PROPUESTA · INICIATIVA INDEPENDIENTE · SIN CARÁCTER OFICIAL

Dos sistemas para la salud de adolescentes del sistema socioeducativo

Seguimiento estadístico con datos anonimizados y continuidad de la atención entre el sistema socioeducativo y la red de salud

Carlos Expedito Feitosa de Avila — médico (CRM/DF 18822)
Salud de adolescentes del sistema socioeducativo del Distrito Federal, Brasil

Versión 0.2 · octubre de 2026

Qué es este documento

Una propuesta. Describe dos sistemas en desarrollo, que no operan en el sitio socioeducativo.bsb.br y no usarán datos reales sin las autorizaciones y las evaluaciones de protección de datos indicadas en la Sección 6. Es una iniciativa personal de un funcionario público, ofrecida para la evaluación de las instituciones — **no es un documento oficial, no representa la posición de las secretarías de Salud (SES-DF) ni de Justicia (SEJUS-DF) del Distrito Federal y no sustituye las normas vigentes.**

Sobre esta traducción

Traducción al español del original en portugués de Brasil. Ante cualquier discrepancia, el texto de referencia es la versión en portugués.

Texto bajo licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0) · código, cuando se publique, bajo licencia MIT
socioeducativo.bsb.br · contato@socioeducativo.bsb.br

1. El problema

El adolescente pasa por muchas puertas en poco tiempo: aprehensión, atención inicial, internación provisoria, medida socioeducativa, liberación. En cada paso, el equipo de salud identifica necesidades y deriva a la red — unidades básicas de salud, centros de atención psicosocial (CAPS), servicios de acogida, Consejo Tutelar (órgano local de protección de la niñez). Sin embargo, el registro de ese recorrido queda disperso entre e-SUS APS, TrakCare, Jornada, SISREG, SEI y planillas que no se comunican entre sí.

La mitad de los ingresos en la atención inicial corresponde a adolescentes que ya habían pasado por allí (Anuario Estadístico del Sistema Socioeducativo del Distrito Federal, 2022/2023: 51 % en 2022, 49 % en 2023). Y la red de destino está saturada: en agosto de 2026, el Ministerio Público del Distrito Federal registró más de 11.000 personas en la lista de espera de psiquiatría general, algunas de ellas esperando desde 2019.

- **Datos en texto libre y planillas manuales.** No es posible responder con seguridad cuántos llegan con sufrimiento mental, consumen sustancias o tienen la vacunación atrasada.
- **Derivaciones sin seguimiento.** Sin plazo ni responsable rastreables, no se sabe si el adolescente llegó al CAPS o si se le acabó la medicación.
- **Se cuentan atenciones, no personas.** Quien vuelve se cuenta de nuevo; el reingreso y la continuidad no pueden medirse.

Dos preguntas, dos sistemas

Sistema 1 — seguimiento estadístico: ¿quién llega y qué necesita?
Sistema 2 — continuidad de la atención: ¿la atención que comenzó continuó?

2. Sistema 1 — seguimiento estadístico

Las atenciones de salud en el sistema socioeducativo se registran en documentos de texto. El sistema transforma esos documentos en indicadores agregados — perfil de salud, consumo de sustancias, salud mental, vacunación, derivaciones — para planificar servicios y evaluar lo que funciona. Funciona en cinco pasos, siempre en este orden:

1. **Anonimización local, antes que nada.** Un programa se ejecuta en la computadora del propio servicio, sin conexión a internet, y elimina nombres, documentos, direcciones, números de historia clínica y nombres de profesionales. Los archivos reciben códigos. La clave que vincula código y documento queda fuera del procesamiento, solo en manos del responsable.
2. **Campos estandarizados.** De cada atención se extraen los mismos campos, con vocabulario cerrado (por ejemplo: consumo de sustancias, estado vacunal, derivación). Cuando la extracción es asistida por un modelo de lenguaje, este solo recibe texto ya anonimizado.
3. **Reglas que verifican el sentido.** «Niega consumo», un hecho de un tercero («la madre consume») o una respuesta ambigua se convierten en pendiente, nunca en hallazgo. Las frases que ya vienen rellenadas en la plantilla del documento se cuentan aparte.
4. **Validación a ciegas.** Dos revisores que no ven el resultado del extractor verifican una muestra; se mide la concordancia y las divergencias se adjudican. Solo entonces un número se convierte en indicador.
5. **Solo números agregados.** Conteos y proporciones por período. Ningún resultado individual sale del procesamiento, y los conteos muy pequeños no se publican.

Qué entrega

- Perfil de salud por período, con fuente y fecha
- Indicadores para planificación y monitoreo

Límites asumidos

- Mide lo que se registró: la ausencia de registro no es ausencia del problema

- Una medida de cuánto se registra realmente cada dato
- Método y reglas documentados y reproducibles

- Cuenta atenciones, no personas, hasta que exista el identificador del Sistema 2
- Ningún número se publica antes de la validación y de que las instituciones tomen conocimiento
- No diagnostica ni define conductas terapéuticas

3. Sistema 2 — continuidad de la atención

Un registro local, controlado por el equipo de salud, que sigue el flujo de la atención: qué se solicitó, adónde, con qué plazo, quién es el responsable y qué ocurrió.

Principio — punteros, no copias

El contenido clínico permanece donde siempre estuvo: en los sistemas oficiales, detrás de su propia autenticación. El sistema guarda solo lo mínimo que el propio equipo ingresa, el estado y un puntero (número de expediente, unidad, fecha).

Capacidades

1. **Solicitudes con responsable y plazo** — cada derivación, examen o gestión se convierte en un ítem con destino, prioridad, responsable y vencimiento; el atraso genera una alerta.
2. **Medicación y terapia sin interrupciones** — vigencia de recetas (incluidos los medicamentos sujetos a control especial, según la norma brasileña SVS/MS 344/1998), previsión del fin de la medicación y frecuencia de la psicoterapia, seguidas con anticipación.
3. **Respuesta rápida a los casos graves** — criterios explícitos de gravedad, al ingreso y al egreso; una señal de riesgo activa la discusión del caso y la búsqueda activa con la atención primaria.
4. **Contrarreferencia mínima** — el servicio que recibió al adolescente responde tres campos en treinta segundos, mediante un enlace seguro, sin un sistema nuevo que aprender: ¿asistió?, una nota breve y dónde quedó el registro oficial.
5. **Indicadores sin planillas manuales** — los indicadores de monitoreo surgen del propio registro estructurado y alimentan el Sistema 1.
6. **Identificador de persona** — un seudónimo estable, con la identidad guardada aparte, para medir el reingreso y la continuidad por adolescente.

Qué es — y qué no es

Es una herramienta de trabajo del equipo de salud, con un modelo de datos alineado con el estándar nacional **FHIR R4** (Patient, ServiceRequest/Task, Encounter, MedicationRequest, CarePlan, Flag), compatible con una futura integración a la Red Nacional de Datos en Salud (RNDS). **No es** una historia clínica electrónica; no guarda contenido clínico de otros organismos; no sustituye e-SUS APS, TrakCare, SEI ni SISREG; no es un producto comercial.

4. Cómo se complementan

El seguimiento estadístico trabaja con lo que ya se registró y muestra dónde están las brechas. La continuidad de la atención empieza a registrar, de forma estructurada, lo que hoy queda en texto libre — y, con el seudónimo por persona, permite medir el reingreso y la continuidad por adolescente, no solo por atención. Con el tiempo, el segundo sistema reduce el trabajo del primero.

5. Protección de datos

Los titulares son adolescentes en situación de vulnerabilidad. Por eso, ambos sistemas parten de la minimización: guardar lo mínimo, referenciar el resto, auditarlo todo.

- **Evaluación de impacto antes de datos reales.** Los datos de salud de adolescentes son un tratamiento de alto riesgo: ningún uso de datos reales antes de la Evaluación de Impacto en la Protección de Datos (LGPD, la ley brasileña de protección de datos, art. 38), con el oficial de protección de datos (el encarregado de la LGPD), y de las autorizaciones institucionales.
- **Anonimizar y seudonimizar.** La estadística solo lee texto anonimizado. La continuidad opera con seudónimos; la identidad se guarda aparte, cifrada, y la reidentificación es restringida y siempre queda registrada.
- **Registro de auditoría** de quién accedió a qué y cuándo (LGPD, art. 37).
- **Alojamiento controlado.** Los datos identificables no van a una nube pública.
- **Base legal.** Tutela de la salud por profesionales de la salud (LGPD, art. 11, II, «f»), ejecución de políticas públicas (art. 23) y el interés superior del adolescente (art. 14). Lo que puedan usar adolescentes sigue el ECA Digital, el Estatuto Digital del Niño y del Adolescente (Ley 15.211/2025): privacidad por defecto, sin elaboración de perfiles.

6. Implementación por etapas

Cada etapa es útil por sí misma. Nada avanza sin la autorización correspondiente.

Etapa	Qué entrega	Depende de	Quién autoriza
0 · Sin datos personales en curso	Este sitio, las guías y los formularios que generan PDF en el navegador; desarrollo y pruebas de ambos sistemas.	Nada externo.	Ninguna autorización: iniciativa personal, solo contenido público.
1 · Uso por el equipo de salud	Seguimiento estadístico de las atenciones y registro local del flujo de la atención (solicitudes, plazos, alertas de recetas y medicación), con seudónimo por persona.	Evaluación de Impacto en la Protección de Datos; alojamiento controlado; política de acceso.	Las instituciones responsables del servicio y el oficial de protección de datos, con registro formal.
2 · Servicios asociados	Contrarreferencia de tres campos mediante enlace seguro; confirmación, por los servicios de acogida, de que el adolescente está bajo su cuidado.	Etapa 1; adhesión de cada servicio, uno por uno.	Cada CAPS, unidad de salud o servicio de acogida, mediante instrumento formal.
3 · Integraciones	Tramitación en el SEI, datos de salud estructurados en los sistemas socioeducativos, envío y consulta a la RNDS con el estándar FHIR.	Etapas 1 y 2; credenciales.	Las secretarías de Salud y de Justicia del Distrito Federal, por acto conjunto o convenio.
4 · Otras poblaciones	Reutilización del núcleo para personas en situación de calle, acogimiento institucional, personas egresadas del sistema penitenciario y migrantes.	Evaluación de la etapa 2; gobernanza entre servicios.	Decisión institucional de las secretarías involucradas.

El sistema socioeducativo es el punto de partida porque concentra, en poco tiempo, mucha vulnerabilidad — y es donde la pérdida de continuidad cuesta más. El mismo núcleo sirve a quienes están en la calle,

en acogimiento, saliendo del sistema penitenciario o llegando de otro país. La elección es de método, no de alcance.

7. Compromisos

- **Una propuesta para las instituciones.** Es una iniciativa personal de un funcionario público, ofrecida para su evaluación y eventual adopción por las instituciones responsables. Si se adoptan, los sistemas pasan a su gobernanza e infraestructura.
- **Sin costo y sin vínculo comercial.** No son productos a la venta, no tienen patrocinio y no dependen de contratación. Texto bajo CC BY 4.0; código, cuando se publique, bajo licencia MIT.
- **Riesgos asumidos.** Sobrecarga de un equipo pequeño (metas acordes a su tamaño); cambio de gestión; cambios normativos (seguimiento periódico); filtraciones (minimización, seudonimización, sin nube pública, evaluación de impacto).

Marco normativo (Brasil)

Estatuto del Niño y del Adolescente (ECA), art. 88, V · SINASE (Ley 12.594/2012) · PNAISARI (política nacional de salud de adolescentes en el sistema socioeducativo) · Plan Operativo del Distrito Federal (POD/DF), 3.ª ed. (2023–2026) · Ley 15.413/2026 (art. 11-A del ECA) · Plan Nacional Socioeducativo 2026–2036 · ECA Digital (Ley 15.211/2025) · LGPD (Ley 13.709/2018).

Contacto

Profesionales del sistema socioeducativo y de la red de salud pueden escribir a contato@socioeducativo.bsb.br. **No envíe datos de adolescentes.**