

020000

Bogotá, D.C.

Doctor
GILMA JOSEFA DE CARO MEZA
Personera delegada
Personería Delegada para el Sector Mujeres
institucional@personeriabogota.gov.co
delegadasectormujeres@personeriabogota.gov.co
avdiaz@personeriabogota.gov.co

Asunto: Respuesta a “*Solicitud de información para el análisis de la implementación y efectividad de los protocolos de atención a mujeres víctimas de violencia de género*”. Radicado personería E-2026-0008603. Radicado SDS 2026ER07336

Respetada doctora Gilma Josefa:

La Secretaría Distrital de Salud da respuesta a la petición del asunto en el marco de las competencias funcionales asignadas a esta entidad, previo a lo cual se considera necesario precisar lo siguiente:

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 21 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, esta Secretaría procedió a trasladar, por competencia, las preguntas 1, 2 y 3 del acápite “*Implementación operativa*” y pregunta 2 del apartado “*Barreras identificadas y acciones de mejora*”, para las cuatro (4) Subredes Integradas de Servicios de Salud dado que el asunto a la que se refieren recae en el ámbito de su autonomía y responsabilidad institucional conforme a lo señalado por los artículos 194 a 197 de la Ley 100 de 1993 y demás normas concordantes.

Los traslados se realizaron mediante los siguientes radicados, cuyo soporte reposa en la carpeta digital denominada “Anexo traslado Subredes”:

2026-EE-15467 Subred Sur
2026-EE-15468 Subred Norte
2026-EE-15469 Subred Sur Occidente
2026-EE-15470 Subred Centro Oriente

Protocolos y lineamientos vigentes

1. *¿Cuenta con un protocolo para la atención a mujeres víctimas de violencias de género? ¿El protocolo ha sido actualizado en los últimos dos años? En caso afirmativo, indicar fechas y ajustes realizados. ¿Desde qué fecha se encuentra vigente el protocolo actualmente aplicado? Remita copia de los protocolos actuales de atención.*

Es importante contextualizar que la Secretaría Distrital de Salud construye y despliega las orientaciones técnicas para la adaptación en la prestación de servicios de salud en el marco de la atención diferencial y de derechos para la atención de población con un enfoque interseccional, que fortalezca el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. Dentro de las asistencias técnicas, se realiza la socialización de lo establecido en el lineamiento SDS-GTS-LN-012 de la Secretaría Distrital de Salud, denominado “ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RIAS DE AGRESIONES, ACCIDENTES Y TRAUMAS CON ENFOQUES DIFERENCIALES EN EL MARCO DE LOS ELEMENTOS ESTRATÉGICOS DE APS” 2025 (ver Anexo Pregunta 1); lineamiento construido y socializado por el equipo técnico con el fin de que se brinde una atención humanizada e integral de toda la población.

En dicho lineamiento, se encuentra lo señalado en la Ruta Integral de Atención para la Población con Riesgo o Sujeto de Agresiones, Accidentes y Traumas (RIAS AAT) adoptada desde la Resolución 3202 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social; con el objetivo de garantizar la atención integral en salud a las personas que han sido víctimas de las diferentes formas de violencia, estableciendo que las víctimas sean atendidas en el sector salud por equipos multidisciplinarios, capacitados y comprometidos con la restitución de los derechos que le han sido vulnerado a las niñas, niños, adolescentes, mujeres, hombres, personas adultas mayores de diversas etnias, habilidades físicas y cognitivas, orientaciones sexuales, clases sociales, procedencia rural o urbana, situaciones como ser víctima del conflicto armado o el desplazamiento forzado.

De acuerdo con lo anterior, se constata que los prestadores de servicios de salud cuentan con normatividad específica que les permite la identificación oportuna de factores de riesgo y su correspondiente intervención, implementando la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población con Riesgo o Sujeto de Agresiones, Accidentes y Traumas (RIAS AAT), de acuerdo con lo definido en los protocolos de:

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

Dicho esto, se confirma que, los citados documentos brindan el paso a paso a seguir cuando se dé algún caso de violencia y se requiera una orientación para la prestación de los servicios diferenciales de acuerdo con la normativa vigente, adicionalmente, se confirma que la última versión del Lineamiento construido por esta Secretaría corresponde al año 2025.

En conclusión, no existe un protocolo “*para la atención a mujeres víctimas de violencias de género*” en estricto sentido, existe un Lineamiento Técnico elaborado por esta Secretaría, que desarrolla lo establecido en la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población con Riesgo o Sujeto de Agresiones, Accidentes y Traumas (RIAS AAT) establecida mediante la Resolución 3202 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, que, a su vez, incluye los protocolos de atención en salud del Ministerio de Salud y Protección Social antes mencionados.

2. *¿Qué actos administrativos internos (resoluciones, circulares, protocolos operativos) ha expedido la entidad para la implementación del protocolo de atención a mujeres víctimas de violencia de género?, discrimine entre enero y diciembre de 2024 y enero y diciembre de 2025.*

La Secretaría Distrital de Salud cuenta con un lineamiento denominado “ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RIAS DE AGRESIONES, ACCIDENTES Y TRAUMAS CON ENFOQUES DIFERENCIALES EN EL MARCO DE LOS ELEMENTOS ESTRATÉGICOS DE APS”, en el cual se establecen orientaciones para guiar el proceso de atención de los prestadores de servicios de salud aplicando los protocolos de atención establecidos; cuando se presenten e identifiquen en los distintos servicios de Instituciones Prestadoras de Salud casos de riesgo de violencias; este rige desde el año 2022 hasta la fecha, de acuerdo a la última actualización realizada en el año 2025 (ver Anexo pregunta 1).

3. *¿Cuenta con documentos que definan roles, competencias y flujos de atención institucional? Por favor aporte los que se encuentren vigentes ¿Qué dependencia es responsable del seguimiento interno al cumplimiento del protocolo?*

En el lineamiento referenciado en numerales anteriores, definen los roles, competencias y flujos de atención en estas instituciones prestadoras de servicios de salud.

Dentro de las atenciones prestadas desde las instituciones prestadoras de servicios de salud se encuentran:

- **Atención Médica:** La víctima será atendida como urgencia médica, se estabilizará emocionalmente; se diligencia el consentimiento informado, se le explican sus derechos; se aplica el protocolo de atención y se diligenciará historia clínica y la ficha notificación.
- **Atención Salud Mental:** La atención debe ser realizada por el profesional debidamente entrenado en el abordaje a víctimas de violencias, con experticia en temas de salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos. Debe brindar una Información inicial oportuna y pertinente, realizar orientación psicológica donde el espacio de la consulta debe ser agradable y confidencial, sin presencia de familiares al menos al inicio de la entrevista; si la víctima es menor de edad siempre debe estar acompañado por un familiar. Para la atención, se debe tener actitud de escucha activa, respetando el ritmo narrativo de la víctima, no ir más allá de lo que el/la consultante pueda manejar con facilidad.

- Direccionamiento a Entidades Externas: Se genera la activación de protección y justicia, así como la remisión a los servicios de atención que se requieran para tratamiento y rehabilitación.
4. *¿Cómo se garantiza la armonización del protocolo institucional con la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género y la normativa nacional vigente?*

La armonización del lineamiento, expresado en el documento “Orientaciones Técnicas para la Implementación de la RIAS de Agresiones, Accidentes y Traumas (AAT)” actualizado a 2025 por la Secretaría Distrital de Salud, con la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género (PPMyEG) y con la normativa nacional vigente, se garantiza mediante acciones normativas, técnicas, operativas e intersectoriales que integran los enfoques de género y de derechos en todos los momentos de atención a las mujeres víctimas de violencias.

El documento incorpora un marco legal sólido, que incluye leyes y sentencias nacionales orientadas a la protección de los derechos de las mujeres, como la Ley 1257 de 2008 (prevención y atención de violencias de género), la Ley 1719 de 2014 (acceso a la justicia para víctimas de violencia sexual), la Ley 1448 de 2011 (atención a víctimas del conflicto armado), la Resolución 459 de 2012 (atención en violencia sexual), la Resolución 4568 de 2014 (ataques con agentes químicos) y la Sentencia C-754 de 2015 (aplicación obligatoria de protocolos de atención por parte de las IPS), entre otras.

Asimismo, el documento adopta enfoques de género, diferencial y de derechos coherentes con la PPMYEG, lo que fortalece la alineación entre ambos instrumentos. Esta articulación se complementa con procesos intersectoriales que involucran a los sectores de salud, justicia, protección, educación, seguridad, comisarías de familia, ICBF, Fiscalía, Policía, Defensoría del Pueblo y otros actores responsables de garantizar la atención integral a las mujeres víctimas.

En conjunto, estas acciones aseguran que el documento orientador no solo dé cumplimiento a la normativa nacional, sino que también se articule de manera plena con los objetivos, enfoques y estrategias de la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género del Distrito.

Implementación operativa

1. *¿Qué procesos de capacitación obligatoria en enfoque de género, derechos humanos, atención sin revictimización, enfoque diferencial y otras, ha recibido el personal encargado de la atención (fecha, número de funcionarios/as capacitados/as, temáticas abordadas)? ¿Existe un mecanismo de evaluación de competencias del personal en enfoque de género y atención a víctimas de violencias basadas en género?*

Tal como se indicó en la introducción de la presente respuesta, esta pregunta fue trasladada por competencia a las cuatro (4) Subredes Integradas de Servicios de Salud, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 21 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015,

teniendo en cuenta que el asunto consultado recae en el ámbito de su autonomía y responsabilidad institucional, de conformidad con lo previsto en los artículos 194 a 197 de la Ley 100 de 1993 y demás normas concordantes. Dicho traslado se realizó mediante los radicados 2026-EE-15467, 2026-EE-15468, 2026-EE-15469 y 2026-EE-15470, cuyos soportes reposan en la carpeta digital denominada “Anexo traslado Subrede

2. *¿Cuenta la entidad con rutas claras de atención, formatos unificados y tiempos máximos de respuesta definidos? En caso afirmativo, por favor apórtelos. ¿Cuenta con evidencia de la articulación con entidades de la ruta (Fiscalía, Comisarias de Familia, sector mujer, Policía, etc.)? En caso afirmativo, por favor apórtela.*

La Secretaria Distrital de Salud en lo dispuesto en las Resoluciones 3202 de 2016 y 3280 de 2018, del Ministerio de Salud y Protección Social, desarrolla acciones para la prevención y atención en salud mental para los diferentes cursos de vida que se encuentran incluidas dentro de la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud, siendo esta una herramienta operativa de obligatorio cumplimiento en todo el territorio nacional, que define a los integrantes del sector salud (Dirección Territorial de Salud, aseguradores, entidades a cargo de regímenes especiales o de excepción y prestadores) las cuales deben garantizar las condiciones necesarias para la detección temprana, promoción la salud, prevención de la enfermedad y la generación de una cultura del cuidado para todas las personas, familias y comunidades, como parte de la garantía del derecho fundamental a la salud (definido en la Ley Estatutaria de Salud), mediante la valoración integral del estado de salud, por medio de la gestión del riesgo; la protección específica y la educación para la salud.

En esta ruta se realiza la valoración integral, cuyo objetivo es 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, de esta forma, si se identifica un riesgo se deriva a la ruta de riesgo de salud mental la cual tiene como finalidad 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 con problemas y sus familias garantizando el manejo oportuno, integral e integrado de los problemas psicosociales y trastornos mentales, esta ruta se encuentra priorizada en el Distrito Capital y está encaminada a brindar las atenciones necesarias para abordar los problemas mentales que incluyen trastornos mentales, consumo de SPA, epilepsia y demencia, desde el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidos a las personas, familias y comunidades, a través de las diferentes modalidades de prestación de servicio desde lo ambulatorio, internación parcial y larga estancia, 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 despliegan según el plan terapéutico y necesidades del paciente, de esta forma esta ruta se desarrolla para todos los cursos de vida.

Es importante dar claridad que el Distrito cuenta con la Ruta de riesgo específico de Accidentes, agresiones, traumas y violencias AATV para cualquier caso de violencias y dispone de una valoración por equipo interdisciplinario que maneja el evento de violencias

y deriva a la usuaria a continuidad de tratamiento a salud mental según lo requiera a partir del ingreso por servicios de urgencias o de manera ambulatoria.

Para finalizar por el sector salud cuenta con un protocolo dispuesto bajo la Resolución 459 del 2012 Del ministerio de Salud y Protección Social (atención en salud a víctimas de violencia sexual) y garantiza la continuidad de tratamiento según los pasos del mismo para esta tipología de violencias y se encuentra inmerso desde las atenciones de la Ruta ya mencionada de AATV.

Es importante señalar que, en el marco de la garantía de restitución integral de los derechos de las víctimas, las atenciones brindadas contemplan la activación de rutas intersectoriales hacia los sectores de protección y justicia, de acuerdo con el nivel de riesgo identificado, las cuales son gestionadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud.

3. *¿Cómo se garantiza la aplicación del enfoque diferencial (edad, discapacidad, pertenencia étnica, migración, orientación sexual) en la implementación de los protocolos?*

Información estadística y bases de datos anonimizadas

Para los periodos, enero a diciembre de 2024 y enero a diciembre de 2025:

1. *Número total de mujeres atendidas, discriminadas por mes.*

La información correspondiente a las atenciones realizadas se obtiene a partir de la consulta de los Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS reportados en la ciudad, la cual tiene las siguientes características específicas que influyen en su interpretación.

- El sistema de información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) se rige mediante las resoluciones 3374 de 2000¹, 2275 de 2023² y 1884 de 2024³; expedidas por el Ministerio de Salud, en la que se establecen, el flujo de información, la periodicidad de reporte y los datos que deben reportar de manera obligatoria los prestadores de servicios de salud, así como las listas que se deben utilizar para el reporte de las variables. Por lo anterior, es la fuente de referencia para consultar las atenciones en todo el territorio nacional.

¹ Ministerio de Salud, República de Colombia, *Resolución 3374 de 2000 “Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud”*. 2000. [En línea]. Disponible en:

<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=153732&dt=S>

² Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia, *Resolución 2275 de 2023 “Por la cual se expide la resolución única reglamentaria del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS, soporte de la Factura Electrónica de Venta - FEV en salud y se dictan otras disposiciones”*. 2024. [En línea]. Disponible en: [https://www.suin-juriscol.gov.co/clp/contenidos.dtl/Resolucion/30050861?fn=document-frame.htm\\$f=templates\\$3.0](https://www.suin-juriscol.gov.co/clp/contenidos.dtl/Resolucion/30050861?fn=document-frame.htm$f=templates$3.0)

³ Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia, *Resolución 1884 de 2024 “Por la cual se modifica la Resolución 2275 de 2023 y se dictan otras disposiciones”*. 2024. [En línea]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1884-de-2024.pdf> .

- Dentro del flujo de información y procesos establecidos para el manejo de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS no se contemplan procesos de ajuste o corrección o ajuste de los datos reportados una vez estos son validados en el sistema de información; por lo cual se pueden encontrar valores inesperados en algunos registros, con independencia de que se hayan adelantado acciones de auditoría, análisis de casos específicos u otros procesos que contribuyan a fortalecer la calidad del registro.
- El cálculo del total de individuos atendidos se realiza directamente a partir de la consulta de números únicos de identificación encontrados para el periodo de reporte. No es equivalente a la sumatoria de los valores parciales presentados, debido a que una persona en un mismo año puede haber cambiado de grupo de edad, o puede haber sido atendido por más de un prestador de servicios de salud o por más de un régimen de atención.
- La validez y trazabilidad del reporte de atenciones se relaciona con la definición y selección precisa de criterios para seleccionar las atenciones correspondientes al evento y población referida en la solicitud, por lo cual se especifica en la respuesta la selección realizada.
- La información entregada tiene corte a 28 de febrero de 2025, según el último reporte entregado por el Ministerio de Salud y Protección Social al ente territorial para la generación de informes, el cual incluye información de los registros tipo consultas, urgencias, hospitalización y procedimientos para la población que reporta residencia habitual en la ciudad. Teniendo en cuenta lo descrito, no es posible presentar información de atenciones posteriores a la fecha de corte, ni de la reportada en otros registros como uso de medicamentos o tipos de cama hospitalaria específicos, ni de variables no incluidas en la base de datos, como la residencia de los usuarios atendidos.
- Dado que los RIPS no tienen procesos específicos de cierre definitivo de la base de datos, es necesario interpretar y comparar los datos de los periodos reportados considerando las fechas de corte indicadas. Por ello, es importante referenciar en los documentos generados el número de reporte y la fecha de corte de la información.

En respuesta a su solicitud, es importante precisar el alcance de la información disponible. Los datos con los que contamos provienen exclusivamente de la base de RIPS consolidadas a partir de registros de prestación de servicios, por lo que describen diagnósticos registrados en atenciones de salud y no estiman parámetros poblacionales. En consecuencia, los resultados que podemos reportar corresponden a frecuencias de registros dentro de esa base.

En respuesta a su solicitud, es importante precisar que, en el alcance de la información disponible, para los datos con los que cuenta esta Secretaría, provienen exclusivamente de la base de RIPS consolidadas a partir de registros de prestación de servicios, por lo que describen diagnósticos registrados en atenciones de salud y no estiman parámetros poblacionales. En consecuencia, los resultados que se reportan corresponden a frecuencias de registros dentro de esa base.

A continuación, se presentan los diagnósticos y la frecuencia de usuarios y de atenciones para cada uno de los diagnósticos CIE-10, agrupados en las categorías definidas en la

tabla. Esta agrupación se realizó con el fin de facilitar la organización, el análisis y la gestión de la información.

Para este análisis, los diagnósticos se consolidaron en las siguientes categorías:

- **Abuso sexual:** CIE-10 **T74.2** (síndrome de abuso sexual) y, cuando aplica en la base, **T76.2** (sospecha de abuso sexual).
- **Maltrato físico:** CIE-10 **T74.1** (síndrome de maltrato físico) y, cuando aplica, **T76.1** (sospecha de maltrato físico).
- **Maltrato psicológico:** CIE-10 **T74.3** (síndrome de maltrato psicológico) y, cuando aplica, **T76.3** (sospecha de maltrato psicológico).
- **Negligencia:** CIE-10 **T74.0** (negligencia o abandono) y, cuando aplica, **T76.0** (sospecha de negligencia o abandono).
- **Otros tipos de maltrato / no especificados:** CIE-10 **T74.8** (otros síndromes de maltrato), **T74.9** (síndrome de maltrato, no especificado), y, cuando aplica, **T76.8** y **T76.9** (sospecha de otros tipos de maltrato / no especificado).

En este sentido, la agrupación de diagnósticos se estableció para consolidar categorías analíticas comparables y facilitar la lectura de las frecuencias de atención y de usuarios. Es importante señalar que el presente análisis se basa en la agrupación de diagnósticos CIE-10 específicamente definidos para maltrato (por ejemplo, los códigos de síndrome de maltrato y categorías afines incluidas en la clasificación operativa utilizada). En consecuencia, es posible que existan atenciones relacionadas con situaciones de violencia o maltrato que hayan sido registradas bajo otros diagnósticos CIE-10 no incluidos en esta agrupación, tales como lesiones, fracturas, traumatismos u otras condiciones clínicas.

Cuando esto ocurre, el evento puede quedar registrado clínicamente por su manifestación física inmediata y no por el código que tipifica explícitamente el maltrato. Por esta razón, las frecuencias de atenciones y usuarias presentadas en este informe podrían subestimar la magnitud real de los casos de maltrato atendidos en los servicios de salud.

En este sentido, los resultados deben interpretarse como una estimación basada en los diagnósticos CIE-10 seleccionados para la clasificación analítica del presente ejercicio, y no como una medida exhaustiva de todas las atenciones potencialmente asociadas a violencia o maltrato.

Tabla 1. Número de atenciones y número de usuarias con diagnósticos CIE-10 agrupados por tipo de maltrato en mujeres, según mes y año (2024–2025, corte a febrero de 2025)

Año	Mes	Número de atenciones					Número de usuarios					Totales	
		Abuso Sexual	Maltrato Físico	Maltrato Psicológico	Negligencia	Otros tipos de maltrato y no especificados	Abuso Sexual	Maltrato Físico	Maltrato Psicológico	Negligencia	Otros tipos de maltrato y no especificados	Total Atenciones	Total Usuarios

20 24	Enero	1.427	529	66	1.707	394	517	256	62	1.497	280	4.123	2.601
	Febrero	1.752	624	115	1.731	501	603	302	85	1.470	352	4.723	2.795
	Marzo	1.920	699	133	1.407	459	605	297	76	1.124	312	4.618	2.397
	Abril	2.246	817	147	1.530	455	682	320	101	1.280	317	5.195	2.685
	Mayo	2.118	803	109	1.370	424	689	335	73	1.173	286	4.824	2.538
	Junio	1.522	759	115	1.580	521	498	312	76	947	302	4.497	2.119
	Julio	2.125	713	114	1.109	321	637	300	82	872	249	4.382	2.133
	Agosto	1.941	780	173	1.040	416	671	337	122	873	300	4.350	2.291
	Septiembre	2.272	744	115	821	492	805	332	89	711	299	4.444	2.215
	Octubre	1.972	665	129	632	425	668	266	87	542	293	3.823	1.836
	Noviembre	1.463	554	82	739	288	544	261	48	624	215	3.126	1.684
	Diciembre	1.188	525	40	609	276	433	222	28	453	195	2.638	1.321
	Total 2024	21946	8212	1338	14275	4972	6011	3302	712	9472	2261	50.743	21.385
20 25	Enero	926	383	69	655	275	395	165	43	599	215	2.308	1.406
	Febrero	45	13	17	14	59	37	12	17	13	52	148	130
	Total 2025	971	396	86	669	334	432	177	60	612	267	2.456	1.536

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Planeación Sectorial. (2025, diciembre). *Reporte Consulta a RIPS 1702, Salud Mental [Conjunto de datos]* 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.

La anterior tabla consolida la frecuencia mensual de atenciones y de usuarias con diagnósticos CIE-10 agrupados por tipo de maltrato en población femenina, para los años 2024 y 2025 (corte a febrero). Las categorías incluidas corresponden a abuso sexual, maltrato físico, maltrato psicológico, negligencia y otros tipos de maltrato y no especificados. La tabla incluye, además, los totales por mes, los totales anuales y el total del periodo analizado. Los datos de 2025 son parciales y los registros del último mes incluido en el corte pueden presentar ajustes posteriores en la consolidación de la información.

2. Caracterización sociodemográfica (la edad, orientación sexual, el nivel educativo, la situación laboral, el estado civil, la situación familiar y la localidad de ubicación - anonimizada).

Es importante precisar que el análisis se basa exclusivamente en las variables disponibles en los RIPS. La base tiene limitaciones importantes para realizar análisis sociales o demográficos en profundidad. Aunque permite describir frecuencias de atenciones y usuarias por variables básicas disponibles, no fue diseñada como una fuente para

caracterización social integral. En consecuencia, no permite reconstruir dimensiones como condiciones socioeconómicas, nivel educativo, ocupación, composición del hogar, ingresos, dependencia económica, redes de apoyo, pertenencia étnico-racial, condiciones de vivienda, contexto territorial detallado, antecedentes de violencia, relación con el agresor, ni otras variables contextuales necesarias para análisis sociales complejos. Asimismo, al tratarse de registros administrativos de atención, la unidad de observación corresponde al evento reportado (atención) y su vínculo con la persona usuaria puede presentar restricciones para análisis longitudinales o de trayectoria.

Para la presentación de las frecuencias de usuarias, la variable edad se organizó en grupos de edad definidos según el ciclo de vida. Esta forma de agrupación permite ordenar la información en categorías etarias amplias y comparables, facilitando la lectura de la distribución de los registros y su presentación en tablas.

En este análisis, las frecuencias se reportan por los siguientes grupos: menores de 1 año, 1 a 5 años, 6 a 13 años, 14 a 17 años, 18 a 26 años, 27 a 59 años y 60 y más años. Estas categorías corresponden a una clasificación operativa por ciclo de vida utilizada para consolidar la información y describirla de manera estandarizada.

Es importante señalar que esta agrupación tiene un propósito descriptivo y de organización de la información. Por tanto, su uso en las tablas permite presentar las frecuencias por rangos etarios, sin que ello implique, por sí mismo, una interpretación causal o clínica de las diferencias observadas entre grupos.

Tabla 2 Usuarias con diagnósticos CIE-10 agrupados por tipo de maltrato, según ciclo de vida. Mujeres, 2024

Ciclo de vida	Abuso sexual	Maltrato físico	Maltrato psicológico	Negligencia	Otros tipos de maltrato y no especificados	Total
Menores de 1 año	50	14	0	1.976	16	2.053
De 1 a 5 años	486	57	14	4.493	71	5.080
De 6 a 13 años	2.364	248	94	2.948	284	5.834
De 14 a 17 años	1.317	287	70	59	251	1.937
De 18 a 26 años	693	628	111	20	601	2.209
De 27 a 59 años	1.006	1.766	349	53	878	3.944
De 60 y más años	142	107	76	167	172	652
Total	6.011	3.302	712	9.472	2.261	21.385

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Planeación Sectorial. (2025, diciembre). *Reporte Consulta a RIPS 1702, Salud Mental [Conjunto de datos]* 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.

Tabla 3. Usuarias con diagnósticos CIE-10 agrupados por tipo de maltrato, según ciclo de vida. Mujeres, enero–febrero de 2025 (corte preliminar)

Ciclo de vida	Abuso sexual	Maltrato físico	Maltrato psicológico	Negligencia	Otros tipos de maltrato y no especificados	Total
Menores de 1 año	1	0	0	117	0	118
De 1 a 5 años	40	2	2	286	1	331
De 6 a 13 años	155	8	11	193	27	388
De 14 a 17 años	80	7	2	5	31	124
De 18 a 26 años	70	52	11	2	77	209
De 27 a 59 años	87	98	42	6	118	346
De 60 y más años	8	11	8	7	24	58
Total	441	178	76	616	278	1.574

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Planeación Sectorial. (2025, diciembre). *Reporte Consulta a RIPS 1702, Salud Mental [Conjunto de datos]* 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.

Es importante señalar que los registros RIPS no contienen información sobre la dirección de residencia ni la ubicación de la vivienda de la persona usuaria. En consecuencia, no es posible realizar una georreferenciación de las atenciones o de las usuarias con base en su lugar de residencia. La aproximación geográfica disponible más cercana para este análisis corresponde a la información del prestador de servicios de salud que reporta la atención.

En este sentido, el análisis territorial que se presenta en este informe se limita al ámbito del prestador e incluye la descripción de frecuencias por localidad del prestador. Esta aproximación permite caracterizar la distribución de las atenciones según el lugar de prestación del servicio, pero no debe interpretarse como una distribución geográfica del lugar de residencia de las usuarias.

Tabla 4. Usuarias con diagnósticos CIE-10 agrupados por tipo de maltrato, según localidad del prestador. Mujeres, 2024

Localidad del prestador	Abuso sexual	Maltrato físico	Maltrato psicológico	Negligencia	Otros tipos de maltrato y no especificados	Total usuarias
-------------------------	--------------	-----------------	----------------------	-------------	--------------------------------------------	----------------

Antonio Nariño	601	408	16	1.333	70	2.403
Barrios Unidos	337	126	58	101	90	704
Bosa	57	12	1	14	19	101
Chapinero	484	70	16	102	212	878
Ciudad Bolívar	63	34	2	532	12	642
Engativá	150	63	20	18	51	292
Fontibón	38	14	6	359	10	425
Fuera de Bogotá	721	489	166	626	150	2.103
Kennedy	985	508	131	2.686	174	4.433
La Candelaria	10	1	4	1	1	17
Los Mártires	135	20	1	5	18	178
Puente Aranda	278	99	36	101	67	580
Rafael Uribe Uribe	172	46	4	22	8	252
San Cristóbal	53	15	0	4	7	76
Santa Fé	62	23	6	1	63	155
SD	533	130	72	658	750	2.122
Suba	301	152	28	1.376	292	2.128
Teusaquillo	225	80	24	510	239	1.069
Tunjuelito	769	707	41	459	55	1.998
Usaquén	569	371	86	555	97	1.667
Usme	45	11	3	35	13	103
Total general	6.011	3.302	712	9.472	2.261	21.385

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Planeación Sectorial. (2025, diciembre). *Reporte Consulta a RIPS 1702, Salud Mental [Conjunto de datos]* 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.

Tabla 5. Usuarías con diagnósticos CIE-10 agrupados por tipo de maltrato, según localidad del prestador. Mujeres, enero–febrero de 2025 (corte preliminar)

Localidad del prestador	Abuso sexual	Maltrato físico	Maltrato psicológico	Negligencia	Otros tipos de maltrato y no especificados	Total
Antonio Nariño	30	5	2	10	8	154
Barrios Unidos	25	12	10	23	17	132
Bosa	9	1	0	2	2	14
Chapinero	43	5	9	11	23	169
Ciudad Bolívar	5	1	0	3	0	22
Engativá	19	3	2	2	6	35

Fontibón	6	2	1	2	1	16
Fuera de Bogotá	61	27	4	18	14	191
Kennedy	28	30	5	373	16	571
La Candelaria	8	2	2	0	0	17
Los Mártires	5	0	0	1	1	24
Puente Aranda	17	3	3	10	14	51
Rafael Uribe Uribe	26	4	8	5	4	59
San Cristóbal	1	1	0	0	0	16
Santa Fé	6	2	3	0	9	32
SD	37	11	10	28	112	267
Suba	30	13	4	17	22	103
Teusaquillo	24	6	2	18	27	89
Tunjuelito	44	29	0	28	0	325
Usaquén	35	21	11	49	6	261
Usme	6	1	0	17	1	28

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Planeación Sectorial. (2025, diciembre). *Reporte Consulta a RIPS 1702, Salud Mental [Conjunto de datos]* 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.

3. Tipo de violencia reportada.

Para este análisis, el tipo de violencia reportada se definió de manera operativa a partir de la codificación diagnóstica registrada en los RIPS, mediante la agrupación de diagnósticos CIE-10 en categorías analíticas de maltrato. Esta estrategia permitió estandarizar la clasificación de los registros y consolidar la información para el reporte de frecuencias de usuarias y atenciones.

La variable tipo de violencia reportada se clasificó en las siguientes categorías:

- Abuso sexual: incluye los diagnósticos CIE-10 T74.2 (síndrome de abuso sexual) y, cuando se encuentra registrado en la base, T76.2 (sospecha de abuso sexual).
- Maltrato físico: incluye los diagnósticos CIE-10 T74.1 (síndrome de maltrato físico) y, cuando aplica, T76.1 (sospecha de maltrato físico).
- Maltrato psicológico: incluye los diagnósticos CIE-10 T74.3 (síndrome de maltrato psicológico) y, cuando aplica, T76.3 (sospecha de maltrato psicológico).
- Negligencia: incluye los diagnósticos CIE-10 T74.0 (negligencia o abandono) y, cuando aplica, T76.0 (sospecha de negligencia o abandono).
- Otros tipos de maltrato y no especificados: incluye los diagnósticos CIE-10 T74.8 (otros síndromes de maltrato), T74.9 (síndrome de maltrato, no especificado), y, cuando aplica, T76.8 y T76.9 (sospecha de otros tipos de maltrato / no especificado).

Esta clasificación corresponde a una agrupación analítica para fines de reporte, construida a partir de diagnósticos explícitamente relacionados con maltrato en CIE-10. Su propósito es facilitar la organización, tabulación y comparación de las frecuencias entre categorías, tanto para número de atenciones como para número de usuarias.

Es importante precisar que el tipo de violencia reportada, tal como se presenta en este informe, depende estrictamente de la codificación diagnóstica consignada en RIPS. En consecuencia, la identificación de casos está condicionada por el uso de los códigos CIE-10 incluidos en la agrupación analítica definida.

Por esta razón, pueden existir atenciones relacionadas con violencia o maltrato que hayan sido registradas bajo otros diagnósticos clínicos distintos a los códigos T74/T76 seleccionados, por ejemplo, lesiones, fracturas, traumatismos u otras manifestaciones clínicas, sin que se consigne de manera explícita el diagnóstico de maltrato. Cuando esto ocurre, el evento puede quedar representado en el registro por su consecuencia clínica inmediata y no por la tipificación del maltrato.

En este sentido, los resultados presentados deben interpretarse como una estimación basada en diagnósticos CIE-10 explícitos de maltrato incluidos en la clasificación operativa del análisis, y no como una medida exhaustiva de todas las atenciones potencialmente asociadas a violencia o maltrato. Esta situación puede generar subregistro o subestimación de la magnitud real de los casos.

La variable tipo de violencia reportada se utiliza en este documento con fines descriptivos y de consolidación de frecuencias. Por tanto, su lectura debe realizarse en el marco de las limitaciones propias de una fuente administrativa como RIPS y de la calidad de la codificación diagnóstica registrada por los prestadores de servicios de salud.

4. *Servicios prestados (orientación, asesoría jurídica, apoyo psicosocial, acompañamiento, medidas de protección, etc.).*
5. *Resultados y estado final del caso.*
6. *¿Cuál es el tiempo promedio de respuesta desde la recepción del caso hasta la activación de la ruta de atención?*
7. *¿Qué porcentaje de casos logran completar la ruta integral (salud, protección, orientación jurídica y acompañamiento psicosocial)?*

De manera previa a dar respuesta a los numerales 4, 5, 6 y 7, es importante precisar que la información disponible en los sistemas sectoriales de salud, particularmente la derivada de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), corresponde al reporte de atenciones en salud realizadas por los prestadores y consolidadas a través de los mecanismos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. No obstante, dichos registros no permiten identificar ni hacer trazabilidad integral a la activación o culminación de una ruta integral.

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

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

Dicho lo anterior, es de clarificar que desde la Secretaría Distrital de Salud, no se cuenta con la especificidad de información de cada caso en relación con servicios prestados, tiempo promedio de respuesta para la recepción y activación de ruta, ni porcentaje de implementación de la misma, puesto que esto dependerá de los procesos adoptados y adaptados por cada Institución Prestadora de Servicios – IPS, de acuerdo con la normatividad vigente y serán en este sentido, las que cuentan con dicha información.

Informes de seguimiento, evaluación y control

1. *Informes de seguimiento anuales y/o semestrales sobre implementación del protocolo.*

Es importante tener en cuenta que la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, en el marco de sus funciones y competencias, realiza acciones de asistencia técnica a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios en Salud- EAPB e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud- IPS con el fin de fortalecer el acceso efectivo a la atención en salud para toda la población.

En cuanto a la efectividad dentro de las acciones que se realizan a partir de 2022 anualmente se realiza seguimiento a la gestión de implementación de los protocolos de atención puestos desde la RIAS AAT a las entidades administradoras de servicios de salud, se encuentra actualmente un avance superior al 90%.

TABLA No. 6 IMPLEMENTACIÓN RIAS AAT

2022	2023	2024	2025
86,90%	94,40%	93,50%	93,0%

Información Secretaría Distrital de Salud _ DPSS

La Secretaría Distrital de Salud desde el proceso de Inspección, vigilancia y seguimiento – IVS realiza auditoria a la Ruta de Accidentes, agresiones, traumas y violencias – AATV al

100% de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB, verificación en la implementación de esta ruta con usuarios registrados en la Cohorte de Riesgo bajo Diagnósticos de morbilidad para cualquier tipología de violencias y en relación a los usuarios con diagnóstico de violencia sexual el ingreso y valoraciones pertinentes desde la Resolución 459 del 2012.

Para el segundo semestre del 2025 se realizan auditorías a las EAPB sanitas, sura y salud total en la cual se dejan hallazgos en el proceso de sistemas de información de la Cohorte de Salud Mental y Violencias en relación a la pertinencia y calidad del dato de los usuarios registrados en morbilidad atendida. Para el primer semestre del 2026 se realizan a las EAPB Ferrocarriles, Fomag y Unisalud.

2. Evaluaciones de calidad, oportunidad y pertinencia del servicio.

La Secretaría Distrital de Salud en el proceso de IVS con las EAPB para la Ruta de Violencias se verifica la calidad del dato y registro de usuarios con Diagnostico asociado a violencias, en oportunidad de la atención es por medio de cumplimiento del protocolo 459 del 2012 bajo la atención a pacientes con paraclínicos en casos antes de las 72 horas y las atenciones para casos después de 72 horas que garantiza la pertinencia del servicio prestado. Es importante tener claridad que las víctimas de violencia sexual deben ingresar al 100% por urgencias con la valoración de Triage y se realizan los exámenes pertinentes al caso.

3. *Mecanismos de retroalimentación de las beneficiarias y resultados correspondientes, con el análisis de tiempos de respuesta institucional.*
4. *¿Qué riesgos institucionales han sido identificados frente al incumplimiento del protocolo?*

Para responder los numerales 3 y 4 es pertinente resaltar lo dicho anteriormente, en cuanto a la prohibición expresa por parte de la SDS, para prestar directamente servicios asistenciales de salud, dado que esta función recae en los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), específicamente en las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud (EAPB) y su red de prestadores de servicios de salud (IPS), por lo que serán estas quienes cuenten con la información para realizar la retroalimentación y generar acciones o planes de mejora respecto a la respuesta institucional brindada en relación con la implementación de los protocolos de atención a víctimas, de acuerdo con lo evidenciado durante la prestación de los servicios prestados.

5. ¿Qué acciones preventivas ha adoptado la entidad para evitar revictimización?

En el marco de las acciones de asistencia técnica a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud- EAPB e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud- IPS con el fin de fortalecer el acceso efectivo a la atención en salud para toda la población,

se realiza acompañamiento en la implementación de acciones de humanización y abordaje al talento humano que evite generar acciones revictimizantes.

6. *¿Qué recomendaciones prioriza la entidad para fortalecer la implementación del protocolo?*

La Secretaría Distrital de Salud por medio del proceso de IVS nombrado en el punto 1 **“Informes de seguimiento, evaluación y control”**, las recomendaciones están dadas para las EAPB cuando se presenta un hallazgo con plan de mejora en:

1. Uso adecuado de los diagnósticos de ingreso de los usuarios a la Cohorte de Violencias y definir las atenciones necesarias de los usuarios.
2. Priorizar los casos de violencias sexual y garantizar el uso del protocolo con todos los servicios dispuestos para usuarios con violencias sexual antes de las 72 horas y usuarios con violencia sexual después de 72 horas.
3. Todos los usuarios con diagnóstico de violencia sexual deben tener seguimiento según la Res 459 del 2012 y su articulación con la Ruta de Salud Mental en caso de secuela y continuidad de tratamiento.

En la actualidad la EAPB Salud Total es la única que ha tenido este tipo de hallazgos en la implementación y uso de sistemas de información para las Cohortes de Salud Mental y Violencias.

Coordinación interinstitucional

1. *Copia de convenios o acuerdos interadministrativos vigentes relacionados con la atención a mujeres víctimas de violencia.*

La Secretaría Distrital de Salud informa que actualmente no cuenta con convenios o acuerdos interadministrativos específicos suscritos exclusivamente para la atención a mujeres víctimas de violencia.

No obstante, la Entidad cuenta con contratos interadministrativos vigentes para la atención de la población no asegurada, suscritos con las Subredes Integradas de Servicios de Salud E.S.E., cuyo objeto es:

“Prestar los servicios de salud (promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, incluyendo medicamentos) a la población no asegurada sin capacidad de pago, población objeto de fallos judiciales y, en general, población a cargo del Fondo Financiero Distrital de Salud - FFDS, en cumplimiento de las funciones de la Secretaría Distrital de Salud - SDS”.

Dentro de la población objeto de estos contratos se incluye, entre otras, la siguiente:

“Población extranjera de cualquier nacionalidad no asegurada y sin póliza de salud que requiera atenciones en salud derivadas de hechos victimizantes debidamente certificados por la autoridad competente, tales como víctimas de abuso sexual, víctimas de violencia intrafamiliar, víctimas de trata de personas, víctimas de sustancias corrosivas y agentes químicos”.

En consecuencia, la atención en salud a mujeres víctimas de violencia puede brindarse en el marco de los referidos contratos, siempre que se encuentren dentro de la población objeto definida contractualmente y se cumplan las condiciones previstas para su acceso.

Los contratos interadministrativos vigentes son los siguientes:

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. – Contrato No. 8514613-2025

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. – Contrato No. 8501033-2025

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. – Contrato No. 8500661-2025

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. – Contrato No. 8502702-2025

2. *¿Qué mecanismos formales de coordinación existen con las demás entidades del Distrito y la Policía Metropolitana (mesas técnicas, comités, sistemas de información compartidos)? ¿Con qué frecuencia se realizan espacios de articulación interinstitucional?, remita Actas o relatorías de dichos espacios de articulación de los últimos seis (6) meses.*

La SDS participa en la Mesa Técnica del Sistema Articulado de Alertas Tempranas (SAAT), la cual opera mediante la Circular 028 de 2020 de la Secretaría de Seguridad, Convivencia y Justicia. Este espacio articula a entidades distritales como la Secretaría de Integración Social, Comisarías de Familia, Secretaría Distrital de Salud, Secretaría Distrital de la Mujer y la Policía Metropolitana de Bogotá. El objetivo de este espacio es realizar seguimiento a los casos mujeres que presentan riesgo extremo de feminicidio, a partir de la información que Secretaría Distrital de la Mujer cruza con el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Desde las competencias del sector salud se realiza seguimiento de los casos alertados o que presentan algún tipo de barrera de acceso en la atención en salud por parte de la IPS de las víctimas (subsidiada o contributiva). No cuenta con una periodicidad establecida, funciona con sesiones programadas según la necesidad, pero se reúne aproximadamente cada dos meses.

Otro espacio es la Mesa SOFIA (Sistema Orgánico, Funcional, Integral y Articulador), formalizada mediante el Decreto 527 de 2014. Esta instancia distrital, liderada por la Secretaría Distrital de la Mujer, coordina las acciones institucionales para prevenir, atender, sancionar y erradicar las violencias contra las mujeres en espacios públicos y privados. Se constituye como un espacio de diálogo entre las entidades distritales, con el fin de fortalecer la respuesta institucional frente a la problemática de violencia contra las mujeres. Su enfoque se basa en la prevención, la identificación temprana de riesgos y la activación de rutas de atención oportunas y eficaces desde cada sector, según su misionalidad. Esta Mesa se reúne tres veces al año.

A nivel local, Las referentes por localidad de las Subredes Integradas de Servicios de Salud de la Política de Mujer y Género asisten al Consejo Local de Seguridad para las Mujeres y su Mesa técnica, espacios que son liderados por la Secretaría Distrital de la Mujer. En estos espacios se forjan alianzas estratégicas en el marco del plan de acción de dicha instancia, planeando y fortaleciendo las actividades en las líneas de espacio público, espacio privado y prevención de violencias basadas en género y el feminicidio. Estos espacios se realizan a nivel mensual. Las actas reposan en la entidad que funge como Secretaría técnica de este espacio, que es la Secretaría de la Mujer a nivel local, representada por la referente del sistema SOFIA de cada localidad.

3. ¿Cómo se gestionan los casos que requieren remisión entre entidades?

En el marco de la ruta de atención a violencias contra las mujeres, los servicios de salud tienen el deber de atender a las víctimas y, son estas entidades de Salud públicas y privadas las que notifican los casos de violencia a las entidades competentes como Fiscalía y Comisarias de familia, según lo dictamina la Resolución 459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, específicamente para los casos de violencia sexual.

Por medio del protocolo de esta Resolución se busca garantizar una atención con calidad y el restablecimiento de los derechos de las víctimas. El tiempo de respuesta en salud es inmediata pues todos los casos de violencia sexual son priorizados en el triage. En el abordaje de los servicios de salud, una vez la víctima sea estabilizada se ofrece orientación frente al acceso a la justicia y restablecimiento de derechos.

Por medio de la línea 106 “El poder de ser escuchado”, respecto a las mujeres que se detecte que son víctimas de violencia, se ofrece la activación de rutas, incluida la de justicia, informando a la Comisaría de Familia a través de correo electrónico y a la Fiscalía mediante la Plataforma Denuncia Fácil, así mismo, se remite el caso a la Línea Púrpura Distrital de la Secretaría de la Mujer, que entre sus servicios cuentan con la asesoría jurídica a las mujeres víctima de violencia.

4. ¿Existen cuellos de botella identificados en la articulación? ¿Cuáles?

Se considera que, más que en la articulación, se identifican aspectos estructurales cuando de abordar las violencias se trata; por ejemplo; el desconocimiento parcial de las rutas de atención por parte de algunos funcionarios en temas relacionados con acceso a la justicia, lo que puede llegar a dificultar una respuesta integral, oportuna y efectiva en el marco de la coordinación institucional.

Barreras identificadas y acciones de mejora

- 1. ¿Cuáles son las principales dificultades que enfrenta la entidad en la implementación del protocolo (institucionales, logísticos, operativos, sociales) ?*

Página 19 de 21

¿Qué medidas adoptaron para superarlos? y ¿Qué resultados se obtuvieron con esas medidas?

Se indica que esta identificación de dificultades son acciones que realiza dentro de sus competencias las EAPB y su red prestadora de servicios de salud; desde el momento que inician a implementar los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y el seguimiento al cumplimiento de estos generan acciones desde sus procesos de auditorías propias y la toma de acciones según corresponda. Esto con el propósito de garantizar atención integral y aportar en la restitución de derechos de las víctimas de violencias

2. ¿Existen limitaciones presupuestales, de talento humano o de infraestructura que afecten la atención?

En el marco de las respuestas anteriores, donde se precisa que la atención en salud para las víctimas de cualquier tipo de violencia es de competencia de las EAPB y su red prestadora de servicios de salud, mediante intervenciones individuales y colectivas; los servicios y tecnologías de salud se encuentran incluidos en el Plan de Beneficios de Salud, con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC, e incluyen las evaluaciones y atenciones interdisciplinarias y especializadas pertinentes para la atención de personas víctimas de violencias de conformidad con lo establecido en la Resolución 2765 de 2025 del Ministerio de Salud y Protección Social.

3. Entre enero y diciembre de 2025 ¿Se han presentado quejas o reclamos de usuarias relacionados con fallas en la atención?, ¿Qué medidas se tomarán para mitigarlas?

Revisada las bases de datos de Bogotá Te Escucha, plataforma coordinada por la Dirección de Servicio a la Ciudadanía en la SDS, y examinadas las variables posibles, no se encontró el registro de peticiones relacionadas con mujeres víctimas de violencia de género, en el periodo solicitado y/o que estén directamente relacionados con el acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

4. ¿La entidad cuenta con indicadores de desempeño para medir la efectividad del protocolo?

Es importante mencionar que las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud (EAPB) y su red de prestadores de servicios de salud (IPS); en el marco de su modelo de atención en salud y la oferta de servicios establecen sus indicadores institucionales y seguimiento a los mismos.

5. ¿Se han realizado auditorías internas o evaluaciones externas sobre la atención a víctimas?

Una vez se verifico el Programa Anual de Auditorías correspondiente a la vigencia 2025, se evidenció que la Oficina de Control Interno no programó, ni adelantó auditorías específicas en materia de víctimas del conflicto armado. No obstante, en cumplimiento de la Directiva

No. 004 de 2013, se realizaron los seguimientos al reporte del Registro Único de Solicitudes, Quejas, Inconformidades, Sugerencias y Trámites (RUSICST), conforme al cronograma definido por la Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. Seguimiento que se realiza frente a la gestión adelantada por la Dirección de Participación Social de la Secretaría Distrital de Salud, validando el cumplimiento oportuno del reporte y su adecuada remisión en los términos establecidos por la Directiva.

6. ¿Qué planes de mejora están actualmente en ejecución?

Se informa que una vez efectuada la revisión la Oficina de Control Interno a la fecha no se encuentran planes de mejoramiento relacionados *sobre la atención a víctimas*.

En los anteriores términos damos respuesta a su solicitud.

Cordialmente,

LUIS ALEXANDER MOSCOSO OSORIO
Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento

Anexos: Una (1) Carpeta ZIP

Elaboró: Marcela Vargas Contratista _ Laura Blandon RIAS AAT _ Dirección de Provisión de Servicios de Salud/
Custodio, Rosales Bohada - Subdirección Garantía del Aseguramiento
Adriana Aminta - Dirección de Planeación Sectorial
Angela María Gualdrón - Dirección de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud
Consolidó: Jhanny Andrea Osorio- Abogada Contratista- Dirección de Provisión de Servicios de Salud
Karen Melissa Torres Rodríguez - Subdirección Garantía del Aseguramiento / María Cabrera – OAJ
Gustavo Fierro - OAJ
Revisó: Linda Victoria Ariza Romero- Directora de Provisión de Servicios de Salud
Andres Prieto Mendez- Subdirector Garantía del Aseguramiento (E)
Claudia Liliana, Moreno Ramírez - Directora de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud
Luz Marina Galindo – Directora de Planeación Sectorial
Manuel Alejandro Godoy – Director de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud
Aprobó: José Ignacio Argote López - Subsecretario de Planeación y Gestión Sectorial
Martha Amador – Asesora de Despacho
José Ignacio Gutiérrez – Asesor de Despacho