes.

**Artículo 25.** ***Inspección, vigilancia y control.*** La Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias, ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control sobre el cumplimiento de las disposiciones de la presente ley por parte de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La Superintendencia Nacional de Salud publicará anualmente un informe sobre el cumplimiento de las obligaciones relacionadas con la atención de niños, niñas y adolescentes en el marco de la Estrategia Nacional y el Código Dorado, incluyendo brechas y medidas adoptadas.

## CAPÍTULO VII

## Financiación e implementación

**Artículo 26.** ***Financiación.*** La implementación de la presente ley se realizará con cargo a las fuentes de financiación previstas en el ordenamiento jurídico para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el aseguramiento, la salud pública y la autonomía y las competencias de las entidades territoriales.

Los servicios y tecnologías en salud requeridos para la promoción, prevención y cuidado integral de la salud mental de niños, niñas y adolescentes y para la atención de la conducta suicida podrán financiarse con los recursos correspondientes al aseguramiento, de acuerdo con las disposiciones vigentes.

Las intervenciones colectivas y las acciones de gestión de la salud pública podrán financiarse con los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a salud y con los recursos propios de las entidades territoriales destinados a estos fines, conforme a la normativa vigente.

Para lo establecido en el presente artículo, se podrá disponer de otras fuentes de financiación que se consideren pertinentes.

**Parágrafo**. La asignación y ejecución de los recursos se realizará de manera progresiva, de conformidad con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, el Marco de Gasto de Mediano Plazo y las disponibilidades presupuestales de cada entidad. La presente ley no generará, por sí misma, la obligación de disponer recursos adicionales a los previstos en los instrumentos de programación y planeación presupuestal.

**Artículo 27.** ***Reglamentación.*** El Gobierno nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social y con participación del Ministerio de Educación Nacional y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en el marco de sus competencias, reglamentará la presente ley dentro de los seis (6) meses siguientes a su promulgación, particularmente en lo relacionado con:

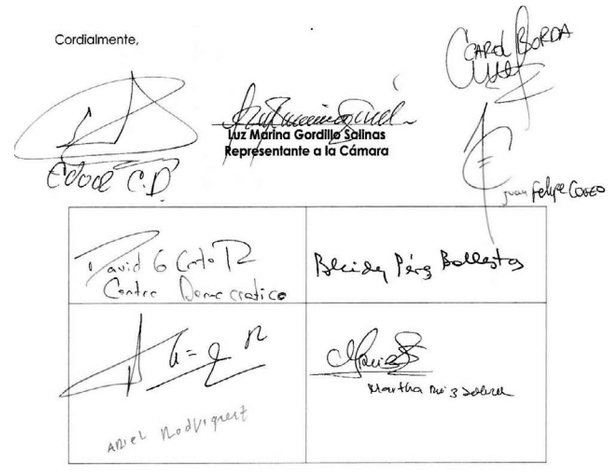
1. Los lineamientos técnicos del Código Dorado para niños, niñas y adolescentes.
2. Los mecanismos de activación familiar, comunitaria, educativa e institucional.
3. Los protocolos de respuesta interdisciplinaria.
4. Los instrumentos de valoración del riesgo adecuados a la edad y grado de madurez.
5. Los tiempos de atención y remisión.
6. Los indicadores de seguimiento.
7. Los mecanismos de interoperabilidad de la información.
8. La capacitación de talento humano, docentes, orientadores, equipos de protección y primeros respondientes.
9. La articulación territorial e intersectorial entre salud, educación y protección.
10. Las demás disposiciones necesarias para la implementación de la presente ley.

Los lineamientos técnicos podrán actualizarse de acuerdo con la evidencia científica disponible sobre prevención y atención de la conducta suicida en niños, niñas y adolescentes, sin que para ello sea necesaria la modificación de la presente ley.

**Artículo 28.** ***Implementación progresiva***. Las entidades obligadas dispondrán de un término máximo de seis (6) meses, contados a partir de la reglamentación de la presente ley, para adoptar las medidas necesarias para su implementación, sin perjuicio de aquellas obligaciones que por su naturaleza deban cumplirse inmediatamente.

El Gobierno nacional establecerá un cronograma de implementación progresiva y podrá establecer fases diferenciadas atendiendo las capacidades institucionales y territoriales.

**Artículo 29.** ***Vigencia.*** La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.





## EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

### I. OBJETO DE LA INICIATIVA

El objeto de la iniciativa consiste en establecer, con alcance nacional y enfoque exclusivo en niños, niñas y adolescentes, medidas para el cuidado de la salud mental y la prevención y atención de la conducta suicida, elevando a rango legal acciones de promoción, prevención, identificación temprana, atención integral, seguimiento y articulación intersectorial.

La iniciativa parte de una premisa preventiva: la respuesta frente a la conducta suicida no puede comenzar únicamente después de un intento de suicidio. Debe actuar desde la prevención, mediante el fortalecimiento de habilidades socioemocionales y entornos protectores, la identificación temprana de señales de alerta y factores de riesgo y la atención oportuna ante situaciones de crisis. Para ello, se reconoce la corresponsabilidad de la familia, las instituciones educativas, la sociedad y el Estado, quienes, de acuerdo con sus competencias, deberes y responsabilidades, deberán actuar de manera articulada en el cuidado, la prevención, la detección temprana, la activación de las rutas de atención y el acompañamiento de los niños, niñas y adolescentes.

En este marco, la iniciativa establece el Código Dorado para el cuidado, la prevención y la atención de la conducta suicida en niños, niñas y adolescentes, como mecanismo nacional de alerta, activación y respuesta inmediata, integral y coordinada frente a la ideación suicida, las autolesiones, el intento de suicidio y demás manifestaciones de riesgo. Su implementación deberá articular los sectores de salud, educación y protección, así como a la familia, la sociedad y las entidades territoriales, bajo los principios de corresponsabilidad, interés superior, protección integral y prevalencia de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

### II. PROBLEMÁTICA QUE BUSCA RESOLVER ESTA INICIATIVA

La iniciativa busca enfrentar la fragmentación de las respuestas frente a la conducta suicida de niños, niñas y adolescentes y el predominio de intervenciones que se activan cuando la crisis ya se ha producido. Propone consolidar una respuesta preventiva, continua e intersectorial que articule familia, escuela, salud, protección y comunidad.

El propósito es que ningún niño, niña o adolescente en riesgo dependa de respuestas aisladas o tardías, sino que cuente con identificación temprana, una ruta clara de atención, protección frente a factores de riesgo y seguimiento efectivo después de una crisis o intento de suicidio.

El Código Dorado, establecido en la regulación vigente, se fortalece y adapta a las particularidades de la infancia y la adolescencia para operar como mecanismo efectivo de alerta y respuesta inmediata, con activación también desde los entornos familiar y educativo.

La iniciativa precisa responsabilidades, mecanismos de referencia y seguimiento y coordinación entre servicios de salud, entidades territoriales, ICBF, instituciones educativas, familias, cuidadores, emergencias y actores comunitarios.

Asimismo, busca reducir las brechas territoriales y de acceso a servicios de salud mental infantil y adolescente, fortalecer la prevención de violencias, el acompañamiento familiar, la actuación de las instituciones educativas y la respuesta frente a riesgos presentes en entornos digitales.

El proyecto busca que la prevención de la conducta suicida en niños, niñas y adolescentes sea una política de Estado permanente, con obligaciones claras y continuidad más allá de programas o periodos de gobierno.

### III. MARCO LEGAL VIGENTE

El marco jurídico colombiano reconoce una protección reforzada de los niños, niñas y adolescentes y contiene disposiciones generales sobre salud mental y prevención de la conducta suicida. La iniciativa parte de ese marco y lo desarrolla de manera específica para esta población.

La iniciativa fortalece las obligaciones derivadas de la Resolución número 0347 de 2026 del Ministerio de Salud y Protección Social, adecuándolas a la especial protección constitucional de los niños, niñas y adolescentes y articulándolas con el Código de la Infancia y la Adolescencia.

El proyecto propone un marco legal específico que concentre la prevención, detección temprana, atención y seguimiento de la conducta suicida en niños, niñas y adolescentes, y que establezca deberes de articulación entre salud, educación, protección, familia y territorio.

### IV.I.CONSTITUCIONAL

- Artículo 1°: Colombia es un Estado Social de Derecho fundado en la dignidad humana y la solidaridad.
- Artículo 2°: establece como fines esenciales del Estado garantizar la efectividad de los

derechos y facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan.

- Artículo 11: reconoce el derecho fundamental a la vida, que constituye uno de los fundamentos de las políticas de prevención de la conducta suicida.
- Artículo 13: consagra el derecho a la igualdad y ordena al Estado brindar especial protección a quienes se encuentren en situación de debilidad manifiesta por condiciones económicas, físicas o mentales.
- Artículo 44: establece como derechos fundamentales de los niños la vida, integridad física, salud y seguridad social, y dispone que sus derechos prevalecen sobre los de los demás. Secretaría del Senado.
- Artículo 48: reconoce la seguridad social como servicio público obligatorio y establece su dirección, coordinación y control por parte del Estado.
- Artículo 49: reconoce la atención en salud como servicio público a cargo del Estado y garantiza el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Secretaría del Senado.
- Artículo 209: establece los principios de la función administrativa, particularmente eficacia, coordinación y colaboración, relevantes para la articulación intersectorial propuesta.
- Artículo 366: establece como finalidad social del Estado el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida, señalando la solución de las necesidades insatisfechas de salud como objetivo fundamental.

**IV.II. LEYES DE LA REPÚBLICA**

- Ley 1616 de 2013 – Ley de Salud Mental. Es la norma central de la iniciativa. Reconoce la salud mental como derecho fundamental, asunto de interés y prioridad nacional y componente esencial del bienestar general.
- Ley 2460 de 2025. – Modificó la Ley 1616 de 2013 y fortaleció el marco de prevención y atención de los trastornos y enfermedades mentales y las medidas de promoción y cuidado de la salud mental. Su ámbito es transversal a los actores del sistema de salud y a las autoridades nacionales y territoriales, incorporando enfoques de derechos humanos, género, diferencial, étnico, poblacional-territorial, curso de vida y biopsicosocial.
- Ley 2518 de 2025. – Fortalece la Ley 1616 de 2013 y la Política Nacional de Salud Mental, incorporando participación comunitaria, intersectorial, atención temprana, prevención y atención integral. También ordena actualizar protocolos, guías y rutas de atención en salud mental.
- Ley 1751 de 2015 – Ley Estatutaria de Salud. Reconoce la salud como derecho fundamental autónomo e irrenunciable, y establece que comprende el acceso oportuno, eficaz y de calidad a los servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.
- Ley 1438 de 2011. – Fortalece la Atención Primaria en Salud, la coordinación del Sistema y el enfoque preventivo, elementos que son compatibles con la Estrategia Nacional de conducta suicida.
- Ley 1098 de 2006 – Código de Infancia y Adolescencia. Los niños, niñas y adolescentes son sujetos de especial protección constitucional y legal. Esta población requiere especial atención.
- Ley 1622 de 2013 y Ley 2231 de 2022. – Establece una atención preferente para jóvenes y contempla la prevención del suicidio en contextos educativos.
- Ley 2294 de 2023 – Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026. El artículo 166 ordenó la actualización de la Política Nacional de Salud Mental. Constituye uno de los fundamentos legales del Decreto número 729 de 2025.

**IV.III. DECRETOS Y RESOLUCIONES**

- Decreto número 780 de 2016 – Decreto Único Reglamentario del Sector Salud. Es el principal decreto compilatorio del sector y constituye el marco reglamentario general del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Decreto número 729 de 2025. – Adicionó el Título 15 al Decreto número 780 de 2016 y adoptó la Política Nacional de Salud Mental 2025-2034. Ministerio de Salud.
- Resolución número 0347 de 2026 – Código Dorado. Establece la Estrategia Nacional para el Cuidado Integral de la Salud en Personas con Conducta Suicida y crea el Código Dorado como protocolo de atención inmediata, integral y articulada ante casos de conducta suicida, incluida la ideación y el intento.

## IV. JUSTIFICACIÓN DE LA INICIATIVA

Durante 2025 y 2026 Colombia fortaleció el marco de salud mental y prevención de la conducta suicida mediante la Ley 1616 de 2013 y sus modificaciones, la actualización de la Política Nacional de Salud Mental y la Resolución número 0347 de 2026. Esta iniciativa toma esos avances como punto de partida y concentra su desarrollo legislativo en niños, niñas y adolescentes, sujetos de especial protección constitucional.

En niños, niñas y adolescentes, la conducta suicida debe comprenderse como un fenómeno multicausal que exige actuaciones coordinadas de salud pública, atención clínica, educación, protección integral, familia, gestión territorial, vigilancia epidemiológica y entornos digitales. La

prevención requiere intervenir tempranamente sobre factores de riesgo y fortalecer factores protectores antes de que se configure una crisis.

La respuesta institucional debe reconocer que los niños, niñas y adolescentes transitan simultáneamente por entornos familiares, educativos, comunitarios y digitales. Por ello, la política pública no puede descansar exclusivamente en el sector salud: requiere articulación permanente con educación, ICBF, entidades territoriales, familias y cuidadores.

Los indicadores de seguimiento de la Estrategia y del Código Dorado deberán incorporar mediciones específicas para niños, niñas y adolescentes, incluyendo prevención en instituciones educativas, capacitación de familias y docentes, identificación temprana, oportunidad de la atención, continuidad del cuidado, reincidencia y articulación con rutas de protección.

La evaluación deberá permitir conocer no solo los desenlaces epidemiológicos, sino también si las instituciones cuentan con capacidades preventivas, si los niños, niñas y adolescentes acceden oportunamente a atención especializada, si existe seguimiento después de un intento y si las familias y comunidades educativas reciben orientación para reducir nuevos riesgos.

Con ello, la iniciativa busca producir información útil para orientar decisiones públicas y medir la efectividad de las acciones de prevención, atención y seguimiento de la conducta suicida en niños, niñas y adolescentes.

**Cobertura de servicios de salud mental relevantes para la atención de niños, niñas y adolescentes con conducta suicida.**

En el conjunto de servicios relacionados con la atención, se identifican:

- Urgencias
- Transporte asistencial básico
- Toxicología
- Hospitalización pediátrica
- Cuidado intensivo pediátrico
- Laboratorio clínico
- Psiquiatría y, cuando esté disponible, psiquiatría infantil y adolescente
- Psicología
- Hospitalización en salud mental
- Hospitalización parcial
- Hospitalización en consumo de sustancias psicoactivas

La disponibilidad territorial de servicios de salud mental constituye un elemento relevante para la atención oportuna de niños, niñas y adolescentes. La información disponible en el documento fuente permite observar brechas territoriales de oferta que deben ser consideradas al implementar rutas diferenciadas para esta población.

| Departamento | Disponibilidad |
|---|---|
| Amazonas | 64.3% |
| Antioquia | 100.0% |
| Arauca | 85.7% |
| Atlántico | 100.0% |
| Barranquilla | 100.0% |
| Bogotá, D. C. | 100.0% |
| Bolívar | 92.9% |
| Boyacá | 85.7% |
| Buenaventura | 71.4% |
| Caldas | 92.9% |
| Cali | 100.0% |
| Caquetá | 85.7% |
| Cartagena | 100.0% |
| Casanare | 92.9% |
| Cauca | 92.9% |
| Cesar | 100.0% |
| Chocó | 85.7% |
| Córdoba | 100.0% |
| Cundinamarca | 100.0% |
| Guainía | 71.4% |
| Guaviare | 57.1% |
| Huila | 100.0% |
| La Guajira | 100.0% |
| Magdalena | 85.7% |
| Meta | 100.0% |
| Nariño | 100.0% |
| Norte de Santander | 100.0% |
| Putumayo | 71.4% |
| Quindío | 92.9% |
| Risaralda | 92.9% |
| San Andrés y Providencia | 64.3% |
| Santa Marta | 92.9% |
| Santander | 100.0% |
| Sucre | 100.0% |
| Tolima | 85.7% |
| Valle del cauca | 100.0% |
| Vaupés | 50.0% |
| Vichada | 57.1% |
| Nacional | 88.7 |

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social – Registro Especial de Prestadores de Servicios de salud con corte a 31 de agosto de 2026.

La información territorial evidencia diferencias importantes en la disponibilidad de servicios. Para niños, niñas y adolescentes, estas brechas pueden agravarse cuando se requiere atención pediátrica o especializada en salud mental infantil y adolescente, especialmente en zonas rurales, dispersas y de difícil acceso.

El Ministerio de Salud y Protección Social ha señalado que no existe un sistema único e independiente para hacer seguimiento nacional a todas las personas después de un intento de suicidio. En el caso de niños, niñas y adolescentes, esta ausencia de trazabilidad resulta especialmente relevante por la necesidad de continuidad del cuidado, articulación con la familia y la escuela y activación de medidas de protección cuando corresponda.

La iniciativa plantea fortalecer, mediante la Mesa Nacional y los sistemas de información existentes, la trazabilidad de los intentos de suicidio de niños,

niñas y adolescentes, con protección reforzada de datos personales y alertas que permitan prevenir repetición y pérdida de seguimiento.

La ausencia de una cifra nacional consolidada sobre seguimiento posterior a los intentos de suicidio evidencia una brecha de información. El proyecto busca que los indicadores permitan conocer específicamente la continuidad del cuidado de niños, niñas y adolescentes y la articulación entre EPS, IPS, entidades territoriales, instituciones educativas y autoridades de protección.

Las cifras generales de intentos notificadas al Sivigila muestran la magnitud del problema de salud pública; sin embargo, para el objeto de esta iniciativa resulta indispensable desagregar y analizar de forma específica los eventos correspondientes a niños, niñas y adolescentes. El proyecto ordena fortalecer esa capacidad de información y seguimiento.

La mortalidad por suicidio también exige una lectura específica por ciclo vital. La información del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses incluida en este documento permite identificar registros en infancia y adolescencia que justifican medidas preventivas diferenciadas. https://www.minsalud.gov.co/Comunicaciones/noticias/2026/Paginas/El-Ministerio-de-Salud-avanza-en-la-implementacion-del-Codigo-Dorado-para-fortalecer-la-prevencion-del-suicidio.aspx

De acuerdo con la tabla de necropsias medicolegales por ciclo vital incorporada en la información allegada por Medicina Legal, durante 2025 se registraron 12 casos en infancia (6 a 11 años) y 314 en adolescencia (12 a 17 años), para un total de 326 registros en estos dos grupos.

Entre enero y junio de 2026, la misma fuente reportó 10 registros en infancia y 119 en adolescencia, para un total de 129 casos. Estas cifras corresponden a información preliminar sujeta a actualización.

Prevenir la conducta suicida en niños, niñas y adolescentes constituye un desafío que exige actuar antes de la crisis. Cada caso refleja la necesidad de fortalecer entornos protectores, capacidades familiares y escolares, acceso a servicios de salud mental y mecanismos oportunos de detección y respuesta.

La información por ciclo vital permite focalizar el análisis en infancia y adolescencia y sustenta la necesidad de una política específica para esta población.

**Tabla 6. Necropsias medicolegales por presuntos suicidios según Ciclo vital y año del hecho. Colombia 2025-2026***

| Ciclo Vital | 2025* | 2026* ( ene-jun) | Total |
|---|---|---|---|
| (06 a 11) Infancia | 12 | 10 | 22 |
| (12 a 17) Adolescencia | 314 | 129 | 443 |
| (18 a 28) Juventud | 754 | 373 | 1.127 |
| (29 a 59) Adultez | 1.258 | 568 | 1.826 |
| (Más de 60) Adulto Mayor | 485 | 246 | 731 |
| **Total** | **2.823** | **1.326** | **4.149** |

(*) 2025 – 2026 Información preliminar sujeta a cambios por actualización
Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses
Grupo Nacional de Analítica y Gobernanza de Datos

En 2025, los registros correspondientes a infancia y adolescencia sumaron 326 casos: 12 en el grupo de 6 a 11 años y 314 en el grupo de 12 a 17 años, según la información de Medicina Legal incorporada en este documento.

Entre enero y junio de 2026 se registraron 129 casos en estos grupos: 10 en infancia y 119 en adolescencia. La concentración en la adolescencia refuerza la necesidad de acciones preventivas intensivas en familia, escuela, comunidad y servicios de salud.

La conducta suicida en niños, niñas y adolescentes no responde a una única causa. Puede relacionarse con factores individuales, familiares, escolares, sociales y territoriales, violencias, discriminación, consumo de sustancias, aislamiento, conflictos interpersonales y riesgos en entornos digitales. Por ello, la prevención debe ser integral y evitar explicaciones simplistas o estigmatizantes.

La información general sobre razones asociadas a presuntos suicidios aporta contexto, pero no debe trasladarse automáticamente a niños, niñas y adolescentes. Para esta población, el proyecto ordena fortalecer análisis específicos que permitan identificar factores de riesgo y protección propios de cada etapa del desarrollo.

En consecuencia, las unidades de análisis previstas en la iniciativa deberán producir evidencia específica sobre infancia y adolescencia y orientar acciones preventivas territoriales, familiares y educativas.

La prevención en esta población debe priorizar la detección temprana, la protección frente a violencias, el fortalecimiento de vínculos, la atención oportuna en salud mental y el acompañamiento continuo después de una crisis.

También debe incorporar los riesgos contemporáneos asociados al ciberacoso, exposición a contenidos nocivos, aislamiento y otras dinámicas de los entornos digitales, sin desconocer los factores familiares, comunitarios y territoriales.

**Tabla 10. Primeras diez razones de presuntos suicidios. Colombia año 2025 – enero a junio 2026**

| Razon del suicidio | 2025 | 2026 | Total |
|---|---|---|---|
| Enfermedad mental | 480 | 210 | 690 |
| Conflicto con pareja o ex-pareja | 217 | 62 | 279 |
| Desamor | 171 | 72 | 243 |
| Económicas | 134 | 60 | 194 |
| Enfermedad física | 108 | 54 | 162 |
| Abuso de sustancias y alcohol | 82 | 57 | 139 |
| Muerte de un familiar o amigo | 40 | 25 | 65 |
| Maltrato físico - sexual - psicológico | 13 | 7 | 20 |
| Escolares - educativas | 8 | 6 | 14 |
| Jurídicas | 8 | 5 | 13 |

(*) 2025 – 2026 Información preliminar sujeta a cambios por actualización
Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses
Grupo Nacional de Analítica y Gobernanza de Datos

La prevención del suicidio en niños, niñas y adolescentes no puede reducirse a la atención psiquiátrica. Requiere una intervención integral que involucre salud mental, familia, educación, protección social, prevención de violencias, atención frente al consumo de sustancias, entornos digitales seguros y respuestas oportunas ante las crisis.

**La dimensión territorial debe analizarse específicamente para niños, niñas y adolescentes, identificando los territorios con mayores tasas o concentraciones de intentos y muertes, así como las brechas de acceso a servicios de salud mental infantil y adolescente.**

| 2025 | | Total | |
|---|---|---|---|
| Infancia (6 a 11 años) | 12 | 10 | 22 |
| Adolescencia (12 a 17 años) | 314 | 119 | 433 |
| Total niños, niñas y adolescentes | 326 | 129 | 455 |

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Grupo Nacional de Analítica y Gobernanza de Datos – Sistema de información SIRDEC.

El comportamiento territorial de la conducta suicida no es homogéneo. La implementación de la Estrategia deberá utilizar información desagregada por edad y territorio para focalizar las acciones preventivas dirigidas a niños, niñas y adolescentes.

De acuerdo con la información del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, durante 2025 los diez territorios con mayor número de necropsias por presuntos suicidios concentraron 1.893 registros, equivalentes aproximadamente al 67,1% de las 2.823 necropsias registradas a nivel nacional.

Esta concentración se mantiene durante el primer semestre de 2026, período en el cual los diez territorios con mayor número de registros acumularon 905 de las 1.326 necropsias nacionales, equivalentes aproximadamente al 68,3%.

Particularmente, Antioquia, Bogotá, D. C. y Valle del Cauca ocuparon los tres primeros lugares tanto en 2025 como durante enero-junio de 2026.

La conducta suicida es un problema nacional, pero no se comporta de la misma manera en todo el territorio; por eso Colombia necesita una ley con una respuesta territorial y diferencial, tal como se plantea en esta iniciativa.

**Comentarios de la Defensoría del Pueblo.**

Sobre la consulta realizada a la Defensoría del Pueblo respecto a los casos relacionados con dificultades de acceso a servicios de salud mental y atención de conducta suicida conocidos por la Defensoría durante 2025 y lo corrido de 2026. La entidad manifiesta que:

*"Con la información disponible no es posible establecer un número único institucional de casos asociados específicamente a dificultades de acceso a servicios de salud mental o atención de conducta suicida durante el período consultado".*

*"El módulo de Recursos y Acciones Judiciales (RAJ) registra, entre 2025 y el 30 de agosto de 2026, 319 actuaciones generales relacionadas con salud mental. Sin embargo, el sistema no permite concluir que las 319 correspondan específicamente a conducta suicida o a dificultades de acceso a servicios de salud mental".*

*"Por su parte, las Duplas de Género realizaron 469 atenciones psicosociales durante 2025 y 450 durante 2026, con corte al 31 de julio. Estas atenciones se desarrollaron principalmente en contextos de violencias basadas en género, por lo cual no pueden ser interpretadas, por sí mismas, como casos de afectación en salud mental o conducta suicida".*

*"La Defensoría del Pueblo activó una estrategia de acompañamiento psicosocial colectivo a jóvenes. Se trata de la estrategia Serena-Mente: Cuidando la salud mental para el Buen Futuro de las juventudes, implementada entre octubre de 2025 y mayo de 2026 en Buenaventura, Tumaco e Inírida. La estrategia atiende el riesgo de suicidio, pero no registra casos individuales por su enfoque colectivo".*

El estudio presentado por la Defensoría sobre salud mental y conducta suicida de niñas, niños y adolescentes en el Pacífico colombiano;

- El informe reconoce la capacidad de agencia de niñas, niños, adolescentes y jóvenes para actuar como sujetos activos y tomar decisiones, y propone respuestas integrales que fortalezcan la salud mental, los sistemas propios y comunitarios de cuidado, la participación y las oportunidades para construir un Buen Futuro.
- El informe señaló que entre 2021 y 2025 se registraron 1.533 intentos de suicidio de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en las tres subregiones analizadas: 453 en Chocó, 425 en el Pacífico medio y 655 en el Pacífico nariñense. Durante el mismo periodo se registraron 122 muertes por suicidio: 39 en Chocó, 32 en el Pacífico medio y 51 en el Pacífico nariñense.
- También identifica el racismo estructural y sistemático, el conflicto armado, la pobreza, la inseguridad alimentaria y las violencias basadas en género entre los determinantes que restringen las posibilidades de bienestar y de construcción de un Buen Futuro.
- Según el Instituto Nacional de Salud (INS), la información citada por la Defensoría del Pueblo para 2025 agrupa los intentos de suicidio de personas entre 5 y 28 años. Debido a que ese rango incluye población mayor de edad, dicha cifra no se utiliza como indicador exclusivo de niños, niñas y adolescentes. La iniciativa, precisamente, busca fortalecer la desagregación de la información para el grupo de 0 a 17 años.
- En términos territoriales, 163 casos se registraron en los municipios del Pacífico nariñense, con una incidencia de 66,0 por cada 100.000 personas; 123 en Chocó, con una incidencia de 42,6; y 65 en los municipios del Pacífico medio, con una incidencia de 32,8.
- La Defensoría del Pueblo advierte que la lectura de estas cifras debe considerar el

subregistro, la dispersión geográfica y las barreras de acceso a servicios y derechos.

- En cuanto a las muertes por suicidio, durante el mismo periodo se registraron 122 casos de niñas, niños, adolescentes y jóvenes: 51 en el Pacífico nariñense, 39 en Chocó y 32 en el Pacífico medio.
- El informe identifica una tendencia territorial que exige atención urgente y respuestas diferenciadas, especialmente frente a las desigualdades y barreras que atraviesan estas trayectorias de vida.

Con respecto al acceso, la Defensoría encontró de manera recurrente barreras de carácter estructural, territorial, institucional y sociocultural.

- Insuficiencia y distribución inequitativa de profesionales y servicios especializados, particularmente de psiquiatría, psiquiatría pediátrica, psicología clínica y hospitalización en salud mental;
- Concentración de la oferta en capitales departamentales y cabeceras municipales;
- Barreras geográficas, costos y dificultades de transporte para población rural, rural dispersa y ubicada en zonas de difícil acceso;
- Limitada disponibilidad de modalidades extramurales, comunitarias, móviles y de telemedicina;
- Demoras en la asignación de servicios de psicología y psiquiatría y dificultades para acceder oportunamente a procesos terapéuticos;
- Debilidades en la articulación entre los sectores salud, educación, protección y demás actores responsables de las rutas de atención; y
- Barreras de aceptabilidad y pertinencia cultural para pueblos indígenas y comunidades negras y afrocolombianas, asociadas a la insuficiente articulación entre la respuesta institucional y los sistemas propios y comunitarios de cuidado.
- Los aprendizajes derivados de la estrategia Serena-Mente permitieron observar, adicionalmente, que en algunos territorios existen diferencias entre los marcos institucionales y comunitarios para comprender el sufrimiento emocional y la conducta suicida, lo cual requiere procesos de mediación y adaptación intercultural, y no exclusivamente transmisión de información.
- También se identifican barreras asociadas a estereotipos y mandatos de género que pueden desestimular la búsqueda de ayuda, particularmente entre algunos hombres jóvenes.
- La Defensoría del Pueblo no dispone de la información consolidada de un indicador nacional homogéneo que permita ordenar todos los departamentos del país según el grado de dificultad para garantizar atención en salud mental.

Respecto a poblaciones en que la Defensoría considera que enfrentan mayor riesgo o mayores barreras, se requiere especial atención:

- Niñas, niños, adolescentes y jóvenes, por encontrarse en momentos del curso de vida en los que las violencias, rupturas familiares y comunitarias, el acoso escolar, la discriminación y las dificultades para acceder a atención especializada pueden producir efectos acumulativos sobre sus trayectorias de salud mental.
- Pueblos indígenas y comunidades negras y afrocolombianas, particularmente en zonas rurales y dispersas, debido a la interacción de exclusión histórica, racismo, pobreza, barreras territoriales, baja disponibilidad de servicios y falta de pertinencia intercultural de parte de la oferta institucional.
- Niñas, adolescentes, mujeres jóvenes y mujeres víctimas de violencias basadas en género, debido a la exposición diferenciada a violencias y desigualdades que pueden converger con la edad, la pertenencia étnica, el territorio, la discapacidad, la situación socioeconómica, la condición migratoria y las afectaciones derivadas del conflicto armado.
- Niñas, niños, adolescentes y jóvenes víctimas del conflicto armado o residentes en territorios con presencia de actores armados, donde fenómenos como reclutamiento, uso y utilización, confinamiento, desplazamiento, amenazas y ruptura de redes familiares y comunitarias pueden incrementar las afectaciones y dificultar el acceso a respuestas oportunas.
- Personas con orientaciones sexuales e identidades de género no hegemónicas, frente a quienes se requiere fortalecer la prevención y la atención con enfoque diferencial, especialmente en contextos de discriminación, acoso y exclusión.
- Población rural y rural dispersa, debido a las distancias respecto de los centros de atención, los costos de desplazamiento, la escasez de especialistas y la limitada presencia de servicios extramurales y móviles.

Desde una perspectiva de derechos humanos, las dificultades identificadas no se circunscriben a la prestación clínica, sino que comprometen la garantía integral de los derechos a la salud, la vida, la integridad, la igualdad y no discriminación y el buen futuro.

En **prevención**, se identifica insuficiencia de acciones sostenidas, comunitarias e intersectoriales que actúen sobre los determinantes sociales de la salud mental, así como debilidades en la cobertura

de estrategias extramurales y comunitarias, particularmente en territorios rurales y dispersos. También persisten desafíos para lograr que las estrategias y rutas sean cultural y territorialmente pertinentes.

En **detección temprana,** se evidencia limitada capacidad institucional y comunitaria para identificar señales de alerta, déficit de talento humano psicosocial, particularmente en instituciones educativas, saturación de algunos equipos territoriales y dificultades asociadas al subregistro y la calidad de la información.

En **atención**, se observan problemas de oportunidad, insuficiencia y concentración territorial de especialistas y servicios de mayor complejidad, así como barreras de pertinencia cultural. También se identifica la importancia de disponer de infraestructura comunitaria –espacios seguros, confidenciales, accesibles y apropiados por las comunidades– que permita desarrollar y sostener estrategias de cuidado colectivo complementarias a la atención clínica.

En **articulación institucional**, persisten respuestas fragmentadas entre salud, educación, protección, justicia y otros actores, lo cual puede impedir una valoración integral de los factores individuales, familiares, escolares, comunitarios y territoriales relacionados con cada situación.

En **continuidad y postatención**, se identifican dificultades para asegurar que, después de una crisis o intento de suicidio, la persona acceda a un verdadero continuo de cuidado que integre atención, tratamiento, rehabilitación y seguimiento, evitando respuestas limitadas a la atención inicial o a una remisión sin acompañamiento.

En **postvención**, se requiere fortalecer las respuestas dirigidas a las familias, pares, comunidades educativas y demás personas o comunidades afectadas por una muerte por suicidio, articulándolas con redes territoriales de cuidado y enfoques diferenciales. La postvención debe entenderse como parte del continuo de atención y no como una actuación aislada.

Finalmente, persisten retos en el seguimiento y evaluación de las políticas públicas y en los sistemas de información, particularmente frente a interoperabilidad, homologación de fuentes y calidad de las variables requeridas para orientar decisiones basadas en evidencia.

*"El abordaje de la conducta suicida requiere trascender una comprensión centrada exclusivamente en el evento o en la atención de la crisis. Desde un enfoque de derechos humanos, resulta indispensable intervenir también sobre las condiciones sociales, territoriales, familiares, comunitarias e institucionales que configuran las trayectorias de salud mental, fortalecer las redes y capacidades de cuidado y garantizar respuestas oportunas, continuas, culturalmente pertinentes y libres de discriminación y revictimización".*

## V CONVENIENCIA DEL PROYECTO DE LEY

El Ministerio de Salud y Protección Social manifiesta que debido a que la ejecución operativa de muchas de las acciones previstas en la Estrategia Nacional corresponde a las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud, los prestadores de servicios de salud y los demás actores responsables, así como la información referente a aspectos relacionados con recursos asignados, número de personas beneficiadas o alcanzadas, cobertura efectiva, desarrollo operativo, asignación de recursos y reporte de resultados se encuentran a cargo de las entidades territoriales, así como de los demás actores responsables de su implementación en el territorio, en el marco de sus competencias. A la fecha no se dispone de un informe nacional consolidado que permita identificar y caracterizar de manera definitiva los avances o dificultades reportados por cada entidad o actor en particular.

A razón de lo anterior, esta iniciativa busca que el Ministerio de Salud y Protección Social pueda consolidar en un informe general toda la información que le allegue de parte de cada entidad y actor vinculado y obligado, para que así se reflejen los avances en el desarrollo de la estrategia nacional y del protocolo del Código Dorado.

En consecuencia, la conveniencia del presente proyecto de ley no se limita a la creación de nuevas obligaciones institucionales, sino que radica fundamentalmente en organizar, articular, fortalecer y dar permanencia jurídica a una respuesta estatal que debe ser oportuna, integral, continua, territorial y diferencial frente a la conducta suicida.

La iniciativa resulta conveniente porque busca que ninguna persona en situación de riesgo dependa exclusivamente de la capacidad de reacción de su familia, de una institución particular o del lugar del territorio nacional en el que se encuentre, sino que pueda acceder a una ruta de cuidado definida, articulada y continua.

El proyecto permite, además, pasar de una respuesta predominantemente reactiva a una política integral de prevención y cuidado, fortaleciendo la detección temprana, la atención de las crisis, el seguimiento, la rehabilitación y la postvención, con responsabilidades institucionales verificables y mecanismos de información, evaluación y control.

La presente iniciativa legislativa no parte de cero ni pretende crear una estructura institucional paralela a la ya existente. Por el contrario, se construye sobre un proceso normativo, técnico e institucional que ya se encuentra en marcha a partir de la expedición de la Resolución número 0347 de 2026 del Ministerio de Salud y Protección Social.

A la fecha, el Gobierno nacional ha avanzado en la implementación general del Código Dorado y de la Estrategia Nacional para el Cuidado Integral de la Salud en Personas con Conducta Suicida. La presente iniciativa toma ese marco como antecedente

y propone un desarrollo legal específico para niños, niñas y adolescentes.

Como se ha mencionado, esta iniciativa no inicia una política pública desde cero; pretende darle continuidad, estabilidad, articulación y fuerza de ley a una política que ya comenzó a construirse y a implementarse en Colombia. Busca que se consolide, que se haga sostenible, evaluable y exigible, para que el Código Dorado y la Estrategia Nacional trasciendan la etapa inicial de implementación y se conviertan en una verdadera política de Estado para la protección de la vida y el cuidado integral de las niños, niñas y adolescentes con conducta suicida.

Por estas razones, la aprobación de la presente iniciativa resulta conveniente, necesaria y pertinente para consolidar una respuesta de Estado frente a la conducta suicida y avanzar en la garantía efectiva de los derechos a la vida, la salud, la dignidad, la integridad y la igualdad de las personas, especialmente de aquellas que enfrentan mayores condiciones de vulnerabilidad.

## VI. IMPACTO FISCAL

La Sentencia de la Corte Constitucional C-075 de 2022, con ponencia del Magistrado Alejandro Linares Cantillo, señaló: *"Sin pretender que se llevará a cabo un estudio exhaustivo y riguroso del impacto fiscal, al Legislador si le era exigible que en el trámite se suscitará al menos una mínima consideración que le permitiese establecer los referentes básico para dimensionar los efectos fiscales que traiga consigo el proyecto de ley"*.

En ese contexto, se determinó que el concepto del gobierno no es de obligatorio cumplimiento, pues en las consideraciones de dicha sentencia en el acápite de la obligación del legislador de analizar el impacto fiscal de proyectos de ley que ordenan gastos o crean beneficios tributarios, reiteró su jurisprudencia en los siguientes términos:

La carga principal recae sobre el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, toda vez que cuenta con los conocimientos técnicos requeridos para el efecto, sumado a que es el principal ejecutor del gasto público, por consiguiente, si el Gobierno cumple con la obligación de emitir su concepto, aun cuando este no sea vinculante, el Congreso tiene a su vez el deber de estudiarlo y discutirlo.

Para cumplir el precepto constitucional es deber del Congreso conocer el costo de la iniciativa.

Adicionalmente, en la referida sentencia instituye que es imperativo establecer tanto en la motivación del proyecto, como en las ponencias del mismo el impacto fiscal que generar la iniciativa a consideración del ponente, para lo cual precisó que:

El análisis de impacto fiscal varía según se trate de iniciativas del Congreso o gubernamentales, la verificación sobre la mínima consideración supone constatar que en el proceso de deliberación los legisladores hayan contado con "información suficiente sobre el impacto, así como una valoración y análisis específico por parte de los órganos responsables de su aprobación.

Para el caso de la presente iniciativa, el fortalecimiento de la prevención y atención de la conducta suicida en niños, niñas y adolescentes y la adaptación del Código Dorado a esta población se financiarán mediante las fuentes existentes y los instrumentos de planeación presupuestal aplicables, conforme a las competencias de cada entidad.

*Las intervenciones colectivas y procesos de gestión de la salud pública que hacen parte del cuidado integral de la salud de las niños, niñas y adolescentes con conducta suicida, podrán ser financiados por las Entidades Territoriales con recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) y con los recursos propios destinados para tal fin"*.

En conclusión, garantizar la implementación sostenible de la estrategia nacional y del Protocolo del Código Dorado contempla la concurrencia de diversas fuentes de financiación y capacidades institucionales existentes, cuya magnitud y requerimientos pueden variar de acuerdo con las características territoriales, la oferta de servicios, las necesidades de fortalecimiento de la red de atención y el nivel de desarrollo de las acciones que cada entidad territorial haya adelantado previamente en materia de promoción de la salud mental, prevención de la conducta suicida, gestión del riesgo y atención integral.

Además, como se expone en el presente documento, a la fecha ya existe un avance en la implementación de la estrategia y del protocolo del Código Dorado, lo que demuestra el compromiso por parte de todas las entidades vinculadas y obligadas en su materialización y sostenibilidad.

Cabe anotar y tal como se expone claramente en el parágrafo del artículo 10 de la presente iniciativa, sobre que *"la asignación y ejecución de los recursos se realizará de manera progresiva, de conformidad con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, el Marco de Gasto de Mediano Plazo y las disponibilidades presupuestales de cada entidad apropiadas en el Presupuesto General de la Nación (PGN), además de no generar, la obligación de disponer recursos adicionales a los previstos en los instrumentos de programación y planeación presupuestal"*.

## VII. CONFLICTO DE INTERÉS

Con base en el artículo 3º de la Ley 2003 de 2019, según el *cual "El autor del proyecto y el ponente presentarán en el cuerpo de la exposición de motivos un acápite que describa las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, de acuerdo al artículo 286.*

*Estos serán criterios guías para que los otros congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran en una causal de impedimento, no obstante, otras causales que el Congresista pueda encontrar"*.

A continuación, se pondrán de presente los criterios que la Ley 2003 de 2019 contempla para hacer el análisis frente a los posibles impedimentos

que se puedan presentar en razón a un conflicto de interés en el ejercicio de la función congresional, entre ellas la legislativa.

*"Artículo 1°. El artículo 286 de la Ley 5 de 1992 quedará así:*

*(...)*

a. Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.

b. Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión.

c. Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.

*Para todos los efectos se entiende que no hay conflicto de interés en las siguientes circunstancias:*

***a. Cuando el congresista participe, discuta, vote un proyecto de ley o de acto legislativo que otorgue beneficios o cargos de carácter general, es decir cuando el interés del congresista coincide o se fusione con los intereses de los electores*** *(subrayado y negrita fuera de texto).*

*b. Cuando el beneficio podría o no configurarse para el congresista en el futuro.*

*c. Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que establezcan sanciones o disminuyan beneficios, en el cual, el congresista tiene un interés particular, actual y directo. El voto negativo no constituirá conflicto de interés cuando mantiene la normatividad vigente.*

*d. Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que regula un sector económico en el cual el congresista tiene un interés particular, actual y directo, siempre y cuando no genere beneficio particular, directo y actual.*

*e. Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo que tratan sobre los sectores económicos de quienes fueron financiadores de su campaña siempre y cuando no genere beneficio particular, directo y actual para el congresista. El congresista deberá hacer saber por escrito que el artículo o proyecto beneficia a financiadores de su campaña. Dicha manifestación no requerirá discusión ni votación.*

*f. Cuando el congresista participa en la elección de otros servidores públicos mediante el voto secreto. Se exceptúan los casos en que se presenten inhabilidades referidas al parentesco con los candidatos (...)".*

De lo anterior, y de manera meramente orientativa, se considera que para la discusión y aprobación de este proyecto de ley no existen circunstancias que pudieran dar lugar a un eventual conflicto de interés por parte de los Honorables Congresistas, pues es una iniciativa de carácter general, impersonal y abstracta, con lo cual no se materializa una situación concreta que permita enmarcar un beneficio particular, directo ni actual. En suma, se considera que este proyecto se enmarca en lo dispuesto por el literal "a" del artículo 1° de la Ley 2003 de 2019 sobre las hipótesis de cuando se entiende que no hay conflicto de interés. En todo caso, es pertinente aclarar que los conflictos de interés son personales y corresponde a cada Congresista evaluarlos.

De los honorables Congresistas;

Cordialmente,

Luz Marina Gordillo Salinas
Representante a la Cámara





## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y NORMATIVAS


Asamblea Nacional Constituyente. (1991). *Constitución Política de Colombia*.

Congreso de la República de Colombia. (2006). *Ley 1098 de 2006, Código de la Infancia y la Adolescencia*.

Congreso de la República de Colombia. (2011). *Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud*.

Congreso de la República de Colombia. (2013). *Ley 1616 de 2013, por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones*.

Congreso de la República de Colombia. (2015). *Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud*.

Congreso de la República de Colombia. (2023). *Ley 2294 de 2023, Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026*.

Congreso de la República de Colombia. (2025). *Ley 2460 de 2025, por medio de la cual se modifica la Ley 1616 de 2013 y se dictan otras disposiciones en materia de salud mental*.

Presidencia de la República de Colombia. (2016). *Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social*.

Presidencia de la República de Colombia. (2025). *Decreto 729 de 2025, por el cual se actualiza la Política Nacional de Salud Mental*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Resolución 4886 de 2018, por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Resolución 3100 de 2019, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de habilitación de los servicios de salud*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Resolución 1035 de 2022, por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Resolución 2367 de 2023, por la cual se modifica la Resolución 1035 de 2022*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Resolución número 2335 de 2023, por la cual se establecen procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2026). *Resolución número 0347 de 2026, por medio de la cual se establece la Estrategia Nacional para el Cuidado Integral de la Salud en Personas con Conducta Suicida, se emiten directrices para su implementación en el territorio nacional, y se dictan otras disposiciones*.

Defensoría del Pueblo. https://www.defensoria.gov.co/web/guest/w/defensoria-presenta-estudio-sobre-salud-mental-y-conducta-suicida-de-ninas-ninos-y-adolescentes-en-el-pacifico-colombiano?redirect=%2F