



La salud
es de todos

Minsalud

Aproximación a la situación de salud de los adolescentes y jóvenes vinculados al Sistema de Responsabilidad Penal y a las unidades de servicio que los atiende 2021.

Colombia, febrero de 2022

Aproximación a la situación de salud de los adolescentes y jóvenes vinculados al
Sistema de Responsabilidad Penal y a las unidades de servicio que los atiende
2021

FERNANDO RUIZ GOMEZ

Ministro de Salud y Protección Social

GERMÁN ESCOBAR MORALES

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

MARIA ANDREA GODOY CASADIEGO

Viceministra de Protección Social

ANDREA ELIZABETH HURTADO NEIRA

Secretaria General

GERSON ORLANDO BERMONT GALAVIS

Director de Promoción y Prevención

ANA MARIA PEÑUELA POVEDA

Coordinadora Grupo Convivencia Social y Ciudadana



ELABORADO POR

DIANA CAROLINA FONSECA

Trabajadora Social-Especialista en Responsabilidad Social
Profesional Especializado
Grupo Convivencia Social y Ciudadanía
Dirección de Promoción y Prevención
Ministerio de Salud y Protección Social

JUAN CAMILO MARTINEZ URREGO

Médico Magister en Salud Pública - Especialista en Adicciones – Políticas Públicas.
Contratista
Grupo Convivencia Social y Ciudadanía
Dirección de Promoción y Prevención
Ministerio de Salud y Protección Social

En Colaboración con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

ALEJANDRO CÁCERES MONROY

Subdirector de Responsabilidad Penal
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

KAREN CRISTINA MARTÍNEZ SIERRA

Contratista
Subdirección de Responsabilidad Penal
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

JUAN MANUEL LÓPEZ ARANGO

Contratista
Subdirección de Responsabilidad Penal
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar



Contenido

Introducción.....	5
Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA) en Colombia.....	6
Situación de salud de los adolescentes y jóvenes	6
Situaciones y contextos de riesgos.	6
Consumo de Sustancias psicoactivas y barreras de acceso a servicios de salud.	8
Atención integral de los adolescentes y jóvenes del Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes en Colombia	8
Características generales de la población juvenil en los sistemas judiciales. Contexto internacional.	9
Alteraciones en la salud.	10
Determinantes sociales y aspectos comunitarios como factores de riesgo o protección ante los sistemas judiciales	12
Aproximación al contexto internacional en el abordaje en salud de poblaciones privadas de la libertad.	14
Encuesta de Caracterización y seguimiento a la situación de salud de adolescentes y jóvenes del SRPA	17
Metodología.....	17
Resultados.....	18
Aspectos generales.	20
Perfil de la población.....	21
Antecedentes y situación de salud.	23
Acceso y barreras a servicios de salud.	24
Capacidades del talento humano de las unidades de servicios del SRPA	27
Análisis.	29
Sobre la población.	30
Sobre las barreras de acceso a los servicios	31
Sobre los operadores.....	32
Conclusiones.....	33
Recomendaciones	34
Para las EPS e IPS	35
Para el ICBF	36
Anexo	37



Introducción

El desarrollo integral de las (os) adolescentes y jóvenes es una prioridad nacional. En estos dos momentos del curso de vida, ellas y ellos, tienen grandes y diversas experiencias que enriquecen la construcción de su proyecto de vida, por tanto, el compromiso de generar las condiciones sociales, humanas y materiales que se requieran para favorecerlo.

Se reconoce a la infancia y la adolescencia como una ventana de oportunidad para alcanzar el potencial del desarrollo humano, caracterizada por un desarrollo muy dinámico del cerebro, las interacciones con el ambiente social, afianzan sus competencias y habilidades que el individuo tendrá en su vida adulta, se adquieren recursos físicos, cognitivos, emocionales, sociales y económicos, bases para su salud y bienestar futuro y define las trayectorias de vida de las próximas generaciones.

Los adolescentes y jóvenes en conflicto con la ley son una población con mayores situaciones de vulneración que requiere por parte del Estado de una respuesta integral orientada al restablecimiento de sus derechos en especial aquellos relacionados con la educación, salud y bienestar; además tienen un gran potencial para fortalecer sus capacidades y reducir la reincidencia del delito a través de una respuesta intersectorial organizada, articulada y complementaria que responda a sus necesidades y a la de sus familias o redes de apoyo.

La población de adolescentes y jóvenes vinculados a sistemas judiciales presentan mayores comportamientos de riesgos, alteraciones en la salud y altas tasas de muerte prematura. La evidencia señala que esta población demanda con frecuencia acceso a servicios de salud por presentar mayor prevalencia de trastornos por consumo de sustancias, trastornos mentales (disfunción cognitiva y dificultades de aprendizaje), los trastornos del ánimo, entre otros.

La promoción de la salud mental, prevención y atención de los problemas y trastornos mentales y por consumo de sustancias psicoactivas de las (os) adolescentes y jóvenes vinculados al Sistema de Responsabilidad Penal es una responsabilidad intersectorial que se gestiona desde el enfoque de desarrollo basado en los derechos humanos y el enfoque salud pública.

En relación a la atención integral en salud se gestiona con los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud la aplicación de los lineamientos para la eliminación de las barreras de acceso que enfrentan las(os) adolescentes y jóvenes para recibir atenciones de salud oportunas, integrales y continuas. El mejoramiento de la respuesta institucional requiere del reconocimiento de sus características y limitaciones para satisfacer las necesidades que en salud demanda esta población.

Este documento es una aproximación a la evidencia internacional sobre salud de las(os) adolescentes y jóvenes vinculados a los sistemas judiciales, la evidencia nacional de la situación y del abordaje integral en salud, las principales barreras identificadas para la atención en salud y, recomendaciones para mejorar la gestión por parte de los diferentes actores del SGSSS y articulación local.

Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA) en Colombia

Durante el 2021 se atendieron a 13.313 usuarios, de los cuales 6636 son atendidos en modalidades no privativas, 5745 en modalidades privativas, y 932 en apoyo post institucional. La trayectoria por tipología del delito relaciona un 23% Hurto, un 14% tráfico, fabricación o porte de estupefacientes, y 10% violencia intrafamiliar. En relación con la edad y sexo se destaca que desde el 2007 hasta el 2021, el 88% de los adolescentes en el SRPA son hombres y las 12 mujeres, y el 59% tiene entre 16 y 17 años¹.

El SRPA se define como el conjunto de principios, normas, procedimientos, autoridades judiciales especializadas y entes administrativos que rigen o intervienen en la investigación y juzgamiento de delitos cometidos por personas que tengan entre catorce (14) y dieciocho (18) años al momento de cometer el hecho punible”.²

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar- ICBF es la entidad nacional que, define el lineamiento del modelo de atención y diseña los servicios en de atención en donde operan las medidas y sanciones del proceso judicial.

El modelo de atención establece la base técnica y desarrolla el fundamento pedagógico para la organización de la atención de los adolescentes y jóvenes, que, en cumplimiento de una sanción o medida son ubicados en los servicios operados en el marco del Sistema de Responsabilidad para Adolescentes o que cumplen una medida complementaria y/o de restablecimiento en administración de justicia

Los servicios de atención a los adolescentes y jóvenes se prestan en tres modalidades. Modalidad privativa de la libertad, con atención 24 horas del día los siete días de la semana en estos son: Centro Transitorio, Centros de Internamiento Preventivo-CIP, Centros de Atención Especializada- CAE. Modalidad No privativa a través de prestación de servicios a la comunidad, libertad vigilada, Internación en Medio Semicerrado Externado y, por ultimo las modalidades que atienden medidas complementarias y atención externado o 24 horas cuya finalidad es la protección del adolescente en garantía de sus derechos. Para el 2021, en el Sistema de Responsabilidad penal se cuenta con oferta en 27 departamentos y el Distrito Capital.

Situación de salud de los adolescentes y jóvenes

A continuación, se presenta una aproximación a la situación de salud y se hace énfasis en la situación de consumo de sustancias psicoactivas de los adolescentes y jóvenes vinculados al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes.

Situaciones y contextos de riesgos.

El estudio de consumo de sustancias psicoactivas en el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA) Colombia / Resumen Ejecutivo (2017), evidencia las condiciones de alta vulnerabilidad que viven los jóvenes y adolescentes antes de ingresar al SRPA; resaltando la presencia de dinámicas familiares complejas, maltrato, violencia

¹ Información aportada por la Subdirección de Responsabilidad Penal del ICBF, 2022

² Código de la Infancia y la Adolescencia (CIA), art. 139.



intrafamiliar, abandono, indiferencia, falta de límites y modelos inapropiados. Frente a esto, el 38% de los jóvenes encuestados señalan que tienen familiares con antecedentes de actividad delictiva, principalmente tíos; y el 47,8% señala tener familiares que han sido o son consumidores de sustancias psicoactivas (SPA)³.

De manera más reciente la caracterización poblacional del Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA) realizada por el ICBF, mediante una encuesta a 1,288 personas con edades entre 14 a 30 años, bajo medidas y/o sanciones privativas de libertad, no privativas, complementarias pertenecientes a 28 regionales a nivel nacional identificó que de los adolescentes y jóvenes, el 81,9 % no había logrado terminar la educación media y el 60,9% la educación básica; sobre los motivos por las cuales no estudian, los más mencionados fueron la falta de cupo, tener que trabajar y la falta de interés por los temas.

En cuanto a la familia, el 51,2 % afirmó que algún integrante de su familia había sido sancionado penalmente con medida privativa de la libertad; el 43.21% menciona tener un integrante de la familia que consume sustancias psicoactivas; además el 58.2% de los jóvenes y adolescentes hacen parte de una familia monoparental, de los cuales, el 86.35% vive con la madre y el 13.65% con el padre. De otra parte, el 11.96% de los participantes, tenían hijos, y solo el 35.5% mencionan vivir con ellos, además de los que reportaron tener hijos, el 35.9% son menores de edad. Finalmente, el 1.26% reportaron estar en estado de gestación.

En cuanto a las relaciones familiares que suponen riesgo se identificó que el 15.63% de los adolescentes y jóvenes refieren tener una familia conflictiva, el 3.11% una familia maltratante, y el 12.17% (7.6) y 3.18% manifestaron una dinámica indiferente y violenta, respectivamente.

Otros factores de riesgos identificados son los relacionados con el conflicto armado, donde el 21.61% se identifican como víctimas del conflicto; desplazamiento forzado 14.32%; por otro lado, el 12.35% de los adolescentes y jóvenes han pertenecido a bandas criminales, y el 12.17% ha pertenecido a pandillas.⁴

Otra de las situaciones de vulneración que ocurren con los adolescentes y jóvenes son las barreras de acceso a los servicios de salud y a tratamiento para los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas en donde solo el 17,3% de los encuestados refieren haber recibido alguna vez tratamiento por trastornos por consumo de sustancias psicoactivas al igual que quienes lo estaban recibiendo al momento de realizar el estudio, 17,4%. El estudio no describe que tipos de barreras experimentó esta población.³

De la caracterización realizada por el ICBF (2019) se encontró El 92,7 % al menos una vez había consumido cigarrillo o alcohol, el 83,9 % afirmó haber consumido otras sustancias psicoactivas distintas al cigarrillo y al alcohol; de los que reportaron consumo de sustancias psicoactivas, el 36.7% consumen solos, el 34.49% lo hicieron con un amigo, y el 13.8% lo hicieron en grupo. Así mismo El 42,8% ha tenido muchos problemas a raíz del consumo y el 47,3 % manifestó haber cometido un delito bajo los efectos del consumo de sustancias psicoactivas⁴.

³ Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social (2017) Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA). Resumen ejecutivo

⁴ Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2019) RESULTADOS NACIONALES DE LA ENCUESTA DE CARACTERIZACIÓN POBLACIONAL DEL SRPA 2019.



Consumo de Sustancias psicoactivas y barreras de acceso a servicios de salud.

Por su parte el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes en Conflicto con la Ley en Colombia del 2009, evidenció que el 59,6% de los jóvenes encuestados cometió el hecho punible bajo efecto de una sustancia psicoactiva, el 66.5% aseguró que no lo habría cometido si no hubiese consumido y el 23.8% afirmó que lo cometió para comprar sustancias psicoactivas. Este estudio también estimó que el 41% de los adolescentes que había incurrido en infracciones a la ley penal, lo hicieron bajo los efectos de la marihuana. Respecto al consumo de sustancias psicoactivas y la comisión de delitos, la marihuana es la sustancia de mayor uso (22,8%) entre los adolescentes y jóvenes el día en que cometieron la infracción a la ley por la cual están vinculados al Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente (SRPA), seguida de alcohol, cocaína y tranquilizantes, siendo este consumo más alto en quienes se encuentran en medidas privativas. El uso de sustancias psicoactivas es frecuente en esta población⁵.

Frente al consumo de alcohol en el último año, ocurre más en adolescentes con sanciones no privativas; sin embargo, la prevalencia del último año de quienes están en medidas privativas es relativamente alta (39,2%); en cuanto al uso del tabaco la prevalencia de último año y último mes son muy superiores comparadas con población escolar y población general, se identificó que uno de cada dos adolescentes en el SRPA fumó durante el último año y durante el último mes. El consumo de marihuana también es frecuente, la prevalencia de último año fue del 54,4% y la de cocaína fue del 19,1%; en contraste, con excepción del alcohol, el consumo de sustancias psicoactivas en población escolar es inferior al de la población del sistema de responsabilidad penal para adolescentes, la prevalencia de último año de consumo de alcohol en el último año fue de 59,59%, de tabaco el 14,61%, de marihuana el 7,97% y cocaína de 2,65%.

Atención integral de los adolescentes y jóvenes del Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes en Colombia

El abordaje desde el sector salud debe ser integral y diferenciado centrado en las particularidades de cada adolescente y joven aprovechando las oportunidades de desarrollo en las que se encuentra y su capacidad para comprender y transformar su proyecto de vida.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de sus competencias, dirige la gestión para la garantía de la atención integral en salud de los adolescentes y jóvenes del Sistema de Responsabilidad Penal como una prioridad. El derecho fundamental a la salud incluye entre otros, elementos esenciales e interrelacionados, la prevalencia de los derechos de los adolescentes hasta cumplir los 18 años (Ley 1751 de 2015). Ley 1616 de 2013 ordena garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental; incluyendo el consumo de sustancias psicoactivas.⁶

⁵ Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF); Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE); Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC); Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CIDAD) (2010) ESTUDIO NACIONAL DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES EN CONFLICTO CON LA LEY EN COLOMBIA 2009.

⁶ Ley 1616 de 2013, Art. 4°.



Partiendo de lo anterior, se expidió la Política Nacional de Salud Mental, Resolución 4886 de 2018 y la Política Integral de Prevención y Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas, Resolución 089 de 2019; las cuales desde el enfoque de desarrollo basado en derechos humanos y el enfoque de salud pública reconocen la problemática y el impacto de las afectaciones de la salud mental en las dinámicas relacionales durante el curso de vida de las personas, así como los efectos que tiene el consumo de sustancias psicoactivas en los procesos de desarrollo de las personas, las familias y las comunidades. Estas políticas se basan en evidencia científica.

El contenido de estas políticas relaciona 5 ejes complementarios entre sí, que orientan estratégicamente acciones e intervenciones sectoriales, intersectoriales y comunitarias, para que los sujetos individuales y colectivos transiten acorde a su necesidad en ellos: (1) promoción de la convivencia y la salud mental en los entornos, fortalecimiento de los factores protectores frente al consumo de sustancias psicoactivas, (2) prevención de los problemas de salud mental individuales y colectivos, así como de los trastornos mentales y epilepsia, y prevención de los factores de riesgo frente al consumo de sustancias psicoactivas, (3) tratamiento integral, (4) rehabilitación integral e inclusión social, y (5) gestión, articulación y coordinación sectorial e intersectorial. De esta manera, se constituye una apuesta de política de carácter integral, sostenible, continua y ordenada, orientada a transformar los determinantes sociales, familiares e individuales a través del fortalecimiento de los factores protectores, procesos de prevención, tratamiento, rehabilitación integral e inclusión social de las personas con problemas, trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas.

En la gestión para la garantía de los derechos requiere de la acción intersectorial, es por ellos, que a través del Conpes 3992 de 2020 se establece la estrategia intersectorial para la promoción de la salud mental y prevención integral de violencias, consumo de sustancias psicoactivas y otras afectaciones en salud mental, con acciones específicas para los adolescentes y jóvenes vinculados al sistema de responsabilidad penal adolescente.

En la atención integral en salud los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud tienen un lugar protagónico en la implementación de la ruta de promoción y mantenimiento (resolución 3280 de 2018) en la cual se definen e integran las acciones individuales, colectivas, poblacionales y las acciones de gestión de la salud pública, requeridas para la promoción de la salud, la gestión oportuna e integral de los principales riesgos en salud, de los individuos, las familias y las comunidades; y la ruta integral de Ruta Integral de Atención para personas con problemas mentales, trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y epilepsia⁷ orientada a la gestión de los riesgos y trastornos específicos, con recursos del Plan de Beneficios en Salud-PBS a cargo de la Unidad de Pago por Capitación - UPC y del Plan de Intervenciones Colectivas con recursos destinados por resolución de manera sostenida en el tiempo. Las estrategias de inclusión social son intersectoriales, ocurren en cada territorio y obedecen a la planeación local.

Características generales de la población juvenil en los sistemas judiciales. Contexto internacional.

Las particularidades de esta población han sido documentadas desde hace más de 50 años, y en los diferentes estudios revisiones de evidencia como las de Mazzoti y Higgins



en 2006 ⁷ encontraron que en Estados Unidos dos terceras partes de los jóvenes privados de la libertad pertenecen a minorías⁸. De otra parte, Zimring (1998) sostiene que las contramedidas drásticas (punitivas) que afectan de manera desproporcionada a las minorías causan más daño que bien⁹.

Alteraciones en la salud.

A menudo esta población presenta comorbilidades y en general se estima en el 50% e incluyen problemas de salud mental y física, abuso de sustancias psicoactivas, dificultades interpersonales y bajo rendimiento vocacional y educativo (Burrell, 2006; Schaeffer & Borduin, 2005), además presentan mayor riesgo de abuso de sustancias, embarazo e ITS, pero con frecuencia carece de acceso adecuado a servicios de salud (Williams, 2006) y para muchos, también la situación de privación de la libertad representa la posibilidad de contacto con estos.¹⁰

La presencia de patología dual, es decir personas que presentan trastornos mentales y por consumo de sustancias psicoactivas está fuertemente asociada a factores socioeconómicos y de salud que pueden desafiar la recuperación, como el desempleo, la falta de vivienda, el encarcelamiento o la participación en el sistema de justicia penal y el suicidio.

Según el Informe Anual de Salud Mental de SAMHSA, en 2017, el 29 % de las personas con patología dual estaban desempleados y el 50 % no formaban parte de la fuerza laboral (p. ej., discapacitados, jubilados, estudiantes) (SAMHSA, 2019d) en contraste la tasa de desempleo nacional fue del 3,8 por ciento ¹¹.

De las personas mayores de 12 años con patología dual, el 7,5 % no tienen hogar, en contraste, las tasas de personas sin hogar de por vida y del último año en la comunidad general son de alrededor del 4 % y el 1,5 %, respectivamente.

Además de las personas privadas de la libertad en Estados Unidos alrededor del 48 % tiene antecedentes de enfermedad mental, el 26 %, antecedentes de trastornos por consumo y de las personas con enfermedades mentales, el 49% tendrían algún trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.

De manera más reciente la revisión¹² de Borschmann y colaboradores (2020) sobre la situación de salud de los adolescentes detenidos en los sistemas de justicia criminal, corroboran la presencia de problemas de salud complejos, comportamientos de riesgo y muertes prematuras; por ejemplo la población que ha estado detenida tiene tasas de mortalidad entre 5 y 41 más altas que la población que no ha estado detenida y estas

⁷ Mazzotti VL, Higgins K. (2006) Public Schools and the Juvenile Justice System: Facilitating Relationships. *Intervention in School and Clinic*. 2006;41(5):295-301

⁸ Esta situación es diferente a la presentada en el país en tanto que las minorías no representan la mayoría de adolescentes y jóvenes del SRPA.

⁹ Zimring, F. (1998). Toward a Jurisprudence of Youth Violence. *Crime and Justice*, 24(), 477–501.

¹⁰ Golzari M, Hunt SJ, Anoshiravani A. (2006) The health status of youth in juvenile detention facilities. *J Adolesc Health*. 2006 Jun;38(6):776-82.

¹¹ Substance Abuse and Mental Health Services Administration - SAMHSA (2020) Tip 42. Substance Use Disorder Treatment for People With Co-Occurring Disorders

¹² Incluyó la revisión final de 204 artículos de investigación y 41 revisiones de los cuales, la mayoría de los artículos de investigación (90%, 183 artículos) procedían de países de ingresos altos y los 21 restantes (10 %) procedían de países de bajos a medianos ingresos.



mueres se relacionan con sobredosis por consumo de sustancias psicoactivas, suicidio, lesiones o violencia. Además, presentan de manera más frecuente trastornos y comorbilidades entre trastornos mentales (disfunción cognitiva y dificultades de aprendizaje), trastornos por consumo de sustancias psicoactivas; la prevalencia de vida reportada de trastorno por consumo de sustancias es del 22% al 96% para los adolescentes detenidos, en contraste con el 7-11% para los adolescentes de la población general.

Frente a los trastornos del ánimo, la prevalencia de vida en jóvenes detenidos oscila entre 7% y 82%, mientras que para población general es de 14,3%. La prevalencia de discapacidades del desarrollo neurológico entre los adolescentes detenidos fue mayor que en población general, por ejemplo, la tasa de discapacidad cognitiva (IQ menor a 70) entre los adolescentes detenidos oscilaron entre el 10% y el 32% en contraste con un 2% a 4% en población general. El antecedente de lesión cerebral traumática fue común entre los adolescentes detenidos, entre el 32 y el 50% de ellos habían sufrido una lesión con pérdida del conocimiento durante su infancia, en comparación con el 5–24% de los adolescentes en la población general. Las tasas de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en adolescentes privados de la libertad oscilan entre 2% y 50% mientras que en la población general de niños y adolescentes se estiman entre el 3% y el 9%. Finalmente, también se identifica que presentan con mayor frecuencia enfermedades no transmisibles como asma y transmisibles como ITS, en comparación con la población general¹³.

Así mismo se encuentran altas prevalencias de embarazos (2-7%) y embarazos previos (20-37%) en mujeres adolescentes detenidas y una alta proporción de hombres adolescentes que habían tenido un hijo o habían sido responsables del embarazo (22-31%), todos los cuales eran adolescentes cuando comenzaron su detención actual. En relación con esta situación y las altas tasas de trastornos por uso de sustancias psicoactivas, incluido alcohol, esta alta prevalencia de embarazo durante la adolescencia aumenta la probabilidad de la aparición de los Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal y la dependencia perinatal de sustancias.

Los esfuerzos de prevención de tales trastornos deben centrarse en los grupos más desfavorecidos y en riesgo de la sociedad (incluidos los adolescentes detenidos, tanto hombres como mujeres), y aumentar la conciencia sobre el embarazo y su prevención y brindar acceso a condones y otros métodos anticonceptivos efectivos, como los anticonceptivos de acción prolongada, anticonceptivos reversibles.

La revisión concluye con que los adolescentes detenidos comúnmente experimentan problemas de salud en una variedad de dominios de salud física y mental, incluidos los trastornos mentales, las autolesiones y el comportamiento suicida, los trastornos por uso de sustancias, las discapacidades del neurodesarrollo, las ITS, y la salud sexual y reproductiva y que estas alteraciones en salud son más frecuentes que en adolescentes no detenidos, así mismo estos resultados son consistentes en los países de ingresos altos, medios y bajos. Además, se identificó una sub utilización de la atención primaria y preventiva en la comunidad antes de la detención y es probable que también existan altos niveles de necesidades insatisfechas en dichos entornos ¹⁴.

¹³ Borschmann R, Janca E, Carter A, Willoughby M, Hughes N, Snow K, Stockings E, Hill NTM, Hocking J, Love A, Patton GC, Sawyer SM, Fazel S, Puljević C, Robinson J, Kinner SA. (2020) The health of adolescents in detention: a global scoping review. *Lancet Public Health*. 2020 Feb;5(2):e114-e126.

¹⁴ Sprott JB, Jenkins JM, Doob AN. (2005) The Importance of School: Protecting At-Risk Youth From Early Offending. *Youth Violence and Juvenile Justice*. 2005;3(1):59-77.



En consecuencia, la detención a menudo brinda a los adolescentes vulnerables oportunidades únicas (pero lamentables) de diagnóstico, educación sobre el manejo de enfermedades, tratamiento médico y asesoramiento a los que de otro modo no habrían tenido acceso en la comunidad.

Por lo anterior se requiere de una mayor inversión en la atención integral y la detección temprana de alteraciones de manera rutinaria en todos los adolescentes que ingresen a la detención, junto con tratamientos basados en la evidencia e intervenciones de salud pública y servicios de apoyo aún después de la liberación de la detención para garantizar que las mejoras en salud de los que se informa con frecuencia durante la detención no se pierden después de la liberación¹³.

Determinantes sociales y aspectos comunitarios como factores de riesgo o protección ante los sistemas judiciales

La investigación demuestra un vínculo claro entre la delincuencia juvenil y la pobreza; Farrington (1989) describió que los bajos ingresos familiares a los ocho años se asocian con la violencia en la adolescencia y la condena de los delincuentes violentos, además la pobreza ha sido citada como un factor de riesgo para los jóvenes delincuentes por múltiples autores como por ejemplo, Li, Nussbaum y Richards, 2007; Ludwig, Duncan y Hirschfield, 2001; Scott et al., 2002; Snyder y Sickmund, 2006.

Los jóvenes privados de la libertad tienen tasas más altas de factores estresores familiares y comunitarios que los jóvenes no privados de la libertad. Otros estudios informan que uno de cada cuatro menores arrestados es una mujer. Además, se ha identificado que, aunque una pequeña proporción de jóvenes está encarcelada, muchos reincidirán como adultos y aproximadamente el 25% de los jóvenes que cometen delitos entre los 16 y los 17 años reinciden entre los 18 y los 19 años¹⁵.

Lo comunitario también se comporta tanto como factor de riesgo como protector; que incide en el comportamiento antisocial y la participación de la justicia juvenil. Generalmente, las comunidades con recursos limitados de salud mental y oportunidades recreativas para los jóvenes tienen índices más altos de delincuencia juvenil. Los lazos escolares débiles y el bajo rendimiento académico están asociados con mayores tasas de delincuencia juvenil ¹³

La exposición a compañeros delincuentes está fuertemente correlacionada con el comportamiento delictivo, al igual que las tasas de delincuencia comunitaria, el bajo apoyo social y la exposición a la violencia (Brown et al., 1997; Cottle et al., 2001; Li et al., 2007; Sprott et al, 2005).

Como factores protectores que reducen los efectos del riesgo de delincuencia Walker y colaboradores (1996) consideran variables familiares (p. ej., atención prenatal, vínculos estrechos y manejo del estrés) y comunitarias/escolares (p. ej., acceso a recursos de vivienda y empleo, redes de apoyo). y lazos sociales, altas expectativas y participación de los padres). Li y colaboradores (2007) citaron la confianza en sí mismos, el apoyo familiar

¹⁵ Snyder, H. N., & Sickmund, M. (2006). Juvenile offenders and victims: 2006 national report. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.



y comunitario, y el entorno cohesivo del vecindario como factores que reducen la delincuencia¹⁶

Autores como Alltucker, Bullis, Close y Yovanoff; Mazzotti y Higgins; Ryan, y Scott y colaboradores, han documentado y reconocen factores familiares como indicadores de riesgo como por ejemplo los hogares monoparentales, el abuso físico y la negligencia, la experiencia en hogares de acogida y la delincuencia familiar están asociados con un aumento de la conducta delictiva.

La estructura familiar está asociada con la conducta problemática; Un estudio encontró que los adolescentes que vivían con ambos padres, independientemente de su nivel económico, tenían menos probabilidades que los jóvenes de otras estructuras familiares de informar sobre una variedad de problemas de comportamiento, que incluían huidas, agresiones y arrestos¹⁷; como se hace referencia en Snyder y Sickmund. Los niños que viven en hogares unifamiliares también tienen más probabilidades de vivir en la pobreza, una condición correlacionada con la delincuencia¹⁴. Además, un estudio del Instituto Nacional de Justicia indicó que el abuso o la negligencia durante la infancia aumentaba la probabilidad de arresto de menores en un 59%.¹⁵

De manera más reciente, en 2018 la comisión Lancet realizó una revisión sobre determinantes sociales, salud mental y metas del desarrollo sostenible e identificó que la evidencia acumulada indica que la seguridad relacionada con el crimen en el vecindario y el miedo al crimen pueden tener un efecto sustancial en la enfermedad mental, además la combinación con otros factores negativos en el ambiente como la exposición a la violencia a nivel comunitario se ha relacionado con el trastorno de estrés postraumático en países de ingresos bajos y medios y países de ingresos altos.

En niños y adolescentes, la violencia comunitaria, incluida la violencia de las pandillas, se ha relacionado con el abuso de sustancias, síntomas de depresión, ansiedad entre otros, así como con afectación en el desarrollo. A su vez, la violencia comunitaria en sí misma está relacionada a determinantes más anteriores o distales, como la densidad de población, la composición de la familia, las deficiencias en las instituciones y redes sociales de apoyo y las condiciones de vivienda; dentro de las intervenciones potenciales para estas situaciones se encuentran el mejoramiento de la vivienda y la seguridad de los vecindarios¹⁸.

En conclusión, aunque las dificultades de salud y desarrollo en la niñez y la adolescencia tienen un gran impacto en las trayectorias hacia el sistema de justicia penal, este riesgo se amplifica cuando tales dificultades ocurren en presencia de una o más diversas desventajas económicas asociadas. A su vez, la ventaja socioeconómica confiere experiencias más protectoras que pueden moderar los efectos de las dificultades de salud y desarrollo. La investigación criminológica ha enfatizado durante mucho tiempo la influencia de las desventajas sociales en el aumento del riesgo de delincuencia entre los jóvenes. Tales desventajas incluyen la pobreza familiar, la privación de la comunidad, los altos niveles de

¹⁶ Myers, D.M., & Farrell, A.F. (2008). Reclaiming lost opportunities: Applying public health models in juvenile justice. *Children and Youth Services Review*, 30, 1159-1177.

¹⁷ Snyder, H.N. (1999) (December). *Juvenile Arson, 1997. Fact sheet*. Washington, DC: US Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention

¹⁸ Lund, C; Brooke-Sumner, C; Baingana, F; Baron, E; Breuer, E; Chandra, P; Haushofer, J; Herrman, H; Jordans, M; Kieling, C; Medina-Mora, M; Morgan, E; Omigbodun, O; Tol, W; Patel, V; Saxena, S (2018) Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *Lancet Psychiatry* 2018; 5: 357-69



delincuencia en un vecindario, la falta de compromiso educativo y el encarcelamiento de los padres¹⁹.

Lo anterior, ratifica la importancia estratégica respecto a la inversión en la infancia y la adolescencia definida a la agenda 2030: la inversión en los niños es una piedra angular del desarrollo sostenible y debería realizar una atención prioritaria a la primera infancia y a la adolescencia logrando que las familias adquieran las aptitudes y herramientas necesarias para construir un entorno que ofrezca amor, seguridad y protección a todos los niños; de otra parte, niños y niñas afectados por la privación de libertad se les debe conceder las mismas oportunidades de disfrutar de una vida digna y darles acceso a una educación, recreación y capacitación profesional de calidad y brindarles las oportunidades para reintegrarse plenamente en la sociedad y convertirse en agentes de cambio de sus comunidades y países²⁰.

Aproximación al contexto internacional en el abordaje en salud de poblaciones privadas de la libertad.

Este apartado hace énfasis en la información disponible del abordaje en salud mental y por consumo de sustancias psicoactivas de poblaciones en conflicto con la ley; las naciones unidas han realizado análisis de la situación de salud de estas poblaciones y los resultados de medidas como la privación de la libertad y su efecto en la salud y ha realizado consideraciones en relación con estos resultados.

Sobre los aprendizajes del abordaje del asunto de las drogas, la Organización de Naciones Unidas ha hecho revisiones donde se ha encontrado que el consumo de sustancias psicoactivas o los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas por sí solo, no es motivo suficiente para la detención y solo puede justificarse legalmente en circunstancias excepcionales claramente definidas de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos garantizando que las personas no estén sujetas a abusos; además el tratamiento debe tener sustento en evidencia científica, con criterios de calidad y adaptado a las particularidades de las personas.

Además, el uso excesivo del encarcelamiento por delitos menores relacionados con las drogas es, de hecho, ineficaz para reducir la reincidencia, además tiene un efecto desproporcionado sobre la salud y el bienestar de los detenidos por delitos leves y sobrecarga los sistemas de justicia penal, impidiéndoles hacer frente de manera eficiente a delitos más graves.

Se ha demostrado que el tratamiento basado en la evidencia y servicios de cuidado para los infractores que consumen drogas, como alternativa al encarcelamiento, aumenta sustancialmente la recuperación y reduce la reincidencia. Incluso las formas más costosas de intervenciones alternativas como los tribunales de drogas son más rentables que el

¹⁹ Hughes, N; Ungar, M; Fagan, A; Murray, J; Atilola, O; Nichols, K; Garcia, J; Stuart Kinner (2020) Health determinants of adolescent criminalisation. *Lancet Child Adolesc Health* 2020; 4: 151–62

²⁰ Organización de las Naciones Unidas (2019) Los niños hablan sobre los efectos de la privación de libertad: el caso de América Latina. Oficina del Representante Especial del Secretario General (RESG) sobre la Violencia contra los Niños.



encarcelamiento, aunque esos enfoques requieren una coordinación eficaz entre los sistemas de salud y de justicia²¹.

Los tribunales de drogas, cuando se basan en los derechos humanos y suposiciones razonables sobre su función, escala y límites, se consideran una pieza pequeña pero importante de un enfoque amplio de las personas que consumen sustancias psicoactivas y se encuentran en los sistemas judiciales. Si bien en algunos países los tribunales de drogas se han considerado relativamente exitosos, en otros se los considera experimentos bien intencionados, pero finalmente fallidos y una mala dirección de los esfuerzos de tratamiento de drogas hacia la justicia penal en lugar del sistema de salud pública. Estos resultados de relativo éxito han sido reportados en diferentes estudios como la revisión de Stocking y colaboradores que en el 2016 enunciaban que su eficacia para reducir el consumo de drogas ilícitas es variada.²²

Algunos de los mensajes claves de la Organización de Naciones Unidas en relación con los asuntos relacionados con las drogas:

- El **respeto por la dignidad y los derechos humanos** de las personas que consumen drogas debe garantizarse en todos los aspectos de las políticas sociales y de drogas, incluida la igualdad de acceso de las personas que consumen drogas a los servicios públicos como la vivienda, la atención médica y la educación.
- Existe la necesidad de lograr la **Cobertura Universal de Salud (CUS)** para las personas que consumen drogas y de posicionar los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas y otros problemas relacionados como condiciones de salud que deben incluirse en el marco general de CUS en los sistemas nacionales de salud.
- Los **servicios de tratamiento** para los trastornos por consumo sustancias psicoactivas deben cumplir con las obligaciones de derechos humanos y reconocer la **dignidad** inherente de todas las personas. Esto incluye **recibir el más alto nivel posible de salud y bienestar y garantizar la no discriminación**.
- Se deben promover medidas destinadas a **reducir el estigma**, la eliminación de la discriminación y lograr la cobertura universal de la prevención, el tratamiento y la rehabilitación **basados en evidencia científica**.
- La prestación de servicios de prevención, tratamiento, rehabilitación y apoyo general de las drogas es una necesidad, incluida la atención de la salud y la protección social también en los entornos penitenciarios, asegurando que sean equivalentes a los de la comunidad y proporcionen **continuidad de la atención**.
- Existe la necesidad de invertir también en la **recopilación de datos y los sistemas de información** para monitorear la situación de las drogas en los entornos penitenciarios.
- **Mayor inversión** en medidas destinadas a minimizar las consecuencias adversas para la salud pública del consumo de sustancias psicoactivas, que reduzcan las nuevas infecciones por el VIH y las hepatitis virales; brindar tratamiento y atención a los consumidores con VIH, TB y hepatitis viral, mejoran otros resultados de salud y la reintegración social y brindan beneficios sociales más amplios, incluso reduciendo la presión sobre los sistemas de atención de la salud y justicia penal. **Estas intervenciones funcionan y son rentables, al mismo tiempo que ayudan a ingresar**

²¹UN system coordination Task Team (2019) On the Implementation of the UN System Common Position on drug-related matters What we have learned over the last ten years: A summary of knowledge acquired and produced by the UN system on drug-related matters.

²² Stockings E, Hall WD, Lynskey M, Morley KI, Reavley N, Strang J, Patton G, Degenhardt L.(2016) Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. Lancet Psychiatry. 2016 Mar;3(3):280-96.

a las personas que consumen sustancias psicoactivas a los servicios sociales y de salud.²⁰

El aumento del número de personas con trastornos por consumo de drogas en todo el mundo exige la ampliación de las intervenciones basadas en pruebas que adoptan un enfoque multifactorial. Tales intervenciones deben integrarse dentro del sistema general de prestación de atención de la salud y abordar las necesidades de las personas en circunstancias vulnerables, incluidas las mujeres, los niños y los adolescentes y las personas en contacto con el sistema de justicia penal. Proteger y promover los derechos humanos de las personas que consumen drogas tratándolas con dignidad, eliminando el estigma y brindando igualdad de acceso a los servicios sociales y de salud deben ser los principios subyacentes de todas las intervenciones relacionadas con la prevención y el tratamiento del consumo de drogas ²³

La evidencia muestra que un modelo de atención integral es una buena práctica en las personas con patología dual y se ha relacionado con muchos resultados deseables en la salud mental, independencia, calidad de vida y la disminución del consumo de sustancias y la abstinencia, así como en la disminución de necesidades de atención en servicios de urgencias.

La atención integral de personas con patología dual puede ser efectiva en diferentes entornos y poblaciones, en los relacionados con la justicia penal, la atención integral de personas con patología dual se ha asociado con resultados deseables, como la mejora de los síntomas psiquiátricos, la reducción del consumo de sustancias y la disminución de las tasas de reincidencia en el delito ¹⁰.

Siguiendo las indicaciones de la OMS y UNODC, sobre los estándares de tratamiento, el principio 3 indica que se debe promover el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas mediante una coordinación eficaz entre el sistema de justicia penal y los servicios sociales y de salud; y que como regla general, las personas con trastornos por consumo de drogas deben recibir tratamiento basado en evidencia científica en el sistema de atención de la salud; en todos los casos relacionados con la justicia, las personas deben recibir un tratamiento y una atención de un nivel igual al que se ofrece en la comunidad. Dentro de los estándares se resalta los siguientes:

- Las intervenciones de tratamiento no deben imponerse a las personas con trastornos por consumo de sustancias en el sistema de justicia penal en contra de su voluntad.
- Las personas con trastornos por consumo de drogas en entornos de justicia penal deben tener acceso a la prevención y el tratamiento, incluidos: los mecanismos de identificación temprana y derivación a tratamiento; la prevención de la transmisión de infecciones transmitidas por la sangre; tratamiento farmacológico y psicosocial de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, otras comorbilidades como trastornos mentales; servicios de rehabilitación y vínculos de atención integral con la salud comunitaria; y servicios sociales en preparación para su liberación.
- Debe existir capacitación para el personal del sistema de justicia penal, incluidos los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley y del sistema penitenciario y los profesionales de los tribunales, para asegurar el reconocimiento de las necesidades

²³ UNODC (2021) World Drug Report 2021 (United Nations publication, Sales No. E.21.XI.8)



médicas y psicosociales asociadas con los trastornos por consumo de drogas y para apoyar los esfuerzos de tratamiento y rehabilitación ²⁴

Encuesta de Caracterización y seguimiento a la situación de salud de adolescentes y jóvenes del SRPA

La afectación en la salud de los adolescentes y jóvenes del Sistema de Responsabilidad Penal y de sus familias documentada tanto en evidencia internacional y nacional, se requiere fortalecer la generación de evidencia local sobre la situación de salud y barreras de acceso a servicios que permita a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y otros actores interesados diseñar e implementar acciones, estrategias y procesos de gestión orientados a garantizar el derecho a la salud.

Metodología.

La construcción de este documento tuvo los siguientes momentos:

Construcción del instrumento para la recolección de información. El Ministerio de Salud y Protección Social y Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF definen las variables para caracterizar el perfil de los adolescentes y jóvenes particularmente en lo relacionado con salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y comorbilidades; barreras de acceso a servicios de salud que son atendidos por los operadores de modalidades de atención del Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes contratados por el ICBF. Se elabora un instrumento ordenado por categorías.

Recolección de la información. Los operadores de las modalidades de atención a los adolescentes y jóvenes realizan el diligenciamiento online del instrumento entre el 16 de marzo y el 16 de abril de 2021. Se realizó acompañamiento a los operadores durante este proceso para lo cual ICBF dispuso un enlace para recibir y atender situaciones que se presentaran.

Consolidación y análisis de la información. Consistió en la revisión y depuración de los datos registrados por los operadores en la base de datos por parte del equipo técnico del MSPS y del ICBF. El análisis de información es descriptivo haciendo uso de frecuencias y porcentajes.

Elaboración del informe. El informe presenta la aproximación a la situación de salud de adolescentes y jóvenes vinculados al SRPA, algunas conclusiones y de recomendaciones ordenadas para cada uno de los agentes del sistema de salud y de los operadores del SRPA a las necesidades de la población.

²⁴World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime (2020) International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing. Geneva: License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



Resultados.

En total se recibieron 198 instrumentos diligenciados por los operadores del ICBF de los cuales se realiza análisis de 185 instrumentos provenientes de 26 departamentos, 5 distritos, para un total de 52 entidades territoriales (municipios) con operadores del Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes que participaron en la encuesta, trece (13) instrumentos son excluidos por duplicidad o errores en el diligenciamiento.

La información que se presenta a continuación hace referencia exclusivamente a los resultados y el análisis de la información recolectada y no necesariamente plantea la situación general del universo de la población vinculada al SRPA.

Para la fecha de la recolección de la información, en el año 2021, el ICBF hace presencia a nivel nacional en las 33 regionales; sin embargo, en el Sistema de Responsabilidad penal se cuenta con oferta en 27 departamentos y el Distrito Capital.

En el desarrollo de esta encuesta es importante reconocer que un operador puede ofrecer varias modalidades de servicios y haber emitido al menos una única respuesta condensando la información de las diferentes modalidades, por lo que se considera que los porcentajes de participación de los operadores puede ser mayor al registrado, el cálculo de participación de operadores se realizó con el directorio del ICBF disponible al momento del análisis de la información que corresponde a 276 operadores y se considera que se contó con la participación del 67% de los operadores en el país.

De manera desagregada por departamentos en relación con la participación de los operadores en la encuesta se identificó que en el 25% de los territorios (Bolívar, Casanare, Huila, Bogotá, Quindío, Nariño, Chocó, Caquetá y Risaralda) participaron 75% o más de los operadores del ICBF.

En el 60,7% de los departamentos se contó con una participación entre el 50% y 75% de los operadores en el territorio (Valle del Cauca, Caldas, Cesar, Tolima, Santander, Cauca, Boyacá, San Andrés y Providencia, Córdoba, Sucre, Cundinamarca, Meta, Amazonas, Santa Marta/Magdalena y Arauca)

En el 14,3% de los territorios se presentó una participación menor al 50% de los operadores (Antioquia, Norte de Santander, La Guajira y Atlántico) del ICBF presentes en el departamento. (información desagregada en la tabla 1)



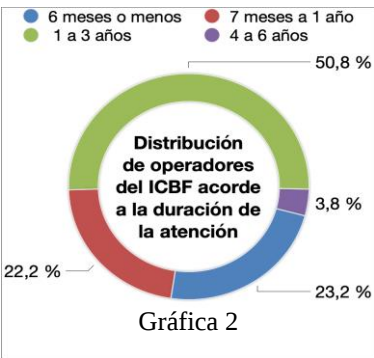
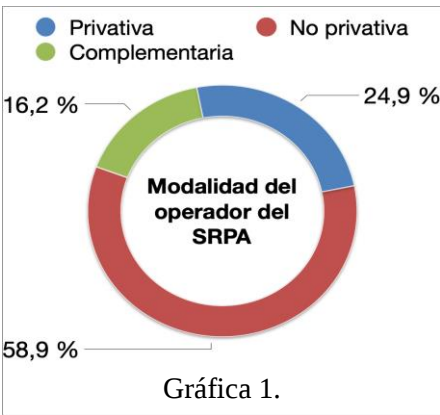
Departamento/Distrito	Municipio	Número de instrumentos diligenciados	Porcentaje total de encuestas	Porcentaje de operadores en el territorio
ANTIOQUIA	El Carmen de Viboral (1), Bello (4), Itagüí (1) Medellín (9), Santa fé de Antioquia (1)	16	8,6	45,7 %
BOGOTA	Bogotá, D.C.	12	6,5	80%
CUNDINAMARCA	Cajicá (4), Girardot (1), Soacha (5), Zipaquirá (1)	12	6,5	63,2%
SANTANDER	Barrancabermeja (4), Bucaramanga (4), Piedecuesta (1), San Gil (3)	12	6,5	70,6 %
CALDAS	Chinchiná (1), La Dorada (2), Manizales (8)	11	5,9	73,3%
RISARALDA	Pereira	11	5,9	100 %
NARIÑO	Ipiales (2), Pasto (8)	10	5,4	90,9 %
QUINDIO	Armenia (7), Calarcá (1), Montenegro (2)	10	5,4	83,3 %
CALI	Cali	10	5,4	Se incluye en Valle del Cauca
CESAR	Valledupar	8	4,3	72,7%
CAUCA	Popayán (6) Santander de Quilichao (1)	7	3,8	70%
HUILA	Neiva (5), Pitalito (2)	7	3,8	77,8 %
CAQUETA	Florencia	5	2,7	100%
META	Villavicencio	5	2,7	62,5 %
TOLIMA	Ibagué	5	2,7	71,4 %
CARTAGENA	Cartagena	4	2,2	Se incluye en Bolívar
BOYACA	Duitama (2), Tunja (2)	4	2,2	66,7%
NORTE DE SANTANDER	Cúcuta	4	2,2	40 %
SAN ANDRES Y PROVIDENCIA	San Andrés	4	2,2	66,7 %
VALLE DEL CAUCA	Jamundí (1), Palmira (2), Tuluá (1)	4	2,2	73,7 %
AMAZONAS	Leticia	3	1,6	60 %
CASANARE	Yopal	3	1,6	75%
SANTA MARTA / MAGDALENA	Santa Marta	3	1,6	50 %
ARAUCA	Arauca	2	1,1	50%
ATLANTICO	Sabanalarga, Soledad	2	1,1	30,8%
BARRANQUILLA	Barranquilla	2	1,1	Se incluye e Atlántico
BOLIVAR	Turbaco	2	1,1	75%
CHOCO	Quibdó	2	1,1	100%
CORDOBA	Montería	2	1,1	66,7%
SUCRE	Sincelejo	2	1,1	66,7 %
LA GUAJIRA	Riohacha	1	0,5	33,3 %
26 departamentos, 5 Distritos	52 municipios	185	100,0	67 %

Tabla 1. Distribución De Registros De Información Analizada.

Aspectos generales.

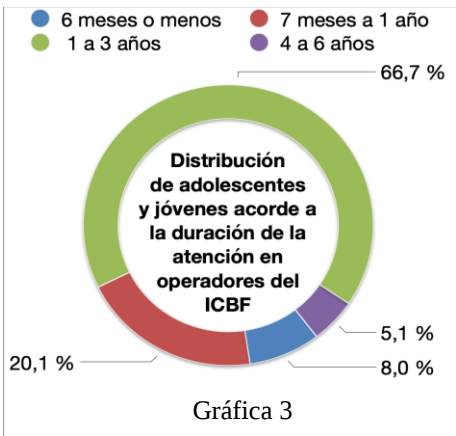
En el análisis de la información se reconoce que del total de operadores del ICBF se entrevistaron a 34, de los cuales uno (1) de ellos funciona hace más de tres décadas (1989), además 1 de cada 4 funcionan desde 2006 o antes (26,4%) y 1 de cada 5 desde 2017 o de manera más reciente (21,6%)²⁵.

Frente a las modalidades de atención se reconoce que cerca de 3 de cada 5 modalidades reportadas por los operadores son no privativa (109); 1 de cada 4 corresponde a una medida privativa (46) y 1 de cada 6 sería medidas complementarias (gráfica 1).



Frente a la pregunta del promedio de permanencia de los adolescentes y jóvenes en la institución un poco más de la mitad de las unidades de servicios (94) reportaron que permanecían en sus instalaciones durante 1 a 3 años y cerca de 1 de cada 4 estarían en la institución durante 6 meses o menos (43) en una proporción similar estarían en un periodo de 7 meses a 1 año (41) y en menor medida de 4 a 6 años (gráfica 2).

En contraste se identifica que dos terceras partes de los adolescentes y jóvenes (5416) están siendo atendido en instituciones que refieren que el tiempo promedio de duración es de 1 a 3 años; 1 de cada 5 estarían siendo atendidos en instituciones en que el tiempo promedio de atención es de 7 meses a 1 año (1634 personas); un 8% estarían durante 6 meses o menos (652 personas) y 418 jóvenes estarían siendo atendidos en instituciones que refieren tiempos promedios de permanencia de 4 a 6 años (Gráfica 3).



De otra parte, se encontró que, para el periodo de recolección de la información, la muestra evaluada fue de 8120 adolescentes y jóvenes. El número de personas en cada modalidad oscila de manera importante entre 1 y 336; la mitad de estas modalidades atienden 27 o menos adolescentes y jóvenes (92 registros) y el 55,4% se encuentran en los distritos de Bogotá y Cali y los departamentos de Antioquia, Valle del Cauca, y Santander.

²⁵ Es importante reconocer que el SRPA nació en el 2007 y que este funcionamiento desde el 2006 puede hacer referencia a una trayectoria de trabajo con población de menores de edad.

Se considera una participación importante de los servicios a nivel nacional con representatividad sobre las particularidades de estas unidades de servicios y una concentración importante en Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca y Santander.

Perfil de la población

En este apartado se presentan las generalidades sobre procedencia de otras regionales, distribución por sexo, orientación sexual, edad y estrato socioeconómico.

Se identificó que 41,6% de las unidades de servicios (77) reportaban atender adolescentes y jóvenes que proceden de otras regionales y corresponde a 427 personas equivalentes al 5,3% del total de la población reportada y 1 de cada 4 (26,4%) de ellos están siendo atendidos en Cali lo que corresponde a 113 adolescentes y jóvenes.

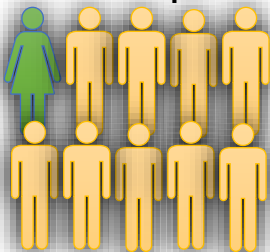
1 de cada 3 adolescentes y jóvenes (34,1%) procedentes de otra región estarían siendo atendidos en 5 departamentos: Meta 7,9% (34 personas), Caldas 7,2% (31 personas), Bolívar 6,7% (29 personas), Quindío 6,3% (27 personas), resto del Valle 6% (26 personas).

9 de cada 10 adolescentes y jóvenes (91,4%) son hombres (7417personas), 8,6% son mujeres (702 personas) y 1 persona se registró como intersexual (Gráfica 4) y el 1,2% se reconocen como personas de los sectores sociales LGBTI, con orientación sexual y/o identidad de género diversas (102 personas). No se preguntó en el instrumento por gestación o por mujeres en lactancia.

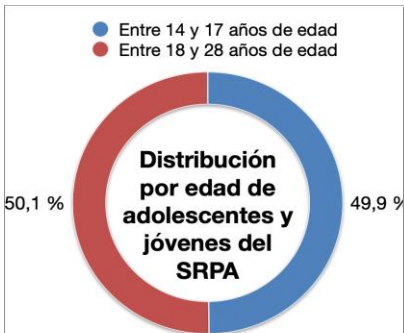
En cuanto a la distribución por edad, se identifica que hay 2 grupos similares, entre 14 y 17 años el 49,8% que corresponde a 4048 personas y entre 18 y 28 años el 50,1% que corresponde a 4072 personas. No se reportaron mayores de 28 años. (Gráfica 5).

Apenas el 5,4% de los adolescentes y jóvenes pertenecen a Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras (NARP) (345 personas) y en menor proporción son indígenas (100 personas); de otra parte, no se registraron adolescentes y jóvenes Rrom. (Gráfica 6). Dos terceras partes de esta población (67,1%) están distribuidos en 6 territorios: Cali (101), Popayán (70), Bello (42), Santander de Quilichao (35) Pasto (28) y Medellín (23).

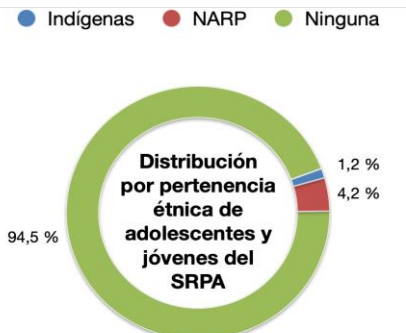
Distribución por sexo



Gráfica 4



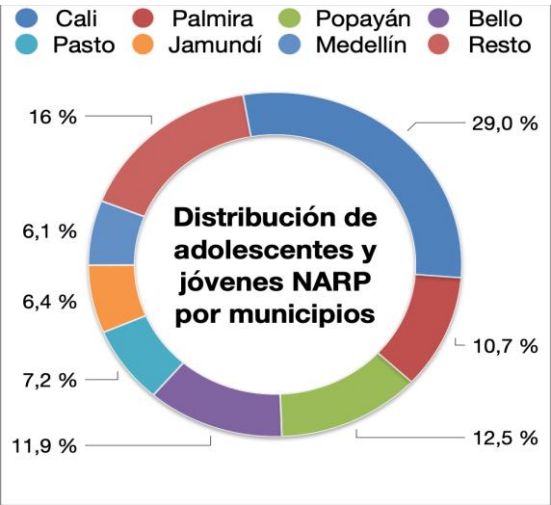
Gráfica 5



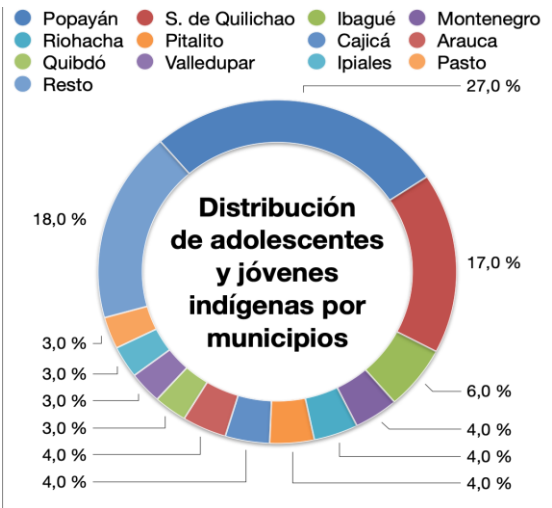
Gráfica 6

Frente a la distribución de adolescentes y jóvenes NARP se identifica que poco más de cuatro de cada cinco (83,7%) se encuentra en 7 municipios: Cali (100), Popayán (43), Bello (41), Palmira (37), Pasto (25), Jamundí (22) y Medellín (21), que corresponden a 289 personas (Gráfica 7).

En cuanto a la distribución de adolescentes y jóvenes indígenas se identifica que es una población más dispersa y que 4 de cada 5 (82%) se encuentran en 12 municipios: Popayán (27), Santander de Quilichao (17), Ibagué (6), Montenegro (4), Riohacha (4), Pitalito (4), Cajicá (4), Arauca (4), Quibdó (3), Valledupar (3), Ipiales (3) y Pasto (3) (Gráfica 8).



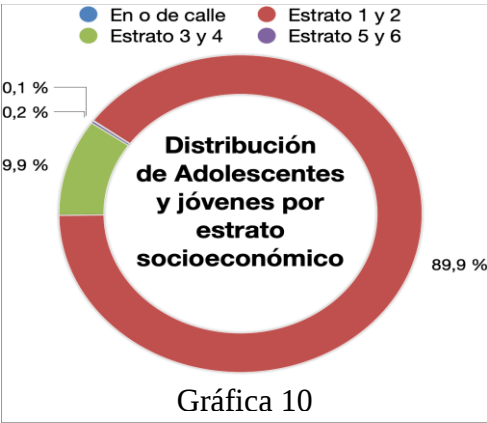
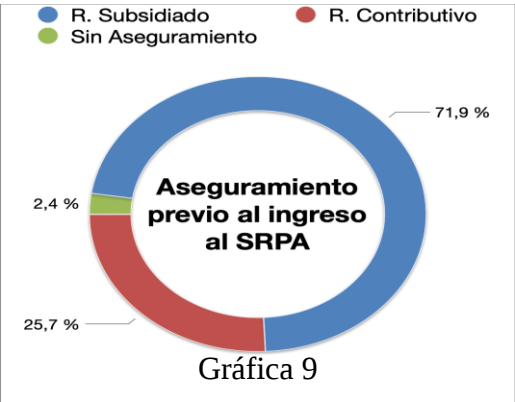
Gráfica 7



Gráfica 8

Es importante reconocer la particularidad de cada territorio en cuanto a la proporción de población NARP e indígena en los distintos operadores; el territorio que presenta mayor proporción de esta población atendida se encuentra en Santander de Quilichao donde se estima que tres cuartas partes (74,4%) de los atendidos por los operadores son población NARP e indígena (35 de 47); seguido de Jamundí donde un poco más de la mitad (55%) que corresponde a 22 de 40 personas; el tercer territorio con mayor proporción es Palmira con un 48,7% que corresponde a 38 de 70 personas; en el caso de Popayán cerca de 1 de cada 3 (31,3%) (70 de 223); San Andrés reporta un 20% lo que corresponde a 3 de 15 personas; los 28 territorios restantes oscilan proporciones de población NARP e indígenas entre 0,55% y 16,2% con un promedio de 4,52%.

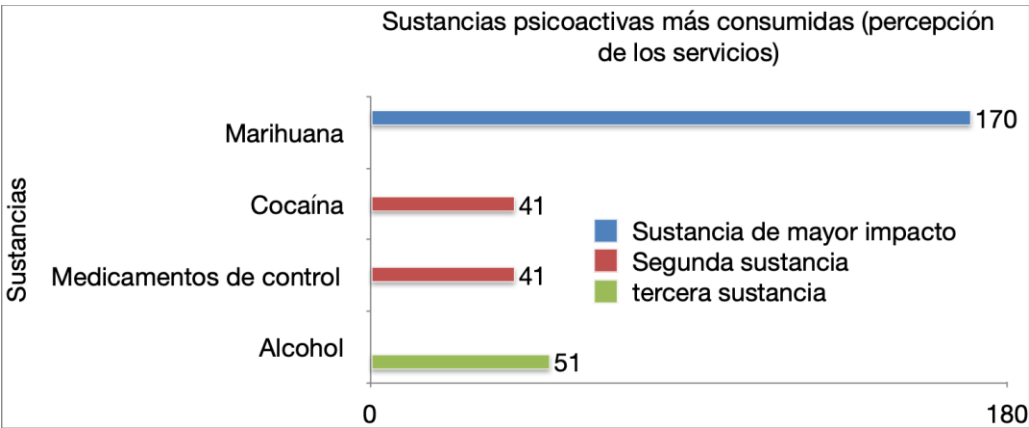
En cuanto a la distribución por aseguramiento y estrato socioeconómico, se identifica que mayoría se encuentran en el régimen subsidiado y 1 de cada 4 estarían en el régimen contributivo (Gráfica 9); de otra parte, 9 de cada 10 adolescentes y jóvenes se encuentran son de estrato 1 y 2, el restante son de estrato 3 o 4, y una representación mucho menor de los estratos 5, 6 o de persona en situación de calle (gráfica 10).



Antecedentes y situación de salud.

En relación con antecedentes y situación de salud de los adolescentes y jóvenes identificados por el operador, se hizo énfasis en la salud mental consumo de sustancias psicoactivas y una aproximación a situaciones que afecten o estén relacionadas; se preguntó por consumo de sustancias psicoactivas en la familia y se reportó que 2 de cada 5 adolescentes y jóvenes tendrían algún familiar con consumo de sustancias psicoactivas (39,4%) lo que corresponde a 3200 personas; en menor medida también se reportó antecedentes de trastornos mentales en la familia en un 8,7% de los adolescentes y corresponde a 709 personas. De otra parte 1 de cada 9 adolescentes y jóvenes (11,5%) tienen hijos o hijas que corresponde a 936 personas.

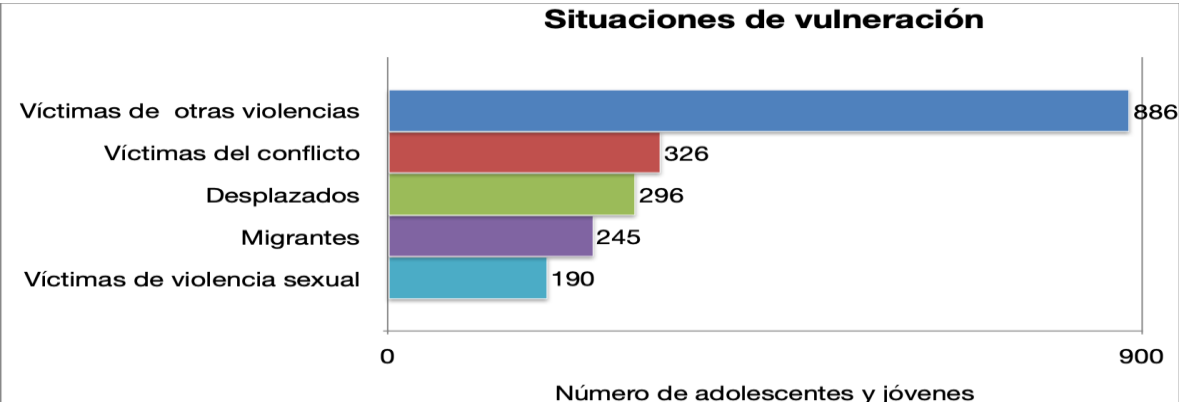
De acuerdo a la percepción de los servicios, el 38,7% (3146 personas) habrían consumido alguna sustancia psicoactiva en el último mes, además se preguntó por las tres sustancias más consumidas y en primer lugar se ubicó la marihuana (170 operadores), seguido de cocaína (41 operadores), y medicamentos de control (41 operadores) y en tercer lugar el consumo de alcohol (51 operadores) (Gráfica 11).



Gráfica 11

De otra parte, el 21% tendrían diagnóstico previo de trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (1694 personas), un 9% tendrían trastornos mentales (700 personas). Se interrogó por otros antecedentes como VIH, hepatitis B y C, sífilis, tuberculosis, con reportes menores al 1%.

En cuanto a situaciones de vulneración que afectan su desarrollo se encontró que la situación más frecuente reportada fue: víctimas de otras violencias, que corresponde al 10,9% de los adolescentes y jóvenes, diferentes a las violencias específicas que se distribuyen como el 4% serían víctimas del conflicto armado, un 3,6% desplazados; 3% migrantes y 2,3% víctimas de violencia sexual. Es importante anotar que esta información no permite discriminar cuantos de los adolescentes y jóvenes presentaban más de 1 de estas situaciones (gráfica 12)

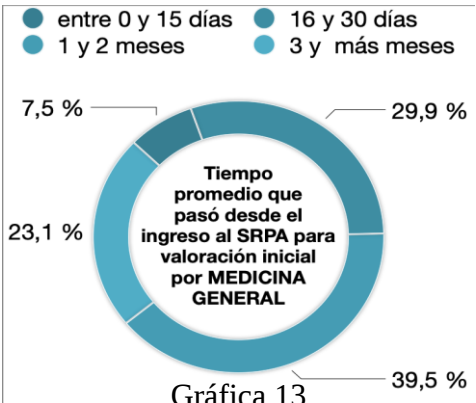


Gráfica 12

Acceso y barreras a servicios de salud.

La encuesta también incluyó un apartado sobre el acceso a los servicios de salud de medicina general, odontología, consideradas puertas de entrada al sistema y servicios de psiquiatría. Esto dada la importante afectación en su salud mental. Así mismo de indagó por los tiempos de espera para estas atenciones.

En cuanto a las atenciones en salud se identifica que 4 de cada 5 unidades de servicios refieren que su población accede al servicio de medicina general y se estima que el 47,4% de los adolescentes y jóvenes tendrían esta valoración; además solo 1 de cada 13 tendrían una valoración en las primeras dos semanas, y un poco más de la tercera parte de la población tendrían atenciones por medicina general entre 1 y 2 meses después del ingreso al SRPA (39,5%). (Gráfica 13).



Gráfica 13



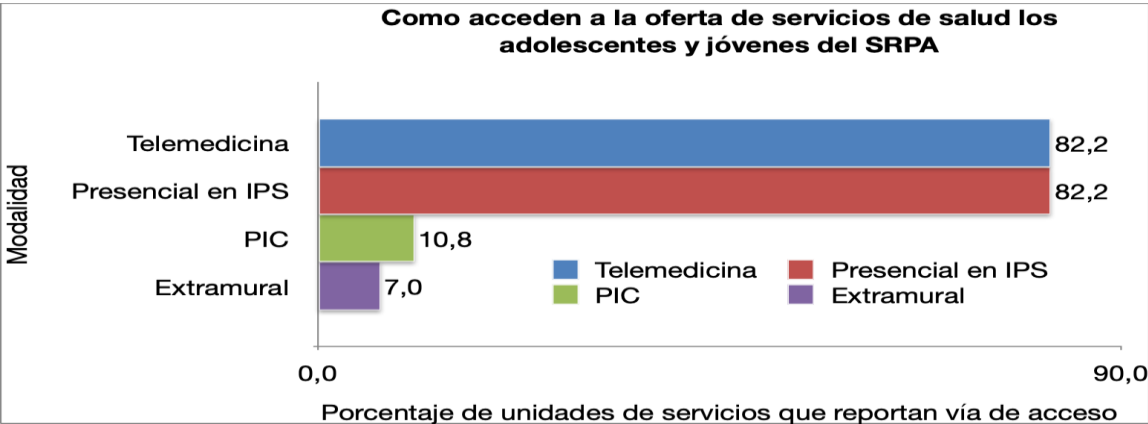
En cuanto a las atenciones en salud se identifica que 2 de cada 3 unidades de servicios refieren que su población accede al servicio de odontología y se estima que el 27,6% de los adolescentes y jóvenes tendrían esta valoración; además solo 1 de cada 16 tendrían una valoración en las primeras dos semanas, y 2 de cada 5 tendrían atenciones por odontología entre 1 y 2 meses después del ingreso al SRPA. (Gráfica 14).

En cuanto a las atenciones en salud se identifica que 2 de cada 3 unidades de servicios refieren que su población accede al servicio de psiquiatría y se estima que el 19,6% de los adolescentes y jóvenes tendrían esta valoración; además solo 1 de cada 20 tendrían una valoración en las primeras dos semanas, y 2 de cada 5 tendrían atenciones por psiquiatría entre 1 y 2 meses después del ingreso al SRPA. (Gráfica 15).



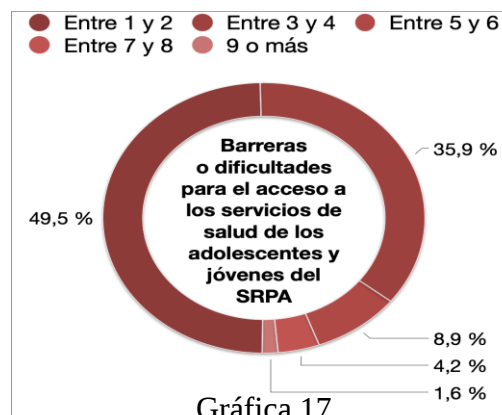
Frente a las modalidades de acceso a los servicios de salud, se preguntó por la atención presencial en la IPS, la extramuralidad, telemedicina y se incluyeron las intervenciones de los planes de intervenciones colectivas, las cuales no son excluyentes entre sí y se reconoce que:

4 de cada 5 unidades de servicios del SRPA (152) reportan que los adolescentes y jóvenes acceden a través de la telemedicina y/o de manera presencial en la IPS, 1 de cada 10 unidades de servicios refieren que reciben acciones de los Planes de Intervenciones Colectivas y 1 de cada 15 accederían a través de intervenciones extramurales (gráfica 16) y un 16,7% (31 unidades) reportaron que solo accedían a través de telemedicina y un porcentaje igual reportaron que accedían por atenciones presenciales en la IPS. El resto de unidades de servicios del SRPA reportan más de 1 forma de acceder a los servicios de salud.



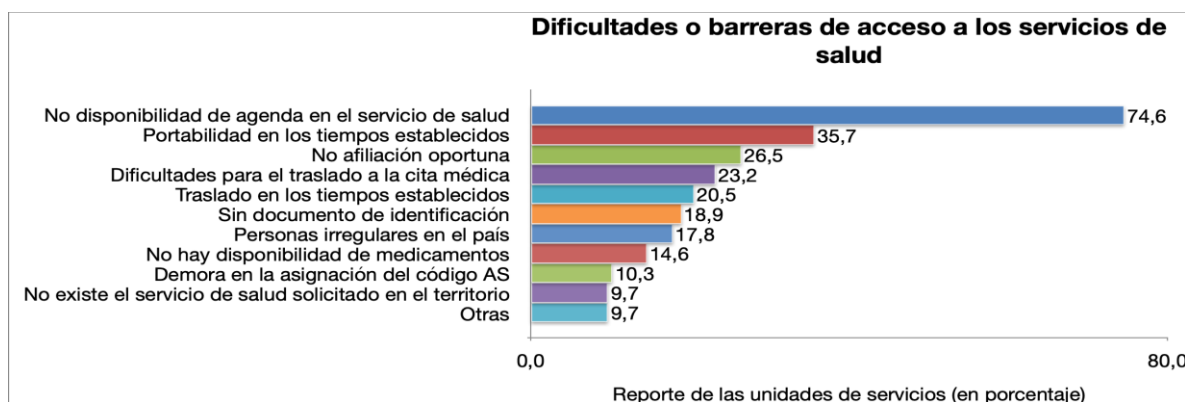
Se interrogó sobre las posibles barreras o dificultades que pueden incidir en el acceso a los servicios de salud que incluyen aspectos tanto del aseguramiento, la oferta de servicios y medicamentos o de identificación plena²⁶.

Se encontró que la mitad de las unidades de servicios del Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes reportaban presentar entre 1 y 2 barreras o dificultades para el acceso a los servicios de salud; 1 de cada 3 unidades de servicios (35,9%) reportaba presentar entre 3 y 4 dificultades y en estos dos grupos se recoge el 85% de los servicios; el porcentaje restante presentarían más de 5 barreras (gráfica 17).



Gráfica 17

En cuanto al tipo de dificultad reportada por las unidades de servicios la más frecuente, y reportada por 3 de cada 4 unidades de servicios (138) fue la no disponibilidad de agenda de los servicios de salud solicitados, en segundo lugar, dificultades administrativas con el aseguramiento, portabilidad 1 de cada 3 (66) y no afiliación en 1 de cada 4 de las unidades de servicios (49). Otras de las barreras importantes son el desplazamiento de los adolescentes y jóvenes a las citas médicas reportada por 1 de cada 5 unidades de servicios (43). En menor medida se encuentran reportadas dificultades con la disponibilidad de medicamentos, asignación de códigos AS o disponibilidad de servicios reportado por el 10% de las unidades del SRPA. (Gráfica 18)

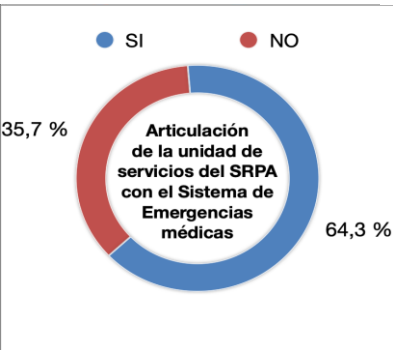


Gráfica 18

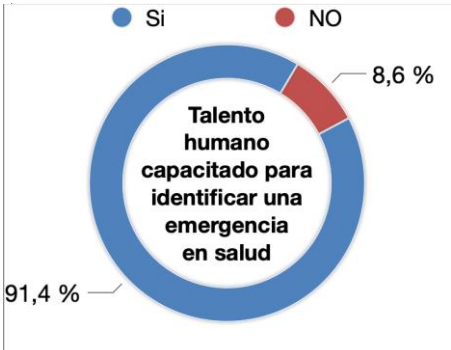
En relación con la articulación con el Sistema de Emergencias Médicas (SEM) en los territorios y la capacidad de identificar emergencias en salud por parte de las unidades de Servicios del SRPA, se identificó que dos de cada tres unidades tendrían una articulación con este sistema (gráfica 19) y 9 de cada 10 tendrían talento humano capacitado para la

²⁶ Posibles situaciones o barreras: 1) No afiliación oportuna, 2) No se realiza la portabilidad en los tiempos establecidos, 3) No se realiza el traslado en los tiempos establecidos, 4) No disponibilidad de agenda en el servicio de salud solicitado, 5) Dificultades para el traslado del adolescente o joven a la cita médica, 6) No existe el servicio de salud solicitado en el territorio, 7) No hay disponibilidad de medicamentos, 8) Sin documento de identificación, 9) Personas irregulares en el país, 10) Demora en la asignación del código AS.

detección de emergencias en salud (gráfica 20), 11 operadores refirieron no contar con articulación con SEM ni capacitación para detectar emergencia en salud.



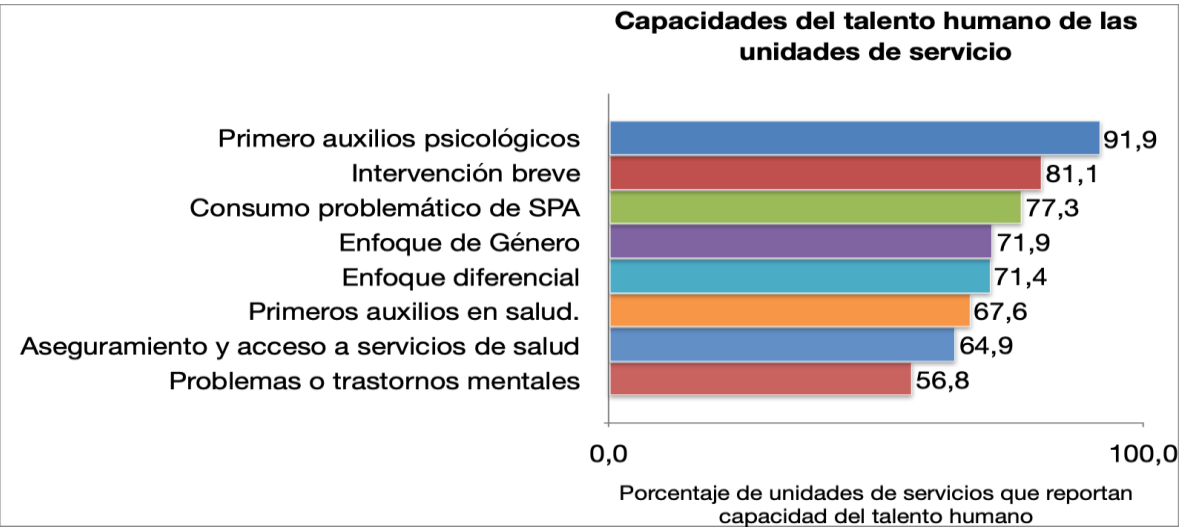
Gráfica 19



Gráfica 20

Capacidades del talento humano de las unidades de servicios del SRPA

Profundizando en las capacidades del talento humano para abordar a la población, se preguntó a las unidades de servicios por algunos temas ²⁷ claves para el abordaje de la población; se considera que la mayoría de del talento humano tiene capacidades, 9 de cada 10 unidades de servicio tendrían destrezas para realizar primeros auxilios psicológicos; 4 de 5 intervenciones breves; cerca de 3 de 4 en consumo problemático de sustancias psicoactivas, enfoque de género y diferencial; 2 de 3 tendrían destrezas en primeros auxilios en salud y aseguramiento en salud; el tema menos reportado en las capacidades del talento humano es para el abordaje de problemas o trastornos mentales (gráfica 21), no se preguntó por temas de salud sexual reproductiva o ITS.

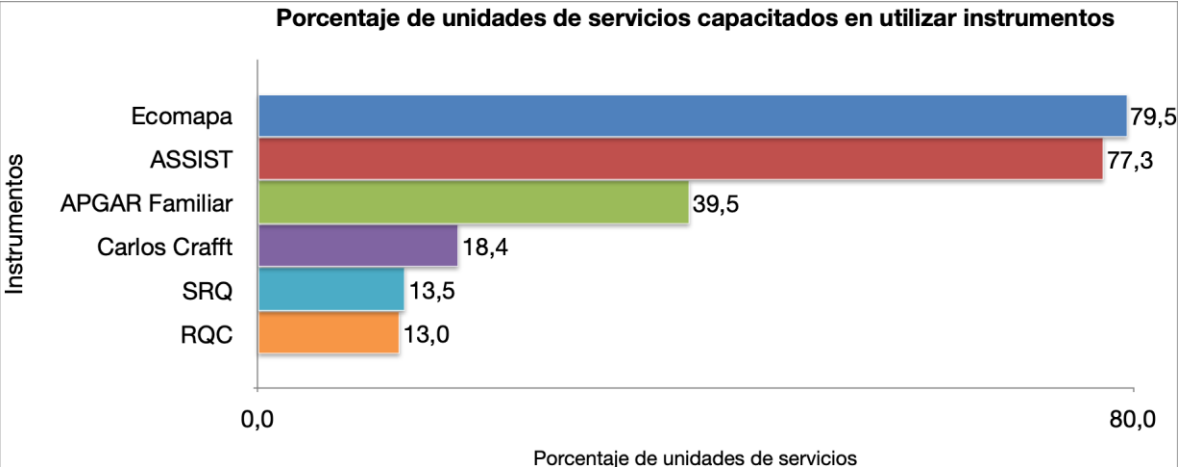


Gráfica 21

²⁷ Temas: Primero auxilios psicológicos, Primeros auxilios en salud - Primer respondiente, Intervención breve, Abordaje de personas con problemas o trastornos mentales, Abordaje de personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas, Orientaciones para el aseguramiento y acceso a servicios de salud, Enfoque diferencial y Enfoque de Género

En cuanto a la capacidad del talento humano para aplicar herramientas de tamización se preguntaron por 6 instrumentos; en salud mental SRQ y RQC; en consumo de sustancias psicoactivas; ASSIST y Carlos-CRAFFT; en familia APGAR Familiar y Ecomapa los cuales son fundamentales dado que permiten la identificación de riesgos en salud mental, consumo de sustancia psicoactivas o el funcionamiento familiar que permita plantear acciones puntuales con el adolescente o joven y de otra parte activar rutas de atención en salud.

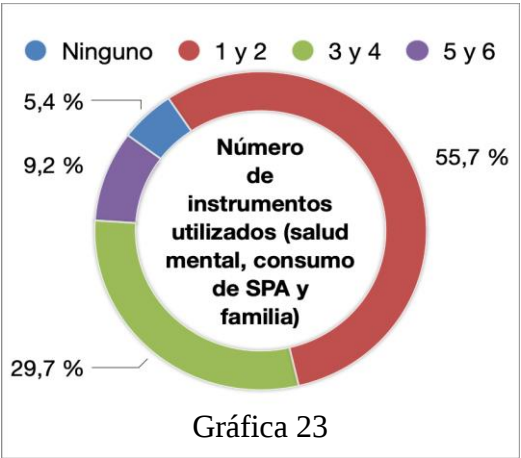
Se identificó que el instrumento con el que más se encuentran familiarizado es el ecomapa y 4 de cada 5 servicios (147) reportan estar capacitados para aplicarlo; en segundo lugar se encuentra el ASSIST y 3 de cada 4 servicios (143) reportan estar capacitados para aplicarlo; con porcentajes más bajos, se encuentra el APGAR familiar con 2 de cada 5 servicios (73) reportando estar capacitado, el Carlos-CRAFFT cerca de 1 de cada 5 (34 servicios) y los instrumentos con los que se encuentran menos familiarizados son el SRQ y el RQC, reportados en aproximadamente 1 de cada 8 servicios (gráfica 22).



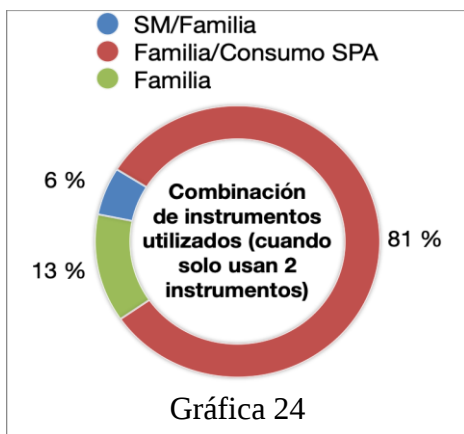
Gráfica 22

El 5,4% que corresponde a 10 unidades de servicio reportaron no estar capacitados en usar herramientas de tamización; el 17,8% respondieron que están capacitados para aplicar 1 instrumento y corresponde a 33 operadores, el ecomapa lo aplican 17, el ASSIST 16.

Un poco más de la mitad de los servicios saben utilizar entre 1 y 2 herramientas 55,7% corresponde a 103 servicios; y cerca de la tercera parte saben utilizar 3 o 4 instrumentos (55 servicios) y finalmente 17 servicios sabe utilizar 5 o 6 de estos instrumentos (gráfica 23)



Gráfica 23



De los servicios que respondieron que saben cómo utilizar 2 instrumentos se analizó el tipo de instrumentos utilizados.

La mayoría dispone de una combinación de valoración familiar y de identificación de riesgo por consumo de sustancias psicoactivas (70 unidades de servicios). En una proporción mucho menor la combinación de instrumentos de salud mental y dinámica familiar (4 unidades).

Un grupo de servicios de 9 unidades dispone de capacidades para aplicar solo instrumentos para valorar a la familia. (Gráfica 24)

Análisis.

Es importante reconocer que la evidencia internacional muestra un fenómeno ampliamente documentado a lo largo de los años, donde los asuntos sociales, el contexto de desarrollo de niñas niños y adolescentes juegan un papel importante en el desarrollo que configura un perfil de mayor o menor riesgo para la aparición y persistencia de problemas y trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas y trastornos por consumo así mismo es más frecuente la patología dual u otras comorbilidades especialmente las relacionadas con ITS, la afectación de la salud sexual y reproductiva y embarazo en adolescentes. Todos los anteriores elementos inciden tanto en peores resultados en salud como en los asuntos relacionados con la comisión y reincidencia del delito.

Incluyendo otras intersecciones como los asuntos de género, poblaciones minoritarias o étnicas, procesos de estigma y discriminación la disponibilidad y el acceso a bienes y servicios, especialmente los de salud y sociales configuran un escenario adverso que demanda respuesta desde niveles de gestión y política pública que permitan respuestas integradas.

Es igual de robusta la evidencia en enunciar que desde el sector salud se deben implementar intervenciones basadas en evidencia científica que dispongan además de valoraciones integrales que incluyan la detección temprana de alteraciones en salud garantizando que las personas con afectaciones o riesgos reciban intervenciones o tratamiento con su consentimiento y en el marco del cuidado continuo para recuperación o mantenimiento de la mejor situación de salud posible.

En cuanto a la información disponible en el país se identifica que se han realizado esfuerzos de sectores como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el Ministerio de Justicia y del Derecho en caracterizar la población y el consumo de sustancias psicoactivas, sin embargo, lo relacionado con la salud mental, la salud sexual y reproductiva, sus intersecciones no se han explorado ni documentado de manera suficiente.

Adicionalmente los sistemas de información disponible en el país en instituciones como el Ministerio de Salud y Protección Social; Ministerio de Justicia y del Derecho, ICBF entre



otros permiten identificar estos aspectos de manera fraccionada y se considera pertinente buscar estrategias de articular y complementar estos sistemas de información.

Sobre la población.

En cuanto a los resultados de la encuesta es importante reconocer limitaciones en relación a que la información fue aportada por los operadores de servicios y no de los adolescentes y jóvenes directamente, así mismo tiene limitada información relacionada con los temas de salud sexual y reproductiva, factores de riesgos y de protección de la población que son relevantes en el contexto internacional.

Así mismo la representatividad de esta encuesta que cubrió al 67% de los operadores del ICBF registrados al momento del estudio tuvo una participación del 50% o menos de los operadores en Antioquia, Norte de Santander, La Guajira y Atlántico por lo que en estos departamentos se debe hacer un especial esfuerzo en reconocer la situación de la población de los adolescentes y jóvenes del SRPA.

En relación al perfil de la población identificada en la encuesta, hay una distribución similar entre adolescentes y jóvenes, son predominantemente hombres (91,4%), que pertenecen estrato 1 y 2; es decir que replica las generalidades reportadas de esta población en otros países y en lo reportado en los estudios o análisis disponibles en el país, de otra parte es necesario analizar a profundidad estas poblaciones para reconocer diferencias entre los adolescentes y jóvenes y proponer acciones con enfoque diferencial y por curso de vida; además se reconoce que el ser mujer en estos contextos se relacionan con otras series de situaciones adversas en la infancia como historial de abuso sexual y violencia por lo que a pesar de que la proporción de mujeres en esta población es menor al 10% es fundamental reconocer las situaciones de ellas.

Se identificó que el 5,4% serían población NARP o indígena que estarían 6 municipios²⁸; esto da cuenta además de otras particularidades que convocan a la interculturalidad e implican construir modelos e intervenciones que se adapten a sus necesidades que respeten sus creencias y cultura y faciliten procesos de inclusión social, así mismo es importante profundizar en si en estas poblaciones se expresan con mayor acento elementos de pobreza, violencias y vulneración de derechos entre otros.

Aunado a las características poblacionales, de situación de pobreza se identifica que también presentan contextos adversos, de violencias, incluida la sexual, de conflicto armado, desplazamiento y situaciones familiares como el consumo de sustancias psicoactivas en algún familiar que la evidencia científica ha definido que se comportan como factores de riesgo para presentar problemas y trastornos mentales y por consumo de sustancias psicoactivas.

Acorde al modelo de riesgo acumulativo De Picci y Fishbein²⁹ y lo propuesto por Hughes³⁰ en relación a la transmisión generacional de la pobreza y su relación con la aparición y

²⁸ Cali, Popayán, Bello, Santander de Quilichao, Pasto y Medellín.

²⁹ Rose EJ, Picci G and Fishbein DH (2019) Neurocognitive Precursors of Substance Misuse Corresponding to Risk, Resistance, and Resilience Pathways: Implications for Prevention Science. *Front. Psychiatry* 10:399. doi: 10.3389/fpsy.2019.00399

³⁰ Karen Hughes, Mark A Bellis, Katherine A Hardcastle, Dinesh Sethi, Alexander Butchart, Christopher Mikton, Lisa Jones, Michael P Dunne (2017) The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2017; 2: e356–66.



persistencia de problemas y trastornos mentales hace fundamental una revisión ampliada, especialmente en los adolescentes y jóvenes que ya tiene hijos (el 11,5% de la encuesta) y en los familiares de su edad o menores de edad o gestantes en riesgo de exposición a situaciones adversas en la infancia y reproducir nuevamente trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas y posibles vinculaciones al SRPA.

En relación con lo anterior se pudo reportar por parte de los operadores del ICBF de trastornos mentales en el 9% de adolescentes y jóvenes y de trastornos por consumo de sustancias psicoactivas en el 21%; la encuesta no permite reconocer la comorbilidad en esta población por lo que se debe profundizar en este tema para garantizar el tratamiento oportuno toda vez que estos trastornos presentan mayores retos en salud pública para lograr resultados de salud positivo en estos adolescentes y jóvenes.

Teniendo en cuenta lo mencionado y como los contextos familiares son un factor clave en la conducta que llevan a los adolescentes y jóvenes a cometer delitos, sería importante poder revisar cuántos de los niños y niñas que han estado en protección del ICBF hoy están en el SRPA o cuantos han estado históricamente.

Esto implica una necesidad fundamental de identificar riesgos y favorecer el acceso a los servicios de salud para garantizar el acceso a tratamiento lo más rápido posible. Así disminuir el impacto en su salud por una atención tardía o intervenciones fragmentadas que no contemplan las necesidades de su familia o redes de apoyo.

Se resalta que una proporción menor (5,3%) proceden de otras regiones y se encuentran distribuidos en 22 entidades territoriales³¹; sin embargo esto podría suponer barreras geográficas y culturales que dificulten o limiten los procesos de inclusión social y amerita que se analicen las acciones que se realizan para abordar esta situación, especialmente en territorios como Cali que concentra el 26,4%; Meta 7,9% (34 personas), Caldas 7,2% (31 personas), Bolívar 6,7% (29 personas), Quindío 6,3% (27 personas), resto del Valle 6% (26 personas) de los adolescentes y jóvenes que vienen de otros territorios.

La complejidad de la interseccionalidad supone un reto adicional en la construcción de evidencia local y de disponibilidad de sistemas de información que permita identificar problemas, la forma de abordarlo de manera intersectorial, el seguimiento y acompañamiento a los adolescentes y jóvenes del SRPA.

Sobre las barreras de acceso a los servicios

La información disponible permite reconocer que estos adolescentes y jóvenes tiene necesidades particulares, con escenarios de riesgo, vulneración de sus derechos y afectación en la salud concretas que requieren de una valoración por parte de los profesionales de salud con adaptaciones en algunos territorios específicos que contengan elementos de enfoque intercultural los cuales no necesariamente están disponibles

³¹ Departamentos: Valle del Cauca, Tolima, Huila, Santander, Risaralda, Quindío, Norte de Santander, Nariño, Meta, Cundinamarca, Córdoba, Cesar, Cauca, Casanare, Caldas, Boyacá, Bolívar, Bogotá, Atlántico, Arauca, Antioquia y Amazonas. Municipios: Cali, Palmira, Tuluá, Ibagué, Barrancabermeja, Piedecuesta, Pereira, Armenia, Calarcá, Montenegro, Cúcuta, Pasto, Villavicencio, Neiva, Cajicá, Zipaquirá, Montería, Valledupar, Popayán, Manizales, Duitama, Tunja, Cartagena, Turbaco, Bogotá, Barranquilla, Soledad, Arauca, Bello, Medellín y Leticia.



Se considera que, aunque se han logrado avances en disponer de diferentes modalidades de atención en salud, las barreras de acceso persisten y más de la mitad de la población (52,6%) no accede a atención de medicina general, lo cual es contraria a la recomendación internacional de una valoración integral que descarte comorbilidades en general y especialmente en los temas de salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y salud sexual y reproductiva.

Llama la atención que medicina general es el servicio de salud que funciona como puerta de entrada y que de acuerdo al decreto ley 19 de 2012³² y su reglamentación de la resolución 1552 de 2013³³ la asignación de citas de medicina general y odontología general no puede exceder tres (3) días hábiles contados a partir de la solicitud que realice el paciente por lo que se esperaría que dado los riesgos de la población y sus necesidades, deberían tener en su totalidad una valoración por medicina general y odontología de manera temprana una vez ingresa al SRPA, esta brecha es mayor en los servicios de psiquiatría.

Existe un escenario de mejora en tanto las principales barreras de acceso son la disponibilidad de agenda de los servicios de salud, portabilidad y aseguramiento en salud, además que el 85% de los operadores estarían reportando entre 1 y 4 barreras presentes en el territorio.

Es importante profundizar en lo local los procesos de aseguramiento y portabilidad y la oferta de servicios de salud, incluido los servicios de medicina general, odontología y psicología en el prestador primario que pueda descartar comorbilidad y gestionar de manera inicial los tópicos de salud mental, salud sexual y reproductiva y consumo de sustancias psicoactivas, de igual forma se deben fortalecer los procesos para mejorar el acceso a los servicios de salud especializado.

Sobre los operadores.

Se reconoce que es necesario fortalecer el instrumento de la encuesta de tal forma que permita mejor caracterización de los operadores del ICBF que permita una aproximación al contexto de cuidado que se les ofrece a los adolescentes y jóvenes del SRPA, sin embargo en esta aproximación se reconoce que un número importante de operadores (50,8%) y de adolescentes y jóvenes (66,7%) permanecen en contacto con esta población por un tiempo importante entre 1 y 3 años y lo configura como un actor importante en el acompañamiento para el abordaje de las diferentes situaciones de salud y sociales a las que se encuentra expuesta esta población.

Se considera que el talento humano de los operadores del ICBF tendría suficientes destrezas reportadas para el abordaje de las personas con consumo de sustancias psicoactivas, primeros auxilios psicológicos y detección de emergencias en salud, con reportes superiores a 77% y el menor desempeño reportado sería para el abordaje de problemas y trastornos mentales con 56,8%, y no se abordó el tema de salud sexual y reproductiva el cual debe ser un ítem a indagar en próximos análisis.

Más de la mitad, 55,7% de los operadores estarían familiarizados con la aplicación de entre 1 y 2 herramientas de tamización en temas de salud mental, consumo de sustancias psicoactivas o dinámicas familiares.

³² Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=45322

³³ Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1552-de-2013.pdf>



Así mismo es importante ampliar la identificación de las capacidades en otros temas como salud sexual y reproductiva y procesos de inclusión social, por lo que la limitada capacidad para aplicar instrumentos o detectar riesgos pueden incidir en la gestión para el acceso oportuno a los servicios de salud o la oferta de otros sectores.

Conclusiones.

La mitad de los adolescentes y jóvenes del SRPA tienen entre 14 y 17 años de edad y la otra mitad entre 15 y 28 años; se encuentran en situaciones adversas, como pobreza (9 de cada 10 son de estrato 1 y 2) además es frecuente el consumo de sustancias psicoactivas, el 38,7% habría consumido en el último mes y el 21% tendrían diagnóstico previo de trastornos por consumo de sustancias psicoactivas de otra parte un 9% tendrían trastornos mentales.

La mayoría de estos adolescentes y jóvenes (66,7%) son atendidos durante 1 a 3 años en los operadores del ICBF lo que supone una ventana de oportunidad para el acceso a los servicios de salud, sin embargo solo el 47,4% han sido atendidos por medicina general, el 27,6% por odontología y el 19,6% por psiquiatría; las barreras de acceso a los servicios de salud están relacionadas especialmente con la no disponibilidad de agenda en los servicios de salud 74,6%% y con procesos de aseguramiento en salud como la portabilidad en los tiempos establecidos 35,7% y la no afiliación oportuna 26,5%

Al igual que lo que registra la evidencia internacional de adolescentes en conflicto con la ley, la población de adolescentes y jóvenes vinculados al sistema de responsabilidad penal presentan contextos y factores de riesgo asociados a alteraciones en la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas.

Es importante fortalecer los sistemas de información y profundizar las particularidades de la población de adolescentes y jóvenes vinculados al SRPA y sus redes de apoyo que permita la toma de decisiones en salud pública.

Las unidades de servicios del Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes, en dónde se cumplen las sanciones o medidas, se configuran como un actor principal que acompaña a esta población durante un tiempo de alrededor de 1 a 3 años. En este sentido es crucial para aportar a fortalecer el abordaje integral en salud y favorecer los procesos de atención integral e inclusión social.

En cuanto a la población NARP e indígena es importante fortalecer los procesos de adaptación intercultural y diferencial de los servicios de salud y del ICBF especialmente en Cali y Popayán los cuales concentran mayor cantidad de población.

El sector salud presenta limitaciones y debe fortalecer los procesos de aseguramiento, y de eliminación de barreras de acceso para que la totalidad de la población tenga valoración en los servicios de salud a través de las diferentes modalidades de tal forma que se garantice una detección de riesgos y activación de rutas de atención.

Se requiere continuar fortaleciendo las capacidades del talento humano especialmente en los temas de salud mental e incluir otros temas como los de salud sexual y reproductivas para detección de estos riesgos.



Recomendaciones

Dada la situación de los adolescentes y jóvenes y las particularidades del fenómeno que demanda de una respuesta integral e intersectorial se hace necesario emitir una serie de recomendaciones a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y otros actores interesados o que participan en el abordaje de la población vinculada al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes.

Para las entidades territoriales en salud

- Reconocer la situación de salud de los adolescentes y jóvenes vinculados al sistema de responsabilidad penal adolescente con riesgos individuales y colectivos en salud mental, y por consumo de sustancias psicoactivas, a partir del análisis de situación de salud (ASIS), resultados de estudios e investigaciones locales, análisis territorial de los hallazgos del Observatorio Nacional de Salud Mental y Observatorio de Drogas de Colombia, reportes del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el Sistema Integrado de Información de la Protección Social -SISPRO, el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA, poblaciones especiales descritas en la resolución 1838 de 2019, e información obtenida de otras entidades que atienden personas con riesgos en salud mental y por consumo de sustancias psicoactivas, entre otros.
- Incluir en los instrumentos de planeación territorial, las prioridades de atención en salud para adolescentes y jóvenes en el Sistema de Responsabilidad Penal.
- Realizar de manera anual un plan de desarrollo de capacidades en los equipos interdisciplinarios de atención en salud, las Defensorías de Familias y operadores del ICBF, para el abordaje de adolescentes y jóvenes con problemas, trastornos mentales y por consumo de sustancias psicoactivas.
- Gestionar la implementación de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal incluyendo procesos de adaptabilidad de la ruta y realizar las modificaciones o ajustes en relación con la prestación de atenciones/intervenciones y con los mecanismos de abordaje de las poblaciones, de acuerdo con sus particularidades y las de los territorios que habitan, con el fin de garantizar los objetivos y resultados esperados definidos en éstas, en el marco de los atributos de calidad de la atención en salud y del respeto a las personas familias y comunidades.
- Gestionar, establecer e implementar acuerdos con otros sectores para la detección temprana y canalización de los adolescentes y jóvenes con problemas mentales, trastornos mentales y por consumo de sustancias psicoactivas.
- Formular acciones integrales y articuladas entre los Planes de Intervenciones Colectivas, Planes de Beneficios en Salud a cargo de las EPS, secretarías de lo social y Planes de Seguridad y Convivencia de adolescentes y jóvenes con problemas mentales, trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas, vinculados al sistema de responsabilidad penal adolescente.
- En el marco de los comités departamentales y Distrital del Sistema Nacional de Coordinación de Responsabilidad Penal para Adolescentes, visibilizar la hoja de ruta local en salud, para la atención de la población del SRPA, se recomienda se incluya acciones como: gestión de casos, avances y dificultades para la atención de los adolescentes y jóvenes, gestión con los aseguradores y prestadores del territorio,



gestión con el CRUE, siguiendo las directrices del Documento Con Orientaciones Para la Atención Integral en Salud, a los Adolescentes y Jóvenes Vinculados al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes.

- Articulación con el Consejo Departamental de salud mental, Consejos seccionales de estupeficientes y comités de drogas acciones y recomendaciones para la garantía de la atención en salud de la población del SRPA.
- Definir y viabilizar los mecanismos para garantizar la oportunidad, integralidad y continuidad de la atención de los adolescentes y jóvenes con problemas, trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas, utilizando la interoperabilidad de la historia clínica, la referencia y contrarreferencia, la autorización integral de servicios de salud y las modalidades de prestación de servicios adaptadas a las particularidad poblacionales y territoriales, a fin de alcanzar los resultados en salud esperados.
- Coordinar rutas internas para la comunicación en el territorio, que permitan ajustes en la respuesta local de los servicios de salud para la atención integral de los adolescentes y jóvenes vinculados al sistema de responsabilidad penal adolescente.
- Realizar de manera conjunta un plan de traslado y remisión en casos de urgencia, coordinado con los centros reguladores de urgencias del territorio – CRUE.
- Implementar estrategias conjuntas basadas en la evidencia para el abordaje de la promoción de la salud mental, la prevención de la conducta suicida, el consumo de sustancias psicoactivas y las violencias en los adolescentes y jóvenes vinculados al SRPA.
- Gestión de los determinantes sociales a través de la articulación con las diferentes políticas existentes, salud mental, prevención y atención del consumo, políticas sociales que permitan implementar procesos de inclusión social y de prevención de las situaciones adversas en la infancia.

Para las EPS e IPS

- Las EPS deberán tramitar de manera inmediata las novedades correspondientes a esta población especial a cargo del ICBF (adolescentes y jóvenes del SRPA) y dar respuesta, a los trámites adelantados por cada una de las novedades solicitadas por el ICBF. Asimismo, la EPS es la responsable de registrar en la Base Única de Afiliados - BDUA, las novedades de esta población según la Resolución 4622 de 2016 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.
- Realizar identificación de la población y caracterización del riesgo para garantizar la oferta de servicios de acuerdo con las necesidades.
- Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios- EAPB deberán disponer de una red integral de prestación de servicios de salud mental pública y privada, como parte de la red de servicios generales de salud, de acuerdo con la resolución 1441 de 2016, o la norma que lo sustituya.
- Esta red prestará sus servicios en el marco de la estrategia de Atención Primaria en salud con un modelo de atención integral y diferencial por curso de vida, que incluya la prestación de servicios en todos los niveles de complejidad garantizando calidad en la atención de una manera oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad a servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, tratamiento y rehabilitación en salud mental, trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, salud sexual y reproductiva entre otros.



- Garantizar en el talento humano los procesos de inducción, reinducción y formación permanente para la eliminación del estigma y la discriminación y la atención integral de los adolescentes y jóvenes con problemas, trastornos mentales, y consumo de sustancias psicoactivas, vinculados al sistema de responsabilidad penal adolescente.
- Garantizar la capacidad instalada, suficiente y adecuada para la efectiva prestación de servicios y procedimientos definidos para la atención de los adolescentes y jóvenes con problemas, trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas, vinculados al sistema de responsabilidad penal adolescente.
- Establecer acuerdos institucionales de articulación de los servicios de salud y servicios sociales para los adolescentes con problemas, trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas y sus redes primarias de apoyo.
- Las Instituciones Prestadoras de Salud de la red de prestadores de las Entidades Prestadoras de Salud deben facilitar el acceso a los servicios de la población, teniendo en cuenta sus particularidades de privación de libertad.

Para el ICBF

- Acciones para el aseguramiento en salud de la población del Sistema de Responsabilidad Penal, de manera oportuna.
- Seguimiento a las gestiones, en los casos en los que se presenten barreras administrativas, deberá oficiar a la EPS, con copia a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Entidad Territorial, para el ejercicio de su competencia.
- Participar de los espacios de desarrollo de capacidades planeados por el sector salud, con el fin de ampliar los conocimientos en salud pública.
- Gestión de articulación con servicios de protección social, servicios de asistencia social y actores comunitarios que favorezcan procesos de inclusión social.
- Abordaje de la familia y redes de apoyo de los adolescentes y jóvenes vinculados al SRPA, para identificar población en riesgo de presentar trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas e implementar intervenciones preventivas universales, selectivas o indicadas acorde al riesgo que presenten y activar rutas de salud en los casos necesarios.



Anexo

Instrumento utilizado para la recolección de información.

CARACTERIZACIÓN Y SEGUIMIENTO A LA SITUACIÓN DE SALUD DE ADOLESCENTES Y JÓVENES DEL SISTEMA DE RESPONSABILIDAD PENAL PARA ADOLESCENTES (SRPA) - IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE ARTICULACIÓN CON ACTORES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



Datos de quien diligencia la información

Nombre de quien diligencia:

Cargo

Correo electrónico de contacto

Datos del operador del ICBF

Departamento

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|--|
| ☐ AMAZONAS | ☐ ANTIOQUIA | ☐ ARAUCA |
| ☐ ATLANTICO | ☐ BOGOTA | ☐ BOLIVAR |
| ☐ BOYACA | ☐ CALDAS | ☐ CAQUETA |
| ☐ CASANARE | ☐ CAUCA | ☐ CESAR |
| ☐ CHOCO | ☐ CORDOBA | ☐ CUNDINAMARCA |
| ☐ GUAINIA | ☐ GUAVIARE | ☐ HUILA |
| ☐ LA GUAJIRA | ☐ MAGDALENA | ☐ META |
| ☐ N. DE SANTANDER | ☐ NARIÑO | ☐ PUTUMAYO |
| ☐ QUINDIO | ☐ RISARALDA | ☐ SAN ANDRES Y PROVIDENCIA |
| ☐ SANTANDER | ☐ SUCRE | ☐ TOLIMA |
| ☐ VALLE DEL CAUCA | ☐ VAUPES | ☐ VICHADA |

Municipio**4. Nombre del operador**

Nombre de la unidad de Servicio (o sede)

3. Teléfono de contacto:

4. Correo electrónico:

Modalidad

- ☐ Privativa
- ☐ No privativa
- ☐ Complementaria

¿Desde qué año funciona como operador con el ICBF en el Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente?



Número total de adolescentes y jóvenes que ha atendido desde el inicio del funcionamiento como operador del ICBF

Anotar el número total de adolescentes y jóvenes que han ingresado al menos una vez en la institución (si no tiene dato preciso anotar un estimado)



Cuál es la capacidad instalada para la atención de adolescentes y jóvenes con la que cuenta actualmente?

Anotar el número de cupos contratados 2021



Cuántos adolescentes y jóvenes atienden actualmente?

Anotar el número de adolescentes que se encuentran atendidos por el operador en los últimos 30 días



Cuántos adolescentes y jóvenes están atendiendo de otras regionales ?

Diferentes a donde está ubicado el operador



Cuál es el tiempo promedio de permanencia de los adolescentes y jóvenes en la institución?

- ☐ 6 meses o menos
- ☐ 7 meses a 1 año
- ☐ 1 a 3 años
- ☐ 4 a 6 años
- ☐ Más de 6 años

Distribución de adolescentes y jóvenes según características poblacionales:

(registre en cada casilla el número de personas con dicha característica, cada persona puede ser asignada a varias categorías)

Número de adolescentes y jóvenes HOMBRES (sexo biológico)



Número de adolescentes y jóvenes MUJERES (sexo biológico)



Número de adolescentes y jóvenes INTERSEXUALES (sexo biológico)



Número de adolescentes y jóvenes que se reconocen como personas de los sectores sociales LGBTI, con orientación sexual y/o identidad de género diversas



Distribución de los adolescentes y jóvenes por grupos de edad
número de adolescentes y jóvenes por rangos de edad

Número de adolescentes entre 14 y 17 años de edad



Número de adolescentes y jóvenes entre 18 y 28 años de edad



Número de adolescentes y jóvenes entre 29 y 59 años de edad



Distribución de adolescentes y jóvenes por estrato socioeconómico

Número de adolescentes situación de vida en calle y jóvenes habitantes de la calle



Número de adolescentes y jóvenes en estrato 1 y 2



Número de adolescentes y jóvenes en estrato 3 y 4



Número de adolescentes y jóvenes en estrato 5 y 6



Distribución de adolescentes y jóvenes por Pertenencia étnica

Número de adolescentes y jóvenes indígenas



Número de adolescentes y jóvenes Rrom



Número de adolescentes y jóvenes NARP

Comunidades negras, arfrocolombianas, raizales y palanqueras



Distribución de adolescentes y jóvenes por situaciones de vulnerabilidad

Número de adolescentes y jóvenes víctimas del conflicto armado



Número de adolescentes y jóvenes desplazados



Número de adolescentes y jóvenes víctimas de violencia sexual



Número de adolescentes y jóvenes víctimas de otras violencias



Número de adolescentes y jóvenes migrantes



Aseguramiento previo al ingreso

Número de adolescentes y jóvenes en el régimen subsidiado



Número de adolescentes y jóvenes en el régimen contributivo



Número de adolescentes y jóvenes. población pobre no asegurada



Número de adolescentes y jóvenes sin aseguramiento



Señale las 3 principales EPS a las que se encuentran vinculados los adolescentes y jóvenes del Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes

Se incluyen regímenes de excepción

1 EPS con mayor número de afiliados

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ ASMET SALUD E.S.S | ☐ NUEVA EPS | ☐ ALIANSALUD |
| ☐ AMBUQ EPS | ☐ ASOCIACION MUTUAL SER | ☐ CAJACOPI ATLANTICO |
| ☐ CAPITAL SALUD | ☐ CAPRESOCA EPS | ☐ COMFACHOCO |
| ☐ COMFAGUAJIRA | ☐ COMFAHUILA | ☐ COMFANARIÑO |
| ☐ COMFAORIENTE | ☐ COMFASUCRE | ☐ COMFENALCO VALLE EPS |
| ☐ COMPENSAR EPS | ☐ CONVIDA | ☐ COOMEVA EPS |
| ☐ COOSALUD ESS | ☐ ECOOPSOS ESS EPS | ☐ EMSSANAR E.S.S |
| ☐ EPS SURAMERICANA | ☐ FAMISANAR LTDA CAFAM | ☐ MEDIMAS EPS |
| ☐ SALUD TOTAL EPS | ☐ SAVIA SALUD EPS | |
| ☐ SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD - SOS EPS | ☐ ANAS WAYUU EPSI | |
| ☐ ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA EPSI | ☐ DUSAKAWI EPSI | |
| ☐ EPM EMPRESAS PUBLICAS DE MEDELLIN | ☐ EPS SANITAS | |
| ☐ FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES | ☐ MALLAMAS EPSI | |
| ☐ PIJAOS SALUD EPSI | ☐ SALUD MIA | ☐ COMPARTA |
| ☐ FUERZAS MILITARES | ☐ POLICÍA NACIONAL | ☐ ECOPETROL |
| ☐ MAGISTERIO | ☐ OTRO | |

2 EPS con mayor número de afiliados

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ ASMET SALUD E.S.S | ☐ NUEVA EPS | ☐ ALIANSALUD |
| ☐ AMBUQ EPS | ☐ ASOCIACION MUTUAL SER | ☐ CAJACOPI ATLANTICO |
| ☐ CAPITAL SALUD | ☐ CAPRESOCA EPS | ☐ COMFACHOCO |
| ☐ COMFAGUAJIRA | ☐ COMFAHUILA | ☐ COMFANARIÑO |
| ☐ COMFAORIENTE | ☐ COMFASUCRE | ☐ COMFENALCO VALLE EPS |
| ☐ COMPENSAR EPS | ☐ CONVIDA | ☐ COOMEVA EPS |
| ☐ COOSALUD ESS | ☐ ECOOPSOS ESS EPS | ☐ EMSSANAR E.S.S |
| ☐ EPS SURAMERICANA | ☐ FAMISANAR LTDA CAFAM | ☐ MEDIMAS EPS |
| ☐ SALUD TOTAL EPS | ☐ SAVIA SALUD EPS | |
| ☐ SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD - SOS EPS | ☐ ANAS WAYUU EPSI | |
| ☐ ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA EPSI | ☐ DUSAKAWI EPSI | |
| ☐ EPM EMPRESAS PUBLICAS DE MEDELLIN | ☐ EPS SANITAS | |
| ☐ FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES | ☐ MALLAMAS EPSI | |
| ☐ PIJAOS SALUD EPSI | ☐ SALUD MIA | ☐ COMPARTA |
| ☐ FUERZAS MILITARES | ☐ POLICÍA NACIONAL | ☐ ECOPETROL |
| ☐ MAGISTERIO | ☐ OTRO | |

3 EPS con mayor número de afiliados

- ☐ ASMET SALUD E.S.S
- ☐ AMBUQ EPS
- ☐ CAPITAL SALUD
- ☐ COMFAGUAJIRA
- ☐ COMFAORIENTE
- ☐ COMPENSAR EPS
- ☐ COOSALUD ESS
- ☐ EPS SURAMERICANA
- ☐ SALUD TOTAL EPS
- ☐ SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD - SOS EPS
- ☐ ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA EPSI
- ☐ EPM EMPRESAS PUBLICAS DE MEDELLIN
- ☐ FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES
- ☐ PIJAOS SALUD EPSI
- ☐ FUERZAS MILITARES
- ☐ MAGISTERIO
- ☐ NUEVA EPS
- ☐ ASOCIACION MUTUAL SER
- ☐ CAPRESOCA EPS
- ☐ COMFAHUILA
- ☐ COMFASUCRE
- ☐ CONVIDA
- ☐ ECOOPSOS ESS EPS
- ☐ FAMISANAR LTDA CAFAM
- ☐ SAVIA SALUD EPS
- ☐ ANAS WAYUU EPSI
- ☐ DUSAKAWI EPSI
- ☐ EPS SANITAS
- ☐ MALLAMAS EPSI
- ☐ SALUD MIA
- ☐ POLICÍA NACIONAL
- ☐ OTRO
- ☐ ALIANSALUD
- ☐ CAJACOPI ATLANTICO
- ☐ COMFACHOCO
- ☐ COMFANARIÑO
- ☐ COMFENALCO VALLE EPS
- ☐ COOMEVA EPS
- ☐ EMSSANAR E.S.S
- ☐ MEDIMAS EPS
- ☐ COMPARTA
- ☐ ECOPETROL

Situación de salud y antecedentes identificados por el operador.
Al ingreso del SRPA.

Número de jóvenes y adolescentes con o antecedente de Hepatitis C



Número de jóvenes y adolescentes con o antecedente de Hepatitis B



Número de jóvenes y adolescentes con o antecedente de tuberculosis



Número de jóvenes y adolescentes que viven con HIV



Número de jóvenes y adolescentes con antecedente de sífilis



Número de jóvenes y adolescentes con consumo de sustancias psicoactivas actual (en los últimos 30 días)



Número de jóvenes y adolescentes con antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas en la familia



Número de jóvenes y adolescentes con antecedentes trastornos mentales, en la familia



Número de jóvenes y adolescentes con diagnóstico de patología dual

Hace referencia a la presencia de manera simultánea de trastornos mentales y trastornos por consumo de sustancias psicoactivas.



Número de jóvenes y adolescentes con diagnóstico de trastornos por consumo de sustancias psicoactivas



Número de jóvenes y adolescentes con diagnóstico de trastornos mentales



Número de adolescentes y jóvenes que tienen hijos o hijas



Situación de Salud Actual al ingreso del SRPA
Las preguntas a continuación hace referencia al adolescente o joven al ingreso.

Número de adolescentes y jóvenes que han recibido valoración inicial por MEDICINA GENERAL**Tiempo promedio que pasó desde el ingreso al SRPA para valoración inicial por MEDICINA GENERAL**

- ☐ entre 0 y 15 días
- ☐ 16 y 30 días
- ☐ 1 y 2 meses
- ☐ 3 y 6 meses
- ☐ 7 y 12 meses
- ☐ más de 1 año

Número de adolescentes y jóvenes que han recibido valoración inicial por ODONTOLOGÍA**Tiempo promedio que pasó desde el ingreso al SRPA para valoración inicial por ODONTOLOGÍA**

- ☐ entre 0 y 15 días
- ☐ 16 y 30 días
- ☐ 1 y 2 meses
- ☐ 3 y 6 meses
- ☐ 7 y 12 meses
- ☐ más de 1 año

Número de adolescentes y jóvenes que han recibido valoración inicial por PSICOLOGÍA

Tiempo promedio que pasó desde el ingreso al SRPA para la valoración inicial por PSICOLOGÍA

- ☐ entre 0 y 15 días
- ☐ 16 y 30 días
- ☐ 1 y 2 meses
- ☐ 3 y 6 meses
- ☐ 7 y 12 meses
- ☐ más de 1 año

Número de adolescentes y jóvenes que han recibido valoración inicial por PSIQUIATRÍA**Tiempo promedio que pasó desde el ingreso al SRPA para la valoración inicial por PSIQUIATRÍA**

- ☐ entre 0 y 15 días
- ☐ 16 y 30 días
- ☐ 1 y 2 meses
- ☐ 3 y 6 meses
- ☐ 7 y 12 meses
- ☐ más de 1 año

Cuántas personas al ingreso traen una prescripción medica**De las prescripciones medicas, cuantas son de medicamentos de control especial**

Recuerde que este valor no puede ser superior al valor de la respuesta anterior

**Cuántos adolescentes y jóvenes refieren consumo de sustancias psicoactivas al momento del ingreso**

Cuales son las tres (3) sustancias Psicoactivas de mayor impacto en los adolescentes y jovenes que ingresan al SRPA

(Estime en su institución cuales son las sustancias que generan mayor afectación en la salud de esta población; colóquela de mayor a menor impacto)

Sustancia de mayor impacto

- ☐ Alcohol, cerveza, vinos, licores, bebidas alcohólicas y artesanales, Chamber, etc
- ☐ Tabaco, cigarrillo, derivados (chimú)
- ☐ Medicamentos de control y sin prescripción médica (benzodiacepinas, antipsicóticos, antidepresivos, opioides (ruedas, roches, gotas) etc)
- ☐ Inhalables como pegantes, boxer. ☐ Dick ☐ Popper
- ☐ Marihuana, cannabis, resinas, hachís etc. ☐ Cocaína, perico, Pérez.
- ☐ Basuco, diablo. ☐ Éxtasis ☐ Heroína, hache.
- ☐ Metanfetamina ☐ LSD ☐ Hongos
- ☐ Yagé ☐ Cacao sabanero, borrachero ☐ Ketamina
- ☐ GHB ☐ 2CB

Segunda sustancia de mayor impacto

- ☐ Alcohol, cerveza, vinos, licores, bebidas alcohólicas y artesanales, Chamber, etc
- ☐ Tabaco, cigarrillo, derivados (chimú)
- ☐ Medicamentos de control y sin prescripción médica (benzodiacepinas, antipsicóticos, antidepresivos, opioides (ruedas, roches, gotas) etc)
- ☐ Inhalables como pegantes, boxer. ☐ Dick ☐ Popper
- ☐ Marihuana, cannabis, resinas, hachís etc. ☐ Cocaína, perico, Pérez.
- ☐ Basuco, diablo. ☐ Éxtasis ☐ Heroína, hache.
- ☐ Metanfetamina ☐ LSD ☐ Hongos
- ☐ Yagé ☐ Cacao sabanero, borrachero ☐ Ketamina
- ☐ GHB ☐ 2CB

Tercera sustancia de mayor impacto

- ☐ Alcohol, cerveza, vinos, licores, bebidas alcohólicas y artesanales, Chamber, etc
- ☐ Tabaco, cigarrillo, derivados (chimú)
- ☐ Medicamentos de control y sin prescripción médica (benzodiacepinas, antipsicóticos, antidepresivos, opioides (ruedas, roches, gotas) etc)
- ☐ Inhalables como pegantes, boxer. ☐ Dick ☐ Popper
- ☐ Marihuana, cannabis, resinas, hachís etc. ☐ Cocaína, perico, Pérez.
- ☐ Basuco, diablo. ☐ Éxtasis ☐ Heroína, hache.
- ☐ Metanfetamina ☐ LSD ☐ Hongos
- ☐ Yagé ☐ Cacao sabanero, borrachero ☐ Ketamina
- ☐ GHB ☐ 2CB

Barreras de acceso a servicios de salud y necesidades del talento del operador de ICBF

Cuales son las principales barreras de acceso para la garantía del derecho a la Salud de los Adolescentes y Jovenes del SRPA?

- ☐ No afiliación oportuna
- ☐ No se realiza la portabilidad en los tiempos establecidos
- ☐ No se realiza el traslado en los tiempos establecidos
- ☐ No disponibilidad de agenda en el servicio de salud solicitado
- ☐ Dificultades para el traslado del adolescente o joven a la cita médica
- ☐ No existe el servicio de salud solicitado en el territorio
- ☐ No hay disponibilidad de medicamentos
- ☐ Sin documento de identificación
- ☐ Personas irregulares en el país
- ☐ Demora en la asignación del código AS
- ☐ Otras

Si existe otra barrera por favor explique de manera breve:

Señale las 3 principales EPS con las que presenta más dificultades para el acceso a Servicios de salud de los adolescentes y jóvenes vinculados al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes

1 EPS con mayor dificultad

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ ASMET SALUD E.S.S | ☐ NUEVA EPS | ☐ ALIANSALUD |
| ☐ AMBUQ EPS | ☐ ASOCIACION MUTUAL SER | ☐ CAJACOPI ATLANTICO |
| ☐ CAPITAL SALUD | ☐ CAPRESOCA EPS | ☐ COMFACHOCO |
| ☐ COMFAGUAJIRA | ☐ COMFAHUILA | ☐ COMFANARIÑO |
| ☐ COMFAORIENTE | ☐ COMFASUCRE | ☐ COMFENALCO VALLE EPS |
| ☐ COMPENSAR EPS | ☐ CONVIDA | ☐ COOMEVA EPS |
| ☐ COOSALUD ESS | ☐ ECOOPSOS ESS EPS | ☐ EMSSANAR E.S.S |
| ☐ EPS SURAMERICANA | ☐ FAMISANAR LTDA CAFAM | ☐ MEDIMAS EPS |
| ☐ SALUD TOTAL EPS | ☐ SAVIA SALUD EPS | |
| ☐ SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD - SOS EPS | ☐ ANAS WAYUU EPSI | |
| ☐ ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA EPSI | ☐ DUSAKAWI EPSI | |
| ☐ EPM EMPRESAS PUBLICAS DE MEDELLIN | ☐ EPS SANITAS | |
| ☐ FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES | ☐ MALLAMAS EPSI | |
| ☐ PIJAOS SALUD EPSI | ☐ SALUD MIA | ☐ COMPARTA |
| ☐ FUERZAS MILITARES | ☐ POLICIA NACIONAL | ☐ ECOPETROL |
| ☐ MAGISTERIO | ☐ OTRO | |

2 EPS con mayor dificultad

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ ASMET SALUD E.S.S | ☐ NUEVA EPS | ☐ ALIANSALUD |
| ☐ AMBUQ EPS | ☐ ASOCIACION MUTUAL SER | ☐ CAJACOPI ATLANTICO |
| ☐ CAPITAL SALUD | ☐ CAPRESOCA EPS | ☐ COMFACHOCO |
| ☐ COMFAGUAJIRA | ☐ COMFAHUILA | ☐ COMFANARIÑO |
| ☐ COMFAORIENTE | ☐ COMFASUCRE | ☐ COMFENALCO VALLE EPS |
| ☐ COMPENSAR EPS | ☐ CONVIDA | ☐ COOMEVA EPS |
| ☐ COOSALUD ESS | ☐ ECOOPSOS ESS EPS | ☐ EMSSANAR E.S.S |
| ☐ EPS SURAMERICANA | ☐ FAMISANAR LTDA CAFAM | ☐ MEDIMAS EPS |
| ☐ SALUD TOTAL EPS | ☐ SAVIA SALUD EPS | |
| ☐ SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD - SOS EPS | ☐ ANAS WAYUU EPSI | |
| ☐ ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA EPSI | ☐ DUSAKAWI EPSI | |
| ☐ EPM EMPRESAS PUBLICAS DE MEDELLIN | ☐ EPS SANITAS | |
| ☐ FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES | ☐ MALLAMAS EPSI | |
| ☐ PIJAOS SALUD EPSI | ☐ SALUD MIA | ☐ COMPARTA |
| ☐ FUERZAS MILITARES | ☐ POLICIA NACIONAL | ☐ ECOPETROL |
| ☐ MAGISTERIO | ☐ OTRO | |

3 EPS con mayor dificultad

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ ASMET SALUD E.S.S | ☐ NUEVA EPS | ☐ ALIANSALUD |
| ☐ AMBUQ EPS | ☐ ASOCIACION MUTUAL SER | ☐ CAJACOPI ATLANTICO |
| ☐ CAPITAL SALUD | ☐ CAPRESOCA EPS | ☐ COMFACHOCO |
| ☐ COMFAGUAJIRA | ☐ COMFAHUILA | ☐ COMFANARIÑO |
| ☐ COMFAORIENTE | ☐ COMFASUCRE | ☐ COMFENALCO VALLE EPS |
| ☐ COMPENSAR EPS | ☐ CONVIDA | ☐ COOMEVA EPS |
| ☐ COOSALUD ESS | ☐ ECOOPSOS ESS EPS | ☐ EMSSANAR E.S.S |
| ☐ EPS SURAMERICANA | ☐ FAMISANAR LTDA CAFAM | ☐ MEDIMAS EPS |
| ☐ SALUD TOTAL EPS | ☐ SAVIA SALUD EPS | |
| ☐ SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD - SOS EPS | ☐ ANAS WAYUU EPSI | |
| ☐ ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA EPSI | ☐ DUSAKAWI EPSI | |
| ☐ EPM EMPRESAS PUBLICAS DE MEDELLIN | ☐ EPS SANITAS | |
| ☐ FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES | ☐ MALLAMAS EPSI | |
| ☐ PIJAOS SALUD EPSI | ☐ SALUD MIA | ☐ COMPARTA |
| ☐ FUERZAS MILITARES | ☐ POLICIA NACIONAL | ☐ ECOPETROL |
| ☐ MAGISTERIO | ☐ OTRO | |

Como acceden a la oferta de servicios de salud los adolescentes y jóvenes del SRPA

- ☐ Telemedicina
- ☐ Consulta presencial en IPS
- ☐ Atención extramural por parte de la IPS (los atienden en la institución del SRPA)
- ☐ Jornadas de salud de los planes de intervenciones colectivas
- ☐ Otras

¿Cuáles?**¿La institución esta articulada con el sistema de emergencias médicas del territorio ?**

- ☐ Si
- ☐ No

¿Su talento humano cuenta con la capacidad para identificar una emergencia en salud que se presente en un joven o adolescente?

- ☐ Si
- ☐ No

Su talento humano cuenta con conocimientos para el desarrollo de actividades:*Seleccione todos los que considere*

- ☐ Primero auxilios psicologicos
- ☐ Primeros auxilios en salud - Primer respondiente
- ☐ Intervencion breves
- ☐ Abordaje de personas con problemas o trastornos mentales
- ☐ Abrdaje de personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas
- ☐ Orientaciones para el aseguramiento y acceso a servicios de salud
- ☐ Enfoque diferencial
- ☐ Enfoque de Género
- ☐ No cuenta con desarrollo de capacidades en estos temas

Su talento humano cuenta con capacidad para aplicar herramientas de tamización:*Seleccione todos los que considere*

- ☐ SRQ
- ☐ RQC
- ☐ ASSIST
- ☐ Carlos Crafft
- ☐ APGAR Familiar
- ☐ Ecomapa
- ☐ No cuenta con desarrollo de capacidades en estos temas

Cuales de los siguientes temas considera prioritarios

Prioridad 1

- | | | |
|--|--|-------------------------------|
| ☐ SRQ | ☐ RQC | ☐ ASSIST |
| ☐ CARLOS CRAFFT | ☐ APGAR familiar | ☐ Ecomapa |
| ☐ Primero auxilios psicologicos | ☐ Primeros auxilios en salud - Primer respondiente | |
| ☐ Intervencion breves | ☐ Abordaje de personas con problemas o trastornos mentales | |
| ☐ Abordaje de personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas | | |
| ☐ Orientaciones para el aseguramiento y acceso a servicios de salud | ☐ Enfoque diferencial | |
| ☐ Enfoque de Género | | |

Prioridad 2

- | | | |
|--|--|-------------------------------|
| ☐ SRQ | ☐ RQC | ☐ ASSIST |
| ☐ CARLOS CRAFFT | ☐ APGAR familiar | ☐ Ecomapa |
| ☐ Primero auxilios psicologicos | ☐ Primeros auxilios en salud - Primer respondiente | |
| ☐ Intervencion breves | ☐ Abordaje de personas con problemas o trastornos mentales | |
| ☐ Abordaje de personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas | | |
| ☐ Orientaciones para el aseguramiento y acceso a servicios de salud | ☐ Enfoque diferencial | |
| ☐ Enfoque de Género | | |

Prioridad 3

- | | | |
|--|--|-------------------------------|
| ☐ SRQ | ☐ RQC | ☐ ASSIST |
| ☐ CARLOS CRAFFT | ☐ APGAR familiar | ☐ Ecomapa |
| ☐ Primero auxilios psicologicos | ☐ Primeros auxilios en salud - Primer respondiente | |
| ☐ Intervencion breves | ☐ Abordaje de personas con problemas o trastornos mentales | |
| ☐ Abordaje de personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas | | |
| ☐ Orientaciones para el aseguramiento y acceso a servicios de salud | ☐ Enfoque diferencial | |
| ☐ Enfoque de Género | | |

Cuántas personas requieren capacitación en su institución

Muchas gracias por su tiempo, verifique que haya diligenciado las preguntas que correspondan y dé click en ENVIAR.

