

SECRETARÍA DE
SALUD

000000

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD 20 de junio de 2025

Al contestar Cite Este No. **2025-EE-59917**

Folios: Anexos: 1

ORIGEN: - 000000-Despacho**DESTINO:** LUZ ANGELICA VIZCAINO SOLANO CONCEJO DE BOGOTÁ - -**TIPO DE DOCUMENTO:** Comunicaciones oficiales**ASUNTO:** Respuesta proposición 773 de 2025. "En que va la atención integral a la salud mental en Bogotá?" Radicado Concejo 2025EE11039; SDS 2025ER26804.**Señora****LUZ ANGELICA VIZCAINO SOLANO**

SECRETARIA GENERAL DE ORGANISMO DE CONTROL

CONCEJO DE BOGOTÁ

CLL 36 28 A 41

secretariageneral@concejobogota.gov.co

Bogotá D.C.

Asunto: Respuesta proposición 773 de 2025. "En que va la atención integral a la salud mental en Bogotá?" Radicado Concejo 2025EE11039; SDS 2025ER26804.

Doctora Luz Angelica:

Cordial Saludo, por medio de la presente se da respuesta a la proposición del asunto, según las competencias de esta Secretaría.

1. *¿Qué acciones concretas y con qué cobertura territorial se han implementado para el cumplimiento del eje 1 de la política: "Atención integral e integrada en Salud Mental"? Señale especialmente las acciones frente a la prevención del suicidio y atención oportuna de crisis emocionales.*

La atención integral en salud mental, se define como la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social, que hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas conforme lo señala la Ley 1616 de 2013 "Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones".

De conformidad con lo anterior, la atención en salud mental en el Distrito se presta en el marco del Modelo +MAS-Bienestar, en el cual uno de sus pilares es la Gestión Integral del Riesgo con sus diferentes componentes de Gestión extramural, Prestador Primario / Subred Intramural, Subred de Urgencias, Prestador Complementario / Subred intermedia y Subred de Alta Complejidad / Centros de Referencia; además de los enfoques propuestos en el modelo: Enfoque diferencial poblacional, Enfoque de derechos y Enfoque de cuidado integral con perspectiva interseccional, se busca que la población acceda a servicios de salud enfocados en sus necesidades particulares desde la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación si así se hace necesario.



Este Modelo busca garantizar acceso a los servicios de salud en el marco de lo que dispone la ley con criterios de proximidad, resolutivez y prioridad, acorde a las necesidades identificadas partiendo de la identificación de factores de riesgo o de alguna afectación en su salud mental), lo cual está puesto a partir de las Rutas de Atención Integral en Salud – RIAS, las cuales se definen como una herramienta obligatoria que define a los integrantes del Sector salud (Entidad territorial, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación (Resolución 3280 del 2018 del Ministerio de Salud).

La *ruta de riesgo para salud mental*, tiene como objetivo fortalecer las capacidades de afrontamiento del individuo y la familia ante estresores vitales, mejorar la calidad de vida, la adherencia al tratamiento y la funcionalidad de las personas y sus familias garantizando el manejo oportuno, integral e integrado de los trastornos y patologías mentales, esta ruta se encuentra priorizada en el distrito y está encaminada a brindar las atenciones necesarias para abordar los problemas, trastornos mentales y epilepsia, desde el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, a través de las diferentes modalidades de prestación para los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización, en las que se desarrollan intervenciones tales como valoraciones por equipo interdisciplinario, psicoterapia individual, familiar y grupal, actividades individuales y grupales que se desarrollan según el plan terapéutico y necesidades del paciente, el cual debe estar basado en unos objetivos propios y/o específicos para el paciente y sus necesidades, priorizando los problemas, los obstáculos para el tratamiento y los riesgos potenciales para el paciente.

A continuación, se describen las acciones desarrolladas dentro del eje 1 de la política pública distrital de salud mental acorde a los productos contemplados en el plan de acción. Es de aclarar que acorde a los indicadores definidos para el seguimiento estos productos, no todos están formulados sobre cobertura territorial, por lo cual se describen a continuación los avances de cada uno, indicando cobertura cuando corresponda y con la claridad que esta información es con corte a diciembre de 2024 según periodicidad de seguimiento establecido:

- Acciones cuidadoras de la salud mental, el bienestar emocional, la promoción de la convivencia y la prevención de la violencia intrafamiliar y de género con enfoque poblacional diferencial en los entornos de vida cotidiana: Durante el año 2024 se desarrollaron acciones a través de los entornos de vida cotidiana del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, con una cobertura de 387.825 personas beneficiadas de estas acciones las cuales responden a los contenidos técnicos que se formulan en los lineamientos de operación de los diferentes entornos y se operan a través de la Subredes Integradas de Servicios de Salud.

Las acciones cuidadoras implementadas por entorno son:

- Entorno educativo: Líderes escolares como proceso desarrollado en instituciones educativas priorizadas donde se abordan procesos de acompañamiento y fortalecimiento; desarrollo de sesiones psicosociales individuales en salud mental desde la gestión del riesgo ante eventos prioritarios

- y problemas psicosociales para su mitigación en instituciones educativas priorizadas, así como la identificación de riesgos en eventos prioritarios en salud mental.
- Entorno comunitario: Acciones de información en salud mental con las que se difunden mensajes relacionados con la promoción del bienestar emocional, acciones de promoción de salud mental, identificación de riesgos y activación de rutas a través de procesos de gestión del riesgo; procesos de encuentro y fortalecimiento de redes a través de cuidado colectivo para el bienestar.
 - Entorno Hogar: Desarrollo de acciones de información en salud mental a través de los promotores de salud que abordan familias con gestantes o menores de 5 años.
 - Entorno Laboral: Desarrollo de asesorías para la promoción de la salud mental en unidades de trabajo informal y despliegue de acompañamientos realizados a familias o adolescentes trabajadores de acción rutinaria
- Estrategia intersectorial de Rehabilitación Basada en la Comunidad en salud mental: En el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas se contó con la participación de 8.219 personas en los grupos de apoyo donde se reunieron personas con afectaciones psicosociales, depresión, ansiedad, sobrevivientes a la conducta suicida, otros problemas y situaciones en salud mental.
- Terapias de Naturaleza para el bienestar emocional: En este producto implementado por el Jardín Botánico de Bogotá, se realizan Terapias de Naturaleza con 3.160 participantes, las cuales son una experiencia sensorial en ambientes naturales, en las que se les invita a estar en plena conciencia en el entorno natural elegido, bajando el ritmo, dinamizando los sentidos, percibiendo los diferentes sonidos naturales, texturas, olores y sabores, conectándose consigo mismos y con la naturaleza, para finalizar compartiendo la experiencia vivida.
- Jornadas de promoción de derechos sexuales y reproductivos en Instituciones Educativas: En este producto desarrollado por la Secretaría Distrital de Educación en particular, se desarrollan tres líneas de acompañamiento y abordaje pedagógico diferenciadas, dirigidas a estudiantes, familias y docentes, en las cuales se abordan diversas temáticas relacionadas con las Violencias Basadas en Género y las Violencias Sexuales, tales como el reconocimiento del cuerpo, la diversidad, los factores de riesgo, los factores de protección, la sexualidad, los prejuicios y los estereotipos.
- Promoción: En este enfoque pedagógico, es clave comprender la sexualidad como una vivencia única de cada persona, que se expresa a través de sus experiencias, emociones y el reconocimiento de su intimidad. En este contexto, las actividades de promoción tienen como fin que todos los miembros de la comunidad educativa conozcan los Derechos Sexuales y Reproductivos, garantizando así las condiciones necesarias para su ejercicio pleno.
 - Prevención: Este enfoque busca fortalecer las capacidades para identificar y visibilizar las Violencias Basadas en Género y las Violencias Sexuales dentro de la comunidad educativa, promoviendo el respeto por los derechos humanos y el reconocimiento de la diferencia como base para la construcción de entornos educativos seguros y respetuosos.

En este contexto, el equipo especializado de la Oficina para la Convivencia Escolar realizó 834 jornadas centradas en la prevención de violencias basadas en género y violencias sexuales, así como en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos. Estas actividades beneficiaron a 247 instituciones, alcanzando de esta manera la meta establecida para este producto para el año 2024

- Orientación psicológica a personas víctimas de siniestros viales a través del Centro de Orientación para Víctimas de Siniestros Viales -ORVI: Durante el 2024 se realizó orientación psicológica a 403 personas víctimas de siniestros viales, de las cuales 201 son mujeres y 202 son hombres. Con lo anterior se dio cumplimiento al 100% de todas las solicitudes de las personas que de manera voluntaria requirieron el servicio en el Centro de Orientación a Víctimas de Siniestros Viales. Con la atención recibida, las personas tuvieron una valoración de las afectaciones a causa del siniestro y se beneficiaron con herramientas para afrontar su situación emocional.
- Acciones para el fortalecimiento de habilidades adaptativas psicosociales: El Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, a través de las acciones que se desarrollan en los entornos incluye estrategias para el fortalecimiento de habilidades adaptativas psicosociales en la población. En ese sentido, durante el 2024 se abordaron 124.812 personas en los diferentes entornos a través de las siguientes acciones:
 - Desde el Entorno Hogar se desarrollaron acciones de seguimiento a familias con casos priorizados por riesgos en salud mental logrando el fortalecimiento de habilidades en las personas participantes.
 - Desde el entorno cuidador educativo se implementaron sesiones colectivas que incluyen la promoción de habilidades psicosociales con participación de niños y adolescentes. Desde este proceso se vinculan personas al desarrollo de planes de cuidado escolar en colegios, así mismo se desarrollaron sesiones en temáticas de promoción del involucramiento parental dirigidas a familias que informaron que la intervención contribuyó a generar mejores relaciones.
 - En el entorno comunitario se da continuidad a la intervención con barras de fútbol con la participación de los 6 grupos de barras con jóvenes que mejorarán sus habilidades.
 - En el entorno laboral se realizan proceso de acercamiento y trabajo con la comunidad que posibilita que trabajadores mejoren sus habilidades en salud mental.
 - En el entorno institucional, se realizan seguimientos a instituciones de protección de poblaciones prioritarias, asesorando a personas en estrategias donde se realizan acciones promocionales y de gestión del riesgo a partir de las necesidades que incluyen temas relacionados con salud mental.
- Plan intersectorial de prevención y atención a la conducta suicida con enfoque poblacional, diferencial y de género: El desarrollo de este plan contempló acciones sectoriales, individuales y colectivas, así como aquellas relacionadas con la gestión de la salud pública. En ese sentido, desde las acciones colectivas desarrolladas en los entornos de vida cotidiana del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, se ha avanzado en los siguientes procesos para la prevención de la conducta suicida:

- En el entorno educativo se realizaron sesiones de fortalecimiento de capacidades para la detección temprana de riesgos de conducta suicida, sesiones psicosociales colectivas desde la gestión del riesgo ante este evento prioritario para su mitigación y 9449 sesiones psicosociales individuales para abordar riesgos de suicidio en la comunidad educativa.
- Desde los equipos básicos extramurales del entorno hogar se realiza el cierre del proceso de intervención en familias priorizadas por riesgos de conducta suicida notificados por el Sistema de Vigilancia de la Conducta Suicida -SISVECOS. De estas el 1303 reportan disminución de los riesgos en salud mental.
- Desde el proceso de vigilancia en salud pública se llevaron a cabo 6490 investigaciones epidemiológicas de campo en casos priorizados por notificación de conducta suicida.
- En el marco de las intervenciones realizadas desde la línea 106 “el poder de ser escuchado” se realizaron 3353 orientaciones relacionadas con conducta suicida.
- Así mismo desde el Sistema de referencia y contrarreferencia se llevó a cabo la Identificación de riesgo de conducta suicida y activación de ruta para la atención individual, logrando la activación de la ruta en 4677 personas con ideación, plan, amenaza, intento de suicidio o sobrevivientes de suicidio.
- Para el proceso de fortalecimiento de las acciones individuales en el marco de las atenciones contempladas en la ruta de salud mental, desde la Dirección de Provisión de Servicios de Salud de esta entidad, se realizaron 5 asistencias, en la cual una de ellas estuvo orientada a la clasificación del riesgo de la conducta suicida como evento priorizado de la Ruta de salud mental con participación de 1929 personas; así mismo se realizó seguimiento a 12 EAPB que operan en el D.C, en el cual se identificó el abordaje que se brinda al evento priorizado de la conducta suicida
- Se llevaron a cabo 2 asistencias técnicas sobre prevención de la conducta suicida a partir del fortalecimiento de capacidades en gestión emocional y procesos participativos como herramienta de cuidado colectivo de la salud mental, en las cuales se vinculan 32 personas.

De otra parte, desde el aporte intersectorial al plan se desplegaron acciones desde la Secretaría Distrital de la Mujer (SDM) y Secretaría Distrital de Educación (SDE). En ese sentido, la SDM implementó espacios de conexión emocional, escuelas de Educación Emocional – AMARTE – para mujeres, y Cursos Tejiendo Redes.

Por su parte la SDE desarrolló espacios pedagógicos orientados a prevenir situaciones de riesgo de conducta suicida, dio inicio a la implementación de la estrategia Aulas Con Emoción y desplegó acompañamiento integral a casos de conducta suicida.

- Jornadas de prevención y promoción de salud mental con estudiantes y docentes en Instituciones Educativas: Comprender la complejidad de las Violencias Basadas en Género (VBG) y las Violencias Sexuales (VS) en los entornos y comunidades educativas es esencial para la Secretaría de Educación, ya que permite el diseño de jornadas pedagógicas orientadas a promover los Derechos Sexuales y Reproductivos; prevenir cualquier tipo de VBG y VS contra niños, niñas y adolescentes (NNA); y crear espacios adecuados para la contención y atención integral de las situaciones que surjan, involucrando a todos los miembros de la comunidad educativa, tales como directivos, docentes, orientadores, estudiantes,

familias y personal administrativo. En particular, se desarrollan tres líneas de acompañamiento y abordaje pedagógico diferenciadas, dirigidas a estudiantes, familias y docentes, en las cuales se abordan diversas temáticas relacionadas con las VBG y VS, tales como el reconocimiento del cuerpo, la diversidad, los factores de riesgo, los factores de protección, la sexualidad, los prejuicios y los estereotipos.

Durante el 2025, el equipo especializado de la Oficina para la Convivencia Escolar llevó a cabo 988 jornadas sobre la prevención de la conducta suicida y el consumo de SPA, impactando a 247 instituciones educativas, de esta manera, se alcanzó la meta anual propuesta para 2024 (60 %). Estas actividades se realizaron con rectores, docentes, coordinadores, orientadores y estudiantes de las comunidades educativas del Distrito durante el 2024.

- Jornadas de prevención y promoción de la salud mental realizadas en el marco de la Escuela de familias en Instituciones Educativas: El equipo de Salud Mental de la Oficina para la Convivencia Escolar lleva a cabo una serie de acciones de promoción y prevención, enfocadas en fortalecer las redes y capacidades dentro de las instituciones educativas, así como sensibilizar frente a problemáticas como la conducta suicida y el consumo de sustancias psicoactivas. Considerando que las acciones pedagógicas deben adaptarse a las realidades de cada estudiante, se han diseñado jornadas basadas en las siguientes líneas de acción:
 - Fortalecimiento de la gestión emocional: Su objetivo es promover reflexiones y ofrecer herramientas para la identificación, nomenclatura, expresión y gestión de las emociones, además de fomentar la creación de redes de apoyo.
 - Prevención de la conducta suicida: Busca facilitar la identificación de factores de riesgo y señales que puedan indicar la posibilidad de conductas suicidas, al tiempo que proporciona herramientas para actuar adecuadamente ante estas situaciones.
 - Prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA): Se enfoca en fortalecer los factores protectores presentes en los diversos entornos y en reducir los factores de riesgo que pueden influir en el consumo de sustancias psicoactivas entre niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ).
 - Elaboración del duelo: Esta línea tiene como fin promover espacios participativos en los que se apoye el proceso de elaboración del duelo, entendiendo la pérdida y fomentando la creación de redes de apoyo.

De esta manera en el año 2024, el equipo especializado de la Oficina para la Convivencia Escolar llevó a cabo 204 acciones, impactando a 115 instituciones y con actividades de prevención sobre la conducta suicida y el consumo de SPA. Estas acciones se realizaron con familias de la comunidad educativas del Distrito durante el 2024. Llegando a impactar al 36% de la IED de la meta estipulada para el 2024

- Ruta integral de atención efectiva, humanizada, resolutive e integral para problemas, trastornos mentales y epilepsia en el Distrito Capital: De acuerdo al seguimiento y monitoreo de la ruta de salud mental, para el año 2024, se avanzó al 92,5% en la implementación de la ruta de acuerdo a los siguientes componentes evaluados: gestión integral del riesgo, proceso de adopción, adaptación e implementación, disponibilidad de red, fortalecimiento técnico para la implementación, sistemas de información para la gestión, incentivos para la implementación y monitoreo en las

16 Entidades Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB que operan en el distrito capital.

- Unidades Móviles de atención en salud con énfasis en salud mental para el fortalecimiento de las atenciones ambulatorias: En 2024; se llevaron a cabo atenciones en salud con énfasis en salud mental, a través de vehículos dotados en estructura, equipos biomédicos, talento humano, entre otros, para la prestación de servicios de medicina general (Valoración, diagnóstico, Plan de tratamiento), psicología (Valoración, diagnóstico, intervención, Plan de manejo) y acciones de cuidado de la salud por auxiliar de enfermería, así mismo, se realizó el seguimiento a los usuarios atendidos e identificados con riesgo de un problema o trastorno mental para apoyar la gestión y adherencia terapéutica.

Durante el 1er semestre de 2024, se dispuso de 4 unidades móviles para la operación y desarrollo de la Atención Primaria en Salud con énfasis en salud mental. Se identificaron 1.238 usuarios con riesgo en salud mental; de 1200 usuarios proyectados en la vigencia; los cuales recibieron atención efectiva por parte de medicina general y psicología; dando cumplimiento a la meta.

- Atención efectiva, humanizada, resolutive e integral a víctimas de violencia sexual según el protocolo adoptado desde la resolución 459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, en IPS priorizadas: Para el 2024 se realizó seguimiento a la implementación del protocolo, en las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud –EAPB autorizadas para operar en Bogotá identificando que cuentan con acciones que permiten la identificación de factores de riesgo y su correspondiente abordaje de los protocolos de atención a las víctimas de violencias; se busca fortalecer una atención oportuna, pertinente y con racionalidad científica, de manera que se logre reducir el daño físico y mental; de igual forma el que se pueda aportar en garantizar el acceso a la justicia, a la protección y al restablecimiento de los derechos afectados.

De igual forma, se realiza la identificación oportuna de factores de riesgo en la adherencia al protocolo de atención en salud para víctimas de violencia Sexual a través de acciones de orientación técnica en instituciones prestadores de servicios de salud y los aseguradores autorizados para operar en el distrito; en cuanto al cumplimiento de la prestación del servicio a las víctimas de presuntas violencias desde los pasos puestos en el protocolo de atención adoptado de la resolución 459 de 2012; es importante destacar que se busca la garantía y oportunidad en el restablecimiento de los derechos y atención oportuna sectorial e intersectorial.

- Atención pre-hospitalaria en salud mental a usuarios que activen la línea 123: El Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) contempla la siguiente clasificación en los incidentes de salud mental: maltrato, trastorno mental, ideación suicida, intento suicida y violencia sexual. Para el periodo de 2024 se transfirieron en total 88.610 incidentes de salud mental al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias - CRUE desde la línea 123. Para dicho periodo se abordaron los incidentes en salud mental así:
 - 54.453 incidentes fueron gestionados telefónicamente por parte de los psicólogos del Centro Operativo CRUE; quienes generaron espacios de escucha, intervención en crisis, contención emocional y orientación ante las

situaciones reportadas por usuarios que activaron la línea 123 en eventos de salud mental.

- 34150 de los incidentes requirieron de despacho de recurso en salud para su atención; entre estos 22979 incidentes se atendieron con envío de ambulancia, 9769 se atendieron con atención de vehículo de salud mental y 1409 incidentes fueron atendidos con vehículo de atención a la mujer.
- Atención domiciliaria resolutive en salud mental en el marco de la Guía MhGap (Mental Health Gap Action Programme): Vinculación de 31.704 usuarios al proceso de atención domiciliaria, a quienes se realizó la atención en el marco de guía MhGAP con la estrategia de intervención psicológica breve para adultos Enfrentando Problemas Plus EP+, en niños y niñas con los protocolos de MhGap para esta población, con el propósito de fortalecer en los usuarios la gestión de emociones y reforzar las capacidades de afrontamiento del individuo y la familia.

Del total de estas intervenciones el 68,7% (n=21.775) usuarios lograron terminación de tratamiento de acuerdo con los objetivos terapéuticos establecidos, es de relevancia establecer que para el segundo semestre del 2024 se realiza la transición del plan de desarrollo y con ello la implementación de los Equipos Básicos Extramurales de Hogar, que para esta primera fase de implementación contemplaron la atención individual de psicología en el domicilio, para los usuarios vinculados a la estrategia de MASBienestar para el cuidador, por lo que a partir del mes de Octubre del 2024, se realiza la identificación y priorización de familias beneficiarias de esta estrategia, aplicación de tamizajes de acuerdo a línea técnica y derivación de usuarios sujetos de atención por perfil de psicología, lo que llevó el proceso a mantenerse con los mismos datos.

- Disminución de barreras de acceso en salud mental por parte de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio: Se tuvieron un total de 105 casos notificados por diferentes puertas de entrada con una respuesta y de gestión efectiva a partir de procedimiento resolutive en:
 - Realizar la verificación de asegurador por plataforma de comprobador de derechos o ADRES que permita identificar su EPS para poder activar la ruta a partir de la necesidad.
 - Envío de correo electrónico a los referentes de las rutas de las EPS indicando al gestión y solicitud para dar respuesta con soporte de aseguramiento u oficio si es con solicitud de otra entidad que contenga la descripción de la petición.
 - Recepción de la respuesta por parte de la EPS a la dirección de aseguramiento y se carga o envía por plataforma SIDMA, PQRS o agilsalud la respuesta al peticionario o entidad según la pertinencia del caso.
- Asistencias técnicas a los prestadores de servicio de salud mental en el Distrito Capital para el mejoramiento en la calidad de la atención con enfoque poblacional, diferencial y de género: Para el año 2024 se realizaron 107 asistencias técnicas a EAPB e IPS a fin de orientar en los eventos a priorizados de ansiedad, depresión y conducta suicida desarrollando acciones de promoción, prevención e identificación del riesgo en salud mental.

- Socialización de las Competencias de Comisarias de Familia: Producto desarrollado por la Secretaría de Integración Social en el cual adelantaron 4 jornadas de socialización sobre las competencias de las Comisarias y ruta de atención para las víctimas de violencia por razones de género y otras violencias en el contexto familiar.

2. *¿Cómo se ha garantizado el cumplimiento de la corresponsabilidad intersectorial establecida en la política, y qué compromisos verificables han asumido y ejecutado las entidades corresponsables?*

La Secretaría Distrital de Salud ha promovido activamente el cumplimiento del principio de corresponsabilidad intersectorial establecido en la Política Pública de Salud Mental, a través de la consolidación de mecanismos de articulación, planes y espacios de construcción y seguimiento conjunto. Este enfoque ha permitido avanzar en acciones estructuradas y sostenidas, con responsabilidades específicas asumidas desde diferentes entidades distritales. Algunos de los compromisos y acciones ejecutadas por las entidades corresponsables se describen a continuación:

1. Secretaría de Educación del Distrito

- Concertó 4 productos en el plan de acción de la política pública los cuales tienen un nivel de ejecución óptima acorde al seguimiento realizado con corte a 2024.
- A partir de los compromisos establecidos en el marco del actual Plan de Desarrollo Distrital viene implementando la estrategia Entornos Inspiradores, la cual le apunta a la transformación y resignificación de los entornos educativos, suma de esfuerzos de nueve secretarías distritales y entidades adscritas, en torno a las líneas de acción relacionadas con seguridad, prevención y contención de violencias, mejoramiento del espacio público y, procesos comunitarios y acción colectiva, áreas fundamentales para convertir los entornos en espacios seguros y de bienestar para la comunidad educativa.
- Se puso en marcha el programa Escuelas con Emociones como una de las apuestas del sector por promover y proteger la salud mental. En esta realizan un trabajo con niños, niñas, adolescentes, docentes y orientadores con quienes desarrollan procesos (de manera integral con otras entidades) para el fortalecimiento de las habilidades socioemocionales, académicas y las capacidades ciudadanas tanto de los estudiantes, como de las familias y los equipos educativos.
- Se ha mantenido y fortalecido la articulación con los sistemas de vigilancia epidemiológica de eventos prioritarios en salud mental a través del sistema de alertas; en este marco se adelantó la actualización del módulo de conducta suicida para el reporte de casos
- El sector viene participando de manera activa del Consejo Consultivo Distrital de Salud Mental y las mesas técnicas de trabajo que del mismo se derivan, posibilitando un trabajo conjunto.

2. Secretaría de Integración Social

- Concertó 1 producto en el plan de acción de la política pública el cual tiene un nivel de ejecución óptima acorde al seguimiento realizado con corte a 2024.

- Ha desarrollado acciones de sensibilización y acercamiento con ciudadanos habitantes de calle y jóvenes a través de las Casas de Juventud, favoreciendo el abordaje de factores de riesgo y el fortalecimiento de redes de apoyo.
- El sector viene participando de manera activa del Consejo Consultivo Distrital de Salud Mental y las mesas técnicas de trabajo que del mismo se derivan, posibilitando un trabajo conjunto.
- Participación en la red de canales de atención psicosocial y acceso a la justicia desde la línea Diversa.

3. Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte (SCRD)

- Desarrollo de la estrategia “Estar Bien Bogotá”, que incluye procesos de arte, cultura y movimiento como estrategia para favorecer el bienestar en población joven y personas mayores abordadas a través de “laboratorios de cultura”
- Participación en la red de canales de atención psicosocial y acceso a la justicia desde la línea Calma.
- A través de una de sus entidades adscritas como lo es Idartes se ha dado cumplimiento a un producto concertado en el plan de acción de la política relacionado con la difusión de mensajes de promoción de la salud mental en eventos masivos.

4. Jardín Botánico de Bogotá

- Implementación de terapia de naturaleza como parte del cumplimiento a lo concertado en el plan de acción de la política pública de salud mental, favoreciendo la disposición de instalaciones y talento humano que abordan a la población para crear conciencia plena y espacios de respiro.

5. Secretaría de Movilidad

- Concertó 1 producto en el plan de acción de la política pública el cual tiene un nivel de ejecución óptima acorde al seguimiento realizado con corte a 2024, posibilitando de esta manera el acompañamiento en salud mental en víctimas de siniestros viales.
- Se han venido articulando acciones en torno a estrategias intersectoriales de abordaje territorial para la prevención de la accidentalidad vial.

3. *Por favor señale cómo se está evaluando el impacto real de las estrategias de promoción y prevención desarrolladas bajo el eje 2 ("Posicionamiento de la Salud Mental"), y cuáles han sido sus resultados frente a los indicadores de ideación suicida, intento de suicidio y problemas de salud mental en jóvenes y mujeres.*

El Eje 2 de la política pública de salud mental se encuentra centrado en el posicionar nuevas comprensiones de la Salud Mental en el Distrito Capital, e incluye estrategias de comunicación, participación comunitaria y transformación cultural. Para evaluar su impacto, la Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte a través de la encuesta enfocada en las prácticas deportivas y la calidad de vida, en colaboración estratégica con el Instituto Distrital de Recreación y Deporte (IDRD) y la Secretaría de Salud, genera datos precisos sobre el bienestar de la población. Dicha entidad durante el año 2024 desarrolló el proceso de licitación, aplicación de la encuesta y sistematización de resultados los cuales se tiene previsto consolidar en el seguimiento del plan de acción a realizar por el primer semestre de 2025, asegurando que la información sea accesible para los tomadores de decisiones y para la ciudadanía en general.

Ahora bien, en torno a indicadores relacionados con conducta suicida es de indicar que de manera preliminar se registra un descenso en la tendencia histórica de tasa de muertes por suicidio para el año 2024; sin embargo, indicadores como la ideación y el intento van en crecimiento.

En relación con la ideación suicida la ciudad ha recolectado información a través del sistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida (SISVECOS) desde el año 2012, acentuándose un incremento desde el año 2017, el cual se atribuye a la integración de las unidades informadoras correspondientes a las Instituciones Educativas a través del Sistema de alertas SED – SDS.

Para el 2024, se presentaron 30.209 casos de ideación suicida y una tasa de 38,1 por 10.000hb; del total de los casos presentados, el 65,5 % (n=19.790) se presentaron en mujeres y la mayor concentración de los casos se ubican en los grupos de edad: juventud que representa el 29,7 % (n=8.983), adolescencia 29 % (n=8.746) y adultez con el 28,8 % (n=8.705).

En torno al intento suicida, a nivel distrital desde el año 2017 a 2024 se observa un incremento en la notificación de la conducta suicida de intento en donde las tasas entre 6.0 a 10.8 casos por 10.000HB, acentuándose la tendencia al aumento a partir del año 2021 donde se registran 6.074 casos y una tasa de 7,8. Ante el incremento presentado se hace necesario emitir la circular 042 de 2021 de la Secretaría Distrital de Salud en la cual, se brindan recomendaciones para la intensificación de las acciones de vigilancia en salud pública, la captación, derivación y atención oportuna de la conducta suicida en el Distrito Capital y orientaciones que permitan garantizar la detección temprana de factores de riesgo y la atención integral a la conducta suicida por parte de Unidades Notificadoras e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Bogotá, D.C. de igual forma se continua monitoreando el comportamiento del evento de forma periódica y se continua con la alerta epidemiológica por conducta suicida.

Respecto a los datos registrados durante el 2024 en Bogotá, se registraron 8.582 intentos suicidas, registrando una tasa del 10,8 por 10.000 habitantes. El grupo de edad que presenta mayor peso porcentual corresponde a los grupos de edad juventud con 3.623 (42,2 %) casos, adultez con 2.476 (28,9 %) eventos y adolescencia con 2.094 (24,4 %) casos. Son las mujeres quienes aportan la mayor frecuencia del evento con el 64,1 % (n=5.500), mientras que los hombres registran el 35,9 % (n=3.082), con una razón de 1.8 mujeres por cada hombre que presenta la conducta de intento suicida.

Teniendo en cuenta el panorama anteriormente descrito, y haciendo alusión al impacto de las estrategias de promoción y prevención desarrolladas en la ciudad es posible indicar el decremento en las muertes por suicidio mientras se registra aumento en la ideación y los intentos es un fenómeno al cual no puede atribuirse una relación causal o explicativa única, pues indican aspectos relacionados con factores clínicos, sociales, económicos, etc. Sin embargo puede indicarse que se ha fortalecido la detección temprana permitiendo identificar personas en riesgo antes de que lleguen al acto letal, se ha sensibilizado la población desmitificando la conducta suicida por lo cual es probable que más personas están pidiendo ayuda o siendo identificadas a tiempo; se ha priorizado la atención de la conducta suicida con los aseguradores y prestadores avanzando en el análisis de factores de riesgo y el establecimiento de acuerdos técnicos para su manejo clínico. Se han fomentado acciones de sensibilización y educación

buscando que más personas hablen sobre su sufrimiento emocional, lo cual también incrementa los reportes, lo cual no necesariamente significa que haya más sufrimiento sino que se está hablando más de ello, lo que es positivo desde una perspectiva de salud pública.

4. *¿Qué porcentaje del presupuesto asignado para la implementación de la política se ha ejecutado a la fecha, y cómo se está invirtiendo específicamente en fortalecer la atención comunitaria, la formación de talento humano y la ampliación de servicios en zonas críticas?, ¿cuánto personal se cuenta en la atención comunitaria?*

En el marco del plan de acción de la política de salud mental, para la vigencia 2025 se estimaron recursos por la suma de \$70.064.000.000, de esta estimación se han comprometido y ejecutado recursos por la suma de \$7.850.037.314 los cuales fueron destinados para la financiación de los siguientes productos:

- Acciones cuidadoras de la salud mental, el bienestar emocional, la promoción de la convivencia y la prevención de la violencia intrafamiliar y de género con enfoque poblacional diferencial en los entornos de vida cotidiana
- Acciones para el fortalecimiento de habilidades adaptativas psicosociales
- Plan intersectorial de prevención y atención a la conducta suicida con enfoque poblacional, diferencial y de género
- Atención pre-hospitalaria en salud mental a usuarios que activen la línea 123, Atención pre hospitalaria en salud mental a usuarios que activen la línea 123
- Atención domiciliaria resolutive en salud mental en el marco de la Guía MhGap (Mental Health Gap Action Programme)
- Estrategias y herramientas de comunicación en Salud Mental en el Distrito Capital
- Estrategia de asistencias técnicas a organizaciones sociales y comunitarias con iniciativas de salud mental
- Instancias de participación local en torno a la salud mental
- Sistemas de información de los eventos prioritarios en salud mental

Teniendo en cuenta lo anterior, el fortalecimiento de la atención comunitaria se ha venido trabajado en el marco de la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad en salud mental así como las demás acciones de promoción y prevención desarrolladas en el entorno comunitario a través de productos como “Acciones cuidadoras de la salud mental, el bienestar emocional, la promoción de la convivencia y la prevención de la violencia intrafamiliar y de género con enfoque poblacional diferencial en los entornos de vida cotidiana” y “Acciones para el fortalecimiento de habilidades adaptativas psicosociales”.

Por su parte el fortalecimiento del talento humano los recursos se viabilizan a través de desarrollo de cursos y jornadas en salud mental desarrollados tanto con personal de salud como de otros sectores y comunidad.

Sin embargo, es de mencionar que en el marco de estos recursos estimados no se incluye la ampliación de servicios en zonas críticas dado que la disposición de la red de atención

es competencia de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios.

Ahora bien, en relación con el personal con el que se cuenta en la atención comunitaria es de aclarar que, en el marco de las acciones contempladas en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PSPIC - se disponen de estrategias que aportan al abordaje de salud mental desde una perspectiva promocional y preventiva en los diferentes entornos de vida cotidiana. En ese sentido, los profesionales de psicología que desarrollan acciones colectivas en el entorno comunitario son 64 en total, quienes viabilizan procesos no de atención sino de acompañamiento a la comunidad en educación para la salud pública, fortalecimiento de redes de apoyo e identificación de riesgo en salud mental.

5. *¿Cuál es el estado de avance en la implementación del Plan Intersectorial de Prevención y Atención Efectiva, Humanizada, Integral e Intersectorial en Salud Mental establecido en el Plan Distrital de Desarrollo, y cómo se está articulando con los ejes, metas y acciones de la Política Pública de Salud Mental 2023–2024?*

Durante el periodo 2023–2024, se evidenció un aumento general en el número de usuarios y atenciones por patologías relacionadas con la salud mental en todos los quinquenios de edad en el Distrito Capital, especialmente en mujeres. En los grupos de menores de 20 años, el número de atenciones creció significativamente, siendo más marcado en mujeres adolescentes (15 a 19 años), quienes registraron un incremento notable en 2024 frente al año anterior, pasando de 136.096 a 156.069 atenciones.

Entre los 20 y 34 años, la carga de usuarios y atenciones se mantuvo estable en el grupo de los hombres a diferencia del grupo de las mujeres, en el cual se evidencia una tendencia al alza.

En los quinquenios de 35 a 64 años, los datos muestran una estabilidad con incrementos progresivos, especialmente en mujeres, quienes en todos los casos superaron en número de atenciones a los hombres. Este patrón se acentúa a partir de los 45 años.

En los mayores de 65 años, se mantiene la tendencia de más atenciones en mujeres, especialmente en el año 2024. Es especialmente llamativo el grupo de 80 años y más, donde en 2024 se observó un aumento sustancial en las atenciones, particularmente en mujeres, que pasaron de 142.360 en 2023 a 210.184 en 2024.

TABLA N° 1 DE USUARIOS Y ATENCIONES POR QUINQUENIOS DE EDAD PARA
PATOLOGÍAS DE SALUD MENTAL (PERÍODO 2023–2024)

	2023	2023	2023	2023	2024	2024	2024	2024
Quinquenios	#Us - Hom	#At - Hom	#Us - Muj	#At - Muj	#Us - Hom	#At - Hom	#Us - Muj	#At - Muj
0 a 4 años	30.984	77.538	20.602	42.784	33.127	84.587	23.949	54.236
5 a 9 años	41.470	142.723	24.919	68.917	46.768	166.652	30.439	91.306
10 a 14 años	31.833	113.683	30.468	100.937	35.541	128.140	35.158	129.428
15 a 19 años	31.734	104.873	44.637	136.096	30.965	106.283	47.575	156.069
20 a 24 años	35.823	107.352	52.365	149.848	31.088	97.195	54.489	164.784
25 a 29 años	38.883	111.019	52.431	139.615	37.266	113.249	60.826	172.971

30 a 34 años	35.780	94.554	42.757	109.778	35.637	106.737	51.348	146.334
35 a 39 años	30.798	80.416	36.310	90.843	30.864	88.525	41.320	115.912
40 a 44 años	29.399	75.586	34.955	87.046	28.817	81.681	38.010	109.055
45 a 49 años	25.957	65.469	32.451	78.355	24.366	67.499	35.074	99.964
50 a 54 años	25.557	66.802	33.673	82.598	22.885	66.223	36.282	106.511
55 a 59 años	27.348	73.776	35.689	86.362	24.445	71.707	39.570	114.676
60 a 64 años	27.275	74.414	33.514	82.473	25.155	75.553	40.367	118.647
65 a 69 años	24.683	69.089	28.956	72.056	22.493	68.599	35.623	108.889
70 a 74 años	21.080	62.946	23.342	61.803	19.563	63.285	30.367	101.643
75 a 79 años	16.880	56.950	18.509	54.693	15.482	55.942	24.922	89.088
80 y más años	23.786	102.534	30.002	142.360	21.673	99.606	41.651	210.184

Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS). Bogotá D.C., año 2025, preliminar y susceptible a ajustes (corte: 13/06/2025). #Us – Hom: Usuarios hombres; #At – Hom: atenciones en hombres; #Us – Muj: usuarios mujeres; #At – Muj: atenciones en mujeres

En atención a la solicitud sobre el estado de avance del Plan Intersectorial de Prevención y Atención Efectiva, Humanizada e Integral en Salud Mental, nos permitimos informar que se ha desarrollado un proceso técnico y político progresivo que ha permitido avanzar significativamente en su formulación e instalación institucional. A continuación, se detallan las principales acciones desarrolladas:

1. Avance concreto

Durante el primer semestre de 2025, se han llevado a cabo las siguientes acciones estructurantes:

- **Socialización con el equipo técnico de la Secretaría Distrital de Salud:** Se realizó una primera jornada de trabajo con el equipo técnico de la SDS, orientada a revisar los antecedentes, fundamentos conceptuales y alcances del plan, así como su articulación con las líneas estratégicas del Plan de Salud Pública Distrital.
- **Concertación de objetivos, metas, indicadores y alcance del plan:** Se adelantaron reuniones técnicas internas con el equipo funcional de salud mental de la SDS para la definición de los objetivos estratégicos, indicadores de seguimiento, productos esperados y el alcance del plan, incorporando desde su base intersectorial como eje transversal.

Socialización conjunta SDS–SDIS de los tres planes distritales afines: Se llevó a cabo una jornada de trabajo intersectorial el día 5 de junio entre la Secretaría Distrital de Salud y la Secretaría Distrital de Integración Social con la participación activa de los equipos de las Secretarías de la Mujer, Educación, Gobierno, Seguridad y Convivencia, Cultura y Planeación, así como del Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud (IDIPRON). En esta jornada se presentaron y analizaron de manera conjunta tres planes:

1. El Plan Intersectorial de Prevención y Atención Efectiva, Humanizada e Integral en Salud Mental,
2. El Plan Distrital de Prevención y Atención a la Conducta Suicida, y
3. El Plan Distrital de Prevención de Violencias en el Contexto Familiar y Violencia Sexual.

En esta jornada se identificaron elementos comunes y se concertaron tres acciones intersectoriales como apuesta conjunta entre los sectores:

- Fortalecimiento de capacidades institucionales mediante una pedagogía común,
 - Movilización y participación comunitaria para la transformación cultural, y
 - Territorialización a través de la prescripción social y articulación local.
- **Validación con directivos mediante metodología tipo Delphi:** El día 6 de junio de 2025, se realizó una jornada de validación de las acciones intersectoriales priorizadas, mediante una metodología tipo Delphi, con la participación de equipos directivos y técnicos de las secretarías de las entidades participantes. En este espacio, se reafirmaron los compromisos institucionales y se definieron las corresponsabilidades de cada sector en la implementación de las acciones estratégicas acordadas.
 - **Socialización con mesa de expertos en el marco del Concejo Consultivo de Salud Mental:** Además, se desarrolló un proceso de diálogo con actores clave del sector académico y organizaciones expertas en salud mental, lo cual permitió validar enfoques, recoger recomendaciones sustantivas y reformular el planteamiento del plan en su dimensión técnica y conceptual.
 - **Consolidación del documento del plan:** Actualmente, el documento se encuentra en fase de estructuración final, integrando los aportes de todas las instancias anteriores para consolidar una versión definitiva del plan, alineada con los enfoques de derechos, género, curso de vida y territorialización.
 - **Definición del cronograma de socialización e implementación:** Se ha elaborado un cronograma que contempla fases de difusión, apropiación técnica y comunitaria, así como una ruta de implementación proyectada para iniciar a finales de agosto de 2025.

2. Productos generados

- **Documento consolidado del plan:** Incluye objetivos, metas, indicadores, ejes estratégicos, acciones intersectoriales y componentes de seguimiento y evaluación.
- **Presentación de socialización:** Documento de divulgación técnica adaptado para distintos públicos institucionales y comunitarios.
- **Cronograma de socialización e implementación:** Documento operativo que detalla los momentos, actores responsables y canales de difusión del plan.

Con este proceso, Bogotá reafirma su compromiso con una política pública en salud mental construida de manera participativa, basada en evidencia, con enfoque territorial y articulación intersectorial, que permita responder integralmente a los desafíos del suicidio, la violencia familiar y el bienestar emocional de su población.

6. *¿Cuáles fueron los métodos de recolección de datos utilizados para diagnosticar las afectaciones de salud mental dispuestas en la Política Pública Distrital de Salud Mental 2023-2032? Relacionar los diagnósticos realizados en los años 2023, 2024 y lo corrido de 2025.*

- **Fuentes Primarias para el Diagnóstico en Salud Mental de Bogotá D.C.**

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. se apoya en un conjunto robusto de fuentes de información primaria para elaborar diagnósticos esenciales en salud mental y, a partir de ellos, orientar eficazmente sus políticas públicas. Este enfoque multifacético garantiza una comprensión integral de la situación de la salud mental en la capital, la morbilidad atendida y los datos epidemiológicos y estudios de prevalencia e incidencia.

- **Estudio Probabilístico a través de encuestas de hogar**

Una de las piedras angulares de esta recopilación de información son los estudios probabilísticos basados en encuestas de hogar. Estos estudios, diseñados con una metodología rigurosa, permiten obtener una visión representativa de la salud mental en la población bogotana. Su principal fortaleza radica en la capacidad de generar datos con desagregación local, urbana y rural. Esto significa que la Secretaría puede identificar diferencias y patrones específicos de salud mental no solo entre las distintas localidades de la ciudad, sino también entre las áreas urbanas y rurales dentro del Distrito Capital. Esto es el estudio de salud mental 2023 desarrollado en un trabajo conjunto entre Naciones Unidas – UNODC y la Secretaría Distrital de Salud.

Adicionalmente, este estudio incluye un componente cualitativo vital, especialmente relevante tras la pandemia de COVID-19. Este componente se enfocó en comprender los efectos de la COVID-19 sobre la salud mental de la población. A través de entrevistas en profundidad y grupos focales, se exploran las experiencias, percepciones y el impacto psicosocial de la pandemia, proporcionando un contexto humano y detallado a los datos cuantitativos. Esta combinación de enfoques permite capturar tanto la prevalencia de ciertas condiciones como las complejidades subyacentes a las experiencias de salud mental de los ciudadanos.

- **Sistemas de Vigilancia Epidemiológica: Monitoreo Continuo de Eventos Priorizados**

La segunda fuente primaria fundamental son los subsistemas de vigilancia epidemiológica que monitorean eventos priorizados en salud mental. Estos sistemas recogen información de manera continua y sistemática, permitiendo la detección temprana de tendencias y la identificación de poblaciones en riesgo, los eventos específicos bajo vigilancia incluyen:

- Conducta suicida que incluye intentos de suicidio, ideación amenaza y muertes por suicidio – estos últimos a través del Instituto nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Estas fuentes son esenciales para implementar estrategias de prevención y atención oportuna.
- Violencia intrafamiliar: La recopilación de datos sobre este tipo de violencia permite entender su magnitud, sus patrones, los segmentos de población más afectados, así como las investigaciones epidemiológicas de campo y la canalización de los casos identificados para su atención integral.
- En los casos de maltrato infantil, su vigilancia en salud pública es crucial para salvaguardar los derechos de los niños y niñas y activar rutas de atención.

- Violencia sexual y de género: Estos datos son esenciales para abordar una problemática que afecta desproporcionadamente a ciertos grupos de la población, permitiendo el diseño de políticas de prevención y reparación.
- Consumo abusivo de sustancias psicoactivas: El monitoreo de esta problemática es fundamental para la implementación de programas de prevención, tratamiento y reducción de daños.

La información para estos sistemas de vigilancia proviene de diversas fuentes. Las principales son las Unidades Primarias Generadoras del Dato (UPGD), que corresponden a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Estas unidades son cruciales porque registran los diagnósticos y atenciones que se brindan a los pacientes en el sistema de salud. Además, se incluyen datos de unidades informadoras no convencionales pero igualmente importantes, como albergues, comunidades de vida y hogares de paso, que atienden a poblaciones vulnerables y a menudo no acceden a servicios de salud formales. Esta inclusión amplía el espectro de la información, capturando realidades que podrían pasar desapercibidas en un enfoque puramente clínico. La información sobre el comportamiento de los eventos prioritarios bajo vigilancia en salud pública puede consultarse en SaluData, en el apartado de Salud Mental. Se incluye el link en donde se encuentra publicado el estudio de Salud Mental: https://storage.googleapis.com/saludata_descargas/Salud_Mental/Estudio%20salud%20mental.pdf

- **Registros Individuales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPS): Morbilidad Sentida**

La Secretaría Distrital de Salud también integra los datos provenientes de los Registros Individuales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPS). Estos registros son la fuente de información de la morbilidad atendida, es decir, las enfermedades y condiciones de salud por las cuales los ciudadanos acuden a los servicios de salud. Los RIPS proporcionan una visión detallada de los diagnósticos de salud mental registrados en las atenciones médicas y psicológicas, ofreciendo un panorama de las demandas de servicios y las prevalencias de trastornos mentales diagnosticados. Analizando los RIPS, la Secretaría puede identificar qué tipos de servicios de salud mental están siendo más utilizados, dónde existen brechas en la atención y cuáles son las principales afecciones por las que la población busca ayuda profesional.

En síntesis, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. emplea una estrategia integral de recolección de datos primarios, combinando encuestas comunitarias, sistemas de vigilancia epidemiológica y registros de atención clínica. Esta riqueza de información permite construir diagnósticos de salud mental robustos y matizados, fundamentales para la formulación de políticas públicas efectivas y adaptadas a la compleja realidad de la salud mental en la ciudad.

Frente a los casos identificados de violencia intrafamiliar y de género es necesario indicar que estos son registrados como sospechosos como lo señala el protocolo del evento 875 (violencia intrafamiliar y de género) y la información recaba es a partir del autoreporte que hace la víctima al momento de la notificación al Subsistema de Vigilancia en Salud Pública de la Violencia Intrafamiliar y de Género (SIVIM).

Entre el 2023 y 2025 (corte al 15 de mayo) se han notificado 111.713 casos al SIVIM de los cuales el 68,7% (n=76.765) la víctima fue una mujer y en el 31,3% (n=34.948) es un hombre, lo que equivale a una razón de sexo de 2,2 casos de violencia en mujeres por un caso que se presenta en hombres. Las localidades que concentran el 52,9% (n=59.068) del total de casos son: Kennedy con el 14% (n=15.665), Ciudad Bolívar con un 13,5% (n=15.062), Suba con el 12,7% (n=14.212) y Bosa con el 12,6% (n=14.129). Se observa un incremento del 11,3% (n=5.191) de los casos notificados en el 2024 con respecto al 2023. De otra parte, al consultar la tasa por 100 mil habitantes se encuentra un aumento de 63,8 puntos de tasa entre los años 2024 y 2025. Para profundizar en estos datos se puede consultar el indicador de violencia intrafamiliar y de género en el observatorio de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) en el siguiente enlace: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/violencia-intrafamiliar/>.

TABLA N° 2. CASOS NOTIFICADOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO SEGÚN LOCALIDAD DE RESIDENCIA Y SEXO DE LA VÍCTIMA ENTRE 2023 Y 2025P. BOGOTÁ D.C

Localidad de residencia	2023			2024			2025p		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Antonio Nariño	116	286	402	131	277	408	29	80	109
Barrios Unidos	199	445	644	272	475	747	79	126	205
Bosa	1.694	4.126	5.820	2.063	4.389	6.452	592	1.265	1.857
Candelaria	39	96	135	38	84	122	11	24	35
Chapinero	156	387	543	221	410	631	60	126	186
Ciudad Bolívar	2.113	4.294	6.407	2.447	4.455	6.902	628	1.125	1.753
Engativá	1.142	2.815	3.957	1.440	3.010	4.450	442	936	1.378
Fontibón	471	1.332	1.803	581	1.296	1.877	175	381	556
Kennedy	1.837	4.497	6.334	2.175	4.864	7.039	724	1.568	2.292
Mártires	190	379	569	189	409	598	65	114	179
Puente Aranda	336	957	1.293	473	1.049	1.522	161	332	493
Rafael Uribe	568	1.460	2.028	698	1.649	2.347	182	430	612
San Cristóbal	695	1.677	2.372	755	1.732	2.487	183	509	692
Santa Fe	220	512	732	234	554	788	46	148	194
Suba	1.700	3.874	5.574	2.114	4.508	6.622	646	1.370	2.016
Sumapaz	20	46	66	11	35	46	7	11	18
Teusaquillo	144	441	585	182	520	702	72	146	218
Tunjuelito	370	765	1.135	400	791	1.191	87	211	298
Usaquén	555	1.375	1.930	712	1.478	2.190	201	489	690
Usme	1.159	2.391	3.550	1.401	2.535	3.936	290	681	971
Sin Dato	-	-	-	2	11	13	5	7	12
Total	13.724	32.155	45.879	16.539	34.531	51.070	4.685	10.079	14.764

Fuente: Secretaría Distrital de Salud - Subdirección de Vigilancia en Salud Pública - Subsistema de Vigilancia en Salud Pública de la Violencia Intrafamiliar y de Género (SIVIM). Bogotá D.C., año 2025 preliminar y susceptible a ajustes (corte: 15/05/2025).

Por otra parte, la distribución de casos entre 2023 y lo corrido del 2025 (corte al 15 de mayo) por curso de vida muestra que: el 64,6% (n=72.168) de las víctimas son niños, niñas y adolescentes donde el 60,7% (n=43.774) la víctima es una mujer y el 39,3% (n=28.394) es un hombre.

TABLA N°3 CASOS NOTIFICADOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO SEGÚN CURSO DE VIDA Y SEXO DE LA VÍCTIMA ENTRE 2023 Y 2025P. BOGOTÁ D.C

Localidad de residencia	2023			2024			2025p		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Primera infancia (0 a 5 años)	3.299	3.282	6.581	3.728	3.592	7.320	1.107	2.691	3.798
Infancia (6 a 11 años)	4.745	5.126	9.871	5.794	5.627	11.421	342	2.349	2.691
Adolescencia (12 a 17 años)	3.433	9.601	13.034	4.262	9.942	14.204	1.684	1.564	3.248
Juventud (18 a 28 años)	749	5.901	6.650	840	6.037	6.877	302	1.857	2.159
Adultez (29 a 59 años)	883	6.625	7.508	1.143	7.421	8.564	1.041	1.016	2.057
Adulto mayor (+60 años)	615	1.620	2.235	772	1.912	2.684	209	602	811
Total	13.724	32.155	45.879	16.539	34.531	51.070	4.685	10.079	14.764

Fuente: Secretaría Distrital de Salud - Subdirección de Vigilancia en Salud Pública - Subsistema de Vigilancia en Salud Pública de la Violencia Intrafamiliar y de Género (SIVIM). Bogotá D.C., año 2025 preliminar y susceptible a ajustes (corte: 15/05/2025).

Por último, el 97,7% (n=109.198) de los casos recabados por el SIVIM muestra se presentaron según orientación sexual en heterosexuales.

TABLA N° 4. CASOS NOTIFICADOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO SEGÚN ORIENTACIÓN SEXUAL Y SEXO DE LA VÍCTIMA ENTRE 2023 Y 2025P. BOGOTÁ D.C.

Orientación sexual	2023			2024			2025p		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Heterosexual	13.324	31.509	44.833	16.046	33.893	49.939	4.547	9.879	14.426
Homosexual	215	228	443	289	242	531	107	107	214
Bisexual	52	208	260	64	204	268	13	58	71
Asexual	47	37	84	62	53	115	4	7	11
Sin dato	86	173	259	78	139	217	14	28	42
Total	13.724	32.155	45.879	16.539	34.531	51.070	4.685	10.079	14.764

Fuente: Secretaría Distrital de Salud - Subdirección de Vigilancia en Salud Pública - Subsistema de Vigilancia en Salud Pública de la Violencia Intrafamiliar y de Género (SIVIM). Bogotá D.C., año 2025 preliminar y susceptible a ajustes (corte: 15/05/2025).

Frente a los casos violencia sexual entre el 2023 y 2025 (corte al 15 de mayo) se han notificado 38.170 casos al SIVIM de los cuales el 76,9% (n=29.357) la víctima fue una mujer y en el 23,1% (n=8.813) es un hombre, lo que equivale a una razón de sexo de 3,3 casos de violencia sexual en mujeres por un caso que se presenta en hombres. Las localidades que concentran el 51,4% (n=19.630) del total de casos son: Kennedy con el 14,3% (n=5.458), Bosa con el 13,1% (n=4.987), Ciudad Bolívar con un 12,2% (n=4.653) y Suba con el 11,9% (n=4.532). Se observa un incremento del 6,5% (n=1.042) de los casos notificados en el 2024 con respecto al 2023. De otra parte, al consultar la tasa por 100 mil habitantes se encuentra un aumento de 12,6 puntos de tasa entre los años 2024 y 2025.

TABLA N° 5 CASOS NOTIFICADOS DE VIOLENCIA SEXUAL SEGÚN LOCALIDAD DE RESIDENCIA Y SEXO DE LA VÍCTIMA ENTRE 2023 Y 2025P. BOGOTÁ D.C.

Localidad de residencia	2023			2024			2025p		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Antonio Nariño	39	135	174	40	114	154	7	35	42
Barrios Unidos	72	204	276	92	181	273	23	47	70
Bosa	360	1.636	1.996	509	1.773	2.282	183	526	709
Candelaria	10	44	54	11	40	51	1	8	9
Chapinero	48	178	226	74	159	233	16	44	60
Ciudad Bolívar	393	1.669	2.062	450	1.577	2.027	143	421	564
Engativá	362	1.222	1.584	477	1.195	1.672	145	356	501
Fontibón	113	497	610	173	510	683	52	152	204
Kennedy	458	1.751	2.209	556	1.842	2.398	232	619	851
Mártires	55	143	198	59	164	223	20	49	69
Puente Aranda	78	391	469	136	397	533	45	136	181
Rafael Uribe	148	597	745	197	608	805	53	162	215
San Cristóbal	232	691	923	240	670	910	56	208	264
Santa Fe	58	221	279	62	218	280	11	46	57
Suba	423	1.375	1.798	547	1.600	2.147	148	439	587
Sumapaz	-	4	4	5	10	15	-	-	-
Teusaquillo	61	210	271	70	216	286	30	66	96
Tunjuelito	79	331	410	76	288	364	13	64	77
Usaquén	120	510	630	179	511	690	58	151	209
Usme	222	895	1.117	237	808	1.045	54	236	290
Sin Dato	-	-	-	1	5	6	1	2	3
Total	3.331	12.704	16.035	4.191	12.886	17.077	1.291	3.767	5.058
Fuente: Secretaría Distrital de Salud - Subdirección de Vigilancia en Salud Pública - Subsistema de Vigilancia en Salud Pública de la Violencia Intrafamiliar y de Género (SIVIM). Bogotá D.C., año 2025 preliminar y susceptible a ajustes (corte: 15/05/2025).									

Por otra parte, la distribución de casos entre 2023 y lo corrido del 2025 (corte al 15 de mayo) por curso de vida muestra que: el 77,5% (n=29.599) de las víctimas son niños, niñas y adolescentes donde el 73,8% (n=21.853) la víctima es una mujer y el 26,2% (n=7.746) es un hombre.

TABLA N° 6 CASOS NOTIFICADOS DE VIOLENCIA SEXUAL SEGÚN CURSO DE VIDA Y SEXO DE LA VÍCTIMA ENTRE 2023 Y 2025P. BOGOTÁ D.C.

Localidad de residencia	2023			2024			2025p		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Primera infancia (0 a 5 años)	482	949	1.431	558	959	1.517	342	1.619	1.961
Infancia (6 a 11 años)	1.369	2.544	3.913	1.898	2.585	4.483	52	422	474
Adolescencia (12 a 17 años)	1.069	6.062	7.131	1.334	5.956	7.290	642	757	1.399
Juventud (18 a 28 años)	274	1.949	2.223	260	1.927	2.187	84	602	686
Adultez (29 a 59 años)	130	1.115	1.245	134	1.322	1.456	162	323	485
Adulto mayor (+60 años)	7	85	92	7	137	144	9	44	53
Total	3.331	12.704	16.035	4.191	12.886	17.077	1.291	3.767	5.058
Fuente: Secretaría Distrital de Salud - Subdirección de Vigilancia en Salud Pública - Subsistema de Vigilancia en Salud Pública de la Violencia Intrafamiliar y de Género (SIVIM). Bogotá D.C., año 2025 preliminar y susceptible a ajustes (corte: 15/05/2025).									

Por último, el 97,2% (n=37.107) de los casos recabados por el SIVIM muestra que según orientación sexual en heterosexuales.

- **Conducta Suicida**

La Organización Mundial de la Salud reconoce que el suicidio es una prioridad para la salud pública. A partir del año 2014 en el cual, se publicó el primer informe mundial de la OMS sobre el suicidio, titulado «Prevención del suicidio: un imperativo global», con el objetivo de aumentar la sensibilización respecto de la relevancia del suicidio y los intentos suicida para la salud pública, así como de otorgar la máxima prioridad a su prevención en los programas mundiales de salud pública. Además, con este informe se procuró alentar y ayudar a los países a elaborar o reforzar estrategias integrales de prevención del suicidio en el marco de un enfoque multisectorial de la salud pública.

El suicidio es también uno de los problemas que aborda prioritariamente el Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental (MHGAP, por sus siglas en inglés), que proporciona orientación técnica basada en la evidencia para ampliar la prestación de servicios y la atención en los países a los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias. Asimismo, los Estados Miembros de la OMS se han comprometido en virtud del Plan de acción sobre salud mental de la OMS 2013-2020 a trabajar para alcanzar el objetivo mundial de reducir en una tercera parte la tasa de suicidios de aquí a 2030 (OMS, 2018).

En este sentido el informe del año 2019 de Suicide worldwide in 2019,¹ cerca de 703.000 personas se suicidan y muchas más intentan hacerlo. Todos los casos son un desamparo que afecta a familias, comunidades y países y tienen efectos duraderos para los allegados de la víctima. Puede ocurrir a cualquier edad, para el 2019 fue la cuarta causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo.

Las muertes por suicidio en hombres superan en más del doble a las de las mujeres (12,6 por 100.000 hombres frente a 5,4 por 100.000 mujeres). Además, se observa que los fallecimientos en hombres por suicidio son más elevados en los países de ingresos altos, mientras que los de las mujeres son más comunes en los países de ingresos medios. Se observa un descenso del 36% de la tasa de suicidio a nivel mundial entre los años 2000 y 2019. No obstante, la OMS señala la preocupación de que esta tendencia se haya revertido en el último año como consecuencia de la crisis sanitaria y económica a nivel mundial; en algunas regiones, como las Américas, no se ha observado esta tendencia mundial, aunque se han incrementado en un 17% las tasas de suicidio en el período analizado.

En América del Sur la tasa más alta la tiene Uruguay con 20,6 por cada 100.000 habitantes, una de las más elevadas de América junto con Cuba y Las Guyanas; Chile tiene una tasa de 11,5 y Argentina 9,6, entre otros, estas cifras permiten compararla con la situación en Colombia. ²

Los suicidios no solo ocurren en los países de altos ingresos, sino que es un fenómeno que afecta a todas las regiones del mundo. De hecho, más del 77% de los suicidios ocurridos en 2019 tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos.

Aun tratándose de un grave problema de salud pública, se puede prevenir mediante intervenciones oportunas, basadas en la evidencia y, a menudo, de bajo costo. Para que las iniciativas preventivas de los países sean eficaces, deben aplicar una estrategia multisectorial e integral.

Por su parte en el Distrito Capital la mortalidad por suicidio es un evento también captado por el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida -SISVECOS-, sin embargo, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INML), es considerada la fuente de información oficial para este evento, tanto a nivel Distrital como Nacional.

De igual forma se vigila la mortalidad por suicidio, a través del reporte de estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). El Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) tiene a su cargo el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Lesiones de Causa Externa (SIVELCE), el cual recopila y analiza toda la información relacionada con el ejercicio médico legal (informes técnicos periciales y clínica forense), reporta violencias, (incluyendo al suicidio), que se notifica desde sus unidades regionales, seccionales y básicas. En relación con la ideación y el plan suicidas, es poco lo que se conoce, “la ideación suicida suele ser una experiencia fugaz y fluctuante, no observable por otros”, ambos hacen parte de la sintomatología y esta información podría encontrarse consignada en la historia clínica del paciente, si el profesional de la salud

¹ Disponible en <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>.

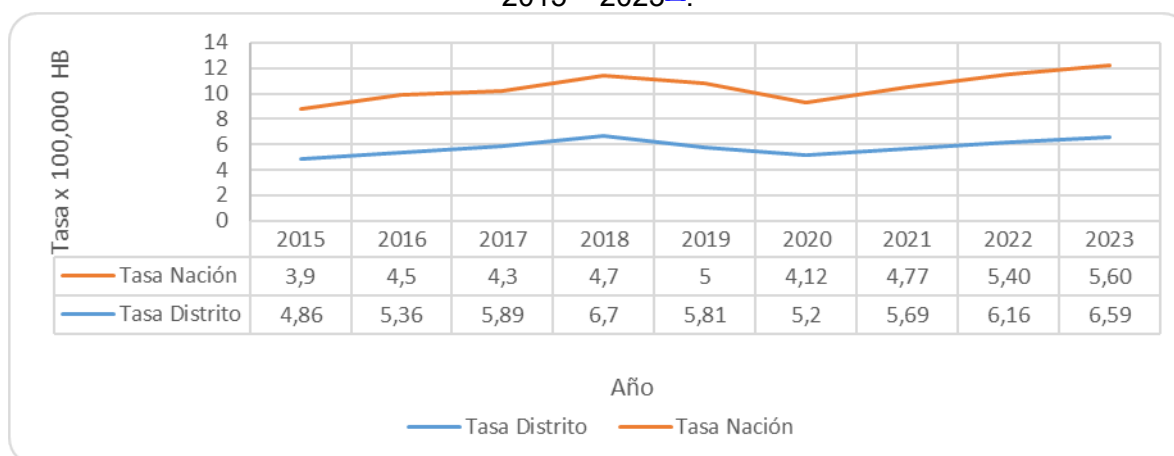
² Tomado de Forensis 2021.

https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/878249/Forensis_2021.pdf

explora su presencia, no es un diagnóstico codificado por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) como tal.

Ahora bien, en términos de tasa por 100.000 habitantes el suicidio consumado en Bogotá, D.C para el periodo 2015 – 2023³ ha sido menor que la tasa a nivel Nacional, como se evidencia en la gráfica No. 1 a continuación.

GRÁFICO NO. 1. TASA DE MUERTE POR SUICIDIO EN BOGOTÁ Y COLOMBIA AÑOS 2015 – 2023^[1].



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF - a través del Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (GCERN). Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIRDEC 2015 – 2023).

Fuente: DANE- Dirección de Censos y Demografía. Proyecciones derivadas del Censo Nacional de Población 2018

Para la ciudad de Bogotá D.C. en los años comprendidos entre el 2015 y 2023 se han presentado un total acumulado de 3.373 suicidios, con una media estimada de 374 casos por año según cifras reportadas en el sistema de información SIRDEC (Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses). Según la información oficial para la mortalidad por suicidio, desde el año 2015 hasta 2023 en la ciudad se mantuvo una tendencia al aumento de la tasa de muertes por suicidio, pasando de una tasa de mortalidad estimada de 3,3 casos por cada 100.000 habitantes en 2015 a 5,6 casos por cada 100.000 habitantes en el año 2023 (gráfica 1). Durante el año 2020 en el cual surge la pandemia por COVID-19, esta tendencia cambió y el indicador cerró en 4,1 muertes por 100.000 habitantes, con una reducción del 29% (n=95) menos que en 2019. Sin embargo, para el año 2021, el cual fue posterior al aislamiento preventivo y se da el retorno paulatino y progresivo a las actividades en la ciudad, se presenta un incremento en la mortalidad por suicidio, con una tasa del 4,8 por 100.000 habitantes, mostrado un 0,7% de aumento respecto a 2020, al igual que se evidencia en el número de casos un incremento del 17,24 % (n=55).

Frente al comportamiento del evento, en lo comprendido del año 2023 se registran para la ciudad 439 mortalidades, observándose una variación del 2,81% (n=12) al compararlo con el año 2022, frente al grupo de edad se puede mencionar que el 31,23% (n=181) se concentra en el curso de vida adultez, seguido del curso juventud con el 34,39% (n=151), ante la variable localidad de ocurrencia que acumula las mayores frecuencias, se encuentra en Kennedy (n=55), Suba (n=49), Ciudad Bolívar(n=45), Bosa (n=35), Engativá (n= 32) y

³ Ibidem.

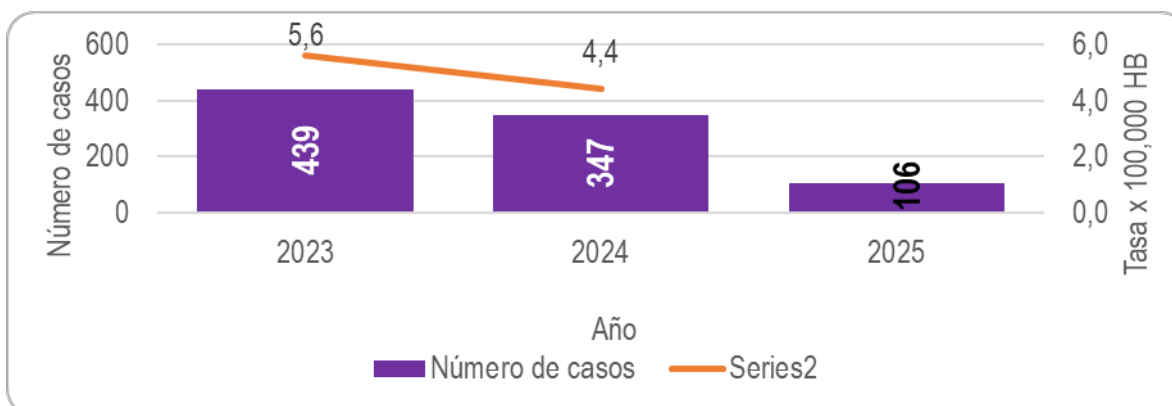
Usaquén con 31 registros. De los casos ocurridos en el periodo anual más reciente el 71,75% (n=315) ocurren en los hombres y 28,24% (n=124) en las mujeres.

TABLA NO. 7 CASOS DE MORTALIDAD POR SUICIDIO SEGÚN LOCALIDAD, BOGOTÁ D.C. AÑOS 2023 A 2025 (INFORMACIÓN PRELIMINAR SUJETA A MODIFICACIONES)

Localidad	2023	2024	2025
01. Usaquén	31	33	6
02. Chapinero	18	12	5
03. Santa Fe	13	8	7
04. San Cristóbal	29	16	7
05. Usme	28	23	4
06. Tunjuelito	14	8	2
07. Bosa	35	38	9
08. Kennedy	55	41	12
09. Fontibón	13	9	5
10. Engativá	32	29	10
11. Suba	49	36	12
12. Barrios Unidos	6	9	1
13. Teusaquillo	9	14	6
14. Los Mártires	7	3	0
15. Antonio Nariño	6	2	2
16. Puente Aranda	12	7	1
17. Candelaria	4	0	1
18. Rafael Uribe Uribe	24	10	3
19. Ciudad Bolívar	45	33	11
20. Sumapaz	0	0	0
Sin Dato	9	16	2
Distrito	439	347	106
Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF - a través del Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (GCERN). Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIRDEC 2022 – 2025* (Información preliminar) sujeta a cambios por actualización -			

De acuerdo con los datos del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses – INML – CF, en el año 2023 se registraron 439 casos en la ciudad lo que equivale a una tasa de 5,6 suicidios por cada 100.000 habitantes, al comparar el periodo anual inmediatamente anterior se evidencia un incremento del 0,2% respecto a la tasa del año 2022, donde se registraron 427 suicidios, para el año 2024 se han registrado 347 mortalidades por esta causa y una tasa de 4,4 por 100.000 Hb.

GRÁFICO NO. 2. NÚMERO DE CASOS DE MORTALIDAD DE SUICIDIO Y TASA, BOGOTÁ D.C. AÑOS 2023 – 2025



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF - a través del Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (GCERN). Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIRDEC 2023 – 2025* (Información preliminar) sujeta a cambios por actualización.

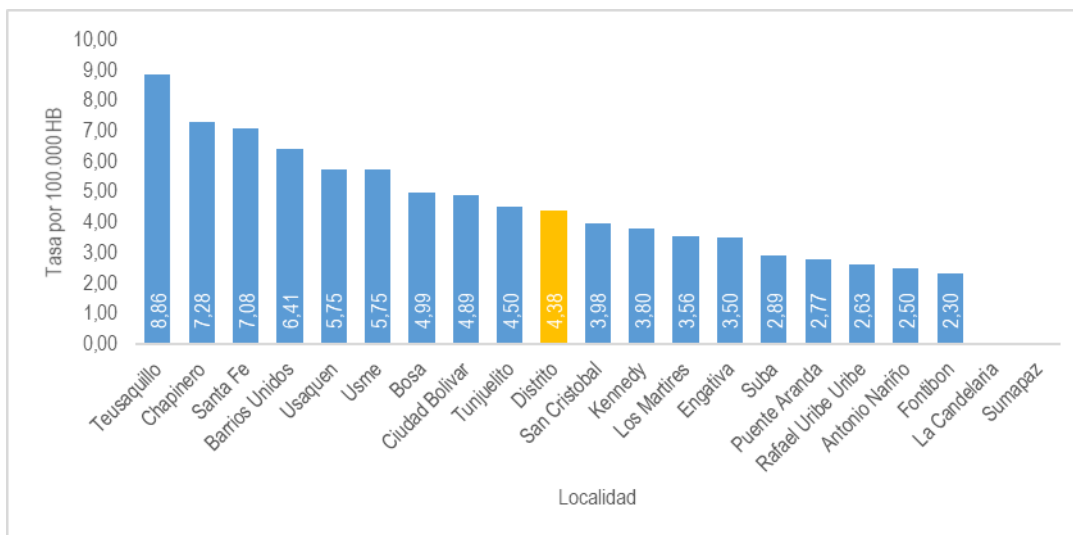
En cuanto a la distribución por sexo, la tendencia del Distrito Capital concuerda con la mundial en la cual, las mayores proporciones absolutas se encuentran en los hombres en un rango de 74.3% al 83,4% de los suicidios ocurridos en el Distrito. La tasa de muerte por suicidio continúa siendo mayor en los hombres que en las mujeres, con una razón de sexo promedio de 2.5 a 1.

Específicamente en el año 2024, se observó que el 78,09% de los casos de suicidio se presentaron en hombres (n= 271), observando que por cada mujer que se suicida, 3,5 hombres se quitan la vida. El 44,9% de los casos de suicidio consumado en la ciudad de Bogotá, suceden en población adulta con el 47,26% (n=164), seguido de los jóvenes entre los 18 y los 28 años (n= 115).

Las localidades con mayor número de casos absolutos durante el año 2024 y por frecuencia relativa de mortalidad por suicidio en orden descendente fueron: Kennedy (n=41) con el 11,81% seguido de la localidad de Bosa (n=38) con el 10,95%, Suba con 36 casos y el 10,37%, Ciudad Bolívar y Usaquén registra el 9,51% (n=33), siendo estas las primeras cinco localidades y agrupan el 52,15 % de los casos de suicidio presentados en la ciudad. El 45 % de las localidades mostraron tasas por encima de la estimada para el distrito que fue de 4,4 suicidios por cada 100.000 habitantes. Las tasas más elevadas se evidenciaron en las localidades de Teusaquillo, Chapinero, Santa Fe, Barrios Unidos, Usaquén, Usme, Bosa, Ciudad Bolívar y Tunjuelito agrupando los valores de la tasa en los rangos de 8,86 y 4,50 muertes por suicidio por cada 100.000 habitantes respectivamente, como se puede observar en la gráfica No 3.

GRAFICA N° 3 COMPARATIVO DE TASA DE MORTALIDAD DE SUICIDIO SEGÚN LOCALIDAD Y DISTRITO, BOGOTÁ D.C. AÑO 2024

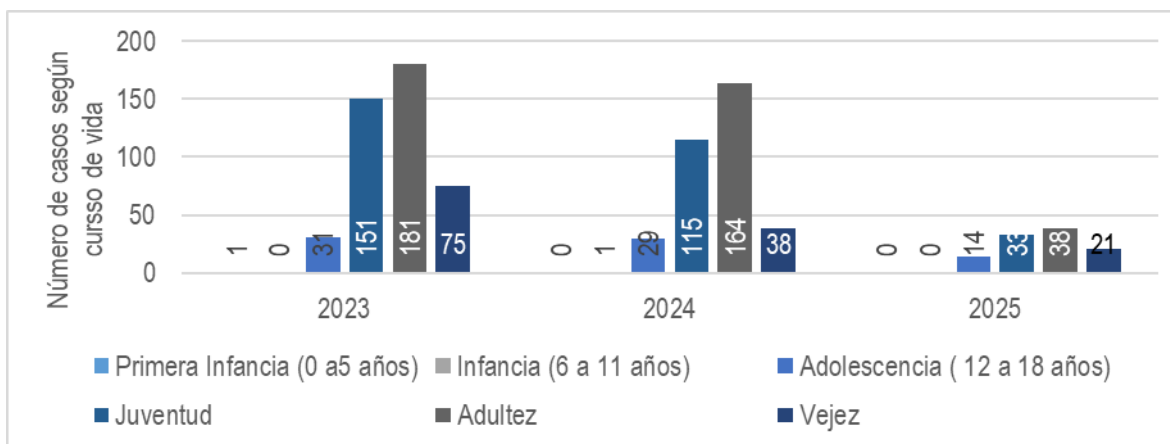
^[1] Información preliminar



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF - a través del Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (GCERN). Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIRDEC 2024* (Información preliminar) sujeta a cambios por actualización.

Por otra parte, el curso de vida en el que ocurren las mortalidades en el quinquenio comprendido entre los años 2023-2025, se evidencia que la mayor frecuencia absoluta acumulada corresponde a los cursos adultez (n=838) y juventud (n=619).

GRÁFICA NO 4. NÚMERO DE CASOS DE SUICIDIO, SEGÚN CURSO DE VIDA.
BOGOTÁ. D.C. AÑOS 2023 –2025

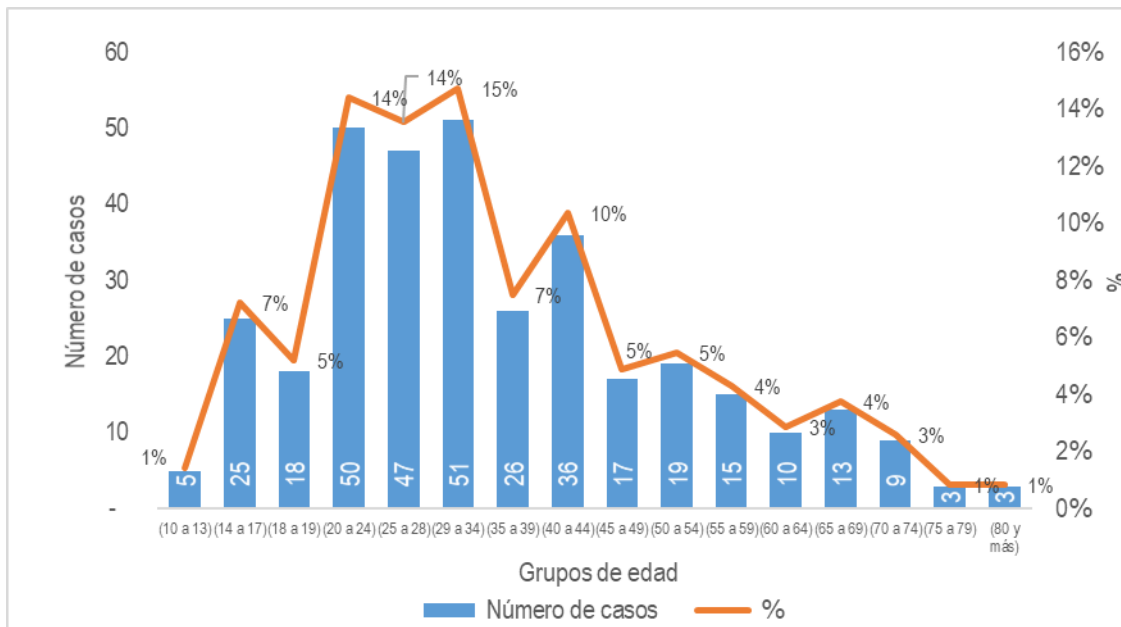


Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF - a través del Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (GCERN). Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIRDEC 2023 – 2025 (Información preliminar) sujeta a cambios por actualización -

Para 2024, se registran 164 (47,26%) mortalidades en adultos y 115 (33,14%) en jóvenes, así mismo al analizar el evento, por grupos de edad (judicial) que presentaron las mayores frecuencias se encuentran en los rangos comprendidos por jóvenes de 20 años a adultos de 34 años concentrando 42,65% (n= 148) suicidios, adicionalmente el grupo de edad comprendido entre los 14 a 17 años presenta 25 eventos (7,20%), y los mayores de 60 años aportan el 10,95 (n= 38) de las mortalidades ocurridas en la ciudad, como se observa en la gráfica 4. Se debe tener cautela al comparar las cifras de estos grupos poblacionales

porque unos abarcan menos de una década de la vida mientras que otros abarcan más de tres décadas.

GRAFICA 5. NÚMERO DE MUERTES POR SUICIDIO CONSUMADO EN BOGOTÁ D.C.
2024



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF - a través del Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (GCERN). Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIRDEC 2024* (Información preliminar) sujeta a cambios por actualización.

Según el subsistema de vigilancia epidemiología de la conducta suicida, como factor desencadenante de la conducta suicida se encuentra insuficientes redes de apoyo social y bajas capacidades de afrontamiento entre la población, baja resolución de problemas y nivel de disfrute y satisfacción en todos los ámbitos de vida de los ciudadanos, que choca con dificultades económicas, problemas familiares o de pareja, fracaso escolar, trastornos mentales no diagnosticados ni tratados. Esto se refuerza por el manejo inadecuado de la información a través de las redes sociales y los medios masivos de comunicación, que se convierte en un desencadenante del suicidio por imitación; el matoneo, la victimización por intimidación y la perpetración (encubrimiento), el acoso cibernético y el estado de minoría sexual con la ideación y los comportamientos suicidas entre los jóvenes, el no acceso oportuno a servicios de salud mental a personas con trastorno mental, la limitada disponibilidad de servicios de escucha y apoyo emocional en situaciones de crisis, la limitada detección temprana de ideación, plan, amenaza e intento suicida, la limitada intervención y gestión del riesgo en casos detectados de ideación, plan, amenaza e intento suicida y el hecho de que el sistema de salud es reactivo frente a la conducta suicida, no se anticipa la situación.

Adicionalmente y en consecuencia de la mortalidad por suicidio a nivel familiar y en la comunidad, se genera una fuerte carga emocional en lo cual aumenta el riesgo de ocurrencia de la conducta suicida en las personas cercanas y sobrevivientes, dado que es una conducta altamente imitable.

- **Conducta suicida no fatal**

La Secretaría Distrital de Salud, cuenta con el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida -SISVECOS-, el cual está definido como el conjunto de procesos dinámicos, integrales e interrelacionados para la recopilación, análisis, interpretación, divulgación y evaluación oportuna de la información de conducta suicida en Bogotá D.C.

En este sentido, desde este subsistema es considerado la fuente oficial de la conducta no fatal en el Distrito Capital, a través del proceso que incluye el reporte de las entidades que conforman la red de notificación a nivel Distrital, entre las cuales se encuentran Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS-S), así como los planteles educativos a través del sistema de alertas de la Secretaría Distrital de Educación, organizaciones comunitarias, canales de atención al ciudadano (líneas y plataformas digitales) y otras entidades del nivel Distrital y Nacional; quienes remiten a la Subred que les compete y posteriormente desde las acciones del subsistema se realiza la investigación epidemiológica de campo, en la cual se realiza, la valoración del riesgo e intervención individual y familiar con el objetivo de mitigar el riesgo de reincidencia y canalización sectorial e intersectorial y monitoreo según corresponda.

De la misma manera, ante el análisis del comportamiento inusual del evento se emiten alertas epidemiológicas con el fin de determinar la focalización de las acciones y atención en los casos individuales y colectivos notificados.

Actualmente, las conductas suicidas que son objeto de la vigilancia corresponden a: ideación suicida, amenaza suicida e intento de suicidio; así mismo la muerte por suicidio es captada por el SISVECOS, sin embargo, es el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), la fuente de información oficial para este evento, tanto a nivel Distrital como Nacional.

Es importante tener presente que los datos relacionados a continuación, corresponden con un análisis descriptivo en variables de tiempo, persona y lugar y que variables tales como localidad y residencia de la persona notificada.

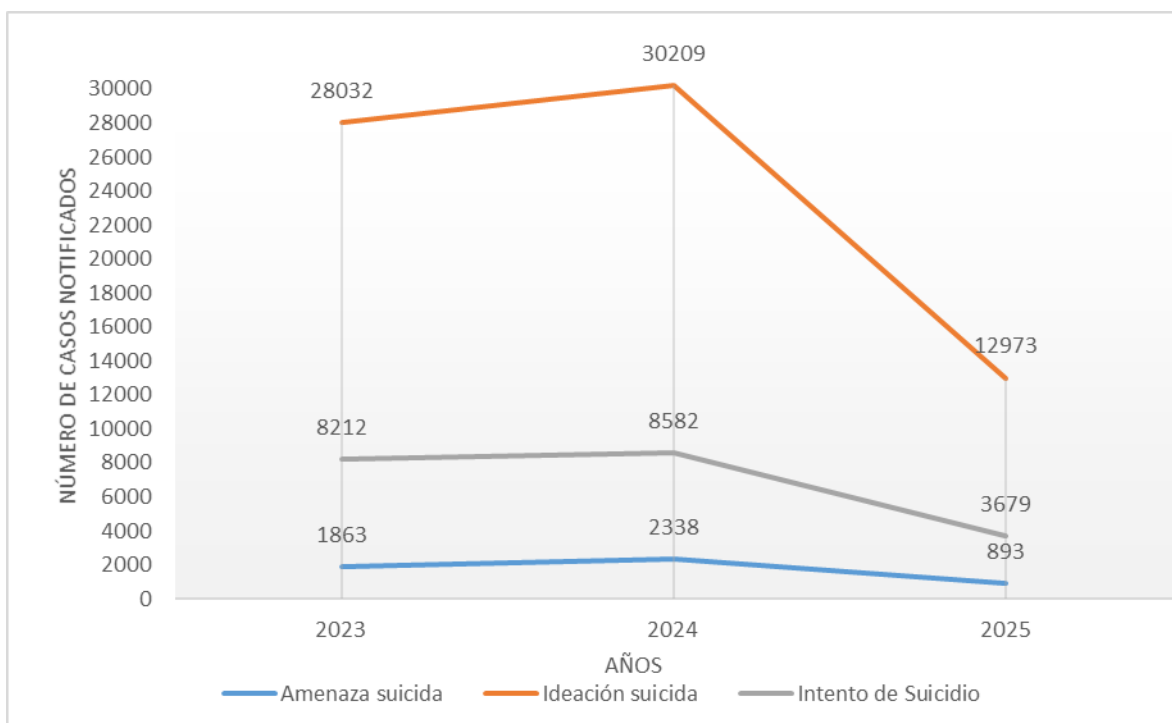
En lo que respecta a los datos de la conducta suicida en el marco de la pandemia por COVID – 19, se ha evidenciado un incremento en el año 2.021 respecto al año 2.020 del 51,20% lo que equivale a 7.653 casos notificados de conducta no fatal (ideación – amenaza – intento), siendo el grupo de edad más afectado el comprendido entre los 15 y 35 años y la tasa para el año 2.021, ya que se registró en 288 casos de conducta no fatal por cada 100,000 habitantes.

Ante el cambio en el comportamiento de los eventos bajo vigilancia del subsistema, se emite la Circular 042 del 19 de agosto 2021 emitida por la Secretaría Distrital de Salud, en la cual, se brindan recomendaciones para la intensificación de las acciones de vigilancia en salud pública, la captación, derivación y atención oportuna de la conducta suicida en el Distrito Capital y orientaciones que permitan garantizar la detección temprana de factores de riesgo y la atención integral a la conducta suicida por parte de Unidades Notificadoras e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Bogotá, D.C. de igual forma se continua monitoreando el comportamiento del evento de forma periódica y se continua con la alerta epidemiológica por conducta suicida.

En el año 2023 se registraron 38.107 eventos de conducta suicida no fatal en Bogotá D.C., lo que representa un incremento del 9,73% ($n=3.380$) en comparación con los 34.727 casos reportados en 2022. Este aumento se observó en las tres tipologías del evento: la ideación suicida pasó de 24.615 casos en 2022 a 28.032 en 2023 (un incremento del 13,88%), los intentos suicidas descendieron de 8.332 a 8.212 (una variación menor del 1,4%), y la amenaza suicida incremento registrando 1.780 a 1.863 casos. A pesar de la disminución global, el patrón de distribución por sexo se mantiene, siendo las mujeres las más afectadas, representando aproximadamente dos de cada tres casos. En cuanto a las localidades, Kennedy ($n=3.485$), Suba ($n=3.377$), Bosa ($n=2.649$), Engativá ($n=2.507$) y Ciudad Bolívar ($n=2.402$) continuaron concentrando la mayor proporción de eventos, manteniéndose como zonas prioritarias para la intervención en salud mental.

Para el año 2024 se registran 41.129 eventos de conducta no fatal, mostrando un incremento del 10,83% ($n=4.022$) frente a la notificación en el año 2023. Respecto a las tipologías de la conducta: la ideación suicida representa el 73,44% ($n=30.209$), seguido de los intentos suicidas con el 20,86% ($n=8.582$) registros y por último se encuentra la amenaza con el 5,68%. ($n=2.338$) eventos. Frente al sexo de las víctimas, se presentan 26.701 (64,92%) registros en las mujeres y 14.428 en los hombres. Respecto a las localidades que acumulan mayor proporción de casos se encuentran la localidad de Suba ($n= 5.856$) con el 14,24 % al igual que la localidad de Kennedy ($n= 5.716$), Bosa ($n=4,445$) y la localidad de Engativá ($n= 4.225$), Ciudad Bolívar con el 8,43% ($n= 3.468$) y Usaquén acumula el 5,60% ($n=2.302$).

GRÁFICO N° 6. COMPARATIVO DE NÚMERO DE CASOS DE CONDUCTA NO FATAL SEGÚN AÑO DE NOTIFICACIÓN. BOGOTÁ D.C. AÑOS 2023 – 2025



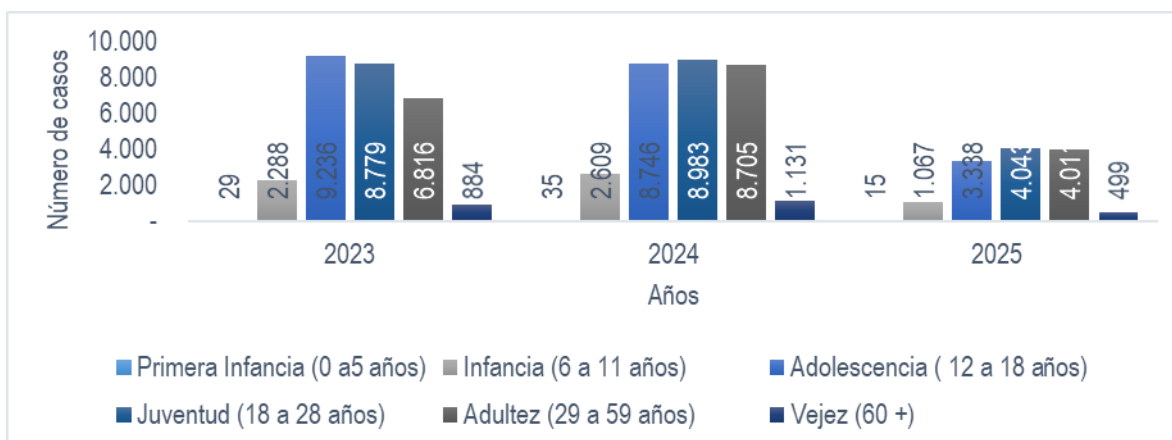
Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Dirección de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública. Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida – SISVECOS -. Bases de datos: Años 2023-2025* (Información preliminar).

- **Ideación Suicida**

La ideación suicida se denomina, en sentido general, al conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte, se refiere al “paso anterior a la actuación y puede que no se manifieste o que se haga a través de amenazas, verbales o escritas” (MSPS, 2018).

Respecto a este evento la ciudad ha recolectado información a través del sistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida (SISVECOS) desde el año 2012. Para los periodos anuales comprendidos entre el 2023 a 2025, se han registrado 71.214 notificaciones de ideación suicida. Observando un incremento sostenido en el evento, el cual presenta una mediana de 28.032 casos notificados por año. De esta conducta el 65,35% se presentó en mujeres, con una razón de sexos de 1 hombre por cada 2 mujeres. Respecto a los grupos de edad en que predomina esta conducta, los más afectados han sido los de jóvenes ($n=21.805$) y adolescentes ($n=21.320$) agrupando el 60,6% de los casos notificados para los periodos anuales anteriormente mencionados.

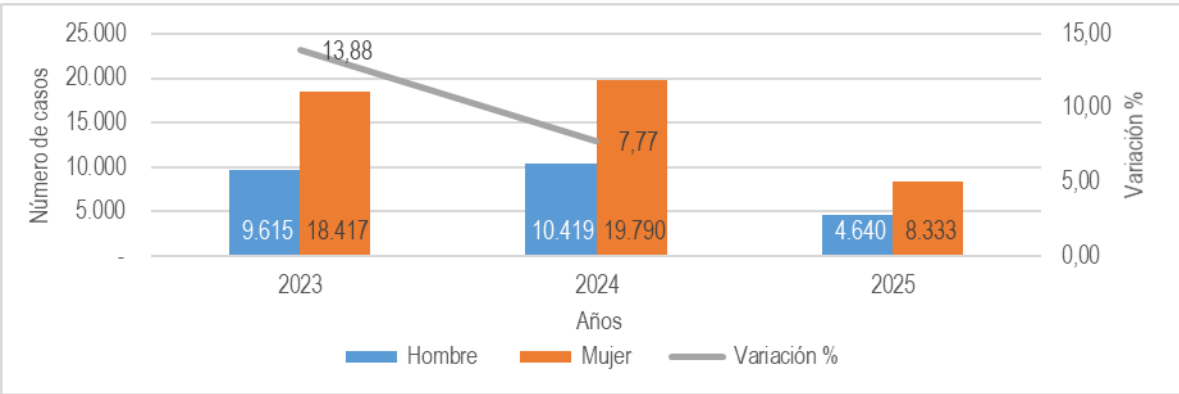
GRÁFICO N°7 COMPARATIVO DE NÚMERO DE CASOS DE CONDUCTA NO FATAL SEGÚN AÑO DE NOTIFICACIÓN. BOGOTÁ D.C. AÑOS 2023 - 2025



Fuente: Secretaria Distrital de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Dirección de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública. Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida – SISVECOS -. Bases de datos: Años 2023-2025* (Información preliminar).

La mediana de variación de casos absolutos de ideación suicida en los periodos comprendido entre los años 2023 a 2024 es de un incremento del 7.7% casos ($n=3.417$).

GRAFICA N°8 NÚMERO DE CASOS DE IDEACIÓN SUICIDA POR SEXO Y VARIACIÓN PORCENTUAL. BOGOTÁ D.C. AÑOS 2023 – 2025



Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Dirección de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública. Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida – SISVECOS -. Bases de datos: Años 2023-2025* (información preliminar)

Respecto al comportamiento por localidades en el último año, las que registran el mayor número de casos, se encuentran en orden descendente las localidades de Kennedy con el 14,39% (n=4.347) Suba con 13,82% (n=4.176), Bosa con 10,49% (n=3.168), Engativá con 9,96% (n=3.008) y Ciudad Bolívar 8,74%. (n=2.641).

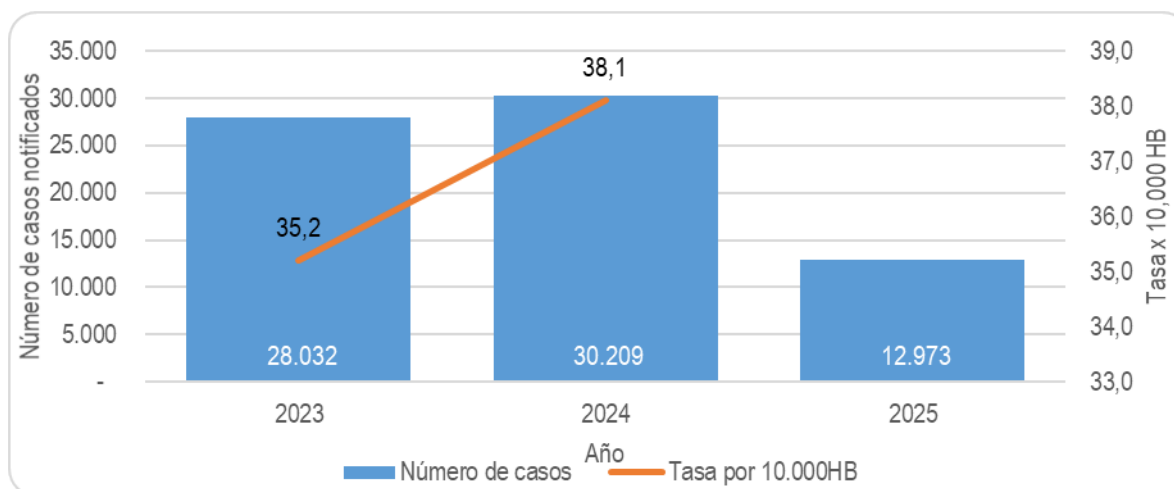
TABLA NO. 8 NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE IDEACIÓN SUICIDA, SEGÚN LOCALIDAD. BOGOTÁ D.C. AÑOS 2023 A 2025.

Localidad	2023	2024	2025
Usaquén	1.375	1.651	784
Chapinero	442	602	261
Santa Fe	490	524	220
San Cristóbal	1.456	1.589	629
Usme	1.724	1.583	754
Tunjuelito	751	717	292
Bosa	2.973	3.168	1.309
Kennedy	4.034	4.347	1.701
Fontibón	1.339	1.479	564
Engativá	2.714	3.008	1.297
Suba	3.645	4.176	1.837
Barrios Unidos	533	616	253
Teusaquillo	688	742	338
Los Mártires	369	391	179
Antonio Nariño	314	320	142
Puente Aranda	958	1.128	454
Candelaria	127	117	45
Rafael Uribe Uribe	1.349	1.379	698
Ciudad Bolívar	2.733	2.641	1.197
Sumapaz	17	12	-
N.A.	1	19	19
Distrito	28.032	30.209	12.973

Fuente: Secretaria Distrital de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Dirección de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública. Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida – SISVECOS -. Bases de datos: Años 2023 – 2025*.

Así mismo la tasa de ideación suicida para el Distrito por 10.000 habitantes en el año 2.023 fue de 35,5 y para el año 2.024 se registró en 38,1. Respecto a la tasa por sexo, las mujeres registran una tasa de 47,9 y los hombres 27,4.

GRÁFICO NO. 9. NÚMERO DE CASOS DE IDEACIÓN SUICIDA Y TASA. BOGOTÁ D.C. AÑOS 2023 – 2025



Fuente: Secretaria Distrital de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Dirección de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública. Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida – SISVECOS -. Bases de datos: Años 2023 -2025* (Información preliminar).

Fuente: DANE- Dirección de Censos y Demografía. Proyecciones derivadas del Censo Nacional de Población 2018.

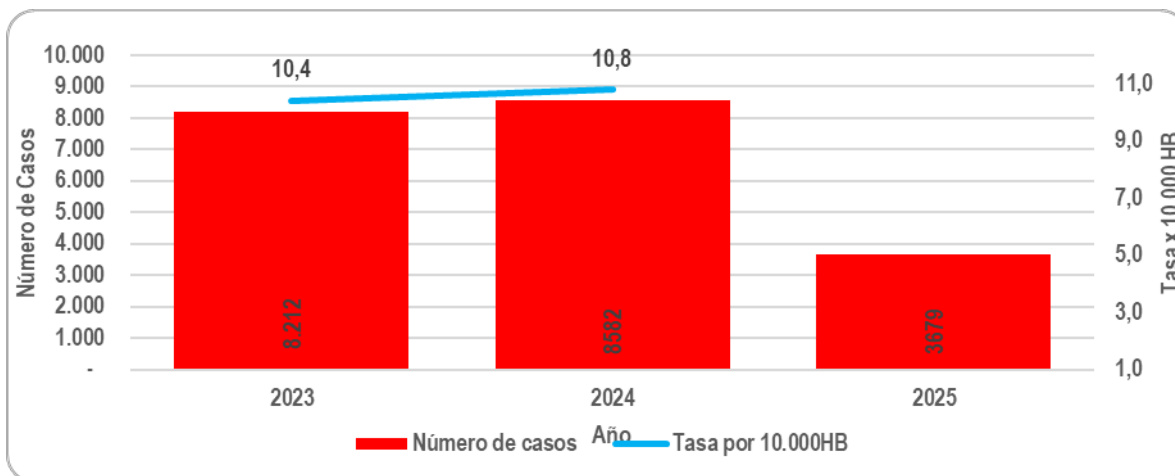
• Intento Suicida

El intento suicida es definido como una “conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método (MSPS, 2016).

En Colombia, desde el año 2016, se hace vigilancia epidemiológica del intento de suicidio, el cual se ha encontrado que es un factor predictivo del suicidio consumado; esto se hace a través del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), sin embargo, desde el año 2012 se monitorea el comportamiento del evento en Bogotá a través del subsistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida SISVECOS.

Presentar un intento de suicidio se considera factor de riesgo para muerte por suicidio. En la ciudad de Bogotá D.C, para el evento de intento suicida en el periodo comprendido entre los 2023 a 2025, se presenta en la ciudad de Bogotá 20.473 notificaciones del evento, siendo el año 2024 en el que se registran mayores frecuencias (n=8.582), con una tasa 10,8 por 10.000 habitantes.

GRÁFICO N° 10. NÚMERO DE CASOS DE INTENTO SUICIDA, SEGÚN PERIODO ANUAL Y TASA. BOGOTÁ D.C. AÑOS 2023 – 2025

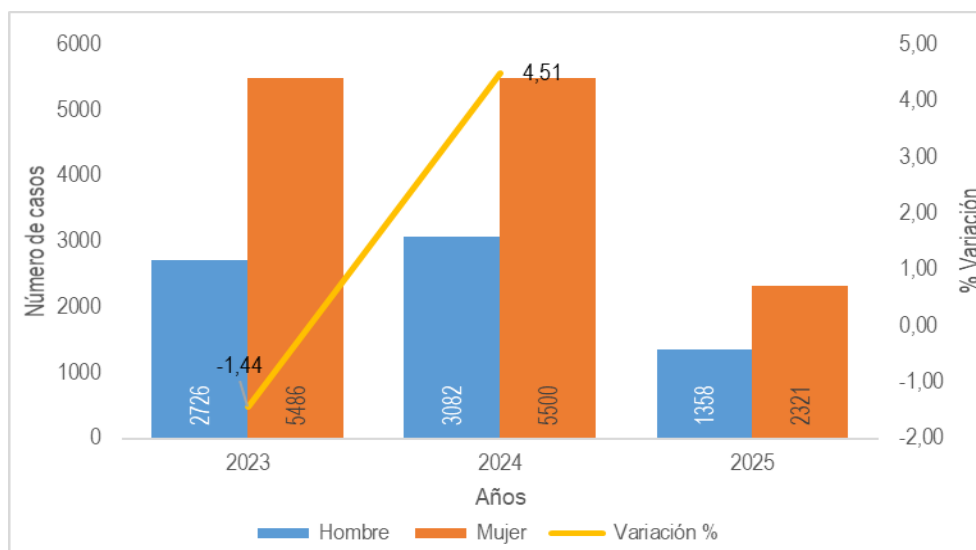


Fuente: Secretaria Distrital de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Dirección de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública. Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida – SISVECOS -. Bases de datos: Años 2023-2025* (información preliminar).

Fuente:: DANE- Dirección de Censos y Demografía. Proyecciones derivadas del Censo Nacional de Población 2018

En este sentido son las mujeres con el 64,08% (n=5.500) quienes aportan la mayor frecuencia del evento, mientras que los hombres aportan el 35,91% (n=3.082), presentándose una razón de 1.7 mujeres por cada hombre que presenta la conducta de intento suicida.

GRAFICA N°11. NÚMERO DE CASOS DE INTENTO SUICIDA POR SEXO Y VARIACIÓN PORCENTUAL. BOGOTÁ D.C. AÑOS 2023 – 2025



Fuente: Secretaria Distrital de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Dirección de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública. Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida – SISVECOS -. Bases de datos: Años 2023 -2025* (Información preliminar).

Las localidades que presentan las tasas más altas de intento suicida durante el año 2024 corresponden a las localidades de: Teusaquillo 16,0 (n=267), La Candelaria 15,8 (n=29), Santa Fe 15,7 (n=169), Los Mártires 14,2 (n=118), Barrios Unidos 14,0 (n=215); en cuanto a la mayor concentración por el número de casos registrados, se ubican: Suba con 1.383

(16,01%), Kennedy registra 1.081 (12,6%), Engativá con 976 (11,4%), Bosa aporta 850 (9,41%) y Ciudad Bolívar 743 (8,92%). Frente al comportamiento en valores absolutos se observa que en las localidades que registran una mayor ocurrencia de intentos suicida en la ciudad, corresponden a Suba con el 16% (n=1.304) seguido de la localidad de Kennedy con un 12% (n= 1.010), Engativá con el 10% (n=843) y Ciudad Bolívar presenta el 9% (n= 659).

TABLA N°9. NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE INTENTO SUICIDA, SEGÚN LOCALIDAD. BOGOTÁ D.C. AÑOS 2023 A 2025.

Localidades	2023	2024	2025
01. Usaquén	479	513	238
02. Chapinero	180	192	91
03. Santa Fe	163	169	54
04. San Cristóbal	466	409	168
05. Usme	476	486	184
06. Tunjuelito	205	165	87
07. Bosa	709	850	332
08. Kennedy	1015	1081	474
09. Fontibón	276	274	123
10. Engativá	919	976	407
11. Suba	1260	1383	570
12. Barrios Unidos	187	215	77
13. Teusaquillo	238	267	100
14. Los Mártires	135	118	66
15. Antonio Nariño	83	85	54
16. Puente Aranda	220	246	114
17. Candelaria	30	29	15
18. Rafael Uribe Uribe	429	440	196
19. Ciudad Bolívar	737	659	314
20. Sumapaz	1	5	0
Sin Dato	4	20	15
Distrito	8.212	8.582	3.679

Fuente: Secretaria Distrital de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Dirección de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública. Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida – SISVECOS -. Bases de datos: Años 2012-2022.

A partir de los datos reportados por el Instituto Nacional de Salud, la tasa de incidencia nacional de intento suicida para el año 2024 corresponde a 67,7 intentos por 100.000 habitantes, encontrándose por encima de la tasa de incidencia Nacional con una diferencia de 40,3 puntos de tasa. Ante estos datos es oportuno aclarar que las definiciones operativas

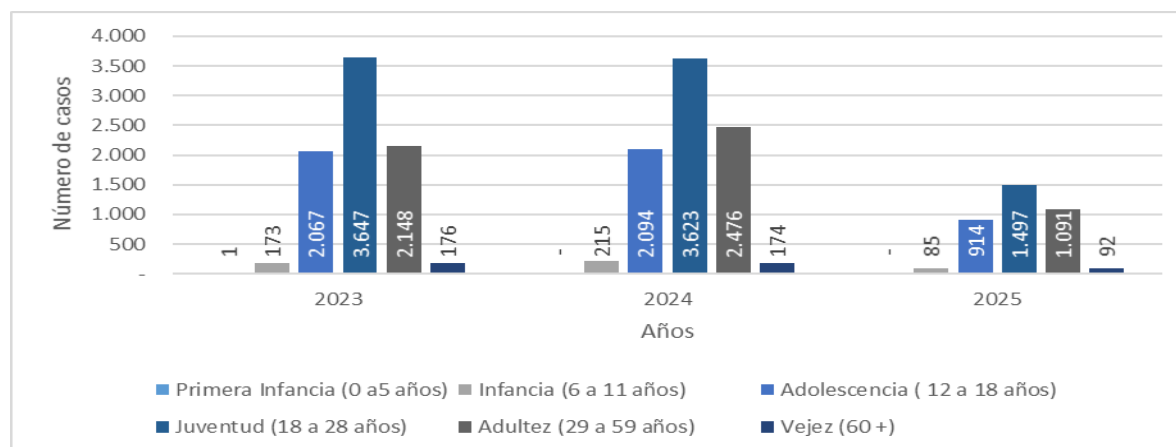
de caso entre la Nación y Distrito presentan diferencias a lo que se atribuyen mayores registros en el Distrito.

Las mayores tasas se concentran en mujeres, en un rango de 13,6 a 13,3 por 10.000 habitantes. Mientras que en los hombres la tasa se encuentra entre 7,2 y 8,1 por 10.000 habitantes para los años 2023 y 2024.

El mecanismo más utilizado para cometer los intentos es la intoxicación o envenenamiento con sustancias como medicamentos y plaguicidas, seguido del uso de armas cortopunzantes.

Respecto al grupo de edad, se evidencia que en el año 2024 se concentran el mayor número de casos en el curso de vida juventud con 3.623 (42,21%) registros, seguido del curso de vida adultez con 2.476 eventos (28,85%) y adolescencia con 2.094 casos (24,39%).

GRAFICA N°12 NÚMERO DE CASOS DE INTENTO DE SUICIDIO, SEGÚN CURSO DE VIDA. BOGOTÁ. D.C. AÑOS 2023 –2025



Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Dirección de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas de Salud Colectiva. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública. Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida – SISVECOS -. Bases de datos: Años 2023-2025* (Información preliminar).

Durante el periodo analizado (2023-2024), se evidenció una alta carga de enfermedad mental, destacándose los trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos (F40-F48), que registraron el mayor número de usuarios y atenciones, con un incremento del 6,06% y 14,93%, respectivamente. Este comportamiento sugiere una creciente demanda de servicios en esta categoría diagnóstica. Asimismo, los trastornos del humor (F30-F39) y los trastornos episódicos y paroxísticos (G40-G47) mantuvieron cifras elevadas, con un aumento significativo en el número de atenciones para este último grupo en 2024. También se observó un incremento importante tanto en el número de personas atendidas como en el volumen de atenciones en la población pediátrica y adolescente, particularmente en los trastornos del desarrollo psicológico (F80-F89) y en los trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen en la infancia y adolescencia (F90-F98), lo que podría indicar un deterioro progresivo de la salud mental en estos grupos etarios.

Un hallazgo relevante fue el aumento considerable de las consultas asociadas a factores sociales y psicosociales. Las atenciones relacionadas con riesgos potenciales por circunstancias socioeconómicas y psicosociales (Z55-Z65) aumentaron un 27,35%. De igual manera, se registraron incrementos en las consultas por otras circunstancias sociales (Z70-Z76) y por antecedentes familiares o condiciones personales que influyen en el estado de salud (Z80-Z99), con un crecimiento del 14,12%. Por otro lado, diagnósticos graves y de curso crónico como la esquizofrenia y los trastornos delirantes (F20-F29), así como los trastornos relacionados con el uso de sustancias psicoactivas (F10-F19), se mantuvieron relativamente estables en cuanto al número de usuarios y atenciones, reflejando una carga constante y sostenida.

En cuanto a los síntomas relacionados con el estado emocional, la percepción, la conducta y la conciencia (R40-R46) presentaron un incremento significativo en ambos indicadores, mientras que las lesiones autoinfligidas intencionalmente (X60-X84) mostraron una disminución marcada, del 18,26% en número de usuarios y del 14,42% en número de atenciones, lo cual podría sugerir una leve mejoría o un posible subregistro en este tipo de eventos.

TABLA N° 10 DEL NÚMERO DE USUARIOS Y ATENCIONES POR PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON LA SALUD MENTAL EN EL PERIODO 2023-2024, EN EL DISTRITO CAPITAL.

	2023	2023	2024	2024
Diagnostico	#Usuarios	#Atencione s	#Usuarios	#Atencione s
A80-A89 Infecciones virales del sistema nervioso central	66	157	50	126
B20-B24 Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	14	28	7	20
F00-F09 Trastornos mentales organicos, incluidos los trastornos sintomaticos	54.445	212.156	60.911	227.958
F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	16.296	63.875	17.111	65.901
F20-F29 Esquizofrenia, trastornos esquizotipicos y trastornos delirantes	20.215	108.265	19.422	106.893
F30-F39 Trastornos del humor [afectivos]	104.081	266.390	108.978	290.631
F40-F48 Trastornos neuroticos, trastornos relacionados con el estres y trastornos somatomorfos	219.697	502.817	233.021	576.384
F50-F59 Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiologicas y factores fisicos	35.504	63.790	34.376	62.195
F60-F69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos	10.969	27.347	11.165	32.155
F70-F79 Retraso mental	17.823	70.473	19.852	72.957
F80-F89 Trastornos del desarrollo psicologico	58.310	164.700	67.263	184.899
F90-F98 Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la ninez y en la adolescencia	53.463	127.694	69.920	167.379

F99-F99 Trastorno mental no especificado	1.796	2.651	1.549	2.198
G10-G14 Atrofias Sistemicas Que Afectan Principalmente El Sistema Nervioso Central	208	1.672	297	1.844
G20-G26 Trastornos extrapiramidales y del movimiento	7.730	41.828	9.422	45.879
G30-G32 Otras enfermedades degenerativas del sistema nervioso	8.271	34.888	9.059	34.062
G40-G47 Trastornos episodicos y paroxisticos	164.617	364.942	199.367	504.776
L80-L99 Otros trastornos de la piel y del tejido subcutaneo	106	153	120	180
N80-N98 Trastornos no inflamatorios de los organos genitales femeninos	6.591	7.798	7.055	8.935
NULL	231.111	448.257	266.656	573.137
O94-O99 Otras afecciones obstetricas no clasificadas en otra parte	21	27	22	46
P00-P04 Feto y recién nacido afectados por factores maternos y por complicaciones del embarazo del trabajo de parto y del parto	1	2	2	2
P90-P96 Otros trastornos originados en el periodo perinatal	4	14		
Q80-Q89 Otras malformaciones congenitas	11	25	4	6
R00-R09 Sintomas y signos que involucran los sistemas circulatorio y respiratorio	12	19	2	2
R40-R46 Sintomas y signos que involucran el conocimiento la percepcion el estado emocional y la conducta	55.926	102.585	70.563	130.567
R47-R49 Sintomas y signos que involucran el habla y la voz	379	580	393	626
R50-R69 Sintomas y signos generales	14.207	34.958	13.974	43.282
T51-T65 Efectos toxicos de sustancias de procedencia principalmente no medicinal	1.464	1.636	1.359	1.595
T66-T78 Otros efectos y los no especificados de causas externas	8.290	30.396	9.156	34.065
U00-U49 Asignacion provisoria de nuevas afecciones de etiologia incierta	4	5	2	2
X60-X84 Lesiones autoinfligidas intencionalmente	892	2.392	730	2.047
X85-Y09 Agresiones	3.004	5.308	3.152	5.672
Y10-Y34 Eventos de intencion no determinada	428	888	447	787
Y85-Y89 Secuelas de causas externas de morbilidad y de mortalidad	101	159	95	143
Z00-Z13 Personas en contacto con los servicios de salud para investigacion y exámenes	111	156	193	330
Z40-Z54 Personas en contacto con los servicios de salud para procedimientos especificos y cuidados de salud	51	58	43	69
Z55-Z65 Personas con riesgos potenciales para su salud relacionados con	74.389	161.727	94.619	205.960

circunstancias socioeconómicas y psicosociales				
Z70-Z76 Personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias	109.579	186.189	125.826	212.476
Z80-Z99 Personas con riesgos potenciales para su salud relacionados con su historia familiar y personal y algunas condiciones que influyen sobre su estado de salud	21.032	29.283	24.571	34.974
<u>Fuente: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS). Bogotá D.C., año 2025, preliminar y susceptible a ajustes (corte: 13/06/2025).</u>				

7. ¿Qué hallazgos específicos destacan en los diagnósticos realizados sobre las afectaciones de salud mental en los diferentes grupos etarios de Bogotá?

En Bogotá, el análisis de los determinantes sociales ha permitido identificar un conjunto de factores de riesgo y condiciones socioeconómicas estructurales que inciden de manera significativa en las afectaciones en salud mental, dentro de los cuales se destaca:

- Desigualdad social y pobreza multidimensional
- Hogares con baja capacidad económica, inseguridad alimentaria, hacinamiento y precariedad laboral.
- Violencias basadas en género, intrafamiliares, comunitarias y urbanas, que afectan especialmente a mujeres, niños, adolescentes y población LGBTIQ+.
- Proporción de jóvenes fuera del sistema educativo o sin acceso a empleo formal, lo cual incrementa sentimientos de desesperanza, frustración y baja autoestima.
- Soledad, aislamiento y pérdida de redes de apoyo; especialmente en personas mayores, cuidadores no remunerados y personas migrantes, lo cual incrementa el riesgo de trastornos depresivos y suicidio.
- Inseguridad y deterioro ambiental que contribuyen a un menor bienestar emocional.
- Problemáticas asociadas al contexto escolar.

Adicionalmente, con base en los hallazgos de los estudios probabilísticos de consumo de sustancias psicoactivas 2022 y de salud mental 2023 desarrollado a través convenio de cooperación técnica suscrito con la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito para la Región Andina y el Cono Sur, así como a través de sus sistemas de vigilancia epidemiológica de eventos prioritarios en salud mental, se identifican los siguientes factores relevantes asociados a los problemas y trastornos mentales y del comportamiento de mayor prevalencia en Bogotá:

- Disfunción familiar moderada en alrededor de la tercera parte de la población (34,62%) y disfunción familiar severa alrededor del (10%) de la población.
- Dentro de los factores desencadenantes de la conducta suicida se han identificado insuficientes redes de apoyo social, bajas capacidades de afrontamiento entre la población, baja resolución de problemas y nivel de disfrute y satisfacción en todos los ámbitos de vida de los ciudadanos que se asocian con dificultades económicas,

problemas familiares o de pareja, fracaso escolar, trastornos mentales no diagnosticados ni tratados.

- Se identificaron factores asociados tales como el hostigamiento o matoneo, la victimización por intimidación, el acoso cibernético la exclusión y estigmatización por orientaciones sexuales no heteronormativas, comportamientos suicidas entre los jóvenes, el no acceso oportuno a servicios de salud mental de personas con trastorno mental, la limitada disponibilidad de servicios de escucha y apoyo emocional en situaciones de crisis, la limitada detección temprana de ideación, plan, amenaza e intento suicida. Adicionalmente y en consecuencia de la mortalidad por suicidio a nivel familiar y en la comunidad, se genera una fuerte carga emocional en lo cual aumenta el riesgo de ocurrencia de la conducta suicida en las personas cercanas y sobrevivientes, dado que es una conducta altamente imitable.
- Esto se refuerza por el manejo inadecuado de la información a través de las redes sociales y los medios masivos de comunicación, que se convierte en un desencadenante del suicidio por imitación; el matoneo, la victimización por intimidación y la perpetración (encubrimiento), el acoso cibernético y el estigma y la discriminación por una orientación sexual no heteronormativa con la ideación y los comportamientos suicidas entre los jóvenes, el no acceso oportuno a servicios de salud mental a personas con trastorno mental, la limitada disponibilidad de servicios de escucha y apoyo emocional en situaciones de crisis, la limitada detección temprana de ideación, plan, amenaza e intento suicida, la limitada intervención y gestión del riesgo en casos detectados de ideación, plan, amenaza e intento suicida y el hecho que hay una debilidad identificada del sistema de salud que es principalmente reactivo frente a la conducta suicida, no siempre se anticipa a la situación. Adicionalmente y en consecuencia de la mortalidad por suicidio a nivel familiar y en la comunidad, se genera una fuerte carga emocional en lo cual aumenta el riesgo de ocurrencia de la conducta suicida en las personas cercanas y sobrevivientes, dado que es una conducta altamente imitable.
- El acceso de bebidas alcohólicas por los menores de edad, en donde se subraya, como lo muestran los resultados del estudio publicado en 2022, que la mediana de inicio de consumo de bebidas es inferior a los 17 años y en el caso del tabaco dicho indicador es cercano a los 16 años.
- En el área de la salud mental resultan frecuentes las interrelaciones entre eventos prioritarios en salud mental. De esta manera la violencia intrafamiliar, la conducta suicida y el consumo de sustancias presentan diversas interrelaciones que aumentan la probabilidad de riesgo en trastornos mentales. Para el caso específico, el trastorno dual que se refiere a la presencia simultánea de un trastorno por consumo de sustancias y un trastorno mental en un individuo. En otras palabras, se trata de la coexistencia de problemas relacionados con el abuso de sustancias y trastornos psiquiátricos. Este concepto reconoce la interconexión entre la salud mental y el abuso de sustancias psicoactivas, ya que ambos pueden influirse mutuamente y complicar el diagnóstico y tratamiento. En general el estudio de salud mental arrojó que, el 8.69% de las personas que tienen algún diagnóstico de trastorno mental o del comportamiento tienen consumo riesgoso o perjudicial de bebidas alcohólicas.
- Fácil acceso a vapeadores y dispositivos de calentamiento del tabaco. El estudio identificó 139.026 consumidores de sustancias psicoactivas a través del uso de

vapeadores, vaporizadores o dispositivos de calentamiento de tabaco en Bogotá. Un dato por considerar son los jóvenes de 12 a 17 años que presentan un 1.13% de consumo al mes (alrededor de 4.285 personas).

- Baja percepción de riesgo de algunas sustancias psicoactivas en donde se destaca una percepción de riesgo del 45% frente al consumo experimental (probar marihuana una o dos veces), siendo mayor esta percepción entre las mujeres (48.33%) que entre los hombres (41.46%).
- La no detección temprana de trastornos en menores de edad asociados a sintomatología en donde se destaca igualmente que los colectivos más vulnerables durante la pandemia fueron los niños, niñas y adolescentes, así como las mujeres.
- En relación con los problemas mentales, comportamentales o cognitivos frecuentemente identificados por padres, madres o cuidadores de niños y niñas se encuentra que: Un 34% de niños y niñas presentan problemas para fijar y mantener la atención; que la prevalencia de niños y niñas que presentan síntomas de ansiedad (se asustan o se ponen nerviosos sin razón) y el 33% presentan dificultades para jugar con sus coetáneos. La detección e intervención oportuna de estos síntomas y su atención integral es imprescindible para evitar el avance de los problemas asociados a la sintomatología en mención. La acción coordinada entre el sector educativo y de salud cobra relevancia en este mismo sentido.
- Dentro de las recomendaciones derivadas del estudio incluyen: Fortalecimiento de la pedagogía y educación en salud mental; fortalecer estrategias de base comunitaria; promover la prevención y atención en salud mental de calidad en el ámbito laboral. Así como fortalecer y mejorar la atención en salud mental en el ámbito educativo.

En ese contexto desde la Secretaría Distrital de Salud y en articulación intersectorial, se ha avanzado en diversos esfuerzos para abordar dichos factores de riesgo; que si bien son estructurales se busca avanzar en su intervención.

Para la prevención de factores de riesgo en salud mental la Secretaría Distrital de Salud ha avanzado en la vinculación de acciones y estrategias en los diferentes entornos de vida cotidiana que se contemplan en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas. En ese sentido desde el entorno hogar los equipos básicos extramurales desarrollan actividades de promoción y gestión del riesgo en salud mental enfocadas al manejo de emociones, promoción de prácticas de crianza y afrontamiento de sucesos vitales además del apoyo en el manejo de eventos de interés en salud mental.

Desde en entorno educativo se desarrollan intervenciones colectivas en salud mental en jardines infantiles, colegios, universidades e instituciones de educación para el trabajo y el desarrollo humano abordando la población mediante el fortalecimiento de habilidades para la vida y la convivencia. También se realizan sesiones colectivas con las familias fortaleciendo temas como manejo de normas, límites, acompañamiento familiar, habilidades socioemocionales entre otros aspectos para un adecuado involucramiento parental. Así mismo, se trabaja con docentes fortaleciendo capacidades para la detección e identificación de signos relacionados con la salud mental y la respuesta necesaria a nivel sectorial e intersectorial.

Desde el entorno comunitario se acompañan procesos para la promoción de la salud mental la convivencia con grupos y comunidades y el desarrollo de grupos de apoyo para el manejo de afectaciones psicosociales y disminución de estigma en salud mental así como estrategias con jóvenes pertenecientes a las barras futboleras que se vinculan en acciones de prevención de violencias, consumo de SPA y promoción de la salud mental.

Desde el entorno laboral se realizan asesorías para la promoción de la salud mental en Unidades de Trabajo Informal (UTIS), niños, niñas y adolescentes trabajadores y población vinculada a Actividades Sexuales Pagadas (ASP), con quienes se fortalecieron prácticas para el buen trato, resolución de conflictos, prevención de la conducta suicida, prevención, reducción de riesgos y daños de consumo de sustancias psicoactivas, reducción del estigma, proyecto de vida, entre otras.

En el entorno institucional se desarrollan sesiones de salud mental con personas institucionalizadas en unidades de protección a poblaciones diferenciales, como Centros Carcelarios y Penitenciarios, unidades de atención a población habitante de calle, Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente, instituciones de protección a personas mayores y centros de protección a la infancia.

Lo anterior sumado a las demás estrategias descritas en los ítems 1 y 2 que recogen las articulaciones intersectoriales que se han avanzado se constituyen en un esfuerzo conjunto por avanzar hacia el abordaje de la salud mental en la ciudad.

8. *¿Qué factores de riesgo y condiciones socioeconómicas fueron identificados como contribuyentes clave a las afectaciones de salud mental en la ciudad? ¿Cómo se están abordando estos?*

En Bogotá, el análisis de los determinantes sociales ha permitido identificar un conjunto de factores de riesgo y condiciones socioeconómicas estructurales que inciden de manera significativa en las afectaciones en salud mental, dentro de los cuales se destaca:

- Desigualdad social y pobreza multidimensional
- Hogares con baja capacidad económica, inseguridad alimentaria, hacinamiento y precariedad laboral.
- Violencias basadas en género, intrafamiliares, comunitarias y urbanas, que afectan especialmente a mujeres, niños, adolescentes y población LGBTIQ+.
- Proporción de jóvenes fuera del sistema educativo o sin acceso a empleo formal, lo cual incrementa sentimientos de desesperanza, frustración y baja autoestima.
- Soledad, aislamiento y pérdida de redes de apoyo; especialmente en personas mayores, cuidadores no remunerados y personas migrantes, lo cual incrementa el riesgo de trastornos depresivos y suicidio.
- Inseguridad y deterioro ambiental que contribuyen a un menor bienestar emocional.
- Problemáticas asociadas al contexto escolar.

A continuación, se describen las condiciones socioeconómicas.

- **Diagnóstico y riesgo de trastorno depresivo**

El 10.92 % de la población ha sido diagnosticada alguna vez en su vida con depresión, el 8.76 % son hombres y el 12.82 % mujeres. El 17.16 % de las personas tiene un probable trastorno depresivo, el 13.85 % de los hombres y el 19.95 % de las mujeres.

Han sido diagnosticadas alguna vez en su vida con depresión: el 2.31 % de los jóvenes; el 10.79 % de los adultos, y el 9.59 % de las personas mayores. Tienen un posible trastorno depresivo o están en riesgo depresivo: el 18.1 % de los jóvenes; el 16.44 % de los adultos y el 18.1 % de las personas mayores.

Han sido diagnosticadas con depresión alguna vez en su vida el 8.64 % de las personas en estrato 1; el 10.27 % de las personas en estrato 2; el 12.06 % de las personas en estrato 3; el 14.32 % de las personas en estratos 4, 5 y 6, y el 4.1 % de las personas en zona rural. Están en riesgo o tienen un posible trastorno depresivo: el 21.69 % de las personas en estrato 1; el 18.87 % de las personas en estrato 2; el 13.9 % de las personas en estrato 3; el 12.46 % de las personas en estratos 4, 5 y 6, y el 7.88 % de las personas en zona rural.

Se registran las mayores prevalencias del diagnóstico con depresión en las localidades de Teusaquillo (17.31 %), Usaquén (17.19 %) y Antonio Nariño (15.15 %). Las localidades donde se registran los altos porcentajes de personas en riesgo o con trastornos depresivos son Santa Fe (22.88%), Ciudad Bolívar (21.33 %) y La Candelaria (21.08 %).

- **Diagnóstico y riesgo de ansiedad generalizada**

El 9.75 % de las personas han tenido alguna vez en su vida un diagnóstico de ansiedad, el 7.8 % de los hombres y el 11.49 % de las mujeres. El 21.78 % de las personas tienen probable riesgo de trastorno de ansiedad generalizada, el 16.01 % son hombres y el 27.03 % son mujeres.

Han recibido alguna vez en su vida un diagnóstico de ansiedad: el 12.79 % de los jóvenes, el 9.5 % de los adultos y el 6.8 % de las personas mayores. Y tienen un posible trastorno de ansiedad generalizada: el 23.57 % de los jóvenes, el 21.24 % de los adultos y el 21.19 % de las personas mayores.

Han recibido alguna vez en su vida un diagnóstico de ansiedad: el 9.22 % de las personas en estrato 1; el 9.28 % de las personas en estrato 2; el 10.6 % de las personas en estrato 3; el 9.96 % de las personas en estratos 4, 5 y 6, y el 1.51 % de las personas en zona rural. A su vez, tienen un posible trastorno de ansiedad generalizada: el 26.48 % de las personas en estrato 1; el 22.63 % de las personas en estrato 2; el 19.85 % de las personas en estrato 3; el 16.72 % de las personas en estratos 4, 5 y 6, y el 8.81 % de las personas en zona rural.

Las localidades de Teusaquillo (15.35 %), Antonio Nariño (15.1 %) y Tunjuelito (13.75 %) presentan las mayores prevalencias de vida en el diagnóstico de ansiedad. Las localidades donde se registran los más altos porcentajes de personas en riesgo o con trastorno de ansiedad generalizada son Santa Fe (29,12 %), Ciudad Bolívar (26.58 %) y Kennedy (25.88 %).

- **Diagnóstico y riesgo de trastorno bipolar**

El 1.67 % de las personas han sido diagnosticadas alguna vez en su vida con un trastorno bipolar, el 1.86 % de los hombres y el 1.41 % de las mujeres tienen este riesgo o trastorno.

El 5.65 % de las personas tienen una indicación positiva para trastorno bipolar, el 6.13 % de los hombres y el 5.19 % de las mujeres.

Han recibido un diagnóstico de trastorno bipolar: el 2.29 % de los jóvenes; el 1.71 % de los adultos; y el 0.79 % de las personas mayores. Tienen riesgo o un posible trastorno bipolar: el 6.39 % de los jóvenes, el 6.29 % de los adultos y el 2.93 % de las personas mayores.

Han recibido un diagnóstico de trastorno bipolar: el 2.06 % de las personas en estrato 1; el 1.82 % de las personas en estrato 2; el 1.11 % de las personas en estrato 3; el 2.77 % de las personas en estratos 4, 5 y 6, y el 1.07 % de las personas en zona rural. Están en riesgo de tener o tienen un posible trastorno bipolar: el 9.16 % de las personas en estrato 1; el 4,9 % de las personas en estrato 2; el 5.57 % de las personas en estrato 3; el 5.78 % de las personas en estratos 4, 5 y 6, y el 2.56 % de las personas en zona rural.

La prevalencia de vida del diagnóstico de trastorno bipolar es de 1.67 % en zona urbana y el 0.88 % en zona rural. En las Informe ejecutivo localidades de Chapinero (8.65 %), Santa Fe (8 %) y Ciudad Bolívar (7.93 %) están los porcentajes más altos de personas con indicación de trastorno bipolar.

- **Ideación suicida**

El 19.02 % de las personas presentan ideas suicidas, el 17.22 % son hombres y el 20.6% son mujeres.

El 28.87 % de los adolescentes presentan ideas suicidas, al igual que el 27.08 % de los jóvenes, el 17.22 % de los adultos y el 9.75 % de las personas mayores.

El 15.74 % de las personas en estrato 1; el 18.73 % de las personas en estrato 2; el 20.58% de las personas en estrato 3; el 19.44 % de las personas en estratos 4, 5 y 6; y el 3.84% de las personas en zona rural presentan ideas suicidas.

En las localidades de Antonio Nariño (30.48 %) y Barrios Unidos (28.54 %) se observan las tasas más altas de personas con ideas suicidas.

- **Diagnóstico de psicosis y esquizofrenia**

El 0.89 % de las personas han sido diagnosticadas alguna vez en su vida con psicosis o esquizofrenia, el 1.45 % de los hombres y el 0.34 % de las mujeres tienen este diagnóstico.

Han sido diagnosticadas con psicosis o esquizofrenia alguna vez en la vida: el 0.52 % de los adolescentes, el 0.62 % de los jóvenes, el 1,1 % de los adultos y el 0.81 % de las personas mayores.

Han recibido un diagnóstico de psicosis o esquizofrenia: el 1.1 % de las personas en estrato 1; el 0.81 % en estrato 2; el 0.89 % en estrato 3, y el 1.22 % en estratos 4, 5 y 6. Las localidades con las mayores prevalencias de vida en el diagnóstico de psicosis son Rafael Uribe Uribe con 3.85 % y Puente Aranda con 1.58 %.

La prevalencia de vida del diagnóstico de psicosis en la zona urbana es del 0.89 % y en la zona rural de 1.25 %.

- **Diagnóstico de demencias**

El 0.52 % de las personas encuestadas han sido diagnosticadas alguna vez en su vida con deterioro cognitivo, demencia o alzhéimer, de las cuales el 0.48 % son hombres y el 0.51 % son mujeres.

Están diagnosticadas con deterioro cognitivo, demencia o alzhéimer: el 0.04 % de los jóvenes; el 0.61 % de los adultos, y el 0.85 % de las personas mayores.

Tienen este diagnóstico: el 1.14 % de las personas en estrato 1; el 0.5 % de las personas en estrato 2; el 0.43 % de las personas en estrato 3, y el 0,06 % de las personas en estratos 4, 5 y 6.

Las prevalencias de vida más altas en el diagnóstico del deterioro cognitivo, demencia o alzhéimer se registran en las localidades de Los Mártires (2.24 %) y Usaquén (1.48 %).

- **Diagnóstico y riesgo de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas**

El 0.66 % de las personas han sido diagnosticadas alguna vez en su vida con un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, que corresponde al 1.24 % de los hombres y el 0.09 % de las mujeres. El 1.26 % de las personas presenta consumo perjudicial de bebidas alcohólicas, el 1.92 % son hombres y el 0.44 % mujeres.

Han recibido el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas: el 0.71 % de los jóvenes; el 0.83 % de los adultos, y el 0.42 % de las personas mayores. El mayor índice en el consumo perjudicial de bebidas alcohólicas se observa en los jóvenes (1.49 %), seguido de los adultos (1.3 %) y las personas mayores (0.92 %)

Han sido diagnosticadas alguna vez en su vida con un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas: el 1.16 % de las personas en estrato 1; el 0.59 % de las personas en estrato 2; el 0.46 % de las personas en estrato 3; el 1.37 % de las personas en estratos 4, 5 y 6, y el 0.42 % de las personas en zona rural. El mayor índice de consumo perjudicial de bebidas alcohólicas se observa en las personas en zona rural con el 3.98 %; le sigue el estrato 1 con 1.9 %; el estrato 2 con 1.72 %; el estrato 3 con 0.58 %, y los estratos 4, 5 y 6 con 0.31 %

Las mayores tasas de prevalencia de vida del diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas se registran en Barrios Unidos (1.49 %) y Antonio Nariño (1.11 %). Las localidades con el mayor índice de consumo perjudicial de alcohol son: Usaquén, con 4.28 %; Chapinero, con 3.54 %, y Santa Fe, con 2.6 %.

Para ampliar la información puede consultarse:

chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcgltclfindmkaj/https://storage.googleapis.com/saludata_de_scargas/Salud_Mental/Estudio%20salud%20mental.pdf

En ese contexto, desde la Secretaría Distrital de Salud y en articulación intersectorial, se ha avanzado en diversos esfuerzos para abordar dichos factores de riesgo; que si bien son estructurales se busca avanzar en su intervención.

Para la prevención de factores de riesgo en salud mental la Secretaría Distrital de Salud ha avanzado en la vinculación de acciones y estrategias en los diferentes entornos de vida cotidiana que se contemplan en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas. En ese sentido desde el entorno hogar los equipos básicos extramurales desarrollan actividades de promoción y gestión del riesgo en salud mental enfocadas al manejo de emociones, promoción de prácticas de crianza y afrontamiento de sucesos vitales además del apoyo en el manejo de eventos de interés en salud mental.

Desde en entorno educativo, se desarrollan intervenciones colectivas en salud mental en jardines infantiles, colegios, universidades e instituciones de educación para el trabajo y el desarrollo humano abordando la población mediante el fortalecimiento de habilidades socioemocionales que promuevan el bienestar y la convivencia. También se realizan sesiones colectivas con las familias fortaleciendo temas como manejo de normas, límites, acompañamiento familiar, habilidades socioemocionales entre otros aspectos para un adecuado involucramiento parental, se fortalecen iniciativas comunicativas con líderes escolares y se implementan acciones de prevención universal en diversos temas relacionados con problemáticas psicosociales, eventos de interés y trastornos mentales. Así mismo, se trabaja con docentes fortaleciendo capacidades para la detección e identificación de signos relacionados con la salud mental y la respuesta necesaria a nivel sectorial e intersectorial y en el bienestar emocional.

Desde el entorno comunitario, se acompañan procesos para la promoción de la salud mental la convivencia con grupos y comunidades y el desarrollo de grupos de apoyo para el manejo de afectaciones psicosociales y disminución de estigma en salud mental, así como estrategias con jóvenes pertenecientes a las barras futboleras que se vinculan en acciones de prevención de violencias, consumo de SPA y promoción de la salud mental.

Desde el entorno laboral, se realizan asesorías para la promoción de la salud mental en Unidades de Trabajo Informal (UTIS), niños, niñas y adolescentes trabajadores y población vinculada a Actividades Sexuales Pagadas (ASP), con quienes se fortalecieron prácticas para el buen trato, resolución de conflictos, prevención de la conducta suicida, prevención, reducción de riesgos y daños de consumo de sustancias psicoactivas, reducción del estigma, proyecto de vida, entre otras.

En el entorno institucional, se desarrollan sesiones de salud mental con personas institucionalizadas en unidades de protección a poblaciones diferenciales, como Centros Carcelarios y Penitenciarios, unidades de atención a población habitante de calle, Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente, instituciones de protección a personas mayores y centros de protección a la infancia.

Lo anterior sumado a las demás estrategias descritas en los ítems 1 y 2 que recogen las articulaciones intersectoriales que se han avanzado se constituyen en un esfuerzo conjunto por avanzar hacia el abordaje de la salud mental en la ciudad.

9. ¿Qué metas cuantitativas y cualitativas ha establecido la Administración Distrital en las diferentes localidades de la ciudad respecto a la reducción de la prevalencia de las afectaciones de salud mental? ¿Cuál es el estado actual?

En el marco del Plan de Desarrollo Distrital “Bogotá Camina Segura” la Secretaría Distrital de Salud, desde el Plan territorial de salud formuló proyectos de inversión a través de los cuales se vinculan las acciones que se desarrollan para aportar a la salud mental de la población. Dichos proyectos son los siguientes y establecen las siguientes metas:

Proyecto 8141: “Fortalecimiento de la Gobernanza y Gobernabilidad de la Salud Pública en el marco de la atención primaria social

- Meta 5: “Implementar el 100% de las acciones del plan de acción de la estrategia intersectorial para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y desde un enfoque de reducción de riesgos y daños abordar la población usuaria, garantizando la participación integral de organizaciones sociales, dispositivos de base comunitaria, asociaciones científicas, universidades y demás actores”
- Meta 32: Implementar y evaluar el 100% del plan de prevención y atención a la conducta suicida en Bogotá D.C.

Proyecto 8143: “Implementación de intervenciones colectivas que promuevan conductas de cuidado priorizando la movilidad segura y saludable Bogotá D.C”.

- Meta 1: Implementar el 100% de acciones del plan distrital de seguridad vial a cargo del sector salud para la promoción de comportamientos de cuidado reducción del riesgo de perder vidas y sufrir lesiones graves en las vías, incluyendo lo relacionado con la movilidad activa y sostenible

Proyecto 8147: Implementación de acciones del sector salud para la prevención y atención de diferentes formas de violencia intrafamiliar y de género a través de un plan de acción Bogotá D.C.

- Meta 1: Lograr el 100% de implementación de las acciones para la prevención y atención de la violencia intrafamiliar el maltrato infantil y la violencia sexual.

Las metas anteriormente descritas se gestionan desde el nivel central, por lo cual no se cuenta con metas para cada una de las localidades no están formuladas en términos de reducción de prevalencias en las afectaciones de la salud mental; sin embargo, son las orientadoras para la concreción de las acciones a incorporar en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas que se implementa a través de las Subredes Integradas de Servicios de Salud. En ese sentido, a continuación, se describe el estado actual de la implementación de las mismas:

TABLA 11: ESTADO ACTUAL DE LAS METAS DE SALUD MENTAL

Proyecto de Inversión	Meta	Estado actual	
		Ejecutado Dic 2024	Ejecutado Marzo 2025

8141: "Fortalecimiento de la Gobernanza y Gobernabilidad de la Salud Pública en el marco de la atención primaria social"	Meta 5: "Implementar el 100% de las acciones del plan de acción de la estrategia intersectorial para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y desde un enfoque de reducción de riesgos y daños abordar la población usuaria, garantizando la participación integral de organizaciones sociales, dispositivos de base comunitaria, asociaciones científicas, universidades y demás actores"	83%	24,9%
	Meta 32: Implementar y evaluar el 100% del plan de prevención y atención a la conducta suicida en Bogotá D.C.	100%	21,4%
8143: "Implementación de intervenciones colectivas que promuevan conductas de cuidado priorizando la movilidad segura y saludable Bogotá D.C."	Meta 1: Implementar el 100% de acciones del plan distrital de seguridad vial a cargo del sector salud para la promoción de comportamientos de cuidado reducción del riesgo de perder vidas y sufrir lesiones graves en las vías, incluyendo lo relacionado con la movilidad activa y sostenible	100%	24,9%
8147: Implementación de acciones del sector salud para la prevención y atención de diferentes formas de violencia intrafamiliar y de género a través de un plan de acción Bogotá D.C.	Meta 1: Lograr el 100% de implementación de las acciones para la prevención y atención de la violencia intrafamiliar el maltrato infantil y la violencia sexual.	83%	24,9%

Fuente: Segplan. Información preliminar con corte a diciembre 2024 y marzo 2025

10. ¿Cómo se ha gestionado la asignación de personal especializado en salud mental para Bogotá? ¿Existen brechas en la disponibilidad de estos profesionales?

Con relación a la asignación de personal especializado en salud mental para la población del Distrito Capital, es importante precisar que, la Resolución 3100 de 2019⁴ del Ministerio de Salud y Protección Social define en el estándar del talento humano, el perfil de los profesionales que se requieren para cada servicio; y cada Institución Prestadora de servicios de Salud-IPS gestiona su talento humano de acuerdo con sus estudios de capacidad instalada, para la garantía de la prestación de los servicios de salud.

Por su parte, la Secretaría Distrital de Salud ha venido desarrollando un proceso de desarrollo de capacidades del talento humano en salud mental, a partir de las asistencias técnicas y jornadas de fortalecimiento de competencias las cuales tienen como objetivo brindar los elementos necesarios, oportunos y de calidad que permitan a las personas con problemas o trastornos mentales poder manejar o resolver su condición a partir de una práctica clínica con evidencia científica y de un talento humano que tenga el nivel de

⁴ Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

conocimiento y experiencia para el desarrollo de intervenciones eficaces y resolutivas; dentro de las cuales se incluye una variedad de temas acordes a las necesidades que se van identificando, así mismo el desarrollo de documentos técnicos que permiten orientar el acompañamiento y asistencia técnica a todas las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS, con el fin de que se preste un servicio integral e interdisciplinario a las personas con alguna afectación en salud mental.

Para el año 2024, se realizaron 107 asistencias técnicas de acuerdo con la tipología de orientación técnica, a 17 EAPB autorizadas para operar en Bogotá, a IPS priorizadas que hacen parte de su red de prestadores y a instituciones con objeto social diferente y otros sectores con un total de 5036 participantes. En el año 2025, con corte a mayo, se han realizado 48 asistencias técnicas, con un total de 5.113 participantes.

11. *¿Qué tipo de retroalimentación ha recibido la Administración Distrital de los usuarios de los servicios de salud mental en la ciudad? ¿Cómo se han utilizado estos comentarios para mejorar la prestación de servicios?*

Durante el año 2023, la Secretaría Distrital de Salud, en coordinación con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga, desarrolló el primer Estudio de Salud Mental en Bogotá, con el propósito de aportar a la ciudad información sobre el estado de la salud mental de la población y, conforme a ello, contribuir a la toma de decisiones basada en evidencia, para la implementación de políticas, planes y programas orientados a mejorar las condiciones de vida y la salud mental de sus habitantes.

Para este estudio se utilizó una metodología mixta que implicó la aplicación de 15.151 encuestas en hogares de las 20 localidades de la ciudad y el desarrollo de grupos focales y entrevistas a profundidad con 369 personas, permitiendo recabar información sobre aspectos como la percepción de las personas sobre su salud mental; riesgos o indicios de trastornos mentales, trastornos mentales diagnosticados; consecuencias de la pandemia de COVID-19 en la salud mental; determinantes sociales de la salud mental, y demanda de atención y acceso a servicios de salud mental, entre otros.

Acorde a ello, se destacan los siguientes resultados con relación a la prestación de los servicios:

- Con relación a la experiencia de las personas encuestadas con los servicios de salud mental, fue posible notar que al 16,74% de estas se les había negado la admisión a ciertos servicios y desconocían la razón, y al 41,38% le había resultado difícil acceder a la atención principalmente por cuestiones como largos tiempos de espera para la asignación de citas y demoras en las autorizaciones.
- Frente a la calidad de la atención, el 64.08 % de las personas consideran que el tiempo de la consulta fue “adecuado o suficiente”; el 58.19 % de las personas califican el servicio como “bueno o muy bueno”; el 23.72 % como “regular”, y el 18.09 % como “malo o muy malo”.

De conformidad a lo anterior, la Secretaría Distrital de Salud, comprometida con el objetivo misional de brindar acompañamiento y asistencia técnica, ha venido desarrollando un

proceso de generación de capacidades del talento humano en salud mental, a partir de las asistencias técnicas y jornadas de fortalecimiento de competencias las cuales tienen como objetivo brindar los elementos necesarios, oportunos y de calidad que permitan a las personas con problemas o trastornos mentales poder manejar o resolver su condición a partir de una práctica clínica con evidencia científica y de un talento humano que tenga el nivel de conocimiento y experiencia para el desarrollo de intervenciones eficaces y resolutivas; dentro de las cuales se ha incluido varios temas como señales de alarma, primeros auxilios psicológicos, eventos prioritarios en salud mental, adherencia terapéutica, entre otros, como elementos claves para la identificación temprana del riesgo y derivación a la ruta de riesgo a fin de garantizar la atención integral que dé respuesta a las necesidades de la población con algún tipo de afectación en su salud mental.

12. ¿Cómo se ha coordinado la Secretaría Distrital de Salud con otras entidades del distrito, ONGs y la comunidad en la evaluación y seguimiento de los programas de salud mental?

La Secretaría Distrital de Salud ha venido fortaleciendo la coordinación con diferentes actores en el marco de la implementación de la Política Pública de Salud Mental 2023–2032, alineada con el Modelo de Salud MAS BIENESTAR, y en términos de relacionamiento con organizaciones desde el pilar de intersectorialidad para el bienestar. En este esfuerzo, la SDS también ha consolidado una estrategia de cooperación y asuntos internacionales, orientada a “Crear y fortalecer alianzas estratégicas entre la Secretaría Distrital de Salud y actores locales, nacionales e internacionales para la formulación, implementación y seguimiento de proyectos, la adhesión a redes, y el intercambio de conocimiento por medio de las buenas prácticas, para la prevención y la atención en salud”⁵. Además, a través del Modelo MAS Bienestar ha promovido la gestión intersectorial, comunitaria y participativa para garantizar el seguimiento de las estrategias de salud mental en Bogotá, con acciones que integran el trabajo con otras entidades del distrito, organizaciones y comunidades locales.

Esta coordinación se ha establecido a través de espacios formales de coordinación y articulación como en el Consejo Consultivo Distrital de Salud Mental y sus mesas técnicas de trabajo donde se ha establecido planes de acción con participación de entidades como Secretaría de Educación Distrital, Secretaría de Integración Social, Secretaría de Cultura y Secretaría de la Mujer; así mismo la participación de agremiaciones, representantes de organizaciones sociales y comunitarias y asociaciones de pacientes.

En esta instancia, se realiza seguimiento a la implementación de la políticas, planes y procesos de salud mental que se adelantan en el distrito y se realiza recaban recomendaciones para favorecer el desarrollo de los mismos.

Así mismo se ha favorecido la articulación de la Academia en la firma y desarrollo de un pacto por la salud mental en entornos educativos y prácticas formativas como una de las estrategias para fortalecer la salud mental en población joven en el marco de los servicios de bienestar, fomento del cuidado en la comunidad académica, desarrollo de estrategias de comunicación y construcción de estrategias y rutas reconociendo los convenios docencia-servicio.

⁵ Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2025). *Lineamiento de cooperación y asuntos internacionales (Versión 2, Código SDS-PES-LN-003)*. <https://www.sds.gov.co/>

Coordinación de acciones con estrategias para mitigar la violencia y las riñas dentro y fuera de los escenarios deportivos por medio de actividades enfocadas a la promoción de hábitos de vida saludables, salud mental y convivencia fortaleciendo habilidades y capacidades en población perteneciente a las barras futboleras impactando también en la mitigación del consumo de sustancias psicoactivas y conductas de riesgo como la conducta suicida contando con líderes de 6 barras futboleras como gestores que movilizan la estrategia y articulan con líderes distritales y profesionales para el desarrollo de las distintas acciones; estas estrategias son realizadas desde el sector salud y articuladas localmente según se posibilite con la Secretaría de Gobierno, Secretaría de Seguridad Convivencia y Justicia, Policía Comunitaria y Alcaldías Locales en los Consejos Locales y Mesas Locales de Barras entre otras entidades.

13. Detalle cuál es el avance acumulado al primer semestre de 2025 en los indicadores estratégicos definidos en el Plan de Acción de la PPDSM 2023– 2035, desagregados por componente (promoción, prevención, atención, rehabilitación) y por localidad, particularmente en relación con:

- a. La cobertura de programas de promoción de la salud mental comunitaria.*
- b. La tasa de atención efectiva en situaciones de crisis psicosocial.*
- c. La implementación de acciones de cuidado en entornos escolares y laborales.*

El seguimiento a la implementación del plan de acción de la política de salud mental se realiza de manera articulada con la Secretaría Distrital de Planeación en los tiempos, procedimientos y herramientas establecidas por dicha entidad en el marco de la guía de implementación y seguimiento de políticas pública de la ciudad. En ese sentido la periodicidad de seguimiento a la implementación de los planes de acción se realiza de manera semestral en cuanto a productos y resultados y de manera anual en torno a seguimiento financiero.

En ese sentido, la información que se tiene disponible es aquella con corte a diciembre 2024, dado que lo correspondiente al primer semestre de 2025 se empieza a consolidar en el mes de julio.

Sumado a lo anterior, se aclara que el avance acumulado de la implementación del plan de acción de la política se realiza sobre los indicadores de producto y resultados concertados, cuya estructura se encuentra bajo la lógica de los tres objetivos específicos y no corresponde a los componentes que se indagan en este ítem (*promoción, prevención, atención, rehabilitación*) ni a aspectos relacionados con cobertura de programas de promoción de la salud mental comunitaria, tasa de atención efectiva en situaciones de crisis psicosocial o implementación de acciones de cuidado en entornos escolares y laborales.

A partir del seguimiento realizado publicado en la página de la Secretaría Distrital de Planeación en el enlace: https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/informe_seguimiento_pp_salud_mental_s2-24.pdf se encuentra “Para el corte a diciembre 31 de 2024, el avance acumulado de la política alcanzó un 42.72%. Entendiendo que la trayectoria ideal de implementación debería ser de 43.01% de avance, actualmente tiene una brecha negativa de 0.3%”.

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá cuenta con el Lineamiento de Regulación Médica de Urgencias y Emergencias cuyo objeto es conocer la información suficiente relacionada con el estado clínico del paciente, para definir el tipo del incidente, la prioridad a asignar a la solicitud y las acciones a seguir, en él se describe la nosología de las solicitudes de los usuarios del Distrito Capital de la Línea de Emergencias 123 transferidas al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, entre ellas se encuentran tipos de incidentes para la atención en salud de pacientes con problemas y trastornos en salud mental.

Estos incidentes son atendidos acorde a la Regulación Médica de Urgencias y Emergencias cuyo alcance inicia desde el ingreso de la solicitud del usuario de la Línea de Emergencias 123 al Centro Operativo hasta la obtención de la información para la clasificación y definición de la conducta del incidente, que, para algunos casos, se adelanta de manera paralela, es decir, atención vía telefónica con el llamador y visualización del incidente en la pantalla de médico regulador y despachador del vehículo de emergencia, para el despacho del vehículo de emergencia disponible.

El resultado de estas intervenciones consiste en la respuesta de manera oportuna a las personas que han sufrido una alteración aguda de su integridad física o mental en lugares públicos y/o privados en el Distrito Capital, por medio de la coordinación y regulación por parte del Centro Regulador de Urgencias, Emergencias – CRUE.

Durante el periodo de enero a abril de 2025, se realizaron 6.310 atenciones para los incidentes de salud mental (Amenaza de Suicidio, Intento de Suicidio, Maltrato, Trastorno Mental y Violencia Sexual) reportados al CRUE a través de la línea de emergencias 123.

Las atenciones correspondieron a valoraciones y traslados a servicios de urgencias por parte de los equipos de ambulancias y valoraciones de los pacientes por parte de los equipos de los vehículos de salud mental (psicólogos) y vehículos de atención médica de urgencias (médico)

Se estimó la tasa de las atenciones para los incidentes de salud mental, para la ciudad fue de 8 por cada 10.000 habitantes. Por localidad se identificaron las tasas más altas en La Candelaria de 19 por 10.000 habitantes, Los Mártires de 18 por 10.000 habitantes, Antonio Nariño 15 por 10.000 habitantes, entre otras.

TABLA 12. ATENCIONES APH, INCIDENTES DE SALUD MENTAL, LÍNEA 123. CRUE - SDS, ENE - ABRIL 2025

LOCALIDAD	Ambulancias	vehículos salud mental	vehículos atención médica de urgencias	Total, Atenciones	Proyecciones Población 2025	Tasa por 10.000 habitantes
ANTONIO NARIÑO	93	25	1	119	79.758	15
BARRIOS UNIDOS	129	40	1	170	139.756	12
BOSA	419	201	3	623	767.340	8
CHAPINERO	79	28	0	107	163.693	7
CIUDAD BOLÍVAR	400	168	1	569	680.206	8
ENGATIVÁ	468	166	7	641	827.379	8
FONTIBÓN	202	60	3	265	391.475	7

KENNEDY	565	200	7	772	1.080.598	7
LA CANDELARIA	26	4	2	32	16.801	19
LOS MÁRTIRES	117	31	1	149	83.987	18
PUENTE ARANDA	205	64	3	272	251.711	11
RAFAEL URIBE URIBE	245	104	1	350	379.109	9
SAN CRISTÓBAL	290	116	1	407	401.414	10
SANTA FE	111	33	2	146	113.387	13
SUBA	540	211	13	764	1.246.637	6
SUMAPAZ	0	0	0	0	3.649	0
TEUSAQUILLO	131	40	0	171	157.566	11
TUNJUELITO	138	49	3	190	177.370	11
USAQUÉN	167	73	3	243	572.925	4
USME	232	87	1	320	403.137	8
Bogotá D.C	4.557	1.700	53	6.310	7.937.89	

Fuente: Base datos DYT Sidcrue, - Saludata <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/poblacion-de-bogota-d-c-2005-2035/>

14. *¿Qué intervenciones intersectoriales con enfoque diferencial se han implementado entre 2024 y 2025 para garantizar el acceso efectivo a servicios de salud mental en poblaciones priorizadas (niñez, adolescencia, personas en situación de discapacidad, víctimas del conflicto armado, comunidad LGBTIQ+, personas mayores, habitantes de calle), y qué indicadores evidencian el impacto positivo o brechas persistentes en estas intervenciones? **Con la respectiva explicación o análisis cualitativo, remita la información cuantitativa de soporte en hoja de cálculo editable.***

Las intervenciones concertadas con los otros sectores que se contemplan en el marco del plan de acción de la política de salud mental reconocen el enfoque poblacional y diferencial para el desarrollo de procesos con la comunidad; así como los procesos de promoción de la salud mental y prevención de eventos y trastornos en salud mental que se viabilizan a través del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PSPIC - a través del cual se cuenta con el Sistema de Referencia y Contrarreferencia es cual es una herramienta para la activación de rutas y canalizaciones, constituyéndose en el proceso mediante el cual se garantiza la continuidad de la atención en el sector y en otros sectores a las personas, familias y comunidades a quienes les fueron identificados riesgos, necesidades y situaciones desde las acciones colectivas por medio de la aplicación de diferentes tecnologías. La canalización hace parte de una acción resolutoria del PSPIC.

La canalización como procedimiento resolutorio compuesto contempla acciones orientadas a gestionar el acceso efectivo de las personas, familias y comunidades a los servicios sociales y de salud, el cual se complementa con otras acciones del PIC, con intervenciones individuales del Plan de Beneficios en Salud PBS a cargo de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y con otros actores tanto del sector salud como de otros sectores.

En relación con activación de rutas integrales de atención en salud – RIAS - es de indicar que a través de SIRC se realiza el monitoreo a tres rutas relacionadas:

- RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas.
- RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones.
- RIAS para población con riesgo o presencia de trastornos psicosociales y del comportamiento.

En ese sentido, para el año 2024 se realizaron 73.909 activaciones en las tres RIAS a 57.629 personas distribuidas de la siguiente manera: primera infancia 3.8%, infancia 11.4%, adolescencia 22.5% juventud 22.7%, adultez 29.4% y vejez 10.1%

En cuanto a las activaciones de las RIAS el 66.24% se realizaron mujeres, el 33.75% a hombres y el 0.01% a población intersexual. El 0.5% se identifica con alguna etnia y el 7,2% hace parte de alguna población diferencial incluida población migrante y con discapacidad.

En relación con el acceso efectivo este incluye la gestión que realizan las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio para garantizar que los usuarios canalizados puedan recibir las intervenciones requeridas a nivel individual lo cual incluye el contacto y el agendamiento de cita según necesidad. La efectividad de la gestión contempla la programación de la atención, la inasistencia del usuario o la no aceptación del servicio, programa, proyecto o beneficio ofertado (la cual no se constituye en una falta de gestión por parte de la EAPB) y el usuario atendido (Soporte del servicio de salud al que accedió la persona, familia o comunidad). En ese contexto y a partir de la información del SIRC para el año 2024 el 82% de las personas canalizadas tuvieron acceso efectivo.

Acorde a lo solicitado en el requerimiento, se adjunta la información cuantitativa de soporte en hoja de cálculo editable (Ver Anexo pregunta 14 - Reporte indicador Canalizaciones 2024)

15. Informe, ¿cuáles son las principales barreras institucionales, financieras o técnicas identificadas en la implementación del Plan de Acción 2024–2025 de la PPDSM, y cuáles son los planes de mejora o medidas de ajuste adoptadas por la administración distrital para garantizar el cumplimiento de las metas del plan en los tiempos establecidos?

La Secretaría Distrital de Salud a través de la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud de esta entidad, en el marco del producto 1.3.6 “Disminución de barreras de acceso en salud mental por parte de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB”, se han identificado barreras técnicas e institucionales que dificultan la gestión oportuna de los casos que requieren acceso a la Ruta de Atención en Salud Mental, a la Ruta de Consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) y/o a la Ruta de atención por violencias. Estas barreras impactan negativamente los tiempos de respuesta establecidos y el acceso continuo a los tratamientos. Las principales dificultades son:

1. Demoras en el agendamiento de citas con perfiles de psiquiatría y psicología en la Ruta de Salud Mental y/o SPA, lo que retrasa el inicio o la continuidad del tratamiento de los usuarios.

2. Déficit de especialistas en psiquiatría infantil en el Distrito Capital, lo que limita la atención oportuna de menores de edad que requieren valoración especializada o controles en salud mental o consumo de SPA.

A pesar de estas limitaciones, la Dirección de Aseguramiento de esta Secretaría, ha gestionado el 100% de los casos reportados con barreras de acceso, permitiendo su ingreso o continuidad en el tratamiento conforme a criterios de pertinencia clínica y diagnóstica. Las solicitudes se reciben a través de canales como Bogotá Te Escucha, PQRS, correos electrónicos institucionales y plataformas como Agilsalud, lo que ha permitido dar respuesta efectiva en articulación con las EAPB para resolver los casos.

En el marco de la implementación del plan de acción de la política se ha logrado dar cumplimiento a las metas establecidas. Acorde a lo reportado en el ítem 13 se ha avanzado en 42.72% de los 43.01% contemplados en la trayectoria ideal a diciembre de 2024.

Al comparar la trayectoria ideal contra el avance acumulado se puede encontrar una brecha negativa lo cual significa que hay 2 productos con cumplimiento bajo respecto a lo inicialmente programado.

Durante el periodo de análisis, se identificó como productos con bajo nivel de cumplimiento la Estrategia Intersectorial de Rehabilitación Basada en la Comunidad en salud mental, la cual presentó una subejecución en relación con la meta programada. Aunque se logró una participación total de 8.219 personas durante el año 2024 en los grupos de apoyo comunitario —que atienden a personas con afectaciones psicosociales, depresión, ansiedad, conducta suicida, entre otras situaciones—, se reporta que la estrategia se encuentra en una fase de reestructuración con el objetivo ajustar el modelo de intervención comunitaria con base en la mejor evidencia disponible para fortalecer su operatividad en los territorios. A pesar del rezago en el cumplimiento, se reconoce que esta revisión técnica y operativa forma parte de un plan de mejora que permitirá consolidar la estrategia en el mediano y largo plazo.

Frente al producto de Instancias de participación local en torno a la salud mental, que no presenta ejecución a la fecha se reporta que tiene meta programada a partir del año 2025.

16. Explique cuantitativa y cualitativamente cómo contribuye el programa Escuela con Emociones al logro de las metas y objetivos de la PPDSM.

Como se indicó en el ítem 2, el Programa Escuela con Emociones es una apuesta del sector educación para fortalecer la salud mental en la comunidad educativa. Este programa contribuye al desarrollo de lo contemplado las metas y objetivos de la política pública de salud mental en la medida que favorece el desarrollo de acciones cuidadoras de la salud mental y el bienestar emocional, fortalece el desarrollo de estrategias de afrontamiento, gestión emocional, habilidades socioemocionales y capacidades tanto en la población de estudiantes como docentes y orientadores.

Esto contempla procesos de fortalecimiento, activación de rutas de atención ante la identificación de riesgos, articulación con los Subsistemas de vigilancia epidemiológica, prevención de eventos prioritarios como la conducta suicida y jornadas de promoción de salud mental en el entorno educativo; aspectos todos contemplados en la política de salud mental.

17. *Sírvase indicar ¿cuántos profesionales están implementando el programa de Escuela con Emociones?*

El programa Escuela con Emociones está en cabeza de la Secretaría de Educación del Distrito, por lo cual esta Secretaría no cuenta con la información para dar respuesta a la pregunta.

18. *Por favor, presentar las acciones que se han implementado en las subredes integradas de servicios de salud para poner en marcha las rutas integrales de atención en salud mental, entre 2015 y lo corrido de 2025. Además, de los informes de seguimiento a esta implementación e información relacionada con los principales avances y obstáculos.*

El aporte desde las acciones de promoción de la salud mental y prevención de eventos y trastornos mentales contempladas en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas para poner en marcha las rutas integrales de atención en salud mental se centra en los procesos de canalización a la atención individual cuando se identifican necesidades en torno a problemas o trastornos mentales. Este proceso se viene dando a través de la articulación del SIRC (Sistema de Referencia y Contrarreferencia) el cual es un instrumento de gestión operativa que permite organizar, coordinar y asegurar la continuidad en la atención de los usuarios del sistema de salud, especialmente cuando estos requieren ser atendidos en diferentes niveles de complejidad o por distintos actores del sistema.

Ahora bien, la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud Mental en las Subredes Integradas de Servicios de Salud ha sido un proceso fundamental para garantizar una atención oportuna, coordinada y centrada en las necesidades de la población. Se han desarrollado y fortalecido diversas acciones orientadas a poner en marcha esta implementación, con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios, ampliar la cobertura y promover la integración de los diferentes niveles de atención.

Este proceso ha implicado la adopción de estrategias específicas, la capacitación del talento humano, la optimización de los recursos y la articulación entre los diferentes actores del sistema de salud. Además, se han establecido mecanismos de seguimiento y evaluación mediante informes periódicos, que permiten monitorear los avances, identificar obstáculos y ajustar las acciones para garantizar la efectividad de la Ruta Integral de atención en salud para salud mental y sus eventos asociados, a continuación se detallan las actividades, avances, obstáculos y logros:

TABLA N° 13. ACTIVIDADES DE LA RIAS SALUD MENTAL SUBREDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

ACTIVIDADES	AVANCES	OBSTACULOS	LOGROS
Caracterización de la población objetivo para la atención integral de la Ruta Integral de atención en Salud para problemas y trastornos mentales y sus eventos asociados en las	En el marco de la caracterización de la población objetivo y la implementación de estrategias para fortalecer la atención en salud mental, se ha logrado un avance significativo en las		Se logró realizar la caracterización de la población objetivo en las Subredes Integradas de Servicios de Salud, lo que ha permitido identificar de manera precisa las necesidades

Subredes Integradas de Servicios de Salud.	Subredes Integradas de Servicios de Salud del Distrito Capital. Se ha realizado un diagnóstico que permite identificar las principales necesidades en salud mental de la población, especialmente en grupos vulnerables.	<p>Rotación de la Población: La información disponible sobre la población puede cambiar dificultando una caracterización precisa, debido a la rotación permanente de vivienda en los territorios.</p> <p>Articulación Intersectorial: También se ha identificado la necesidad continuar fortaleciendo la articulación interinstitucional y mejorar los procesos de referencia y contra-referencia para garantizar una atención continua y oportuna.</p>	en salud mental de la comunidad, facilitando la planificación y la implementación de intervenciones más efectivas y focalizadas para la atención integral en salud mental.
Diseño e implementó un plan de fortalecimiento de competencias y habilidades para el talento humano, mediante la construcción y ejecución de un cronograma con temáticas priorizadas, para la identificación y abordaje de los problemas y trastornos mentales y sus eventos asociados	Se ha implementado el plan de fortalecimiento de competencias del talento humano, con énfasis en la atención en salud mental, mediante capacitaciones y entrenamientos dirigidos a los profesionales de la salud y a la comunidad.		Se implementó con éxito un plan de fortalecimiento de competencias y habilidades para el talento humano en salud mental, mediante la construcción y ejecución de un cronograma estructurado que abordó temáticas clave, mejorando la capacidad del personal y de la comunidad para brindar una atención más calificada, integral y oportuna a la población.
Implementación de estrategia comunicativa interna y externa, facilitando el despliegue de la implementación y la difusión de los resultados de la Ruta Integral de atención en Salud para problemas y trastornos mentales y sus eventos asociados en las Subredes Integradas de Servicios de Salud.	Se ha desplegado una estrategia comunicativa interna y externa que ha facilitado la sensibilización y el conocimiento sobre los servicios disponibles en salud mental, promoviendo una mayor participación de la comunidad.		Se implementó con éxito una estrategia comunicativa interna y externa, lo que facilitó el despliegue efectivo de la implementación y la difusión de los resultados de la ruta de atención en salud mental. Esto permitió fortalecer la transparencia, la participación y el conocimiento de la comunidad y del equipo de trabajo, contribuyendo a una mayor sensibilización y apoyo en la atención en salud mental.
Estrategias de mejora en la gestión de la Ruta Integral de atención en Salud para problemas y trastornos mentales y sus eventos asociados en las Subredes Integradas de Servicios de Salud.	En la Red pública, se han logrado avances significativos en la gestión de la Ruta integral de servicios de Salud para problemas y trastornos mentales y sus eventos asociados, gracias a la aplicación de estrategias de mejora basadas en los resultados del tablero de indicadores. Estos avances incluyen una mayor eficiencia en la coordinación de los servicios, lo que ha		Se implementaron estrategias de mejora en la gestión de la Ruta integral de servicios de Salud para problemas y trastornos mentales y sus eventos asociados, basada en los resultados del tablero de indicadores, lo que permitió optimizar su funcionamiento y garantizar una atención más eficiente, oportuna y de calidad para la población

	<p>permitido reducir los tiempos de atención y mejorar la continuidad en la atención a los usuarios. Además, se ha fortalecido la capacidad de monitoreo y evaluación, permitiendo identificar rápidamente áreas de oportunidad y ajustar las acciones en tiempo real. Esto ha contribuido a una optimización en la asignación de recursos y a una mayor cobertura de los servicios de salud mental, llegando a más personas que necesitan apoyo.</p>		
--	---	--	--

Fuente: Análisis asistencial Salud Mental DAEPDDSS corte marzo 2025

La implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud para problemas y trastornos mentales en las Subredes ha avanzado significativamente. Se han establecido protocolos estandarizados que facilitan una atención más coordinada y oportuna, permitiendo una mejor identificación, derivación y seguimiento de los pacientes. Además, se ha fortalecido la capacitación del talento humano, lo que ha mejorado la calidad del servicio y la sensibilidad en la atención a las necesidades de la población

19. *Por favor, presentar la información relativa a las estrategias y sus resultados en materia de seguimiento a las personas que ingresan a la ruta de atención en salud mental y la evaluación de los efectos producidos por los tratamientos realizados, entre 2020 y lo corrido de 2025. Además, los niveles de adherencia a los tratamientos que han tenido las personas ingresadas a la ruta de atención en salud mental del Distrito*

Para dar contexto a la respuesta, se considera pertinente señalar que la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, no tiene dentro de sus competencias directas la de prestar servicios de salud a la población, lo anterior, de conformidad con lo establecido en el artículo 31 de la Ley 1122 de 2007⁶, que a la letra cita:

“ARTÍCULO 31. PROHIBICIÓN EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.
En ningún caso se podrán prestar servicios asistenciales de salud directamente por parte de los Entes Territoriales.”

En el mismo tenor, el artículo 9 de la Resolución 2366 de 2023⁷ del Ministerio de Salud y Protección social, establece:

⁶ Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

⁷ Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)

“Artículo 9. Garantía de acceso a los servicios y tecnologías de salud. Las EPS y entidades adaptadas deberán garantizar a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la integralidad, continuidad y acceso efectivo y oportuno y con calidad a los servicios y tecnologías de salud, así como la atención de urgencias en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, inscritas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, con servicios de urgencia habilitados en el territorio nacional, al tenor de lo establecido en la Ley 1751 de 2015 y el artículo 21 de esta resolución”.

En tal sentido, es responsabilidad de las EAPB garantizar la atención integral, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades de salud mental de su población, por tanto, los mecanismos, espacios, instrumentos e indicadores de seguimiento, monitoreo y evaluación del funcionamiento de la red de servicios y/o de los servicios en salud mental, son competencias de estas entidades.

Sin embargo, esta Secretaría desde la prestación de servicios implementa la Ruta de Salud Mental en el Distrito Capital, cuyo objetivo es garantizar la atención integral en salud mental, la cual se define como la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social y la atención integrada y hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas de conformidad con lo establecido en la Ley 1616 de 2013⁸.

Para la implementación de la ruta en la ciudad, se ha establecido un plan de acción en el cual se desarrollan las siguientes actividades que buscan fortalecer su implementación y el posicionamiento en la agenda pública de los temas y necesidades en salud mental.

1. Orientación técnica a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud-EAPB autorizadas para operar en Bogotá, así como en las Instituciones Prestadoras de Salud – IPS priorizadas y otros sectores como Integración social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF, Secretaría de educación, entre otros, a fin de desarrollar acciones articuladas que permitan la implementación de la ruta de salud mental en la ciudad, acorde con las acciones clave en la prestación de los servicios de salud mental.
2. Seguimiento y acompañamiento con EAPB e IPS, para mejorar la coordinación, el proceso de referencia y contrarreferencia y la mejora en la oportunidad de la atención para los servicios de psicología y psiquiatría.
3. Mesas de articulación: Mesas de trabajo sectoriales e intersectoriales con el objetivo de avanzar en temas relacionados con inclusión de enfoque diferencial, identificación de señales de alarma en salud mental, Política de Salud Mental y actualmente desarrollo del plan de recuperación de salud mental para Bogotá D.C.

Por otra parte, la Secretaría Distrital de Salud realiza la gestión al reporte de casos que ingresan por presentar barreras de acceso en salud mental por parte de la Empresas Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB" con un reporte para el periodo del 2022

⁸ Por la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones.

al 2025 corte mayo, se aclara que es desde 2022 que se tiene la trazabilidad específica de barreras asociadas a casos de salud mental.

TABLA N° 14. GESTIÓN DE BARRERAS EN SALUD MENTAL, SPA O VIOLENCIAS

Año	Número de Casos	Porcentaje
2022	45	12,3
2023	179	49,0
2024	103	28,2
2025*	38	10,4
Total	365	100

Fuente: bases de datos Dirección de Aseguramiento reporte casos Barreras Salud Mental, SPA o violencias año 2022, 2023, 2024 y 2025* Secretaría Distrital de Salud

Teniendo en cuenta lo anterior, desde la Secretaría Distrital de Salud las acciones resolutivas para los casos identificados por salud mental, consumo de sustancias psicoactivas o violencias, se dan a partir de la notificación de los casos individuales que ingresan por diferentes puertas como “Bogotá te escucha, PQRS, correo electrónico y plataforma Agilsalud entre otras” por solicitud de diferentes entidades o usuarios, los cuales presentan barreras de acceso a citas, entrega de medicamentos y activación de las rutas, se realiza la gestión con la EPS y se realiza envío de la solicitud para que se logre realizar contacto con el usuario y verificar la necesidad en salud mental, SPA o violencias y derivar a la valoración por médico general cuando requiere acceso a la Ruta o la solicitud de control por perfil de psicología o psiquiatría cuando requiere controles a partir de su patología en salud mental o SPA garantizando la continuidad de tratamiento.

20. *Por favor, presentar el estado actual de la capacidad de respuesta de las Subredes Integradas de Servicios de Salud en materia de salud mental. Por favor, acompañar de cuadros, datos o gráficas que muestren el talento humano con el que cuentan y los déficits identificados en esta materia.*

La capacidad de respuesta de las Subredes Integradas de Servicios de Salud en salud mental depende de diversos factores, entre ellos, el talento humano disponible. A continuación, se presenta un análisis del personal especializado que muestran los recursos existentes en las Subredes Integradas de Servicios de Salud:

TABLA 15. TALENTO HUMANO SALUD MENTAL SUBREDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

SUBRED	ESPECIALIDAD	TALENTO HUMANO	SERVICIO
NORTE	PSIQUIATRA	22	Consulta externa, hospitalización, urgencias
	PSICOLOGIA	16	Consulta externa, hospitalización, urgencias
	NEUROPSICOLOGIA	1	Consulta externa
	TRABAJO SOCIAL	6	Consulta externa, Hospitalización

	TERAPIA OCUPACIONAL	5	Ambulatorio, hospitalización
	PSIQUIATRA INFANTIL	2	Hospitalización y consulta externa
SUR	PSIQUIATRA	8	Consulta externa, hospitalización, urgencias
	PSICOLOGIA	10	Consulta externa, hospitalización, urgencias
	TRABAJO SOCIAL	8	Consulta externa
	TERAPIA OCUPACIONAL	3	Consulta externa
	PSIQUIATRA INFANTIL	1	Consulta externa
SUR OCCIDENTE	PSIQUIATRA	9	Consulta externa, hospitalización, urgencias
	PSICOLOGIA	10	Consulta externa, hospitalización, urgencias
	FONOAUDIOLOGIA	1	Consulta externa
	TERAPIA OCUPACIONAL	2	Consulta externa
	PSIQUIATRA INFANTIL	1	Consulta externa
CENTRO ORIENTE	PSIQUIATRA	16	Consulta externa, hospitalización, urgencias
	PSICOLOGIA	5	Consulta externa, hospitalización, urgencias
	FONOAUDIOLOGIA	1	Consulta externa
	TRABAJO SOCIAL	2	Consulta externa
	TERAPIA OCUPACIONAL	2	Consulta externa

Fuente: Reporte SISS corte marzo 2025

Como se muestra en la tabla anterior, en las Subredes Integradas de Servicios de Salud, la atención efectiva en salud mental requiere de un talento humano capacitado, comprometido y con habilidades específicas para responder a las diversas necesidades de la población. Esta atención se caracteriza por ser integral, humanizada y basada en evidencia.

21. Detalle las acciones realizadas en favor de la constitución y articulación de la Red Distrital de Salud Mental establecida en el artículo 10.4, programa 10, del Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Camina Segura”

La Secretaría Distrital de Salud viene desarrollando acciones para fortalecer y posicionar la Salud Mental en el D.C, dentro de la Dimensión de Convivencia Social y Salud Mental, que se enmarcan en el actual modelo de salud “+MAS Bienestar”, el cual está centrado en una estrategia de Atención Primaria Social, que busca intervenir de manera anticipada en los riesgos que enfrentan los individuos, con el objetivo de mitigar su impacto.

De esta forma, para dar respuesta a las necesidades de la población en salud mental, el Distrito seguirá fortaleciendo la Red Distrital de salud mental a partir de la ruta de salud mental, cuyo objetivo es brindar las atenciones necesarias para abordar los problemas, trastornos mentales y epilepsia, a partir de los planes de cuidado primario, los cuales se desarrollan desde el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, a fin de fortalecer las capacidades de afrontamiento ante estresores vitales, mejorar la calidad de vida, la adherencia al tratamiento y la funcionalidad de las personas con problemas mentales y sus familias, garantizando así un manejo oportuno e integral.

Así las cosas, dentro del plan distrital de desarrollo se encuentra la meta: “Diseñar, implementar y evaluar el Modelo de Salud para la población de Bogotá D.C e Implementar el 100% el plan de prevención y atención a la conducta suicida en Bogotá.”, la cual, entre otros, desde la prestación de servicios busca garantizar la atención integral que se brinda a las personas con cualquier afectación en salud mental, definida como la concurrencia del talento humano y los recursos suficientes y pertinentes en salud para responder a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social y la atención integrada hace referencia a la conjunción de los distintos niveles de complejidad, complementariedad y continuidad en la atención en salud mental, según las necesidades de salud de las personas de conformidad con lo establecido en la Ley 1616 de 2013.

A partir de este marco normativo las acciones que se seguirán realizando están puestas en la implementación de la Ruta de atención integral en salud para el abordaje de los problemas, trastornos mentales y epilepsia, así como en la continuidad en el acompañamiento y seguimiento a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS de Bogotá D.C., en donde se realizarán las siguientes acciones:

- Asistencia técnica al 100% a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios EAPB autorizadas para operar en Bogotá, en detección temprana, valoración integral, educación en salud mental y adherencia terapéutica con énfasis en niños, niñas y adolescentes, y adulto mayor.
- Asistencia técnica al 100% a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS priorizadas que operan en Bogotá para el avance en la gestión implementación de la ruta en el marco de los enfoques diferenciales y elementos estratégicos de la Atención Primaria en Salud para la prestación de los servicios en el contexto del Modelo Territorial de Salud del distrito capital.
- Articulación intersectorial dirigida al fortalecimiento del talento humano en temas de identificación de señales de alarma y primeros auxilios psicológicos.
- Fortalecimiento con las EAPB en la oportunidad de la atención en citas de psicología y psiquiatría y en la Educación en salud para el autocuidado en salud mental.

22. ¿Cuál es la estrategia de fortalecimiento de la plataforma web ‘LiteralMente’?

La plataforma web LiteralMente inició su operación en el servidor institucional de la Secretaría Distrital de Salud en julio de 2023. Se puede acceder a través del siguiente enlace: literalmente.saludcapital.gov.co. En esta plataforma se encuentran alojados los sitios web específicos para las temáticas de salud sexual y reproductiva (SexualMente), consumo de sustancias psicoactivas (ConscienteMente), bienestar emocional (FundaMental) y violencias (LibreMente sin violencias).

Con el fin de fortalecer esta herramienta, se ha adelantado un proceso de renovación de contenido en los cuatro componentes temáticos de la plataforma, así mismo, se realizó actualización de las imágenes ubicadas inicialmente en ella en busca de coherencia respecto de las temáticas planteadas. Adicionalmente, se llevó a cabo la incorporación del lenguaje inclusivo para reflejar y respetar la variedad de identidades y experiencias humanas. Complementario a lo anterior, en este momento se trabaja en la actualización

de un test de autoevaluación en salud mental ubicado en el minisitio FundaMental que se encuentra en link de la página web mencionada previamente.

De igual manera, el aumento del equipo de atención de la Línea 106, permitirá ampliar la capacidad de respuesta a los usuarios que acceden a esta Plataforma. Por otra parte, se han implementado acciones de divulgación a través de las redes sociales de la entidad, mediante piezas comunicativas que invitan a la ciudadanía a conocer e interactuar con la plataforma.

23. ¿Cuántas personas se encuentran actualmente atendiendo en la línea 106? Detalle la respuesta por cada uno de los canales de atención: teléfono, WhatsApp, correo electrónico y Facebook.

La Línea 106 “El poder de ser escuchado” es un servicio dispuesto por la Secretaría Distrital de Salud desde el 31 de octubre de 1997, el cual opera de manera continua, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Este servicio cuenta con diversos canales de atención: telefónico, chat de WhatsApp, correo electrónico y Facebook. El equipo de la Línea 106 está conformado por un equipo de 35 profesionales en psicología, cada uno con al menos un año de experiencia en atención clínica, quienes están dispuestos para brindar acompañamiento a la ciudadanía. Este equipo es apoyado por 4 supervisores, también profesionales en psicología, con al menos de tres años de experiencia en atención clínica y al menos un año de experiencia en coordinación de equipos de salud mental.

Adicionalmente, la entidad realiza monitoreo de las atenciones y procedimientos realizados a través de 2 profesionales en psicología especializados, con experiencia específica con la operación de la Línea 106, así como en actividades de monitoreo y seguimiento del servicio.

Con el objetivo de optimizar el servicio, se encuentra en trámite la ampliación del talento humano, con 10 psicólogos adicionales para la atención y 1 profesional para procesos de formación del equipo.

Entre el 1 de enero y el 31 de mayo de 2025, la Línea 106 ha realizado 53.254 intervenciones, lo que representa un aumento del 29,9%, respecto al mismo período de tiempo del año anterior, cuando se registraron 40.993 intervenciones.

Respecto a las intervenciones de la Línea 106, las cuales se realizan a través de diferentes canales de contacto, a continuación, se detalla el comportamiento por cada canal, el número de atenciones registradas, la diferencia absoluta entre los dos periodos comparados y el porcentaje de crecimiento o disminución:

- WhatsApp: En 2024 se registraron 23.543 atenciones, mientras que en 2025 la cifra ascendió a 29.810, lo que representa una diferencia de +6.267 atenciones y un crecimiento del 26,62%.
- Teléfono: Durante el periodo de enero a mayo de 2024 se realizaron 12.308 atenciones por vía telefónica. En 2025 esta cifra aumentó a 21.814, lo que representa una diferencia de +9.506 atenciones y un crecimiento del 77,23% en el uso de este canal.
- Correo electrónico: Este canal de contacto registró un leve incremento, pasando de 1.369 atenciones en 2024 a 1.447 en 2025, con una diferencia de +78 atenciones y un crecimiento del 5,70%.

- Facebook: En 2024, las redes sociales fueron utilizadas en 161 ocasiones como canal de atención. En 2025, esta cifra disminuyó a 150 atenciones, lo que representa una diferencia de -11 atenciones y una disminución del 6,83%.
- Presencial: Aunque la Línea 106 dispone diferentes canales de atención no presencial, también realiza ocasionalmente actividades de difusión en el espacio público en las que lleva a cabo contadas atenciones presenciales. Este canal mantuvo un comportamiento estable. En 2024 se registraron 34 atenciones, mientras que en 2025 fueron 33, con una diferencia de -1 atención, equivalente a una variación del -2,94%.
- Buzón de cartas: A través de este canal de contacto se realizaron el año anterior un total de 3.578 atenciones, durante el presente año no se han realizado intervenciones a través de este medio.

Los datos permiten establecer que entre los años 2024 y 2025, la Línea 106 registró un incremento significativo en el número total de atenciones. Este crecimiento estuvo impulsado principalmente por los canales de WhatsApp y Teléfono, que concentraron la mayor parte del aumento. Aunque algunos canales como Redes Sociales y Presencial presentan leves disminuciones y el canal Buzón de cartas no ha presentado intervenciones en lo corrido de este año, el comportamiento general refleja una tendencia positiva en la cobertura y capacidad de respuesta del servicio.

24. *¿Cuál es la estrategia de implementación de instancias de participación local en torno a la salud mental?*

En el marco del Plan de Acción de la Política Pública Distrital de Salud Mental (2023-2032), se definió el producto 2.2.2 *Número de instancias locales en torno a la salud mental conformadas con la participación institucional y comunitaria*, que hace parte del eje 2 Posicionar nuevas comprensiones de la Salud Mental en el Distrito Capital.

En este sentido, cabe mencionar que las instancias locales en torno a la salud mental hacen referencia al desarrollo de acciones de gestión para la organización, participación y movilización social en torno al posicionamiento e implementación de la política de salud mental. Instancias proyectadas mediante el Acuerdo Distrital 974 del 24 de diciembre del 2024, en el cual se estimó la estructuración de instancias autónomas en el nivel local denominadas Consejos Locales de Salud Mental Comunitaria, de carácter consultivo en lo relacionado con el ejercicio del derecho a la salud mental, para la formulación, implementación y promoción de estrategias, planes, programas y proyectos en salud mental, así como realizar el seguimiento y evaluación a la territorialización de las políticas de salud mental en cada una de las localidades de Bogotá D.C.

En el marco de lo anterior, la Secretaría Distrital de Salud, a través de la Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía, especialmente desde la Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad ha realizado acompañamiento técnico para la integración de la Política de Participación Social en Salud en la definición del acto administrativo y de las acciones que podrían dar respuesta al artículo 3 del Acuerdo previamente mencionado, artículo que establece: *La Administración Distrital, en el ejercicio de sus competencias y facultades legales, reglamentará dentro de los seis (6) meses siguientes a la sanción del presente acuerdo, lo concerniente a la conformación, funciones, elección, periodos y los demás aspectos que considere*

necesarios para el debido funcionamiento y propósito de los Consejos Locales de Salud Mental Comunitaria.

Así mismo, ha participado en los escenarios de índole Distrital, sectoriales e intersectoriales, como la Mesa de Promoción y Prevención que hace parte del Consejo Consultivo Distrital de Salud Mental, en la cual se han adelantado acciones en el marco de la línea estratégica de desarrollo de capacidades del Plan de Acción Intersectorial para la Prevención y Atención de la Conducta Suicida en Bogotá – 2024. Además, se apoya en el diseño de una estrategia de comunicación de ciudad para la prevención de la conducta suicida.

25. *Detalle los principales desafíos y estrategias de mejora para el cumplimiento del producto 1.1.2 de la Política Pública de Salud Mental 2023–2032 referida a la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad.*

En el marco de la Política Pública de Salud mental, la Estrategia Rehabilitación Basada en la Comunidad en Salud Mental implica un trabajo conjunto entre las comunidades y las instituciones involucradas en la prevención, atención y rehabilitación de los problemas y trastornos mentales, con el fin de generar procesos comunitarios de salud mental que descongestionen y complementen los servicios existentes, generando un proceso integral de salud mental capaz de responder a necesidades territoriales y locales concretas. La Rehabilitación Basada en la Comunidad como estrategia, ofrece herramientas que permiten a la persona y a la comunidad ejercer acciones de autocuidado, cuidado mutuo y socio cuidado que buscan disminuir la necesidad de consulta a los servicios de salud y fortalecer la base comunitaria.

En el marco del Plan de Intervenciones Colectivas PSPIC, se implementan Dispositivos Comunitarios teniendo en cuenta que la Rehabilitación en salud mental Basada en la Comunidad, es un proceso continuo y coordinado asociado a la educación para la salud pública en el marco de la atención primaria social con el desarrollo de temáticas restaurativas que se implementan a través de esfuerzos combinados entre los procesos de caracterización territorial para la conformación de grupos y posteriormente se enfoca el proceso de apoyo grupal en la implementación de la tecnología comunitaria denominada como grupos de apoyo, desarrollando el despliegue de acciones grupales semanales, centradas en la caracterización de las siguientes temáticas: Autocuidado y cuidado mutuo, resolución de problemas, regulación emocional, manejo de afectaciones emocionales, problemas y trastornos mentales, cuidado de la salud mental en torno a la conducta suicida con el fin de educar a las comunidades para fortalecer la adherencia a tratamientos, prevenir y gestionar los riesgos así como resignificar el estigma ante la enfermedad mental y promover la inclusión.

Desafíos y estrategias de mejora para el cumplimiento del producto 1.1.2 de la Política Pública de Salud Mental 2023 – 2032 referida a la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad:

- 4) Conformación de equipos interdisciplinarios para la implementación de la estrategia RBC SM con el fin de robustecer la implementación de los dispositivos comunitarios en el marco de la tecnología comunitaria grupos de apoyo en salud mental en cada localidad de Bogotá.

- 4) Favorecer la conformación de redes de cuidado colectivo para las personas y sus familias con problemas de salud mental y trastornos en salud mental en cada territorio local.
- 4) Desarrollo de capacidades para fortalecer la conformación de redes locales con líderes y agentes comunitarios formados en estrategias para derribar los estigmas y la discriminación hacia las personas con problemas y trastornos mentales.
- 4) Fortalecer campañas de educación y comunicación en salud locales.

En los anteriores términos se da por contestada la solicitud.

Cordialmente,



GERSON ORLANDO BERMONT GALAVIS
Secretario Distrital de Salud.

Anexo: Una (1) carpeta Zip

Elaboró: Henry Alejo Alejo - Subdirección de Vigilancia en Salud Pública
 Esther Liliana Cuevas Ortiz - Profesional Especializado - Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud
 Andrea del Pilar Borda Bustos - Profesional Especializado – Subdirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias
 Custodio Rosales- Subdirección de Administración del Aseguramiento
 Constanza Hernández- Referente RIAS SM- Dirección de Provisión de Servicios de Salud
 Diana Sandoval. Rodrigo Lopera, Angie Botía, Gina Rangel, María Fernanda Romero – Subdirección de Determinantes en Salud
 María Fernanda Salazar Espinosa – Contratista - Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad.
 Clara María Domínguez García – Contratista - Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad.

Consolidó: Jhanny Andrea Osorio- Abogada-Dirección de Provisión de Servicios de Salud.
 Raúl Andrés Álvarez Gómez – Contratista - Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad.
 Camilo Melo – OAJ / María Cabrera – Oficina de Asuntos Jurídicos
 German A. Sterling (AgilSalud) – Contratista OJA

Revisó: Elkin de Jesús Osorio Saldarriaga - Subdirección de Vigilancia en Salud Pública
 Gloria Eugenia García Pinillos – Directora Técnica - Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud
 Yiyola Peña Ríos- Directora de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud
 Katty Margarita Baquero Baquero- Subdirectora de Administración del Aseguramiento
 Sandra Charry-Directora de Provisión de Servicios de Salud. (E)
 Diana Sofía Ríos Oliveros – subdirectora de Determinantes en Salud
 Manuel Alfredo Gonzalez Mayorga - Asesor de Despacho
 Elkin Jwised Huertas Carrasquilla - Director de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad.

Aprobó: Yiyola Yamile Peña Ríos – Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento (E)
 Alejandra Taborda Restrepo – Subsecretaria de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía
 Martha Patricia Añez Maestre – Asesora de Despacho

Julián Alfredo Fernández Niño - Subsecretario de Salud Pública 