

SECRETARÍA DE
SALUD

000000

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD 22 de abril de 2026

Al contestar Cite Este No. **2026-EE-41729**

Folios: Anexos: 1

ORIGEN: - 000000-Despacho**DESTINO:** ELIAS APONTE BUSTAMANTE CONCEJO DE BOGOTÁ - -**TIPO DE DOCUMENTO:** Comunicaciones oficiales**ASUNTO:** Respuesta a Proposición No. 337 de 2026.
Radicado Concejo de Bogotá 2026EE4986
Radicado SDS 2026ER23673.**Señor****ELIAS APONTE BUSTAMANTE**

Subsecretario de Despacho (E)

CONCEJO DE BOGOTÁ

Calle 36 No 28a-41

secretariageneral@concejobogota.gov.co

CONCEJO DE BOGOTÁ 22-04-2026 11:38:18

2026ER8533 O 1 Fol:1 Anex:0

ORIGEN: SECRETARIA DE SALUD/#GERSON ORLANDO BERMONT GALAVI:

DESTINO: SECRETARIA GENERAL/APONTE BUSTAMANTE ELIAS

ASUNTO: PROPOSICION 337 DE 2026

OBS: RESPUESTA

Asunto: *Respuesta a Proposición No. 337 de 2026. Radicado Concejo de Bogotá 2026EE4986 Radicado SDS 2026ER23673.*

Respetado doctor Aponte:

Cordial Saludo, por medio de la presente se da respuesta a la proposición 337 de 2026 con el tema “*¿Seguimiento y control político a las políticas y acciones del distrito para garantizar los derechos de la niñez y la adolescencia en bogotá, incluyendo la prevención de violencias y la atención a población vulnerable; el acceso, cobertura y calidad de servicios como educación, salud y protección integral; la articulación institucional para el restablecimiento de derechos; y la implementación de la política de mujeres especialmente en su impacto sobre niños y adolescentes.*”, según las competencias de esta Secretaría.

PREGUNTAS PARA TODAS LA ENTIDADES CITADAS

1. *¿Cómo se garantiza la trazabilidad de un caso de niño, niña o adolescente desde su identificación hasta el restablecimiento de derechos?*

La Secretaría Distrital de Salud, en el marco de las competencias de la Vigilancia en Salud Pública dispuestas en el **Decreto 780 de 2016**, recaba los casos sospechosos de víctimas de violencia intrafamiliar en sus diferentes tipologías (física, sexual, emocional, económica, negligencia y abandono). Este proceso se realiza a través del Subsistema de Vigilancia en Salud Pública de la Violencia Intrafamiliar y de Género (**SIVIM**), a partir del reporte diario de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las Instituciones Educativas Distritales (IED) públicas y privadas. Estas últimas notifican mediante el **Web Service** vinculado al sistema de alertas de la Secretaría de Educación Distrital (SED), organizaciones de la sociedad civil, canales de atención al ciudadano y de origen comunitario. Los datos pueden consultarse en el Observatorio de Salud (**SaluData**): [[Página de inicio - SaluData - Observatorio de Salud de Bogotá](#)].



Es importante indicar que una persona puede ser víctima de múltiples tipos de violencia por el mismo agresor o por otros. Todos los casos que ingresan al SIVIM son considerados **sospechosos**, tal como lo establece el protocolo del **evento 875** del Instituto Nacional de Salud (INS). La información registrada proviene del autorreporte de la víctima, acudientes o familiares, y otras fuentes como la historia clínica consultada por el profesional de salud al diligenciar la ficha de notificación o cargar el módulo SIVIM en el aplicativo **SIVIGILA D.C.** Para el conteo de casos únicos, se toma como referencia la violencia emocional, la cual se encuentra presente en las demás tipologías descritas.

Los casos que ingresan al SIVIM deben contar previamente con la remisión a protección y el reporte ante la justicia por parte de la IPS, EAPB o entidad correspondiente. Para la violencia sexual, se sigue lo dispuesto en la **Resolución 0459 de 2012** (Pasos 12 y 13.3), que obliga a la activación simultánea de los sectores de justicia y protección para asegurar el restablecimiento de derechos. Asimismo, según el Decreto 780 de 2016, las EAPB deben adelantar el proceso de acompañamiento y gestión del riesgo en salud, garantizando las intervenciones individuales y familiares necesarias.

Por su parte, las Institución Educativa Distrital -IED deben cumplir con los protocolos de la Secretaría de Educación del Distrito -SED, que establece la obligación de presentar la denuncia ante las entidades competentes e informar al familiar o acudiente, dejando constancia por escrito.

En el marco de la **Ruta Integral de Atención (RIA AATV)**, las EAPB gestionan el riesgo a través del **Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SIRC)**. Mediante este sistema, se canalizan los casos que requieren atención integral tras realizar la Investigación Epidemiológica de Campo (IEC), la cual incluye caracterización, orientación y, de ser necesaria, intervención en crisis o derivación a entidades como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF, la Fiscalía General de la Nación, o las Secretarías de Integración Social y de la Mujer, entre otras. Los casos fallidos y sin abordar son canalizados a través de la matriz de derivación al SIRC.

La Secretaría Distrital de Salud, para los casos de los NNAJ -Niños, Niñas, Adolescentes, Jóvenes- que se encuentran como poblaciones diferenciales Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF- y Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes -SRPA- se realiza el proceso de aseguramiento en salud por medio de listado CENSAL el cual permite tener servicios de salud y afiliación a una EPS, en los casos para los NNA que no son población diferencial deben hacer proceso por medio de sus padres, madres/ cuidadores/ tutores legales para vinculación por unificación de núcleo familiar en su Entidad Promotora de Salud -EPS- y garantizar los servicios de salud dando la cobertura del Plan de Beneficios de Salud -PBS-.

Adicionalmente, cuando se detecta un presunto caso en el que se presenta transgresión de derechos o situaciones de vulnerabilidad en niños, niñas y adolescentes, o en población general, tales como violencia intrafamiliar, violencia sexual o basada en género, consumo de sustancias psicoactivas o conducta suicida, ya sea a través del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas o desde la Línea 106 "*El poder de ser escuchados*", el talento humano en salud realiza la debida notificación a los correspondientes Subsistemas de Vigilancia en Salud Pública (SIVIM, VESPA o SISVECOS), con el fin de implementar, conforme a los protocolos establecidos, las acciones de Vigilancia Epidemiológica de Campo. En este proceso, se indaga sobre las activaciones de rutas realizadas en cada caso particular.

De manera adicional, estos casos son objeto de canalización para la atención en salud por parte del asegurador correspondiente, a través del Sistema Integral de Información de la Referencia y Contrarreferencia (SIRC), mediante el cual los aseguradores contactan a sus usuarios afiliados para asignarles citas de diagnóstico y tratamiento. Así mismo, en los casos de vulneración de derechos o presuntos delitos, se realiza la correspondiente notificación a las entidades de protección o justicia (ICBF, Comisarias de Familia y Fiscalía), para que adelanten las investigaciones respectivas.

Es importante resaltar que en el marco de la Ruta Integral de Atención para la Población con Riesgo o Sujeto de Agresiones, Accidentes y Traumas (RIAS AAT) adoptada desde la Resolución 3202 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social; la cual tiene el objetivo de garantizar la atención integral en salud a las niñas, niños y adolescentes que han sido víctimas de las diferentes formas de violencia, se establece que sean atendidos en el sector salud por equipos multidisciplinarios, capacitados y comprometidos con la restitución de los derechos que le han sido vulnerado.

En la garantía de la atención integral en salud, que le corresponde a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios- EAPB y su red de prestadores de servicios de salud, se realiza la identificación oportuna de factores de riesgo y su correspondiente intervención, implementando la Ruta Integral de Atención en donde se brinda:

- **Atención Médica:** los NNA serán atendidos como urgencia médica, se estabilizará emocionalmente, se aplica el protocolo de atención y se diligenciará historia clínica y la ficha notificación.
- **Atención Salud Mental:** Se realizará por el profesional debidamente entrenado en el abordaje a víctimas de violencias; Debe brindar Información inicial oportuna y pertinente, realizar orientación psicológica el NNA debe estar acompañado por un familiar.
- **Direccionamiento a Entidades Externas:** Se genera la activación de protección y justicia, así como la remisión a los servicios de atención que se requieran para tratamiento y rehabilitación en apoyo a la restitución integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

2. ¿Qué porcentaje de casos requiere intervención de más de una entidad y cómo se coordina esa atención?

La Secretaría Distrital de Salud manifiesta que esta entidad no dispone de información que permita determinar dicho porcentaje, ya que cada entidad realiza las intervenciones de su competencia.

En reconocimiento de que las causas e intervención de fenómenos sociales como la violencia intrafamiliar, se aclara que es un asunto intersectorial, la intervención integral (prevención, atención, seguimiento y judicialización) deben ser gestionadas desde diferentes entidades del estado, la sociedad civil organizada, e incluso el sector privado.

Para los casos de NNAJ que son de ICBF y SRPA se articula por medio de la entidad en la cual se encuentra en protección y se garantizan las atenciones necesarias por medio de su Entidad Promotora de Salud -EPS según la valoración en salud y pertinencia clínica.

Para los NNAJ que se encuentran en medio familiar, el padre, madre, cuidador, tutor legal, es el garante y responsable de gestionar las necesidades en salud y coordinar con otras entidades las acciones necesarias para que estas sean solventadas y articuladas entre los sectores.

En este sentido, el Acuerdo Distrital 152 de 2005 *“Por el cual se modifica el Acuerdo 12 de 1998 y se adoptan medidas para la atención integral a víctimas de violencia intrafamiliar y violencia y explotación sexual”* crea el Consejo Distrital para la Atención Integral a Víctimas de la Violencia Intra familiar y Violencia y Explotación Sexual, como espacio intersectorial consultor, asesor y responsable de formular las políticas que articulen las intervenciones de las entidades en la ciudad.

Este acuerdo, define en su Artículo 3 las entidades que hacen parte de dicho Consejo, el cual es liderado desde la Secretaría Distrital de Integración Social, que, hoy en día, conforme a la actualización institucional, incluyen del nivel Distrital o del nivel nacional con gestión a nivel distrital, las siguientes entidades:

- Policía Metropolitana.
- Secretaría de Educación.
- Secretaría de Gobierno.
- Secretaría de Salud.
- Instituto Distrital para la Protección de la Niñez.
- Personería Distrital.
- Defensoría del Pueblo.
- Secretaría Distrital de la Mujer.
- Secretaria de Seguridad Convivencia y Justicia.
- Secretaria Distrital de Planeación.
- Instituto Distrital de Recreación y Deporte.
- Fiscalía General de la Nación.
- Instituto Distrital de Protección y Bienestar Animal.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- Procuraduría General de la Nación.

En este Consejo Distrital la Secretaría de Salud participa en sus diferentes mesas (Prevención, Atención, Información y ESCNNA) desde diferentes dependencias de la entidad, conforme a su misionalidad.

Adicionalmente, el artículo 6 del citado Decreto, crea los Consejos Locales para la Atención Integral a Víctimas de la Violencia Intrafamiliar y la Violencia y Explotación Sexual – CLAVIS, en cada una de las localidades del Distrito Capital y la Secretaría Distrital de Salud participa en esos 20 espacios locales intersectoriales.

De igual forma, esta secretaría participa en el Consejo Distrital y la mesa de Convivencia Escolar, que lidera la Secretaría Distrital de Educación, para articular las acciones que se desarrollan al interior de las instituciones educativas, entre las que se incluye entre otras, las diferentes formas de violencia.

3. *¿Existe un sistema unificado de información intersectorial? En caso contrario, ¿cómo se comparten los datos entre entidades?*

El Distrito no cuenta con un sistema único de información intersectorial que permita el seguimiento integral de los casos a lo largo de todo el proceso de atención; no obstante, la Secretaría Distrital de Salud dispone de diversos sistemas de vigilancia de eventos de interés en salud pública, orientados a la identificación, notificación y atención de casos que afectan a la niñez, las mujeres y otras poblaciones en situación de vulnerabilidad. Entre estos se encuentran SIVIGILA, SISVAN, SISVECOS y SIVIM, los cuales permiten la intervención oportuna desde el sector salud.

El Subsistema de Vigilancia en Salud Pública de la Violencia Intrafamiliar y de Género (SIVIM) surge como respuesta institucional a la necesidad de contar con información sistemática, confiable y oportuna sobre las violencias que afectan de manera directa la salud y el bienestar de la población, particularmente de niñas, niños, adolescentes, mujeres y otros grupos en situación de vulnerabilidad. Su desarrollo se inscribe en el fortalecimiento de la vigilancia en salud pública del Distrito Capital y en el reconocimiento progresivo de la violencia intrafamiliar y de género como un evento de interés prioritario en salud pública.

Con la expedición del Decreto 3518 de 2006, que creó y reglamentó el Sistema de Vigilancia en Salud Pública Nacional (SIVIGILA) a nivel nacional, Bogotá fortaleció y formalizó su subsistema distrital, alineándolo con los lineamientos técnicos del Instituto Nacional de Salud (INS). En este contexto, el SIVIM se consolidó como el mecanismo oficial del Distrito Capital para la notificación, análisis y seguimiento de los casos sospechosos de violencia intrafamiliar y de género, garantizando la notificación inmediata y periódica de los eventos, especialmente aquellos considerados prioritarios por riesgo de fatalidad o gravedad, como la violencia sexual. A partir de su consolidación institucional, el SIVIM fue fortalecido mediante la creación y mantenimiento de una amplia red de unidades primarias generadoras del dato (UPGD), conformada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas y privadas, instituciones educativas, organizaciones comunitarias, líneas de atención y otras entidades del orden distrital y nacional. Esta red permitió ampliar la captación de casos, mejorar la calidad de la información y avanzar en el análisis de variables relacionadas con el curso de vida, el tipo de violencia, la relación de la víctima con el agresor y los entornos de ocurrencia, convirtiendo al SIVIM en la principal fuente de información sobre violencias en el Distrito Capital.

Más recientemente, el SIVIM fue ratificado y fortalecido normativamente con la expedición del Acuerdo Distrital 828 de 2021, el cual establece de manera explícita la obligación de promover el reporte oportuno y adecuado de los casos de violencia intrafamiliar y de género (emocional, física, sexual, económica, negligencia y abandono) al subsistema, bajo la rectoría de la Secretaría Distrital de Salud. Este Acuerdo reconoce al SIVIM como un instrumento estratégico para disponer, integrar, armonizar y divulgar la información estadística sobre las violencias, así como para apoyar el diseño, la implementación y la evaluación de las políticas públicas distritales y las acciones de prevención y atención integral en el Distrito Capital.

En la actualidad, el SIVIM se encuentra plenamente articulado con el evento nacional de violencia intrafamiliar y de género y ataques con agentes químicos (evento 875) del INS, garantizando la notificación al SIVIGILA, el análisis epidemiológico continuo y el seguimiento de los casos prioritarios. De esta manera, el subsistema se consolida como un pilar fundamental de la vigilancia en salud pública en Bogotá, orientado a la generación de información.

Del mismo modo, en el marco de las intervenciones colectivas en salud pública, en lo que se refiere a la forma cómo se comparten los datos, la Subsecretaría de Salud Pública cuenta con aplicativos que aportan a este propósito como son el sistema de acciones colectivas GESIforms, el aplicativo PAI Distrital, y el módulo de canalizaciones del sistema integrado de referencia y contrarreferencia SIRC, a continuación, se describe el alcance de cada uno de ellos:

Módulo de canalizaciones -Sistema Integrado de Referencia y Contrarreferencia (SIRC): Es una herramienta dispuesta por la Dirección de Tecnologías de la información y Comunicación (TIC) de la Secretaría Distrital de Salud, que permite a la Subdirección de Acciones Colectivas sistematizar información de los usuarios que son identificados a través de las acciones del plan de intervenciones colectivas y canalizados hacia las EPS para gestionar la prestación de servicios individuales, en el marco de los contenidos y alcances de las Rutas Integrales de Atención (RIAS) que estableció el Ministerio de Salud y Protección Social; o hacia las entidades distritales que ofertan servicios sociales para que reciban asistencia social, permitiendo de esta manera el seguimiento a la trazabilidad de las gestiones realizadas por cada entidad, sin constituirse en un sistema que concentre información de todas las bases de datos sectoriales.

Para el caso de los temas relacionados con infancia y adolescencia, el SIRC recoge información de niños, niñas o adolescentes que requieren acceso a los servicios de salud o a la oferta social de instituciones de otros sectores, captados por los equipos del plan de intervenciones colectivas, equipos más bienestar hogar y otros actores que se adhieren al procedimiento de canalizaciones en el distrito capital.

La EPS que tienen usuarios afiliados en Bogotá, tienen acceso al SIRC mediante usuario y contraseña. Allí encuentran las canalizaciones que le fueron enviadas desde salud pública y partir de los datos registrados, proceden a gestionar el acceso de sus usuarios con su red prestadora de servicios de salud y luego, ingresan la respuesta de la gestión realizada en el aplicativo.

Para el caso de las canalizaciones direccionadas las entidades distritales con oferta social o hacia otros sectores del distrito capital, las Subredes Integradas de servicios de salud en el marco de los contenidos del Convenio Interadministrativo que tienen suscrito con el Fondo Financiero Distrital (FFDS) para el desarrollo de acciones de gestión de la salud pública en la localidades, disponen de un equipo de profesionales (líderes para la gestión de políticas de salud a nivel local) que gestionan y hacen seguimiento a la respuesta de los casos canalizados desde salud pública hacia las diferentes entidades distritales.

Las instituciones pueden o no responder y/o priorizar la respuesta a las canalizaciones que los líderes de políticas les envían; conforme respondan las instituciones, los profesionales ingresan la respuesta de la gestión realizada al aplicativo SIRC. En ese contexto, el acceso a los servicios sociales depende de la gestión y capacidad de respuesta que tenga cada entidad.

Reportes, tableros e intercambios de información: La subdirección de acciones colectivas recoge información de las actividades de salud pública colectiva que son ejecutadas por las Subredes Integradas de Servicios de Salud, en los territorios. Esta información se centraliza en formularios y bases de datos (GESI, PAI Distrital) que luego son cruzados con bases de datos de otras entidades, de acuerdo con las necesidades de articulación; garantizando en todo momento la confidencialidad de la información y la

protección de datos personales de niñas, niños y adolescentes para la articulación efectiva de acciones entre las entidades del Distrito.

Lo anterior en el marco de instancias formales de coordinación intersectorial, tales como comités, mesas técnicas y consejos distritales, en los que participan entidades como Secretaría de educación, Secretaría de integración social e ICBF, entre otras.

Finalmente, la Secretaría Distrital de Salud reconociendo la necesidad de fortalecer la información para el seguimiento efectivo de estas poblaciones y en el marco de la implementación de la estrategia de Atención Primaria Social —que exige una acción articulada e intersectorial para dar respuestas integrales a las necesidades de la población, la Secretaría Distrital de Salud ha avanzado en la consolidación de acuerdos de intercambio de información con otros sectores. Estos acuerdos permiten ampliar los procesos de identificación y priorización de la población, así como fortalecer el acceso, la cobertura y la calidad de los servicios de salud, donde se facilitan la complementación de la información sobre las respuestas brindadas por los diferentes sectores, lo que posibilita avanzar hacia una atención integral que evidencie de manera efectiva el restablecimiento de derechos.

Dentro de los sectores con los cuales ya se han consolidado acuerdos y se ha avanzado en la formalización de estos, la articulación se ha realizado con Secretaría Distrital de Planeación, Secretaría Distrital de Integración Social, Secretaría Distrital de Educación y Oficina para la atención de víctimas; sectores que concentran poblaciones objeto de las políticas públicas relacionadas y con los cuales resulta estratégico el trabajo conjunto para la atención integral.

También, se han actualizado los módulos que conforman la plataforma *Bogotá Digital*, herramienta que permite la interoperabilidad de la historia clínica y facilita la integración de información entre actores. Este avance es una oportunidad para fortalecer una atención integral, segura, continua y eficiente, elementos que se encuentran alineados con la garantía de los derechos de los usuarios del sistema de salud.

4. *¿Cuál es el tiempo promedio entre la detección del caso, la activación de la ruta y la atención efectiva?*
5. *¿Cuántos casos superan los tiempos establecidos y por qué?*
6. *¿Qué mecanismos existen para priorizar casos de alto riesgo?*

Se precisa que actualmente en Colombia existe un marco normativo amplio para la atención de las violencias, el cual abarca los ámbitos de género, familiar, sexual y laboral, con un enfoque integral orientado a la prevención, protección y sanción de estas conductas. En este contexto, se destacan, entre otras, las siguientes disposiciones:

- Ley 1146 de 2007: establece normas para la prevención de la violencia sexual y la atención integral de niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual.
- Ley 2126 de 2021: define el marco legal de las comisarías de familia, garantizando el acceso a la justicia y la atención en casos de violencia intrafamiliar.
- Ley 1719 de 2014: adopta medidas para garantizar el acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual, especialmente en el contexto del conflicto armado.
- Ley 2089 de 2021: prohíbe el uso del castigo físico y los tratos crueles, humillantes o degradantes contra niños, niñas y adolescentes.
- Resolución 459 de 2012: adopta el protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual.

Cabe recalcar que las Subredes Integradas son entidades públicas descentralizadas con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, financiera y presupuestal, conforme a lo dispuesto en la Ley 100 de 1993, la Ley 489 de 1998 y el Decreto 1876 de 1994. Esta autonomía implica que dichas entidades son responsables de dar contestación a los interrogantes relacionados con su gestión administrativa, financiera y operativa, entre otras.

Por consiguiente, dado que la temática de los numerales 4 ,5 y 6 de la proposición del asunto, se refiere a temas que son directamente de competencia de las Subredes Integradas de Servicios de Salud, dichas ESE son las entidades que tienen competencia para dar información integral respecto a los mencionados numerales como parte del ejercicio de transparencia y responsabilidad institucional ante el Concejo de Bogotá.

El Acuerdo Distrital 641 de 2016, en su artículo 33, establece con claridad la naturaleza, objeto y funciones básicas de la Secretaría Distrital de Salud, resaltando que su rol principal es orientar, liderar, coordinar y vigilar la salud pública en el Distrito Capital, sin que esto implique subordinación directa de las Subredes.

En esta línea, desde el Distrito Capital se brinda asistencia técnica a las Subredes Integradas de Servicios de Salud ESE, con el fin de orientar la atención de los casos relacionados con cualquier forma de violencia, los cuales pueden ser identificados en los servicios de salud de primer contacto, tales como urgencias, consulta externa, atención primaria y servicios comunitarios e intersectoriales.

La activación de la ruta integral de atención se realiza de manera inmediata, especialmente en casos de violencia sexual, violencia intrafamiliar, violencia contra niños, niñas y adolescentes y violencias basadas en género. De igual forma, la atención efectiva inicial — clínica, psicológica y de protección— se garantiza en el mismo momento del contacto o dentro de un plazo oportuno, según el nivel de riesgo, asegurando la prestación de servicios de urgencias, la valoración en salud mental y el abordaje psicosocial correspondiente.

Por su parte, las Subredes Integradas de Servicios de Salud ESE, en su calidad de prestadores de servicios de salud, adoptan los protocolos y normas vigentes, y documentan sus procesos prioritarios, en los cuales se establecen los tiempos promedio de detección de los casos, la activación de la ruta de atención y la prestación efectiva de los servicios. Asimismo, implementan mecanismos de monitoreo y priorización de casos de alto riesgo, con el propósito de garantizar la continuidad del cuidado y el seguimiento posterior al evento.

En este marco, la atención en salud contempla, entre otras, las siguientes acciones:

- Clasificación inmediata del riesgo físico, psicológico y social desde el primer contacto con el servicio de salud.
- Atención prioritaria e inmediata en servicios de urgencias para víctimas de violencia sexual, violencia intrafamiliar grave y riesgo vital.
- Activación de rutas integrales de atención en violencias, que incluyen servicios de salud, protección, justicia e integración social.
- Priorización en la atención en salud mental, especialmente para niñas, niños, adolescentes, mujeres y personas con alto nivel de vulnerabilidad.

- Articulación con Comisarías de Familia, ICBF, Fiscalía y otros sectores, según el tipo de violencia.
- Seguimiento territorial por equipos de Atención Primaria en Salud (APS) y equipos de salud mental comunitaria de las Subredes.

7. *¿Qué barreras institucionales, normativas o presupuestales limitan la atención efectiva?*

Al respecto se señala que las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y su red de prestadores de servicios de salud cuentan con normatividad específica que les permite la identificación oportuna de factores de riesgo y su correspondiente intervención, implementando la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población con Riesgo o Sujeto de Agresiones, Accidentes y Traumas (RIAS AAT), de acuerdo con lo definido en los siguientes protocolos:

- (iii) Atención a víctimas de violencia sexual (VSX) adoptado mediante Resolución 459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social “Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual”,
- (iii) Atención de Urgencias a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos adoptado mediante Resolución 4568 de 2014
- (iii) Protocolo Atención Integral en Salud con Enfoque Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado; Por lo tanto, los niños, niñas, adolescentes, mujeres y población en general, que sean víctimas o presuntas víctimas, deberán recibir la atención en salud necesaria de acuerdo con lo establecido en los protocolos anteriormente mencionados.

8. *Describa paso a paso la ruta de atención para un niño o niña en situaciones de: violencia intrafamiliar, abuso sexual y riesgo de deserción escolar.*

El proceso inicia con la identificación de la víctima y la clasificación del tipo de violencia o del riesgo psicosocial, diferenciando hechos actuales y antiguos; posteriormente se realiza la atención inicial que incluye primeros auxilios en salud, atención prehospitalaria o en urgencias, notificación epidemiológica e interconsultas con psicología, trabajo social u otras especialidades según el caso. A partir de la valoración médica y psicosocial se define el apoyo diagnóstico y terapéutico, la rehabilitación funcional y la psicoterapia individual, grupal o familiar, así como el seguimiento y la evaluación de resultados; finalmente, se establece la referencia, el egreso y el seguimiento continuo, articulando la activación intersectorial para protección y justicia cuando aplica. El paso a paso de la atención a las víctimas de cualquier tipo de violencia, en el marco de la Ruta Integral de Atención para la Población con Riesgo o Sujeto de Agresiones, Accidentes y Traumas (RIAS AAT) se adjunta en formato Excel, archivo denominado “*Ruta de atención en salud para las víctimas de violencia incluyendo los Niños, Niñas y Adolescentes.*”

Adicionalmente se resalta que, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, en el marco de sus funciones y competencias, realiza acciones de asistencia técnica a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios en Salud- EAPB e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud- IPS en la implementación de la Ruta Integral de Atención para la Población con Riesgo o Sujeto de Agresiones, Accidentes y Traumas (RIAS AAT) adoptada desde la Resolución 3202 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social con el fin de fortalecer el acceso efectivo a la atención en salud para toda la población víctima de las

diferentes formas de violencias, se aclara que esta Ruta de Atención en Salud, no contempla la deserción escolar.

9. ¿En qué puntos de la ruta se presentan mayores cuellos de botella?

Para los NNAJ bajo medida de protección del ICBF/SRPA, que no cuentan con afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se gestiona su aseguramiento, de acuerdo con la pregunta No. 1.

Para los NNAJ que se encuentran en medio familiar y por algún motivo no cuentan con aseguramiento y los casos son dados a conocer a esta Dirección, se realiza el respectivo contacto con los padres, madres, cuidadores, tutores legales para brindarles indicaciones respecto a los documentos válidos para la afiliación, así como los tramites de traslado, portabilidad o movilidad, según sea el caso requerido. Esto con la finalidad de garantizar el derecho a la salud y la atención de los servicios de salud.

Es importante tener presente que la Secretaría Distrital de Salud, conforme a lo establecido en el artículo 31 de la Ley 1122 de 2007, cuenta con prohibición expresa para prestar directamente servicios asistenciales de salud, dado que esta función recae en los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), específicamente en las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud (EAPB) y su red de prestadores de servicios de salud (IPS).

Asimismo, el artículo 9 de la Resolución 2765 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social indica que corresponde a las EAPB y entidades adaptadas garantizar la integralidad, continuidad, acceso efectivo y oportuno a los servicios de salud para todos los afiliados, incluyendo la atención integral, a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) habilitadas en el territorio nacional.

Dicho lo anterior, desde la Secretaría Distrital de Salud, no se cuenta con información específica de identificación de los cuellos de botella en la Activación de la Ruta Integral en Salud e Intersectorial.

CUESTIONARIO SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD (SDS)

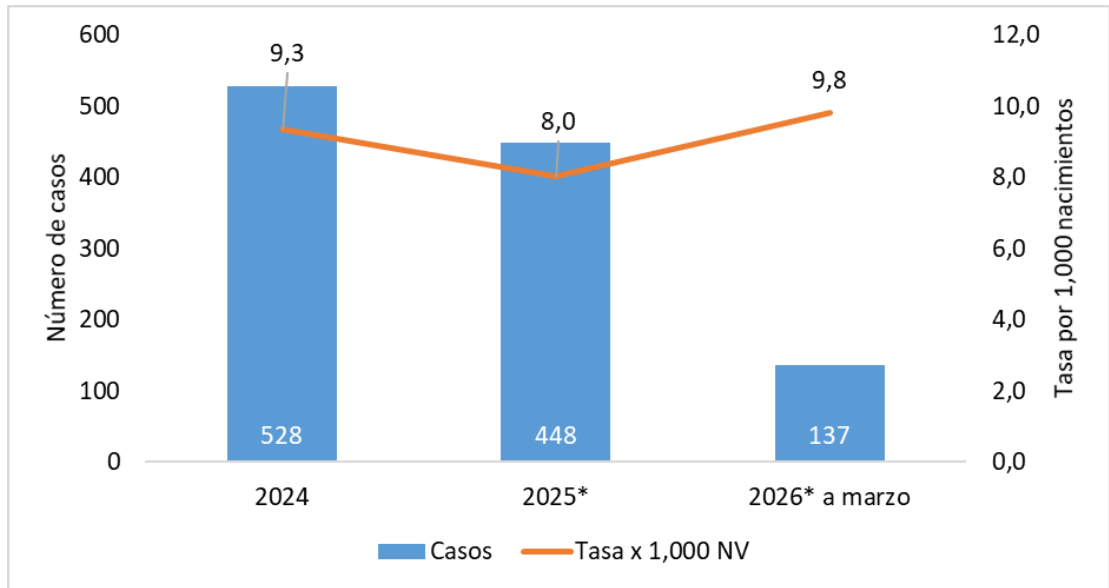
1. *Sírvase reportar la tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año) y la tasa de mortalidad en menores de 5 años en Bogotá por vigencia 2024, 2025 y 2026 con corte a la fecha, indicando las cinco localidades con las tasas más altas en cada vigencia, las principales causas de muerte y el número de casos clasificados como evitables.*

Mortalidad Infantil

La tasa de mortalidad infantil muestra la probabilidad que tiene un recién nacido de morir antes de cumplir un (1) año de vida y se considera como un indicador de la calidad de vida y bienestar de una población. Se calcula dividiendo el número anual de muertes en menores de un (1) año por el número total de nacidos vivos en una región determinada, multiplicado por mil. Esta mortalidad se divide en tres (3) momentos: la mortalidad neonatal temprana que comprende entre el nacimiento y los seis (6) días completos de vida, la mortalidad

neonatal tardía que va de los siete (7) a los 28 días de vida y la mortalidad post neonatal que ocurre entre los 28 y los 11 meses, veintinueve días de vida.

Gráfica No 1. Casos y tasas de mortalidad infantil en Bogotá D.C.



Fuente 2024: Base Dane -Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES-Publicados 15-10-2025
Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 09-01-2026
Fuente 2026: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 06-04-2026

La gráfica muestra una reducción importante en el número absoluto de casos de mortalidad infantil en Bogotá, pasando de 528 en 2024 a 448 en 2025 con datos aún preliminares (una caída aproximada del 15%), y luego a 137 casos acumulados a marzo de 2026 (datos preliminares) , lo que sugiere una tendencia descendente sostenida; sin embargo, la tasa por cada 1.000 nacidos vivos no sigue un patrón lineal, ya que disminuye de 9,3 en 2024 a 8,0 en 2025, pero luego aumenta a 9,8 en 2026 (corte a marzo). Esto indica que, aunque los casos absolutos bajan, el riesgo relativo podría estar incrementándose recientemente, posiblemente por una reducción en el número de nacimientos o por factores coyunturales en 2026. En términos estadísticos, se observa una mejora interanual inicial tanto en nivel como en tasa, seguida de una divergencia entre ambas métricas, lo que sugiere la necesidad de analizar la tendencia con series completas y no con datos parciales, ya que el dato de 2026 aún no es comparable en magnitud temporal con los años anteriores.

Tabla No 1. Casos y tasas de mortalidad infantil distribuido por localidad de residencia en Bogotá D.C.

Localidad	2024		2025*		2026* a marzo	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
1-Usaquén	33	8,6	27	7,2	12	12,2
2-Chapinero	7	6,0	8	7,1	3	9,6
3-Santafé	8	8,2	7	8,2	3	12,3
4-San Cristóbal	23	8,0	17	6,3	9	14,3

5-Usme	34	11,3	35	12,1	4	5,4
6-Tunjuelito	18	13,5	7	5,4	3	9,9
7-Bosa	58	10,1	35	6,2	10	6,6
8-Kennedy	72	9,1	60	7,6	19	10,1
9-Fontibón	21	8,3	20	7,5	1	1,6
10-Engativá	43	8,3	48	9,3	13	10,7
11-Suba	71	8,7	59	7,1	15	7,4
12-Barrios Unidos	4	4,5	5	5,6	3	14,2
13-Teusiquillo	10	12,8	10	13,9	1	5,4
14-Mártires	7	8,0	5	6,1	2	9,1
15-Antonio Nariño	7	11,3	7	10,2	4	22,3
16-Puente Aranda	12	7,4	11	6,9	6	14,5
17-Calendario	1	6,6	1	7,8	0	0,0
18-Rafael Uribe	23	7,9	19	6,6	9	12,8
19-Ciudad Bolívar	66	11,1	56	9,5	19	12,9
20-Sumapaz	2	133,3	0	0,0	1	111,1
Sin dato de localidad	8	-	11	-	0	-
Total general	528	9,3	448	8,0	137	9,8

Fuente 2024: Base Dane -Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES-Publicados 15-10-2025

Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 09-01-2026

Fuente 2026: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 06-04-2026

En 2025 se evidencian mejoras en localidades de alta incidencia como Bosa, Kennedy, Suba y Ciudad Bolívar; sin embargo, en 2026 (corte a marzo) se observa un repunte en las tasas en varios territorios, lo que sugiere un mayor riesgo relativo pese al menor número de casos acumulados. Este comportamiento puede estar influenciado por factores estacionales y por el bajo número de nacimientos en el periodo parcial, lo que incrementa la volatilidad de las tasas. La mortalidad infantil continúa presentando una distribución desigual, con brechas persistentes entre localidades y algunos incrementos notorios en 2026 frente a 2025. Para 2026 (a marzo), las mayores tasas se registran en Sumapaz (111,1) —valor afectado por el bajo número de casos—, seguido de Antonio Nariño (22,3), Puente Aranda (14,5), San Cristóbal (14,3) y Barrios Unidos (14,2), mientras que Santa Fe (12,3), Usaquén (12,2) y Ciudad Bolívar (12,9) también presentan niveles elevados, lo que evidencia que, más allá del número absoluto de casos, persisten territorios con mayor vulnerabilidad relativa, especialmente aquellos con menor número de nacimientos o condiciones estructurales adversas, y refuerza la necesidad de intervenciones focalizadas y del análisis de series completas para evitar sesgos por datos parciales.

Tabla No 2. Causas agrupadas de mortalidad infantil en Bogotá D.C.

Causa agrupada de muerte 6/67	2024		2025		2026* a marzo	
	casos	%	casos	%	casos	%
6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	134	25,4%	117	26,1%	27	19,7%
4,06 Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	97	18,4%	67	15,0%	13	9,5%

4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	85	16,1%	59	13,2%	14	10,2%
4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	66	12,5%	61	13,6%	21	15,3%
4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	42	8,0%	40	8,9%	16	11,7%
1,08 Infecciones respiratorias agudas	24	4,5%	14	3,1%	3	2,2%
4,01 Feto o recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	20	3,8%	20	4,5%	6	4,4%
0.00 Signos, síntomas y afecciones mal definidas	17	3,2%	18	4,0%	5	3,6%
4,03 Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	9	1,7%	21	4,7%	29	21,2%
6,07 Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	6	1,1%	1	0,2%	0	0,0%
6,04 Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	28	5,3%	30	6,7%	3	2,2%
Total general	528	100%	448	100%	137	100%

Fuente 2024: Base Dane -Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES-Publicados 15-10-2025

Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 09-01-2026

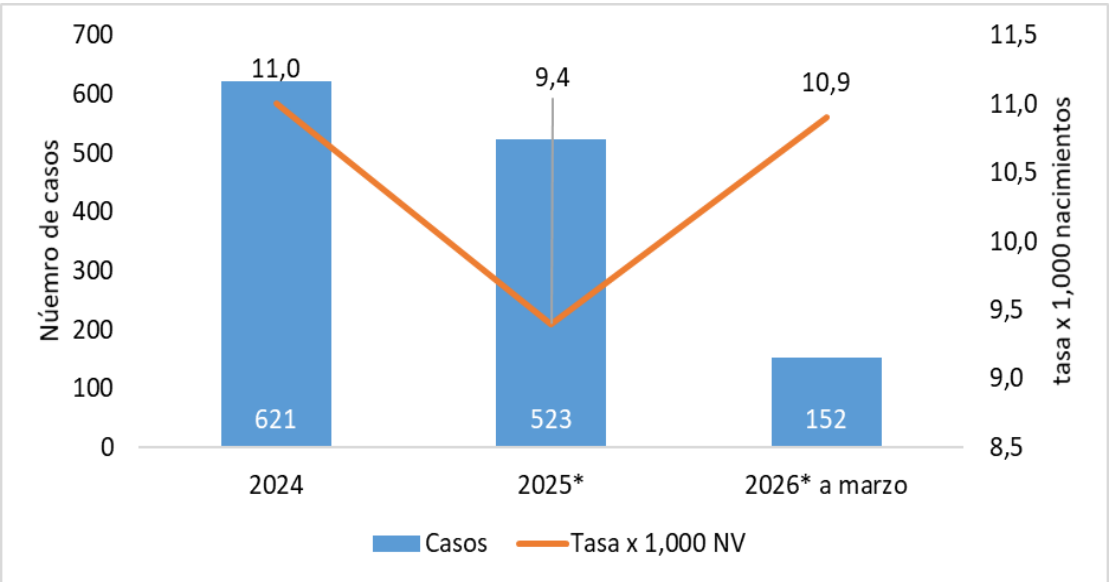
Fuente 2026: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 06-04-2026

El análisis por causas muestra que la mortalidad infantil en Bogotá mantiene un perfil predominantemente perinatal y congénito, aunque con cambios relevantes en la estructura reciente. En 2024 y 2025, la principal causa fueron las malformaciones congénitas, representando alrededor de una cuarta parte de los casos (25,4% y 26,1%), seguidas de afecciones del período perinatal y trastornos respiratorios; sin embargo, en 2026 (corte a marzo) se observa un cambio importante en la composición: aunque las malformaciones siguen siendo la primera causa (19,7%), pierden peso relativo, mientras que aumentan significativamente otras causas asociadas a condiciones evitables o prevenibles. Destaca el incremento de retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer (21,2%), que pasa a ser la segunda causa en 2026, así como el aumento de la sepsis bacteriana del recién nacido (15,3%) y de las complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento (11,7%). En contraste, disminuyen las infecciones respiratorias agudas y otras afecciones perinatales. En términos estadísticos, esto sugiere una transición hacia causas más asociadas a la calidad de la atención materno-perinatal y condiciones de gestación, lo que podría indicar oportunidades de intervención en control prenatal, atención del parto y cuidado neonatal temprano.

Mortalidad en menores de cinco (5) años

La tasa de mortalidad en menores de cinco (5) años es un indicador central de los derechos de existencia, pues mide el nivel de garantía del derecho a la vida y a la salud en la primera infancia.

Gráfica No 2. Casos y tasas de mortalidad en menores de cinco (5) años en Bogotá. D.C.



Fuente 2024: Base Dane -Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES-Publicados 15-10-2025

Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 09-01-2026

Fuente 2026: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 06-04-2026

La mortalidad en menores de cinco (5) años en Bogotá muestra un comportamiento similar al observado en mortalidad infantil, con una disminución en el número absoluto de casos seguida de un repunte en la tasa. Los casos descienden de 621 en 2024 a 523 en 2025 (reducción cercana al 15,8%), y a 152 casos en 2026 con corte a marzo, lo que indica una tendencia favorable en términos de volumen. Sin embargo, la tasa por 1.000 nacidos vivos cae de 11,0 a 9,4 entre 2024 y 2025, evidenciando una mejora, pero aumenta nuevamente a 10,9 en 2026, acercándose a los niveles iniciales. Desde una perspectiva estadística, esto sugiere una divergencia reciente entre casos y riesgo relativo, probablemente influenciada por el carácter parcial del dato 2026 y posibles variaciones en el denominador (nacimientos). En conjunto, aunque hay avances en la reducción de muertes, el incremento reciente de la tasa indica la necesidad de reforzar intervenciones en salud infantil, ya que el riesgo de morir antes de los cinco (5) años podría estar aumentando en el corto plazo.

Tabla No 3. Casos y tasas de mortalidad en menores de cinco (5) años distribuido por localidad de residencia en Bogotá D.C.

Localidad	2024		2025*		2026* a marzo	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
1-Usaquén	39	10,2	30	8,0	13	13,2
2-Chapinero	9	7,7	10	8,9	3	9,6
3-Santafé	9	9,2	8	9,3	4	16,5
4-San Cristóbal	26	9,0	24	8,9	9	14,3
5-USME	40	13,3	39	13,5	4	5,4
6-Tunjuelito	19	14,2	8	6,2	3	9,9
7-Bosa	75	13,1	40	7,1	14	9,2
8-Kennedy	85	10,8	73	9,3	19	10,1
9-Fontibón	24	9,5	23	8,6	3	4,7

10-Engativá	52	10,1	52	10,1	13	10,7
11-Suba	82	10,0	71	8,6	16	7,9
12-Barrios Unidos	5	5,6	5	5,6	3	14,2
13-Teusiquillo	13	16,6	13	18,1	1	5,4
14-Mártires	10	11,5	5	6,1	2	9,1
15-Antonio Nariño	7	11,3	7	10,2	4	22,3
16-Puente Aranda	13	8,0	13	8,1	6	14,5
17-Calendario	1	6,6	1	7,8	0	0,0
18-Rafael Uribe	26	8,9	25	8,7	11	15,6
19-Ciudad Bolívar	73	12,2	64	10,9	21	14,3
20-Sumapaz	2	133,3	0	0,0	1	111,1
Sin dato de localidad	11	-	12	-	2	-
Total general	621	11,0	523	9,4	152	10,9

Fuente 2024: Base Dane -Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES-Publicados 15-10-2025

Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 09-01-2026

Fuente 2026: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 06-04-2026

El análisis por localidades de la mortalidad en menores de cinco (5) años muestra, al igual que en la mortalidad infantil, una reducción de casos entre 2024 y 2025, especialmente en territorios con mayor carga como Kennedy, Suba, Bosa y Ciudad Bolívar; no obstante, en 2026 (corte a marzo) se observa un repunte en las tasas en varios territorios, lo que indica un aumento del riesgo relativo pese al menor número absoluto de muertes. La distribución territorial continúa siendo desigual: las localidades con mayor población concentran más casos, pero no necesariamente presentan las tasas más altas, evidenciando diferencias en condiciones sociodemográficas y en el acceso a servicios de salud. Para 2026, las tasas más elevadas se registran en Sumapaz (111,1) —valor probablemente influenciado por el bajo número de nacimientos—, seguido de Antonio Nariño (22,3), Santafé (16,5), Rafael Uribe (15,6) y Puente Aranda (14,5), con valores cercanos en San Cristóbal y Ciudad Bolívar (14,3) y Barrios Unidos (14,2), lo que evidencia la persistencia de focos territoriales críticos donde el riesgo de muerte en menores de cinco años es significativamente mayor y refuerza la necesidad de intervenciones focalizadas en determinantes sociales, atención materno-infantil y calidad de los servicios de salud.

Tabla No 4. Causas agrupadas de mortalidad en menores de cinco (5) años en Bogotá D.C.

Causas agrupadas 6/67 menores de cinco (5) años	2024		2025*		2026* a marzo	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
6,13 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	148	23,8%	126	24,1%	29	19,1%
4,06 Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	99	15,9%	68	13,0%	13	8,6%
4,04 Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	86	13,8%	62	11,9%	14	9,2%
4,05 Sepsis bacteriana del recién nacido	66	10,6%	61	11,7%	21	13,8%
0.00 Signos, síntomas y afecciones mal definidas	25	4,0%	25	4,8%	9	5,9%

4,02 Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento	42	6,8%	40	7,6%	16	10,5%
1,08 Infecciones respiratorias agudas	29	4,7%	21	4,0%	3	2,0%
1,09 Resto de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	7	1,1%	5	1,0%	0	0,0%
4,01 Feto o recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	20	3,2%	20	3,8%	6	3,9%
4,03 Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer	9	1,4%	21	4,0%	29	19,1%
Otras causas	90	14,5%	74	14,1%	12	7,9%
Total general	621	100%	523	100%	152	100%

Fuente 2024: Base Dane -Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-FINALES-Publicados 15-10-2025

Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 09-01-2026

Fuente 2026: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 06-04-2026

El análisis de causas de mortalidad en menores de cinco (5) años muestra un patrón consistente con la mortalidad infantil, donde predominan las causas perinatales y congénitas, aunque con cambios importantes en la estructura reciente. En 2024 y 2025, las malformaciones congénitas se mantienen como la principal causa (23,8% y 24,1%), seguidas por afecciones del período perinatal y trastornos respiratorios; sin embargo, en 2026 (corte a marzo) se evidencia una redistribución significativa. Aunque las malformaciones continúan en primer lugar (19,1%), pierden peso relativo frente a otras causas que aumentan notablemente: destaca el retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer (19,1%), que iguala el primer lugar, así como el incremento de la sepsis bacteriana del recién nacido (13,8%) y de las complicaciones obstétricas y del nacimiento (10,5%). En contraste, disminuyen las afecciones perinatales generales, los trastornos y las infecciones respiratorias agudas. Desde una perspectiva epidemiológica, esto sugiere un desplazamiento hacia causas más asociadas a la calidad del control prenatal, el estado nutricional materno-fetal y la atención del parto y del recién nacido, lo que indica áreas críticas de intervención. No obstante, al tratarse de información parcial para 2026, estos cambios deben interpretarse con cautela, ya que podrían estar sobrerrepresentados por la variabilidad propia de periodos cortos.

Frente a la clasificación de muertes evitables en menores de cinco (5) años, es importante precisar que, en el Distrito, de acuerdo con los lineamientos nacionales establecidos por el Instituto Nacional de Salud (INS), el análisis de evitabilidad no se realiza sobre la totalidad de los casos de mortalidad en este grupo etario. En su lugar, el abordaje se concentra en los casos que hacen parte del evento integrado, específicamente aquellos asociados a Infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y Desnutrición (DNT).

En este sentido, no se dispone de un panorama completo que permita determinar el número total de casos evitables o no evitables para todas las causas de mortalidad en menores de cinco (5) años, ya que el análisis de evitabilidad está focalizado únicamente en estos eventos priorizados y no en el conjunto total de defunciones.

La Secretaría Distrital de Salud, para los casos de los NNAJ -Niños, Niñas, Adolescentes, Jóvenes- que se encuentran como poblaciones diferenciales Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF- y Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes –SRPA-

realiza el proceso de aseguramiento en salud por medio de listado CENSAL el cual permite tener servicios de salud y afiliación a una EPS, en los casos para los NNA que no son población diferencial deben hacer proceso por medio de sus padres, madres/ cuidadores/ tutores legales para vinculación por unificación de núcleo familiar en su Entidad Promotora de Salud –EPS- y garantizar los servicios de salud dando la cobertura del Plan de Beneficios de Salud –PBS-.

2. *Sírvase informar la razón de mortalidad materna de Bogotá por vigencia y localidad, indicando el tipo de causa (directa o indirecta), el momento de la muerte (embarazo, parto o puerperio), el régimen de afiliación de la madre y el porcentaje de casos clasificados como evitables, con la causa de evitabilidad identificada.*

La mortalidad materna es monitoreada a través del indicador de Razón de Mortalidad Materna RMM que describe el número de casos de muertes maternas que ocurren durante el embarazo, parto y los 42 días siguientes, ocurridas en el periodo / nacidos vivos en el mismo espacio de tiempo. Su propósito es el de estimar el riesgo de morir a causa de problemas relaciones con el embarazo, parto y postparto en Bogotá, D.C.

A continuación, se presenta el comportamiento de este evento para los años 2024 – 2025* (datos preliminares).

Tabla No 5. Casos - Razón de la Mortalidad Materna. Bogotá D.C. Años 2024 – 2025* y enero marzo 2026*

Localidad	2024		2025*		Ene - Mar 2026*	
	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón
01. Usaquén	1	26,0	0	0,0	1	82,2
02. Chapinero	2	171,8	1	88,6	0	0,0
03. Santa fe	1	102,2	0	0,0	0	0,0
04. San Cristóbal	3	104,3	2	74,1	0	0,0
05. Usme	0	0,0	1	34,7	0	0,0
06. Tunjuelito	0	0,0	1	77,4	0	0,0
07. Bosa	1	17,4	2	35,6	0	0,0
08. Kennedy	0	0,0	3	38,2	1	53,1
09. Fontibón	2	78,8	2	74,9	0	0,0
10. Engativá	2	38,8	3	58,3	0	0,0
11. Suba	0	0,0	2	24,2	0	0,0
12. Barrios Unidos	0	0,0	0	0,0	0	0,0
13. Teusaquillo	0	0,0	0	0,0	0	0,0
14. Los Mártires	1	114,7	0	0,0	0	0,0
15. Antonio Nariño	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16. Puente Aranda	0	0,0	0	0,0	0	0,0
17. Candelaria	0	0,0	0	0,0	0	0,0
18. Rafael Uribe	1	34,3	1	34,8	0	0,0
19. Ciudad Bolívar	6	100,5	0	0,0	4	272,3
20. Sumapaz	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sin dato de localidad	1	100000,0	0	0,0	0	0,0

Distrito	21	37,1	18	32,3	6	43,1
----------	----	------	----	------	---	------

Fuente: 2024: Base de datos DANE y aplicativo Web RUAF_ND, sistema de estadísticas Vitales SDS-EEVV - datos FINALES. *Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 06-01-2026. Fuente: SIVIGILA Evento 550_SE53 2025.

El comportamiento epidemiológico de la mortalidad materna en Bogotá, D. C., durante 2025 registró el menor número de muertes maternas del periodo analizado en el Distrito ($n = 18$), con una razón de mortalidad materna (RMM) preliminar de 32,3 por 100.000 nacidos vivos, según RUAF–Sivigila (*Cabe resaltar que estos datos son preliminares y existen diferencias en la concordancia de casos entre las fuentes de información correspondientes a las defunciones diligenciadas por Medicina Legal*). Este resultado es inferior al observado en 2024 (datos finales), cuando se registró una RMM de 37,1 por 100.000 nacidos vivos con 21 casos, y también se sitúa por debajo de la RMM nacional, que en el último año fue de 42,9 por 100.000 nacidos vivos. Este comportamiento sugiere una mejora sostenida en la atención materna y proyecta un avance favorable hacia el cumplimiento de la meta distrital prevista para 2027 (RMM de 27,5), reflejando el impacto positivo de las intervenciones implementadas por el sistema de salud, particularmente la intensificación de las acciones de fortalecimiento técnico a los prestadores de servicios de salud y a las EPS, el seguimiento continuo a la adherencia a guías y protocolos de manejo, y el análisis y retroalimentación permanente del comportamiento epidemiológico del evento.

Para 2026, con corte 31 marzo, datos preliminares*, se reporta una razón de mortalidad materna de 43,1 por 100.000 nacidos en Bogotá D.C. Este comportamiento es consistente con el observado en años previos. En este contexto, el Distrito continúa fortaleciendo la gestión integral del riesgo materno, con énfasis en la prevención, la captación temprana, el control prenatal efectivo y la mejora en la calidad de la atención, para lograr una reducción sostenida de la mortalidad materna.

Causas de Muerte Materna.

Tabla No 6. Distribución porcentual de casos de muertes maternas por causas Directa e Indirecta. Bogotá D.C. Año 2024- 2025* y enero – marzo 2026*

Año	Directa	% Directa	Indirecta	% Indirecta	En Estudio	% En estudio	Totales
2024	13	62%	8	38%	0	0%	21
2025*	7	39%	8	44%	3	17%	18
Ene - Mar 2026*	3	50%	1	17%	2	33%	6

Fuente: 2024: Base de datos DANE y aplicativo Web RUAF_ND, sistema de estadísticas Vitales SDS-EEVV - datos FINALES. *Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 06-01-2026. Fuente: SIVIGILA Evento 550_SE53 2025.

Para el periodo de análisis se observa un predominio de causas directas (62% en 2024, 39% en 2025 y 50% en 2026), lo que indica una mayor concentración en complicaciones obstétricas potencialmente evitables; en 2026 el 33% de casos están en proceso de estudio según los protocolos, lo que limita su interpretación. En conjunto, este patrón refleja la reducción del peso de las causas indirectas y el aumento de la relevancia de eventos directos, lo que orienta la necesidad de fortalecer la oportunidad, calidad y capacidad resolutoria de la atención obstétrica. En respuesta, el Distrito ha intensificado la vigilancia epidemiológica, las unidades de análisis y el seguimiento a gestantes de alto riesgo, con énfasis en la prevención y manejo oportuno de complicaciones.

Momento de la muerte.

Tabla No 7. Distribución porcentual del momento de la muerte. Bogotá D.C. Año 2024 - 2025* y enero – marzo 2026*

Momento	2024		2025*		Ene - Mar 2026*	
	Casos MM	%	Casos MM	%	Casos MM	%
Gestación	5	24	4	22	2	33
Puerperio inmediato (120 horas)	10	48	10	56	4	67
Puerperio (6 - 42 días)	6	29	4	22	0	0
Total	21	100	18	100	6	100

Fuente: 2024: Base de datos DANE y aplicativo Web RUAF_ND, sistema de estadísticas Vitales SDS-EEVV - datos FINALES. *Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 06-01-2026. Fuente: SIVIGILA Evento 550_SE53 2025.

El análisis del momento de ocurrencia de la mortalidad materna en Bogotá D.C. durante 2024–2026 evidencia un patrón consistente con la literatura internacional, donde el mayor riesgo se concentra en el puerperio inmediato (primeras 120 horas). En el periodo analizado, este momento representa la mayor proporción de casos, con valores que oscilan entre 48% y 56% en 2024–2025 y un incremento hasta 67% en 2026 (corte preliminar).

La gestación aporta entre el 22% y 33% de los casos, mientras que el puerperio tardío (6–42 días) presenta una menor participación, con tendencia variable y ausencia de casos en 2026. Este comportamiento es concordante con la evidencia que señala que la mayoría de las muertes maternas ocurren en el periodo posparto, principalmente por causas prevenibles como hemorragia, trastornos hipertensivos y sepsis, asociadas a fallas en la vigilancia, la oportunidad de la atención y el seguimiento clínico.

En respuesta a lo anterior, la Secretaría Distrital de Salud, ha realizado fortalecimiento técnico y normativo en la vigilancia activa y el seguimiento clínico durante el puerperio inmediato, garantizando la adherencia a los protocolos de manejo de emergencias obstétricas, la administración y verificación del tratamiento farmacológico previo al alta hospitalaria y un egreso seguro con educación en signos de alarma y programación de controles. Asimismo, intervenciones relacionadas con el seguimiento efectivo de las gestantes con morbilidad materna extrema por parte de las EAPB, en el marco de la estrategia “Ángeles Guardianes”, con el fin de garantizar la continuidad del cuidado, la gestión del riesgo y la reducción de desenlaces adversos.

Régimen de afiliación (contributivo, subsidiado, no afiliada)

Tabla No 8. Distribución porcentual de casos de muertes maternas por régimen de afiliación. Bogotá D.C. Año 2024- 2025* y enero – marzo 2026*

Régimen	2024		2025*		Ene 2026*	
	Casos	Razón	Casos	Razón	Casos	Razón
Contributivo	11	28,2	12	30,7	5	50,4
Subsidiado	9	63,8	3	22,4	0	0,0
No asegurada	1	40,2	2	87,5	1	176,4

Excepción	0	0,0	1	96,2	0	0,0
Reg Especial	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Sin información	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total general	21	37,1	18	32,3	6	43,1

Fuente: 2024: Base de datos DANE y aplicativo Web RUAF_ND, sistema de estadísticas Vitales SDS-EEVV - datos FINALES. *Fuente 2025: Aplicativo RUAF-ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS -EEVV-PRELIMINARES ajustado 06-01-2026. Fuente: SIVIGILA Evento 550_SE53 2025.

La mortalidad materna en Bogotá D.C. durante 2024–2026 se presenta en todos los regímenes de afiliación. El régimen contributivo concentra la mayor incidencia de casos a lo largo de la serie, acorde con su mayor población afiliada. Sin embargo, las razones de MM en todos los diferentes regímenes, sugiere fallas en la gestión del riesgo, la oportunidad diagnóstica y la continuidad del cuidado, especialmente en gestantes con comorbilidades; adicionalmente, el incremento de la razón en 2026 (50,4) constituye una señal de alerta. En el régimen subsidiado, aunque con menor número de casos, se observan razones elevadas (hasta 63,8), asociadas a condiciones de vulnerabilidad, mientras que las mujeres no aseguradas presentan los mayores riesgos, evidenciando barreras de acceso. En conjunto, pese a la reducción global del evento, persisten fallas en la calidad de la atención, lo que hace necesario fortalecer la detección temprana del riesgo, la adherencia a las rutas integrales y el seguimiento efectivo por parte de las EAPB para reducir la mortalidad materna evitable.

Evitabilidad de muertes materna

El análisis de la mortalidad materna se realiza mediante el aplicativo web del Instituto Nacional de Salud (INS), el cual permite identificar determinantes sociales, características poblacionales y fallas en el acceso y la calidad de la atención. En concordancia con el protocolo nacional, integra la clasificación de causas y el análisis de demoras bajo los ítems preestablecidos, generando evidencia para orientar intervenciones y fortalecer la respuesta institucional.

Durante el periodo 2024–2025 y enero – marzo 2026*, el análisis de los tableros de demoras en mortalidad materna (n=45) evidenció que el 24,4% de los casos (n=11) presentaron demoras relacionadas con la atención de preeclampsia/eclampsia, constituyéndose en un hallazgo relevante, de causa evitable. Este comportamiento refleja fallas estructurales persistentes, especialmente en la oportunidad de la atención y en la identificación temprana del riesgo. En consecuencia, se requiere fortalecer la adherencia a guías clínicas, la capacidad resolutoria del primer nivel de atención y la gestión integral del riesgo desde la etapa preconcepcional, con el fin de prevenir desenlaces adversos.

De acuerdo con el consolidado, se identifican aproximadamente seis (6) casos (13,3%) asociados a fallas del sistema de salud, constituyéndose en un hallazgo relevante. Estas se relacionan principalmente con deficiencias en la calidad de la atención y en la capacidad de respuesta ante emergencias obstétricas, particularmente en el manejo de la hemorragia. En concordancia con los lineamientos nacionales, se hace necesario fortalecer la adherencia a protocolos clínicos, la oportunidad en la intervención y la capacidad resolutoria de los servicios, con el fin de reducir desenlaces adversos evitables.

Se evidencian demoras en la calidad de la atención (demora III), con interpretación tardía de exámenes y fallas en el manejo, además de diagnóstico inoportuno (53%). Este patrón refleja debilidades en la respuesta clínica y la identificación temprana de riesgos, la

preparación adecuada para un embarazo seguro, afectando la oportunidad y contribuyendo a desenlaces maternos evitables.

En respuesta a los hallazgos identificados, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá ha fortalecido la vigilancia intensificada de gestantes con morbilidad materna extrema mediante la estrategia “*Ángeles Guardianes*”, orientada a la identificación temprana del riesgo, el seguimiento continuo y la reducción de desenlaces adversos. En articulación con la Resolución 943 de 2025, expedida por la Secretaría Distrital de Salud, se han robustecido las acciones de gestión integral del riesgo, incluyendo la captación temprana en la consulta preconcepcional, el acceso oportuno a métodos anticonceptivos, el inicio temprano del control prenatal y el tamizaje para preeclampsia, así como la vigilancia y seguimiento oportuno en coordinación con aseguradores y prestadores. Estas acciones contribuyen a consolidar un modelo de atención integral, centrado en la mujer, que mejora la oportunidad, calidad y continuidad de la atención y favorece la reducción de desenlaces adversos en el Distrito.

Para los casos de NNAJ que son de ICBF y SRPA se articula por medio de la entidad en la cual se encuentra en protección y se garantizan las atenciones necesarias por medio de su EPS según la valoración en salud y pertinencia clínica.

Para los NNAJ que se encuentran en medio familiar, el padre, madre, cuidador, tutor legal, es el garante y responsable de gestionar las necesidades en salud y coordinar con otras entidades las acciones necesarias para que estas sean solventadas y articuladas entre los sectores.

3. *Sírvase reportar los indicadores de estado nutricional de niñas y niños menores de 5 años evaluados a través del Sistema de Vigilancia Nutricional (SISVAN) en Bogotá por vigencia y localidad, incluyendo los porcentajes de desnutrición aguda, desnutrición crónica, desnutrición global, sobrepeso y obesidad, y las localidades con mayor prevalencia de desnutrición.*

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, a través del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN), consolidó información proveniente de la población que asiste a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que integran la red de notificación, a partir de valoraciones antropométricas basadas en la medición de peso y talla. Estas mediciones permitieron clasificar el estado nutricional de distintos grupos poblacionales mediante indicadores definidos por la normatividad vigente, generando proporciones que describen la distribución relativa de las alteraciones nutricionales en la población atendida y facilitan el seguimiento de tendencias a nivel distrital y local. En el caso de los niños y niñas menores de cinco (5) años, el monitoreo del estado nutricional se realizó mediante los indicadores de peso para la talla, talla para la edad, peso para la edad e índice de masa corporal para la edad (IMC/E), los cuales posibilitan la identificación de desnutrición aguda, retraso en talla, desnutrición global y otras alteraciones nutricionales. Con base en esta información, se presentan a continuación los resultados, con el propósito de aportar un contexto general de la situación nutricional observada en la población valorada y orientar las acciones de prevención, control y seguimiento en salud pública y seguridad alimentaria y nutricional en el Distrito.

El indicador peso para la talla (P/T) evalúa la relación entre el peso corporal y la estatura del niño o niña, siendo un reflejo del estado nutricional actual. Este indicador permite

identificar la desnutrición aguda, clasificada cuando el puntaje Z es menor a -2 desviaciones estándar (DE), así como el riesgo de desnutrición.

Tabla No 9. Proporción de desnutrición aguda en menores de cinco (5) años, Bogotá, 2021-2026*feb (p)

	PROPORCION_DNT_AGUDA					
	2021	2022	2023	2024	2025	2026*feb (p)
01. Usaquén	2,3	1,9	1,8	1,4	1,2	1,1
02. Chapinero	2,9	2,5	1,9	2	1,7	1,2
03. Santa Fe	3,2	2,7	1,9	1,6	1,7	1,4
04. San Cristóbal	2,4	2,5	1,7	1,7	1,5	1,3
05. Usme	3,1	2,3	1,6	1,4	1,1	1,0
06. Tunjuelito	3,5	1,8	1,4	1,7	1,1	1,0
07. Bosa	3,0	2,7	2	1,6	1,3	1,0
08. Kennedy	2,9	2,9	1,8	1,5	1,4	1,1
09. Fontibón	2,8	2,1	1,6	1,2	0,8	1,0
10. Engativá	2,5	2,7	1,9	1,6	1,2	1,2
11. Suba	2,3	2,2	2	1,2	1,3	1,2
12. Barrios Unidos	2,7	2,0	1,7	1,3	1,3	1,0
13. Teusaquillo	2,9	2,3	1,6	1,4	1,5	1,4
14. Los Mártires	3,2	2,2	2	2,1	1,7	1,0
15. Antonio Nariño	3,0	1,9	1,8	1,8	1,2	1,2
16. Puente Aranda	3,2	2,2	2,3	1,5	1,3	0,6
17. La Candelaria	3,1	2,2	1,8	1,1	1,3	1,2
18. Rafael Uribe Uribe	2,8	2,3	1,5	1,4	1,4	1,3
19. Ciudad Bolívar	3,0	1,9	1,5	1,5	1,2	1,2
20. Sumapaz	2,8	3,5	0	0	3	0,0
21. Sin información	3,8	2,5	1,9	1,2	1,3	1,1
22. Bogotá	2,8	2,4	1,8	1,5	1,2	1,1

Fuente: Base de datos SISVAN 2021-2026*feb (p)

Entre 2021 y 2025, la proporción de desnutrición aguda en Bogotá presenta un descenso sostenido y generalizado, al pasar de 2,8 a 1,2, con reducciones observables en casi todas las localidades, especialmente a partir de 2023, lo que sugiere una mejoría progresiva en la identificación temprana y el manejo oportuno de los casos. Localidades que en 2021 registraban prevalencias elevadas (como Tunjuelito, Los Mártires, Santa Fe, Puente Aranda y Usme) muestran una disminución importante hacia 2025, ubicándose en valores cercanos o inferiores al promedio distrital, mientras que Fontibón alcanza la proporción más baja en el último año (0,8). No obstante, persisten diferencias territoriales, con localidades como Chapinero, Santa Fe y Los Mártires que, aunque reducen su prevalencia frente a los años iniciales, mantienen niveles relativamente más altos en comparación con otras zonas de la ciudad. Llama la atención el comportamiento irregular de Sumapaz, que registra ausencia de casos reportados en 2023 y 2024 y un incremento abrupto en 2025, lo que podría estar

asociado a variaciones en el tamaño poblacional, subregistro o cambios en la notificación. En conjunto, el comportamiento del indicador evidencia avances significativos a nivel distrital, pero también subraya la necesidad de mantener el seguimiento epidemiológico y reforzar acciones focalizadas en localidades con mayores fluctuaciones o rezagos persistentes.

El indicador talla para la edad (T/E) compara la estatura con la edad cronológica y permite identificar alteraciones en el crecimiento lineal. Una clasificación con puntaje Z menor a -2 que corresponde a talla baja para la edad o retraso en talla, condición que refleja procesos de desnutrición de larga data o exposiciones prolongadas a condiciones adversas que afectan el crecimiento.

Tabla No 10. Proporción de retraso en talla en menores de cinco (5) años, Bogotá, 2021-2026*feb (p)

LOCALIDAD_RESIDENCIA	PROPORCION_TALLA_BAJA_PARA_LA_EDAD					
	2021	2022	2023	2024	2025	2026*feb (p)
01. Usaquén	10,5	13,8	14,6	15,2	14	12 ,9
02. Chapinero	11,1	14,8	16,5	17,8	15,6	14 ,8
03. Santa Fe	11,5	14,7	15,3	17	15,4	16 ,0
04. San Cristóbal	13	15,9	17,3	17,9	15,2	15 ,7
05. Usme	15	16,5	18,9	18,3	16,6	16 ,8
06. Tunjuelito	11,2	12,8	14,3	14,8	12,8	13 ,0
07. Bosa	11,7	15,2	15,5	14,9	13,6	12 ,8
08. Kennedy	10,2	13,8	14,3	13,5	12,6	12 ,1
09. Fontibón	9,5	12,3	12,2	12,5	11,7	11 ,2
10. Engativá	9,2	11,5	12,7	12,4	11,9	10 ,9
11. Suba	9,5	12,1	13,1	13,6	13,3	12 ,8
12. Barrios Unidos	9,5	14,3	12,9	12,5	13,6	11 ,2
13. Teusaquillo	9,1	11,7	13,6	13,3	13,4	14 ,5
14. Los Mártires	10,4	13,5	16,1	15,5	13,4	13 ,4
15. Antonio Nariño	11,6	12,7	14,9	14,6	13,5	14 ,0
16. Puente Aranda	10	12,9	13,8	13,2	12	11 ,2
17. La Candelaria	9,2	13,5	14,3	13,4	13,3	11 ,7
18. Rafael Uribe Uribe	11,8	13,5	15,4	14,8	14,1	14 ,2
19. Ciudad Bolívar	12,5	15,7	17,1	16,7	15,5	15 ,4
20. Sumapaz	10,8	12,5	22,7	29,5	21,6	14 ,8
21. Sin información	11,5	14	15,7	16	14,8	13 ,2
22. Bogotá	11	13,8	14,9	14,9	13,8	13 ,4

Fuente: Base de datos SISVAN 2021-2026*feb (p)

Entre 2021 y 2025, la proporción de talla baja para la edad en Bogotá evidencia un deterioro progresivo hasta 2024, seguido de una leve mejoría en 2025, comportamiento consistente

con la naturaleza crónica y acumulativa de este evento nutricional; a nivel distrital, el indicador pasa de 11,0 en 2021 a 14,9 en 2023 y 2024, y desciende ligeramente a 13,8 en 2025, sin retornar a los niveles iniciales del periodo. La tendencia al aumento es generalizada en la mayoría de las localidades, con incrementos sostenidos particularmente marcados entre 2021 y 2023, lo que sugiere afectaciones estructurales relacionadas con condiciones socioeconómicas, acceso a alimentos y cuidados en la primera infancia. En 2025, las mayores prevalencias se concentran en Sumapaz, Usme, Chapinero, Ciudad Bolívar, Santa Fe y San Cristóbal, territorios que superan el promedio distrital y reflejan brechas persistentes; destaca especialmente Sumapaz, que presenta un aumento abrupto en 2023 y 2024, alcanzando el valor más alto del Distrito (29,5 en 2024) y, aunque disminuye en 2025, continúa como la localidad más afectada. En contraste, localidades como Fontibón, Engativá, Kennedy y Tunjuelito mantienen proporciones relativamente más bajas a lo largo del periodo, aunque también con incrementos respecto a 2021. En conjunto, el comportamiento del indicador confirma que el retraso en talla continúa siendo un problema prioritario de salud pública en Bogotá, que requiere intervenciones sostenidas de largo plazo, con enfoque territorial y énfasis en el curso de vida temprano, más allá de las acciones dirigidas a la desnutrición aguda.

El peso para la edad (P/E) integra información del peso en relación con la edad y se utiliza principalmente como un indicador de seguimiento poblacional. Este indicador permite identificar la desnutrición global, aunque no diferencia entre desnutrición aguda y crónica, por lo que su interpretación debe complementarse con los demás indicadores antropométricos.

Tabla No 11. Proporción de desnutrición global en menores de cinco (5) años, Bogotá, 2021-2026*feb (p)

LOCALIDAD_RESIDENCIA	PROPORCION DNT GLOBAL					
	2021	2022	2023	2024	2025	2026*feb (p)
01. Usaquén	5,1	6,1	6,6	6,8	5,5	5,4
02. Chapinero	5,3	7,5	6,8	8,5	7,2	6,8
03. Santa Fe	5,7	7	6,5	7,3	6,8	7,2
04. San Cristóbal	6,1	7,4	7	7,8	6,4	6,7
05. Usme	6,8	7,4	7,1	7,2	6,2	6,3
06. Tunjuelito	5,5	5,9	5,8	5,5	5	5,3
07. Bosa	5,5	6,8	6,2	6	5	4,7
08. Kennedy	5	6	5,9	5,6	5	5,1
09. Fontibón	4,8	5,8	4,9	5,5	4,9	5,0
10. Engativá	4,6	5,9	5,9	5,3	4,9	4,6
11. Suba	4,9	6,2	6,2	5,7	5,6	5,4
12. Barrios Unidos	5,2	6,7	5,8	5,5	5,7	4,9
13. Teusaquillo	4,6	5,7	5,5	5,7	5,7	5,5
14. Los Mártires	5,5	6,4	6,8	7,5	6	5,1
15. Antonio Nariño	5,9	6,2	6,2	6,6	5,3	5,9
16. Puente Aranda	4,8	5,3	5,4	5,7	4,9	4,6

17. La Candelaria	5,1	6,7	6,3	5,6	5,5	5,7
18. Rafael Uribe Uribe	5,6	6,4	6,5	6,7	5,6	6,5
19. Ciudad Bolívar	6,2	6,5	7	7	6,1	6,0
20. Sumapaz	5,2	8,2	7,6	6,4	4,9	7,4
21. Sin información	6,4	6,4	7,2	7,2	6,1	5,8
22. Bogotá	5,4	6,4	6,3	6,4	5,5	5,6

Fuente: Base de datos SISVAN 2021-2026*feb (p)

Entre 2021 y 2025, la proporción de desnutrición global en Bogotá presenta un comportamiento de incremento inicial seguido de una estabilización y leve reducción, al pasar de 5,4 en 2021 a un máximo de 6,4 en 2022 y 2024, y descender a 5,5 en 2025, situándose nuevamente en niveles cercanos a los observados al inicio del periodo. En la mayoría de las localidades se evidencia un aumento entre 2021 y 2022, con valores más altos y persistentes en Chapinero, San Cristóbal, Usme, Los Mártires y Ciudad Bolívar, que superan de forma recurrente el promedio distrital, lo que sugiere una mayor acumulación de problemas nutricionales asociados tanto a déficit agudo como crónico. Localidades como Fontibón, Engativá, Kennedy, Puente Aranda y Tunjuelito mantienen de manera constante las proporciones más bajas a lo largo del quinquenio, con variaciones moderadas y valores finales cercanos o inferiores a 5. Destaca el caso de Sumapaz, que muestra un aumento marcado en 2022 y 2023, seguido de una disminución progresiva hasta ubicarse en 4,9 en 2025, reflejando una alta variabilidad posiblemente asociada a dinámicas poblacionales y de notificación. En conjunto, el comportamiento del indicador de desnutrición global evidencia la persistencia de brechas territoriales y refuerza la necesidad de intervenciones integrales y sostenidas que aborden simultáneamente la desnutrición aguda y crónica, con prioridad en las localidades que mantienen prevalencias superiores al promedio distrital.

La Resolución 2465 de 2016 incorpora el índice de masa corporal para la edad (IMC/E) como indicador de uso poblacional en menores de cinco años. Este indicador resulta de la relación entre el peso y la talla al cuadrado, ajustada por edad, y permite identificar delgadez, riesgo de sobrepeso, sobrepeso y obesidad, contribuyendo al monitoreo del exceso de peso desde la primera infancia.

Tabla No 12. Proporción de exceso en peso (sobrepeso+obesidad) en menores de cinco (5) años, Bogotá, 2021-2026*feb (p)

LOCALIDAD_RESIDENCIA	PROPORCION_EXCESO_PESO					
	2021	2022	2023	2024	2025	2026*feb (p)
01. Usaquén	3,9	4,2	3,5	4,1	4,4	3,7
02. Chapinero	4,8	3,8	3,8	3,2	3,7	3,2
03. Santa Fe	4,5	3,6	4	3,8	3,9	3,9
04. San Cristóbal	4,7	3,6	3,7	3,9	3,8	4,0
05. Usme	4,8	4	3,8	3,6	4,1	4,0
06. Tunjuelito	5,5	4	3,7	3,5	4,4	4,7
07. Bosa	4,8	5,5	4,3	4	4,5	4,6
08. Kennedy	4,6	5,9	4,1	4,1	4,2	4,2
09. Fontibón	4,9	4,1	3,6	3,7	4,1	4,4

10. Engativá	4,6	3,5	3,5	3,6	4	3,9
11. Suba	3,7	3,1	3,3	3,7	3,9	4,1
12. Barrios Unidos	4	3,3	3,7	3,3	3,6	4,0
13. Teusaquillo	3,8	3,7	3,9	3,3	4,2	4,1
14. Los Mártires	5	3,8	4,3	3,4	4,1	4,4
15. Antonio Nariño	4,4	4,3	3,9	4,3	3,8	4,2
16. Puente Aranda	4,8	4,7	4,5	3,8	4,1	3,7
17. La Candelaria	4	3,5	3,7	3,3	4,4	5,3
18. Rafael Uribe Uribe	4,4	3,9	3,8	3,7	4,3	4,0
19. Ciudad Bolívar	4,2	4	3,5	3,6	3,8	4,4
20. Sumapaz	6,2	3,9	1,5	7,7	2,9	5,6
21. Sin información	3,4	4,8	3,3	3,6	3,8	3,6
22. Bogotá	4,5	4,2	3,8	3,8	4,1	4,1

Fuente: Base de datos SISVAN 2021-2026*feb (p)

Entre 2021 y 2025, la proporción de exceso de peso en Bogotá muestra un comportamiento relativamente estable con fluctuaciones moderadas, al ubicarse en 4,5 en 2021, descender a 3,8 en 2023 y 2024, y registrar un leve incremento en 2025 hasta 4,1 lo que sugiere la coexistencia persistente de la malnutrición por exceso dentro del perfil nutricional distrital. A nivel territorial, se observa una variabilidad importante entre localidades, con proporciones consistentemente más altas en Bosa, Kennedy, Tunjuelito, Usaquén y Puente Aranda, especialmente en los primeros años del periodo, mientras que localidades como Suba, Barrios Unidos y Engativá mantienen valores relativamente más bajos y estables. En 2025, varias localidades presentan repuntes respecto a 2024 (entre ellas Usaquén, Tunjuelito, Bosa, La Candelaria y Rafael Uribe Uribe) lo que podría reflejar cambios en patrones de alimentación, actividad física o en el acceso diferencial a alimentos saludables. Destaca nuevamente el comportamiento atípico de Sumapaz, con oscilaciones extremas a lo largo del periodo, incluyendo un valor elevado en 2024 (7,7) seguido de una reducción marcada en 2025 (2,9), lo que sugiere efectos asociados a baja frecuencia de casos o variaciones en la notificación. En conjunto, el análisis del exceso de peso evidencia que, aunque sus niveles son inferiores a los de otras formas de malnutrición, este problema persiste en el Distrito y plantea la necesidad de fortalecer acciones preventivas que promuevan entornos alimentarios saludables y estilos de vida activos, en articulación con las estrategias dirigidas a la desnutrición por déficit.

Localidades con mayor prevalencia de desnutrición aguda y retraso en talla

Entre 2021 y 2025, la proporción de riesgo de desnutrición aguda en Bogotá muestra una tendencia general a la disminución, al pasar de 13,5 a 11,4, con reducciones sostenidas en la mayoría de las localidades; sin embargo, en 2025 persisten niveles relativamente más altos en territorios como Los Mártires, Antonio Nariño, Rafael Uribe Uribe, San Cristóbal, Usaquén y Santa Fe, mientras que Sumapaz evidencia una alta variabilidad, con una reducción marcada en el último año. En contraste, la proporción de talla baja para la edad presenta un comportamiento distinto: aumenta de manera progresiva entre 2021 y 2024 y muestra una leve reducción en 2025, lo que sugiere la persistencia de un problema de carácter estructural; para este indicador, Bogotá pasa de 11,0 en 2021 a 13,8 en 2025, y las mayores prevalencias se concentran en Sumapaz, Usme, Ciudad Bolívar, Chapinero,

Santa Fe y San Cristóbal. La lectura conjunta de ambos indicadores indica que, aunque el riesgo de desnutrición aguda ha disminuido, el retraso en talla continúa siendo elevado en varias localidades, especialmente en el sur y el centro del Distrito, lo que evidencia la necesidad de fortalecer intervenciones integrales y sostenidas en el curso de vida, con énfasis territorial en las zonas con mayores desigualdades sociales y nutricionales.

4. *Sírvase informar las coberturas de vacunación del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en Bogotá por vigencia y localidad, indicando cuáles biológicos tienen coberturas por debajo del umbral de inmunidad de rebaño del 95% y en cuáles localidades se concentra el mayor rezago vacuna*

Antes de dar respuesta, esta pregunta es necesario hacer las siguientes aclaraciones.

La Secretaría Distrital de Salud, en el marco de sus competencias como autoridad sanitaria del Distrito Capital, tiene a su cargo la dirección, coordinación, seguimiento y evaluación del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en Bogotá. En ejercicio de estas funciones, le corresponde adoptar y aplicar los lineamientos nacionales definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, garantizar la disponibilidad, conservación y uso adecuado de los biológicos, coordinar la prestación de los servicios de vacunación a través de la red pública y privada de prestadores de servicios de vacunación, y realizar el seguimiento a las coberturas, oportunidades y calidad de la vacunación, como parte de las acciones de vigilancia y protección de la salud pública. Así mismo, lidera las estrategias de promoción, información y movilización social orientadas a la prevención de enfermedades inmunoprevenibles y al cumplimiento de las metas del PAI en el distrito capital.

Las metas de población a vacunar son asignadas anualmente por el Ministerio de Salud y Protección Social a las entidades territoriales. En este contexto, los porcentajes de cumplimiento de las metas reportadas se calculan con base en la meta de población a vacunar definida y asignada por dicha entidad.

De conformidad con las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social, se considera que un biológico ha alcanzado cobertura adecuada cuando se logra vacunar entre el 95 % y el 100 % de la población susceptible.

El cumplimiento de la meta de vacunación es progresivo a lo largo del año, es decir la medición es acumulada. En ese sentido, se espera que de manera mensual se alcance una vacunación aproximada entre el 7,91 % y el 8,33 % de la población susceptible, de tal forma que, al finalizar la vigencia anual, entre el 95 % y el 100 % de dicha población haya recibido la vacunación correspondiente.

Dicho lo anterior, en las tablas siguientes se presentan los cumplimientos de vacunación para las poblaciones de niños/as menores de un año, un (1) año y cinco (5) años, desagregadas por localidad y biológico, en cada año desde el 2022 hasta el 2025, y para el año 2026, los cumplimientos corresponden al periodo de enero a marzo/2026. También se muestra la lista de biológicos que tuvieron coberturas iguales o superiores al 95% por cada localidad.

Los biológicos que aplican a niños/as menores de un (1) año son los de BCG (antituberculosis), polio (proteger de poliomielitis) y pentavalente (protege contra difteria, tosferina, tétano, hepatitis B e infección por haemophilus influenzae tipo B). En un (1) año las vacunas de triple viral (protege contra sarampión, rubéola y paperas), varicela, y

hepatitis A. En cinco (5) años las vacunas de segundo refuerzo contra poliomielitis, DPT (protege contra difteria, tosferina, y tétano), y refuerzo contra varicela.

Tabla No 13. Distribución de cumplimientos de vacunación según grupo de edad, vacuna y localidad. Bogotá. 2022.

Año 2022	Niños/as menores de un año			Niños/as de un año			Niños/as de cinco años		
Localidad	BCG	3ª polio	3ª pentavalente	Triple vira	Varicela	Hepatitis A única	Polio 2º refuerzo	DPT 2º refuerzo	Varicela refuerzo
	% cumplimiento	% cumplimiento	% cumplimiento	% cumplimiento	% cumplimiento	% cumplimiento	% cumplimiento	% cumplimiento	% cumplimiento
01 Usaquén	167,1	93,4	93,4	83,0	83,4	83,6	82,8	83,3	77,4
02 Chapinero	137,9	67,7	67,7	63,1	62,9	62,1	62,6	62,5	52,4
03 Santa Fe	0,0	59,6	59,4	61,7	63,1	63,5	73,8	73,7	71,4
04 San Cristóbal	274,2	75,2	75,4	71,8	72,5	72,6	81,9	81,6	81,0
05 Usme	0,0	66,8	66,9	69,9	70,5	70,4	100,0	100,1	100,0
06 Tunjuelito	0,0	82,6	82,7	79,6	80,8	81,1	108,6	108,4	107,6
07 Bosa	12,4	60,7	60,7	63,6	64,0	64,0	74,2	75,3	73,6
08 Kenedy	37,2	71,4	71,4	68,0	68,6	68,6	77,7	78,4	77,5
09 Fontibón	13,1	70,5	70,4	69,1	69,9	70,5	74,8	74,9	73,4
10 Engativá	25,1	69,9	70,0	68,7	69,1	69,1	79,0	78,5	71,8
11 Suba	46,3	71,6	71,5	70,1	70,5	70,7	81,1	80,9	66,5
12 Barrios Unidos	288,6	84,4	84,7	94,1	94,9	95,2	109,3	108,1	99,4

13 Teusaquillo	264,8	34,7	34,7	31,0	30,9	31,2	73,1	74,3	73,1
14 Los Mártires	458,5	71,8	71,6	78,7	82,0	82,1	82,2	81,2	77,4
15 Antonio Nariño	0,0	85,5	85,4	79,7	79,8	79,8	86,1	86,1	86,2
16 Puente Aranda	0,0	93,7	93,7	84,0	85,0	85,2	82,4	82,5	82,8
17 La Candelaria	0,0	73,8	73,8	50,9	56,8	56,1	86,9	86,9	88,6
18 Rafael Uribe	83,3	69,7	69,8	65,2	65,8	65,9	81,4	81,4	80,6
19 Ciudad Bolívar	40,3	74,0	74,0	76,2	76,8	76,7	93,1	93,0	93,4
20 Sumapaz	0,0	95,0	95,0	133,9	133,9	133,9	97,2	97,2	93,4
Bogotá	83,2	70,9	70,9	69,4	69,9	70,0	81,9	82,1	78,4

Fuente: resumen mensual de vacunación, sistema de información del Programa Ampliado de Inmunizaciones. Secretaría Distrital de Salud. Bogotá. 2022

Como se observa en la tabla anterior el mejor comportamiento en los cumplimientos de vacunación se observan, en el año 2022, para las vacunas de BCG y las de los cinco (5) años, y según localidad las que presentan valores iguales o superiores al 95% con BCG, que se aplica en recién nacidos/as, son: Usaquén Chapinero, San Cristóbal, barrios Unidos, Teusaquillo, y Mártires, localidades que concentran las instituciones que concentran la atención de partos. En las vacunas de cinco (5) años presentan valores ideales las localidades de: Barrios Unidos, Usme, Tunjuelito y Ciudad Bolívar. Presentando el mayor rezago en vacunación las localidades de: Chapinero, Usaquén, Santa fe, Bosa, Kennedy, Fontibón, Suba, Teusaquillo, Candelaria y Rafael Uribe. Sumapaz presenta cumplimientos adecuados en todos los biológicos.

La distribución de cumplimientos de vacunación según grupo de edad, vacuna y localidad. se adjunta en carpeta denominada Anexos “Pregunta 3”.

En el 2023, el mejor comportamiento en los cumplimientos de vacunación se observa, para las vacunas de BCG, y en las de un (1) año con hepatitis A, triple viral y varicela. Según localidad las que presentan valores iguales o superiores al 95% con BCG, que se aplica en recién nacidos/as, son: Usaquén Chapinero, San Cristóbal, Barrios Unidos, Teusaquillo, Rafael Uribe, y Mártires, localidades que concentran las instituciones que atienden partos. En las vacunas de niños/as menores de un año y un año presentan cumplimientos iguales o superiores al 95%, las localidades de: Chapinero, Bosa, Barrios Unidos, y Teusaquillo.

Muestran el mayor rezago en vacunación las localidades de: Santa fe, Usme, Kennedy, Fontibón, Suba, Candelaria, y Sumapaz.

Para el 2024, se observa un mejoramiento general en los cumplimientos de vacunación, siendo los más altos para las vacunas de BCG, y cercanos al 95%, entre el 90% y 94%, en las vacunas de varicela, hepatitis A, triple viral, antipolio y tercera de pentavalente. Según localidad las que presentan valores iguales o superiores al 95% con BCG, que se aplica en recién nacidos/as, son: Usaquén Chapinero, San Cristóbal, Barrios Unidos, Teusaquillo, Rafael Uribe, y Mártires, localidades que concentran las instituciones que atienden partos. En las vacunas de niños/as menores de un (1) año y un (1) año presentan cumplimientos iguales o superiores al 95%, las localidades de: Usaquén, Chapinero, Santa Fe, Tunjuelito, Bosa, Barrios Unidos, y Ciudad Bolívar. Presentan el mayor rezago en vacunación las vacunas de cinco años y en las localidades de: Chapinero, Teusaquillo, Kennedy, Fontibón, Antonio Nariño, y Rafael Uribe. La localidad de Candelaria no tiene Instituciones Prestadoras de Servicios IPS con servicio de vacunación habilitado.

En el 2025, el mejor comportamiento en los cumplimientos de vacunación, con un aumento en todas las vacunas, y cumplimientos iguales o superiores al 95% en BCG, y en las de niños/as menores de un año, y entre el 90% y 94% las de un año. Según localidad las que presentan valores iguales o superiores al 95% con BCG, que se aplica en recién nacidos/as, son: Usaquén, Chapinero, San Cristóbal, Barrios Unidos, Teusaquillo, Rafael Uribe, y Mártires, localidades que concentran las instituciones que atienden partos. En las vacunas de niños/as menores de un año y un año presentan cumplimientos iguales o superiores al 95%, las localidades de: Chapinero, Usme, Bosa, Kennedy, Suba, Barrios Unidos, Mártires y Ciudad Bolívar. Muestran el mayor rezago en vacunación las localidades de: Tunjuelito, Teusaquillo, Mártires, Antonio Nariño y Puente Aranda. La localidad de Sumapaz presenta cumplimiento por encima del 95% en todos los biológicos.

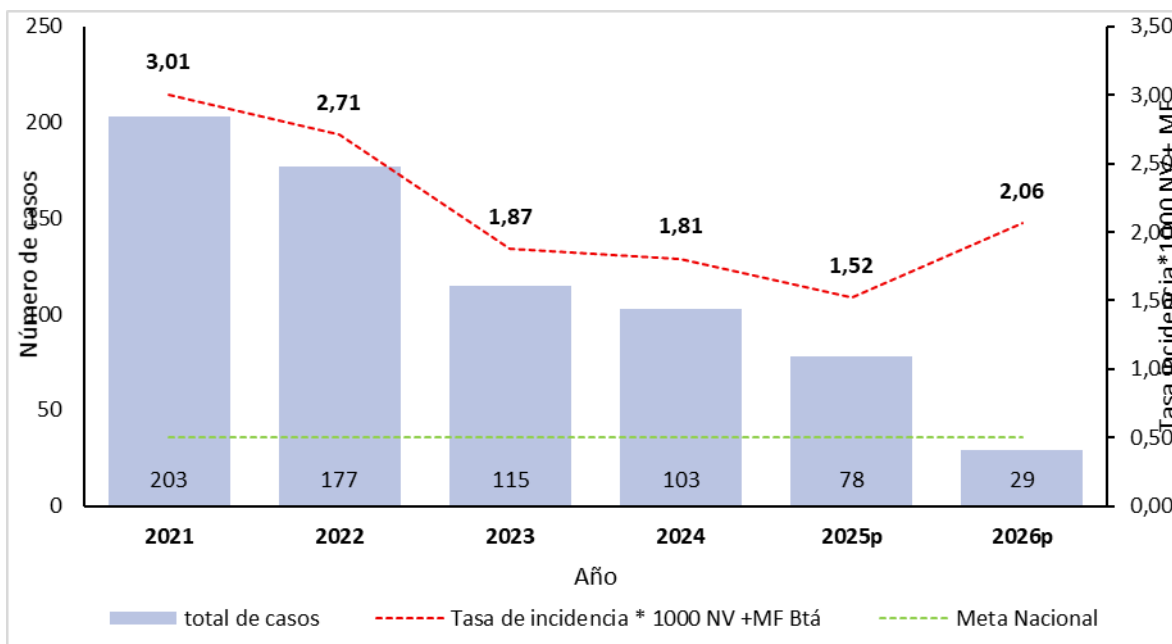
De enero a marzo de 2026 los cumplimientos ideales deben ser iguales o superiores al 23.7%, como se observa en la tabla anterior, se presenta un mejor comportamiento en los cumplimientos de vacunación en BCG, y en las de niños/as de un (1) año. Según localidad las que presentan valores iguales o superiores al 23.7% con BCG, que se aplica en recién nacidos/as, son: Usaquén, Chapinero, San Cristóbal, Barrios Unidos, Teusaquillo, Rafael Uribe, Mártires y Ciudad Bolívar, localidades que concentran las instituciones de atención de partos en Bogotá. En las vacunas de niños/as menores de un año y un año presentan cumplimientos ideales las localidades de: Chapinero, San Cristóbal, Usme, Bosa, Kennedy, Fontibón, Barrios Unidos, Rafael Uribe, y Ciudad Bolívar. Muestran el mayor rezago en vacunación las localidades de: Tunjuelito, Teusaquillo, Mártires, Antonio Nariño y Puente Aranda. La localidad de Sumapaz presenta cumplimiento en todos los biológicos excepto en recién nacidos, dado que los partos son atendidos en el hospital de Meissen de la localidad de Ciudad Bolívar.

5. *Sírvase reportar el número de casos de sífilis congénita notificados en Bogotá por vigencia y localidad, la razón de sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos, y el número de casos de VIH en menores de 18 años diagnosticados por año, discriminados por vía de transmisión.*

La sífilis congénita muestra una tendencia general descendente en la transmisión materno-infantil (TMI) de la Sífilis en Bogotá entre 2021 y 2025 dato preliminar, evidenciada tanto en el número de casos como en la tasa de incidencia, que pasa de 3,01 en 2021 a 1,52 en 2025p, acercándose progresivamente a la meta nacional; esta reducción está asociada a

la disminución de casos en hijos de madres tanto colombianas como migrantes, aunque estos últimos representan una proporción importante de los casos totales durante todo el periodo. Sin embargo, para 2026 (dato preliminar) se observa un incremento de la tasa a 2,06, lo que podría indicar una variación al aumento, lo cual se encuentra en seguimiento, pese a que el número absoluto de casos reportados es bajo. El comportamiento de la Sífilis congénita muestra avances en el control de la TMI, pero continúa teniendo desafíos, especialmente en poblaciones vulnerables y en la sostenibilidad de los logros alcanzados.

Grafica No 3: Tasa de incidencia de sífilis congénita por 1000 nacidos vivos + muertes fetales 2021-2026p Bogotá.



Fuente: Base de datos finales 2021-2024 y base de datos preliminares 2025-2026 a corte semana epidemiológica 13 SIVIGILA

Fuente: 2021-2024 Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfico.SDS- 2025 y 2026 Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfico.SDS-PRELIMINARES

El comportamiento de la sífilis congénita por localidades se observa que Kennedy, Ciudad Bolívar, Suba, Bosa y Engativá concentran históricamente el mayor número de casos, aunque con tendencia descendente, mientras que Santafé y Los Mártires presentan incidencias altas en varios años, evidenciando mayor riesgo relativo. Algunas localidades muestran comportamientos fluctuantes (como San Cristóbal, Usme y Rafael Uribe), y otras logran reducción a cero en años recientes (Antonio Nariño, Puente Aranda, Candelaria).

Tabla No 14. Distribución de casos y tasa de incidencia de sífilis congénita en Bogotá 2021-2023, Distrito capital.

Nº	Localidad	Número de casos confirmados 2021	Incidencia * 1000mil NV+MF	Número de casos confirmados 2022	Incidencia * 1000mil NV+MF	Número de casos confirmados 2023	Incidencia * 1000mil NV+MF
1	Usaquén	4	1,0	2	0,5	5	1,3
2	Chapinero	1	0,8	1	0,8	1	0,8

3	Santafé	15	12,0	9	7,7	10	9,2
4	San Cristobal	8	2,2	8	2,4	8	2,7
5	Usme	8	2,1	7	1,9	6	1,8
6	Tunjuelito	1	0,6	6	3,7	5	3,5
7	Bosa	16	2,2	13	1,9	9	1,4
8	Kennedy	30	3,2	35	3,8	17	2,0
9	Fontibón	4	1,5	6	2,2	1	0,4
10	Engativá	17	3,0	12	2,1	10	1,7
11	Suba	15	1,6	14	1,5	17	1,9
12	Barrios Unidos	3	3,1	2	2,0	0	0,0
13	Teusaquillo	1	1,2	1	1,0	1	1,1
14	Los Mártires	13	12,5	15	15,7	4	4,3
15	Antonio Nariño	2	2,5	3	4,0	0	0,0
16	Puente Aranda	5	2,6	3	1,6	2	1,1
17	Candelaria	3	16,9	4	20,2	0	0,0
18	Rafael Uribe	12	3,3	10	2,8	9	2,8
19	Ciudad Bolívar	40	5,2	23	3,3	10	1,6
20	Sumapaz	0	0,0	0	0,0	0	0,0
21	Sin Dato	5	65,8	3	60,0	0	0,0
Bogotá		203	3,0	177	2,7	115	1,9

Fuente: Base de datos finales 2021-2024 y base de datos preliminares 2025-2026 a corte semana epidemiológica 8 SIVIGILA

Fuente: 2021-2024 Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfico.SDS- 2025 y 2026 Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfico.SDS-PRELIMINARES

Tabla No 15. Distribución de casos y tasa de incidencia de sífilis congénita en Bogotá 2024-2026 dato preliminar, Distrito capital.

N°	Localidad	Número de casos confirmados 2024	Incidencia * 1000mil NV+MF	Número de casos confirmados 2025p	Incidencia * 1000mil NV+MF	Número de casos confirmados 2026p	Incidencia * 1000mil NV+MF
1	Usaquén	5	1,3	4	1,1	0	0,0
2	Chapinero	0	0,0	0	0,0	1	3,2
3	Santafé	4	4,1	2	2,3	2	8,2
4	San Cristobal	9	3,1	3	1,1	3	4,7
5	Usme	2	0,7	8	2,8	4	5,4
6	Tunjuelito	1	0,7	1	0,8	0	0,0
7	Bosa	11	1,9	6	1,1	1	0,7
8	Kennedy	13	1,6	9	1,1	2	1,1
9	Fontibón	1	0,4	1	0,4	0	0,0

10	Engativá	4	0,8	5	1,0	3	2,5
11	Suba	21	2,6	11	1,3	2	1,0
12	Barrios Unidos	2	2,2	1	1,1	1	4,7
13	Teusaquillo	2	2,5	0	0,0	0	0,0
14	Los Mártires	5	5,7	1	1,2	1	4,5
15	Antonio Nariño	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16	Puente Aranda	2	1,2	0	0,0	0	0,0
17	Candelaria	1	6,5	0	0,0	0	0,0
18	Rafael Uribe	10	3,4	4	1,4	1	1,4
19	Ciudad Bolívar	6	1,0	14	2,4	6	4,0
20	Sumapaz	0	0,0	0	0,0	0	0,0
21	Sin Dato	4	1333,3	8	160,0	2	90,9
Bogotá		103	1,8	78	1,4	20	29

Fuente: Base de datos finales 2021-2024 y base de datos preliminares 2025-2026 a corte semana epidemiológica 13 SIVIGILA

Fuente: 2021-2024 Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfico.SDS- 2025 y 2026 Bases de datos DANE-RUAF-ND. Sistema de Estadística Vitales -Análisis demográfico.SDS-PRELIMINARES

Número de casos de VIH en niños y adolescentes menores de 18 años diagnosticados en Bogotá por vigencia y localidad, discriminados por: vía de transmisión.

El análisis epidemiológico evidencia un comportamiento fluctuante de los casos de VIH en menores de 18 años, con un pico en 2022 (55 casos), seguido de una tendencia general a la disminución hasta 2024 (29 casos), un leve aumento en 2025 dato preliminar (38 casos) y una reducción marcada en 2026 dato preliminar de siete (7) casos. La distribución de los casos por localidad se concentra de manera consistente en localidades como Bosa, Kennedy, Suba y Ciudad Bolívar, que aportan el mayor número de casos a lo largo del periodo, evidenciando posibles determinantes sociales asociados como densidad poblacional, condiciones socioeconómicas y acceso a servicios de salud. En contraste, localidades como La Candelaria, Sumapaz y Fontibón presentan baja o cero (0) notificaciones, lo que podría reflejar menor incidencia. Lo que sugiere la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica y las estrategias focalizadas de prevención, diagnóstico oportuno y seguimiento en poblaciones vulnerables.

Tabla No 16. Distribución de casos de VIH en menores de 18 años por localidad y año, Bogotá D.C., 2021–2026p

LOCALIDAD	2021	2022	2023	2024	2025p	2026p
01 - Usaquén	1	0	1	1	0	0
02 - Chapinero	0	2	0	0	1	0
03 - Santafé	1	1	0	4	1	0
04 - San Cristóbal	1	6	3	1	0	0
05 - Usme	3	2	0	3	3	1
06 - Tunjuelito	0	3	2	1	3	1

07 - Bosa	9	6	9	2	7	4
08 - Kennedy	3	5	2	3	7	1
09 - Fontibón	1	0	0	0	0	0
10 - Engativá	4	4	2	3	3	0
11 - Suba	2	6	0	2	9	0
12 - Barrios Unidos	0	0	2	0	0	0
13 - Teusaquillo	1	1	2	0	0	0
14 - Los Mártires	0	2	2	1	0	0
15 - Antonio Nariño	0	1	2	2	1	0
16 - Puente Aranda	1	2	0	1	1	0
17 - La Candelaria	0	0	0	0	0	0
18 - Rafael Uribe Uribe	5	0	3	1	1	0
19 - Ciudad Bolívar	6	12	9	3	1	0
20 - Sumapaz	0	0	0	0	0	0
22 - Sin Dato	0	2	0	1	0	0
Total general	38	55	39	29	38	7

Fuente: Base de datos finales 2021-2024 y base de datos preliminares 2025-2026 a corte semana epidemiológica 13 SIVIGILA

El mecanismo de transmisión muestra que la principal vía de infección en menores de 18 años durante el periodo evaluado es la transmisión homosexual, seguida de la transmisión heterosexual, ambas con variaciones interanuales y un pico general en 2022. La transmisión bisexual mantiene una baja proporción relativa, mientras que la transmisión materno-perinatal muestra una tendencia general a la disminución en comparación con 2021; sin embargo, es relevante destacar que, en este último mecanismo, la mayoría de los casos corresponden a población migrante que ingresa con diagnóstico previo, lo que sugiere que estos eventos no necesariamente reflejan fallas en la prevención de la transmisión vertical, sino dinámicas de movilidad poblacional y acceso diferencial a servicios de salud en los países de origen.

Tabla No 17. Distribución de casos de VIH en menores de 18 años por mecanismo de transmisión, Bogotá D.C., 2021–2026p

MECANISMO DE TRANSMISIÓN	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Heterosexual	7	15	10	8	14	1
Homosexual	23	33	26	13	17	2
Bisexual	2	4	2	5	4	2
Materno infantil	6	3	1	3	3	2
Total general	38	55	39	29	38	7

Fuente: Base de datos finales 2021-2024 y base de datos preliminares 2025-2026 a corte semana epidemiológica 8 SIVIGILA

La Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por VIH en Colombia define la transmisión materno-infantil (TMI) o transmisión vertical como la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) de una madre infectada a su hijo durante la gestación (intrauterina), el trabajo de parto o parto (intraparto)

o a través de la lactancia materna (posnatal). Esta definición contempla tres (3) momentos críticos de transmisión: prenatal, durante el embarazo; perinatal, en el trabajo de parto y el nacimiento; y postnatal, principalmente asociada a la lactancia materna.

El indicador de transmisión materno-infantil del VIH, liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social, incorpora un criterio de edad para su medición, alineado con estándares internacionales. Este se define como el porcentaje de niños nacidos de madres con VIH que adquieren la infección, evaluados generalmente hasta los 18 meses de edad, en relación con el total de niños expuestos al VIH en el mismo periodo.

En relación con los casos de transmisión materno-infantil (TMI), el análisis se centra en los eventos notificados en menores de cinco (5) años, donde se observa la mayor concentración de diagnósticos; sin embargo, es importante precisar que también se han notificado casos en mayores de cinco (5) años, los cuales corresponden principalmente a población migrante que ingresa con diagnóstico previo. Adicionalmente, se debe aclarar que la información correspondiente a las vigencias 2025 y 2026 es de carácter preliminar, dado que actualmente se encuentra en proceso de verificación, con el fin de establecer si la transmisión ocurrió efectivamente en alguno de los momentos definidos por la Guía de Práctica Clínica (gestación, parto o lactancia materna).

En términos generales, se observa una baja frecuencia absoluta y una distribución heterogénea de los casos, lo cual es consistente con la dinámica de la transmisión vertical. Sin embargo, en los menores de cinco (5) años se evidencia que una proporción de los diagnósticos ocurre durante el periodo de lactancia materna, lo que confirma que esta continúa siendo una ventana crítica de transmisión y resalta la necesidad de fortalecer el seguimiento clínico y diagnóstico en esta etapa.

Es importante señalar que el indicador de TMI del VIH tiene como meta nacional e internacional su reducción a $\leq 2\%$, lo que refuerza la necesidad de consolidar las estrategias de prevención, el diagnóstico oportuno y el seguimiento integral del binomio madre-hijo, en el marco de los programas de eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH.

Tabla No 18. Distribución de casos de VIH por transmisión materno-infantil según edad al diagnóstico en menores de 18 años, Bogotá D.C., 2021–2026p

Materno infantil	2021	2022	2023	2024	2025p	2026p
9 meses	1	0	0	0	0	0
3 meses	0	0	0	1	0	0
1 años	1	0	0	1	0	0
2 años	0	0	0	0	0	1
3 años	0	0	0	0	1	0
4 años	1	1	0	0	0	0
5 años	0	1	1	0	0	0
Total	3	2	1	2	1	1

Fuente: Base de datos finales 2021-2024 y base de datos preliminares 2025-2026 a corte semana epidemiológica 13 SIVIGILA

En relación con el estadio clínico al momento de la notificación, se observa que el 100% de los casos fueron diagnosticados en estadio temprano de la infección por VIH, lo cual sugiere una adecuada captación y detección oportuna de los casos en esta población.

6. *Sírvase informar el número de intentos de suicidio y suicidios consumados en menores de 18 años en Bogotá por vigencia y localidad, incluyendo la tendencia desde 2019, los principales factores precipitantes identificados y el número de menores atendidos en urgencias por conducta suicida que no tuvieron seguimiento posterior documentado.*

En el marco de las competencias de la Secretaría Distrital de Salud, el Distrito Capital cuenta con el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS), cuyo propósito es realizar el seguimiento a la conducta suicida mediante la identificación de los casos, su caracterización, la valoración del riesgo y la correspondiente canalización a los servicios competentes.

En este sentido, el SISVECOS se define como un conjunto de procesos dinámicos, integrales e interrelacionados, orientados a la recopilación, análisis, interpretación, divulgación y evaluación oportuna de la información relacionada con la conducta suicida en Bogotá, D.C. constituyéndose en un insumo fundamental para la toma de decisiones en salud pública.

Actualmente, las conductas suicidas objeto de vigilancia por parte del subsistema corresponden a la ideación suicida, la amenaza suicida y el intento de suicidio. Si bien, la muerte por suicidio es captada dentro del SISVECOS, es importante precisar que, tal como se ha mencionado previamente, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) constituye la fuente oficial de información para este evento, razón por la cual los análisis de mortalidad se realizan con base en dicha fuente.

La vigilancia epidemiológica tiene como propósito fundamental la caracterización, categorización, valoración del riesgo y canalización de cada caso notificado. Por su parte, la atención específica de los usuarios corresponde a la Empresa Administradora de Planes de Beneficios (EAPB), en el marco de sus competencias.

En cuanto a la operación del subsistema, esta se desarrolla a través de la captación de casos mediante la notificación del evento por parte de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) y las Unidades Informadoras (UI), así como la verificación de la información de acuerdo con la georreferenciación realizada por las subredes prestadoras de servicios de salud (Norte, Centro Oriente, Sur y Sur Occidente). Posteriormente, se lleva a cabo la investigación epidemiológica de campo al usuario o, en los casos que aplique, a sus sobrevivientes.

De acuerdo con la solicitud, podemos mencionar que para el año 2025¹ se registraron en el Distrito 43 suicidios, en niños, niñas y adolescentes siendo más frecuentes en las mujeres con 23 (53,5%) casos, mientras en el año 2024 se registraron 31 suicidios, según la fuente oficial INMLCF, de los cuales 18 (58,1%) se presentaron en los hombres.

Frente al comportamiento del año 2025 por localidad de ocurrencia se registran, las primeras seis localidades en orden descendente, encontrando la localidad de Bosa con diez (10) casos, seguido de Kennedy y Suba con seis (6) casos cada una, continúa Ciudad Bolívar con cuatro (4) casos, Engativá, Usme y San Cristóbal registra tres (3) suicidios cada

¹ Información preliminar

una para su consulta se adjunta archivo Excel en carpeta denominada Anexos “Pregunta 6”

Con relación al comportamiento de intento de suicidio en el año 2025² se han registrado 2.173 intentos de suicidio, de los cuales 1.567 (72,11%) ocurren en las mujeres. Respecto al comportamiento por localidad en las cuales se presentan las mayores concentraciones corresponde a Suba con 347 casos, sigue Kennedy con 271, seguido de Bosa con 254, continua Engativá con 223 y Ciudad Bolívar con 215 intentos suicidas.

En relación con los factores de riesgo asociados al intento suicida en niños, niñas y adolescentes, se identifica que las mayores concentraciones corresponden a antecedentes de trastornos mentales y del comportamiento, trastorno depresivo y la presencia de un plan organizado de suicidio y antecedentes de violencia o abuso. Estos factores agrupan las frecuencias más altas de ocurrencia de intentos de suicidio, lo que evidencia su relevancia en el análisis del evento.

En relación con las intervenciones realizadas y el seguimiento posterior a la notificación, se presenta el número de casos que, desde el Subsistema de Vigilancia en Salud Pública de la Conducta Suicida (SISVECOS), se registran sin intervención directa. No obstante, es importante precisar que, a través del Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SIRC), el 100 % de los casos notificados son remitidos a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud (EAPB), con el propósito de garantizar la vinculación de los usuarios a la cohorte de riesgo dentro de la Ruta de Atención Integral en Salud Mental.

Asimismo, se aclara que las acciones desarrolladas desde el subsistema de vigilancia tienen un alcance en salud pública y no son equiparables a la atención médica ni a la intervención clínica, las cuales corresponden a la responsabilidad de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud, en el marco de la prestación de servicios de salud.

7. *Sírvase reportar el número de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años atendidos en IPS de Bogotá por violencia intrafamiliar y violencia sexual, reportados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIM) por vigencia y localidad, indicando el tipo de violencia, el perfil de la víctima y el número de casos remitidos al ICBF o a la Comisaría de Familia.*

Para dar respuesta al interrogante, en carpeta denominada Anexos “Pregunta 7” se adjunta un archivo Excel con tablas distribuidas por pestañas. En ellas se encuentran los casos de violencia intrafamiliar y de género en niños, niñas y adolescentes notificados por IPS, instituciones educativas y otras entidades, desglosados según curso de vida, sexo de la víctima. Asimismo, se detalla cuáles de los casos reportados por las IPS públicas y privadas fueron remitidos al ICBF y a Comisarías de Familia. Posteriormente, en las pestañas siguientes, se presenta la distribución de estos casos por IPS y tipo de violencia (emocional, física, económica, negligencia, abandono y sexual), según localidad de residencia, curso de vida y sexo de la víctima.

8. *Sírvase informar el número de nacidos vivos de madres entre 10 y 14 años y entre 15 y 19 años en Bogotá por vigencia y localidad, la tasa de fecundidad adolescente*

² Ibidem

y su tendencia en los últimos cinco años, con indicación de las localidades con las tasas más altas.

El embarazo en adolescentes constituye un problema de salud pública que pone en evidencia profundas desigualdades e injusticias sociales, y que requiere una atención prioritaria. Esta situación implica desafíos significativos tanto para las y los niños, niñas y adolescentes como para sus familias.

En carpeta denominada Anexos “Pregunta 8” (Distribución de nacimientos en mujeres menores de diez (10) – 14 años por localidad de residencia, Bogotá D.C., 2021– 2025, 2026 (corte marzo), los nacimientos en menores de diez (10) a 14 años muestran un comportamiento con una tendencia fluctuante en Bogotá, con un total de 154 casos en 2021, descendiendo a 139 en 2022, posteriormente reportando un ascenso de 150 en 2023, alcanzando un pico de 172 en 2024; al cierre de 2025 se registraron 143 casos y, con corte a marzo de 2026, se reportan preliminarmente 27 nacimientos en este grupo de edad. En el análisis de la distribución territorial, la carga se concentró de manera persistente durante la vigencia 2021 - 2025 en las localidades de Ciudad Bolívar (con un acumulado de 153 casos), Kennedy (83 casos) y Suba ocho (8) casos, las cuales presentaron los indicadores más altos.

La tasa de fecundidad en menores de diez (10) a 14 años en Bogotá, de acuerdo a lo reportado en el anexo (Tasa de natalidad en mujeres menores de diez (10) – 14 años por localidad de residencia, Bogotá D.C., 2021– 2025), mostró un comportamiento acumulado anual del indicador con leves variaciones durante el periodo 2021 a 2025, manteniendo un promedio distrital que osciló entre el 0,6 y el 0,8 por cada mil mujeres, evidenciando una tasa del 0,7 en 2021, alcanzando un pico de 0,8 en 2024, y cerrando el 2025 con un descenso en 0,6. A nivel territorial, el análisis de la tasa de fecundidad identificó a la localidad de Ciudad Bolívar como la localidad con las tasas más altas y persistentes en el quinquenio, mientras se registraron picos atípicos por variaciones poblacionales en localidades como La Candelaria (6,7 en 2023 y 6,9 en 2024) y un incremento en Barrios Unidos, que alcanzó tasas de 3,2 en 2024 y 2,5 en 2025; contrastando con una marcada reducción del indicador en Usme y la estabilidad de la tasa en cero (0) alcanzada por la localidad de Sumapaz en los últimos cuatro (4) años.

En relación con la distribución de nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años en Bogotá, como se observa en el anexo “Pregunta 8” (Distribución de nacimientos en adolescentes de 15 – 19 años por localidad de residencia, Bogotá D.C., 2021– 2025, 2026 (corte marzo)), se evidenció un descenso sostenido y significativo en el número de nacimientos en Bogotá, pasando de 6474 casos en 2021 a 4131 al cierre de 2025, lo que representó una reducción del 36% en este quinquenio; a marzo de 2026, la cifra preliminar es de 996 nacimientos. A nivel territorial, Ciudad Bolívar se mantuvo como la localidad con mayor volumen con 4271 entre 2021 a 2025, seguida por Kennedy (3554 casos), Bosa (3127 casos) y Suba (2943 casos), aunque mostró una tendencia anual hacia el descenso; este panorama se sigue evidenciando en lo corrido del 2026.

En relación con la tasa de fecundidad adolescente para el grupo de 15 a 19 años en Bogotá, de acuerdo con lo reportado en el anexo “Pregunta 8” (Tasa de natalidad en adolescentes de 15 – 19 años por localidad de residencia, Bogotá D.C., 2021– 2025), se evidenció una tendencia al descenso durante el último quinquenio, consolidando una reducción de 7,4 puntos en el indicador distrital del 2021 respecto al 2025. La tasa inició en 25,1 nacimientos por cada mil mujeres en 2021, disminuyendo progresivamente año tras año (22,8 en 2022,

21 en 2023; 18,3 en 2024) hasta cerrar el año 2025 en 17,7 nacimientos por cada mil mujeres. Analizando la distribución por localidad, las tasas más altas reportadas se identificaron en territorios como La Candelaria que registró picos de 5,1 y 5,2 en 2023 y 2024, la localidad de Santa Fe con variaciones de tasa entre 1,0 y 1,6; y Ciudad Bolívar que mantuvo cifras superiores al promedio anual respecto a las demás localidades, oscilando entre 1,0 y 1,4. Asimismo, se destaca el incremento en Barrios Unidos para los años 2024 y 2025 con tasas de 2,7 y 2,2 respectivamente, mientras que localidades como Sumapaz y Teusaquillo mostraron reducción en su indicador a cero al cierre del año 2025.

9. *Sírvase reportar el número total de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) realizadas en Bogotá por vigencia, discriminadas por grupo etario de la solicitante (con especial atención a menores de 15 años), localidad de residencia y causal.*

La Secretaría Distrital de Salud recopila y mantiene información detallada sobre los procedimientos de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), la cual se obtiene a través de los reportes enviados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) mediante los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) en el marco del cumplimiento de la Circular 008 de 2015 expedida por esta entidad.

Se considera importante señalar que el sistema de información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), se encuentra reglamentado mediante la Resolución 3374 del 27 de diciembre de 2000³ y que los datos oficiales de atenciones en todo el territorio nacional son administrados por el Ministerio de Salud y Protección Social, quienes realizan un proceso de control de calidad y validación de la información reportada por prestadores de servicios de salud y Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) a nivel nacional; lo cual puede tomar un tiempo variable, dependiendo del flujo de la información y de la fecha de entrega de reportes por parte de los generadores del dato.

Sin embargo, a partir de la identificación del subregistro por parte de las IPS a través del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud -RIPS con relación a los procedimientos realizados para la IVE, desde la Secretaría Distrital de Salud se diseñó una matriz programática para seguimiento a los procedimientos de Interrupción Voluntaria del Embarazo- IVE la cual inició con su implementación en el mes de enero de 2023 y es reportada por cada una de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios- EAPB autorizadas para operar en el Distrito, así como por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud- IPS que realizan procedimientos de IVE; este sistema de reporte permite obtener datos más precisos sobre el número de procedimientos realizados y facilita el monitoreo para garantizar el acceso seguro y oportuno a los servicios de IVE en la ciudad.

A continuación, se relaciona el número de atenciones de Interrupción Voluntaria del Embarazo realizadas en Bogotá entre los años 2023 a 2025 en el Distrito. Cabe señalar que la Secretaría Distrital de Salud aún no cuenta con los datos correspondientes al I trimestre de 2026, ya que se encuentra en proceso de consolidación.

³ Ministerio de Salud, República de Colombia, Resolución 3374 de 2000 "Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud". 2000. [En línea]. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=153732&dt=S>

Tabla No 19. Número de Procedimientos de IVE realizados en Bogotá, discriminados por año. Período 2023 a 2025.

Número de Procedimientos de IVE realizados en IPS del Distrito	Año de Atención			
	2023	2024	2025	Total
	19.083	25.844	27.605	72.532

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento Reporte matriz información IVE seguimiento a la atención integral de interrupción voluntaria del embarazo, consolidado a partir del reporte emitido por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB autorizadas para operar en el Distrito.

En la tabla 20, se relaciona el número de atenciones de Interrupción Voluntaria del Embarazo realizadas en Bogotá entre los años 2023 a 2025 en el Distrito discriminadas por grupo etario. Cabe señalar que el reporte corresponde a los procedimientos realizados en IPS del Distrito lo cual incluye usuarias residentes de otras ciudades y países.

Tabla No 20. Procedimientos IVE realizados por año y grupo de edad al momento de la atención, Bogotá 2023 a 2025.

Edad	2023	2024	2025	Total
10-14 años	98	170	147	415
15 a 17 años	722	1.050	1.080	2.852
18 a 24 años	7.274	10.013	10.702	27.989
25 años o más	10.973	14.596	15.675	41.244
Sin información	16	15	1	32
TOTAL	19.083	25.844	27.605	72.532

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento Reporte matriz información IVE seguimiento a la atención integral de interrupción voluntaria del embarazo, consolidado a partir del reporte emitido por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB autorizadas para operar en el Distrito.

En la tabla 21, se relaciona el número de procedimiento de Interrupción Voluntaria del Embarazo realizadas en Bogotá entre los años 2023 a 2025 discriminados por localidad de residencia de las usuarias.

Tabla No 21. Procedimientos IVE realizados por año y localidad de prestación del servicio, Bogotá 2023 a 2025.

Procedimientos Realizados por localidad de residencia de las usuarias	Año de atención			
	2023	2024	2025	Total
Antonio Nariño	395	495	427	1.317
Barrios Unidos	373	456	488	1.317
Bosa	944	1.166	1.406	3.516
Candelaria	111	163	110	384
Ciudad Bolívar	607	927	1.080	2.614
Chapinero	550	642	595	1.787
Engativá	1.060	1.324	1.580	3.964

Fontibón	434	647	818	1.899
Kennedy	1.212	1.793	2.392	5.397
Los Mártires	105	112	140	357
Puente Aranda	255	576	772	1.603
Rafael Uribe Uribe	453	521	976	1.950
San Cristóbal	364	608	605	1.577
Santa Fe	136	295	285	716
Suba	1.300	1.939	2.160	5.399
Sumapaz	23	14	64	101
Teusaquillo	1.282	1.148	3.825	6.255
Tunjuelito	225	382	435	1.042
Usaquén	1.690	3.431	2.312	7.433
Usme	366	440	809	1.615
Sin información	6.568	2.028	363	8.959
Residencia Fuera de Bogotá	630	6.737	5.963	13.330
TOTAL	19.083	25.844	27.605	72.532

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento Reporte matriz información IVE seguimiento a la atención integral de interrupción voluntaria del embarazo, consolidado a partir del reporte emitido por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB autorizadas para operar en el Distrito.

En la tabla 22, se presenta el número de atenciones por Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) realizadas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) del Distrito entre los años 2023 a 2025. La información se encuentra desagregada según las causales establecidas en la Sentencia C-355 de 2006 y, a su vez, refleja lo dispuesto en la Sentencia C-055 de 2022 de la Corte Constitucional. Esta última permite el registro de los procedimientos realizados por decisión libre de gestante, sin necesidad de justificar causales específicas hasta la semana 24 de gestación.

Tabla No 22. Procedimientos IVE realizados por año y discriminados por causales. Bogotá 2023 a 2025.

Causal	Año de atención			
	2023	2024	2025	Total
Constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento	9	16	51	76
Grave malformación del feto que haga inviable su vida	13	53	138	204
Peligro para la vida o la salud de la mujer	147	255	309	711
No aplica: Decisión libre en edad gestacional menor a las 24 semanas (Sentencia C 055 de 2022)	18.914	25.520	27.107	71.541
Total	19.083	25.844	27.605	72.532

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Subsecretaría de Servicios de Salud y Aseguramiento Reporte matriz información IVE seguimiento a la atención integral de interrupción voluntaria del embarazo, consolidado a partir del reporte emitido por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB autorizadas para operar en el Distrito.

Para los NNAJ bajo medida de protección del ICBF/SRPA , que no cuentan con afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se gestiona su aseguramiento, de acuerdo con la pregunta No. 1.

Para los NNAJ que se encuentran en medio familiar y por algún motivo no cuentan con aseguramiento y los casos son dados a conocer a esta entidad, se realiza el respectivo contacto con los padres, madres, cuidadores, tutores legales para brindarles indicaciones respecto a los documentos válidos para la afiliación, así como los tramites de traslado, portabilidad o movilidad, según sea el caso requerido. Esto con la finalidad de garantizar el derecho a la salud y la atención de los servicios de salud.

10. *Sírvase relacionar las metas del Plan Distrital de Desarrollo 2024-2027 'Bogotá Camina Segura' asignadas a la SDS en materia de salud de la niñez y la familia, indicando el indicador, la línea base, la meta cuatrienal, la meta por vigencia y el resultado alcanzado en 2024 y 2025, así como el presupuesto total de la entidad y el monto asignado a cada componente de salud materno-infantil.*

Entre las diferentes metas en materia de salud del Plan de Desarrollo se encuentra una relacionada con el Plan “Cero tolerancias con las Violencias contra niñas, niños y adolescentes” los siguientes objetivos, metas e indicadores:

Tabla No 23. Cero tolerancias con las Violencias contra niñas, niños y adolescentes.

OBJETIVO ESTRATÉGICO	META	INDICADOR
Bogotá avanza en su seguridad	Lograr el 100% de implementación de las acciones para la prevención y atención de la violencia intrafamiliar el maltrato infantil y la violencia sexual.	Porcentaje de implementación de acciones a cargo del sector del Plan Intersectorial para la prevención y atención de la violencia intrafamiliar el maltrato infantil y la violencia sexual.

Fuente: Anexo 4. Metas de Producto Plan Distrital de Desarrollo, “Bogotá Camina Segura”, 2024-2027. Disponible en: https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/anexo_4._metas_de_producto.pdf

Respecto a este plan sectorial cabe mencionar que, el mismo se implementa a través del proyecto de inversión 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.*”.

Cabe mencionar que, las acciones relacionadas para la activación de la Ruta Integral de Atención en Salud a las víctimas de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y violencia sexual, se han desarrollado de forma ininterrumpida desde el comienzo del presente plan de desarrollo, pero durante el segundo semestre de 2024 estuvieron integradas a las intervenciones colectivas de promoción de las conductas del cuidado, con lo cual no se destinaron recursos desde el proyecto de inversión 8147.

Este plan contempla el siguiente conjunto de intervenciones sectoriales:

- Proceso de canalización a víctimas de violencia intrafamiliar y de género en el marco de la Ruta Integral en Salud Agresiones, Accidentes, Traumas y Violencias - RIA AAT- con acceso efectivo a atención en salud.
- Fortalecimiento de capacidades del talento humano en salud para la atención a víctimas de diferentes formas de violencia.
- Asistencia técnica, seguimiento y/o acompañamiento a los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud - SGSSS (EAPB e IPS públicas y privadas) sobre la Ruta Integral de Atención de Agresiones, Accidentes, Traumas y Violencia RIA AAT.
- Atención prehospitalaria a víctimas de maltrato y violencia sexual a través de la activación de la Línea 123 en el marco del Sistema de Emergencias Médicas.
- Acciones de educación para la salud orientadas a la prevención de los diferentes tipos de violencias.
- Curso virtual de abordaje integral a víctimas de violencia sexual.
- Investigación Epidemiológica de Campo por Vigilancia en Salud Pública a través del Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar y de Género - SIVIM.
- En el marco de la implementación del sistema sociosanitario del Modelo territorial MAS Bienestar, en alianza con la Secretaría Distrital de Integración Social implementar el Servicio de Atención Sociosanitaria Transitoria, orientada a la atención de población en situación de abandono social, así como de personas en condición de vulnerabilidad.

La programación y ejecución de sus magnitudes físicas y financieras para cada una de las vigencias 2024, 2025 y enero de 2026, se relacionan en archivo Excel adjunto en carpeta denominada Anexos “Pregunta 10”.

En el marco del Plan Distrital de Desarrollo 2024–2027 “*Bogotá Camina Segura*”, la salud de niñas, niños, adolescentes y sus familias se posiciona como una prioridad política para la ciudad, en tanto expresa el compromiso de avanzar hacia mayores niveles de equidad y bienestar social. En este escenario, la Secretaría Distrital de Salud lidera acciones estratégicas orientadas a fortalecer la prevención, la atención integral en Bogotá.

PROYECTO: 8141. Fortalecimiento de la Gobernanza y Gobernabilidad de la Salud Pública en el marco de la atención primaria social. Bogotá D.C.

Tabla No 24. Metas del Plan Territorial de Salud (PTS) 2024-2027, con relación directa en la salud de niños, niñas, adolescentes y familias.

Proyecto de Inversión - Meta	Nombre de la Meta del Plan Territorial de Salud (PTS) 2024-2027
8141-19	Desarrollar el 100% de las intervenciones en las líneas estratégicas del plan de acción para reducirla morbilidad y mortalidad materno- perinatal. Incluyendo el cumplimiento del Acuerdo 860 de 2022.
8141-21	Mantener a 10 la tasa de mortalidad perinatal por cada 1000 nacidos vivos.
8141-22	Desarrollar el 100% de las intervenciones en las líneas estratégicas del plan de acción para la prevención y manejo del bajo peso al nacer.
8141-23	Lograr la incidencia a 2 la tasa de sífilis congénita 2 por cada 1.000 nacidos vivos más muertes fetales.

8141-24	Desarrollar el 100% de las intervenciones en las líneas estratégicas del plan de acción de la primera infancia para el fortalecimiento de la atención integral e integrada desde el nacimiento y durante la primera infancia.
8141-25	Mantener en menos de 10.3 la tasa de mortalidad en menores de 5 años por mil nacidos vivos.
8141-26	Reducir al 11% la proporción de riesgo por desnutrición aguda en menores de 5 años en el marco de la ruta integral atenciones a la Primera Infancia.
8141-27	Mantener por encima del 75% la práctica de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses.
8141-28	Aumentar a 400 Salas Amigas de la Familia Lactante del entorno laboral (SAFL-L) con concepto satisfactorio según la normatividad vigente.
8141-29	Reducir a 15,7% la prevalencia de retraso en talla en niños y niñas menores de 2 años
8141-30	Reducir al 35.4% la proporción de malnutrición en la población de 5 a 17 años.
8141-31	Llevar a cabo en 1.275.000 personas acciones de comunicación y educación para la salud alimentaria y nutricional en habitantes del distrito.
8141-32	Implementar y evaluar el 100% del plan de prevención y atención a la conducta suicida en Bogotá D.C.
8141-37	Realizar 1 estudio de costo-efectividad para evaluar la inclusión de la vacuna del virus sincitial respiratorio en el Programa Ampliado de Inmunización de Bogotá, para mujeres gestantes y así aportar a la reducción de la mortalidad en menores de 6 meses en el Distrito Capital.
8141-38	Lograr coberturas de vacunación del 95% en los niños y niñas menores de un año con pentavalente y un año de edad con triple viral, las acciones incluirán el fortalecimiento para aumentar la cobertura de vacunación en VPH.

Fuente: SDS_SEGPLAN_Proyectos de Inversión 8141 y 8147 2024 a 2027

11. ¿Qué evidencia hay de reducción en mortalidad infantil y casos evitables?

Se observa una reducción en la mortalidad infantil en términos absolutos, pasando de 528 casos en 2024 a 448 en 2025, lo que representa una disminución aproximada del 15%. De manera concordante, la tasa se redujo de 9,3 a 8,0 muertes por 1.000 nacidos vivos, lo cual sugiere avances en las condiciones de salud y en las intervenciones dirigidas a la primera infancia durante este periodo.

Para 2026, con corte a marzo, si bien el número de casos registrados es menor (137), se evidencia un incremento en la tasa a 9,8 muertes por 1.000 nacidos vivos. No obstante, este comportamiento debe interpretarse con cautela, considerando que corresponde a información preliminar sujeta a ajustes, dado que una proporción de los casos se encuentra en proceso de verificación y clasificación final. Este proceso incluye la revisión clínica y epidemiológica, así como la incorporación de resultados de necropsias clínicas o médico-legales, estudios histopatológicos y otras fuentes de información, lo que puede modificar la clasificación y consolidación definitiva de los casos.

En relación con los casos evitables, no se dispone de una estimación global para el total de la mortalidad infantil, dado que el análisis de evitabilidad no se aplica de manera homogénea a todos los eventos, sino que depende de metodologías específicas según el evento de interés en salud pública establecidos por los protocolos nacionales y distritales. En este sentido, la vigilancia en menores de cinco (5) años abarca múltiples eventos, incluyendo mortalidad perinatal y neonatal tardía, defectos congénitos, infecciones respiratorias agudas, enfermedad diarreica aguda y desnutrición aguda, entre otros.

Particularmente, para el evento de mortalidad en menores de cinco (5) años por IRA, EDA y desnutrición aguda (evento 591), existen criterios específicos de inclusión y exclusión establecidos en los lineamientos nacionales, por lo cual no todos los casos son objeto de análisis de evitabilidad ni de unidades de análisis. Asimismo, estos ejercicios se desarrollan con base en la priorización de casos y la disponibilidad de información clínica completa.

No obstante, con base en las Unidades de Análisis de Mortalidad y la revisión epidemiológica de los casos con criterios para gestión de análisis integrado, se han identificado de manera consistente oportunidades de mejora desde un enfoque integral de la evitabilidad. Estas se relacionan no solo con aspectos de la atención en salud, como la oportunidad en el reconocimiento de signos de alarma, el inicio adecuado del manejo y la adherencia a las rutas integrales de atención, sino también con factores asociados a la promoción y mantenimiento de la salud y a determinantes sociales.

En los hallazgos, se evidencia una mayor concentración de casos en menores de seis (6) meses, particularmente en población en condiciones de vulnerabilidad, con alta frecuencia de coinfecciones virales y bacterianas. Asimismo, se identifican factores de riesgo asociados al entorno, como la convivencia con preescolares, la exposición a aglomeraciones y espacios cerrados, y la limitada implementación de medidas de bioseguridad por parte de los cuidadores en los menores de cero (0) a seis (6) meses.

De manera relevante, se han identificado oportunidades de mejora en la adherencia a la ruta de atención de la primera infancia, especialmente en lo relacionado con la valoración integral del riesgo en cada contacto con los servicios de salud. En este sentido, se han evidenciado situaciones en las que no se realiza una adecuada estratificación del riesgo en grupos prioritarios, tales como menores de cero (0) a tres (3) meses, pacientes reconsultantes, niños con riesgo nutricional o con patologías crónicas de base.

En algunos casos, estas situaciones se han asociado a decisiones clínicas basadas predominantemente en hallazgos de examen físico dentro de límites normales, sin una adecuada integración de los factores de riesgo individuales y contextuales, lo que puede derivar en egresos hospitalarios o ambulatorios sin la suficiente consideración del riesgo de deterioro clínico rápido, característico de estos grupos etarios.

En relación con los determinantes sociales, se evidencia un bajo nivel educativo en padres o cuidadores y una limitada percepción del riesgo en salud, asociada a una baja adherencia a las acciones de promoción y mantenimiento de la salud, incluyendo los controles de crecimiento y desarrollo. Adicionalmente, posterior a la pandemia por COVID-19, se ha identificado una disminución en la valoración de las consultas no asociadas a enfermedad aguda, lo cual impacta negativamente la detección temprana de riesgos.

En este contexto, las oportunidades de mejora identificadas no se circunscriben exclusivamente a la calidad de la atención, sino que reflejan la interacción de múltiples factores del sistema de salud, del entorno familiar y social.

En respuesta a estos hallazgos, la Secretaría Distrital de Salud, en articulación con sus diferentes áreas, ha implementado acciones orientadas al fortalecimiento integral de la atención en menores de cinco años. Desde los equipos de vigilancia en salud pública, se ha fortalecido el seguimiento de los eventos, la caracterización epidemiológica y el análisis con enfoque en determinantes sociales.

Desde el componente de provisión de servicios, se han desarrollado procesos de fortalecimiento de capacidades del talento humano en salud, enfocados en la atención integral del menor y en la identificación oportuna de factores de riesgo en cada contacto con los servicios, incorporando no solo la evaluación clínica, sino también aspectos nutricionales y psicosociales. En este contexto:

- a. La valoración integral del riesgo se realiza en todos los puntos de atención (urgencias, consulta externa, vacunación, entre otros), incluyendo la verificación del esquema de vacunación, la adherencia a programas de crecimiento y desarrollo, y las condiciones psicosociales que puedan afectar el cuidado y el desarrollo del menor.
- b. La valoración nutricional se ha consolidado como una práctica transversal en todos los niveles de atención, permitiendo la detección oportuna de riesgos y la implementación de intervenciones específicas.
- c. Se ha fortalecido la educación a padres y cuidadores en el reconocimiento de signos de alarma, promoviendo su individualización según la edad y el motivo de consulta.

De manera complementaria, se ha intensificado el seguimiento al cumplimiento de los esquemas de vacunación en población susceptible, incluyendo niños y gestantes, mediante la verificación sistemática del estado vacunal en cada contacto con los servicios de salud, con el fin de evitar oportunidades perdidas de vacunación. Este proceso se desarrolla de forma articulada entre EAPB, IPS y el talento humano en salud. En gestantes, se ha enfatizado la inmunización materna (influenza, COVID-19, Tdap y virus sincitial respiratorio), como estrategia clave para la protección del binomio madre-hijo.

Desde el componente de aseguramiento, se realiza seguimiento continuo a las EAPB en relación con la adherencia a las rutas integrales de atención, el acceso oportuno a los servicios y el cumplimiento de las acciones de promoción y mantenimiento de la salud. Por su parte, en el abordaje de determinantes sociales, se han fortalecido las intervenciones comunitarias orientadas a la promoción de prácticas de cuidado, condiciones higiénico-sanitarias, alimentación adecuada, ventilación de espacios y prevención de infecciones respiratorias, así como al reconocimiento temprano de signos de alarma.

Finalmente, las acciones y recomendaciones derivadas de las Unidades de Análisis se incorporan en los planes de mejoramiento institucional y en las estrategias de vigilancia en salud pública, siendo implementadas progresivamente por los diferentes actores del sistema. No obstante, su impacto depende de factores estructurales y sociales que requieren un abordaje intersectorial sostenido, en el marco de la corresponsabilidad entre el sector salud, otros sectores y la comunidad.

Es importante precisar que la evaluación de la oportunidad y la calidad de la atención es responsabilidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), en el marco de sus procesos de auditoría, garantía de la calidad y seguridad del paciente.

12. ¿Qué resultados han tenido las estrategias frente a conducta suicida en menores?

La conducta suicida es un evento priorizado en la ciudad, más cuando se presenta en niños, niñas y adolescentes. Su ocurrencia responde a múltiples determinantes sociales, económicos, familiares y comunitarios que trascienden el ámbito del sector salud, lo que

exige un abordaje integral e intersectorial; razón por la cual este evento viene siendo abordado a partir del plan intersectorial de prevención y atención a la conducta suicida que se ha concertado con sectores como Educación e Integración Social en el marco del Consejo Consultivo Distrital de Salud Mental.

En este sentido, la ciudad ha avanzado en el desarrollo conjunto de estrategias orientadas a la promoción de la salud mental, la prevención de la conducta suicida y la atención oportuna.

En términos de resultados, se destaca el **fortalecimiento de la detección temprana**, a través del fortalecimiento técnico del talento humano tanto de las instituciones como de la comunidad, lo cual ha logrado una mayor identificación de factores de riesgo y señales de alerta, lo que ha incrementado la notificación de casos y la canalización oportuna hacia servicios de atención.

Así mismo el **fortalecimiento de la ruta de atención en salud mental**, incluyendo la atención en crisis, el acompañamiento psicosocial y la articulación con servicios especializados, lo que ha permitido una respuesta oportuna; así como la **articulación intersectorial avanzando hacia un** trabajo coordinado con sectores como educación, integración social y cultura ha permitido abordar de manera más integral los determinantes sociales asociados a la salud mental y la prevención de la conducta suicida.

De otra parte, se ha fortalecido el monitoreo de los eventos asociados a conducta suicida, lo que permite orientar acciones focalizadas en poblaciones y territorios priorizados.

Si bien la conducta suicida en menores de edad continúa siendo un desafío de salud pública, la Secretaría mantiene el compromiso de seguir fortaleciendo estas acciones, con énfasis en la prevención temprana, la intervención oportuna y el abordaje integral de los factores de riesgo.

En así como se ha avanzado en el marco del Modelo de Atención MAS Bienestar, el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y del Plan de prevención y atención a la conducta suicida con intervenciones principalmente a través de acciones integrales e integradas que contemplan estrategias colectivas territoriales orientadas desde la educación transformadora que convoca a la apertura de espacios de escucha, diálogo e interacción posibilitando reflexiones individuales y grupales promoviendo el fortalecimiento de factores protectores, habilidades para la vida, gestión emocional y construcción de entornos protectores implementando intervenciones en entornos de vida cotidiana: hogar, educativo, comunitario, institucional y laboral las cuales están dirigidas a niños, niñas y adolescentes y familias con quienes se incluyen procesos de educación socioemocional, identificación temprana de riesgos, gestión del riesgo colectivo y activación de rutas de atención a partir de las necesidades individuales que se detectan y la promoción de redes de apoyo.

Estas acciones integrales e integradas corresponden a aquellas contempladas en los lineamientos para la ejecución del Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar por parte de los equipos extramurales denominados MAS Bienestar en tu hogar, así como las contempladas en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas en los demás entornos de vida cotidiana.

En Modelo Territorial de Salud MAS Bienestar caracterizado por integrar como estrategia central la Atención Primaria Social como un enfoque orientado a la articulación intersectorial para el logro de objetivos de desarrollo social y bienestar, adelantan acciones dirigidas a la identificación y abordaje de los factores sociales, económicos y políticos que inciden de manera directa en las condiciones de salud de los habitantes de Bogotá.

En este contexto, dentro del componente de gestión extramural se enmarca la operación de los Equipos MAS Bienestar en tu hogar, concebidos como equipos multidisciplinarios responsables de la *implementación de la estrategia de identificación individual, familiar y territorial para fortalecer la gestión integral del riesgo en el nuevo modelo de salud*. Dicho despliegue operativo se desarrolla a través de procesos de planeación del territorio (orientada al diagnóstico y análisis de las características locales), apropiación territorial (promueve la participación comunitaria y el fortalecimiento del vínculo de los gestores de bienestar con el territorio), gestión familiar del riesgo (comprende la identificación, educación en salud e intervención sobre los riesgos a nivel familiar), la ejecución del plan de bienestar para la gestión del riesgo (en el que se concretan las acciones a implementar) y el seguimiento (mediante el cual se establecen mecanismos de monitoreo y evaluación orientados a asegurar resultados en salud en las familias).

En este sentido, la implementación de la estrategia de identificación individual, familiar y territorial para la respuesta en salud constituye una actividad de carácter continuo, desarrollado por los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar. En este marco, las intervenciones en salud mental realizadas por la operación de los Equipos MAS Bienestar en tu hogar, se orientan a población general que ha presentado diferentes eventos entre ellos conducta suicida y que ha sido priorizada a partir de la identificación de riesgos en salud mental, con base en las notificaciones registradas en el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica para la Conducta Suicida-SISVECOS.

Dentro de los criterios de priorización para esta articulación se en cuenta el nivel de riesgo frente a la conducta suicida y el ser menores de edad, entre otros. Con estas personas a las que se les han identificado factores de riesgo asociados a su estabilidad emocional y bienestar mental, se implementa una estrategia estructurada de acompañamiento y asesoría en salud mental dirigida a las familias. Dicha estrategia se enfoca en el fortalecimiento de capacidades individuales y familiares, mediante el desarrollo de habilidades de afrontamiento que permitan a las personas y a sus núcleos familiares gestionar de manera adecuada eventos estresores o sucesos vitales, promoviendo competencias protectoras orientadas a la prevención, mitigación y superación de los riesgos identificados.

El eje central de la intervención es la familia, entendida como unidad básica de apoyo y protección. En este sentido, se prioriza su fortalecimiento, adaptación y articulación como red de soporte, orientada al mantenimiento de la salud mental, la inclusión social, el fortalecimiento de redes sociales de apoyo y la identificación oportuna de situaciones de riesgo que permitan la intervención temprana. Para dar respuesta a estas situaciones, se implementan estrategias integrales mediante el diseño y ejecución de un Plan de Bienestar, el cual consolida acuerdos y compromisos concertados entre la familia y el profesional de psicología responsable de la intervención. Dicho plan incorpora acciones de orientación y acompañamiento psicosocial, ajustadas a las características, dinámicas y necesidades específicas de cada familia, orientadas a la mitigación de factores de riesgo y al fortalecimiento de factores protectores. Su implementación se realiza a través de

actividades colectivas, acciones de acompañamiento y procesos de educación en salud mental, garantizando el acceso gratuito a la población beneficiaria.

De manera complementaria a lo anteriormente descrito y de manera particular para el abordaje del fenómeno de conducta suicida en la ciudad, desde las acciones integrales e integradas contempladas en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas se tiene incidencia en diferentes entornos de vida cotidiana desde donde se despliegan acciones. En ese sentido, desde el entorno educativo se desarrollan sesiones educativas en los establecimientos educativos públicos y privados previo acercamiento y concertación contando con la estrategia Salud Mental es MAS Bienestar que se enmarcan en la prevención de la conducta suicida y otras problemáticas que afectan la salud mental de los estudiantes implementando los espacios colectivos.

De igual forma se realizan sesiones de fortalecimiento de capacidades en conducta suicida dirigidas a docentes, orientadores y directivos con el propósito de facilitar el reconocimiento de signos de alarma en salud mental y brindar el manejo adecuado a las distintas situaciones en los colegios, también se brinda el acompañamiento profesional por salud mental en casos reportados por el sistema de alertas que permite registrar desde los colegios la información individual y genera el despliegue de la respuesta integral a partir del protocolo establecido para ello que incluye la notificación al SISVECOS, la investigación epidemiológica en los casos priorizados, la tipificación de la conducta, sus factores de riesgo y la implementación de estrategias de afrontamiento a través de sesiones en los colegios a través del entorno educativo facilitando la interacción con él o la estudiante así como su familia (madres, padres o cuidadores) y el desarrollo de sesiones enmarcadas en la gestión del riesgo buscando impactar positivamente a la comunidad educativa (estudiantes, familias y docentes) para la mitigación de este evento de interés en salud mental.

En entorno comunitario, institucional y laboral se generan sesiones colectivas que fortalecen capacidades socioemocionales y estrategias de afrontamiento reconociendo los distintos contextos y poblaciones en sus características y entornos buscando afectar de manera positiva la prevención de problemáticas psicosociales entre las cuales se incluye la conducta suicida.

13. ¿Qué porcentaje de casos recibe seguimiento posterior?

Se considera pertinente señalar que, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, en el marco de sus competencias no realiza el seguimiento a los casos de personas con trastornos mentales y del comportamiento, ya que esta recae en las aseguradoras de acuerdo con la normatividad vigente, entre las que se encuentra la Resolución 2765 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección social, que establece:

“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 la establecido en la Ley 1751 de 2015 y el artículo 21 de esta resolución”.

En tal sentido, es responsabilidad de las Entidades Administradoras de Planes de beneficios-EAPB garantizar la atención integral, tratamiento y rehabilitación de cualquier afectación en salud mental de su población afiliada, 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, que para el evento de conducta suicida, es prioritario.

Desde esta Secretaría, se continuarán desarrollando acciones de asistencia técnica, acompañamiento y fortalecimiento de competencias en las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB y su red de prestadores de servicios de salud para el abordaje en salud mental, con el fin de contribuir a que se garantice la prestación de un servicio integral e interdisciplinario que dé una respuesta holística a las necesidades que se identifiquen en las personas con factores de riesgo para conducta suicida.

14. *¿Cómo se articula la atención en salud mental con otras entidades?*

Es importante precisar que la Secretaría Distrital de Salud, conforme a lo establecido en el artículo 31 de la Ley 1122 de 2007, cuenta con prohibición expresa para prestar servicios asistenciales de salud, dado que esta función recae en los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), específicamente en las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud (EAPB) y su red de prestadores de servicios de salud.

Sin embargo, la atención en salud mental, en el marco de la Ruta Integral de Atención en Salud para población con riesgo o presencia de trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones⁴ se articula con otras entidades a través del trabajo coordinado entre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y otros sectores estratégicos como educación, Integración social, Secretaría de mujer, entre otros. Esta articulación se materializa mediante el establecimiento de mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia, que permiten garantizar la continuidad del cuidado. De esta manera, se asegura la intervención oportuna y articulada en las acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento en salud mental, conforme a la normatividad vigente y a los principios de calidad, accesibilidad, oportunidad y continuidad en la prestación de los servicios de salud.

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

⁴ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3202 de 2016. "Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y se dictan otras disposiciones."

- Concertó cuatro (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 2025.
- A partir de los compromisos establecidos en el marco del actual Plan de Desarrollo Distrital viene implementando la Estrategia Entornos Inspiradores, la cual se orienta a la transformación y resignificación de los entornos educativos, suma esfuerzos de nueve (9) secretarías distritales y entidades adscritas, en torno a 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.
- 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 un (1) producto en el plan de acción de la política pública.
- 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 es MAS Bienestar*”, 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*”.
- 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 un (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.

15. ¿Cómo se mide el impacto de las intervenciones en la calidad de vida de los NNA?

El Distrito cuenta con el Sistema de Monitoreo de las Condiciones de Vida de la Infancia y Adolescencia (SMIA) reglamentado por el Acuerdo 238 del 2006 y el Decreto distrital 031 de 2007, generando información asociada al impacto que tienen las acciones realizadas por el sector salud para el mejoramiento de cada uno de los 51 indicadores de su responsabilidad.

Los indicadores del Sistema de Monitoreo de las Condiciones de Vida de la Infancia y Adolescencia (SMIA) dan cuenta de la materialización de los derechos de los niños, niñas y adolescentes a través del reporte agrupado en cuatro (4) categorías:

- Existencia: Salud, nutrición y vida digna.
- Desarrollo: Educación, recreación y cultura.
- Ciudadanía: Participación y ejercicio de derechos.
- Protección: Prevención de violencias, trabajo infantil y restablecimiento de derechos.

Desde el sector salud se reporta anualmente a la SDIS como entidad líder de la Política Distrital de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia 2023-2033, los indicadores de su responsabilidad y competencia teniendo en cuenta la actualización de indicadores, definida en la Resolución 1633 del 2017 de la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS), relacionados con las categorías de Existencia y Protección. (Ver Anexo 15.1)

Desde Salud para el informe distrital anual del SMIA 2025 se reportaron 51 indicadores relacionados con las categorías de Existencia y de Protección dando cuenta del comportamiento estadístico 2021 al 2025, análisis epidemiológico, las acciones realizadas y los resultados obtenidos, así como la generación de alertas para ser priorizadas sectorial e intersectorialmente:

Indicadores Salud Materna y Perinatal

1. Porcentaje de atención institucional del parto.
2. Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos.
3. Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales.
4. Prevalencia de bajo peso al nacer.

5. Distribución de tratamiento antirretroviral en gestantes con diagnóstico de VIH.
6. Porcentaje de gestantes con sífilis gestacional con inicio de tratamiento antes de la semana 17 de gestación.

Indicadores Mortalidad en niñez y adolescencia

7. Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos.
8. Tasa de mortalidad en la infancia seis (6) a 11 años.
9. Tasa de mortalidad en la adolescencia 12 a 17 años).
10. Tasa de mortalidad en menores de cinco (5) años por 1.000 nacidos vivos.
11. Cinco (5) primeras causas de mortalidad en la infancia.
12. Tasa de mortalidad en menores de 18 años asociada a VIH/SIDA.
13. Tasa de mortalidad por EDA en niñas y niños menores de cinco (5) años.

Indicadores Estado Nutricional

14. Prevalencia de retraso en talla en menores de cinco (5) años.
15. Prevalencia de desnutrición global en menores de cinco (5) años.
16. Prevalencia de exceso de peso en población de cinco (5) a 17 años.
17. Proporción de lactancia materna exclusiva en menores de seis (6) meses.
18. Prevalencia de desnutrición aguda en menores de cinco (5) años.
19. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco (5) años.

Indicadores Vacunación

20. Número de niños y niñas menores de seis (6) años con esquema de vacunación completo.
21. Cobertura de vacunación con BCG en nacidos vivos.
22. Cobertura de vacunación contra Polio en niñas y niños menores de un (1) año.
23. Cobertura de vacunación con Pentavalente tres (3) dosis en niñas y niños menores de un (1) año.
24. Cobertura de vacunación contra neumococo en niñas y niños de un (1) año.
25. Cobertura de vacunación con triple viral en niñas y niños de un (1) año.
26. Cobertura de vacunación con segundo refuerzo de DPT en niñas y niños de cinco (5) años.

Indicadores Acceso al Sistema de Salud

27. Número de niñas y niños de cero (0) a cinco (5) años con afiliación al Régimen Subsidiado de SGSSS.
28. Número de niñas y niños de seis (6) a 11 años con afiliación al Régimen Subsidiado de SGSSS.
29. Número de adolescentes de 12 a 17 años con afiliación al Régimen Subsidiado de SGSSS.
30. Cobertura de niñas y niños con valoración integral para la primera infancia e infancia

Indicadores eventos de salud

31. Tasa de incidencia de cáncer en menores de 18 años.

- 32. Cinco primeras causas de morbilidad en niños, niñas y adolescentes.
- 33. Porcentaje de hospitalización en menores de cinco (5) años por EDA.
- 34. Porcentaje de hospitalización en menores de cinco (5) años por IRA.
- 35. Tasa de mortalidad por Neumonía en menores de cinco (5) años

Indicadores Salud Sexual y Salud Reproductiva.

- 36. Incidencia VIH/SIDA en menores de 18 años residentes en Bogotá.
- 37. Tasa de transmisión materna infantil de VIH.
- 38. Incidencia de Sífilis Congénita.
- 39. VPH en niños y niñas nueve (9) años.
- 40. Tasa específica de fecundidad en mujeres de diez (10) a 14 años.
- 41. Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años.

Indicadores Violencias y Salud Mental

- 42. Tasa de intento de suicidio en niñas, niños y adolescentes.
- 43. Tasa de violencia intrafamiliar y sexual ejercida contra niños, niñas y adolescentes.
- 44. Tasa violencia sexual ejercida contra niñas, niños y adolescentes.
- 45. Tasa de abuso de Sustancias Psicoactivas en niñas, niños y adolescentes.

Riesgo y Vulnerabilidad Social

- 46. Tasa de Lesionados Pólvora en niñas, niños y adolescentes por 100.000 habitantes
- 47. Número de niños, niñas y adolescentes entre cinco (5) y 17 años que participan en actividades económicas remuneradas o no.
- 48. Porcentaje de niñas, niños y adolescentes que trabajan en oficios del hogar superior a 15 horas.
- 49. Porcentaje de niñas y niños trabajando incluyendo oficios del hogar.
- 50. Número de niñas, niños y adolescentes trabajadores que se afilian al Régimen Subsidiado a partir de la intervención de salud.
- 51. Tasa de accidentes domésticos registrados en niñas y niños menores de 11 años.

En los anteriores términos se da por contestada la proposición.

Cordialmente,




GERSON ORLANDO BERMONT GALAVIS
Secretario Distrital de Salud.

Anexos: Una (1) carpeta Zip

Elaboró: Rodrigo Lopera, Gina Rangel, Liseth Pava, Maria Fernanda Tovar, Maria Eugenia Delgado, María Jose Tapias – Subdirección de Determinantes en salud- Mauricio Hernando Garzón Cortés - Subdirección de Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública
 Constanza Hernández- Referente RIAS SM, Marcela Vargas Martínez Contratista -RIAS AAT, Dayan Mateus- RIAS MP-Dirección de Provisión de Servicios de Salud
 Adriana Guaca, Karen Jimenez, Diana Franco, Dary Ruiz, Jhoana Cortes, Sandra Mancera, Antonio Rodriguez - Subdirección de Vigilancia en Salud Pública
 Sandra Dolores Beltran – Subdirección Garantía del Aseguramiento
 Calderón/ Contratista/ Diana Ayala/ Contratista/ Juan Patiño/ Janneth Corzo Merchán/ Subdirección de Acciones Colectivas

Consolidó: Geraldine Cárdenas - Oficina de Asuntos Jurídicos / María Cabrera - OAJ
 Jhanny Andrea Osorio Gómez- Abogada- Dirección de Provisión de Servicios de Salud
 German A. Sterling - OAJ

Revisó: Diana Sofia Rios Oliveros – Subdirectora de Determinantes en salud
 Claudia Milena Cuellar Segura Subdirectora de Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública
 Linda Victoria Ariza Romero- Directora de Provisión de Servicios de Salud
 Claudia Liliana, Moreno Ramírez - Director de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud
 Elkin de Jesús Osorio - Subdirección de Vigilancia en Salud Pública
 Marcela Martínez Contreras - Subdirección de Acciones Colectivas

Aprobó: María Belen Jaimes Sanabria – Subsecretaria de Salud Pública (E) 
 Luis Alexander Moscoso – Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento
 Martha Isabel Amador Martelo – Asesora de Despacho