

SECRETARÍA DE
SALUD

000000

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD 17 de febrero de 2026

Al contestar Cite Este No. 2026-EE-13213

Folios: Anexos: 1

ORIGEN: - 000000-Despacho**DESTINO:** DAVID ANTONIO GARZÓN FANDIÑO CONCEJO DE BOGOTÁ - -**TIPO DE DOCUMENTO:** Comunicaciones oficiales**ASUNTO:** Respuesta Proposición No 142 de 2026. "La salud mental: una forma de cuidar a Bogotá" Radicado SDS 2026ER06836 y Concejo 2026EE1631.**Doctor****DAVID ANTONIO GARZÓN FANDIÑO**

Subsecretario Comisión Segunda Permanente de Gobierno

CONCEJO DE BOGOTÁ

Cl. 36 #28A-41

comisiondegobierno@concejobogota.gov.co

Asunto: Respuesta Proposición No 142 de 2026. "La salud mental: una forma de cuidar a Bogotá" Radicado SDS 2026ER06836 y Concejo 2026EE1631.

Respetado doctor Garzón:

La Secretaría Distrital de Salud recibió la proposición del asunto, la cual contiene varias preguntas relacionadas con las Subredes Integradas de Servicios de Salud, respecto a la cual se debe recordar que, las Subredes 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.

En ese sentido, ni la Secretaría Distrital de Salud ni el Fondo Financiero Distrital de Salud son responsables ni superior jerárquico de las Subredes Integradas de Servicios de Salud. No obstante, desde esta secretaría a través de la Dirección de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud se ejerce el control de tutela administrativa para la gestión de la Red Pública Hospitalaria Distrital, con el fin de hacer seguimiento y brindar apoyo técnico.

Así mismo, 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.

Por consiguiente, dado que la temática de los numerales No. 3, 5, 6, 32 y 34, 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 al mencionado numeral como parte del ejercicio de transparencia y responsabilidad institucional ante el Concejo de Bogotá.

Es importante precisar que, de acuerdo con el párrafo del artículo 465 del Decreto 642



de 2025, “ninguna entidad podrá hacer traslado de proposiciones, dado el trámite especial y el término fijado por el artículo 14 de Decreto Ley 1421 de 1993”.

Una vez mencionado lo anterior se procede a responder las preguntas que proceden a continuación:

1. Sírvase informar:

A. ¿Cuáles son las principales problemáticas de salud mental priorizadas por la Administración Distrital en Bogotá D.C., según registros oficiales del sector salud, y qué indicadores respaldan dicha priorización?

Bogotá en el marco de la vigilancia en salud pública de eventos de salud mental registra y aborda los eventos prioritarios tales como la **conducta suicida, la violencia intrafamiliar y de género y el consumo abusivo de sustancias psicoactivas** contando con el **Observatorio de Salud-SaluData**, plataforma digital de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) de Bogotá que recopila, analiza y difunde información confiable contando con los análisis epidemiológicos y fichas técnicas para cada uno de estos eventos y sus respectivos indicadores.

Cada uno de estos eventos respaldan la toma de decisiones en salud pública para el desarrollo de procesos de educación para la salud que en salud mental se orientan a fortalecer estrategias de afrontamiento enfocadas a la regulación emocional y la resolución de conflictos, así como a potenciar el desarrollo de habilidades socioemocionales y la coordinación, articulación e integración de acciones para el bienestar y la salud mental en territorios comprendiendo las necesidades poblacionales y diferencial abordando distintos entornos de vida cotidiana como el educativo, laboral, comunitario, institucional y hogar.

La Secretaría Distrital de Salud a través de la vigilancia en salud pública de eventos prioritarios en salud mental, cuenta con las fuentes de datos y de generación de información fundamental con los subsistemas de vigilancia epidemiológica SIVIM (vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar y de género), el SISVECOS (vigilancia epidemiológica de la conducta suicida) y el VESPA (vigilancia epidemiológica de consumo problemático y abusivo de sustancias psicoactivas) a partir de ellos se muestran las principales tendencia de los eventos que integran los tres subsistemas mencionados con antelación.

El enlace para el acceso a la Plataforma SaludData y los indicadores en salud mental es la siguiente: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/datos-de-salud/salud-mental/>

B. Cuáles son los trastornos mentales con mayor prevalencia reportados en Bogotá D.C. durante los últimos cinco (5) años, desagregados por grupo etario, sexo y régimen de aseguramiento?

En atención a la solicitud del ente de control, se informa que la información sobre los trastornos mentales con mayor prevalencia reportados en Bogotá D.C. durante el periodo 2021–2025 se obtiene a partir de la consulta de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, reportados por los prestadores al Ministerio de Salud y Protección Social, conforme a lo establecido en las Resoluciones 3374 de 2000, 2275 de 2023 y 1884 de 2024, que regulan el flujo, periodicidad y estructura del reporte obligatorio de la información en salud.

La base de datos utilizada corresponde al último reporte oficial entregado por el Ministerio de Salud y Protección Social al ente territorial para la generación de informes, con corte al 28 de febrero de 2025, e incluye registros de consultas, urgencias, hospitalización y procedimientos de personas con residencia habitual en Bogotá D.C.; en consecuencia, no es posible presentar información posterior a dicha fecha de corte.

Es pertinente precisar que, debido a la naturaleza de los RIPS, los cuales registran atenciones en salud y no casos incidentes o prevalentes depurados, y considerando que un mismo individuo puede registrar múltiples atenciones, diagnósticos, prestadores, cambios en grupo etario o régimen de aseguramiento dentro del periodo de análisis, no es metodológicamente posible estimar la prevalencia clínica directa de los trastornos mentales. Por tal razón, la información presentada en la respuesta se interpreta en términos de frecuencias de uso de los servicios de salud asociados a diagnósticos de trastornos mentales, como una aproximación indirecta a su comportamiento en la población residente en el Distrito Capital.

Para dar respuesta a esta pregunta, se deben considerar las limitantes que plantea la base de datos de los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS para el cálculo de la prevalencia¹, toda vez que los individuos únicos que se encuentran allí, pueden en el mismo período de estudio: acceder a varias atenciones y tener distintitos diagnósticos, ser atendidos por distintos prestadores, cambiar su residencia habitual y ser atendidos en más de una localidad o acceder a distintos tipos de atenciones, situación que impide identificar con precisión las personas con diagnósticos nuevos y antiguos de trastornos mentales.

De tal forma, para sortear esta dificultad, se presenta el cálculo de las frecuencias de uso de los trastornos mentales, ver anexo pregunta 1 Tabla 2, archivo Anexo_Rta_1b_1d_1e_2_8_9_17_2026ER06836_Proposición 142, que se comportaría como una medición indirecta de dicha prevalencia, cuyo resultado evidenció que los primeros cinco (5) trastornos mentales que han generado mayor número de atenciones por individuo son: los trastornos cognitivos (6,98), espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (6,76), y discordancia de género (4,77).

De otro lado, al evaluar el comportamiento de las atenciones por trastornos mentales según el grupo etario, se identificó que el mayor número de atenciones se ha venido registrando en los adultos mayores de 80 años (n=861.312), seguido del quinquenio entre los 20 a 24 años (n=606.753) y aquel entre los 15 a 19 años (n=595.877).

El 57,77% (n=4'852.568) de las atenciones por trastornos mentales se realizaron a mujeres, mientras que el 42,23% (n=3'546.547) en hombres.

De acuerdo con el régimen de afiliación, el 63,57% (n=5'339.584) de las atenciones se dieron en afiliados al régimen contributivo, el 21,51% (n=1'806.302) en el régimen subsidiado, el 10,17% (n=854.399) a particulares, el 0,38% a vinculados (n=31.815) y el 4,37% (n=367.015) pertenecientes a otros regímenes.

C. ¿Qué variaciones y tendencias se observan en los principales indicadores de

¹ Prevalencia: mide la proporción total de individuos en una población que padecen una enfermedad o característica específica en un momento (puntual) o período determinado, incluyendo casos nuevos y antiguos.

salud mental en Bogotá D.C. entre 2019 y 2025, y cómo las interpreta la Administración Distrital?

Es relevante mencionar que, aunque la vigilancia en salud pública de los eventos citados, tienen un énfasis en el monitoreo descriptivo de fenómenos tan complejos relacionados con la salud mental, multifactoriales e interrelacionados, en el desarrollo de cada evento priorizado se destacarán los aspectos concernientes a los hallazgos y su interpretación correspondiente.

En el caso de consumo problemático y abusivo de sustancias psicoactivas durante los años 2019 y 2025 se han acumulado 76.040 notificaciones. El consumo de marihuana, alcohol, tabaco, basuco y cocaína son las tres sustancias psicoactivas que presentan las mayores frecuencias de consumo en la ciudad de Bogotá, D.C. Es pertinente señalar que un mismo sujeto puede consumir dos o más sustancias y mezclas de sustancias como el Tusi.

Los datos del VESPA – SaluData (2019–2025) evidencian que el alcohol continúa siendo la “sustancia psicoactiva legal” de mayor consumo en población adolescente en Bogotá, D.C., con un incremento sostenido posterior a la pandemia por COVID-19. El consumo de alcohol se asocia con accidentes de tránsito, caídas, lesiones no intencionales, riñas, violencia intrafamiliar y conductas sexuales de riesgo, así como con afectaciones significativas en la salud mental, incluyendo depresión, ansiedad e ideación suicida.

En menores de 18 años, el consumo temprano de alcohol incrementa la probabilidad de dependencia en la adultez, bajo rendimiento escolar, deserción educativa y mayor vinculación con dinámicas de violencia, consolidándose como uno de los principales determinantes sociales del daño evitable en salud pública.

Entre 2019 y 2025, SaluData reporta un crecimiento acelerado del uso de cigarrillos electrónicos en adolescentes, particularmente en el grupo de 12 a 17 años, asociado a baja percepción de riesgo, presión de pares y mercadeo digital. Este comportamiento se vincula con irritación crónica de vías respiratorias, deterioro de la función pulmonar, aumento de crisis asmáticas, dependencia temprana a la nicotina y mayor probabilidad de transición al consumo de cigarrillo convencional y otras sustancias psicoactivas. La evidencia epidemiológica indica que el vapeo en menores constituye un factor de entrada al policonsumo, con impacto negativo en el neurodesarrollo, la regulación emocional y el desempeño académico, configurando un nuevo reto prioritario para la salud pública en Bogotá, D.C. (Secretaría Distrital de Salud, 2025).

Las variaciones en *el consumo de sustancias psicoactivas entre los años 2019 y 2025 se adjuntan en Excel editable* para las principales sustancias psicoactivas relacionadas con consumo problemático y abusivo. (Ver Tablas en Excel “Anexo pregunta 1 literal c consumo de SPA”).

Los registros del subsistema de Vigilancia Epidemiológica del Consumo Abusivo de Sustancias Psicoactivas (VESPA), disponibles en SaluData, muestran un incremento sostenido del consumo problemático de sustancias psicoactivas en Bogotá, D.C., con especial concentración en población adolescente y joven. Entre 2015 y 2025, la marihuana se mantiene como la sustancia ilícita de mayor consumo seguida por cocaína, basuco, sustancias sintéticas y medicamentos de control especial, evidenciando una diversificación progresiva de las sustancias involucradas. Un hallazgo epidemiológico relevante es el incremento sostenido en menores de 18 años, con un patrón marcado de inicio temprano y

policonsumo, lo cual incrementa el riesgo de dependencia, trastornos mentales asociados y consecuencias sociales tempranas.

El TUSI, una mezcla heterogénea y diversa de sustancias psicoactivas cuyo principal componente es la Ketamina ha emergido como una de las sustancias con mayor crecimiento relativo en los reportes recientes de VESPA. Su perfil epidemiológico se caracteriza por una alta frecuencia de casos concentrados en adolescentes y jóvenes. Desde el punto de vista toxicológico, el TUSI presenta una composición altamente variable, usualmente mezclas de Ketamina, MDMA, cafeína y otros estimulantes, lo que incrementa el riesgo de intoxicación aguda, crisis psicóticas, trastornos de ansiedad, dependencia psicológica y eventos adversos cardiovasculares. Este patrón responde a una estrategia de mercadeo, con fuerte presencia en redes sociales, baja percepción de riesgo y representación simbólica asociada a estatus social, lo que ha facilitado su rápida penetración en población menor de edad (SDS, 2025; Observatorio de Drogas de Colombia [ODC], 2022).

De otra parte, el consumo problemático de benzodiacepinas presenta una tendencia ascendente, especialmente en adolescentes y jóvenes, asociado a automedicación para el manejo de ansiedad, insomnio, estrés académico y malestar emocional, la búsqueda deliberada de la alteración del estado de conciencia. Los datos del subsistema VESPA indican un aumento progresivo del uso no médico de medicamentos de control especial.

El aumento del consumo de opioides farmacéuticos como fentanilo y morfina, aunque todavía con baja prevalencia relativa, representa un hallazgo epidemiológico crítico. Los registros de VESPA muestran la emergencia de casos asociados al desvío de medicamentos hospitalarios hacia circuitos ilegales urbanos, fenómeno que ha llevado a fortalecer las acciones de farmacovigilancia y monitoreo permanente del consumo por el alto riesgo que implica el consumo de este tipo de medicamentos.

La Organización Mundial de la Salud señala en su publicación del 14 de enero de 2026 “Los trastornos por consumo de drogas, una creciente preocupación de salud pública en las Américas” como durante la pandemia de COVID-19 se observaron aumentos significativos en los trastornos por consumo de opioides y anfetaminas. “El estrés asociado a la crisis, las interrupciones en los servicios de salud y el aislamiento social pueden haber intensificado vulnerabilidades preexistentes y contribuir al aumento de la carga relacionada con el consumo de drogas durante este período”. De igual manera la Organización Panamericana de la Salud señala como los trastornos por consumo de drogas constituyen un problema grave y creciente impulsado principalmente por opioides y cannabis con mayor impacto en los hombres jóvenes.

Por lo anterior, la interpretación técnica del consumo actual de sustancias psicoactivas se incluye la distribución de frecuencias absolutas según sustancia psicoactiva y según localidad. De igual manera, resulta relevante considerar el tipo de sustancia a la cual se hace referencia.

Las cinco localidades con mayor número total de casos notificados de consumo problemático y abusivo de sustancias psicoactivas en Bogotá durante el periodo 2019–2025 fueron: a) Fontibón con el 7,7% (n= 9.433); Usaquén con 9.415 casos que equivalen al 7,7%; Santafé con el 6,6% (n= 8.096); Puente Aranda con 7.231 que corresponden al 5,9% y Ciudad Bolívar con el 5,1% (n=6.165). Estas cinco localidades concentran una proporción sustancial del total distrital, reflejando patrones asociados a alta densidad poblacional,

dinámicas de movilidad laboral, presencia de entornos de alta vulnerabilidad social, oferta activa de sustancias y concentración de población joven y adulta económicamente activa.

En relación con los hallazgos ha de considerarse que los factores estructurales y sociales asociados a los cambios en los patrones de consumo y a los incrementos en segmento poblacional de adolescentes y jóvenes destaca: a) El debilitamiento del tejido social y la presencia de disfuncionalidad familiar; b) La alta disponibilidad territorial de sustancias asociada al ingreso de medicamentos como la Ketamina a través de las fronteras con Perú y Ecuador; c) la pobreza urbana que facilita la instrumentalización de jóvenes, incluyendo los habitantes de calle en el narcomenudeo.

Dentro de los factores psicosociales se destacan el estrés escolar, la ansiedad, depresión, presión de pares, la violencia intrafamiliar y la deserción escolar. Estos factores se han potencializado con la normalización del consumo y la baja percepción de riesgo con la aparición de nuevas sustancias o mezclas de sustancias ilegales, así como el uso de redes sociales y el acceso virtual a los mercados ilícitos. Dentro de los factores epidemiológicos emergentes se destacan el policonsumo, el incremento de Sustancias sintéticas, el uso de medicamentos sin prescripción médica y el desvío de opioides.

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

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

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

Las muertes por suicidio en hombres superan en más del doble a las de las mujeres (12,6 por 100.000 hombres frente a 5,4 por 100.000 mujeres). Además, se observa que los fallecimientos en hombres por suicidio son más elevados en los países de ingresos altos, mientras que los de las mujeres son más comunes en los países de ingresos medios.

Se observa un descenso del 36% de la tasa de suicidio a nivel mundial entre los años 2000

y 2019. No obstante, la OMS señala la preocupación de que esta tendencia se haya revertido en el último año como consecuencia de la crisis sanitaria y económica a nivel mundial; en algunas regiones, como las Américas, no se ha observado esta tendencia mundial, aunque se han incrementado en un 17% las tasas de suicidio en el período analizado.

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

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


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

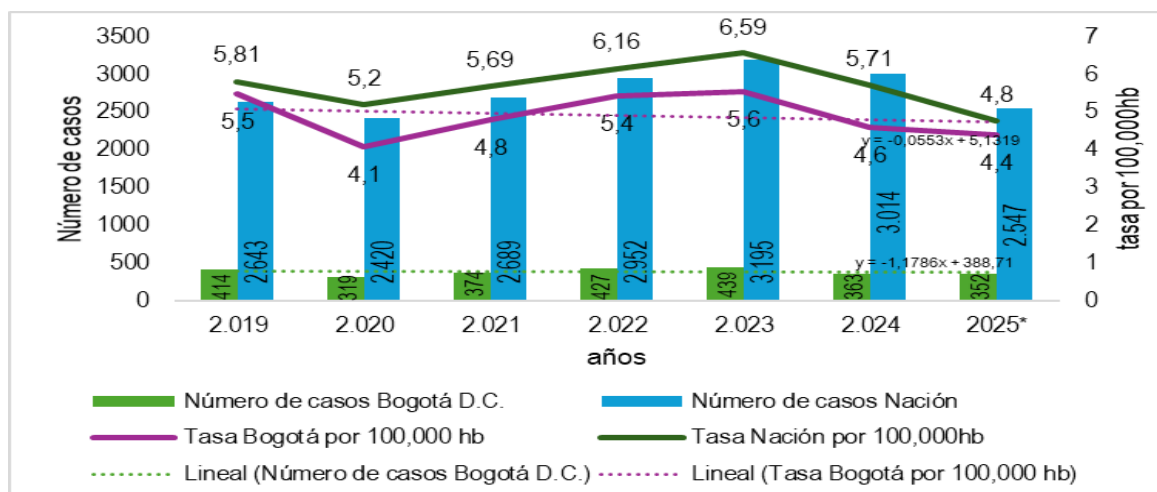
Por su parte en el Distrito Capital la mortalidad por suicidio es un evento también captado por el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS), sin embargo, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), es considerada la fuente de información oficial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

Ahora bien, en términos de tasa por 100.000 habitantes el suicidio consumado en Bogotá, D.C para el periodo 2019 – 2025² ha sido menor que la tasa a nivel Nacional, como se evidencia en la gráfica No. 1 a continuación.

Gráfico 1. Tasa de muertes por suicidio en Bogotá y Colombia años 2019 – 2025.

2

 Información preliminar sujeta a modificaciones.



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF - a través del Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (GCERN). Base: Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres - SIRDEC 2019 – 2025* (Información preliminar) sujeta a cambios por actualización - (fecha de corte: 02-02-2026)

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

Para la ciudad de Bogotá D.C. en los años comprendidos entre el 2019 y 2025³ se han presentado un total acumulado de 2.650 suicidios, con una media estimada de 372 casos por año según cifras reportadas en el sistema de información SIRDEC (Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses). Según la información oficial para la mortalidad por suicidio, desde el año 2019 hasta 2025⁴ en la ciudad se mantuvo una tendencia al aumento de la tasa de muertes por suicidio, pasando de una tasa de mortalidad estimada de 5,5 casos por cada 100.000 habitantes en 2019 a 4,4 en el año 2025⁵ (Gráfica No 1).

Frente al comportamiento del evento, en lo comprendido del año 2025⁶ se han registraron con corte a diciembre 352 suicidio, según la fuente oficial INMLCF, de los cuales 262 (74,4%) se presentaron en los hombres.

Con relación al comportamiento de intento de suicidio entre los años 2019 a 2025 se han registrado 48.448 casos, con un promedio anual de 6.921 intentos y una tasa anual que oscila entra 5,0 a 11,9 por 10.000 hab.

Respecto a los datos del año 2025 se registran 9.463 intentos de suicidio y una tasa de 11.9 por 10.000hb, de los cuales 6.016 (63,67%) ocurren en las mujeres y frente al curso de vida son las mujeres jóvenes las que aportan la mayor frecuencia con 2.403 casos de 3.861 eventos ocurridos en este curso de vida. Respecto al comportamiento por localidad en las cuales se presentan las mayores concentraciones corresponde a Engativá con 1.484, seguido de Kennedy con 1.190, continua Suba con 1.008, Bosa con 900 y Ciudad Bolívar con 774.

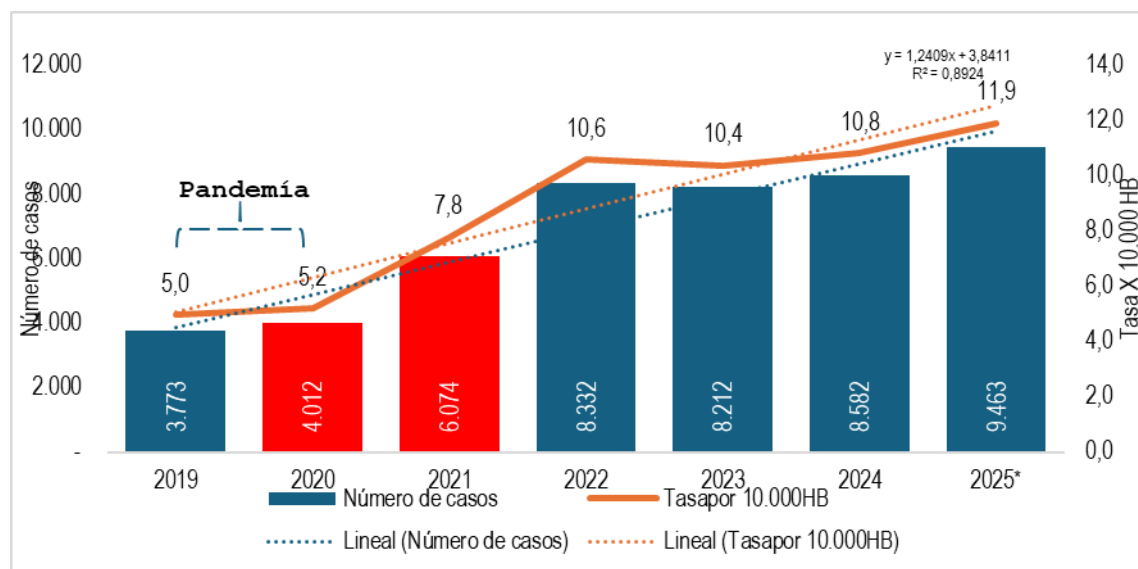
Gráfica 2. Tasa de intentos por suicidio en Bogotá y Colombia años 2019 – 2025

³ Ibidem

⁴ Ibidem

⁵ Datos preliminares

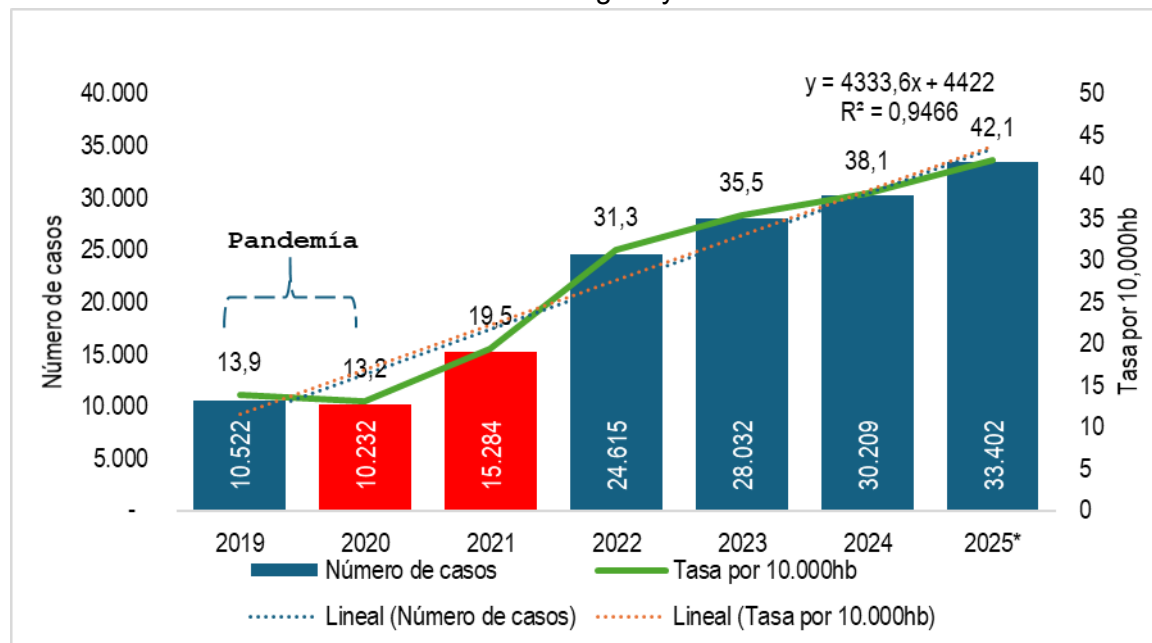
⁶ Ibidem



Fuente: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS). Base de datos: 2012 - 2025*(información preliminar). Corte de información: 15-12-2025.

Respecto a la ideación suicida, se refleja que en el comportamiento para el año 2025, se han registrado 33.402 casos de suicidio, de los cuales 21.403 (64,08%) se han presentado en las mujeres, respecto a la distribución territorial, según localidad Se observa que la mayor concentración se encuentra en Engativá con 4.786 registros, seguido de la localidad de Kennedy con 4.207 casos, continúa Suba con 3.512, Bosa presenta 3.277 casos y Ciudad Bolívar registra 2.929 casos, acumulando estas localidades el 56% de las ideaciones registradas en este periodo anual.

Gráfica 3. Tasa de ideación suicida en Bogotá y Colombia años 2019 – 2025



Fuente: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS). Base de datos: 2012 - 2025*(información preliminar). Corte de información: 15-12-2025.

Fuente: DANE- Dirección de Censos y Demografía. Proyecciones derivadas del Censo Nacional de Población 2018 y las proyecciones de población con la actualización post COVID-19 calculadas con base en los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda - CNPV- 2018.

Frente al indicador de violencia intrafamiliar y de género dispuesto en el observatorio de la salud (SaluData): <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/violencia-intrafamiliar/>, se observa una tendencia al decremento de la notificación de casos sospechosos de violencia intrafamiliar y de género entre 2019 (N=32.877) y el 2020 (N=23.649) del -28,1% (n=9.228) debido a los efectos de la pandemia por COVID-19 frente a la red de notificación al subsistema (Instituciones prestadoras de servicios de salud, instituciones educativas y canales de atención en salud mental). Posterior a la pandemia se observa una tendencia porcentual al incremento entre el 2020 (N=23.649) y el 2021 (N=30.340) se evidencia una tendencia porcentual al incremento del 28,3% (n=6.691); entre el 2021 (N=30.340) y el 2022 (N=41.318) del 36,2% (n=10.978); de 2022 (N=41.318) a 2023 (N=45.879) del 11% (n=4.561) y entre 2023 (N=45.879) y el 2024 (N=51.070) del 11,3% (n=5.191). Sin embargo, entre el 2024 (N=51.070) y 2025⁷ (N=50.830) cambio la tendencia hacia un decremento del 0,5% (n=240).

Tabla 1. Casos notificados de violencia intrafamiliar y de género según sexo de la víctima y año de notificación. Bogotá D.C.

Año notificación	2019		
	Hombre	Mujer	Total
2019	9.448	23.429	32.877
	29%	71%	
2020	6.355	17.294	23.649
	27%	73%	
2021	8.141	22.199	30.340
	27%	73%	
2022	11.035	30.283	41.318
	27%	73%	
2023	13.724	32.155	45.879
	30%	70%	
2024	16.539	34.531	51.070
	32%	68%	
2025	16.974	33.856	50.830
	33%	67%	

⁷ Ibidem

Fuente: Secretaría Distrital de Salud - Subdirección de Vigilancia en Salud Pública - Subsistema de Vigilancia en Salud Pública de la Violencia Intrafamiliar y de Género (SIVIM). Base 2025: Datos preliminares y susceptibles ajustes con corte al 15 de enero 2026.

D. ¿Cuáles son las localidades con mayores niveles de afectación en salud mental, según los registros distritales, y qué criterios utiliza la Administración para dicha clasificación?

Teniendo en cuenta el número de atenciones, se precisa que los RIPS solamente permiten identificar la localidad donde se ubica el prestador que brindó la atención en salud, por lo que el 83% de las atenciones por trastornos mentales se registraron en las localidades de Kennedy (15,24%; n=1'152.821), Usaquén (14,74%; n=1'115.304), Suba (12,18%; n=921.489), Teusaquillo (10,99%; n=831.499), Barrios Unidos (9,18%; n=694.735), Chapinero (8,74%; n=661.500), Antonio Nariño (6,38%; n=482.645) y Puente Aranda (5,88%; n=444.772). Ver anexo pregunta1 tabla 6, Anexo_Rta_1b_1d_1e_2_8_9_17_2026ER06836_Proposición 142.

Frente al comportamiento por localidad de ocurrencia de la muerte por suicidio se registran las primeras cinco localidades en el año 2025, con mayores frecuencias absolutas, en orden descendente, encontrando la localidad de Kennedy con 41 defunciones por esta causa, seguido de Suba con 40, continúa Engativá con el 38, Bosa con 34 casos y Ciudad Bolívar registra 33 suicidios.

Tabla 2. Número de casos de mortalidad por suicidio según localidad, Bogotá D.C. Años 2019 a 2025⁸.

Localidades	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
01. Usaquén	43	38	32	31	31	37	26
02. Chapinero	25	10	11	18	18	12	13
03. Santa Fe	10	6	9	14	13	9	12
04. San Cristóbal	22	18	26	33	29	17	18
05. Usme	14	16	20	18	28	23	18
06. Tunjuelito	13	11	12	9	14	9	9
07. Bosa	31	31	40	27	35	38	34
08. Kennedy	45	32	43	53	55	43	41
09. Fontibón	16	10	11	27	13	9	19
10. Engativá	40	29	41	39	32	30	38
11. Suba	47	35	35	44	49	38	40
12. Barrios Unidos	11	8	8	8	6	9	6
13. Teusaquillo	11	9	6	12	9	15	13
14. Los Mártires	10	6	7	4	7	3	-
15. Antonio Nariño	4	1	7	3	6	2	4
16. Puente Aranda	12	4	12	13	12	7	8

⁸ Ibidem

17. Candelaria	1	1	3	1	4		1
18. Rafael Uribe Uribe	20	15	15	17	24	10	9
19. Ciudad Bolívar	31	33	30	46	45	35	33
20. Sumapaz	0	0	1	1			-
Sin Dato	8	6	5	9	9	17	10
Distrito	414	319	374	427	439	363	352
Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF - a través del Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (CRNV). 2019 – 2025*(Información preliminar) sujeta a cambios por actualización -(fecha de corte: 02022026 Disponible en: https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-de-lesiones-de-causa-externa)							

Respecto al comportamiento territorial del intento suicida en el año 2025, según la localidad en las cuales se presentan las mayores concentraciones corresponde a Engativá con 1.484, seguido de Kennedy con 1.190, continua Suba con 1.008, Bosa con 900 y Ciudad Bolívar con 774. Para los años 2024 y 2025*, la mayoría de las localidades muestran una disminución en el número de casos y en las tasas, destacándose reducciones en localidades históricamente priorizadas como Kennedy, Suba, Engativá, Ciudad Bolívar y Rafael Uribe Uribe. Este comportamiento sugiere una estabilización del evento y una posible efectividad de las estrategias distritales de prevención, detección temprana, seguimiento de casos y articulación intersectorial

Tabla 3 Número de casos de intento suicida según localidad, Bogotá D.C. Años 2019 a 2025⁹.

Localidades	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
01. Usaquén	150	177	460	591	479	513	637
02. Chapinero	62	55	128	178	180	192	236
03. Santa Fe	97	79	115	168	163	169	135
04. San Cristóbal	385	279	318	472	466	409	419
05. Usme	327	296	312	435	476	486	475
06. Tunjuelito	144	144	174	206	205	165	237
07. Bosa	319	396	524	784	709	850	900
08. Kennedy	517	551	675	1.010	1.015	1.081	1.190
09. Fontibón	169	220	235	323	276	274	375
10. Engativá	219	332	608	843	919	976	1.484
11. Suba	311	484	979	1.304	1.260	1.383	1.008
12. Barrios Unidos	43	52	105	183	187	215	219
13. Teusaquillo	52	67	158	210	238	267	286
14. Los Mártires	65	56	77	106	135	118	146

⁹ Ibidem

15. Antonio Nariño	57	58	64	98	83	85	101
16. Puente Aranda	137	152	206	226	220	246	39
17. Candelaria	18	25	26	35	30	29	284
18. Rafael Uribe Uribe	242	226	299	417	429	440	487
19. Ciudad Bolívar	455	360	608	743	737	659	774
20. Sumapaz	3	2	3	-	1	5	30
Sin Dato	1	1	-	-	4	20	1
Distrito	3.773	4.012	6.074	8.332	8.212	8.582	9.463
Fuente: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS). Base de datos: 2012 - 2025*(información preliminar). Corte de información: 15-12-2025							

Con relación a la distribución territorial, según localidad Se observa que la mayor concentración se encuentra en Engativá con 4.786 registros, seguido de la localidad de Kennedy con 4.207 casos, continua Suba con 3.512, Bosa presenta 3.277 casos y Ciudad Bolívar registra 2.929 casos, acumulando estas localidades el 56% de las ideaciones registradas en este periodo anual.

Tabla 4. Número de casos de ideación suicida, según localidad. Años 2019 - 2025*. Bogotá D.C

Localidades	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
01. Usaquén	320	466	816	1.325	1.375	1.651	2.115
02. Chapinero	131	139	221	441	442	602	654
03. Santa Fe	198	171	225	548	490	524	562
04. San Cristóbal	568	479	774	1.379	1.456	1.589	1.657
05. Usme	801	606	790	1.292	1.724	1.583	1.800
06. Tunjuelito	421	338	438	588	751	717	795
07. Bosa	1.540	1.261	1.685	2.647	2.973	3.168	3.277
08. Kennedy	1.502	1.600	2.278	3.482	4.034	4.347	4.207
09. Fontibón	567	600	876	1.277	1.339	1.479	1.587
10. Engativá	781	860	1.467	2.420	2.714	3.008	4.786
11. Suba	855	1.222	2.068	3.176	3.645	4.176	3.512
12. Barrios Unidos	123	146	250	463	533	616	658
13. Teusaquillo	174	230	399	542	688	742	916
14. Los Mártires	139	145	196	346	369	391	454
15. Antonio Nariño	125	116	193	308	314	320	381
16. Puente Aranda	400	395	512	886	958	1.128	137
17. Candelaria	43	38	43	116	127	117	1.161
18. Rafael Uribe Uribe	572	468	729	1.223	1.349	1.379	1.754

19. Ciudad Bolívar	1.233	936	1.313	2.148	2.733	2.641	2.929
20. Sumapaz	26	13	11	8	17	12	1
Sin Dato	3	3	-	-	1	19	59
Distrito	10.522	10.232	15.284	24.615	28.032	30.209	33.402
Fuente: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS). Base de datos: 2012 - 2025*(información preliminar). Corte de información: 15-12-2025							

Por su parte, las localidades de residencia de las víctimas de violencia intrafamiliar y de género, se encuentra que entre 2019 y 2025 el 51,4% (n=141.941) de los casos se concentran en: Kennedy con el 13,8% (n=37.946), Ciudad Bolívar con el 13,7% (n=37.725), Bosa con el 12,3% (n=33.913) y Suba con el 11,7% (n=32.355).

Es importante señalar que estas localidades presentan la mayor densidad poblacional; por esta razón, es necesario revisar otras medidas estadísticas, como la tasa poblacional. Para el indicador de violencia intrafamiliar y de género, esta tasa se calcula dividiendo los casos notificados entre el número de habitantes de cada localidad, por cada 100 mil habitantes. Para 2025¹⁰ se observa que Sumapaz cuenta con 1.671,7 casos por cada 100 mil habitantes, seguida de Ciudad Bolívar con 964,9; Usme con 943,4; Bosa con 793,9 y Los Mártires con 744,2.

Tabla 5. Casos notificados de violencia intrafamiliar y de género según localidad de residencia y sexo de la víctima. Bogotá D.C.

Localidad	2021			2022			2023			2024			2025p		
	Hombr e	Muj e r	T o t a l	Ho m br e	M u j e r	T o t a l	Ho m br e	M u j e r	T o t a l	Ho m br e	M u j e r	T o t a l	Ho m br e	M u j e r	T o t a l
Antoni o Nariño	90	256	346	112	323	435	116	286	402	131	277	408	116	292	408
Barrio s Unido s	96	266	362	144	370	514	199	445	644	272	475	747	286	500	786
Bosa	848	2.608	3.456	1.229	3.546	4.775	1.694	4.126	5.820	2.063	4.389	6.452	2.041	4.051	6.092
Cande laria	28	81	109	38	128	166	39	96	135	38	84	122	36	80	116
Chapi nero	91	241	332	132	388	520	156	387	543	221	410	631	210	416	626
Ciuda d Bolíva r	1.338	2.983	4.321	1.752	4.026	5.778	2.113	4.294	6.407	2.447	4.455	6.902	2.400	4.163	6.563
Engati vá	629	1.794	2.423	866	2.704	3.570	1.142	2.815	3.957	1.440	3.010	4.450	1.582	3.076	4.658
Fontib ón	305	816	1.121	398	1.113	1.511	471	1.332	1.803	581	1.296	1.877	599	1.220	1.819
Kenne dy	1.091	3.147	4.238	1.532	4.132	5.664	1.837	4.497	6.334	2.175	4.864	7.039	2.453	4.867	7.320
Mártir es	135	352	487	159	390	549	190	379	569	189	409	598	224	401	625
Puent e Arand a	172	595	767	273	753	1.026	336	957	1.293	473	1.049	1.522	558	1.053	1.611

¹⁰ Datos preliminares y susceptibles de ajustes.

Rafael Uribe	455	1.256	1.711	613	1.681	2.294	568	1.460	2.028	698	1.649	2.347	693	1.572	2.265
San Cristóbal	524	1.506	2.030	599	1.882	2.481	695	1.677	2.372	755	1.732	2.487	664	1.687	2.351
Santa Fe	175	487	662	210	611	821	220	512	732	234	554	788	212	557	769
Suba	763	2.504	3.267	1.223	3.658	4.881	1.700	3.874	5.574	2.114	4.508	6.622	2.211	4.572	6.783
Sumapaz	32	48	80	33	35	68	20	46	66	11	35	46	22	39	61
Teusaquillo	91	307	398	143	406	549	144	441	585	182	520	702	214	511	725
Tunjuelito	233	533	766	308	731	1.039	370	765	1.135	400	791	1.191	377	760	1.137
Usaquén	325	792	1.117	424	1.242	1.666	555	1.375	1.930	712	1.478	2.190	767	1.545	2.312
Usme	720	1.625	2.345	847	2.160	3.007	1.159	2.391	3.550	1.401	2.535	3.936	1.309	2.494	3.803
Sin Dato	1	1	2	-	4	4	-	-	-	2	11	13	-	-	-
Total	8.142	22.198	30.340	11.035	30.283	41.318	13.724	32.155	45.879	16.539	34.531	51.070	16.974	33.856	50.830

Fuente: Secretaría Distrital de Salud - Subdirección de Vigilancia en Salud Pública - Subsistema de Vigilancia en Salud Pública de la Violencia Intrafamiliar y de Género (SIVIM). Base 2025: Datos preliminares y susceptibles ajustes con corte al 15/01/2026.

E. ¿Cómo se distribuyen las principales problemáticas y trastornos de salud mental en Bogotá D.C. según grupos etarios (niñez, adolescencia, juventud, adultez y personas mayores), y cuáles han sido las variaciones más relevantes en los últimos cinco (5) años?

Los principales trastornos mentales por momentos del curso de vida son los siguientes:

1. Trastornos mentales en la primera infancia (0 a 5 años): el 65,57% (n=256.460) de las atenciones se debieron a trastornos del desarrollo neurológico, el 11,47% (n=44.855) a trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos, y el 6,38% (n=24.955) a trastornos del sueño-vigilia.
2. Trastornos mentales en la infancia (6 a 13 años): el 55,28% (n=484.985) de las atenciones se debieron a trastornos del desarrollo neurológico, el 12,11% (n=106.244) a otros trastornos mentales y los no especificados, y el 9,73 % (n=85.335) a trastornos disruptivos del control de los impulsos y de la conducta.
3. Trastornos mentales en la adolescencia (14 a 17 años): el 22,28% (n=111.013) de las atenciones obedecieron a trastornos de ansiedad, el 21,35% (n=106.375) a trastornos del desarrollo neurológico, y el 17,34% (n=86.374) a trastornos del estado del ánimo.
4. Trastornos mentales en la juventud (18 a 26 años): el 30,91% (n=329.816) de las atenciones fueron por trastornos de ansiedad, el 21,93% (n=233.958) por trastornos del estado de ánimo, y 9,28% (98.981) por trastornos del desarrollo neurológico.
5. Trastornos mentales de la adultez (27 a 59 años): el 29,11% (n=875.598) de las atenciones se debieron a trastornos de ansiedad, el 19,21% (n=577.978) a trastornos del estado de ánimo y el 16,65% (n=500.801) a trastornos del sueño-vigilia.
6. Trastornos mentales en la vejez (mayores de 60 años): el 34,31% (n=877.434) de las atenciones fueron por trastornos cognitivos, el 20,92% (n=534.913) por trastornos del sueño-vigilia y el 16,34% (n=417.902) por trastornos de ansiedad.

La anterior información se encuentra reflejada en el Anexo 1_Rta_1b_1d_1e_2_8_9_17_2026ER06836_Proposición 142, hoja *Ítem 1e*.

F. ¿Qué diferencias existen en la prevalencia, el acceso y la atención en salud mental entre la población de estratos 1 y 2 frente a los estratos 3, 4, 5 y 6, y cómo se reflejan estas brechas en los registros oficiales del sector salud?

Tal como fue mencionado en la respuesta al ítem 1.b., además de las particularidades que presentan los RIPS para el cálculo de la prevalencia, esta fuente de información carece de registros que den cuenta sobre los estratos socioeconómicos de las personas atendidas, lo cual se explica por la propia naturaleza de dichos registros, al derivarse de las atenciones en salud realizadas instituciones prestadoras de servicios de salud.

2. Sírvase informar el número total de atenciones, consultas y remisiones en salud mental registradas en la red pública de salud del Distrito desde el año 2019 hasta la fecha, discriminadas por año, tipo de servicio (consulta externa, urgencias, hospitalización), diagnóstico principal y localidad de atención.

En atención a la solicitud, se informa que el número total de atenciones en salud mental registradas en la red pública de salud del Distrito se obtiene a partir de la consulta de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, reportados por los prestadores al Ministerio de Salud y Protección Social y consolidados para el análisis sectorial.

Al respecto, es preciso señalar que la información disponible y validada para la red pública presenta cierre consolidado hasta la vigencia 2024, toda vez que los registros correspondientes a 2025 y 2026 se encuentran en proceso de reporte, validación y depuración por parte de los prestadores y del Ministerio de Salud y Protección Social, conforme a los tiempos establecidos en el flujo oficial del sistema de información. En consecuencia, no es metodológicamente adecuado realizar análisis comparativos o acumulados con vigencias posteriores que aún no cuentan con cierre técnico de base.

En ese sentido, con corte a la información consolidada disponible, desde el 2019 hasta el 2024, por trastornos mentales se han registrado un total de 1'747.144 atenciones por consulta externa, urgencias, hospitalización y procedimientos. Sin embargo, al excluir estos últimos para determinar la proporción correspondiente por tipo de atención se tiene que el 95,11% correspondieron a consultas, el 2,7% a hospitalizaciones y el 2,1% a atenciones de urgencias.

Según localidad, el 28,94% de las atenciones por trastornos mentales se prestaron en la localidad de Kennedy, el 23,23% en la localidad de Usaquén, el 22,90% en la localidad de Antonio Nariño y el 22,31% en la localidad de Tunjuelito. Ver anexo pregunta 1 y 2 tabla 13, Anexo_Rta_1b_1d_1e_2_8_9_17_2026ER06836_Proposición 142.

4. Sírvase informar la capacidad instalada del Distrito para la atención de salud mental, indicando número de camas hospitalarias, unidades especializadas, centros comunitarios y líneas de atención disponibles.

En ejercicio de las competencias asignadas a la Secretaría Distrital de Salud por el artículo 49 de la Constitución Política, la Ley 1438 de 2011, el Decreto Distrital 641 de 2025 (que compila el marco normativo del sector salud en el Distrito Capital) y la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social (que adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud), me permito informar lo siguiente

Es importante tener en cuenta que el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud –REPS, es la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, consolidada por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, que refleja la oferta nacional de los prestadores que están inscritos y por lo tanto habilitados, identificando sus sedes, ubicación, así como los servicios que ofrece al igual que su capacidad instalada.

De acuerdo a lo anterior se consultó en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -REPS, aquellas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza pública y privada con servicios relacionados con salud mental con sedes ubicadas en las diferentes localidades:

Tabla 6 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con servicios relacionados con salud mental

LOCALIDADES	SEDES	CAMAS	CONSULTORIOS
Antonio Nariño	8	107	19
Barrios Unidos	8	32	43
Bosa	1		3
Chapinero	9	257	27
Ciudad Bolívar	3	19	40
Engativá	9	187	20
Fontibón	7	271	23
Kennedy	9	389	26
Los Mártires	4	56	3
Puente Aranda	4	52	22
Rafael Uribe Uribe	1		3
San Cristóbal	4	69	19
Santa fe	1		1
Suba	17	233	155
Sumapaz	2		2
Teusaquillo	8	80	37
Tunjuelito	1		18
Usaquén	17	412	82
Usme	1		18
TOTAL	114	2164	561

Fuente REPS con corte 9 de febrero de 2026

En la carpeta denominada “Anexos Respuesta Pregunta 4” se adjunta base de datos de los prestadores que se encuentran inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS, con servicios relacionados con salud mental, por localidad incluyendo sedes, servicios, camas hospitalarias y demás datos.

7. *Sírvase informar el número de casos de ideación suicida, intentos de suicidio y suicidios consumados en personas adultas mayores (60 años o más) registrados en Bogotá D.C. desde 2021 hasta la fecha, discriminados por año, sexo, localidad y método reportado.*

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.

Respecto a la conducta de ideación suicida en el año 2025¹¹, se han registrado 1.197 ideaciones suicidas en el curso de vida vejez, de los cuales 738 (61,7%) se han presentado en las mujeres y 459 (38,3%) en los hombres, respecto a la distribución territorial, según localidad se observa que la mayor concentración se encuentra en Kennedy con 172 registros, seguido de la localidad de Suba con 131 casos, continua Engativá y Bosa con 109, Ciudad Bolívar presenta 108 casos y Usaquén registra 83 casos, acumulando estas localidades el 59,5% de las ideaciones registradas en este periodo anual en la población mayor de 60 años. (Ver archivo adjunto formato XLS hoja 7.1. ideación vejez).

Con relación al comportamiento de intento de suicidio en el año 2025¹² se han registrado 222 intentos de suicidio, de los cuales 124 (55,9%) ocurren en las mujeres y en los hombres se registran 98 casos (44,1).

¹¹ Información preliminar

¹² Información preliminar Ibidem

El comportamiento por localidad las mayores concentraciones corresponden a Suba con 39 casos, Engativá con 28 registros, seguido de Usaquén con 24, continua Kennedy con 22 y Ciudad Bolívar con 21 casos. Frente al mecanismo mayormente empleado en persona mayor para cometer el intento suicida se encuentra en primer lugar las intoxicaciones con 119 casos, seguido del mecanismo elemento corto punzante con 51 eventos generados, continúan el ahorcamiento y asfixia con 21 casos, lanzamiento al vacío registra 19 y lanzamiento al vehículo cuenta con 15 registros. (Ver archivo adjunto formato XLS hoja 7.2. intento vejez).

Frente a la muerte por suicidio en el año 2025¹³ se registraron en el Distrito 53 suicidios, en personas adultas mayores, mientras en el año 2024 se registraron 41 suicidios, según la fuente oficial (INMLCF), de los ocurridos el año 2025, el 85,9% (n=45) se presentaron en los hombres y el 15,1 se presentan en las mujeres.

Con relación al comportamiento por territorio de ocurrencia se registran, las localidades en orden descendente, encontrando la localidad de Suba con 10 casos, seguido de Engativá con 8, continua, Kennedy con 7 muertes, Usaquén, Chapinero, Ciudad Bolívar, Bosa, Fontibón y Antonio Nariño registra 3 suicidios cada una (Ver archivo carpeta 7-16-20-37 adjunto formato XLS hoja 7.3 Suicidio vejez).

Con referencia al mecanismo se adjuntan a la respuesta los reportados por el Instituto Nacional de Medicina Legal encontrándose las mayores frecuencias para los mecanismos generadores de asfixia, anoxia e hipoxia cerebrales. (Ver archivo adjunto formato XLS hoja 7.2 Suicidio vejez)

8. Sírvasse informar cuáles son los trastornos mentales más frecuentes diagnosticados en personas adultas mayores en el Distrito, tales como depresión, ansiedad, deterioro cognitivo, demencias u otros, indicando cifras absolutas y tasas de prevalencia por localidad.

En atención a la solicitud, se informa que la identificación de los trastornos mentales más frecuentes diagnosticados en personas adultas mayores (60 años y más) en el Distrito se realiza a partir de la información registrada en los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, reportados por los prestadores al Ministerio de Salud y Protección Social y consolidados para el análisis sectorial.

Con base en la información disponible para la red pública, con cierre a la vigencia 2024, entre los años 2019 y 2024 los trastornos mentales más frecuentes en la población adulta mayor correspondieron principalmente a los trastornos cognitivos, los cuales representaron el 34,37% (n=1.012.619) de las atenciones; seguidos por los trastornos del sueño-vigilia, con el 21,11% (n=621.988), y los trastornos de ansiedad, con el 16,09% (n=473.870).

9. Sírvasse informar el número de consultas en salud mental realizadas por personas adultas mayores en la red pública de salud, discriminando por tipo de atención, diagnóstico y localidad, e indicando el promedio anual de atenciones desde el 2021 a la fecha.

Desde el año 2019 al 2024, se han registrado un total de 438.569 atenciones a adultos mayores de 60 años por trastornos mentales en la red adscrita. El 97,3% de las atenciones

¹³ Información preliminar Ibidem

correspondieron a consultas, el 1,7% a hospitalizaciones y el 1% a urgencias.

Ver Tabla 18, archivo anexo pregunta 1, 2, 9 y 17 tabla 13, Anexo_Rta_1b_1d_1e_2_8_9_17_2026ER06836_Proposición 142.

10. Sírvese informar cuántos puntos, programas o servicios especializados de atención en salud mental para personas adultas mayores existen actualmente en Bogotá, indicando su localización territorial, capacidad de atención, cobertura poblacional y horarios de funcionamiento.

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 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.

Asimismo, es importante mencionar que la Resolución 2765 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección social, 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 lo establecido en la Ley 1751 de 2015 y el artículo 21 de esta resolución”.

En tal sentido, es responsabilidad de las EAPB, contar con la capacidad instalada suficiente y adecuada para garantizar la atención integral en salud mental de la población afiliada, asegurando la disponibilidad de servicios, talento humano calificado, infraestructura, redes de prestadores y mecanismos de referencia y contrarreferencia; para así garantizar de manera oportuna las acciones necesarias para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de conformidad con la normatividad vigente y los principios de calidad, continuidad, accesibilidad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud.

La normatividad nacional y distrital en materia de salud mental no contempla una segmentación específica por población adulta mayor en la habilitación de servicios (Resolución 3100 de 2019). Los servicios están diseñados para la población general, con enfoque diferencial y de derechos, garantizando accesibilidad universal sin discriminación. Así, las personas adultas mayores acceden a los mismos puntos y servicios habilitados para adultos, priorizando ajustes razonables en infraestructura y procesos.

Es importante tener en cuenta que el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS es la base de datos oficial que refleja la oferta de prestadores habilitados, identificando sedes, servicios y capacidad instalada.

En la carpeta denominada “Anexos Respuesta Pregunta 10” se adjunta base de datos de los prestadores que se encuentran inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS, con servicios relacionados con salud mental, por localidad

incluyendo sedes, servicios, horarios y capacidad instalada

11. Sírvese informar qué acciones territoriales, comunitarias o domiciliarias se han implementado para la prevención del aislamiento, la depresión y el riesgo suicida en personas adultas mayores, indicando localidades intervenidas, número de personas beneficiadas y resultados identificados.

En el marco del Modelo de Atención en Salud MAS Bienestar, la Política Pública de Salud Mental y el Plan de Intervenciones Colectivas (PSPIC), se implementan acciones de carácter territorial, comunitario y en hogares dirigidas a la población a lo largo del curso de vida, las cuales incluyen la participan de personas adultas mayores, de acuerdo con las dinámicas, necesidades y priorizaciones territoriales.

En este contexto, durante la vigencia 2025 se desarrolla la Acción de Bienestar: *Grupos Socioeducativos para más bienestar en nuestras comunidades*, como un dispositivo comunitario orientado a la promoción de la salud mental, la prevención de afectaciones psicosociales y el fortalecimiento de factores protectores individuales y colectivos, anteriormente denominados Dispositivos Comunitarios para el Cuidado Colectivo, bajo el enfoque de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), entendido desde la perspectiva de salud pública orientado al fortalecimiento de capacidades comunitarias, redes de apoyo y participación comunitaria para la promoción de la salud mental y la inclusión social.

Estas acciones se implementan principalmente en el entorno comunitario, con alcance territorial y, en casos priorizados, mediante abordajes de proximidad y acompañamiento domiciliario, y se orientan a:

- Fortalecer factores protectores en salud mental, mediante procesos socioeducativos sostenidos en el tiempo.
- Prevenir el aislamiento social, promoviendo la participación comunitaria, el reconocimiento de saberes y la construcción de redes de apoyo.
- Mitigar riesgos asociados a la depresión y la conducta suicida, a través de la identificación temprana de señales de malestar emocional y la activación de rutas de atención cuando se requiere.

En los grupos socioeducativos se abordan, entre otros, temas relacionados con el manejo del estrés y crisis emocionales, la prevención de la conducta suicida, la psicoeducación para el manejo de síntomas de ansiedad y depresión y la regulación emocional, los cuales resultan pertinentes para la prevención del aislamiento social y el fortalecimiento del bienestar emocional, incluyendo a las personas adultas mayores que participan en estos espacios.

Estos temas se desarrollan mediante metodologías participativas, de diálogo de saberes y acompañamiento psicosocial, diferenciándose de las terapias clínicas, y orientadas al fortalecimiento de habilidades para la vida, la autorregulación emocional, el apoyo mutuo y la inclusión social.

Las acciones se estructuran a partir de ejes de intervención en salud mental que orientan el desarrollo de los procesos socioeducativos a nivel poblacional y que, de acuerdo con el enfoque de curso de vida, y las características de los grupos participantes, incorporan énfasis y ajustes diferenciales cuando participan personas adultas mayores.

En este marco, los procesos socioeducativos pueden incluir, entre otros, los siguientes énfasis en salud mental:

- Fortalecimiento del autocuidado, la autoestima y los hábitos protectores, mediante la promoción de rutinas saludables, movimiento consciente y reconocimiento positivo del cuerpo y de los cambios asociados al curso de vida, como factores protectores frente a la depresión y el aislamiento social.
- Desarrollo de habilidades de autorregulación emocional y manejo del estrés, orientadas a la identificación temprana de señales de malestar psicológico, el afrontamiento de duelos y pérdidas, y la adaptación a cambios vitales o condiciones crónicas.
- Fortalecimiento de redes de apoyo familiares, comunitarias e institucionales, reconociendo los vínculos sociales como recursos clave para la prevención del aislamiento, la soledad y el riesgo suicida, así como para la promoción del bienestar emocional.
- Promoción de entornos protectores, mediante la identificación de activos comunitarios, la reducción de barreras psicosociales y la sensibilización frente al edadismo y la discriminación por edad, reconociendo su impacto en la salud mental y la participación social.

De acuerdo con la información consolidada por el entorno comunitario del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PSPIC, durante la vigencia 2025 se registró la participación de 1.180 personas en el componente Dispositivos Comunitarios para el Cuidado Colectivo-Proceso Salud Mental. La información detallada por localidad y temática se presenta a continuación.

Tabla 7 Salud Mental a través de dispositivos comunitarios para el cuidado colectivo año 2025*

Nombre de la acción colectiva	Temas abordados en salud mental				
	Manejo del estrés y crisis emocionales	Prevención de la conducta suicida	Psicoeducación para el manejo de síntomas de ansiedad y depresión	Regulación emocional	Total general
Antonio Naríño	5	0	5	110	120
Barrios Unidos	22	0	0	0	22
Bosa	45	31	5	94	175
Candelaria	0	0	0	17	17
Ciudad Bolívar	18	0	0	133	151
Engativá	12	0	7	7	26
Fontibón	0	20	0	7	27
Kennedy	36	24	0	63	123
Los Mártires	3	0	0	0	3
Puente Aranda	7	58	0	54	119
Rafael Uribe Uribe	29	0	4	5	38
San Cristóbal	0	0	0	78	78
Santa fe	0	0	17	21	38
Suba	3	17	11	24	55
Teusaquillo	0	9	0	2	11
Tunjuelito	3	0	7	78	88
Usaquén	19	9	0	0	28
Usme	0	0	25	36	61
Total general	202	168	81	729	1180

Fuente: Gestión de la información en salud pública año 2025* información preliminar.

En relación con los resultados, y en coherencia con el enfoque de Rehabilitación Basada en Comunidad y los lineamientos de la Acción de Bienestar-Grupos Socioeducativos, la información disponible permite dar cuenta de alcances del proceso, los cuales se expresan en el desarrollo de espacios comunitarios orientados al fortalecimiento de habilidades

psicosociales, la promoción de la participación social, la generación de redes de apoyo y la identificación temprana de situaciones de malestar emocional, facilitando la orientación y canalización oportuna hacia la Ruta de atención integral en salud mental cuando se requiere, contribuyendo a la prevención del aislamiento social y al bienestar emocional de la población participante, incluyendo a las personas adultas mayores.

En este sentido, los grupos socioeducativos constituyen un dispositivo comunitario para la promoción de la salud mental, cuyo énfasis está en el fortalecimiento de capacidades y factores protectores, más que en la medición de resultados clínicos o de impacto individual.

El Modelo de Salud MAS Bienestar, en el pilar de Gestión Integral del Riesgo, contempla la operación de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, los cuales desarrollan acciones extramurales orientadas a la identificación, análisis, gestión integral del riesgo y seguimiento, bajo un enfoque diferencial y centrado en el individuo, la familia y su contexto. En este marco, los equipos realizan procesos de caracterización para la identificación temprana de factores de riesgo y factores protectores, así como priorización de casos y definición de acciones para el acercamiento de la atención en salud.

En relación con la salud mental, las intervenciones se orientan a población general incluyendo personas mayores en quienes se ha presentado factores de riesgo psicosocial y que por consecuencia podrían terminar en episodios de mayor impacto en salud mental. A partir de esta identificación, se implementa un Plan de Bienestar con una estrategia estructurada de acompañamiento psicosocial que incorpora acciones de seguimiento, monitoreo del riesgo, activación de redes de apoyo y fortalecimiento de factores protectores.

Ahora bien, las intervenciones que se orientan a las personas mayores que a su vez ejercen labores de cuidado y que, debido a esta responsabilidad, presenta una sobrecarga física o emocional, los profesionales de psicología de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar brindan acompañamiento, fundamentado en el fortalecimiento de factores de riesgo para diversas situaciones en salud mental incluidas depresión, la abolición del estigma, la escucha activa y la empatía, a través de una estrategia estructurada de acompañamiento que incluye acciones de seguimiento, monitoreo del riesgo, activación de redes de apoyo y fortalecimiento de factores protectores, con el fin de mejorar la gestión emocional de las personas cuidadoras.

Esta estrategia integra un componente de educación transformadora en salud mental, entendida como un proceso participativo y reflexivo que promueve cambios sostenibles en conocimientos, actitudes y prácticas individuales y familiares. A través de metodologías dialógicas, pedagógicas y contextualizadas, se fomenta el desarrollo de habilidades de afrontamiento, regulación emocional, comunicación asertiva, resolución pacífica de conflictos y búsqueda oportuna de ayuda, fortaleciendo la autonomía y la corresponsabilidad en el cuidado de la salud mental.

El eje central de la intervención es la familia, concebida como unidad básica de apoyo y protección. Por ello, se prioriza su fortalecimiento como red primaria de soporte, promoviendo su capacidad de adaptación, cohesión y articulación con redes comunitarias e institucionales. De esta manera, se contribuye al mantenimiento de la salud mental, la inclusión social, la consolidación de redes sociales de apoyo y la identificación oportuna de señales de alerta que permitan intervenciones tempranas y efectivas.

Adicionalmente, en el marco de la identificación de riesgos que hace el modelo MAS Bienestar se reconoce en Bogotá, que la soledad social en personas adultas mayores se configura como un problema creciente de salud pública, asociado a dinámicas urbanas de fragmentación familiar, cambios en las redes de apoyo y condiciones de vulnerabilidad social que incrementan el riesgo de deterioro en la salud mental, síntomas depresivos y aislamiento extremo.

En respuesta a esta problemática, a partir de octubre de 2025 se implementa la estrategia MAS Compañía, MAS Bienestar, en el marco de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar, la cual desarrolla acciones de acompañamiento psicosocial domiciliario; identificación y valoración de las dimensiones de la soledad (emocional, relacional y colectiva); fortalecimiento de redes familiares y comunitarias; promoción de la participación en espacios colectivos; orientación para el acceso a servicios institucionales; y seguimiento individualizado, con el fin de mitigar riesgos, promover vínculos significativos y mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

En este sentido, la estrategia da prioridad a personas mayores de 70 años, especialmente aquellas que viven solas o permanecen más de 8 horas solas, presentan riesgo de aislamiento social y han experimentado cambios vitales importantes (viudez, pérdida de redes, enfermedades crónicas).

A continuación, se evidencian los resultados de la intervención de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar a través de los planes de bienestar implementados según la estrategia:

Tabla 8. Familias con persona mayor con Planes de Bienestar instaurados

Planes de Bienestar por acción integral	Rehabilitación Basada en Comunidad	MAS Compañía MAS Bienestar	Salud Mental	Total
1- Usaquén	38	3	110	151
2- Chapinero	59	0	58	117
3- Santa Fe	34	1	132	167
4- San Cristóbal	112	37	890	1.039
5- Usme	326	74	798	1.198
6- Tunjuelito	98	46	268	412
7- Bosa	225	0	628	853
8- Kennedy	367	0	652	1.019
9- Fontibón	104	0	173	277
10- Engativá	227	0	359	586
11- Suba	201	39	339	579
12- Barrios Unidos	41	0	67	108
13- Teusaquillo	0	0	16	16
14- Los Mártires	9	0	40	49
15- Antonio Nariño	34	1	54	89
16- Puente Aranda	95	0	239	334

17- La Candelaria	14	0	21	35
18- Rafael Uribe	128	8	628	764
19- Ciudad Bolívar	365	114	1.117	1.596
20- Sumapaz	83	0	79	162
Total	2.560	323	6.668	9.551

Fuente: Aplicativo GTAPS (octubre 2024 – enero 2026)

Tabla 9. Número de sesiones desarrolladas en los planes de bienestar

Sesiones desarrolladas en los Planes de Bienestar por acción integral	Rehabilitación Basada en Comunidad	MAS Compañía en MAS Bienestar	Salud Mental	Total
1- Usaquén	143	9	483	635
2- Chapinero	186	0	235	421
3- Santa Fe	164	1	642	807
4- San Cristóbal	416	51	3.803	4.270
5- Usme	1.453	156	3.453	5.062
6- Tunjuelito	538	130	1.349	2.017
7- Bosa	888	0	2.501	3.389
8- Kennedy	1.586	0	2.766	4.352
9- Fontibón	603	0	972	1.575
10- Engativá	959	0	1.844	2.803
11- Suba	1.067	90	1.700	2.857
12- Barrios Unidos	169	0	331	500
13- Teusaquillo	0	0	36	36
14- Los Mártires	33	0	172	205
15- Antonio Nariño	111	1	224	336
16- Puente Aranda	581	0	1.121	1.702
17- La Candelaria	45	0	118	163
18- Rafael Uribe	403	9	2.761	3.173
19- Ciudad Bolívar	1.564	278	5.293	7.135
20- Sumapaz	415	0	515	930
Total	11.324	725	30.319	42.368

Fuente: Aplicativo GTAPS (octubre 2024 – enero 2026)

12. *Sírvase informar cuáles son los principales trastornos mentales diagnosticados en población rural del Distrito, indicando cifras absolutas, prevalencia estimada y diferencias frente a la población urbana.*

La información de trastornos mentales diagnosticados en población rural se obtiene a partir de la consulta a los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS; por lo que para su interpretación se deben considerar las características de la fuente de información,

descritas en la parte introductoria de la respuesta a la pregunta 1b. Los RIPS no incluyen información de estrato socioeconómico y si la persona atendida vive en zona rural o urbana.

Se puede obtener información de atenciones realizadas en IPS habilitadas en zona rural cruzando la información con Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y buscar por sede con ubicación rural, si bien dentro del REPS existen servicios de salud mental habilitados para funcionar en zona rural, la información por servicio no es posible extraerla de los RIPS, por ende, no se puede identificar atenciones por servicios con esta fuente de datos ya que la sede es en zona urbana.

Dentro de la búsqueda REPS se encuentra que la Subred de Servicios de Salud Sur cuenta con 5 sedes rurales, la Unidad de Servicio de Salud Pasquilla, Mochuelo, El Destino, San Juan de Sumapaz y Nazareth. Sin embargo, para el periodo 2021-2025 no se registra ninguna atención por servicios de salud mental o diagnósticos de salud mental, esto incluye atenciones por profesionales en salud mental y por medicina general.

Esto no quiere decir que los habitantes de zona rural no reciban atenciones en salud mental ya que pueden dirigirse a una IPS que quede ubicada en zona urbana. Sin embargo, si es un reflejo de barreras para acceder a servicios de salud mental ya que, para acceder a este tipo de atenciones, deben realizar un traslado a zona urbana o esperar jornadas extramurales o valoraciones de los equipos Más Bienestar en casa. Esto refleja inequidades que afectan el diagnóstico temprano y tratamiento de condiciones en salud ya que la población no puede acudir por voluntad propia a los servicios sino depende de otras estrategias de atención primaria en salud.

Ahora bien, es importante precisar que la información proveniente de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS no cuenta con una variable que permita identificar de manera directa si el usuario reside en zona rural o urbana, ni dispone de georreferenciación del lugar de residencia del paciente. En este sentido, la información disponible y metodológicamente trazable corresponde a la sede del prestador donde se realiza la atención, razón por la cual el análisis se efectúa a partir del criterio de sedes rurales habilitadas.

Adicionalmente, en el marco de su naturaleza jurídica y autonomía administrativa, técnica y financiera, las Subredes Integradas de Servicios de Salud E.S.E. son responsables de la prestación de los servicios en sus territorios, así como del registro, calidad y reporte de la información en el sistema RIPS y de la ejecución de las estrategias de atención en salud, incluyendo las acciones dirigidas a población residente en zonas rurales del Distrito.

13. Sírvase informar el número de consultas y atenciones en salud mental brindadas a población rural en la red pública de salud, indicando lugar de atención, tipo de servicio, barreras de acceso identificadas y promedio de tiempo de espera para atención especializada.

No se identifican atenciones por salud mental en IPS habilitadas en zona rural, como se menciona en el apartado anterior.

14. Sírvase informar cuántos puntos de atención en salud mental existen en zonas rurales del Distrito Capital, indicando si cuentan con profesionales especializados, frecuencia de atención, cobertura territorial y mecanismos de atención extramural o itinerante.

Con corte al 31 de diciembre de 2025 y con base en la información del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), se identificaron 7 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) habilitadas, ubicadas en zonas rurales y de expansión urbana del Distrito Capital, que cuentan con servicios de salud mental habilitados de psicología y psiquiatría.

De acuerdo con el REPS, en estas IPS se encuentran habilitados 7 servicios de psicología y 4 servicios de psiquiatría. No obstante, es importante precisar que esta fuente no detalla el número total de profesionales de talento humano en salud asignados a cada servicio ni su dedicación efectiva en los territorios rurales y de expansión urbana; la habilitación del servicio evidencia el cumplimiento de los requisitos normativos para su operación, sin que sea posible establecer, a partir de esta información (REPS), la disponibilidad permanente ni la intensidad de la atención prestada.

En este contexto, la atención en salud mental en las IPS identificadas se presta principalmente bajo modalidad intramural. Adicionalmente, se evidencia la habilitación de algunas modalidades extramurales, como atención domiciliaria y jornada de salud, cuya implementación y periodicidad dependen de la planeación institucional y territorial.

En cuanto a la cobertura territorial, las IPS identificadas brindan atención a población residente en zonas rurales y de expansión urbana de localidades como Suba, Ciudad Bolívar, Sumapaz, Kennedy y Bosa, abarcando territorios con dispersión geográfica y condiciones diferenciales de acceso a los servicios de salud.

Tabla 10. Sedes de IPS habilitadas en la zona rural y de expansión urbana con servicios habilitados de psicología y psiquiatría en Bogotá D.C. con corte 31 de diciembre de 2025

zona	localidad	suelo	sede de IPS	PSICOLOGÍA	PSIQUIATRÍA	Total general
NORTE	SUBA	RURAL	CLINICA JUAN N CORPAS LTDA	1	0	1
SUR	CIUDAD BOLIVAR	RURAL	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD DESTINO	1	0	1
	SUMAPAZ	EXPANSION URBANA	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD NAZARETH	1	1	2
		RURAL	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SAN JUAN DE SUMAPÁZ	1	1	2
SUR OCCIDENTE	BOSA	EXPANSION URBANA	Hospital de Bosa	1	1	2
	KENNEDY	EXPANSION URBANA	Centro de Salud Tintal	1	0	1

		EXPANSION URBANA	Hospital Pediátrico Tintal	1	1	2
Total general				7	4	11

Fuente: Elaboro: Dirección de Provisión de Servicios de Salud- Equipo de Análisis de oferta y Redes de Servicios de Salud- Descarga Oficial REPS (MSPS) - fecha de consulta diciembre 31 de 2025.

15. Sírvase informar qué acciones específicas se han implementado para garantizar el acceso efectivo a la atención en salud mental de la población rural, tales como brigadas, telemedicina, atención comunitaria o articulación con líderes rurales, indicando resultados concretos.

Como se ha relacionado en respuestas anteriores, contar la capacidad instalada suficiente y adecuada para garantizar la atención integral en salud mental de la población afiliada, sin embargo desde la Secretaría se cuenta es el indicador trazador de oportunidad en la atención, este tiene una periodicidad de toma de datos mensual, es de unidad de medida porcentual, su fuente oficial de información son las bases de datos del aplicativo SIRC (Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia), y busca medir el porcentaje de cumplimiento y oportunidad en la activación de la RIAS de problemas, trastornos mentales y epilepsia a partir de la canalización realizada a través del aplicativo Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia-SIRC a cada Entidad Administradora de Planes de Beneficios-EAPB autorizada para operar en el Distrito, con ello se espera el fortalecimiento en la respuesta oportuna y pertinente en la atención integral en salud de los usuarios canalizados a la ruta en los diferentes entornos por parte del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas -PSPIC.

El Indicador con el que se cuenta es: Proporción de personas canalizadas a través del SIRC a la Ruta de Salud Mental que son atendidas por Medicina General, o Pediatría, o Psicología, o Trabajo Social, o Psiquiatría, dentro de los 7 días hábiles siguientes a dicha canalización”, con corte a diciembre 2025, se obtuvo un resultado de 53,4% en la oportunidad a la atención en salud mental siendo un resultado, de acuerdo con la semaforización, aceptable. Este resultado ha permitido a las aseguradoras desarrollar estrategias para aumentar la capacidad de respuesta en salud mental.

De igual manera, en el marco de las competencias que le asisten a la Secretaría Distrital de Salud, como es la Orientación, Asesoría y Asistencia Técnica a las EAPB y su red prestadora de servicios de salud, se construyó la Guía de Orientaciones Técnicas para la prestación de servicios de salud de la población Rural y Rural Dispersa del Distrito Capital. Para lo cual desde el año 2023 hasta la fecha, se han realizado cuarenta y siete (47) asistencias técnicas al total de las EAPB habilitadas en Bogotá, con el fin de brindar las orientaciones técnicas basadas en la evidencia y en las mejores prácticas para la atención integral en salud de población rural y dispersa, incluidos aspectos relacionados con salud mental de las personas, familias y comunidades, con perspectiva interseccional.

Adicionalmente, con el acompañamiento y orientación técnica de esta Secretaría, se ha implementado en la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente y Sur, el servicio de Telemedicina en la modalidad de Telexperticia prestando los servicios de salud a su población afiliada relacionados con atención en Salud Mental ofertando consultas programadas de Psiquiatría en Bosa y Fontibón, favoreciendo el acceso a servicios y atención oportuna a esta población.

La secretaria Distrital de Salud desde la Dirección de Aseguramiento Teniendo en cuenta lo anterior, se realiza un proceso nuevo para el componente de Salud Mental, consumo de sustancias psicoactivas y violencias donde se realiza la verificación en la prestación de servicios de salud y la gestión del riesgo a nivel individual, familiar y colectivo a partir de la Ley 1616 del 2013 y Ley 2460 del 2025, Resolución 4886 del 2018, Resolución 089 del 2019, Decreto 3518 del 2006 y Resolución 459 del 2012.

En este componente se realiza el proceso de auditoría en las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB a partir de 4 puntos: A) La Entidad cuenta con un manual de implementación de la Ruta de Salud Mental, SPA y Accidentes, agresiones y traumas, B) La entidad cuenta con Cohorte de Salud Mental, SPA y violencias que dé cuenta de la población con morbilidad y atención según los eventos priorizados, C) La entidad cuenta con base de datos de usuarios tamizados con riesgo positivo desde la Ruta de Promoción y Mantenimiento en Salud y D) La entidad cuenta con una base o proceso que permita activar la ruta de usuarios identificados con riesgo en salud mental desde la RPMS y se encuentren en la Cohorte de salud mental. Este proceso permite fortalecer la prestación de servicios en salud mental de las EAPB y garantizar acciones en pro de mejorar la capacidad instalada en los diferentes servicios de su red prestadora, tales como demanda inducida, telemedicina, tele experticia y atención grupal en psicoterapia en los servicios ambulatorios y urgencias con un resultado porcentual en los procesos de implementación de las rutas de salud mental, SPA y violencias del 100% para las EAPB que operan en el distrito capital y hallazgo de acciones de mejora para la EAPB Salud Total en proceso de sistematización de información en su Cohorte de Salud Mental de usuarios atendidos.

16. Sírvase informar el número de casos de ideación suicida, intentos de suicidio y suicidios consumados registrados en población indígena residente en Bogotá D.C. desde 2021 hasta la fecha, discriminados por año, sexo, edad y pueblo indígena, en la medida en que la información esté disponible.

Sobre la conducta de ideación suicida en población indígena para el año 2025¹⁴, se registraron 56 eventos, de los cuales el 78,6% (n=44) se presentaron en mujeres y 21,4% (n=12) en hombres, respecto a la distribución territorial, según localidad se observa que la mayor concentración de casos están la localidad de Usme con 13 registros, seguido de la - localidad de Ciudad Bolívar con 8 casos, continua Suba y Los Mártires con 5 casos y Engativá con 4, acumulando estas localidades el 62,5% de las ideaciones registradas en este periodo anual en la población indígena. Respecto al curso de vida, la mayor concentración se encuentra en adolescencia con 25 (44,6%) casos y juventud con 18 (32,1%) casos.

Respecto a los pueblos indígenas que presenta mayores notificaciones de ideación suicida en el periodo solicitado se encuentran Achagua con 28 casos, Embera con 24 casos, Pijao registra 18 eventos, Embera Katio registra 12 casos y Muisca presenta 10 casos. (Ver archivo adjunto carpeta anexo pregunta 7 formato XLS hoja 16.1 Ideación indígena).

Con relación al comportamiento de intento de suicidio en población indígena el año 2025¹⁵ se han registrado 92 intentos de suicidio, de los cuales 27 (29,3%) ocurren en las mujeres y en los hombres se registran 98 casos (44,1).

¹⁴ Información Preliminar

¹⁵ Ibidem

Respecto al comportamiento por localidad las mayores concentraciones corresponden a Usme con 17 casos, Suba con 12 casos, seguido de Ciudad Bolívar con 11 casos. Con relación al curso de vida e intento predomina en la adolescencia y jóvenes.

Los pueblos que representan las mayores frecuencias en la conducta de intento suicida se encuentran, Embera registra 47 casos, Achagua con 28 casos, Wayuu registra 12 casos, Embera Katio y Pijao cada uno presenta 8 casos y Muisca registra 7 intentos en el periodo de tiempo solicitado. (Ver archivo adjunto carpeta anexo pregunta 7 formato XLS hoja 16.2 intento indígena).

Frente a la información de muerte por suicidio en el año 2025¹⁶ no se registraron suicidios en la población indígena, así como en el año 2024 según la fuente oficial (INMLCF), el último registro corresponde al año 2023 en el cual ocurren 3 casos. (Ver archivo adjunto carpeta anexo pregunta 7, 16, 20, 37 formato XLS hoja 16.3 suicidio indígena)

17. Sírvese informar el número de consultas en salud mental realizadas por población indígena en la red pública de salud, indicando tipo de atención, diagnóstico principal, localidad y barreras de acceso identificadas.

Entre el 2019 al año 2024, la población indígena del Distrito Capital registró un total de 3.529 atenciones por trastornos mentales, de los cuales el 20,1% (n=708) se debieron a trastornos del estado de ánimo, el 17,6% (n=620) a trastornos del desarrollo neurológico y el 15,8% (n=558) a trastornos de ansiedad.

En cuanto al tipo de atenciones, el 96% (n=3.389) correspondieron a consultas, el 2,4% (n=86) a hospitalizaciones y el 1,5% (n=54) a urgencias.

Las principales dificultades identificadas en el proceso de atención en salud son: barreras de acceso, falta de capacitación al personal de salud respecto al enfoque diferencial, desconocimiento de la medicina ancestral y falta de espacios para las atenciones diferenciales.

18. Sírvese informar si existen modelos, rutas o estrategias de atención en salud mental con enfoque intercultural dirigidas a población indígena, indicando su estado de implementación, entidades responsables, pueblos atendidos y resultados obtenidos.

Para dar respuesta a la pregunta, es importante mencionar que a través de la construcción conjunta con representantes de cada uno de los pueblos étnicos se construyó la guía de orientaciones técnicas para fortalecer el abordaje con enfoque diferencial en salud mental de las comunidades con pertenencia étnica en la ciudad de Bogotá. D.C, la cual tiene como fin orientar a las EAPB autorizadas para operar en el Distrito Capital y su red de prestadores de servicios de salud, en como generar un espacio en clave diferencial para la atención en salud mental, garantizando un espacio de confianza y empatía que permita desarrollar la evaluación clínica del paciente.

En el marco de esta guía y para dar respuesta a las necesidades de la población en salud mental, el Distrito cuenta con la ruta de salud mental, cuyo objetivo es brindar las atenciones necesarias para abordar los problemas, trastornos mentales y epilepsia, a partir de los planes de cuidado primario, los cuales se desarrollan desde el diagnóstico, tratamiento y

¹⁶ Ibidem

rehabilitación, a fin de fortalecer las capacidades de afrontamiento ante estresores vitales, mejorar la calidad de vida, la adherencia al tratamiento y la funcionalidad de las personas con problemas mentales y sus familias, garantizando así un manejo oportuno e integral.

Por otra parte, la política pública de los pueblos Indígenas en Bogotá 2024-2035, adoptada por el documento CONPES D.C No 37 fue construida de forma conjunta entre las Autoridades de los Pueblos Indígenas que componen el Espacio Autónomo y los sectores de la administración Distrital; específicamente la Secretaría Distrital de Salud concertó el producto 1.3.2: Guía de orientaciones para la atención integral en salud con enfoque diferencial de los pueblos indígenas en las intervenciones individuales de la ruta integral de atención en salud con riesgo o presencia de trastornos psicosociales y del comportamiento manifiestos debido al uso de sustancias psicoactivas y adicciones, en concertación con el espacio autónomo, este producto se encuentra en desarrollo según el plan de acción de la política, con acciones como la concertación de la metodología de implementación por medio de espacios de diálogos de saberes entre las autoridades de los Pueblos Indígenas.

La Ruta Integral de Atención en Salud Mental con enfoque poblacional y territorial, se encuentra priorizada en el distrito, y con sus acciones individuales busca brindar las atenciones necesarias para abordar cualquier afectación en salud mental, desde el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, a través de diversos servicios de atención en salud, establecidos a partir de la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social *“Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud”*.

19. Sírvasse informar cómo se han incorporado los saberes propios, la medicina tradicional y los enfoques culturales en la atención de la salud mental de la población indígena, indicando experiencias concretas, territorios y actores involucrados.

La Secretaría Distrital de Salud en el marco del Modelo de Salud MÁS Bienestar viene adelantado espacios de fortalecimiento de las capacidades del Talento Humano en Salud de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios- EAPB y su red de prestadores de salud públicas y privadas, con el fin de continuar el proceso de implementación del enfoque diferencial poblacional y territorial en la prestación de servicios de salud. Este fortalecimiento se brinda a través de asistencias técnicas y teniendo en cuenta las Guías de Orientaciones técnicas, las cuales permiten la atención integral en salud de las poblaciones que requieren atención con enfoque diferencial poblacional y territorial en el Distrito Capital, a continuación, se relacionan las guías objeto de asistencia técnica:

- SDS-GST-GUI-005 GUÍA DE ORIENTACIONES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD BASADA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA CON ENFOQUE DIFERENCIAL PARA LA POBLACIÓN HABITANTE DE CALLE, EN BOGOTÁ D.C.
- SDS-GTS-GUI-007 GUÍA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL PARA PERSONAS TRANS Y NO BINARIAS (CON ÉNFASIS EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES).
- SDS-GTS-GUI-009 GUÍA NORMATIVA Y CONCEPTUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL ENFOQUE DIFERENCIAL EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
- SDS-GTS-GUI 010 GUÍA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD PARA PERSONAS TRANS Y NO BINARIAS: SITUACIÓN DE SALUD Y CARACTERIZACIÓN.
- SDS-GTS-GUI-011 ORIENTACIONES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD, CON ENFOQUE DIFERENCIAL, DE LA POBLACIÓN ROM GITANA EN LAS

INTERVENCIONES INDIVIDUALES DE LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y LA RUTA MATERNO PERINATAL.

- SDS-GTS-GUI-022 ORIENTACIONES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD, CON ENFOQUE DIFERENCIAL DE LA COMUNIDAD RAIZAL EN LAS INTERVENCIONES INDIVIDUALES DE LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y LA RUTA PARA LA POBLACIÓN MATERNO PERINATAL.
- SDS-GTS-GUI-023 ORIENTACIONES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE MUJERES LESBIANAS Y BISEXUALES EN BOGOTÁ D.C.
- SDS-GTS-GUI-024 ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD, CON ENFOQUE DIFERENCIAL DE LA COMUNIDAD PALENQUERA EN LAS INTERVENCIONES INDIVIDUALES DE LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y LA MATERNO PERINATAL.
- SDS-GTS-GUI-025 PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CON ENFOQUE DIFERENCIAL POBLACIONAL Y TERRITORIAL RURAL Y RURAL DISPERSO EN BOGOTÁ D.C.
- SDS-GTS-GUI-026 ORIENTACIONES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CON ENFOQUE DIFERENCIAL A LA POBLACIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES BAJO PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVOS PARA EL RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS.
- SDS-GTS-GUI-027 ORIENTACIONES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL DE HOMBRES GAY, BISEXUALES Y HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES EN BOGOTÁ D.C.
- SDS-GTS-GUI-028 ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL PARA LA POBLACIÓN DEL SISTEMA DE RESPONSABILIDAD PENAL ADOLESCENTES – SRPA, EN BOGOTÁ D.C.
- SDS-GTS-GUI-029 ORIENTACIONES PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON ENFOQUE DIFERENCIAL PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN BOGOTÁ D.C.
- SDS-GTS-GUI-030 ORIENTACIONES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD BASADA EN ATENCIÓN PRIMARIA CON ENFOQUE DIFERENCIAL PARA LA POBLACIÓN VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO, EN BOGOTÁ D.C.
- SDS-GTS-GUI-031 ORIENTACIONES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD, CON ENFOQUE DIFERENCIAL, DE LA COMUNIDAD NEGRA – AFROCOLOMBIANA EN LAS INTERVENCIONES INDIVIDUALES DE LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y LA RUTA PARA LA POBLACIÓN MATERNO PERINATAL.
- SDS-GTS-GUI-033 ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD HUMANIZADOS, CON ENFOQUE DIFERENCIAL PARA LA POBLACIÓN EN EL MOMENTO DE CURSO DE VIDA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD HABITANTES DE BOGOTÁ REGIÓN.
- SDS-GTS-GUI-038 ORIENTACIONES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD, CON ENFOQUE DIFERENCIAL DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN LAS INTERVENCIONES INDIVIDUALES DE LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y LA RUTA PARA LA POBLACIÓN MATERNO PERINATAL.

Estas asistencias técnicas no solo permiten dar a conocer las orientaciones descritas en cada una de las guías, sino que adicionalmente fortalece las capacidades técnicas de los profesionales en salud, reconociendo las particularidades propias usos y costumbres incluyendo las prácticas de medicina ancestral que permitan mejorar la prestación de servicios de salud.

20. Sírvase informar la tasa de intentos de suicidio y suicidios consumados en jóvenes (14-28 años) en los últimos 3 años, desagregado por localidad y estrato.

Respecto a la conducta de intentos suicida en jóvenes en el año 2023 se registran 5.640 casos, en el año 2024 se registran 4.918 y para 2025, se han registrado 5.653 de los cuales 3.711 (65,6%) se han presentado en las mujeres y 1.942 (34,4%) en los hombres, respecto a la distribución territorial, según localidad se observa que la mayor concentración se encuentra en Suba con 906 registros, seguido de la localidad de Kennedy con 709 casos, continua Engativá con 606 registros, continua Bosa con 529 y Ciudad Bolívar presenta 484 casos y Usaquén registra 83 casos, acumulando estas localidades el 57,21% de las ideaciones registradas en este periodo anual en la población joven.

El estrato social, muestra que los intentos se concentran en los estratos 2 y 3 agrupando el 78,1% (n= 4.416) de los intentos ocurridos en este grupo poblacional. (Ver archivo adjunto carpeta anexo 20 formato XLS hoja 20.1 Intentos jóvenes).

Frente a la muerte por suicidio en el año 2025 se registraron en el Distrito 142 suicidios en jóvenes, mientras en el año 2024 se registraron 147 suicidios, según la fuente oficial (INMLCF); de los ocurridos el año 2025, el 69,01% (n=98) se presentaron en los hombres y el 30,99% (n=44) se presentan en las mujeres.

Con relación al comportamiento por territorio de ocurrencia se registran, las localidades en orden descendente, encontrando la localidad de Bosa con 20 casos, seguido de Kennedy con 18, continua, Ciudad Bolívar con 14 muertes, Usme, Suba y Engativá con 13 casos respectivamente (Ver archivo carpeta anexo 20 adjunto formato XLS hoja 20.2 Suicidio jóvenes).

Respecto a la información de estrato social el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF- no contempla dicha variable.

21. Sírvase informar ¿Cómo funciona actualmente la Ruta de Atención Integral para Salud Mental? Especifique el tiempo promedio de respuesta desde la primera alerta hasta la atención especializada.

Es importante precisar que la atención en Salud mental que se debe brindar a las personas que tengan factores de riesgo o alguna afectación en su salud mental, se encuentra definida a partir de las Rutas de Atención Integral en Salud, como herramienta obligatoria que señala a los integrantes del Sector salud (Entidad territorial, Entidades Administradoras de Servicios de Salud-EAPB, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación (Resolución 3280 del 2018 del Ministerio de Salud).

La ruta de riesgo para salud mental, tiene como objetivo fortalecer las capacidades de afrontamiento del individuo y la familia ante estresores vitales, mejorar la calidad de vida, la adherencia al tratamiento y la funcionalidad de las personas y sus familias garantizando el manejo oportuno, integral e integrado de los trastornos y patologías mentales, esta Ruta se encuentra priorizada en el Distrito y está encaminada a brindar las atenciones necesarias para abordar los problemas, trastornos mentales y epilepsia, desde el diagnóstico,

tratamiento y rehabilitación, a través de las diferentes modalidades de prestación para los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización, en las que se desarrollan intervenciones tales como valoraciones por equipo interdisciplinario, psicoterapia individual, familiar y grupal, actividades individuales y grupales que se desarrollan según el plan terapéutico y necesidades del paciente, el cual debe estar basado en unos objetivos propios y/o específicos para el paciente y sus necesidades, priorizando los problemas, los obstáculos para el tratamiento y los riesgos potenciales para el paciente.

Para el tema de salud mental en esta ruta se desarrollan las siguientes intervenciones:

Intervenciones Colectivas: definidas como el conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida. para salud mental se hace referencia en las siguientes temáticas a fin de fortalecer los factores protectores en salud mental.

- Fortalecimiento en habilidades y competencias protectoras de la salud mental en entornos de vida (hogar, educativo, comunitario, laboral e institucional).
- Fortalecimiento de estrategias de afrontamiento enfocadas al manejo de emociones y resolución de problemas.
- Rehabilitación basada en la Comunidad dirigida a grupos con discapacidad y afectaciones psicosociales en entorno comunitario.
- Educación en prácticas de cuidado y crianza positivas en entorno hogar, institucional y educativo.
- Acciones para la convivencia social y prevención de las violencias en entorno comunitario.
- Acciones de gestión del riesgo en salud mental según eventos prioritarios y problemas psicosociales en todos los entornos.

Educación en Salud: es un proceso de comunicación, educación y apoyo en el que se comparte de manera bidireccional información sobre la salud mental la cual busca construir creencias, actitudes, prácticas de cuidado, ayuda mutua, apoyo familiar, comunitario y social a las personas que los padecen, con el fin de favorecer la búsqueda temprana de atención, aceptación, adherencia al tratamiento y la inclusión familiar. Desde esta intervención se busca que las personas generen su propio cuidado a la salud mental.

Intervenciones individuales: se definen como el conjunto de actividades en salud por momento de curso de vida, que tienen como finalidad la valoración integral, la detección temprana, la protección específica y la educación para la salud, individual, grupal o familiar, con el fin de potenciar o fortalecer las capacidades para el cuidado de la salud de las personas, minimizar el riesgo de enfermar o derivar oportunamente a rutas de grupo de riesgo o a los servicios de salud requeridos para el manejo de su condición de salud. Para salud mental, la identificación temprana del riesgo, se realiza mediante una valoración integral la cual tiene como objetivo identificar de manera oportuna la exposición a factores de riesgo psicosociales y detectar de forma temprana alteraciones que afecten negativamente la salud mental y el proceso de crecimiento y desarrollo, con el fin de referirlas para su manejo integral, derivando este evento a la Ruta Integral de Atención en Salud-RIAS de problemas, trastornos mentales y epilepsia para que se pueda confirmar el diagnóstico y establecer un plan de tratamiento.

De conformidad con el marco normativo vigente del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se establece que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

(IPS) son los actores responsables de la prestación directa de los servicios de salud a la población, dentro del ámbito de sus competencias, nivel de complejidad, capacidad instalada y servicios debidamente habilitados.

En este contexto, las IPS, de acuerdo con su capacidad instalada, nivel de complejidad y servicios debidamente habilitados conforme a la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, tienen la competencia técnica, científica y operativa para brindar los tratamientos e intervenciones que requiera una persona, según su condición clínica, diagnóstico y plan integral de atención definido por el talento humano en salud, de esta forma son ellas las que cuentan con la información de los tiempos y el tipo de tratamiento que realizan a cada uno de sus afiliados.

22. Describa la ruta distrital de atención en salud mental desde el primer contacto de una persona con el sistema, indicando los diferentes puntos de entrada (líneas telefónicas, urgencias, atención primaria, instituciones educativas, comisarías, entre otros) y la forma en que estos se articulan entre sí.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, el Distrito Capital cuenta con la Ruta de Atención Integral en Salud en el marco de la normativa vigente a nivel nacional, esta ruta se fundamenta en la Ley 1616 de 2013, que reconoce la salud mental como un derecho fundamental y define la atención integral e intersectorial; la Ley 2460 de 2025, que fortalece el enfoque de promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental; y el Decreto 0729 de 2025, que reglamenta aspectos de la organización de los servicios y las rutas de atención en salud mental, incluyendo la atención en crisis y la articulación con otros sectores. En el ámbito distrital, la ruta se desarrolla conforme a la Política Distrital de Salud Mental, adoptada mediante el CONPES D.C 34 de 2023, y se articula con las disposiciones del Plan Distrital de Desarrollo vigente, que prioriza la atención integral en salud mental

Para el desarrollo de esta ruta están dispuestas las siguientes entradas:

- A partir de la Ruta de Promoción y mantenimiento de la salud: se contemplan acciones desde las intervenciones colectivas en los diferentes entornos y desde las individuales y familiares en lo relacionado con la valoración integral y la detección temprana, que permiten identificar personas o familias que requieren valoración y manejo en esta ruta, así como los mecanismos de canalización y seguimiento.
- Desde otras rutas de grupo de riesgo: Personas o familias en atención en otras rutas pueden requerir manejo específico en la ruta, por algún tipo de afectación en salud mental que requieran el abordaje terapéutico.
- Demanda espontánea o Inducida a servicios de salud.
- Desde otros sectores del territorio: el sector educativo, el sector laboral y otros sectores desde donde se identifique algún tipo de riesgo en salud mental.

De acuerdo con las diferentes puertas de entrada se activa desde el primer contacto de la persona con el sistema de salud o con otros sectores institucionales, garantizando el acceso oportuno, integral y continuo.

Los puntos de entrada incluyen las líneas distritales de atención psicosocial y de emergencias, como la Línea 106 para orientación, escucha activa, primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis, y la Línea 123 para situaciones de urgencia; los servicios de atención primaria en salud prestados por las 16 Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB que actualmente operan en la ciudad de Bogotá D.C., en

conjunto su red prestadora de servicios de salud y los equipos MAS bienestar; así como la detección y activación de la ruta desde instituciones educativas, comisarías de familia, entre otros. Una vez la persona ingresa al sistema, desde la puesta en marcha del Modelo MAS Bienestar se articula la atención inicial con la continuidad del cuidado a través de la EAPB e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS correspondientes, la remisión a servicios especializados en psicología y psiquiatría cuando se requiere, y el seguimiento clínico, bajo los enfoques de derechos, diferencial, territorial y de acción sin daño, conforme a la garantía de la atención integral e integrada en salud mental.

23. Informe el número de personas que han ingresado a la ruta distrital de atención en salud mental durante los últimos tres (3) años, desagregando la información por localidad, grupo etario, género y tipo de afectación en salud mental.

En atención a la solicitud de informar el número de personas que han ingresado a la ruta distrital de atención en salud mental durante los últimos tres (3) años, desagregando la información por localidad, grupo etario, género y tipo de afectación en salud mental, se precisa que la responsabilidad de consolidar y suministrar dichos datos corresponde a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a partir de su red prestadora IPS, quienes a partir de las atenciones realizadas a sus usuarios bajo diagnósticos de salud mental que cumplen con los criterios de acceso a la Ruta de Riesgo Específica deben generar y reportar la información solicitada, en cumplimiento de lo establecido en la **Resolución 3202 de 2016**, que adopta las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y define la obligación de los aseguradores de implementar y reportar el acceso y seguimiento de las rutas de riesgo, así como en la **Ley 2296 de 2023 (Nueva Ley de Salud Mental)**, que refuerza el derecho fundamental a la salud mental y la obligación de las EPS de garantizar el acceso efectivo a los servicios y la entrega de información oportuna, desagregada y trazable para la gestión y monitoreo de las políticas públicas en salud mental.

24. Indique cuáles son los mecanismos de detección temprana de crisis de salud mental con los que cuenta actualmente el Distrito y cómo se coordinan con la red pública y privada de prestación de servicios de salud.

En el marco de la Resolución 3802 de 2018¹⁷ del Ministerio de Salud y Protección Social, la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, comprende acciones sectoriales e intersectoriales, intervenciones de carácter colectivo e individual dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades, mediante la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones, la protección específica y la educación para la salud.

Esta ruta se desarrolla para cada curso de vida, desde la primera infancia a la vejez, en donde para salud mental, la identificación temprana del riesgo se realiza mediante la valoración integral la cual tiene como objetivo identificar tempranamente la exposición a factores de riesgo psicosociales y detectar de forma temprana alteraciones que afecten negativamente la salud y el proceso de crecimiento y desarrollo, con el fin de referirlas para su manejo oportuno, si se identifica una afectación en salud mental la persona es canalizada

¹⁷ Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.

a la Ruta Integral de Atención en Salud-RIAS de problemas, trastornos mentales y epilepsia para que se pueda confirmar el diagnóstico y establecer un plan de tratamiento.

Esta ruta contempla los siguientes tamizajes que se encuentran puestos en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, para la identificación oportuna de algún tipo de riesgo en salud mental.

Obligatorias:

- Apgar Familiar: Valora el funcionamiento familiar, se acompaña del familiograma y ecomapa, los cuales permiten graficar las redes de apoyo y su funcionalidad.
- Minimental: Evalúa presencia de deterioro cognitivo

Opcionales:

- Test M-Chat Cuestionario de autismo en la infancia.
- SRQ Cuestionario de síntomas para adolescentes, jóvenes y adultos, evalúa eventos de ansiedad, depresión, epilepsia, consumo de SPA, y psicosis.
- RQC Cuestionario de síntomas para niños.
- Test Whooley: Evalúa signos y síntomas de depresión.
- GAD-2: Evalúa signos y síntomas de ansiedad.
- Escala Zarit: Evalúa la sobrecarga del cuidador.
- AUDIT/ASSIST: Evalúa el nivel de riesgo asociado al consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas.

De acuerdo a la identificación del riesgo que se realice se deriva a la Ruta de Salud Mental la cual está encaminada a brindar las atenciones necesarias para abordar los problemas, trastornos mentales y epilepsia desde el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación dirigidas a las personas, familias y comunidades, a través de las modalidades de prestación de los servicios ambulatorio, internación parcial, urgencias y hospitalización, en las que se desarrollan las siguientes intervenciones: valoraciones por equipo interdisciplinario, psicoterapia individual, familiar y grupal, actividades individuales y grupales que se desarrollan según el plan terapéutico y necesidades del paciente, de acuerdo a las guías y protocolos establecidos para tal fin.

Para la identificación y detección de riesgos en salud mental de las personas en los territorios, en el marco de las acciones colectivas que se implementan a través de las Subredes Integradas de Servicios de Salud se cuenta con actividades dirigidas a la aplicación de instrumentos de tamizajes en salud mental principalmente RQC y SRQ los cuales permiten realizar una aproximación inicial a síntomas recientes o actuales que puedan definir la necesidad de atención integral en salud mental.

Ahora bien, para adelantar las acciones de atención que relacionan con la prestación de servicios de salud mental se cuenta con el proceso de canalización dado que el tamizaje es la puerta de entrada para la detección temprana. Una vez que se identifica un riesgo, el seguimiento se realiza a través de la activación de la Ruta de Atención Integral para problemas y trastornos mentales – RIAS con el objetivo es garantizar la continuidad de la atención y la integralidad del cuidado, asegurando que la persona pase del tamizaje a una valoración más profunda, diagnóstico y tratamiento si es necesario lo cual se desarrolla a través del Plan de Beneficios en Salud y así brindar la respuesta integral a las personas en los distintos momentos del curso de vida y a la población general conforme a la Empresa Administradora de Planes de Beneficios y su red de prestadores de servicios de salud.

Es importante señalar que, ante una situación de crisis que demande la atención en salud mental el ingreso a la RIAS mencionada con antelación, se puede dar por demanda espontánea, derivación por entornos de vida cotidiana, remisión de las instituciones y líneas de atención del Distrito.

Complementario a lo anterior, en el marco de sus competencias, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá dispone de la Línea 106 “El poder de ser escuchado”, que es una línea de ayuda, intervención psicosocial y/o soporte en crisis no presencial, atendido por un equipo de profesionales en psicología que brindan un espacio de escucha, orientación y apoyo emocional a los habitantes de la ciudad para que compartan todo tipo de situaciones que pueden presentarse en su cotidianidad. La Línea 106 inició su operación desde el año 1997 y opera las veinticuatro horas del día, los trescientos sesenta y cinco días del año.

Este recurso, brinda orientación respecto a temáticas como salud mental, violencia intrafamiliar, maltrato infantil, violencia sexual, consumo de sustancias psicoactivas y cualquier otra inquietud relacionada con el bienestar emocional de las personas.

Con el fin de favorecer el acceso a los servicios, la línea cuenta con diferentes canales de atención que operan actualmente, a los cuales se pueden contactar de la siguiente forma:

- Chat por WhatsApp: 3007548933
- Marcar de forma gratuita (desde un teléfono celular o fijo en Bogotá) el número 106.
- Escribir un correo electrónico al email: linea106@saludcapital.gov.co
- Redes sociales (Facebook): @linea106.
- Plataforma LiteralMente: <https://literalmente.saludcapital.gov.co/>

De acuerdo a las necesidades identificadas en los usuarios, la Línea 106 realiza la activación de rutas sectoriales, ya sea con el asegurador en salud al que se encuentre afiliado canalizando el caso a través del Sistema Integral de Información de Referencia y Contrareferencia -SIRC, la atención prehospitalaria en situaciones de urgencias y emergencias a través del reporte del caso a la Línea 123; así mismo se activa la vigilancia en salud pública de eventos como la conducta suicida, la violencia intrafamiliar, sexual y de género, así como el consumo problemático de sustancias psicoactivas. También realiza la activación de rutas intersectoriales de justicia y protección en casos de violencia y al sector educativo en casos de acoso escolar y a otros sectores según sea necesario.

25 - 26. Precise si existe un protocolo unificado de recepción y atención de crisis de salud mental entre el Distrito, las instituciones hospitalarias y las EPS; en caso afirmativo, indique su estado de implementación y remita copia del mismo.

Se precisa que en la actualidad, no existe un protocolo unificado de recepción y atención en crisis de salud mental, sin embargo, la atención en salud mental se brinda a través de la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud Mental, definiendo a los integrantes del sector salud (entidad territorial, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios — EAPB— y prestadores de servicios de salud) y para otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención. Asimismo, orientan las acciones esperadas del individuo, la promoción del bienestar y el desarrollo en los entornos en que se desenvuelve, así como las intervenciones para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, de conformidad con lo dispuesto en las resoluciones 3202 de 2016 y 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Se resalta que, en el marco de la gestión clínica para la intervención en salud mental las IPS, los especialistas y profesionales de la salud mental deben utilizar las guías de atención de práctica clínica existentes en la materia, a nivel nacional y para los casos de mayor prevalencia en las que no se cuente con guías del orden nacional, ni del orden distrital, cada IPS que brinde servicios de atención a personas con trastornos mentales, puede adoptar y adaptar guías del orden internacional o contar con guías de práctica clínica soportadas por evidencia científica.

Estos documentos se pueden consultar a través del Ministerio de Salud y Protección Social el cual Dispone de Guías de Práctica clínica los cuales pueden ser consultados en <https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncalidadsalud/Paginas/Linea-Tematicas.aspx>

A su vez, la Secretaria Distrital de Salud cuenta con el documento denominado “Orientaciones técnicas para la implementación de la ruta integral de atención para personas con problemas mentales, trastornos mentales y epilepsia, con enfoques diferenciales en el marco de los elementos estratégicos de la APS” 2025 (Ver Anexo Pregunta 25), con el cual se ha venido desarrollando el acompañamiento y asistencia técnica a todas las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB- e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, con el fin de que se preste un servicio integral e interdisciplinario con alguna afectación en salud mental.

27. Señale los tiempos promedio de atención desde la solicitud inicial de ayuda hasta la primera valoración psicológica, la valoración psiquiátrica y el inicio efectivo del tratamiento, indicando las diferencias entre lo establecido normativamente y lo que ocurre en la práctica.

En Colombia, los tiempos de atención en salud mental están regulados normativamente, pero en la práctica suelen diferir bastante debido a limitaciones de capacidad instalada, disponibilidad de especialistas (psiquiatra y psiquiatría infantil) y barreras administrativas para los procesos de autorizaciones en citas.

Según la Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social (Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS), la atención en salud mental debe garantizar acceso oportuno, con tiempos de espera máximos de 8 días hábiles desde la solicitud inicial en servicios ambulatorios y para casos remitidos a segundo nivel, la normativa establece que la cita con especialista debe darse en un plazo no mayor a 30 días calendario.

Adicional, se cuenta con un marco normativo por medio de la Resolución 1552 del 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, reglamenta parcialmente los artículos 123 y 124 del Decreto-ley 019 de 2012.

Los tiempos de atención estipulados son:

- **Medicina General:** La asignación de citas no puede exceder 3 días hábiles desde la solicitud.
- **Consultas de medicina especializada (incluye psiquiatría y psicología):** Máximo 30 días calendario desde la solicitud.
- **Consultas de control o seguimiento:**

Deben garantizarse en los tiempos indicados por el profesional tratante bajo pertinencia clínica a partir de su diagnóstico.

En la actualidad no se cuentan con normatividad vigente con relación a los tiempos de

atención para salud mental de manera exclusiva.

28. Sírvese informar ¿Cuántas personas con discapacidad han accedido a servicios de salud mental en la vigencia 2024-2025? Detalle por tipo de discapacidad.

La información de la frecuencia de las atenciones en servicios de salud mental en personas con condición de discapacidad se obtiene a partir de la consulta a los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS; por lo que para su interpretación se deben considerar las características de la fuente de información, descritas en la parte introductoria de la respuesta a la pregunta 1b. La información se encuentra compilada en el anexo de la pregunta 28. Se cruza la base de datos de discapacidad con las atenciones en salud mental de RIPS. El cálculo de proporciones se hace en base a diagnósticos registrados en la historia clínica por atención y puede haber más de un diagnóstico por atención y por las mismas características de los RIPS, la sumatoria de las proporciones supera el 100%, los resultados se deben interpretar como la cantidad de atenciones o usuarios atendidos que en algún momento se les hizo el diagnóstico de un trastorno mental sobre el total de las atenciones/usuarios. Los RIPS no incluyen información de estrato socioeconómico y zona rural o urbana.

Tabla 11. Total de las atenciones y usuarios para 2024-2025

Año	Atenciones	Individuos*
2024	170.678	25.642
2025	11.592	6.359
Total*	182.270	26.266

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Planeación Sectorial. (2025, diciembre). Reporte Consulta a RIPS 1702 (2025 08 16) Salud mental histórico con cruce por discapacidad a partir de la compilación de Base de datos RIPS SDS 2004-2025; No afiliados (vinculados) y atenciones particulares (Corte de recepción 2025/08/16) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2025, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2025/02/28).

* El total de individuos reportados en las columnas no coincide con la sumatoria de los valores parciales debido a lo anotado en las consideraciones para la interpretación de los RIPS descrito en la parte introductoria a la respuesta a esta pregunta.

Los totales presentados se obtuvieron directamente de la sumatoria de individuos únicos incluidos en el reporte.

Teniendo en cuenta la desagregación por tipo de condición de discapacidad se identifica que la que más usuarios requirieron atenciones en salud mental son aquellas que tienen discapacidad intelectual-psicosocial-múltiple con el 20,2% de las atenciones, seguido de física-intelectual-psicosocial-múltiple con el 13,6% y en tercer lugar física-intelectual múltiple con 13,3%. Dentro de los diagnósticos de salud mental más frecuentemente encontrados en estos grupos y que más atenciones necesitaron fueron los trastornos del desarrollo neurológico y epilepsia. Esta información quiere decir que las personas que tienen una condición de discapacidad que acceden a servicios de salud mental lo hacen predominantemente por una condición estructural que explica tanto su condición de discapacidad como su necesidad en salud mental.

Grafica 4 Usuarios atendidos por Servicios de Salud mental.

Gráfica Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Planeación Sectorial. (2025, diciembre). Reporte Consulta a RIPS 1702 (2025 08 16) Salud mental histórico con cruce por discapacidad a partir de la compilación de Base de datos RIPS SDS 2004-2025; No afiliados (vinculados) y atenciones particulares (Corte de recepción 2025/08/16) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2025, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2025/02/28).

29. Sírvese informar ¿Qué protocolos de detección temprana de trastornos neurodesarrollo existen en la red pública para garantizar diagnósticos oportunos en jóvenes?

La red pública cuenta con guías nacionales (GPC, manuales, protocolos y cartillas técnicas) (ASCONI) que orientan la detección temprana de alteraciones del neurodesarrollo. Sin embargo, la implementación práctica depende de la capacidad territorial y del entrenamiento del personal de primera línea, estas guías se aplican bajo criterio médico a partir de la necesidad diagnóstica y no se encuentran bajo obligatoriedad en la consulta de valoración integral o resolutoria desde salud mental.

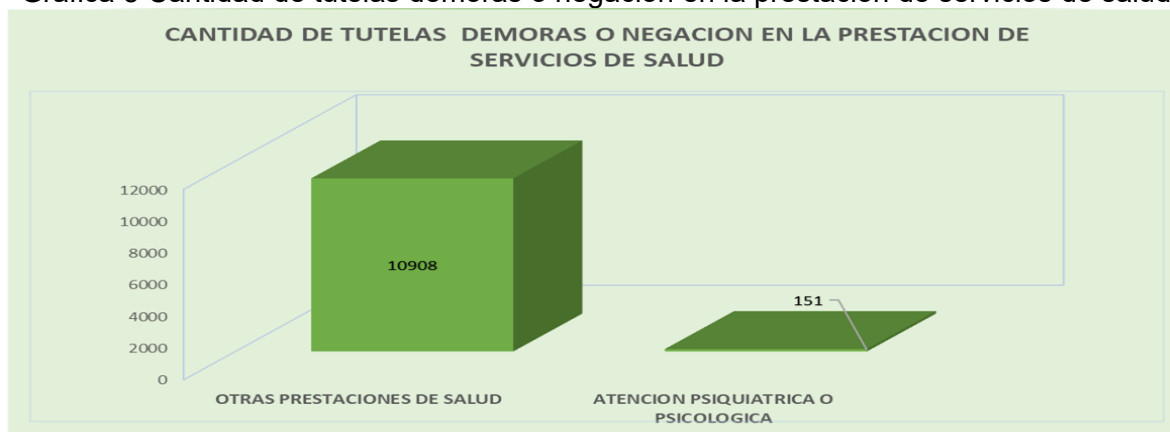
30 Sírvase informar el número de tutelas y quejas recibidas por negación de servicios de psicología y psiquiatría en el último año.

Durante la vigencia 2025, fueron notificadas un total de once mil cincuenta y nueve (11.059), acciones de tutelas relacionadas con temas de salud; y de las cuales se identificaron un total de ciento cincuenta y un (151), acciones de tutela en las que se destacó la negación o demoras en la prestación de servicios psicológicos o psiquiátricos requeridos para la atención de patologías mentales como: esquizofrenia, bipolaridad, depresión ansiedad, consumo de sustancias psicoactivas entre otras.

Es importante resaltar que estas acciones de tutela son interpuestas contra las diferentes Entidades Promotoras de salud, y que los despachos judiciales notifican como vinculada a la Secretaría Distrital de Salud. Es así que, teniendo en cuenta que en los términos del Decreto distrital 641 de 2025, la Secretaría Distrital de Salud, es el organismo que tiene por objeto orientar y liderar la formulación, adaptación, adopción e implementación de políticas, planes, programas, proyectos y estrategias conducentes a garantizar el derecho a la salud de los habitantes del Distrito Capital; y que conforme a los descargos formulados como vinculada la SDS, los despachos judiciales, en el fallo desvinculan a esta entidad con fundamento en la prohibición expresa del artículo 31 de la Ley 1122 de 2007, de prestar servicios de salud.

Bajo ese contexto, en la siguiente grafica se observa la cantidad de acciones tuteladas relacionadas con diferentes causales en la prestación de servicios de salud contra las acciones de tutelas identificadas por la negación o retrasos en la prestación de servicios de psicología o psiquiatría

Grafica 5 Cantidad de tutelas demoras o negación en la prestación de servicios de salud



Fuente Base de datos tutelas vigencia 2025

Por otro lado, y con base en la información consultada por la Dirección de Servicio a la Ciudadanía de la Secretaría Distrital de Salud, se registra para el año 2025 un total de catorce (14) peticiones relacionadas con salud mental, de estas no se evidencia puntualmente por negación de servicios de psicología y/o psiquiatría. Las solicitudes hacen relación al suministro de medicamentos y asignación de citas médicas, entre otras.

31. *Sírvase informar ¿Cuál es el déficit actual de camas psiquiátricas en la ciudad para atención de niños, niñas y adolescentes?*

De acuerdo con la información poblacional disponible, en Bogotá D.C. se estima una población asegurada (Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) – Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (regímenes contributivo y subsidiado), corte a 31 de diciembre de 2025, de aproximadamente 1.513.533 niños, niñas y adolescentes (0 a 17 años). Al contrastar esta magnitud poblacional con la capacidad instalada reportada en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), con fecha de consulta al 31 de diciembre de 2025, correspondiente a 308 camas habilitadas de salud mental pediátrica, se obtiene una relación aproximada de 0,20 camas por cada 1.000 niños, niñas y adolescentes.

No obstante, es importante precisar que este ejercicio constituye una aproximación descriptiva, dado que no toda la población infantil y adolescente requiere atención hospitalaria en salud mental y que el REPS no permite identificar cuántas de estas camas corresponden específicamente a hospitalización psiquiátrica especializada. En consecuencia, esta información no permite establecer el déficit real de camas psiquiátricas para población infantil y adolescente, sino dimensionar la capacidad instalada disponible frente al tamaño de la población potencialmente demandante.

Tabla 12. Total de camas habilitadas para la atención en salud mental adultos y pediátricos en Bogotá D.C. (reps_31-12-2025)

zona	localidad	Grupo capacidad	Salud Mental Adulto	Salud Mental Pediátrico	Total general
CENTRO ORIENTE	ANTONIO NARIÑO	CAMAS	53	42	95
	LOS MARTIRES	CAMAS	50	0	50
	SAN CRISTOBAL	CAMAS	96	18	114
	SANTA FE	CAMAS	8	0	8
NORTE	BARRIOS UNIDOS	CAMAS	33	0	33
	CHAPINERO	CAMAS	213	44	257
	ENGATIVA	CAMAS	54	18	72
	SUBA	CAMAS	162	16	178
	TEUSAQUILLO	CAMAS	46	0	46
	USAQUEN	CAMAS	265	104	369
SUR	CIUDAD BOLIVAR	CAMAS	19	0	19
SUR	FONTIBON	CAMAS	228	21	249

OCCIDENTE	KENNEDY	CAMAS	332	23	355
	PUENTE ARANDA	CAMAS	0	22	22
Total general			1867		

Fuente: Dirección de Provisión de Servicios de Salud- Equipo de Análisis de oferta y Redes de Servicios de Salud- Descarga Oficial REPS (MSPS) - fecha de consulta diciembre 31 de 2025.

De manera complementaria, se presenta el análisis de suficiencia para los servicios de psicología y psiquiatría de la Ruta Integral de Atención de Salud mental – RIAS SM. Es de anotar que el cálculo de suficiencia se realiza a partir del análisis de la demanda atendida registrada en fuentes oficiales del SISPRO, consolidada a nivel institucional, utilizando como insumo la base de datos RIPS SDS – Dirección de Planeación Sectorial para el periodo 2024 (corte de recepción: 15 de mayo de 2025), así como el reporte de atenciones de la RIAS SM, filtrado por total de atenciones e individuos. De manera complementaria, se incorpora la información de la oferta de servicios proveniente de la descarga oficial del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) del Ministerio de Salud y Protección Social, con fecha de consulta al 31 de diciembre de 2024, consolidada por la Dirección de Provisión de Servicios de Salud.

En este marco, el análisis de suficiencia de servicios de salud para el Distrito Capital, correspondiente al corte 2024, muestra que, en términos agregados, los servicios de psicología y psiquiatría presentan valores de suficiencia, lo que indica que la oferta teórica disponible supera la demanda estimada a nivel ciudad. No obstante, este resultado corresponde a un análisis agregado y, por tanto, no permite desagregar la suficiencia por zonas rurales ni evaluar de manera directa la cobertura territorial específica de los puntos de atención allí ubicados, por lo que su interpretación debe articularse con los análisis territoriales de la oferta y el acceso efectivo a los servicios.

Tabla 13. Suficiencia de servicios de salud de Bogotá D.C. para la RIAS para población con e problemas de salud mental, en Bogotá D.C. diciembre 31 de 2024

Servicio	Total General	Oferta Teórica	Población Total de referencia	Demanda Total Bogotá	Población Atendida Toda Bogotá	Suficiencia: Demanda Total Bogotá / Oferta Total Bogotá	Demanda teórica Total Bogotá	Suficiencia: Demanda teórica - Oferta teórica
PSICOLOGÍA	1407	13.676.040	7.900.598	793.952	719.515	-12.882.088	1.389.416	-12.286.624
PSIQUIATRÍA	463	4.500.360	7.900.598	292.433	259.931	-4.207.927	511.758	-3.988.602

Fuente: Elaboración propia: Dirección de Provisión de Servicios de Salud

33. *Sírvase informar ¿Cómo se garantiza la accesibilidad física y comunicativa (lengua de señas, braille) en los servicios de urgencias psiquiátricas para población con discapacidad?*

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, en el marco de sus competencias de inspección, vigilancia y control (IVC) sobre los prestadores de servicios de salud (incluidos aquellos que ofertan servicios de urgencias psiquiátricas o de salud mental), ejerce funciones de supervisión para garantizar el cumplimiento de las normas nacionales y distritales que protegen el derecho fundamental a la salud, con énfasis en la accesibilidad universal y sin discriminación.

La garantía de la accesibilidad física y comunicativa en los servicios de urgencias que tiene servicio en salud mental especialmente en el servicio de psiquiatría para personas con discapacidad se fundamenta principalmente en el Sistema Único de Habilitación regulado por la Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, esta resolución adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, que establece estándares obligatorios para todos los prestadores, incluyendo aquellos con servicios de urgencias (baja, mediana o alta complejidad) y específicamente los de salud mental.

La resolución incorpora el enfoque diferencial como principio transversal para la atención en salud, exigiendo que los prestadores implementen guías de práctica clínica (GPC), protocolos de atención y procedimientos que reconozcan las necesidades específicas de poblaciones vulnerables, entre ellas las personas con discapacidad. Esto implica ajustes razonables para eliminar barreras y garantizar una atención equitativa y culturalmente pertinente.

La institución, como prestador habilitado en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), implementa ajustes razonables obligatorios tanto en infraestructura física como en comunicación, documentados en el estándar de procesos prioritarios, con evidencia verificable durante las visitas por parte de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, conforme a lo establecido en el Decreto Distrital 641 de 2025 que compila, el marco normativo del sector salud en el Distrito Capital.

Se establecen requisitos mínimos de accesibilidad física y comunicativa en las instalaciones y procesos de atención. Los prestadores deben contar con infraestructura adecuada (rampas, señalización táctil, espacios adaptados) y medios de comunicación alternativos para personas con discapacidad visual, auditiva, y cognitiva u otras, especialmente en servicios críticos como urgencias.

En servicios de urgencias y salud mental, se requiere protocolos específicos que incorporen el enfoque diferencial para evitar discriminación y garantizar atención oportuna. En síntesis, la accesibilidad en urgencias psiquiátricas para población con discapacidad se garantiza mediante la habilitación obligatoria de los servicios bajo estándares de la Resolución 3100 de 2019 (con énfasis en el enfoque diferencial)

34. Sírvase informar ¿Qué porcentaje de las consultas de salud mental se realizan de forma presencial vs. telemedicina en su jurisdicción?

A continuación, en el marco de la información que se tiene disponible en la Secretaría Distrital de Salud, se presentan las consultas ambulatorias realizadas en la Red Pública Distrital de los servicios de Psicología y Psiquiatría durante el año 2025, según los datos oficiales de producción de servicios reportados por las Subredes al Aplicativo de Capacidad Instalada y Producción – CIP, con corte a diciembre de 2025.

Esta información permite visualizar el total de consultas realizadas, pero la modalidad de prestación no es posible presentarla, dado que estos datos son de competencia de cada una de las Subredes Integradas de Servicios de Salud en la atención en salud mental:

Tabla 14. consultas ambulatorias realizadas en la Red Pública Distrital de los servicios de Psicología y Psiquiatría durante el año 2025

Subred	Servicio	Año 2025
RED CENTRO ORIENTE	PSICOLOGIA	162.000
	PSIQUIATRIA	105.300
RED NORTE	PSICOLOGIA	394.875
	PSIQUIATRIA	168.075
RED SUR	PSICOLOGIA	271.350
	PSIQUIATRIA	81.000
RED SUR OCCIDENTE	PSICOLOGIA	384.750
	PSIQUIATRIA	139.725
TOTAL, RED PUBLICA	PSICOLOGIA	1.212.975
TOTAL, RED PUBLICA	PSIQUIATRÍA	494.100

Fuente: Aplicativo Capacidad Instalada y Producción - CIP; BI_Cap_Ins_03_02_2026;
Con corte diciembre 2025

El desempeño consolidado de las Subredes evidencia un modelo de prestación articulado y funcional, en el que cada una aporta de manera diferenciada de acuerdo con su capacidad instalada, perfil epidemiológico y volumen poblacional atendido.

35. Sírvase informar ¿Cómo se articula la SDIS con la Secretaría de Salud cuando se detecta un riesgo suicida en un joven dentro de sus centros de atención?

La Secretaría Distrital de Integración Social como invitado permanente del Consejo Consultivo Distrital de Salud Mental ha venido trabajando de manera articulada en torno a la implementación de procesos en salud mental y prevención de la conducta suicida. En ese sentido se cuenta con mecanismos de comunicación y articulación frecuente que posibilitan el trabajo conjunto, en ese sentido, cuando realiza la detección de riesgo suicida en jóvenes dentro de sus centros de atención, la orientación que se ha brindado desde la Secretaría de Salud es realizar la respectiva notificación para que se activen los procesos de vigilancia epidemiológica que, acorde a la priorización establecida desde el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida – SISVECOS, puede contar con la investigación epidemiológica de campo y la canalización a servicios de salud para que se viabilice la atención por parte de la Empresa Administradora de Planes de Beneficio correspondiente o la institución prestadora correspondiente, y se realice el seguimiento articulado con el fin de garantizar la valoración por salud mental, la continuidad del tratamiento y el acompañamiento psicosocial requerido.

En situaciones que representen riesgo inminente se orienta la activación de los canales de respuesta inmediata como la Línea 123 para la atención de emergencias, o también se motiva la activación de la Línea 106 para brindar orientación y apoyo en salud mental.

37. Sírvase informar detalladamente el número de casos de ideación suicida y suicidio consumado en mujeres cuidadores y madres cabeza de familia, registrados en Bogotá desde 2021 hasta la fecha, discriminados por año, localidad, zona urbana o rural, estrato socioeconómico, edad.

Respecto a la conducta de ideación suicida en mujeres madres cabeza de hogar, para el año 2021 se registró 253 casos, en el años 2022 se presentaron 276, en 2023 420 casos y

2024 notificaron, 520 casos y finalmente para el año 2025¹⁸, se han registrado 557 casos respecto a la distribución territorial, según localidad se observa que la mayor concentración se las localidades de Kennedy con 94 registros, seguido de la localidad de Ciudad Bolívar con 72 casos, continúa Engativá con 68 registros, continúa Bosa con 53 y Usme presenta 52 casos (Ver carpeta anexo pregunta 37 archivo adjunto formato XLS hoja 31.1 Ideación mujeres cabeza de hogar).

Respecto al estrato social, las ideaciones se concentran en los estratos 2 y 3 agrupando el 81,33% (n= 453) de los intentos ocurridos en este grupo poblacional.

Frente a la muerte por suicidio para los años 2021 a 2025 en las mujeres madres cabeza de hogar no es posible cuantificar esa variable dado que el INMLCF no contempla esa variable.

38. Sírvase informar detalladamente cuáles han sido los trastornos mentales más diagnosticados en mujeres en el Distrito Capital desde 2021 hasta la fecha, discriminando la información por año, estrato socioeconómico, edad, localidad y tipo de trastorno.

La información de la frecuencia de las atenciones realizadas por trastornos mentales en mujeres entre 2021-2025 se obtiene a partir de la consulta a los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS; por lo que para su interpretación se deben considerar las características de la fuente de información, descritas en la parte introductoria de la respuesta a la pregunta 1b. La información se encuentra compilada en el anexo de las preguntas 38, 41 Y 42. Se toma la información de subcategoría diagnóstica del DSM-V¹⁹.

El cálculo de proporciones se hace en base a diagnósticos registrados en la historia clínica por atención y puede haber más de un diagnóstico por atención y por las mismas características de los RIPS, la sumatoria de las proporciones puede superar el 100%, los resultados se deben interpretar como la cantidad de atenciones o usuarios atendidos que en algún momento se les hizo el diagnóstico de un trastorno mental sobre el total de las atenciones/usuarios. Los RIPS no incluyen información de estrato socioeconómico y zona rural o urbana.

De acuerdo con la información registrada en el Distrito de Bogotá podemos identificar que los diagnósticos más frecuentemente utilizados en servicios de salud mental son²⁰: En primer lugar los trastornos de ansiedad primarios con el 13,65% del total de mujeres atendidas por salud mental, seguido de problemas relacionados con el cuidado de la salud y el estilo de vida con el 9,50% del total de atenciones en salud mental en mujeres, este grupo corresponde a diagnósticos registrados con la Z de contactos atenciones relacionadas con el contacto con los servicios de salud. El siguiente diagnóstico son los trastornos depresivos con el 7,63%, le sigue trastornos del sueño relacionados con la respiración con el 4,39% y en el quinto lugar trastornos mentales no especificados con el 3,97% del total de mujeres atendidas en el Distrito. En la gráfica 38.1 se muestra un gráfico de jerarquía con el número de mujeres atendidas por diagnóstico entre los años 2021-2025.

¹⁸ Información preliminar

²⁰ Se excluye las atenciones de salud mental con otros diagnósticos que no son propios de un trastorno en salud mental pero que, si son atenciones por salud mental, por ejemplo, aplicación de escalas de neuropsicologías y valoraciones de psicología por otras razones no relacionadas con trastornos como tal.

Gráfica 6 Atenciones en salud mental en mujeres en Bogotá 2021-2025

Fuente: Numero de atenciones por trastornos en salud mental en mujeres. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Planeación Sectorial. (2026, febrero). Reporte Consulta a RIPS 1675 (2025 11 13) Salud mental estándar y política indígena 2019- 2025 a partir de la compilación de Base de datos RIPS SDS 2004-2025; No afiliados (vinculados) y atenciones particulares (Corte de recepción 2025/08/16) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2025, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2025/02/28).

Con respecto a la desagregación por grupo de edad se identifica que la mayoría de las atenciones se encuentra en el subgrupo de las RIAS de adultez es decir de los 27 a 59 años con el 38,0%, después el grupo de adultez mayor (mayores de 60 años) con 28,0%, seguido de juventud (18 a 26 años) con 16,1%, le sigue infancia con 7,8%, primera infancia 3,0% y por último menores de 1 año con 0,8%.

Gráfica 7 Usuarias atendidas por grupo de edad en Bogotá

Fuente. Numero de atenciones por trastornos en salud mental en mujeres por grupo de edad en Bogotá. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Planeación Sectorial. (2026, febrero). Reporte Consulta a RIPS 1675 (2025 11 13) Salud mental estándar y política indígena 2019- 2025 a partir de la compilación de Base de datos RIPS SDS 2004-2025; No afiliados (vinculados) y atenciones particulares (Corte de recepción 2025/08/16) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2025, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2025/02/28).

Llama la atención que en menores de 1 año las atenciones en mujeres fueron por diagnóstico de negligencia con el 37% del total de atenciones en menores de 1 año, seguido de atenciones por epilepsia que representan el 20,6% y en tercer lugar las atenciones por trastornos de la conducta alimentaria con el 20,2% de las atenciones. En el grupo de edad de 1 a 5 años la mayoría de las atenciones se dio por trastornos de la comunicación con el 62,8% de las atenciones, le sigue epilepsia con el 28,5% y en tercer lugar negligencia con el 27,5% de las atenciones. Para el grupo de infancia (6 a 13 años) la mayoría de las atenciones se dieron en primer lugar por trastornos específicos del aprendizaje (27,6%), trastorno por déficit de atención/hiperactividad (20,8%) y trastornos de la comunicación (14,1%). En el grupo de edad de 14 a 17 años la frecuencia de las atenciones es: En primer lugar, los trastornos de ansiedad primarios (24,4%), trastornos depresivos (17,2%) y epilepsia (11,4%). Para el grupo de 18 a 26 son: Trastornos de ansiedad primarios (28,2%), problemas relacionados el cuidado de la salud y estilo de vida (17,6%) y trastornos depresivos (16,1%). Para 27 a 59 años: Trastornos de ansiedad primarios (29,8%), problemas relacionados el cuidado de la salud y estilo de vida (13,3%) y trastornos depresivos (12,8%). Finalmente, para mayores de 60 años: trastornos de ansiedad primarios (17,9%), trastorno neurocognitivo mayor o leve – Alzheimer (17,5%), trastornos del sueño relacionados con la respiración (17,1%).

Con respecto a la localidad donde se realizó la atención se observa que las primeras tres localidades donde se hicieron atenciones de mujeres son Kennedy (13,4%), Usaquén (11,7%) y Suba (10,2%). Esta misma tendencia se repite para mujeres atendidas. Lo podemos observar en la siguiente gráfica.

Gráfica 8 Mujeres atendidas por trastornos de salud mental

Gráfico. Atenciones en mujeres por violencia por año en Bogotá. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Planeación Sectorial. (2026, febrero). Reporte Consulta a RIPS 1675 (2025 11 13) Salud mental estándar y política

indígena 2019- 2025 a partir de la compilación de Base de datos RIPS SDS 2004-2025; No afiliados (vinculados) y atenciones particulares (Corte de recepción 2025/08/16) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2025, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2025/02/28).

39. Sírvase informar detalladamente la oferta de estrategias, programas y servicios especializados en salud mental dirigidos a mujeres que ejercen labores del cuidado, implementados desde 2021 hasta la fecha, especificando para cada uno:

1. *Nombre del programa o estrategia*
2. *Entidad responsable*
3. *Objetivo y descripción*
4. *Presupuesto asignado y ejecutado por año*
5. *Número de mujeres atendidas, discriminado por tipo de acción*
6. *Localización territorial*
7. *Capacidad instalada de atención*
8. *Cobertura poblacional estimada.*
9. *Presupuesto asignado para su funcionamiento en 2026*

Desde la Secretaría Distrital de Salud no existe una programa o servicio especializado dirigido a mujeres que ejercen labores de cuidado que adelanten acciones especializadas en salud mental. La respuesta brindada a la pregunta 40 relacionada con el desarrollo de Sistema Distrital del Cuidado liderado por la Secretaría Distrital de la Mujer se enuncia su alcance respecto a los procesos adelantados en el Distrito Capital y la articulación intersectorial con esta Secretaría.

40. Sírvase informar detalladamente la atención psicosocial prestada a las mujeres que ejercen labores del cuidado en el marco del Sistema Distrital del Cuidado, desde el año 2021 hasta la fecha, indicando el presupuesto dirigido para tal fin en cada vigencia, el número total de mujeres atendidas, el número de mujeres remitidas o redirigidas al sistema de salud, el tipo de atención brindada y la discriminación de la información por localidad, Manzana del cuidado y estrato socioeconómico.

La atención psicosocial prestada a las mujeres que ejercen labores de cuidado en el marco del Sistema Distrital del Cuidado (SIDICU) se sustenta en una estructura normativa y programática que garantiza la sostenibilidad del sistema y la articulación sectorial:

1. En primer lugar, el Acuerdo Distrital 893 de 2023 (artículo 12) establece la obligación de asegurar su financiación con cargo a recursos del presupuesto distrital, aportes de las entidades que lo integran, cooperación nacional e internacional y demás fuentes complementarias.
- En segundo lugar, el Plan Distrital de Desarrollo 2024–2027 “Bogotá Camina Segura”, en su Programa 12 “Bogotá cuida a su gente”, incorpora el SIDICU como política estratégica del cuidado y define una programación plurianual de inversiones (PPI) que asigna metas y recursos a la Secretaría Distrital de la Mujer, como coordinadora del Sistema Distrital del Cuidado de Bogotá, con el fin de ampliar la cobertura y calidad de los servicios de cuidado, tanto fijos como móviles.
- En tercer lugar, el Decreto 415 de 2023 reglamenta el Sistema y determina las instancias de gobernanza, los criterios operativos y los modelos de ejecución (Manzanas del Cuidado, Buses del Cuidado,

Asistencia Personal y Unidades Operativas del Cuidado), que orientan la planificación y la asignación presupuestal sectorial.

- En cuarto lugar, la participación sectorial se soporta en el Convenio Interadministrativo 913 de 2021, prorrogado hasta el 30 de junio de 2028, cuyo objeto es aunar esfuerzos administrativos para la articulación de servicios intersectoriales en el marco del Sistema Distrital del Cuidado el cual articula acciones para la operación del SIDICU.

En este marco, es importante precisar que, la Secretaría Distrital de Salud (SDS) en relación con el presupuesto destinado para la ejecución de los servicios ofrecidos en el marco del Sistema Distrital de Cuidado (SIDICU) durante las vigencias 2023, 2024 y 2025, conforme al Acuerdo Distrital 893 de 2023 y al Decreto distrital 415 de 2023, no cuenta con un rubro presupuestal exclusivo para el SIDICU. La implementación de las acciones del sector salud en el marco del Sistema Distrital de Cuidado (SIDICU) se financia principalmente con recursos ordinarios del Distrito y con los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) –componente de Salud Pública– asignados anualmente para el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) y para la Gestión de la Salud Pública, los cuales están incluidos en el presupuesto anual del Distrito. Estos recursos provienen de la Secretaría Distrital de Salud y se ejecutan con cargo al presupuesto del nivel central.

El financiamiento cubre todas las acciones a desarrollar por las Subredes Integradas de Servicios de Salud, entidades responsables de la ejecución operativa en territorio a nivel local para dar cumplimiento al Sistema Distrital del Cuidado, así como los insumos necesarios para la atención individual, domiciliaria y comunitaria de las poblaciones vinculadas al SIDICU. Adicionalmente, se reporta la destinación de recursos específicos para estrategias como *“Escuchar para MAS Bienestar Mujer, la Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) Red de cuidado colectivo y casa a casa, consultorios o servicios amigables para las mujeres en salud, las acciones colectivas en las seis dimensiones del entorno hogar”*, correspondientes al año 2025.

Estos recursos se encuentran detallados en el anexo Pregunta 40 - Valor Proyectado operación de acciones en las Manzanas de Cuidado 2025.

Adicionalmente, la participación sectorial se soporta en el Convenio Interadministrativo 913 de 2021, prorrogado hasta el 30 de junio de 2028, cuyo objeto es aunar esfuerzos administrativos para la articulación de servicios intersectoriales en el marco del Sistema Distrital del Cuidado el cual articula acciones para la operación del SIDICU, aunque no asigna recursos propios, ya que la SDS ejecuta las actividades del Sistema con los presupuestos ya existentes en sus proyectos de inversión.

En este marco, la Secretaría Distrital de Salud hace parte de las entidades que conjuntamente garantizan la operación del Sistema Distrital de Cuidado en Bogotá, de esta manera, aporta a su funcionamiento a partir de la implementación de acciones y estrategias para alcanzar la complementariedad en la gestión de los riesgos en salud individuales y colectivos, así como para la respuesta resolutive dirigida a personas cuidadoras y personas que requieren cuidado cuyo sostenimiento destina presupuesto de proyectos inversión existentes para financiar el talento humano y el costo administrativo de manera diferencial en coherencia con el Modelo de Atención en Salud MÁS Bienestar y con los modelos

operativos del SIDICU: Manzanas del Cuidado, Buses del Cuidado, Asistencia Personal y Unidades Operativas del Cuidado.

Es importante mencionar que, el talento humano no es exclusivo para las acciones de las Manzana del Cuidado y la destinación de tiempo para la operación en el perímetro de cada manzana varía cada mes de acuerdo con la demanda y concertación de acciones en el territorio. En el anexo ya mencionado se desagrega el valor proyectado de sostenimiento de las acciones lideradas por la Secretaría de Salud en las manzanas de cuidado.

Además de las acciones, estrategias y servicios desarrollados en el modelo de operación Manzanas de Cuidado, el sector salud implementa acciones en los modelos de operación, Buses del Cuidado (Acciones colectiva), Asistencia en Casa y Otras Unidades Operativas (Atención Resolutiva en casa).

Respecto a la modalidad de Buses del Cuidado, entre los meses de enero-abril de 2024, la Secretaría Distrital de Salud ejecutó la suma de \$29.053.395 millones de pesos, a través de los convenios suscritos con las Subredes Integradas de Servicios de Salud, para el desarrollo de actividades de salud pública Colectiva durante las jornadas que ha programado la Secretaría Distrital de la Mujer.

Cabe aclarar que, conforme a lo dispuesto por la Secretaría Distrital de la Mujer, los Buses del Cuidado – tanto rurales como urbanos - tuvieron operación únicamente durante cuatro meses y finalizaron su funcionamiento en abril del 2024. La continuidad de las acciones depende de las directrices que emita dicha entidad, responsable de la licitación pública para esta modalidad. La Secretaría Distrital de la Mujer definió retomar con los buses del cuidado en el mes de noviembre de 2025.

En cumplimiento de lo dispuesto por el Acuerdo 893 de 2023, que institucionaliza el SIDICU, y el Decreto 415 de 2023, que lo reglamenta, la Secretaría Distrital de Salud (SDS), como entidad integrante del sistema y responsable del componente de cuidado y apoyo y del componente de respiro (artículo 2), ha desarrollado una oferta integral en salud en cada uno de estos cuatro modelos operativos, conforme a su competencia sectorial.

De esta manera, conforme al Decreto 415 de 2023 (Art. 22 al 28), la Secretaría Distrital de Salud desarrolla su oferta de servicios en cada modelo de operación del SIDICU:

- **Manzanas del Cuidado:** Prestación de servicios integrales desde equipamientos territoriales ancla.
- **Buses del Cuidado:** Estrategias móviles en territorios de difícil acceso o sin cobertura fija.
- **Asistencia Personal:** Atención domiciliaria y estrategias de respiro para personas cuidadoras.
- **Unidades Operativas del Cuidado:** Integración de servicios en infraestructuras existentes como centros de salud, jardines infantiles y bibliotecas.

La siguiente tabla relaciona la oferta del sector salud en todas las modalidades.

Tabla 15 Estrategias y servicios implementados por el sector salud en Manzanas

Estrategia	Descripción
------------	-------------

Escuchar MÁS bienestar mujer	Esta estrategia está orientada a mejorar las condiciones de calidad de vida y salud de las mujeres en toda su diversidad (etapa de curso de vida, identidad, condición, situación) en los territorios sociales, dando respuestas integradas a las necesidades identificadas, enmarcado en el Modelo de Atención en Salud de Bogotá MAS Bienestar. Se busca garantizar el acceso, la oportunidad y la calidad de los servicios de salud, abordando de manera integral temas como identificación y prevención de la violencia intrafamiliar y de género, el maltrato infantil y la violencia sexual, así como la prevención y el cuidado de su salud física y mental. También se han enfocado en la detección temprana y gestión del riesgo de enfermedades no transmisibles como el cáncer de mama, cáncer de cuello uterino y la hipertensión, enfermedades transmisibles como el VIH y sífilis y el ejercicio de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, promoviendo el conocimiento sobre el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y las sentencias C 355 de 2006 y C 055 de 2022.
Dispositivos comunitarios de cuidado colectivo – Rehabilitación Basada en Comunidad - RBC: Red de Cuidado Colectivo de Rehabilitación Basada en Comunidad	Esta estrategia trabaja acciones colectivas en entorno comunitario, actualmente se desarrolla la acción “Grupos de soporte emocional para personas con discapacidad y personas cuidadoras”, con una dupla (profesional en psicología y agente de cambio de RBC), con actividades de educación en salud y empoderamiento encaminadas a promover bienestar emocional y social. Se centra en brindar herramientas para que, a largo plazo las personas apropien en su vida cotidiana cómo gestionar sus emociones, sentimientos y necesidades en situaciones difíciles que generen tensión.
Rehabilitación Basada en Comunidad - RBC: Casa a Casa.	En el marco de los Equipos Básicos Extramurales en Hogar (EBEH) se realiza visita domiciliaria a familias con personas con discapacidad, la cual tiene como objetivo empoderar a las personas y sus familias en el ejercicio de sus derechos, prácticas de cuidado, ajustes razonables para la persona con discapacidad, educación en salud, conocimiento y uso de rutas de atención en salud y sociales, capacidades para la autogestión, participación en redes de apoyo y en la oferta distrital. Incluye el proceso MAS Bienestar para la persona cuidadora, con servicios de temporales de Auxiliar de cuidado domiciliario a cuidadores mayores de edad con el propósito de atender necesidades en salud de la persona cuidadora y favorecer su bienestar, cuando se identifica sobrecarga en la labor del cuidado
Acciones Colectivas en las 6 Dimensiones	Estas acciones se relacionan con las dimensiones de salud priorizadas en la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género de Bogotá. Involucran temas de vida saludables y condiciones no transmisibles, vidas saludables y condiciones transmisibles, salud mental y convivencia, sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos, seguridad alimentaria y nutricional, salud y trabajo. Se desarrollan de manera itinerante en distintos equipamientos de las Manzanas de Cuidado o en los domicilios de las personas sujeto del Sistema Distrital de Cuidado y están dirigidas a la identificación de riesgos en salud, apropiación de prácticas de cuidado, la transformación de hábitos no saludables y la gestión de riesgos inicialmente identificados.
Consultorios de atención integral en salud o servicios amigables de salud para mujeres	Estos servicios han sido fundamentales para fortalecer las acciones que aseguran el derecho a la salud plena de las mujeres diversas y diferentes, tanto a nivel sectorial como intersectorial fortaleciendo en el reconocimiento y eliminación de barreras de acceso reduciendo las inequidades de género. Cada uno de estos servicios, cuenta con personal de salud capacitado y sensibilizado desde los enfoques de género, diferencial/poblacional de derechos y territorial, lo que ha facilitado un mejor acceso a la atención tanto individual como colectiva. Se hace especial énfasis en la promoción y el mantenimiento de la salud, así como en la coordinación de acciones entre diferentes sectores para cerrar las brechas de inequidad.

Fuente: Creación propia, Secretaría Distrital de Salud

En el marco de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), la actividad *Más Bienestar para la Persona Cuidadora* liderada por el Sector salud, se articula

con el Sistema Distrital de Cuidado (SIDICU), dirigido por la Secretaría Distrital de la Mujer, con el propósito de fortalecer la garantía de derechos y el acceso a la oferta institucional disponible en el territorio.

A través de esta articulación, se gestiona la inclusión de personas cuidadoras a servicios complementarios ofrecidos en el marco de este sistema para mitigar la sobrecarga asociada al cuidado.

En este sentido, los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar desarrollan la acción integrada e integral de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), en la cual desarrollan intervenciones dirigidas a personas con discapacidad y sus personas cuidadoras (tanto mujeres como hombres), orientadas a fortalecer las capacidades familiares para el cuidado y protección, así como a promover el bienestar de quienes ejercen labores de cuidado. Esta línea de trabajo busca contribuir a la reconstrucción del proyecto de vida de la persona cuidadora, favorecer su vinculación a redes comunitarias y prevenir complicaciones asociadas a la sobrecarga física y emocional derivada de esta labor.

En el marco del Plan de Bienestar, y específicamente mediante la estrategia *MAS Bienestar para la Persona Cuidadora*, se implementan actividades interdisciplinarias dirigidas a personas cuidadoras con identificación de sobrecarga, independientemente de su edad. Estas acciones son desarrolladas por un equipo interdisciplinario.

Esta estrategia incluye acciones orientadas a acompañamiento emocional y psicosocial, fortalecimiento de la salud mental de las personas cuidadoras, promoción de estrategias de afrontamiento, potenciar prácticas de autocuidado y fomentar la corresponsabilidad familiar. Este acompañamiento se fundamenta en la abolición del estigma, el respeto por las diferencias y libertades individuales, la garantía de espacios privados, la escucha activa y la empatía, en coherencia con las guías mhGAP (Mental Health Gap Action Programme) de la Organización Mundial de la Salud.

Durante el periodo comprendido entre agosto de 2022 y julio de 2024, la estrategia implementada correspondió al Relevo domiciliario a cuidadores. Posteriormente, a partir de octubre de 2024, con la puesta en marcha del Plan de Desarrollo “Bogotá Camina Segura”, se adopta la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), la cual permitió complementar y fortalecer las acciones desarrolladas, en el marco de la articulación con el Sistema Distrital de Cuidado.

Ahora bien, considerando que la operación de los Equipos MAS Bienestar en tu Hogar se implementa mediante la suscripción de convenios interadministrativos entre la Secretaría Distrital de Salud – Fondo Financiero Distrital de Salud y las Subredes Integradas de Servicios de Salud, en su calidad de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, a continuación se presenta el presupuesto asignado para las estrategias mencionadas, en el marco de la ejecución de los convenios, correspondiente a las vigencias 2022 a 2025, así:

Tabla 16. Ejecución del presupuesto dirigido a la estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad – MAS Bienestar para la Persona Cuidadora

Convenio	Total
Convenio 002 2022 de agosto 2022 a abril 2023	\$2.760.355.048

Convenio 002 2023 de mayo 2023 a julio 2024	\$2.983.529.845
Convenios EBEH 17 octubre 2024 09 de diciembre 2024	\$122.627.820
Convenios EBEH 10 diciembre 2024 30 de septiembre 2025	\$1.267.173.554
Convenios vigencia 01 octubre a 30 junio 2027	\$6.662.211.732*
Total	\$13.795.897.999

Fuente: Matriz programática y presupuestal (agosto 2022 – julio 2024)

Plan programático y presupuestal PPP (2024-2025)

Nota *: este presupuesto se encuentra en ejecución toda vez que es un convenio con vigencias futuras hasta el año 2027.

Entre 2022 y mayo de 2024 las acciones de relevo a la persona cuidadora se dirigían a todas las familias identificadas por los Equipos de Atención en Casa que ejercían labores de cuidado sin tener un criterio de priorización relacionado con el nivel de carga. No obstante, a partir de octubre de 2024 y durante 2025, se fortalece la acción con la implementación de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), cuyo propósito es avanzar en un desarrollo inclusivo de participación e incidencia de las personas con discapacidad y la persona cuidadora, en esta se incluye la una acción específica orientada a la persona cuidadora que presenta una sobrecarga moderada o severa. Este nivel de sobrecarga se establece como criterio de focalización para el proceso de relevo en la labor del cuidado, permitiendo una respuesta más priorizada, diferencial y acorde con las necesidades identificadas.

Teniendo en cuenta lo anterior, a partir de octubre de 2024 se presentan los datos de las personas intervenidas en el marco de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad y dentro de estos, aquellas familias con cuidadora mujer que se identifican con sobrecarga en la labor del cuidado moderada o severa y que fueron susceptibles de intervención en el marco de MAS Bienestar para la persona cuidadora.

Respecto a la ubicación de las manzanas del cuidado, estas actualmente son 27 y se localizan en 19 localidades de la ciudad de Bogotá, algunas de ellas cuentan con más de una manzana de acuerdo con la demanda del territorio. El directorio de las manzanas del cuidado puede ser consultada en la página del Sistema Distrital del Cuidado, enlace: <https://manzanasdelcuidado.gov.co/donde-encontrarlas/>

Desde su puesta en marcha en Bogotá, el Sistema Distrital del Cuidado (SIDICU) ha contado con la participación del sector salud, el cual ha operado a través de sus cuatro modelos organizativos: Manzanas del Cuidado, Buses del Cuidado, Asistencia en Casa y Unidades Operativas del Cuidado. Entre el 1.º de marzo de 2020 al 31 de octubre de 2025, se han registrado 388.375 personas atendidas, según datos del sistema INFOCUIDADO disponible en: <https://infocuidadoapp.eastus.cloudapp.azure.com/total-sistema>. Ver Anexo Pregunta 40. Personas atendidas marzo 2020 – octubre 2025 SDS-SIDICU

- **Sexo**

Respecto al sexo de la población atendida en salud en todas las modalidades del SIDICU, La predominancia de personas con sexo mujer es 273.814 (70,7 %).

Por otro lado, a la luz del enfoque de género que marca el accionar del SIDICU, el sistema registra que el 70,7 % de las personas atendidas fueron femeninas (273.814), mientras que el 28,9 % fueron masculinas (112627), y en menor proporción se identificaron personas transgénero (138) y no binarias (14), lo cual es consistente con el enfoque de género del sistema, al reconocer que son las mujeres quienes asumen en mayor proporción el trabajo de cuidado no remunerado.

Tabla 17 Número de personas atendidas en salud en todas las modalidades del SIDICU por sexo.

Sexo	Personas
Mujer	273.814
Hombre	112.627
Sin Información	1.934
Total general	388.375

Fuente: Sistema de Información de Cuidado INFOCUIDADO, fecha de corte: 1 de marzo de 2020 al 31 de octubre de 2025. link: <https://infocuidadoapp.eastus.cloudapp.azure.com/total-sistema>

- **Localidad**

En términos de localidad de las personas atendidas en el sector salud, se destaca que las mayores atenciones se registran en localidades como Bosa (61.443 personas), y Ciudad Bolívar (51.125) Usme (46.925) y Kennedy (40.989), las cuales concentran históricamente una alta carga de cuidado y condiciones de vulnerabilidad socioeconómica. Este patrón territorial evidencia una focalización efectiva basada en determinantes sociales de la salud.

Tabla 18 Número de personas atendidas en salud en todas las modalidades del SIDICU por tipo de población.

Localidad	Personas
Bosa	61.443
Ciudad Bolívar	51.125
Usme	46.925
Kennedy	40.989
Suba	27.648
San Cristóbal	23.413
Engativá	22.579
Santafé	18.312
Rafael Uribe Uribe	15.247
Usaquén	15.315
Fontibón	13.956
Tunjuelito	10.873
Chapinero	8.248
Puente Aranda	8.552
Los Mártires	8.211
Antonio Nariño	8.249
Barrios Unidos	2.502

La Candelaria	2.464
Sumapaz	1274
Teusaquillo	1050
Total general	388.375

Fuente: Sistema de Información de Cuidado INFOCUIDADO, fecha de corte: 1 de marzo de 2020 al 31 de octubre de 2025. link: <https://infocuidadoapp.eastus.cloudapp.azure.com/total-sistema>

- **Estrato:** Es importante aclarar que la variable **estrato socioeconómico no se encuentra reportada** en INFOCUIDADO, por lo tanto, no es posible realizar análisis en ese sentido desde el sector salud.

41. *Sírvase informar detalladamente el número de consultas y atenciones realizadas por el sistema de salud del Distrito Capital a mujeres, derivadas de casos de violencia de género, violencia intrafamiliar y violencia sexual, desde el año 2021 hasta la fecha, discriminando la información por año, localidad y tipo de violencia.*

El tipo de violencia más frecuentemente registrado en atenciones de mujeres fue el abuso sexual con el 42,5% del total de atenciones, seguido de negligencia con 31%, maltrato físico 14,9%, otros tipos de maltrato 9,5% y maltrato psicológico con 2,1%. Esto se puede observar mejor en la gráfica que se muestra a continuación. Sin embargo, en cuanto a mujeres atendidas es más frecuente la negligencia, seguida del abuso sexual y en tercer lugar el maltrato físico, esto se ve en la gráfica.

Grafica 9 Atenciones en mujeres por violencia en Bogotá

Gráfico Atenciones en mujeres por violencia por año en Bogotá. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Planeación Sectorial. (2026, febrero). Reporte Consulta a RIPS 1675 (2025 11 13) Salud mental estándar y política indígena 2019- 2025 a partir de la compilación de Base de datos RIPS SDS 2004-2025; No afiliados (vinculados) y atenciones particulares (Corte de recepción 2025/08/16) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2025, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2025/02/28).

Gráfica 10 Mujeres atendidas por violencia por año en Bogotá

Gráfico Atenciones en mujeres por violencia por año en Bogotá. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Planeación Sectorial. (2026, febrero). Reporte Consulta a RIPS 1675 (2025 11 13) Salud mental estándar y política indígena 2019- 2025 a partir de la compilación de Base de datos RIPS SDS 2004-2025; No afiliados (vinculados) y atenciones particulares (Corte de recepción 2025/08/16) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2025, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2025/02/28).

Llama la atención que la atención a la violencia sexual se realiza principalmente en grupos de menores de edad que no pueden consentir, esto podría tener que ver con la activación de rutas institucionales que tengan que ver con el restablecimiento de derechos en menores de edad, sin embargo, es posible que exista un subregistro en mayores de edad en relación con factores sociales y personales que se convierten en barrera para el acceso a los servicios de salud y las rutas integrales para el restablecimiento de derechos. La violencia física y psicológica se atiende más frecuentemente en mujeres del grupo de edad de 27 a 59 años y la negligencia es más común en menores de edad. Para consultar el detalle remitirse al archivo anexo pregunta 41.

42. *Sírvase informar detalladamente el porcentaje de mujeres con diagnóstico en salud mental que han recibido tratamiento adecuado en el Distrito Capital desde el año 2021 hasta la fecha, discriminando la información por año, localidad, zona urbana o rural, edad, estrato socioeconómico y subred integrada de servicios de salud responsable de la atención.*

Con respecto a la información de atenciones de la red adscrita se identificó que la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente fue la que más atenciones y mujeres atendidas tuvo en el periodo de tiempo seleccionado, le sigue la Subred Centro Oriente, continua la Subred Sur y por último la Subred Norte. Esto se puede ver en las siguientes gráficas

Gráfica 11 Mujeres atendidas en la red adscrita por localidad y año en Bogotá

Gráfico Mujeres atendidas en la red adscrita por localidad y año en Bogotá. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Planeación Sectorial. (2026, febrero). Reporte Consulta a RIPS 1675 (2025 11 13) Salud mental estándar y política indígena 2019- 2025 a partir de la compilación de Base de datos RIPS SDS 2004-2025; No afiliados (vinculados) y atenciones particulares (Corte de recepción 2025/08/16) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2025, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2025/02/28).

Gráfica 12 Atenciones a Mujeres en la red adscrita por localidad y año en Bogotá

Gráfico Atenciones a mujeres en la red adscrita por localidad y año en Bogotá. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Planeación Sectorial. (2026, febrero). Reporte Consulta a RIPS 1675 (2025 11 13) Salud mental estándar y política indígena 2019- 2025 a partir de la compilación de Base de datos RIPS SDS 2004-2025; No afiliados (vinculados) y atenciones particulares (Corte de recepción 2025/08/16) y Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2025, población contributiva y subsidiada. (Corte de recepción 2025/02/28).

43. *Sírvase informar detalladamente el número de casos identificados por el Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Violencia Sexual (SIVIM) que hayan incluido atención en salud mental, desde el año 2021 hasta la fecha, indicando la evolución anual de dichos casos y la articulación con la red de servicios de salud mental del Distrito.*

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 la violencia intrafamiliar en sus diferentes tipologías (física, sexual, emocional, económica, negligencia y abandono), en los diferentes cursos de vida 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), Instituciones Educativas Distritales (IED) públicas y privadas, el sistema de alertas de la Secretaría de Educación Distrital (SED), organizaciones de sociedad civil, canales de atención a ciudadanos y de origen comunitario. Los datos recabados por el SIVIM pueden consultarse a través del Observatorio de salud (SaluData) en el siguiente enlace: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/violencia-intrafamiliar/>.

Es importante indicar, que una persona puede ser víctima de múltiples tipos de violencia en el marco de las relaciones familiares o con vínculos afectivos (emocional, física, sexual, económica, negligencia y abandono) por el mismo agresor o por otro(s). Todos los casos que ingresan al Subsistema de Vigilancia en Salud Pública de la Violencia Intrafamiliar y de Género (SIVIM) son sospechosos como lo establece el protocolo del evento 875 (violencia

intrafamiliar y de género) del Instituto Nacional de Salud (INS) y la información registrada en el SIVIM es a partir del autoreporte de la víctima, acudientes o familiares.

Es importante indicar, que una persona puede ser víctima de **múltiples tipos de violencia** en el marco de las relaciones familiares o con vínculos afectivos (emocional, física, sexual, económica, negligencia y abandono) por el **mismo agresor o por otro(s)**. Todos los casos que ingresan al Subsistema de Vigilancia en Salud Pública de la Violencia Intrafamiliar y de Género (SIVIM) son **sospechosos** como lo establece el protocolo del evento 875 (violencia intrafamiliar y de género) del Instituto Nacional de Salud (INS) y la información registrada en el SIVIM es a partir del **autoreporte** de la víctima, acudientes o familiares.

Los casos de violencia intrafamiliar y de género en sus diferentes tipologías que ingresan al SIVIM deben contar previamente con la remisión a protección y reporte (denuncia) a justicia por parte de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), Empresas Administradoras de Planes de Beneficios en Salud (EAPB) o entidad de orden distrital o nacional como lo establece la normatividad vigente asociada a la atención de víctimas de violencia y para el caso de la violencia sexual lo dispuesto en la Resolución 0459 de 2012 en el paso N° 12 *“Derive hacia otros sectores involucrados en la atención inicial del caso de violencia sexual: de manera simultánea, el sector salud debe activar el sector justicia, preferiblemente Fiscalía, Policía Judicial – SIJIN, DIJIN, CTI o, en su defecto, informar a la Policía Nacional – estaciones de policía, líneas de denuncia, entre otras, de acuerdo con los procedimientos para la activación de la ruta intersectorial establecidos en el Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. La responsabilidad sobre la activación de las rutas de protección y justicia debe darse de manera simultánea y asegurar que estos sectores dan continuidad al proceso de restablecimiento de los derechos vulnerados a las víctimas de acuerdo con su competencia”* y del paso N° 13.3 *“Efectúe los procedimientos de vigilancia en salud pública de la violencia sexual que correspondan”*.

Por lo anterior, en el marco de la Ruta Integral de Atención en Salud a Agresiones, Accidentes, Traumas y Violencias (RIA AATV), los casos identificados con alguna tipología de violencia intrafamiliar; las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios en Salud (EAPB), deben adelantar el proceso de acompañamiento y gestión en riesgo en salud para esto se cuenta a nivel distrital con el Sistema de Referencia y Contrarreferencia (SIRC), a través del cual los subsistemas de vigilancia epidemiológica de eventos prioritarios en salud mental canalizan los casos que requieren atención integral en salud una vez realizada la investigación epidemiológica de campo (IEC) dentro de la cual se realiza la caracterización, orientación, monitoreo, intervención en crisis (si es requerida) o canalización al portafolio institucional según su competencia para la atención integral en salud, la restitución o protección de derechos y el acceso a la justicia; tanto de la víctima como de sus familiares. Dentro de estas instituciones se encuentran: el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la Fiscalía General de la Nación, la Secretaría Distrital de Integración Social, la Secretaría Distrital de la Mujer, la Secretaría Distrital de Gobierno, la Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia, la Personería, la Policía Nacional, entre otras. Los casos sin abordar o fallidos son canalizados a través de la matriz de derivación directamente desde nivel central al SIRC.

Entre los años 2021 y 2025²¹ se han notificado 219.437 casos sospechosos de violencia intrafamiliar y de género al SIVIM, de estos el 69,7% (n=153.024) la víctima es una mujer y el 30,3% (n=66.413) es un hombre. Lo anterior, representa una razón de sexo de dos (2)

²¹ Datos preliminares y susceptibles de ajustes.

casos aproximadamente donde la víctima es una mujer por un caso que se presenta en un hombre. Frente al curso de vida, se observa que 63,8% (n=140.040) de los casos se concentran en niños, niñas y adolescentes distribuidos de la siguiente manera: primera infancia (0 a 5 años) con un 15% (n=32.874), infancia (6 a 11 años) con el 20,8% (n=45.714) y en la adolescencia (12 a 17 años) con un 28% (n=61.452).

Tabla 19. Casos notificados de violencia intrafamiliar y de género según curso de vida y sexo de la víctima. Bogotá D.C

Curso de vida	2021			2022			2023			2024			2025p		
	Hombr e	Mujer	Total	Hombr e	Mujer	Total	Hombr e	Mujer	Total	Hombr e	Mujer	Total	Hombr e	Mujer	Total
Primera Infancia	2.793	3.078	5.871	3.044	3.299	6.343	3.299	3.282	6.581	3.728	3.592	7.320	3.372	3.387	6.759
Infancia	2.125	2.636	4.761	3.329	4.243	7.572	4.745	5.126	9.871	5.794	5.627	11.421	6.409	5.680	12.089
Adolescencia	1.613	6.146	7.759	2.604	9.729	12.333	3.433	9.601	13.034	4.262	9.942	14.204	4.568	9.554	14.122
Juventud	596	4.924	5.520	698	5.926	6.624	749	5.901	6.650	840	6.037	6.877	894	6.017	6.911
Adulthood	577	4.442	5.019	795	5.672	6.467	883	6.625	7.508	1.143	7.422	8.565	1.137	7.476	8.613
Vejez	437	973	1.410	565	1.414	1.979	615	1.620	2.235	772	1.911	2.683	594	1.742	2.336
Total	8.141	22.199	30.340	11.035	30.283	41.318	13.724	32.155	45.879	16.539	34.531	51.070	16.974	33.856	50.830

Fuente: Secretaría Distrital de Salud - Subdirección de Vigilancia en Salud Pública - Subsistema de Vigilancia en Salud Pública de la Violencia Intrafamiliar y de Género (SIVIM). Base 2025: Datos preliminares y susceptibles ajustes con corte al 15/01/2026.

Con respecto a la localidad de residencia de la víctima, se encuentra que entre 2021 y 2025 el 52,1% (n=114.288) de los casos se concentran en: Kennedy con el 13,9% (n=30.595), Ciudad Bolívar con el 13,7% (n=29.971), Suba con el 12,4% (n=27.127) y Bosa con el 12,1% (n=26.595).

44. *Sírvase informar detalladamente y remitir copia de los estudios, diagnósticos e investigaciones realizados por la Administración Distrital desde el año 2021 hasta la fecha sobre la relación entre el trabajo del cuidado y el estado de salud mental, indicando la entidad responsable de su elaboración, el año de realización, los principales hallazgos y la forma en que dichos resultados han sido incorporados en la formulación, ajuste o evaluación de políticas públicas distritales.*

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C en convenio de cooperación técnica con la oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito para la Región Andina y el Cono Sur, adelantó en 2023 el estudio probabilístico y multietápico de salud mental con desagregación local, rural y urbana. El tamaño muestral del componente cuantitativo del estudio ascendió a 15.151 personas y la recopilación de los datos se realizó a través de encuestas de hogar.

En relación con el componente cualitativo de dicho estudio se evaluaron los efectos en la salud mental de la pandemia por la COVID 19 durante el periodo de mayor criticidad. Se adelantaron 29 grupos focales y 52 entrevistas a profundidad. Los grupos de referencia para llevar a cabo el estudio incluyeron educadores y cuidadores de niñas y niños menores de seis años, educadores de niños y niñas entre 7 y 17 años, personal de salud, personal de hogares de paso y comunidades de apoyo, conductores y trabajadores del espacio público, desempleados, adolescentes desescolarizados y desescolarizadas, personal de

atención al público en establecimientos cerrados y personal que no atendía público (independientes y dedicados al cuidado del hogar).

El objetivo general del estudio se dirigió a generar información sobre el estado en salud mental de grupos poblacionales específicos, a través de la aplicación de instrumentos de alta sensibilidad, validados, sencillos; según variables demográficas básicas, localidades, población urbana/rural y agrupación de síntomas.

Dentro de los objetivos específicos cabe mencionar: a) comprender la percepción y el estado de la salud mental de los habitantes de Bogotá a nivel de localidad, por zona, por género y edad; b) profundizar en los trastornos mentales y del comportamiento de los habitantes de Bogotá; c) conocer la cobertura cantidad y la calidad de la prestación del servicio de salud mental en Bogotá y d) aportar información al Distrito para la implementación de políticas públicas de salud y salud mental.

Dentro de los hallazgos más significativos se encontraron:

- Satisfacción con el estado de salud mental.
- Aumento progresivo en el consumo de alcohol, tabaco y cigarrillo en población adulta con estabilidad económica y laboral e inició en población que previamente no consumía, relacionado con fácil acceso y supresión de factores de riesgo y control asociados al consumo de alcohol.
- Usos asociados a la resolución de condiciones propias del confinamiento como conciliar el sueño y concentración para el desarrollo de actividades laborales o académicas, Estrategia de afrontamiento de los procesos de duelo y pérdida.
- Aumento en el uso de marihuana y de vapeadores (como reemplazo del tabaco tradicional).
- Aumento de uso y abuso de medicamentos de prescripción médica, antidepresivos y ansiolíticos.
- Reporte de consumo de cocaína y bebidas energizantes en algunos profesionales de la salud asociado a la superación del cansancio.
- Conflictos por convivencia: violencia física y psicológica, abuso de alcohol en hombres adultos mayores, casos de ideación y muerte por suicidio.
- Trastornos mentales diagnosticados previos al estudio e indicios de trastornos en diferentes segmentos de población y etapas de ciclo vital.

La síntesis de los resultados del estudio y los resultados de los componentes cualitativo y cuantitativo puede ser consultada en:

https://storage.googleapis.com/saludata_descargas/Salud_Mental/Estudio%20salud%20mental.pdf

En relación con las acciones derivadas de los hallazgos podemos enumerar las siguientes:

1. En relación con el consumo de sustancias psicoactivas en el Distrito Capital se implementa la estrategia de salud pública denominada “*SPAcios de bienestar*” que, a través de la prevención selectiva e indicada, busca abordar los riesgos asociados al consumo de sustancias psicoactivas (SPA. Lo anterior, a través de intervenciones diferenciales ajustadas a las características, los riesgos y las potencialidades de cada grupo poblacional desde donde se implementa.
2. El plan de prevención y atención a la conducta suicida que hace parte del plan de acción de la política distrital de salud mental contiene acciones sectoriales tanto desde las

acciones individuales como colectivas, así como aquellas relacionadas con la gestión de la salud pública.

3. Investigaciones evaluativas en curso relacionadas con algunas intervenciones en salud mental desarrolladas con aportes de la agencia ATENEA - Agencia Distrital para la Educación Superior, la Ciencia y la Tecnología de Bogotá.
4. Acciones cuidadoras de la salud mental, la convivencia social y el bienestar emocional con enfoque poblacional diferencial y de género en los entornos de vida cotidiana.
5. Estrategia intersectorial de Rehabilitación Basada en la Comunidad en salud mental.
6. Acciones para el fortalecimiento de habilidades adaptativas psicosociales.

45. Sírvase informar detalladamente, para cada uno de los compromisos establecidos en la Política Pública de Salud Mental de Bogotá, el avance anual en los indicadores definidos, el presupuesto asignado y ejecutado en cada vigencia, las metas previstas para cada periodo y el estado actual de cumplimiento de dichos compromisos, desde el inicio de su implementación hasta la fecha.

Acorde a la metodología planteada para la formulación de políticas públicas a partir del CONPES Distrital, los planes de acción no concretan necesariamente “compromisos” (como lo plantea el interrogante) sino productos que responden a indicadores específicos y que promueven el desarrollo de acciones a nivel territorial. En ese sentido, el plan de acción de la política de salud mental contempla 26 productos con responsables tanto del sector salud como de otros sectores.

Acorde a lo solicitado, se adjunta en archivo Excel el resultado del seguimiento realizado con corte al segundo semestre de 2025 incluyendo el avance de anual de cada indicador, las metas programadas para cada periodo y la ejecución acumulada de estas desde el inicio de la implementación. Es de aclarar que dicha información es preliminar dado que se encuentra en proceso de revisión y validación por parte Secretaría Distrital de Planeación. En el procedimiento establecido para el seguimiento de los planes de acción, esta información puede requerir ajustes en este proceso de revisión por lo cual se aclara que la aquí presentada es de carácter preliminar, en un formato de seguimiento adaptado para esta respuesta. (Ver Anexo Pregunta 45: Seguimiento plan acción SM).

46. Sírvase informar detalladamente los avances en la implementación de la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) en Salud Mental desarrollada a través del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, desde el inicio de su ejecución hasta la fecha, indicando las acciones realizadas, el presupuesto asignado y ejecutado por año, el número de personas beneficiadas y el impacto específico de dicha estrategia en las mujeres que ejercen labores del cuidado.

La Rehabilitación Basada en Comunidad - RBC, es una estrategia multisectorial e integral que busca llevar a la práctica acciones de articulación entre diferentes actores (sociales, institucionales, intersectoriales, entre otros) involucrados en la rehabilitación y atención de los problemas, trastornos mentales y las afectaciones psicosociales, con el fin de generar procesos comunitarios de salud mental que descongestionen y complementen los servicios existentes, generando un proceso integral de salud mental capaz de responder a necesidades territoriales que redunden en la inclusión y participación de las personas en todos los aspectos de la vida comunal, igualdad de oportunidades y eliminación de barreras, disminución del estigma y discriminación, reducción de la pobreza y promoción y prevención en salud mental. Esta estrategia es implementada en el marco del Plan de Salud Pública

de Intervenciones Colectivas (PIC) e inició su ejecución en el año 2023 y actualmente se encuentra en implementación.

Es así como desde la implementación de acciones en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PSPIC, la Rehabilitación en Salud Mental Basada en la Comunidad, se implementa como un proceso continuo y coordinado asociado a la educación para la salud pública en el marco de la atención primaria social con el desarrollo de temáticas a través de equipos interdisciplinarios que generan lectura territorial para la conformación de los grupos.

En su desarrollo, las acciones realizadas se viabilizan por medio de sesiones colectivas conformando grupos de apoyo; estos grupos reúnen a personas con experiencias similares, ofreciendo un espacio seguro para compartir, aprender y desarrollar estrategias de afrontamiento involucrando a la comunidad en la promoción de la salud mental, la gestión colaborativa y el reconocimiento del colectivo de personas que se reúne en torno a un objetivo concreto, la potencia sinérgica y la movilización del individuo a través de la experiencia del otro.

A través de metodologías construccionistas, crítico-reflexivas, participativas y artísticas, las sesiones aportan a la transformación del estigma en torno a la salud mental, ya sea con personas con afectaciones psicosociales o con población general potenciando las capacidades humanas y sociales.

En cuanto a la ejecución esta se presenta a continuación en la siguiente tabla:

Tabla 20. Personas participantes de la Estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad 2023- 2025

Año	Número de personas beneficiadas
2023	1.488 grupos de apoyo y participación de 6.138 personas.
2024	880 sesiones en grupos de apoyo 8.219 personas
2025	545 grupos de apoyo 24.647 personas.

Fuente: Seguimiento RBC Política de Salud Mental 2023 – 2025

Es importante mencionar que la rehabilitación basada en comunidad es dirigida a población general y no específicamente orientada a la participación de mujeres que ejercen labores de cuidado, por lo que no es posible dar a conocer aspectos de la operación de dicha estrategia en términos de impacto específico. En cuanto al presupuesto del presente periodo de gobierno se adjunta anexo (Anexo 46. Ejecución 2024_2025).

Finalmente, para el presente año la estrategia continua su ejecución como una de las respuestas en salud mental enmarcadas en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas en el marco de lo enunciado previamente desde la educación para la salud en salud mental.

47. *Sírvase informar detalladamente los avances anuales de la Estrategia Comunitaria de Prevención en Salud Mental, en el marco de la Política Pública Distrital de Salud Mental, orientada a la identificación de riesgos, el cuidado a cuidadores y el apoyo*

comunitario, desde el año 2023 hasta la fecha, indicando su cobertura territorial, presupuesto asignado, número de beneficiarias y resultados alcanzados, en particular respecto de las mujeres cuidadoras.

De acuerdo con lo indicado en el numeral 45, la Política Pública Distrital de Salud Mental estructura su plan de acción a partir de productos y resultados, los cuales orientan el accionar territorial en los procesos estratégicos definidos para las diferentes poblaciones. En ese sentido, es pertinente precisar que el plan de acción no contempla una “Estrategia Comunitaria de Prevención en Salud Mental” bajo esa denominación específica. No obstante, la planeación técnica y operativa de la política incorpora un conjunto de intervenciones territoriales que trascienden el componente preventivo e incluyen acciones de promoción del bienestar emocional, identificación temprana de riesgos, activación de rutas de atención, participación social, vigilancia epidemiológica, acompañamiento ante riesgos identificados, entre otros.

Estas acciones se desarrollan a través de los siguientes productos contemplados en el plan de acción de la Política:

- 1.1.1 Acciones cuidadoras de la salud mental, la convivencia social y el bienestar emocional con enfoque poblacional diferencial y de género en los entornos de vida cotidiana
- 1.1.2 Estrategia intersectorial de Rehabilitación Basada en la Comunidad en salud mental
- 1.2.1. Acciones para el fortalecimiento de habilidades adaptativas psicosociales
- 1.2.2. Plan intersectorial de prevención y atención a la conducta suicida con enfoque poblacional, diferencial y de género
- 1.3.5. Atención domiciliaria resolutoria en salud mental en el marco de la Guía MhGap (Mental Health Gap Action Programme).
- 2.1.1. Estrategias y herramientas de comunicación en Salud Mental en el Distrito Capital
- 2.2.2. Instancias de participación local en torno a la salud mental
- 3.1.3 Sistemas de información de los eventos prioritarios en salud mental

Bajo este contexto, los avances anuales desde 2023 se han orientado al fortalecimiento del trabajo territorial con comunidades, familias y redes de cuidado, priorizando la identificación oportuna de riesgos en salud mental, el acompañamiento a cuidadores y el desarrollo de procesos en los entornos de vida cotidiana, con cobertura progresiva en las localidades del Distrito conforme a la programación de metas del Plan de Acción. La información específica de cobertura y resultados alcanzados se encuentran vinculados al Anexo Pregunta 45: Seguimiento plan acción SM, sin embargo, las variables y enfoques contemplados para el reporte no desagregan información específica de “mujeres cuidadoras”.

En consecuencia, las acciones descritas corresponden a la implementación del enfoque de salud mental comunitaria contemplado en la Política Pública Distrital, el cual promueve el cuidado colectivo, la corresponsabilidad social y la intervención intersectorial para la protección del bienestar emocional y la prevención de riesgos en salud mental en los territorios.

48. Sírvase informar detalladamente las acciones anuales adelantadas por la Administración Distrital para promover la conformación de redes comunitarias de cuidadores en salud mental, en el marco de la Política Pública Distrital de Salud Mental, desde el año 2023 hasta la fecha indicando el número de redes creadas o fortalecidas, su localización territorial, el presupuesto asignado, las entidades

responsables y los resultados obtenidos desde el inicio de la estrategia hasta la fecha.

En el marco de la Política Pública Distrital de Salud Mental, es pertinente precisar que no se contempla una estrategia específica orientada exclusivamente a la creación formal de “redes comunitarias de cuidadores en salud mental” como producto independiente con metas de constitución administrativa.

No obstante, la Administración Distrital ha adelantado de manera sostenida, desde 2023, un conjunto de acciones orientadas al fortalecimiento de capacidades comunitarias, redes de apoyo y prácticas de cuidado colectivo, desarrolladas principalmente a través de productos como las acciones cuidadoras de la salud mental y el bienestar emocional en entornos de vida cotidiana o la implementación de la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) en salud mental.

De manera complementaria se contempla el desarrollo y fortalecimiento de instancias de participación local como espacios comunitarios de encuentro donde se proyecta la vinculación y articulación entre cuidadores, familias, organizaciones sociales y actores institucionales en los territorios.

En este sentido, el trabajo territorial ha priorizado el reconocimiento, acompañamiento y fortalecimiento de liderazgos existentes, más que la creación formal de nuevas estructuras organizativas, en coherencia con el enfoque de participación social y desarrollo comunitario. Por lo anterior, la Secretaría Distrital de Salud no cuenta con un indicador de “número de redes creadas” como resultado de gestión independiente; sin embargo, las acciones mencionadas han permitido ampliar la participación comunitaria, fortalecer los entornos protectores y mejorar la identificación temprana de riesgos en salud mental, especialmente en poblaciones con roles de cuidado.

En los anteriores términos se da por contestada la proposición.

Cordialmente,



GERSON ORLANDO BERMONT GALAVIS
 Secretario Distrital de Salud.

CONCEJO DE BOGOTÁ 17-02-2026 10:49:17 2026ER3560 O 1 Fol:1 Anex:0 ORIGEN: SECRETARIA DE SALUD/GERMON BERMONT DESTINO: COMISION 2° PERM. GOBIERNO/GARZON FANDIÑO DAVID A ASUNTO: RESPUESTA A PROPOSICION 142 DE 2026 OBS: ***
--

Anexos: Una (1) carpeta ZIP

Elaboró: Ivonne Arévalo, Andrea Arboleda, María Fernanda Romero, María José Tapias Subdirección Determinantes Salud
 Constanza Hernández- Referente RIAS SM, Sandra Charry- Líder REDES Y OYDSS, Natalia Baquero- Líder Modelo,
 Diego Alvarado, Referente Modelo- Dirección de Provisión de Servicios de Salud
 Diana Villareal - Subdirección de Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública
 Martha Yaneth Rodríguez Bermeo Profesional Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de SS

Jhoana Cortes – Henry Alejo- Antonio Rodríguez- Subdirección de Vigilancia en Salud Pública
 Daniel Mauricio Gómez García - Oficina asuntos Jurídicos
 Custodio, Rosales Bohada - Subdirección Garantía del Aseguramiento
 Santiago Astaiza - Dirección de Planeación Sectorial
 Angela María Gualdrón - Dirección de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud
 Consolidó: Jhanny Osorio- Abogada- Dirección de Provisión de Servicios de Salud
 María Fernanda Rincón Herrera- Abogada Contratista Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de SS
 Alexa Acero Reyes – Abogada Contratista OAJ / María José Cabrera OAJ
 German A. Sterling - OAJ
 Revisó: Diana Sofía Ríos Oliveros – Subdirectora De Determinantes en Salud
 Linda Victoria Ariza Romero-- Directora de Provisión de Servicios de Salud
 Claudia M. Cuellar - Subdirectora de Gestión y Evaluación de Políticas en Salud Pública
 Katty Margarita Baquero Baquero – Directora de calidad de servicios de salud
 Elkin de Jesús Osorio - Subdirección de Vigilancia en Salud Pública
 Yidney García Rodríguez - Subdirectora Garantía del Aseguramiento
 Claudia Liliana, Moreno Ramírez - Directora de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud
 Luz Marina Galindo Caro – Directora de Planeación Sectorial
 Manuel Alejandro Godoy – Director de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud
 Yiyola Yamile Peña Ríos – Asesora de Despacho
 Carmenza Osorio Gómez – Asesora de Despacho
 Aprobó: Luis Alexander Moscoso - Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento
 Julián Alfredo Fernández Niño - Subsecretario de Salud Pública
 José Ignacio Argote López - Subsecretario de Planeación y Gestión Sectorial
 Melissa Triana Luna – Jefe Oficina de Asuntos Jurídicos
 Martha Isabel Amador Martelo – Asesora de Despacho
 José Ignacio Gutiérrez – Asesor de Despacho