



EL DERECHO A LA
SALUD MENTAL
INFANTIL Y JUVENIL:
GARANTÍAS EN EL
ACCESO Y LA ATENCIÓN
EN LOS
CENTROS
RESIDENCIALES
NOVIEMBRE 2019

SÍNDIC

EL DEFENSOR
DE LES
PERSONES

EL DERECHO A LA
SALUD MENTAL
INFANTIL Y JUVENIL:
GARANTÍAS EN EL
ACCESO Y LA
ATENCIÓN EN LOS
CENTROS
RESIDENCIALES

SÍNDIC

EL DEFENSOR
DE LES
PERSONES

Síndic de Greuges de Catalunya

1ª edición: Noviembre 2019

El derecho a la salud mental infantil y juvenil: garantías en el acceso y la atención en los centros residenciales. Noviembre 2019

Maquetación: Síndic de Greuges

Foto de cubierta: Pixabay

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
2. EL DERECHO A LA SALUD MENTAL INFANTIL Y JUVENIL. ELEMENTOS PARA LA REFLEXIÓN	7
3. CONSIDERACIONES PREVIAS SOBRE EL SISTEMA DE SALUD MENTAL INFANTOJUVENIL EN CATALUÑA	15
3.1. La salud mental infantojuvenil. Aproximación conceptual	15
3.2. El marco normativo	15
3.3. Los principales recursos existentes para atender la salud mental de niños y adolescentes ..	16
3.4. La desigualdad, la saturación y la falta de apoyo a la parentalidad. Graves déficits. . .	17
3.5. La evolución del sistema de salud mental infantojuvenil actualmente en Cataluña. Plan director de salud mental y adicciones.	19
4. LA DEMANDA DE UN RECURSO RESIDENCIAL TERAPÉUTICO	23
4.1. Necesidad de un recurso residencial terapéutico para adolescentes	23
4.2. Antecedentes y respuesta de la Administración	23
4.3. Un recurso de salud mental o de protección social	24
5. MAPA DE RECURSOS RESIDENCIALES PARA NIÑO Y ADOLESCENTES ACTUALMENTE EXISTENTES	27
5.1. Las previsiones de la Cartera de servicios sociales y la Cartera del Sistema Nacional de Salut .	27
5.2. Mapa de recursos residenciales para niños y adolescentes con problemática específica de comportamiento, salud mental y discapacidad	29
5.3. La definición de diagnóstico y la indicación de tratamiento. El encaje con la categorización de centros residenciales existentes	40
5.4. La asunción del coste económico de los recursos residenciales actualmente existentes. Falsas tutelas y el uso del seguro escolar	46
6. NIÑOS Y ADOLESCENTES TUTELADOS. PROBLEMÁTICA ESPECÍFICA.	53
6.1. Consideraciones especiales en referencia al derecho a la recuperación emocional y psicológica del niño o adolescente que ha sido declarado en situación de desamparo	53
6.2. El abordaje de las dificultades de la adolescencia y la adaptación a los recursos de que dispone el sistema de protección	57
6.3. La transición a la mayoría de edad	59

7. GARANTÍAS NECESARIAS PARA EL INGRESO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN CENTROS RESIDENCIALES TERAPÉUTICOS. EL INTERÉS SUPERIOR DEL NIÑO	61
7.1. El recurso residencial como última ratio y durante el mínimo tiempo indispensable.	62
7.2. El consentimiento informado en los tratamientos médicos y la edad mínima.	64
7.3. La autorización judicial y la evaluación forense como requisito de ingreso.	67
7.4. Supervisión y control. Regulación de derechos durante la estancia residencial	69
8. ALGUNOS ITINERARIOS DE ADOLESCENTES EN CENTROS RESIDENCIALES TERAPÉUTICOS	75
9. CONCLUSIONES	81
10. RECOMENDACIONES.	85

1. INTRODUCCIÓN

La atención a la salud mental infantojuvenil en Cataluña ha sido objeto de preocupación y de numerosas recomendaciones por parte del Síndic.

La salud mental y el bienestar emocional de los niños y adolescentes constituyen una esfera de una importancia relevante para garantizar el ejercicio del resto de derechos y el pleno desarrollo de la personalidad y la identidad del individuo, con una repercusión importante en su proceso de transición a la vida adulta.

En este sentido, la garantía de este derecho en condiciones de equidad debe ser incuestionable y debe poderse hacer efectiva en la diferencia y la especificidad que cada niño o adolescente pueda necesitar para poder construir una sociedad sana y equitativa.

Los últimos informes sobre los derechos del niño al Parlamento han incidido en la necesidad de dotar el sistema de salud mental infantojuvenil actualmente existente de mayores recursos y más adecuados a los problemas existentes el sistema.

Se ha resaltado la importancia de aumentar la provisión de programas de prevención, de apoyo a la crianza y de parentalidad positiva, y se ha pedido que la labor de los centros de atención a la salud mental infantojuvenil también se adecúe a la intensidad y la cobertura que requiere la población que atiende, de forma que se garantice que se proporciona el servicio necesario a cada niño que lo necesita y se evite que se produzcan las desigualdades por razones económicas que actualmente se dan en la garantía de este derecho.

El Síndic parte del interés superior del niño y adolescente y la garantía de su bienestar emocional y salud en sentido amplio, no solo en el sentido de falta de patología o situación de crisis cuando se trata de salud mental infantojuvenil.

Así mismo, el Síndic se ha hecho partícipe de la expresión de necesidad de atención y de tratamiento que manifiestan algunos niños de manera intensa en forma de conducta

disruptiva y de alto riesgo, hacia ellos mismos y hacia terceras personas, sobre todo en la etapa de la adolescencia.

Esta demanda de atención, más allá de elementos patológicos, puede derivarse de carencias previas en la atención de estos niños y adolescentes, no solo y específicamente por parte de los recursos de salud mental, sino también de atención primaria, de servicios sociales, de enseñanza, del sistema de protección a la infancia y la adolescencia, así como de las carencias de recursos personales y sociales de las mismas familias y del acompañamiento social que recibe el niño o el adolescente en general en su proceso de desarrollo personal y emocional.

La expresión y la forma del sufrimiento y del desajuste emocional, psicológico o psiquiátrico, en cada persona dependerá de muchos factores, cuyo análisis desborda el objeto de este informe. En todo caso, cuando este sufrimiento ya se manifiesta en un comportamiento disruptivo y agresivo de una gran magnitud, es necesaria una intervención más intensa que implica la separación del núcleo familiar o del espacio de convivencia habitual o la adopción de medidas que inciden en la libertad y la autonomía del niño o adolescente, como el internamiento en un centro terapéutico.

Este informe se ha querido centrar en el ingreso en centro terapéutico, puesto que si bien representa la punta del iceberg de una problemática de una mayor magnitud en que esta situación necesariamente debe contextualizarse, supone una intervención especialmente intensa en todos los aspectos de la vida del adolescente y, por ello, requiere las máximas garantías.

La necesidad de atender a los adolescentes con conductas disruptivas, por el hecho de que su malestar se manifiesta de forma más visible y genera confrontación y conflicto, no puede condicionar ni segmentar la visión de la dimensión de la situación que, mediante este informe, pretende ponerse de manifiesto: el derecho al mayor nivel de atención a la salud mental infantojuvenil en condiciones de igualdad y de acuerdo con las necesidades individuales de cada niño y adolescente.

No obstante, el número creciente de familias que expresan la incapacidad de atender

adecuadamente a sus hijos o hijas por alteraciones de conducta y problemas de salud mental, el aumento de recursos sociosanitarios privados que atienden estas situaciones, y la incapacidad expresada por el propio sistema de protección a la infancia y la adolescencia y también por el sistema público, tanto en el ámbito social como de salud, para dar cobertura a situaciones que a menudo ultrapasan su ámbito de atribuciones y los recursos existentes, exigen que el informe también estudie de forma detenida la problemática del ingreso de adolescentes en centros terapéuticos.

Son recursos que, además, a menudo implican restricciones importantes de libertades y derechos individuales, a pesar de que no sean recursos de justicia juvenil y no persigan finalidades sancionadoras, sino protectoras.

Cuando la expresión de malestar del niño o adolescente se confronta con el funcionamiento del sistema existente, la salida aparentemente más sencilla puede ser buscar forma eficaces para contener y controlar la expresión de este malestar partiendo de la óptica del conjunto de la sociedad, de la familia y del propio funcionamiento del sistema de salud y de bienestar, que no siempre son las respuestas más adecuadas si se toman como punto de partida y final el interés superior de cada niño o adolescente y el respeto a las

necesidades específicas y concretas que presenta, así como la salvaguardia de sus derechos fundamentales.

En este informe, el Síndic parte de esta perspectiva de respeto y pretende estudiar los motivos y las dificultades para alcanzar la igualdad en la garantía del acceso al mayor nivel de salud posible, en términos de bienestar y pleno desarrollo del niño y adolescente, así como proponer mejoras para que pueda alcanzarse.

Partiendo de esta premisa, el Síndic centrará su atención en los recursos residenciales terapéuticos y educativos y su problemática específica: la existencia de la demanda de estos servicios, la adecuación de los recursos existentes, la proliferación e idoneidad de centros privados y el cumplimiento de requisitos y garantías de acuerdo con el interés superior de los niños y adolescentes y su derecho a disfrutar del mayor nivel de salud mental posible.

Para realizar este análisis, el Síndic se basa en las numerosas quejas y actuaciones llevadas a cabo en que se plantean este tipo de internamientos de niños y adolescentes, en los intercambios con profesionales, así como en las observaciones fruto de las visitas a centros llevadas a cabo por el equipo de infancia del Síndic y el Mecanismo Catalán de Prevención de la Tortura (MCPT).

2. EL DERECHO A LA SALUD MENTAL INFANTIL Y JUVENIL. ELEMENTOS PARA LA REFLEXIÓN .

La salud mental infantojuvenil es algo más que la falta de patología

Uno de los principales obstáculos para la garantía de un nivel máximo de salud mental infantojuvenil es que a menudo se parte del concepto de salud mental entendido como ausencia de patología y de la patología entendida como diagnóstico biomédico.

Disfrutar de una salud mental plena es algo más. Es un derecho que implica el disfrute de bienestar emocional y psicológico y la capacidad de resiliencia ante las dificultades y los problemas que se presentan en la vida, y que tiene una repercusión directa en el ejercicio de otros derechos fundamentales del individuo, en este caso del niño o adolescente.

Trabajar sobre la base de la patología deja fuera del ámbito de la salud mental al conjunto de niños y adolescentes que deben aprender a gestionar todos los sentimientos y acontecimientos de la vida que les afectan, también los que les causan malestar, así como trabajar con las fortalezas como vías de garantizar una salud mental plena. En definitiva, la educación en hábitos de higiene emocional y psicológica.

Además, hay que tener en cuenta que, de forma especial, en el caso de los niños y adolescentes el hecho de no disfrutar de un nivel de salud mental adecuado puede suponer dificultades en el ejercicio del derecho a la educación en igualdad de oportunidades, el derecho al juego y el ocio, así como el pleno desarrollo de la identidad y la personalidad, entre otros.

Existe discriminación por razones económicas en la garantía del derecho a la salud mental

La discriminación es doble. Por un lado, los niños y adolescentes provenientes de entornos socioeconómicos más desfavorables tienen mayores probabilidades de sufrir algún tipo de trastorno en salud mental.

Este hecho se explica, entre otros, por la mayor probabilidad de sufrir, tanto directamente como través de sus progenitores o cuidadores

principales, estresores ambientales derivados de la falta de garantía estable en la cobertura de las necesidades básicas de la familia (vivienda, alimentación, entre otros), que pueden actuar como detonantes en el desarrollo de patologías o que simplemente generan malestar emocional. Así mismo, factores hereditarios pueden tener un papel a la hora de explicar este fenómeno, dado que el hecho de sufrir un problema relacionado con la salud mental a su vez puede resultar causa de pobreza o exclusión y de dificultades en el ejercicio de la parentalidad positiva.

Por otra parte, la discriminación es doble, porque el acceso de estas familias con dificultades sociales y económicas a recursos para detectar y atender la problemática de salud mental que puede estar sufriendo el niño o adolescente a su cargo es inferior al de las familias provenientes de un entorno socioeconómico y cultural más favorecido, puesto que se trata de recursos tanto de tipo personal a la hora de pedir ayuda como de tipo económico, por el hecho de que muchos recursos son de carácter privado y, por tanto, solo accesibles para las familias acomodadas.

Existen dificultades para dedicar recursos a la prevención y atención comunitaria

A pesar de que el Plan director de salud mental y adicciones de Cataluña se basa en un enfoque de prevención de la salud y de intervención precoz, y ha supuesto un influjo monetario importante para el sistema de salud mental infantojuvenil, a la práctica sigue siendo difícil destinar recursos suficientes a la prevención y promoción de la salud.

El trabajo comunitario, que permite una detección y una intervención precoz de problemas entre la población infantojuvenil, así como los programas de parentalidad positiva y de atención domiciliaria, que también pueden trabajarse desde el ámbito social, pueden generar reticencias en unos profesionales que, ya de entrada, cuesta de fidelizar en el ámbito de la atención primaria de salud mental. Este tipo de labor puede suponer un mayor esfuerzo de implementación, puesto que fuerza a los profesionales a desplazarse al entorno natural del niño o adolescente y les exige mayor tiempo y dedicación. Por otra parte, puede generar menos motivación a algunos profesionales, dado que los resultados quizás son menos

evidenciables y visibles a corto plazo y el número de pacientes puede resultar superior, especialmente cuando hay una gran presión asistencial.

Este coste-beneficio a medio-largo plazo también es un obstáculo a la hora de priorizar este tipo de actuaciones cuando se determina la distribución de recursos de la política pública en este ámbito.

La falta de recursos suficientes en general para el tratamiento y la intervención de problemáticas de salud mental en fase más aguda, que aún existe a pesar de que se ha aumentado el gasto público en este ámbito, desplaza los recursos existentes para la prevención y las manifestaciones más leves de malestar a las situaciones más graves por razones de urgencia y de perentoriedad.

La falta de consenso entre profesionales en referencia a diagnósticos y tratamientos en salud mental

Las controversias entre los profesionales del ámbito de la salud mental en cuanto a la etiología de los problemas relacionados con la salud mental infantojuvenil, así como respecto del diagnóstico y el abordaje indicado en cada caso, pueden generar disfunciones en el sistema.

Algunos profesionales tienden a centrar las dificultades en el ámbito de salud mental que puede presentar un niño o adolescente en la reacción a factores ambientales y a atacar sus causas, principalmente a través de psicoterapia u otros métodos que trabajan con estos factores, mientras que otros profesionales tienden más a centrar las problemáticas en razones de tipo genético o biológico y a tratarlas más desde un enfoque estrictamente médico, principalmente a través de fármacos y atacando sus consecuencias o síntomas. Sin embargo, la mayor parte de los profesionales aplican metodologías y fundamentaciones teóricas que incorporan elementos de ambas grandes corrientes.

La controversia e integración de diferentes corrientes es enriquecedora

Se trata de una disciplina que trabaja con la parte más compleja del ser humano –la

mente– y, en este sentido, es natural que las variaciones de concepción y de tratamiento sean diversas en función también del enfoque humanista y filosófico de que se parta en cada caso y de la manifestación en cada individuo, único en su historia y configuración.

No obstante, este hecho puede suponer dificultades a la hora de determinar si determinados “trastornos de conducta” que manifiestan algunos niños y adolescentes derivan de patologías de salud mental –y, por tanto, deben abordarse a través de tratamientos del ámbito de la salud– o si responden a problemas en la educación, establecimiento de límites y contención, y deben tratarse principalmente desde el punto de vista social y educativo. También a la hora de debatir si los tratamientos deben ser de tipo farmacológico o no; si los problemas y los tratamientos son coyunturales, o si son estructurales y a largo plazo; si son individuales o sistémicos, o si implican a la familia o no, etc.

Más allá de esta incidencia en el tratamiento, también existe un elemento valorativo y ético que será necesario tomar en consideración a la hora de considerar cuándo un “trastorno de conducta” hay que integrarlo como expresión de un malestar o de una disidencia sobre una cierta forma de disciplina social, que hay que escuchar y atender, o si, por el contrario, es expresión de algo que hay que tratar desde un punto de vista educativo, terapéutico o sanitario para modificarlo o contenerlo.

En Cataluña y en el ámbito internacional hay protocolos y manuales que definen criterios para emitir diagnósticos y determinar tratamientos en base a la aplicación del método científico en este ámbito, pero también es cierto que se trata de una disciplina especialmente controvertida por estos factores de tipo ético, humanista y de derechos personales que entran en juego.

La divergencia en el diagnóstico y la concepción entre profesionales dentro del mismo sistema público genera un despliegue de unos recursos u otros y, por tanto, un abordaje u otro, de acuerdo con la estructura de nuestro sistema. Según este criterio diferente, una situación similar puede suponer el ingreso de un adolescente en un centro residencial de educación intensiva o

en un centro terapéutico, por ejemplo, cuestión que se analizará más adelante y que tiene repercusiones directas en los derechos de estos niños y adolescentes.

La consideración del bienestar y de la comodidad o seguridad de la comunidad por encima del interés superior del niño

Algunas decisiones, tanto en trastornos o dificultades en salud mental más leves como otros más graves que afectan a niños y adolescentes, tienden a hacer prevalecer los intereses y las dificultades de los adultos y del statu quo social en general antes de que los del propio niño o adolescente afectado.

Este dilema puede trasladarse a los profesionales del sistema educativo o de los servicios sociales, que pueden decidir trabajar un problema educativo o social a través del sistema de salud mental, y patologizar una situación que no necesariamente tiene que serlo, por las dificultades del sistema de adaptarse a las necesidades que presenta aquel niño o adolescente.

De la misma forma, y respetando el criterio clínico, un profesional de salud mental puede decantarse por la prescripción farmacológica, a pesar de ser más invasiva, antes que por una mayor intensidad en un tratamiento de tipo más terapéutico, priorizando la rápida efectividad en la contención del comportamiento del niño o adolescente, que dificulta la convivencia, y a pesar de que la atención terapéutica le pueda ser más beneficiosa e integradora a largo plazo.

Igualmente, las familias, cuando aparecen dificultades para contener la conducta disruptiva de un niño o adolescente, pueden llegar a claudicar y a solicitar la separación del núcleo familiar y el ingreso en un centro de este niño o adolescente, cuando no siempre es lo más beneficioso para el niño o adolescente.

Los profesionales del sistema de protección a la infancia y la adolescencia, también desbordados por las diferentes situaciones en que se encuentran en los centros del sistema de protección, pueden requerir una intervención más intensiva para los niños y adolescentes que les generan más dificultades, sin valorar si es lo más adecuado para ellos.

En todos estos casos, hay que garantizar que el recurso o la ayuda que se proporcione al niño o adolescente sea lo más beneficioso para el conjunto de su situación y de acuerdo con su interés superior, primando este interés superior por encima de otros intereses o necesidades expresadas por familiares y profesionales del entorno del niño o adolescente y de las necesidades del sistema en general. Así mismo, siempre hay que valorar el riesgo y la seguridad para terceros, sobre todo en medidas de carácter más restrictivo de las libertades, como el ingreso en un centro terapéutico o educativo intensivo.

La invisibilidad del adolescente y la falta de adecuación de recursos a la condición de adolescente

La adolescencia es un período de desarrollo biológico, psicológico, sexual y social posterior a la infancia que se considera iniciado a partir de la pubertad y que se prolonga hasta la edad adulta.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente y define la adolescencia como la edad comprendida entre los 10 o 11 años y hasta los 19 años, de forma que se extiende más allá de la mayoría de edad. De acuerdo con los datos publicados por la Agencia Catalana de la Juventud, en Cataluña, en el año 2015, un 4,6% de la población catalana tenía entre los 15 y los 19 años.

La adolescencia es un momento de crecimiento y cambio y de búsqueda de la propia identidad que conlleva generalmente un quebranto y una crisis de la autoridad. Este proceso de transformación puede generar dificultades en la convivencia y en el trato con los adultos de referencia.

Se tiende a valorar como una etapa problemática y de confrontación que tiene que “pasarse” y en vez de dedicar esfuerzos y recursos a atender y valorar este proceso la sociedad tiende a darle la espalda.

Dado que algunos de los recursos residenciales dirigidos a problemas de conducta o de salud mental, tanto desde el sistema de protección como también a demanda de las familias, están principalmente dirigidos a población

adolescente, también es necesaria una reflexión sobre si los recursos ordinarios se adaptan bien a esta franja de edad y a las necesidades que expresa.

Algunos de los problemas que se canalizan a través de la demanda de recursos residenciales terapéuticos quizás podrían recibir respuestas diferentes si se valorara el proceso de cambio que atraviesa el adolescente y se le diera voz y protagonismo en nuestra sociedad.

La categorización de problemáticas y la organización de recursos no responden a la complejidad de los individuos

Los recursos existentes están categorizados por diferentes ámbitos y dependen de diferentes administraciones competentes en estos ámbitos. No obstante, a menudo las problemáticas a que responden estos recursos están relacionadas entre ellas y son más complejas que la categorización a que están sujetas.

Es necesario que las problemáticas se aborden de forma que los recursos que se ponen a disposición respondan a las necesidades del niño y adolescente que las sufre, poniéndolo en el centro, no debiendo obedecer la organización administrativa de la que dependen o a la facilidad en la gestión que permite la simplificación de la complejidad.

Así, los problemas de salud mental pueden ser causa y consecuencia de problemas de consumo y de adicción a sustancias, pueden ser causa y consecuencia de discapacidad intelectual, y también pueden ser causa y consecuencia de delincuencia juvenil. Una misma persona puede reunir varios perfiles y problemáticas de origen diverso.

Un caso paradigmático es el del “trastorno de conducta”, que puede identificarse como una manifestación de un problema de salud mental o no tener relación alguna, y puede implicar o no consumo de tóxicos, reconocimiento o no de discapacidad de la persona que la manifiesta y comisión o no de hechos delictivos.

En función de donde se pone el foco, la Administración –y, por tanto, el abordaje– se realiza desde el ámbito de salud pública, desde protección social, desde justicia juvenil o

desde el ámbito de la protección a la infancia o la adolescencia.

De esta forma, pueden existir recursos diferenciados para este tipo de situaciones que compartan perfiles de adolescentes y que abordan de forma diferente o segmentada problemas que son mucho más complejos y que deben abordarse partiendo de la persona y de la manifestación que tienen en cada individuo.

Una misma persona, como podrá verse en los casos que se han planteado en la institución, puede haber pasado por cada uno de estos recursos en diferentes momentos, sin que su problemática general haya variado sustancialmente, por razón de las circunstancias y la disponibilidad de recursos existentes.

La insuficiencia de recursos para atender los problemas de consumo de los adolescentes

Una carencia que afecta al trabajo de la salud mental de niños y adolescentes es el tratamiento del consumo de tóxicos de forma específica para esta franja de edad.

De la misma forma que se tienden a simplificar por razones organizativas las problemáticas complejas, en el caso del consumo de tóxicos, a pesar de que es un tema que se trabaja desde diferentes ámbitos, no hay un recurso específico para la población adolescente de atención, seguimiento y tratamiento de las drogodependencias, a diferencia de lo que sucede con la población adulta.

Así, los centros de atención y seguimiento y los centros de tratamiento y reducción de daños de la Agencia de Salud Pública están dirigidos a población adulta.

Por otra parte, el consumo de tóxicos tiene una incidencia especial entre la población adolescente, en cuanto al desarrollo de problemas y patologías de salud mental que después se tratan en centros de salud mental.

Desde el ámbito de salud pública se trabaja la prevención del consumo, pero no desde el tratamiento, sino enfocándolo en el trastorno de conducta que puede causar este consumo, no en el propio trastorno que representa el consumo adictivo de sustancias psicotrópicas de forma específica.

La falta de garantías en el ingreso y las medidas de restricción de libertades impuestas en los centros residenciales terapéuticos privados

La problemática del ingreso involuntario en centros terapéuticos que se plantea en el caso de los adultos no incapacitados, y la necesidad de consentimiento del paciente para someterse a cualquier tipo de tratamiento médico en el ámbito de la salud mental, también se plantea en el caso de los niños y adolescentes, especialmente a partir de la edad en que no se permite el consentimiento informado por representación.

No obstante, en determinados centros terapéuticos privados son los progenitores quienes ingresan a sus hijos o hijas sin que pueda verificarse muy claramente cuál ha sido el proceso de consentimiento expresado por los pacientes a la hora de someterse a determinados tratamientos, incluido el ingreso en el centro. Igualmente, puede suceder en el tratamiento ambulatorio de pacientes menores de edad de salud mental.

Una vez se efectúa el ingreso en el centro, las medidas terapéuticas que a menudo se imponen e implican restricciones de libertades, como la prohibición o limitación a recibir visitas y comunicarse, salir del centro e incluso deambular libremente, tampoco están del todo definidas ni supervisadas.

En el caso de los centros residenciales de educación intensiva, pensados para adolescentes con trastorno de conducta dependientes del sistema de protección a la infancia y la adolescencia, la Ley Orgánica de Protección del Menor, sí establece un conjunto de disposiciones para garantizar su ingreso, que requiere autorización judicial; la aplicación de medidas de seguridad, incluidas las contenciones y los aislamientos; los registros personales y el régimen de comunicaciones. Algunas de estas medidas restrictivas de las libertades son más duras que las impuestas en centros de justicia juvenil para jóvenes que han cometido delitos.

Para el resto de centros de tipo privado, las garantías y restricciones no son claras. A menudo están concebidos como una extensión del ejercicio de la facultad de corrección que implicaba la patria potestad de acuerdo con la anterior redacción del Código Civil y que

derivaba de la concepción del pater familias omnipotente, actualmente claramente obsoleta.

De acuerdo con esta concepción, puede malinterpretarse que no se permite la supervisión por parte de la Administración, en tanto que los niños y adolescentes permanecen bajo la guarda y tutela de sus progenitores, de las decisiones que toman sobre la forma de crianza y educación (y, en sentido amplio, también de “sanar” a sus niños), funciones delegadas en profesionales y centros privados, que pasan a formar parte del libre ejercicio de su paternidad (más allá de los límites impuestos por la praxis de los profesionales implicados y de los que definen una situación de riesgo o posible desamparo a que puede verse abocado un niño o adolescente por las actuaciones de sus familias).

Por tanto, un problema para la garantía de derechos es concebir que el tratamiento de tipo ambulatorio y también el ingreso en un centro terapéutico de un niño o adolescente es una decisión que hay que respetar dentro del ámbito privado. El propio Código Civil catalán, en el artículo 236.17, apartado segundo, indica que los progenitores determinan el lugar o los lugares donde viven los hijos y, de una forma suficientemente motivada, pueden decidir que residan en un lugar diferente al domicilio familiar.

Otra manifestación de esta concepción, ya no relacionada con la salud mental, tiene que ver con la extensión del derecho a la educación y la libertad de creación de centros docentes, previsto en el artículo 27.6 de la Constitución, que legitimaría la existencia de establecimientos educativos en régimen de internado donde se podrían establecer restricciones a las libertades del niño o adolescente, de acuerdo con la disciplina del centro, por decisión de sus familias (Sentencia TEDH-Nielsen vs. Dinamarca 1988).

La falta de recursos terapéuticos residenciales públicos causa disfunciones en el sistema por razones de financiación

Como contrapeso, hay algunos niños y adolescentes que, de acuerdo con el criterio médico o de las familias, con diagnóstico clara o sin ella, detectan que el problema de su hijo o hija debe tratarse en un centro

residencial terapéutico, pero no disponen de recursos económicos para financiar su ingreso y tratamiento en un centro privado.

Además de las carencias en cuanto a restricciones y supervisión de estos centros mencionados en el punto anterior, algunas familias que no pueden acceder a estos recursos, que consideran que son necesarios para su hijo o hija, claudican y ceden la guarda y custodia a la Administración, a pesar de que el sistema de protección a la infancia y la adolescencia no detecte una situación de desamparo previo, para acceder a un recurso público del sistema de protección.

Se trata de una situación de desamparo de facto, dado que si los progenitores de aquel niño o adolescente piden el ingreso de su hijo o hija en un centro terapéutico y la separación del núcleo familiar, esto puede indicar que a la práctica se produce una situación de claudicación en las funciones parentales –y, por tanto, de desamparo material– que debe ser atendida por el sistema de protección. No obstante, como se ha señalado, si esta misma familia dispone de recursos económicos, puede decidir ingresar su hijo o hija en un centro o someterlo a un tratamiento terapéutico manteniendo su guarda y custodia, sin que se considere que se encuentra en una situación de riesgo o desamparo que tenga que atender el sistema de protección.

Así, una misma situación puede ser atendida por el sistema de protección, lo que implica la tutela de un niño o adolescente por parte de la Administración, o puede ser atendida en un centro terapéutico privado financiado por la familia, que mantiene las plenas atribuciones parentales si puede pagar el recurso.

Otra forma de poder acceder a este tipo de recursos privados es a través del uso del seguro escolar, que, actualmente, cubre este tipo de tratamientos en un 70%.

La reciente decisión del Gobierno del Estado de privatizar el seguro escolar de forma que se rescinda la colaboración del INSS con algunos

de los centros que proporcionan tratamientos relacionados con la salud mental, y en concreto centros terapéuticos privados que pueden financiarse a través de la cobertura del seguro, ha provocado mucha desazón entre las familias que han optado por esta vía y entre los centros mencionados hasta el punto que se ha paralizado la medida prevista.

Aun así, el seguro escolar no está esencialmente prevista ni concebida para financiar principalmente tratamientos y centros privados que ofrecen tratamientos psicológicos o psiquiátricos de este tipo.

Así pues, a la práctica se producen disfunciones en la utilización del sistema de protección a la infancia y adolescencia y el seguro escolar obligatorio para financiar el tratamiento de adolescentes en centros terapéuticos privados.

Hay hechos especialmente traumáticos en la vida de un niño o adolescente que, si no se tratan adecuadamente, pueden generar problemas de salud mental

A pesar de que una buena salud mental debe permitir gestionar las adversidades de la vida y ganar en resiliencia, también es cierto que existen determinados hechos en la vida de una persona, y en especial durante la infancia y adolescencia, que pueden resultar especialmente traumáticos y que pueden requerir un esfuerzo y un trabajo para que no desemboquen en un problema o patología de la salud mental.

Así, hay determinados hechos como el abuso sexual, el maltrato físico, el maltrato psicológico, la negligencia parental, la muerte parental, el acoso o el abandono, respecto de los cuales, por su gravedad y por haberlos sufrido durante la infancia o la adolescencia, existe un consenso¹ generalizado de que pueden suponer una mayor dificultad en la gestión de los sentimientos que generan y pueden desencadenar un problema de salud mental, si no se tratan y se integran adecuadamente.

¹ Ver Goff, Brotman, Kindlon, Waites & Amico, 1991; Mullen, Martin, Anderson, Roamns & Herbison, 1993; Read & Fraser, 1998; Janssen, Krabbendam, Bak, Hanssen, Vollebergh, de Graaf & Van Os, 2004; Read, Van Os, Morrison & Ross, 2005; Bendall, Jackson, Hulbert & McGorry, 2008; Shevlin et al., 2008; Sorensen et al., 2010; Dangerfield, 2012 i 2016; Varese et al., 2012; Read, Hammersley & Rudegeair, 2007. Article “Sobre la cura dels adolescents tutelats per l’Administració: reflexions sobre el seu patiment i les seves necessitats”, de Mark Dangerfield.

Lejos de estigmatizar a un niño o adolescente por haber sufrido una de estas situaciones, de las cuales es víctima, es necesario que se considere esta especial dificultad con que puede haberse encontrado este niño o adolescente en la vida, para que se le garantice un apoyo y un acompañamiento especiales en la evaluación de la situación y en su recuperación emocional y psicológica.

El artículo 39 de la Convención sobre los derechos del niño de las Naciones Unidas exige a los estados miembros adoptar todas las medidas adecuadas para promover la recuperación física y psicológica y la reinserción social de un niño víctima de cualquier forma de abandono, explotación, abuso, tortura o forma de tratamiento o castigo cruel, inhumano o degradante o conflictos armados, en un ambiente que proteja su salud, autoestima y dignidad.

Esto no implica que todo niño o adolescente que ha pasado una situación de este tipo tenga que desencadenar un problema o patología de salud mental ni que los niños o adolescentes que lo requieran y no hayan pasado por ello (o se desconozca si han pasado por una situación de este tipo) no puedan acceder a recursos que les permitan gestionar un daño emocional.

Pero sí debería permitir visualizar de forma positiva y no estigmatizadora que los niños y adolescentes de quien se conoce que han sido víctimas de situaciones de este tipo, como los niños o adolescentes tutelados por la Administración, los niños y adolescentes que han sido adoptados y los que han sufrido pérdidas parentales, acosos o abusos, deben poder tener garantizado el derecho a recibir a una atención psicológica

y un acompañamiento emocional más intenso que les permita gestionar estas situaciones.

La estigmatización de la salud mental

Por último, y de forma transversal, la estigmatización que rodea cualquier tratamiento relacionado con la salud mental no ayuda a acceder a los recursos que pueden necesitar los niños y adolescentes para garantizar su derecho al máximo nivel de salud mental posible.

Así mismo, deben tomarse en consideración los especiales necesitados que puede tener un niño o adolescente que ha atravesado una situación traumática para recuperar el equilibrio psicológico o emocional, que puede perder más fácilmente que otro niño que no la ha sufrido. Los problemas de salud mental afectan a una parte muy importante de la población, incluida la población infantojuvenil, y a menudo estas necesidades se ocultan por temor al rechazo social.

El hecho de que la detección y el tratamiento impliquen estigmatización dificulta el trabajo preventivo que puede hacerse de los problemas y la garantía del derecho. Son las propias familias y las propias personas afectadas las que tienden a evitar acceder a los recursos existentes en fases más leves o preventivas y demoran la demanda a fases más avanzadas de los problemas por este motivo.

De esta forma, el problema, lejos de resolverse, tiende a magnificarse y se vulneran los derechos de los niños afectados al mayor nivel de salud posible.

3. CONSIDERACIONES PREVIAS SOBRE EL SISTEMA DE SALUD MENTAL INFANTOJUVENIL EN CATALUÑA

3.1. LA SALUD MENTAL INFANTOJUVENIL. APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define la salud mental no solo como ausencia de trastornos mentales, sino como un estado de bienestar en que el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, siendo capaz de contribuir a su comunidad.

Es decir, la salud mental es un estado positivo gracias al que la persona es responsable, consciente de sí misma, capaz de dirigir sus actuaciones, razonablemente libre de preocupaciones y capaz de afrontar las tensiones habituales de la vida diaria.

Por tanto, el Síndic entiende que el derecho a la salud mental va más allá de la ausencia o atención a la patología psiquiátrica entendida como diagnóstico de trastorno mental incluido en el CIM (clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud) o el DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Considera que la atención a la salud mental del niño y el adolescente debe comprender el bienestar emocional en la compleción y unicidad de cada persona, de forma que le permita desarrollarse adecuadamente en todas las esferas de la vida.

En este sentido, el abordaje de la salud mental infantojuvenil no tiene que corresponder únicamente al ámbito de la salud, sino que necesariamente también tiene que implicar la esfera social del niño y adolescente que incide directamente en la protección de este derecho esencial.

Así, en la resolución de 2012 de la Asamblea Mundial de la Salud, sobre la carga mundial de trastornos mentales y la necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de forma integral y coordinada a escala de país, se observa que cada vez hay más datos sobre el coste-eficacia de las intervenciones encaminadas a promover la

salud mental y prevenir los trastornos mentales, en particular entre los niños.

El Comité de Derechos del Niño, en la Observación núm. 15, emplaza a los estados para que amplíen este tipo de intervenciones y las incorporen mediante toda una gama de políticas y programas sectoriales, en particular en materia de salud, educación y protección (justicia penal), con la participación de las familias y las comunidades.

Esta complejidad en la concepción de la salud mental también empujó al Gobierno de la Generalitat a elaborar el Plan integral de atención a las personas con trastorno mental y adicciones, que implica departamentos encargados de las políticas públicas de salud, de enseñanza, de servicios sociales, de justicia y de empleo (en el caso de los jóvenes y adultos).

Es en este sentido que, seguidamente, se hará un análisis de la normativa y los recursos que inciden más directamente en la atención a la salud mental infantojuvenil en Cataluña.

3.2. MARCO NORMATIVO

El derecho del niño o adolescente a disfrutar del mayor nivel de salud posible está reconocido en el artículo 24 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos del niño.

El artículo 25 de la Convención reconoce el derecho del niño que ha sido internado, o bien colocado en una familia de acogimiento por las autoridades competentes, a fin de atender, proteger o tratar su salud física o mental, a una revisión periódica del tratamiento que recibe y de todas las otras circunstancias relevantes en este internamiento o acogimiento familiar.

El artículo 17 del Estatuto de Autonomía de Cataluña recoge el derecho de todos los niños y adolescentes a recibir a la atención necesaria para el desarrollo de su personalidad y bienestar en su contexto familiar y social, y el artículo 23, el derecho de todas las personas a los servicios sanitarios públicos, en las mismas condiciones de igualdad y gratuidad, y la obligación de los poderes públicos de garantizar la calidad de estos servicios y velar por la mejora de la calidad de vida de la población.

El capítulo IV de la Ley 14/2010, de los derechos y las oportunidades en la infancia y adolescencia, recoge el derecho a la salud y el artículo 45, el derecho a la atención en situaciones de riesgo para la salud mental.

Este artículo indica que, de acuerdo con el Plan director de salud mental y adicciones, deben desarrollarse programas dirigidos a la prevención, detección, diagnóstico precoz, tratamiento y atención integral de las necesidades en salud mental infantil y juvenil desde la red sanitaria pública en Cataluña. La atención en salud mental debe incluir, también, la atención a los niños y adolescentes con problemas adictivos y debe garantizarse la atención en salud mental a los niños y adolescentes con discapacidad, mediante programas integrales de atención al territorio.

El Pacto para la infancia de Cataluña de 2013 remarca la importancia del derecho a la salud de los niños y adolescentes, enfatiza la necesidad de desplegar y aumentar la red de salud mental infantil y juvenil y de implementar programas integrales para la prevención, detección y tratamiento, entre otros, objetivos recogidos en el Plan integral de atención a la infancia y adolescencia para el período 2015-2018.

La Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña, a su vez, establece que el Servicio Catalán de Salud debe llevar a cabo, entre otros, la atención primaria integral, atención especializada, ambulatoria, domiciliaria y hospitalaria, y la atención psiquiátrica y promoción, protección y mejora de la salud mental.

El Plan de salud de 2016-2020 determina entre sus áreas prioritarias la salud mental y adicciones y la vulnerabilidad en la infancia y adolescencia.

El Plan integral de atención a las personas con trastorno mental y adicciones de 2010 prevé como línea estratégica la promoción de la integración de las intervenciones de los servicios de salud, sociales y educativos de la pequeña infancia, de la población en edad escolar y de la adolescencia en especial riesgo o vulnerabilidad. En el mismo Plan, y dentro de esta línea estratégica, se detectan carencias como los programas preventivos y los recursos intermedios de tipo residencial-escolar para adolescentes con problemas de conducta y

consumo de tóxicos que no puedan controlarse bien en el ámbito ambulatorio y de carácter residencial con apoyo sanitario para adolescentes que no estén tutelados por la Administración, entre otros.

El 13 de marzo de 2017 se aprueba la Estrategia 2017-2019 del Plan integral de atención a las personas con trastorno mental y adicciones. Entre los objetivos que plantea, está abordar la problemática en la atención de los adolescentes y jóvenes y sus familias, así como implantar el nuevo modelo de apoyo asistencial en salud mental a la infancia y la adolescencia atendida en el sistema de protección que garantice el apoyo especializado en salud mental a todos los servicios residenciales de protección a la infancia y adolescencia.

Con la apuesta del Departamento de Salud por la atención comunitaria, entre otras acciones, se quiere dar apoyo e impulso a la red infantojuvenil y facilitar la implantación en todo el territorio de la Cartera de servicios de salud mental y adicciones en la atención primaria. Otros objetivos son la ampliación de la Cartera de servicios de salud mental en los centros penitenciarios, el desarrollo de programas como el PSI (Programa seguimiento individualizado) o el programa de psicosis incipiente, de apoyo a la atención primaria tanto de adultos como de niños.

Las actuaciones previstas y el aumento significativo en la dotación presupuestaria que se ha destinado a las mismas se han empezado a implementar por todo el territorio.

3.3. PRINCIPALES RECURSOS EXISTENTES PARA ATENDER LA SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

En Cataluña, los recursos para atender la salud mental de niños y adolescentes desde el ámbito de la salud están conformados fundamentalmente por los centros de salud mental infantil y juvenil (CSMIJ), que atienden a niños y adolescentes con problemas de salud mental cuando son derivados a los mismos por los centros de atención primaria de forma ambulatoria especializada, y los servicios de hospitalización psiquiátrica para los casos que requieren una atención intensiva y continuada en régimen de internamiento total o parcial, como los hospitales de día de salud mental infantil y

juvenil (HDIJ), las unidades de crisis de adolescentes (UCA) y las unidades de referencia psiquiátrica infantil (URPI).

Con la implementación de las actuaciones derivadas del Plan director de salud mental y adicciones, se apuesta por el apoyo a la atención primaria, con la integración de psiquiatras y psicólogos en los centros de atención primaria, para atender casos de menor gravedad o complejidad sin necesidad de ser derivados al CSMIJ, y mejorar así la labor de prevención, detección y formación de profesionales de atención primaria pediátrica.

Dentro del ámbito sanitario, también existe una serie de recursos específicos para abordar el consumo de drogas, que pertenecen a la Red de Atención a las Drogodependencias, como los centros de atención y seguimiento a las drogodependencias (CAS), a pesar de que no están específicamente destinados a la atención de población adolescente.

En los CSMIJ, se desarrollan programas tales como el programa de apoyo a los centros de educación especial, los programas de trastornos de la conducta alimentaria, el programa de apoyo a centros residenciales de la DGAIA, el programa de atención a la psicosis incipiente y a los trastornos de espectro autista y el programa salud y escuela.

También se ha ampliado la contratación de personal educador social para menores de dieciocho años que permite la atención a domicilio a través de los planes de servicios individualizados (PSI), hasta ahora solo previstos para población adulta, a pesar de que aún no se han implementado por todo el territorio.

Junto con los recursos específicos mencionados provenientes de la red de salud, existen recursos y dispositivos del ámbito local, así como del ámbito de los servicios sociales y del sistema educativo que, de forma coordinada con los recursos específicos destinados a la atención de la salud mental infantojuvenil, desempeñan una importante función de acompañamiento y de prevención.

Son recursos y servicios tales como los centros de desarrollo infantil y atención precoz (CDIAP), los equipos de asesoramiento psicopedagógico (EAP), las unidades de apoyo

a la educación especial (USEE), las unidades de escolarización compartida (UEC), las unidades terapéuticas y educativas (UTE), las unidades medicoeducativas (UME), las aulas integrales de apoyo (AIA), los centros abiertos o los centros socioeducativos diurnos, entre otros.

Por último, también existen los recursos residenciales terapéuticos de media o larga estancia, que se analizarán más adelante y que son objeto de atención especial en este informe.

3.4. LA DESIGUALDAD, LA SATURACIÓN Y LA FALTA DE APOYO A LA PARENTALIDAD. GRAVES DÉFICITS

En Cataluña, según la Encuesta de salud de Cataluña de 2017, 5 de cada 100 niños de entre 4 y 14 años es probable que sufran un problema de salud mental, una tendencia creciente en los últimos años. En el contexto actual, hay que poner de manifiesto la existencia de fuertes desigualdades sociales en la prevalencia de trastornos de salud mental.

Así, por ejemplo, la Encuesta de salud de Cataluña pone de manifiesto que, mientras un 5,4% de los niños de 4 a 14 años en familias de clase social baja tienen probabilidad de sufrir un trastorno mental, este porcentaje es solo de un 2,5% en el caso de niños de clase social alta.

A esta desigualdad se añade la dificultad de acceder a recursos alternativos fuera de la red pública de cobertura de necesidades en materia de salud mental de la población menos favorecida económicamente.

La crisis económica vivida en los últimos años, que ha derivado en un incremento de la presión y el estrés emocional de las familias socialmente más desfavorecidas, ha condicionado el bienestar psicosocial de los niños y adolescentes que forman parte de dichas familias y la posible emergencia de trastornos de salud mental especialmente entre este segmento de la población, lo que aún ha generado más inequidad.

Los últimos informes emitidos por el Síndic destacan la saturación del sistema de

atención a la salud mental infantojuvenil y la necesidad de orientar recursos a la parentalidad positiva y la gestión emocional; de reforzar la prevención comunitaria y facilitar recursos para atender situaciones de mayor vulnerabilidad y protección social, como las que se viven en los centros de acogimiento y residenciales de acción educativa para niños que han sido tutelados por la Administración, así como de proveer el sistema público de atención a la salud mental de residencias adecuadas para atender a los niños y adolescentes que lo requieran.

La prevención y atención primaria de los problemas de salud mental infantojuvenil son la base para abordar los problemas que, a menudo debido a las carencias del sistema, después resultan más complejos y dificultosos. Los recursos terapéuticos familiares, los programas de parentalidad positiva y los programas domiciliarios y de apoyo a la crianza no llegan con suficientes garantías a todas las familias que lo necesitan.

Por otra parte, durante este tiempo se ha denunciado una saturación del sistema ambulatorio de atención a la salud mental infantil y juvenil, que relega la atención de situaciones menos graves ante la perentoriedad de situaciones más agudizadas, a pesar de que todas requieran la atención de los profesionales del CSMIJ o de profesionales que, de forma intensiva y con la formación suficiente, pudieran abordar situaciones que afectan a la salud mental. Los déficits en la provisión de recursos a la red de salud mental infantil y juvenil provocan intervenciones a menudo más tardías, menos intensivas de las indicadas, y de carácter más clínico y farmacológico que psicológico o terapéutico.

Esta situación también se ha visto reflejada en el ámbito hospitalario. Las dificultades de provisión de plazas hospitalarias desplazan la atención de estos casos a una red de CSMIJ en ocasiones colapsada, lo que afecta a la cobertura e intensidad de la atención recibida, e incrementa la inequidad en la atención de la salud mental infantojuvenil, que a menudo solo encuentra una respuesta adecuada en la red privada en el caso de las familias que pueden financiarla.

Paralelamente, existe una falta de servicios dentro del sistema de bienestar social que faciliten un apoyo externo a las familias con un enfoque psicosocial y de educación emocional, más que médico o patológico, que permita ayudar a afrontar las dificultades que se presentan a lo largo de la vida y que permitan proveerles de herramientas para atender adecuadamente las necesidades que los niños plantean en cada momento.

Son familias que pueden estar sobrepasadas a la hora de afrontar las dificultades de gestionar los problemas que expresa un hijo o hija en el seno de la convivencia familiar, presentan conflictos intrafamiliares que pueden requerir ayuda para resolver situaciones que pueden derivar, si no son atendidos, en problemas más severos de salud mental del niño o adolescente.

Cabe destacar que la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de los niños también establece en su artículo 18 el derecho de los niños y adolescentes a recibir la atención necesaria para su desarrollo, si conviene a través del apoyo a los progenitores para que puedan desempeñar sus responsabilidades parentales o a través de la creación de programas y servicios para la atención de sus necesidades.

Son numerosas las familias con hijos adolescentes que acuden a las administraciones públicas cuando ya no pueden gestionar situaciones de conflictividad familiar que las sobrepasan con riesgo de claudicación en sus funciones parentales. Estas familias requieren servicios que las acompañen y las ayuden a atender a sus hijos o hijas, a menudo ya adolescentes, que presentan conductas disruptivas y también de alto riesgo.

El hecho de que se destaque que las políticas de prevención enfocadas en un modelo psicosocial de apoyo a la crianza y la perentoriedad positiva son muy importantes para promover la salud mental infantojuvenil en Cataluña no necesariamente implica que los chicos y chicas que piden un recurso de salud mental de tipo residencial u hospitalario más intensivo y las personas que son diagnosticadas con trastornos mentales no hayan recibido un buen acompañamiento emocional por parte de

sus familias, pero sí quiere decir que la cobertura propiamente sanitaria no es suficiente para atender otras carencias más de tipo social.

El sistema de salud mental infantojuvenil debe ser suficiente fuerte y consistente para atender con garantías las diferentes necesidades e intensidades que requieren los niños y adolescentes, entendiendo la salud mental de forma más amplia y completa, en positivo, y no solo como ausencia de patología psiquiátrica. Y esto tiene que ser desde el ámbito más preventivo y de acompañamiento hasta el nivel más intenso de asistencia médica y psicológica que pueda requerirse en cada caso.

Puede ser que desde el ámbito estrictamente clínico la atención que se presta a la unidad de agudos de adolescentes (UCA) o el hospital de día sea suficiente, pero para una adecuada recuperación y seguimiento ambulatorio desde el punto de vista sanitario sería necesario un refuerzo en el acompañamiento social del adolescente para garantizar esta atención.

El acompañamiento a las familias en su responsabilidad primera de atender las necesidades integrales de los niños y adolescentes es una obligación de la Administración, especialmente en situaciones más complejas, la cual debe proveerles de los recursos adecuados para evitar que se generen situaciones de desprotección y desamparo evitable con estos apoyos.

3.5. LA EVOLUCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL INFANTOJUVENIL ACTUALMENTE EN CATALUÑA. PLAN DIRECTOR DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

La denuncia de la saturación del sistema de salud mental infantojuvenil, tanto en el ámbito de atención ambulatoria como hospitalaria, ha sido una constante en los últimos informes del Síndic. En el marco de su actuación, el Síndic ha detectado problemas relacionados con la cobertura de

los CSMIJ de la demanda social existente de atención a niños y jóvenes con problemas de salud mental, particularmente a raíz de la existencia de déficits relacionados con el acceso (listas de espera) e intensidad (frecuencia de visitas) del tratamiento.

En esta línea, el Síndic ha solicitado al Departamento de Salud de forma reiterada que incremente la dotación de recursos humanos, materiales y económicos a los centros de salud mental infantil y juvenil y otros recursos específicos en salud mental de la red de salud mental infantil y juvenil para favorecer el acceso y aumentar la intensidad que exigen las necesidades reales de la población infantil.

En el año 2016, en los CSMIJ el promedio de visitas por persona atendida fue de 6,5 y en el caso de los trastornos mentales graves, de 9,9, datos superiores al año anterior.

Cabe destacar, además, que la atención por parte de los CSMIJ se va produciendo cada vez más a adolescentes, con un crecimiento sostenido, como mínimo, desde 2010. Del 43,9% de adolescentes de 12 a 17 años sobre el total de pacientes atendidos desde entonces se ha pasado al 54,2% del año 2016.

En cuanto al tratamiento ambulatorio, la mejora de la financiación de la red de salud mental de estos últimos años ha permitido incrementar la atención de niños y adolescentes. Respecto al año 2016, se ha producido un aumento del 5% del número de niños atendidos. Respecto al año 2010, el crecimiento es del 21,9%. En esta línea, también ha aumentado el número de visitas y, progresivamente, también el porcentaje de adolescentes sobre el conjunto de menores de 18 años atendidos (ver la tabla 1).

A pesar del incremento del número de visitas, el aumento del número de pacientes atendidos conlleva que, a pesar de que la proporción de los diagnósticos de trastorno mental grave también crezca, no se incrementa la intensidad del tratamiento. Desde hace años, el número de visitas por paciente está estancado en 6,3.

Tabla 1. Evolución de los pacientes atendidos en servicios ambulatorios de salud mental infantil y juvenil (2010-2017)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Pacientes atendidos	54.570	54.155	57.373	58.570	60.704	64.780	63.330	66.501
Pacientes atendidos por cada 1.000 niños	40,4	39,6	41,4	42,1	39,5	43,4	43,6	46
Visitas por paciente atendido	6,5	6,5	6,6	6,4	6,3	6,3	6,5	6,3
Visitas por paciente atendido (media CSMIJ)	6,4	6,5	6,6	6,4	6,2	6,1	6,3	6,3
Número de visitas	355.285	352.843	376.981	374.414	384.876	411.226	411.681	420.161
% niños de 12 a 17 años	43,9	45,3	46,5	47,5	51,7	52,9	54,2	54,2

Fuente: Departamento de Salud

En cuanto al tratamiento hospitalario, en el año 2017 se cursaron 1.864 altas en hospitalización de agudos de menores de 18 años. La estancia media fue de 21,9 días y el porcentaje de reingresos del 10,9%. El 24,2% de los ingresos fue por un trastorno mental grave y el 17,5%, por algún trastorno de conducta. Los ingresos en unidades de subagudos fueron 98, con una estancia media de 66 días.

En 2018 se han desplegado unidades especializadas de referencia para la atención a los TEA, que incluyen a tres hospitales de día infantil y juvenil y una unidad de hospitalización (ver la tabla 2). Al mismo tiempo, se ha puesto en marcha la unidad terapéutica residencial para niños y adolescentes (proyecto Acompáñame, con 30 plazas).

Durante el año 2017 el Departamento de Salud presentó la Estrategia 2017-2019 del Plan integral de atención a las personas con trastornos mentales y adicciones. Las estrategias prioritarias en salud mental y adicciones para el período 2017-2020, elaboradas conjuntamente por el Plan director de salud mental y adicciones y el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut),

pretenden dar respuesta al objetivo del Plan de salud de Cataluña 2016-2020 de impulsar el desarrollo de un modelo de atención comunitaria en el ámbito de la salud mental y las adicciones.

Las estrategias de salud mental y adicciones 2017-2020 se han empezado a desarrollar de acuerdo con dos líneas principales: reforzar los equipos de atención primaria con especialistas en salud mental y enfocar los servicios especializados a la recuperación e inserción social de las personas con trastornos mentales graves.

Se propone, entre otros aspectos, consolidar el modelo de atención comunitario y la integración de la atención entre los diferentes servicios de la red sanitaria y entre el sistema sanitario, social, educativo, laboral y judicial.

Esta estrategia, que sitúa la atención de los niños como ámbito de intensificación de las actuaciones, plantea promover la integración de las intervenciones de los servicios de salud, sociales y educativos de la pequeña infancia, de la población en edad escolar y de la adolescencia en especial riesgo o vulnerabilidad y sus familias.

Como consecuencia de un incremento presupuestario adicional, a partir de 2017 el Departamento de Salud contrató, a través de los proveedores de servicios públicos, más profesionales dedicados a la atención a la salud mental y adicciones e inició el despliegue de un nuevo modelo de atención comunitaria.

Específicamente para la atención a la salud mental de niños y jóvenes, el Departamento de Salud informa que en el año 2018 ha destinado 69,7 millones de euros, con un incremento de 22 millones de euros respecto del año precedente. Actualmente, se invierte en la atención a la salud mental de niños y jóvenes casi un 80% más que en 2011 y un 40% más que en 2016.

En el ámbito de la atención a niños y adolescentes, se han priorizado las actuaciones siguientes:

- Mejora del programa Salud y Escuela.
- Implantación en el 100% de los CAP de la Cartera de servicios de salud mental en la atención primaria de salud con apoyo de especialistas de los CSMIJ.
- Incremento de la capacidad asistencial de los CSMIJ.
- Priorización de la atención al trastorno mental grave, especialmente TEA.
- Implantación en todo el territorio catalán del Programa de atención a la psicosis incipiente, con un énfasis especial en el grupo de edad 14-24 años.
- Incorporación de la población adolescente y joven en el Plan de servicios individualizados (PSI) y en los servicios de rehabilitación comunitaria, para facilitar el acompañamiento terapéutico e impulsar la inclusión en entornos normalizados.
- Priorización de la prevención del suicidio. Programa específico para adolescentes.
- Atención a la población adolescente y joven vulnerable (niños de padres y madres con trastornos mentales y/o adicciones, maltratos y abusos sexuales infantiles, niños testigos de violencia de género).
- Refuerzo de la continuidad asistencial entre la etapa adolescente y joven.
- Implantación de unidades funcionales CSMIJ-CAS para la atención de la población adolescente con problemas de consumo.
- Revisión y actualización de la cartera de servicios de hospitalización infantil y juvenil y hospital de día de adolescentes.
- Ampliación a 23 unidades funcionales de atención a los TEA, cobertura de un 48% del territorio.
- Elaboración del modelo de atención al alumnado con trastorno mental grave con apoyo especializado en las aulas integrales de apoyo en centros educativos.
- Garantía de apoyo en salud mental a todos los centros residenciales de la DGAIA (CRAE y CREI).
- Creación de una unidad terapéutica residencial para adolescentes con trastornos mentales graves.
- Puesta en marcha de tres unidades especializadas y una unidad de hospitalización de TEA.
- Puesta en marcha de un hospital de día de madres y recién nacidos y tres programas de salud mental perinatal.
- Definición de un protocolo de prevención y atención de las adicciones en las TIC en población joven.
- Proyecto de atención a la inserción laboral de los jóvenes (con el SOC) para mejorar el apoyo a la inserción al mercado laboral.

Sería necesario valorar si este aumento de inversión y el desarrollo del Plan integral de atención a las personas con trastornos mentales y adicciones suponen un avance significativo en la garantía del derecho a la salud mental infantojuvenil, que engloba actuaciones en el ámbito clínico, pero también, de forma importante, en el ámbito social, tal y como se ha puesto de manifiesto.

En todo caso, cabe destacar como una mejora la apuesta que supone la implementación del Plan y las prioridades que señala.

Específicamente también quiere remarcarse la creación de un programa de abordaje integral sobre los casos de salud mental de elevada complejidad aprobada mediante Acuerdo de Gobierno el día 20 de noviembre de 2018, de una duración máxima de tres años, y que pretende abordar aspectos como son la sensibilización sobre los casos complejos, los protocolos y circuitos de actuación, la creación de grupos de trabajo, y la implicación y coordinación de la intervención de las diferentes

administraciones en cuanto a los casos complejos. Estas líneas de trabajo se llevan a cabo a través de una oficina de apoyo al programa, adscrita al Departamento de Salud.

Este programa cuenta con la participación activa de profesionales expertos en el ámbito sanitario, social, ético, judicial, así como con representantes de las federaciones de familiares y de las personas afectadas en primera persona, según difundió el propio Departamento de Salud.

4. DEMANDA DE UN RECURSO RESIDENCIAL TERAPÉUTICO

4.1. ¿NECESIDAD DE UN RECURSO RESIDENCIAL TERAPÉUTICO PARA ADOLESCENTES?

Dentro del mapa de recursos para la atención a la salud mental infantojuvenil no se ha previsto ningún recurso de tipo residencial y terapéutico para niños y jóvenes, principalmente adolescentes, que lo puedan requerir.

Los centros residenciales existentes que desempeñan funciones asimiladas son principalmente centros dependientes del sistema de protección a la infancia y la adolescencia, por un lado, o centros de tipo privado, por el otro.

Son varias las quejas presentadas ante la institución en las que familias, principalmente pero también algunos profesionales, ponen de manifiesto las dificultades derivadas de la falta de provisión de un recurso residencial terapéutico público para niños y jóvenes que, por sus necesidades especiales de atención, se considera que lo requieren.

Las situaciones que se plantean en la institución a menudo derivan de problemas que afectan a la salud mental de los niños y jóvenes, acompañadas o no, de patología con diagnóstico clínico de salud mental, consumo de tóxicos o discapacidad reconocida. Algunos de estos jóvenes pueden haber delinquido y/o se pueden haber puesto en situación de riesgo grave propio o de riesgo para terceros.

Cuando la situación es tan grave que la convivencia familiar no facilita la recuperación de la salud y el bienestar del niño o adolescente y la atención ambulatoria no es suficiente para tratarla y contenerla, ni la atención hospitalaria es la indicada clínicamente, cabe destacar que tanto algunas familias como también el propio sistema de protección (en cuanto a los niños tutelados) manifiestan la necesidad de disponer de un recurso de atención socioeducativa terapéutico, de carácter público, más intensivo y prolongado en el tiempo, y de tipo residencial.

Dada la falta de provisión de este servicio, hay familias que recurren al tratamiento en

régimen de internamiento o ambulatorio en los centros terapéuticos privados existentes y algunos de los casos desembocan en la declaración de la situación de desamparo del niño o adolescente, de forma que en este caso el sistema de protección asume su tratamiento.

El Síndic constata la existencia de esta situación que, de hecho, actualmente se produce y se manifiesta en la expresión de la necesidad de este recurso por parte de algunas familias y profesionales. No obstante, no valida que la expresión de la necesidad y de la queja por parte de estas personas legitime esta demanda.

Es necesario que la idoneidad del recurso sea valorada de acuerdo con el interés superior del niño o adolescente afectado en cada caso. Y, en este sentido, es necesario que se garanticen los derechos de este adolescente, tanto en el momento del ingreso como durante la estancia en el centro.

La valoración de la idoneidad del recurso residencial para el niño o adolescente a quien se propone supone necesariamente un juicio de subsidiariedad (última ratio), proporcionalidad (mínimo tiempo indispensable) y especialización (para atender las necesidades concretas).

4.2. ANTECEDENTES Y RESPUESTA DE LA ADMINISTRACIÓN

La problemática en referencia a la demanda de provisión de un servicio residencial para adolescentes con dificultad de contención en el medio emerge ya como una necesidad en un documento elaborado por la Comisión interdepartamental para la coordinación de actuaciones de la Administración de la Generalitat dirigidas a los niños y adolescentes con discapacidades o en riesgo de sufrirlas en el año 2001, en el que se recogía la propuesta de “creación de un centro residencial de dependencia multidepartamental (Enseñanza, Bienestar Social, Justicia y Sanidad) para atender adolescentes con una desestructuración de personalidad grave (psicosis, trastorno de personalidad, etc.) que no puedan contenerse desde la familia o los CRAE y que requieran una atención integral”.

En julio de 2010, fruto del encargo a un grupo de trabajo interdepartamental constituido a

estos efectos por profesionales de los departamentos de Educación, Salud, Acción Social y Ciudadanía, se elabora un documento titulado “Servicio residencial-terapéutico-educativo para menores con trastorno de conducta y enfermedad mental grave y de alta complejidad”, en el que se define un servicio socioeducativo sanitario para adolescentes que pueda dar respuesta a las carencias y necesidades que la cartera de servicios de los diferentes departamentos no puede atender.

En el año 2017 el Departamento de Salud, en la Estrategia 2017-2019 del Plan integral de atención a las personas con trastornos mentales y adicciones, prevé el diseño de una “unidad terapéutica residencial para adolescentes con trastornos mentales graves”.

En fecha 16 de enero de 2018 el Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias y el Departamento de Salud aprueban las bases para el modelo de unidad terapéutica educativa residencial para niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad, que indica que quiere dar respuesta a una “proporción de personas que, debido a las características clínicas del trastorno y la situación social y/o familiar determinada en que se encuentran, requerirán una intervención psiquiátrica y psicológica estructurada y con alta capacidad de contención para un período de tiempo relativamente largo (más de seis meses)”.

Se trata de recursos que pretenden dar cobertura a la necesidad de atención terapéutica y acompañamiento social y médico más allá de la hospitalización y atención a la situación de crisis, en un plazo de tiempo más espaciado, que pueden tomar diferentes denominaciones y definiciones.

La demanda del recurso puede provenir de los progenitores o representantes legales, de la Administración o profesionales que intervienen en su caso o del propio chico o chica que lo solicite de forma expresa o indirecta.

Será preciso que se evalúe esta demanda en cada caso de acuerdo con el interés superior del niño o adolescente, a través del establecimiento de requisitos que permitan hacer efectiva esta evaluación para garantizar que el ingreso y el tratamiento recibido

responden a los derechos de protección, salud y bienestar del adolescente.

4.3. ¿RECURSO DE SALUD MENTAL O DE PROTECCIÓN SOCIAL?

El Síndic constata que los adolescentes que generalmente plantean la necesidad de este servicio o recurso específico, o que ya están ingresados en los centros actualmente existentes, tienen afectada su salud mental en sentido amplio; pueden presentar trastornos de conducta, que dificultan la convivencia en el medio habitual, y pueden manifestar una adicción al consumo de tóxicos (trastornos duales). Algunos de ellos pueden tener reconocido algún tipo de discapacidad intelectual o de otro tipo y también algunos pueden haber cometido hechos delictivos o son proclives a cometerlos.

Se trata de un recurso que pretende dar una cobertura más allá de la que se garantiza a través de las hospitalizaciones (UCA y URPI) a déficits en la salud mental del adolescente y que a menudo ultrapasan el tratamiento estrictamente clínico y no pueden ser cubiertos de forma adecuada por el entorno social o el medio habitual de convivencia de aquel adolescente.

Por otra parte, este niño o adolescente puede haber sido tutelado previamente por la Administración (por haberse declarado una situación de desamparo que ha obligado a la Administración a separarlo de su núcleo de convivencia familiar) o puede continuar conviviendo con sus familias por no detectarse previamente una situación de desprotección tan grave que indique la necesidad de la separación del núcleo familiar hasta aquel momento.

No obstante, esta problemática, sin la atención adecuada, puede derivar en una situación de riesgo grave o desamparo del adolescente o también puede ser debida a una situación de desprotección grave previa no detectada por los equipos técnicos responsables.

También puede interpretarse que la situación de desamparo en el que puede encontrarse este chico o chica se debe a la falta de recursos públicos existentes para poder cubrir esta necesidad de apoyo residencial lejos del

medio habitual cuando existe una problemática determinada o que el medio habitual no es suficientemente protector para poder acompañar al adolescente en la recuperación de una problemática que en el ámbito clínico puede considerarse cubierta y que es más de tipo social.

En todo caso, lo cierto es que la expresión de esta necesidad se da y, por este motivo, actualmente existen muchos recursos de tipo privado que dan respuesta para el caso de las familias y los adolescentes que deciden acogerse a los mismos. Será necesario ver si la respuesta es suficientemente garantista en cuanto a los derechos de los adolescentes afectados.

Igualmente, la dificultad de contención y acompañamiento en el medio habitual puede producirse tanto en el ámbito del sistema de protección como en el ámbito privado o familiar, pero el control y la supervisión del ingreso, así como las condiciones de los centros y la valoración de la pertinencia de la existencia de estos centros, varían en ambos casos y, como se ha señalado, solo existen recursos públicos que desempeñan esta función para los niños y adolescentes tutelados.

Por lo tanto, es necesario distinguir claramente los recursos residenciales de tipo terapéutico de que se dota el sistema de protección para los niños y adolescentes que

están en situación de desamparo, cuya tutela o guarda es asumida por la Administración, de los recursos de tipo residencial y terapéutico existentes en el ámbito privado para los niños y adolescentes que no están dentro del sistema de protección, puesto que no han sido declarados en situación de desamparo. Las necesidades son diversas y los abordajes, también.

Se considera importante poner en relieve a través de este informe, y de acuerdo con las consideraciones que se exponen en él, la necesidad de evaluar la pertinencia de la provisión de este recurso de tipo terapéutico y educativo² para atender a niños y adolescentes con trastorno de conducta y enfermedad mental grave y de alta complejidad desde el sistema público, y también de garantizar la regulación y supervisión de los centros residenciales existentes (ver los capítulos 5.3 y 7 de este informe).

Se trata de un recurso que satisfaría una demanda no cubierta que puede existir entre el ámbito que actualmente se atiende desde salud y servicios sociales de adolescentes que necesitan un acompañamiento en su proceso de tratamiento y recuperación relacionada con un problema que afecta a su salud mental y que no puede cubrirse en el entorno social habitual, dadas las carencias que presenta este medio por los motivos que sea.

² La denominación del recurso puede variar en función del enfoque y el colectivo principal a qué se dirige. En todo caso, el Plan integral de atención a las personas con trastorno mental y adicciones, Estrategia 2017/2019, habla de modelo residencial y terapéutico para adolescentes en situación de vulnerabilidad.

5. MAPA DE RECURSOS RESIDENCIALES PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES ACTUALMENTE EXISTENTES

El presente apartado, en el que intencionadamente no se ha entrado a definir el tipo de recurso residencial al que se hace referencia ni el perfil de niño y adolescente al que está destinado, pretende hacer un repaso de la previsión normativa sobre la provisión de este tipo de recurso, los recursos existentes en realidad y también las dificultades que plantea la situación actual en cuanto a definición, financiación, control y garantías de funcionamiento.

5.1. LAS PREVISIONES DE LA CARTERA DE SERVICIOS SOCIALES Y LA CARTERA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La Cartera de servicios sociales vigente (Decreto 142/2010, de 11 de octubre, en el marco de la Ley 12/2007, de servicios sociales), y la Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud (anexos II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización) determinan cuáles son los servicios que, en estos ámbitos, la Administración debe garantizar y poner a disposición de la ciudadanía en función de sus necesidades.

Desde el ámbito de la salud

La Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud (anexo II, 8.4, y anexo III, 7.5) no cubre el servicio de tipo residencial terapéutico para niños y adolescentes con problemática de salud mental y/o consumo. Únicamente se prevén recursos de tipo ambulatorio para atender problemas de salud mental de niños y adolescentes (CSMIJ y hospital de día), y también recursos hospitalarios para crisis agudas, UCA y URPI.

Los centros de atención y de seguimiento a las drogodependencias (CAS), por su parte, prestan asistencia especializada ambulatoria y no establecen diferenciación entre tramos de edad. No existen dispositivos diferenciados para la población infantojuvenil. No obstante,

en cuanto a la atención de adolescentes con conductas de consumo, se han puesto en marcha unidades funcionales CAS-CSMIJ para atender específicamente a la población joven, pero aún no están muy desarrolladas.

Actualmente, en Cataluña existen centros terapéuticos residenciales de tipo privado que pueden funcionar para atender a adolescentes menores de dieciocho años con problemas de salud mental y adicciones, pero no existe ninguna previsión de este tipo de recursos en la Cartera de servicios y, por lo tanto, ninguna provisión pública de este recurso.

El Decreto 92/2002, de 5 de marzo, establece la tipología y las condiciones funcionales de los centros y servicios sociosanitarios y fija las normas de autorización. Este decreto regula todos los centros y servicios que prestan atención sociosanitaria, públicos o privados, de cualquier clase o naturaleza, establecidos en Cataluña.

Las comunidades terapéuticas, por lo tanto, aunque sean privadas, están autorizadas para llevar a cabo su actividad por la Dirección General de Ordenación Profesional y Regulación Sanitaria del Departamento de Salud, y el registro de estos centros es compartido con el Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias.

A pesar de que en la práctica se aplican requisitos diferenciados en función de la edad previsible de los pacientes que se atenderán, la normativa no establece ningún requisito y, por ello, el Registro oficial de centros sanitarios no hace ninguna diferenciación sobre la edad de las personas ocupantes en los centros.

Desde el ámbito de protección social

En la Cartera de servicios sociales vigente, los servicios de tipo residencial previstos para personas con discapacidad intelectual, para problemática social derivada de salud mental y para personas con drogodependencias, de baja, mediana y alta intensidad, están reservados únicamente a adultos.

La previsión de recursos residenciales para niños y adolescentes está destinada a niños y adolescentes en situación de desamparo,

tutelados por la Administración, con medida administrativa de acogimiento simple en institución.

Está regulada la posibilidad de ingreso de una persona menor de edad en una residencia para personas con discapacidad intelectual o física en la que se disponga de plazas concertadas mediante la disposición adicional sexta del Decreto 142/2010, pero no se prevé la provisión de un recurso especializado para niños y adolescentes con discapacidad.

El Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias ha trasladado al Síndic en varias ocasiones que entiende necesario incluir en la Cartera la prestación de servicio residencial para niños y adolescentes con discapacidad intelectual, según ha expresado en sus informes enviados a la institución en el marco de las quejas tramitadas.

Por otra parte, el artículo 133 de la Ley 14/2010 prevé la existencia de los CREI (centros residenciales de educación intensiva) para niños y adolescentes con trastorno de conducta tutelados por la DGAIA, también garantizados en la Cartera de servicios sociales vigente. Quedan especialmente excluidos de dicho recurso los niños y adolescentes que sufren enfermedad, trastorno mental o discapacidad intelectual.

Por último, en cuanto al posible centro residencial específicamente terapéutico para atender problemática de consumo y salud mental dirigido a niños y adolescentes, únicamente se menciona en el artículo 133.4 de la Ley 14/2010 su posible existencia y regulación, pero actualmente no está desarrollado.

En fecha 28 de abril de 2017 se publica la Directriz General 2/2017, de 10 de abril, del director general de Atención a la Infancia y la Adolescencia, por la que se aprueba el Programa marco de centros residenciales de educación intensiva (CREI) y se determina su implementación.

El propio Programa marco de CREI prevé la existencia de otros recursos residenciales especializados que dan respuesta a situaciones que requieren un abordaje técnico especializado complementario a la red de protección, que pertenecen a otras redes.

Indica que, en estos casos, el organismo competente en materia de protección hace la gestión de los ingresos y el seguimiento en coordinación con el EAIA (equipo de atención a la infancia y adolescencia).

En este sentido, en el mencionado programa marco, como programas de acogimiento residencial especializados pertenecientes a otras redes de atención que no son centros residenciales de educación intensiva, se establecen:

- Los previstos para niños y adolescentes con patologías de salud mental: recursos sanitarios o sociosanitarios que desarrollan un programa específico de intervención terapéutica para atender a niños o adolescentes afectados por trastornos mentales que necesitan seguir un tratamiento bajo la supervisión médica en condiciones de acogimiento continuado.

- Los previstos para niños y adolescentes con dependencia a tóxicos que requieren intervenciones o tratamiento de desintoxicación y psicoterapia. Son recursos sanitarios o sociosanitarios que desarrollan un programa específico de intervención en toxicomanías con tratamiento bajo la supervisión médica en condiciones de acogimiento continuado y temporizado.

- Los previstos para niños y adolescentes con una discapacidad grave, tanto física como psíquica o sensorial, que, dada la gravedad de su discapacidad, requieren apoyo constante de terceras personas para el desarrollo de las tareas habituales de la vida cotidiana. Se indica que se necesitan unos recursos específicos con infraestructura adecuada y personal altamente cualificado para llevar a cabo esta atención. Su objetivo es trabajar la reducción al máximo de la dependencia mediante proyectos multidisciplinarios, y evitar la sobreprotección y estimular su autonomía al máximo.

La Dirección General de Ordenación Profesional y Regulación Sanitaria aseguraba en el último informe enviado al Síndic sobre esta cuestión que valoraba como muy necesaria la inclusión en la Cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud de centros residenciales para menores de dieciocho años con trastornos de conducta y adicciones.

En este sentido, el Plan integral de atención a personas con trastorno mental y adicciones del Departamento de Salud, Estrategia 2017/2019, prevé en los apartados 2.4.1 definir e implantar un modelo residencial y terapéutico para adolescentes en situación de vulnerabilidad, que se ha concretado en la puesta en marcha de la unidad terapéutica Acompanya'm (Acompañame) en la ciudad de Barcelona, a pesar de que la provisión de este servicio no consta prevista en la Cartera.

5.2. MAPA DE RECURSOS RESIDENCIALES PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES CON PROBLEMÁTICA ESPECÍFICA DE COMPORTAMIENTO, SALUD MENTAL Y DISCAPACIDAD

A pesar de que actualmente no está regulada la provisión pública de ningún centro residencial específicamente cualificado para hacer una intervención educativa y terapéutica dirigida a niños y jóvenes que sufren problemas de salud mental y requieren una intervención de acompañamiento social alejada de su medio habitual, sí existen recursos residenciales que, de alguna forma, actualmente cubren esta demanda.

Por un lado, se encuentran los recursos privados que atienden la demanda proveniente de las familias que los requieren y también de la Administración (DGAIA), que concierta plazas para la atención de niños y adolescentes tutelados que considera que necesitan una intervención más especializada; y, por el otro, se encuentran algunos recursos públicos especializados, que cubren la demanda proveniente del sistema de protección a la infancia y la adolescencia y, que, por lo tanto, atienden a niños y adolescentes previamente tutelados por la Administración que requieren un tipo de intervención más especializada.

Los recursos privados que hacen estas funciones sociosanitarias y terapéuticas acogen a adolescentes, con o sin enfermedad

mental, tutelados y no tutelados. Los requisitos de acceso y de continuidad del niño y adolescente en los centros, y también el control y la supervisión realizada por la Administración sobre estos centros, quedan limitados porque están fuera del sistema público de prestaciones sociales y sanitarias, a pesar de que la derivación y la asunción del coste del servicio, en el caso de niños y adolescentes tutelados, puede hacerla la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (DGAIA).

En el caso de los niños y adolescentes tutelados, la provisión de un recurso residencial específico va a cargo de la Administración, puesto que se parte de la necesaria separación del núcleo de convivencia primero del niño o adolescente previamente establecida. Los recursos residenciales específicos para niños y adolescentes tutelados, por lo tanto, serán recursos públicos o concertados a cargo de la Administración en todo caso.

La distinción entre centros residenciales terapéuticos para atender a menores diagnosticados con graves enfermedades psiquiátricas, centros de educación intensiva o trastorno de conducta, centros destinados a atender a niños y adolescentes con discapacidad y, por último, centros de justicia juvenil previstos para adolescentes que han cometido hechos delictivos, no siempre es tan clara, ni en la idoneidad ni en el funcionamiento de los mismos centros ni en la normativa.³ Por este motivo, en este apartado de recursos residenciales específicos existentes se engloban los diferentes recursos que pueden atender problemáticas de consumo, de trastorno conductual, de salud mental e incluso de discapacidad intelectual.

La Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del Sistema de Protección a la Infancia y la Adolescencia, pretende aportar luz y entra a delimitar y regular un tipo de centros para niños y adolescentes tutelados:

³ Ver el Informe de la Comisión Especial de estudio de la problemática de la adopción nacional y otros temas afines, y los artículos siguientes: "El ingreso de menores con problemas de conducta en centros específicos de menores, por Lucía Vázquez-Pastor, publicado en la Revista sobre infancia y adolescencia, 11 de octubre de 2016; "Comentaris a la nova regulació dels centres de protecció específics de menors d'edat amb problemes de conducta que estableix la Llei orgànica 8/2015", por Joan Mayoral Simón, publicado en Butlletí d'Infància, núm. 89; "El acogimiento residencial de los menores con problemas de conducta: un instrumento de protección de menores con incidencia en los derechos humanos", por Aurora López Azcona, publicado en Derecho privado y Constitución, núm. 32, 2018.

los centros residenciales para trastornos de conducta.

Se generan dudas sobre la aplicación de esta ley y los condicionantes legales que plantea en centros residenciales terapéuticos en casos de guarda protectora y en casos de centros para personas menores de edad con discapacidades, y se dejan fuera de su regulación los centros residenciales existentes para niños y adolescentes no tutelados.

A pesar de que una de las consideraciones que se elaboran en este informe y que se analizarán en el apartado 4.3 es la dificultad de categorizar la necesidad del niño o adolescente que hay que atender y las tipologías de centros residenciales específicos que existen, se han agrupado los recursos en tres categorías: centros residenciales terapéuticos, centros residenciales para niños y adolescentes con discapacidad y centros residenciales para adolescentes que presentan trastornos conductuales.

A) Centros residenciales terapéuticos

Los centros terapéuticos no están regulados de forma detallada ni en la normativa de servicios sociales ni en la de protección a la infancia y adolescencia. Tampoco están previstos, como se ha señalado, en las carteras de servicios de salud y protección social.

Únicamente en el apartado cuarto del artículo 133 de la Ley 14/2010 se hace referencia a los centros de tipo terapéutico o de educación intensiva, dando a entender que existe un tipo de recurso diferente de centro de educación intensiva o, como mínimo, que se trata de una tipología de centro de educación intensiva con más presencia de servicios terapéuticos, siempre con referencia a niños y adolescentes que han sido tutelados.

De todas formas, en el momento de aprobar la Ley 14/2010, la DGAIA ya había concertado plazas a servicios de carácter mixto,

socioeducativos y sanitarios para niños y adolescentes tutelados, como por ejemplo la Masia Font-Fregona, Mas Pons y la comunidad terapéutica de Valldaura, pensados como recursos que, más allá de la atención social y educativa proporcionada por los CREI, facilitaban una atención sanitaria específica a los adolescentes tutelados por problemas de adicción y salud mental.

Estos centros se configuran como recursos sociosanitarios autorizados y supervisados por el Departamento de Salud y están regulados por el Decreto 92/2002, de 5 de mayo, por el que se establecen la tipología y las condiciones funcionales de los centros y servicios sociosanitarios.

De acuerdo con el artículo 3 d) del Decreto 92/2002, todos los centros y servicios sociosanitarios quedan sujetos a la elaboración y la comunicación a la Administración sanitaria y social de las informaciones y estadísticas que se les soliciten, pero no a notificar de forma sistemática y periódica su actividad.⁴

No obstante, de acuerdo con la información facilitada por el Departamento de Salud, no existe un registro oficial de centros sociosanitarios. Sí existe un registro oficial de centros, servicios y establecimientos sanitarios, que incluye todas las categorías posibles de centros sanitarios. En este registro oficial están incluidos, además de una gran diversidad de centros sanitarios, los centros sociosanitarios, los centros de salud mental y los centros de atención de los trastornos alimentarios, que, además, pueden ser con internamiento o extrahospitalarios.

La normativa vigente en materia de autorización de centros hospitalarios, por otra parte, no establece la obligatoriedad de diferenciar plazas para adultos, para niños y para adolescentes.

No obstante, la Dirección General de Ordenación Profesional y Regulación Sanitaria⁵ distingue entre la información de la que dispone en el Registro:

⁴ Ver las inspecciones a centros sociosanitarios de tratamiento de adicciones y salud mental en el apartado 5.4, sobre supervisión y control.

⁵ Datos de julio de 2018.

Los centros que atienden a niños y adolescentes por problemas de adicciones en régimen de internamiento se llaman centros terapéuticos (CS)

- Masia Mas Pons, autorizado con 36 plazas
- Masia Font Fregona, autorizado con 50 plazas
- CTE Can Ros Atención Terapéutica y Educativa para jóvenes, autorizado con 72 plazas
- Comunidad Terapéutica Santa Maria de Valldaura, autorizado con 40 plazas
- Centro Residencial Julià Romea, autorizado con 20 plazas

Del resto de comunidades terapéuticas autorizadas en Cataluña se indica que no se dispone de información que acredite que atienden a niños y adolescentes. El centro Can Puig/Centro Catalán de Solidaridad está en fase de autorización.

Los centros de salud mental que atienden niños y adolescentes:

- Reeixir, autorizado con 44 plazas
- Unidad Terapéutica-Educativa Acompanya'm, autorizada con 30 plazas⁶

Los hospitales generales u hospitales monográficos para atender a pacientes con trastorno del comportamiento alimentario⁷

- Hestia Palau, con 64 camas psiquiátricas.
- Instituto Trastorno Límite, dentro del Hospital General de Cataluña, con 14 camas psiquiátricas y servicio de atención psiquiátrica infantil.
- Hospital Quirón Salud, con 161 camas de agudos y servicio de atención a la anorexia y la bulimia.
- Parque Sanitario Sant Joan de Déu, con 159 camas psiquiátricas y servicio de atención a la anorexia y la bulimia.
- Hospital Sant Joan de Déu, con 327 camas de agudos autorizados y 23 camas psiquiátricas, además de servicio de atención psiquiátrica de adolescentes, servicio de atención psiquiátrica infantil y atención sanitaria a drogodependientes.
- TIA Maresme de Barcelona, con 56 plazas de internamiento psiquiátrico y servicio de atención a la anorexia y bulimia.
- TIA Maresme de Argentona, con 77 camas psiquiátricas y servicio de atención a la anorexia y la bulimia.
- Hospital Universitario Vall d'Hebron, con 1.017 camas de agudos, 8 camas psiquiátricas, servicio de atención a la anorexia y la bulimia, servicio de atención psiquiátrica de adolescentes, servicio de atención a la psiquiatría infantil y servicio de atención sanitaria a drogodependientes.

⁶ Ver los apartados 3.5 i 5.1 de este informe.

⁷ En la lista de plazas aparecen tanto centros privados como hospitales públicos.

- Centro de Hospitalización y Hospital de Día para Trastornos de Conducta de Argentona, con 30 camas de internamiento de salud mental y servicio de atención psiquiátrica de adolescentes.
- Centro Integral de Servicios en Salud Mental Comunitaria, con 25 camas psiquiátricas autorizadas, servicio de atención psiquiátrica de adolescentes y servicio de atención psiquiátrica infantil.
- Unidad Polivalente en Salud Mental de Amposta, dentro del Instituto Pere Mata, con 42 camas psiquiátricas, servicio de atención psiquiátrica de adolescentes, servicio de atención psiquiátrica infantil y atención sanitaria a drogodependientes.
- Hospital Sant Joan de Déu Lleida, con 130 camas psiquiátricas, servicio de atención psiquiátrica de adolescentes y servicio de atención psiquiátrica infantil.
- Hospital de Sabadell, con 46 camas psiquiátricas, servicio de atención psiquiátrica infantil y atención sanitaria a drogodependientes.

La Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia, cuando considera que algún niño o adolescente tutelado requiere un ingreso en un centro residencial terapéutico, concierta plazas en los centros privados mencionados anteriormente para niños y adolescentes tutelados que necesitan una atención especializada.

En los pliegos de prescripciones técnicas de la contratación de algunos de estos servicios, tal y como se ha podido comprobar, se hace referencia a la atención y la terapia socioeducativa para modificar la conducta de los pacientes, y se describe a los usuarios como “menores de edad con trastornos de conducta grave, derivados o no de trastorno mental que están bajo la tutela o guarda de la DGAIA”.

Por otra parte, no se trata de recursos exclusivamente de tratamiento para la salud mental, como sería recurso hospitalario psiquiátrico, dependiente del Departamento de Salud, sino que son recursos terapéuticos con componente a su vez socioeducativo.⁸

La DGAIA informa que dispone de plazas con convenio en dos centros sociosanitarios para el tratamiento y el abordaje de patologías duales, es decir, presencia de problemática de consumo de drogas, en patrón de abuso o de dependencia, y presencia de otro tipo de trastornos asociados o no al consumo, sobre todo en

cuanto a los trastornos graves de conducta, que son Font Fregona y Valldaura.

Para adolescentes que presentan problemática derivada de enfermedad mental (trastornos mentales graves) no susceptible de ser atendida en un CRAE, existen las 25 plazas mixtas del recurso dependiente de la red de salud mental, Acompanya'm. Este recurso dispone de un total de 30 plazas públicas, 25 de las cuales están destinadas a niños y adolescentes bajo la tutela o guarda de la DGAIA y se encuentra en funcionamiento desde finales del mes de abril de 2018.

Para adolescentes que requieren un tratamiento especializado en trastornos alimentarios o que requieren abordaje especializado en salud mental infantojuvenil, la DGAIA tiene convenio de 10 plazas mixtas en régimen de hospitalización en el TIA de Argentona.

Adicionalmente, como recursos específicos que responden a determinadas necesidades de los adolescentes tutelados, conviene destacar que durante el año 2017 la DGAIA creó un nuevo recurso terapéutico para adolescentes que inhalan o son adictos a la cola en la ciudad de Barcelona, con 20 plazas, que atiende a niños y adolescentes sin referentes familiares con problemáticas de adicción, y también nuevas plazas de pisos asistidos (centros para adolescentes embarazadas o con una maternidad precoz).

⁸ Ha habido contratos de la DGAIA con servicios exclusivamente de salud mental sin componente socioeducativo, como por ejemplo la Clínica Psiquiátrica Bellavista.

B) Centros residenciales para niños y adolescentes con discapacidad

A pesar de que pueda parecer que este tipo de recursos no es pertinente incluirlo en un informe que se centra en la salud mental y la demanda de centros residenciales terapéuticos, se ha considerado conveniente mencionarlos, dada la dificultad de encontrar recursos adecuados y la comorbilidad o diferente problemática que a la vez puede presentar un mismo niño o adolescente (discapacidad y trastorno de conducta, discapacidad derivada de enfermedad mental y consumo, etc.). Son recursos a los que se puede recurrir para atender una situación que puede requerir la separación del núcleo familiar, con presencia de atención terapéutica y socioeducativa intensiva.

Los equipamientos residenciales específicos para discapacitados menores de edad tampoco están previstos de forma expresa en la Cartera de servicios sociales vigente. Excepcionalmente, el Decreto 142/2010, de 11 de octubre, prevé, en la disposición adicional sexta, que se pueda acordar el ingreso de un menor en un centro residencial para personas con discapacidad intelectual o física con el cual se tienen plazas concertadas. Se dispone de pocas plazas porque los centros tienen que cumplir unos requisitos técnicos específicos para atender a personas menores de edad en sus instalaciones.

La falta de previsión de este recurso ha sido una cuestión que el Síndic ha abordado reiteradamente en el marco de diferentes actuaciones de oficio y varias quejas presentadas a la institución. La previsión en la Cartera de servicios sociales de este recurso aparece ya como una de las propuestas del informe del Síndic sobre derechos del niño presentado el diciembre de 2015 al Parlamento.

La falta de dotación suficiente de plazas ha sido confirmada por el mismo Departamento

de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias, que también informó a la institución de la necesidad de 24 plazas más para adolescentes con discapacidad intelectual y trastorno de conducta, y que se estaba estudiando técnicamente la idoneidad y la necesidad real de la ampliación de estas plazas específicas.⁹ Por otra parte, únicamente en los casos en los que la familia está privada de la guarda del menor y la DGAIA tiene su tutela estos menores se encuentran en centros especializados.

En todo caso, a pesar de que las cifras de plazas disponibles y la lista de espera existente en cada momento en toda Cataluña es variante, parece que hay la demanda de incorporar en la Cartera de servicios sociales los servicios necesarios para atender a niños y adolescentes con discapacidad grave que, por su situación, no puedan ser atendidos en el núcleo familiar.

Los adolescentes que se incluyen en esta casuística son chicos y chicas con deficiencias cognitivas, retraso mental y alteraciones conductuales u otros trastornos mentales (psicosis por ejemplo), y también relacionados con autismo (TEA) y trastornos general del desarrollo. Normalmente son chicos valorados como graves por el CAD y que muestran más dificultad con referencia a la autonomía.

Al llegar a la mayoría de edad, la mayor parte inicia un proceso de incapacitación y de espera hasta obtener un recurso residencial de la Cartera de servicios sociales para adultos. Algunos de ellos continúan residiendo en centros dependientes de la DGAIA un vez llegados a la mayoría de edad hasta su incapacitación.

En cuanto al concierto de plazas residenciales para niños y adolescentes con discapacidad, se hace constar que para toda Cataluña la DGAIA dispone de 62 plazas en total previstas para niños y adolescentes tutelados:

⁹ Ver la respuesta del Gobierno 25997, de 10 de mayo de 2016, a la pregunta parlamentaria 314-03396/11, del Grupo Parlamentario Socialista, sobre plazas residenciales disponibles para niños y adolescentes con discapacidad y trastorno de conducta en la provincia de Barcelona.

- 5 en el centro La Garriga: autismo severo profundo
- 12 en el Centro Guru: autismo, psicosis deficitaria infancia, severos/moderados
- 12 en ESPASMI, discapacidad física y psíquica severa/profunda
- 14 en CRAE Vilapicina, retraso mental sin trastorno de conducta
- 14 en CRAE Les Garrigues, retraso mental sin trastorno de conducta

-5 en AMPANS, grado de discapacidad severa y moderado, con o sin trastorno de conducta.

A estas plazas, deben añadirse las concertadas por la anterior Secretaría de Inclusión Social y de Promoción de la Autonomía Personal (SISPAP), a las que acceden también niños tutelados por la DGAIA con más de un 75% de discapacidad, en centros como por ejemplo Mont Martí, Joan Riu, AMPANS y ASPASIM.

En concreto, se dispone de residencias para personas con discapacidad intelectual, como por ejemplo la residencia para niños y adolescentes con discapacidad intelectual La Caseta, con 15 plazas; La Colina, con 22, y Mont Martí, con 24, fuera de Barcelona.

El propio Departamento indica que la DGAIA y la Dirección General de Protección Social han estudiado la necesidad de dotarse de recursos residenciales dirigidos a adolescentes con discapacidad asociada a trastorno de conducta, y han concluido que hay que disponer de un recurso más especializado para poder dar respuesta a estas situaciones. Según se ha informado a la institución, el Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias, conjuntamente con el Departamento de Salud, está diseñando este recurso, que será gestionado por ambos departamentos, tendrá carácter residencial e intensidad psiquiátrica, con un claro itinerario socioeducativo y adecuado para menores de edad.

Así mismo, dispondrá de plazas respiro para familias con niños y adolescentes con situaciones complejas. Es un recurso que acabará de diseñarse a través del Plan interdepartamental de atención e interacción social y sanitaria (PIAISS).

C) Centros residenciales de educación intensiva

A pesar de que los centros residenciales de educación intensiva (CREI) son recursos bien regulados y excluyen de forma expresa a los adolescentes que requieren un tratamiento específico de una enfermedad mental, la dificultad de discernir entre necesidades (como se expone en el apartado 4.3) y la falta de recursos disponibles, en la práctica, abocan algunos de los niños y adolescentes tutelados que sufren enfermedad mental diagnosticada, adicción a consumo de tóxicos o incluso una discapacidad intelectual reconocida también a centros residenciales de educación intensiva (CREI).

El CREI es el recurso residencial específico mejor regulado y se incluye en la cartera de servicios sociales. Se trata de un tipo de centro residencial que prevé la legislación catalana en materia de servicios sociales y protección a la infancia para atender a jóvenes de doce a dieciocho años tutelados que presentan un trastorno de conducta diagnosticada que requiere un abordaje socioeducativo y terapéutico.

Este tipo de centro está recogido en el artículo 133 de la Ley 14/2010, de 27 de mayo, y se prevé en la Cartera de servicios sociales vigente aprobada por el Decreto 142/2010, de 11 de octubre, y está limitado a niños y adolescentes bajo la tutela de la Administración.

El objetivo del CREI es dar respuesta a las necesidades educativas y asistenciales específicas de adolescentes y jóvenes con alteraciones conductuales que requieren una especialización técnica alternativa a la medida de acogimiento en centro ordinario para su cuidado y atención.

Son centros que no están pensados para atender a menores de edad que presenten enfermedades o trastornos mentales que requieran tratamiento específico de los servicios competentes en materia de salud mental o de atención a las personas con discapacidad. Sin embargo, esta exclusión expresa no significa que la existencia de cualquier enfermedad o trastorno mental o grado de discapacidad deba generar la exclusión, sino que esta enfermedad o trastorno mental debe necesitar un tratamiento que requiera el ingreso en un centro de los servicios competentes en materia de salud mental o atención a la persona con discapacidad.

Mediante la Resolución TSF/949/2017, de 28 de abril, que da publicidad a la Directriz general 2/2017, de 10 de abril, se aprueba el Programa marco para los centros residenciales de educación intensiva de la DGAIA y se determina su implementación como servicios residenciales que acogen de manera temporal a jóvenes de doce a dieciocho años tutelados con alteraciones en la conducta.

Los centros o las unidades de educación intensiva se definen como recursos que dan respuesta asistencial, escolar, socioeducativa y terapéutica a los adolescentes que presentan trastornos de conducta y que requieren seguir un programa de educación intensiva en un establecimiento especializado, autorizado y acreditado expresamente para este tipo de intervención. Si bien los adolescentes pueden presentar sintomatología asociada a la salud mental o al consumo de tóxicos, o una discapacidad, el trastorno de conducta es el elemento diagnóstico principal y prioritario que motiva que ingresen en un centro o unidad de educación intensiva.

El propio Programa marco de CREI prevé la existencia de otros recursos residenciales especializados que dan respuesta a situaciones que requieren un abordaje técnico especializado complementario a la red de protección, que pertenecen a otras redes. Indica que en estos casos el organismo competente en materia de protección realiza la gestión de los ingresos y el seguimiento en coordinación con el EAIA (equipo de atención a la infancia y la adolescencia).

En este sentido, el programa marco mencionado incluye, como programas de acogimiento

residencial especializados pertenecientes a otras redes de atención que no son centros residenciales de educación intensiva:

- Los previstos para niños y adolescentes con patologías de salud mental: recursos sanitarios o sociosanitarios que desarrollan un programa específico de intervención terapéutica para atender a niños o adolescentes afectados por trastornos mentales que necesitan seguir un tratamiento bajo la supervisión médica en condiciones de acogimiento continuado.
- Los previstos para niños y adolescentes con dependencia a tóxicos que requieren intervenciones o tratamiento de desintoxicación y psicoterapia. Son recursos sanitarios o sociosanitarios que desarrollan un programa específico de intervención en toxicomanías con tratamiento bajo la supervisión médica en condiciones de acogimiento continuado y temporizado.
- Los previstos para niños y adolescentes con una discapacidad grave, tanto física como psíquica o sensorial, que, dada la gravedad de su discapacidad, requieren apoyo constante de terceras personas para el desarrollo de las tareas habituales de la vida cotidiana. Se indica son necesarios unos recursos específicos con infraestructura adecuada y personal altamente cualificado para llevar a cabo esta atención. El objetivo es trabajar la reducción al máximo de la dependencia mediante proyectos multidisciplinarios, y evitar la sobreprotección y estimular la autonomía al máximo.

Es común en las tres tipologías que personal médico especialista realice un diagnóstico específico en el que consten los motivos por los que se hace o se descarta el ingreso del niño o el adolescente en un programa de atención residencial básica, los objetivos concretos de este internamiento y el tiempo previsto, y si falta, el médico del centro de acogimiento.

Fundamentalmente, se incorpora un procedimiento ágil de autorización judicial para el ingreso de una persona menor de edad en un centro de protección específica de menores con problemas de conducta.

Esta regulación pretende ser una traslación normativa de algunas de las recomendaciones ya contenidas en el *Informe sobre centros de protección de menores con trastornos de conducta y en situación de dificultad social*, del Defensor del

Pueblo (2009); también de las recomendaciones de la Fiscalía General del Estado en la Memoria del año 2010¹⁰ y las observaciones finales en España de 3 de noviembre de 2010 del Comité de los Derechos del Niño.

La situación también fue abordada por la Comisión Especial del Senado de estudio de la problemática de la adopción nacional y otros temas afines, y el Tribunal Constitucional también se pronunció sobre cuestiones de inconstitucionalidad con referencia a los ingresos en este tipo de centros de protección por medio de las sentencias 131 y 132/2010.

La última reforma del sistema estatal de protección de la infancia y la adolescencia que operó la Ley orgánica 8/2015, de 22 de julio, junto con la Ley 26/2015, de 28 de julio, introduce el capítulo IV (artículos 25 a 35) en el título II de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor (LOPJM), bajo el epígrafe “centros de protección específica de menores con problemas de conducta”. Esta reforma también introduce un nuevo artículo en la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC), el artículo 778 bis, para la autorización judicial del ingreso de un menor en un centro específico de menores con problemas de conducta, con el fin de legitimar las restricciones de su libertad y derechos fundamentales que puede conllevar la medida.

Con anterioridad a la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, no existía una normativa de ámbito estatal que previera la situación de los adolescentes con trastornos de conducta, descritos como acciones agresivas, violentas o incluso delictivas, graves alteraciones del comportamiento y desajustes en el entorno social, escolar y familiar.

El Comité de los Derechos del Niño presentó recomendaciones muy claras en España en 2010 relativas a la necesidad de clarificar y de ordenar el funcionamiento de los centros residenciales que acogen adolescentes con trastornos de conducta, tras el informe del año anterior del Defensor del Pueblo.

La Circular 2/2016, de la Fiscalía General del Estado, sobre el ingreso de menores con problemas de conducta en centros de protección específica, emite un conjunto de comentarios y aclaraciones sobre el perfil del menor definido por la normativa, el elemento de riesgo, la necesidad de protección, los centros privados y el procedimiento, entre otros, puesto que se requiere la intervención de Fiscalía en estos casos.

De acuerdo con la Fiscalía General del Estado, estos centros no deben considerarse instrumentos de defensa social ante jóvenes conflictivos, sino medios para proporcionar un marco adecuado de reeducación y de normalización de la conducta y el libre desarrollo de la personalidad de los adolescentes con problemas conductuales cuando las demás instancias han fracasado.

El artículo 26 LOPJM establece que para el ingreso del menor en estos centros es necesario que la entidad pública o el Ministerio Fiscal obtengan previamente la autorización judicial correspondiente, garantizando el derecho al niño o adolescente a ser escuchado según lo establecido en el artículo 9.1 de la propia LOPJM.

El ingreso en estos centros implica una restricción de libertades que hay que autorizar judicialmente porque esta es la vía para garantizar que al adolescente no se le priva de libertad de forma arbitraria o injustificada y porque es una exigencia constitucional.

Con este fin, se introduce el artículo 778 bis de la LEC, que prevé un procedimiento ágil, sencillo y detallado para la obtención de la autorización judicial de ingreso en un CREI con el fin de legitimar las restricciones de libertad y derechos fundamentales que puede conllevar esta medida.

El artículo 778 bis 1 de la LEC indica que tanto la entidad pública que tenga la tutela o guarda del adolescente como el Ministerio Fiscal pueden solicitar la autorización judicial para proceder al ingreso del adolescente, y deben adjuntar la solicitud con la valoración psicosocial que lo justifique. El artículo 26.1 LOPJM también establece que la solicitud de

¹⁰ Protocolo de la Unidad de Menores de la Fiscalía General del Estado de inspecciones en centros de protección de 5 de febrero de 2009 (apartado 21) y Circular 8/2011, sobre criterios para la unidad de actuación especializada del Ministerio Fiscal en materia de protección de menores, que exige la autorización judicial y la supervisión constante. Informe del Consejo Fiscal de 11 de julio de 2014.

ingreso con problemas de conducta debe estar motivada y fundamentada en informes psicosociales emitidos previamente por personal especializado en protección de menores.

El Programa marco de los CREI también recoge que la medida protectora de ingreso en CREI debe tener un carácter excepcional y una duración mínima imprescindible para alcanzar los objetivos inicialmente previstos, que deben especificarse de forma clara en el informe propuesta.

Como requisito para el ingreso también se prevé que los adolescentes disponen de un informe diagnóstico y valoración psicosocial especializada de trastorno de conducta (relacionado con patologías psicosociales y educativas) emitido por la red pública de salud mental.

Únicamente en casos de urgencia debidamente motivados se prevé el ingreso en el centro sin autorización judicial previa, siempre que la medida sea ratificada judicialmente en el plazo máximo de 72 horas (artículo 778 bis 3 LEC y 26.3 LOPJM).

A pesar de que se trata de una normativa que pretende aportar más garantías al ingreso y la aplicación de medidas restrictivas de libertad a los menores tutelados ingresados en este tipo

de centros, hay dudas interpretativas en cuestiones como por ejemplo la determinación de la edad mínima de ingreso, el diagnóstico, la posible aplicación de medidas de seguridad, la restricción de visitas y comunicaciones, entre otras.¹¹

Además, cabe mencionar que actualmente la institución tiene en trámite una actuación con referencia al incumplimiento de esta normativa, y concretamente la falta de la preceptiva autorización judicial en algunos de los expedientes de ingreso en CREI cursados desde la entrada en vigor de la Ley Orgánica 8/2015 (12 de agosto de 2015) hasta el 31 de diciembre de 2017.¹²

Además, tal y como ya se ha expuesto, la falta de recursos específicos para atender estas problemáticas o la posible dificultad técnica de valorar la necesidad principal de cada persona en casos de necesidades complejas (trastornos de conducta derivados de problemas de salud mental, discapacidades derivadas de trastornos de conducta prolongados en el tiempo, consumo, etc.) puede llevar a muchos adolescentes en espera de un recurso de la red asistencial específica para salud mental o discapacidad a hacer uso de un centro residencial de educación intensiva.

Actualmente, la DGAIA dispone de seis CREI:¹³

- El Guaret, situado en Valls, que dispone de 20 plazas para chicos y está gestionado por la entidad Resilis.
- El Pedrenyal, situado en Santa Maria de Palautordera, que dispone de 20 plazas para chicos y está gestionado por la entidad Resilis.
- Mas Ritort, situado en Tordera, que dispone de 20 plazas para chicas y está gestionado por la entidad Resilis.
- Els Castanyers, situado en Palau-solità i Plegamans, que dispone de 42 plazas para chicos, de titularidad pública.
- Can Ginesta, situado en Juià, que dispone de 20 plazas, es mixto y está gestionado por la entidad Resilis.
- Can Rubió, situado en Esparreguera, que dispone de 20 plazas y es mixto. Es de titularidad pública.

¹¹ Ver los artículos: “El acogimiento residencial de los menores con problemas de conducta: un instrumento de protección de menores con incidencia en los derechos fundamentales”, de Aurora López Azcona (2018), publicado en *Derecho privado y Constitución*, 32, 133-186. “Intervención del Ministerio Fiscal en los Centros de Acogida para Menores con graves problemas de conducta”, de María Rosa Calvo Guerra, publicado en *Diario La Ley*, núm. 9293, Sección Doctrina, 7 de noviembre de 2018.

¹² Ver el expediente de queja 5660/2017 <https://seu.sindic.cat/Resolucions/ClientWeb/SinRes2017.html>

¹³ Informe de la DGAIA de agosto de 2018

Por lo tanto, la DGAIA dispone de un total de 257 plazas en centros especializados, 142 de las cuales corresponden a CREI, 80 son plazas con convenio para tratamiento en centros sociosanitarios y 35 para adolescentes donde prevalecen los trastornos mentales graves.

La provisión de plazas de CREI y centros terapéuticos se ha incrementado de forma significativa en los últimos años, a pesar de que continúan habiendo niños y adolescentes tutelados por la DGAIA aún pendientes de una plaza de CREI o centro terapéutico.

Tabla 2. Evolución de los niños tutelados en CREI y centros terapéuticos (2008-2018)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018 (15 sept)
Número de plazas en centro residencial	-	-	-	-	2.614	2.627	2.644	2.756	2.980	3410 *	4.770 *
Niños tutelados residentes en centro residencial	2.516	2.621	2.749	2.701	2.764	2.706	2.685	2.672	2.975	3.487	4.792
Número de plazas en CREI	78	78	82	82	94	94	94	94	94	122	142
Niños tutelados residentes en CREI	-	-	-	-	82	92	96	90	93	129	146
Niños tutelados pendientes de CREI **	-	-	-	-	-	-	-	-	26	21	12
Número de plazas en centro terapéutico	-	-	-	-	-	-	-	95	112	154	194
Niños tutelados residentes en centro terapéutico	-	-	-	-	-	-	-	96	118	181	197
Niños tutelados pendientes de centro terapéutico**	-	-	-	-	-	-	-	-	12	13	12
Número de plazas de pisos 16-18 años	-	-	-	-	-	-	-	-	85	119	247
Número de plazas de pisos +18 años	-	-	-	-	-	-	-	-	217	254	369
Número de plazas de itinerarios de protección individual (IPI)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	160	160
Niños y adolescentes tutelados en IPI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	154	160

* Nota: Se han añadido las plazas nuevas de centros de acogimiento de primera acogida.

** Actualmente se está haciendo una actuación para poder identificar los casos que se encuentran en esta situación y los motivos. Los datos disponibles son del mes de septiembre de 2016.

*** Incluye las ampliaciones de los centros de acogimiento específico para atender a los adolescentes no acompañados que no se incluyeron en la memoria de la DGAIA de 2017.

Adolescentes tutelados con propuesta de ingreso en centro residencial terapéutico y CREI pendiente de hacerse efectiva el mes de julio de 2018¹⁴

Adolescentes con propuesta de ingreso en centros sociosanitarios

Número	Sexo	Situación actual	Fecha propuesta ingreso
18	12 chicos 6 chicas	4 fugados 2 en domicilio familiar 1 justicia juvenil 3 centro acogida 6 en CRAE 1 IPI 1 CREI	(1) de 2004 (2) de 2017 (15) de 2018 (6 de enero y febrero)

Adolescentes con propuesta de ingreso en la unidad terapéutica Acompaña'm

Número	Sexo	Fecha propuesta ingreso
10	4 chicos 6 chicas	4, de enero y febrero de 2018 6, de marzo a julio de 2018

Adolescentes con propuesta de ingreso en centro terapéutico ITA

Número	Sexo	Situación actual	Fecha propuesta ingreso
2	Chicas	Domicilio familiar CRAE	1/12/2017 y 22/3/2018

Adolescent amb proposta ingrés a CREI

Nombre	Sexe	Situació actual	Data proposta ingrés
44	26 chicos 18 chicas	5 justicia juvenil 10 fugados 12 domicilio familiar 11 CRAE 5 centro de acogida	4 de 2016 6 de 2017 3 de enero de 2018 31 de marzo a julio de 2018

¹⁴ Información facilitada por la DGAIA en fecha 2 de agosto de 2018.

5.3. DEFINICIÓN DE DIAGNÓSTICO E INDICACIÓN DE TRATAMIENTO. EL ENCAJE CON LA CATEGORIZACIÓN DE CENTROS RESIDENCIALES EXISTENTES

Tal y como se ha señalado anteriormente, a parte de las medidas ordinarias de protección para niños o adolescentes en situación de desamparo (acogimiento familiar, centros de acogimiento y centro residencial de acción educativa (CRAE)), existen centros residenciales que atienden situaciones que requieren una intervención y atención específicas para los niños y adolescentes que lo necesitan. Así mismo, existen centros autorizados por el Departamento de Salud que desde el ámbito privado hacen funciones terapéuticas y socioeducativas en régimen de internamiento de niños y adolescentes no tutelados.

Se ha evidenciado que, a pesar de que la definición y las funciones desarrolladas por cada uno de los recursos existentes indican especificidades diferentes, y pretenden dar respuesta a problemáticas y diagnósticos principales diferentes en cada caso, también se ha hecho patente que a menudo se confunden las propuestas de recursos basadas en las problemáticas y las necesidades específicas detectadas para cada caso con la disponibilidad de recursos existentes, y se produce una distorsión en la realidad del mapa de recursos.

A esta dificultad y confusión, se le suma la problemática ya expuesta de complejidad en el abordaje y el diagnóstico por parte de los mismos profesionales de los problemas que tienen que ver con la salud mental entendida en sentido amplio.

La prueba clara de este hecho es que de todos los adolescentes pendientes de ingreso en recursos residenciales de tipo específico (tipo más terapéutico, de educación intensiva, para discapacidades, dependientes o concertados por la DGAIA) algunos actualmente se encuentran en un recurso inicialmente previsto para atender otra necesidad principal diferente a la que figura que tiene como finalidad el recurso terapéutico que ha sido propuesto.

A la vez, hay otros chicos y chicas que se encuentran en lista de espera que, mientras no

se les adjudica una plaza, reciben una revaloración de la propuesta inicialmente elaborada para el ingreso en un recurso diferente.

Esta confusión entre naturaleza de la problemática y necesidad que presenta el adolescente (principalmente de discapacidad, principalmente de salud mental, principalmente de consumo, etc.) y la propuesta de recurso residencial que se realiza, que a menudo no coincide con la plaza que finalmente ocupa este adolescente, o con la propuesta que después de estar en lista de espera de un recurso posteriormente se determina, evidencia un desajuste entre necesidades y recursos disponibles.

Por lo tanto, son varias las problemáticas que originan la demanda y la necesidad de recurso residencial terapéutico fuera del núcleo de convivencia familiar o fuera de una medida de protección ordinaria en los casos de tutela por parte de la Administración (entendiendo como recurso de protección ordinaria el centro de acogimiento, el centro residencial de atención educativa y también la familia extensa o la familia de acogida).

A menudo las dificultades o problemáticas que conllevan la atención y el cuidado del niño o adolescente que presenta trastorno de conducta, problemática de consumo o salud mental indican que este niño o adolescente requiere el ingreso en un centro residencial de tipo terapéutico y/o de tipo educativo más intensivo. También puede ser que este adolescente presente algún tipo de discapacidad intelectual y/o que haya delinquido.

Estas dificultades o problemáticas se presentan a menudo de forma confusa y/o coincidente en una misma persona (en lo que se podría entender como una forma de “comorbilidad”).¹⁵

A este hecho, se añaden las controversias existentes entre los profesionales del ámbito de salud mental a la hora de categorizar diagnósticos e indicaciones terapéuticas en cada caso. En este sentido, cabe mencionar las consideraciones formuladas antes y después de la regulación mediante la reforma de la Ley orgánica de protección del menor (LOPJM) sobre el ingreso en centros de

¹⁵ Se pretende hacer un paralelismo con este concepto médico, que indica que una persona presenta una patología o más al mismo tiempo, además del trastorno o enfermedad primaria.

protección específica de personas menores de edad con problemas de conducta.

La plasmación de las dificultades de categorización en los debates, textos legislativos e instrucciones emitidas

En las sesiones de la Comisión Especial del Senado de estudio de la problemática de la adopción nacional y otros temas afines de 2011, las comparecencias de los especialistas distaban de ser uniformes respecto de la diferenciación entre el trastorno de conducta o disruptivo aprendido (y, por lo tanto, con posibilidad de ser modificado y reeducado) y la patología psíquica, que debía ser tratada desde un punto de vista médico o sanitario.¹⁶

Para disipar o evadir este debate, no resuelto entre la comunidad científica, se optó por incluir en el artículo 25.1.2 de la LOPJM una noción del perfil susceptible de ingreso en estos centros de protección específica en positivo (menores con problemas de conducta), complementada por una delimitación negativa (que no presenten enfermedades o trastornos mentales que requieran tratamiento específico por parte de los servicios competentes en materia de salud mental o atención a personas con discapacidad (26.2 LOPJM)).

El artículo 763 la LEC también habla de internamiento por razón de trastorno psíquico y lo diferencia del procedimiento del artículo 778 bis de la propia LEC, previsto para el ingreso de los menores “diagnosticados con problemas de conducta” (25.1, 2º párrafo de la LOPJM).

De acuerdo con la Circular 2/2016 de la Fiscalía General del Estado, sobre ingreso de menores con problemas de conducta en centros de protección específica, el concepto de diagnóstico debe interpretarse, en este contexto, como acto de recogida y análisis de datos para la evaluación del problema de conducta (exigiendo a los fiscales que constituyan la metodología aplicable especializada en la protección de menores (que reviste carácter multidisciplinario) y no estrictamente sanitaria o médica).

A pesar de que el ingreso en CREI se diferencie del ingreso en centro de internamiento de salud mental, también es cierto que en la propia regulación estatal, artículos 33 y 25.5 de la LOPJM, se prevén especificidades en cuanto a la administración de medicamentos y seguimiento de tratamientos médicos y los apoyos especializados necesarios para menores con discapacidad durante el tiempo en el que permanecen ingresados en el CREI.

Por lo tanto, los recursos y los centros residenciales actualmente existentes, también en el ámbito privado, pero sobre todo en el ámbito de protección y dependientes de la DGAIA, se categorizan en función de la problemática principal asociada al niño o adolescente que los requiere, de modo que en algunos casos es necesaria la intervención de una comisión que establezca cuál es el recurso más adecuado, en función de este diagnóstico. Posteriormente, serán la Fiscalía y la autoridad judicial quienes se encargarán de supervisar esta valoración, de acuerdo con la regulación de la LOPJM y la LEC.

En el caso de la DGAIA, la Instrucción 11/2010, de 20 de diciembre, por la que se aprueba el protocolo sobre el acogimiento en centro por razones terapéuticas y educativas de niños o adolescentes en situación de guarda o tutela por la DGAIA,¹⁷ despliega el circuito y los criterios de gestión de las propuestas de centro de carácter terapéutico y educativo, incluyendo los CREI, que desarrolla la comisión de acogimientos terapéuticos y educativos.

Así la Instrucción distingue entre:

- Acogimiento en centro por trastorno mental (acogimiento terapéutico): ingreso de un niño o adolescente afectado por trastorno mental en un establecimiento sanitario o sociosanitario para seguir un tratamiento bajo supervisión médica en condiciones de acogimiento continuado, 24 horas (apartado 1.3).
- Acogimiento en centro educativo por necesidades conductuales y de educación intensiva (acogimiento educativo): ingreso de un niño o adolescente afectado por alteraciones conductuales en condiciones de acogimiento

¹⁶ Actas de las sesiones de 1 de marzo, 28 de marzo, 4 de abril, y 13 y 20 de junio de 2011. .

¹⁷ Esta instrucción se contradice con normativa posterior, como por ejemplo la LOPJM, pero sirve para ilustrar las dificultades en la delimitación de perfiles, diagnósticos y categorización de centros.

continuado (24 horas) para seguir un programa de educación intensiva en establecimientos sociales especializados, autorizados y acreditados expresamente para esta finalidad (apartado 1.4).

Para el acogimiento terapéutico, se requiere un diagnóstico de trastorno mental, orgánico o sintomático, sin especificar. Debe estar firmado por personal médico especialista en psiquiatría y debe concretar la enfermedad o el trastorno diagnosticado de entre los recogidos en el DSM IV, manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales del American Psychiatric Association, o en el CIE 10, clasificación de trastornos mentales de la Organización Mundial de la Salud o posterior.

El trastorno mental orgánico o sintomático también se puede acreditar mediante la resolución de grado de discapacidad emitida por la autoridad pública competente (Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, anexo 1.A, capítulos 15 (retraso mental) y 16 (enfermedad mental)).

Para el acogimiento educativo, se especifica que el acogimiento es válido cuando se trate de trastornos de conducta recogidos en el DSM IV y el CIE 10 y diagnosticados por un médico psiquiatra que, además del tratamiento y seguimiento, requieran un sistema de educación intensiva. El niño o adolescente afectado no puede tener que ingresar en un hospital de salud mental y/o haber obtenido el alta y encontrarse en seguimiento por parte de un CSMIJ.

Posteriormente, el propio protocolo, cuando desarrolla los centros de acogimiento terapéutico (apartado 3), indica que el acogimiento en centro terapéutico por enfermedad mental de un niño o adolescente tutelado por la DGAIA debe tener lugar preferentemente en un servicio sanitario especializado de atención hospitalaria psiquiátrica del Servicio Catalán de la Salud o en un hospital autorizado no integrado en el CatSalut.

No obstante, si este niño o adolescente no puede ser ingresado en un hospital psiquiátrico, según la tipología del trastorno mental diagnosticado, también puede ser ingresado en un CRAE especializado en atención con trastorno mental y personal especializado en psiquiatría, CREI o centros sanitarios o

sociosanitarios públicos o privados especializados en atención terapéutica de personas menores de edad afectadas por trastorno mental y/o drogodependencias, autorizados por el Departamento de Salud y dotados de personal sanitario especializado en psiquiatría.

También el protocolo básico de actuación en centros y/o residencias con menores diagnosticados de trastorno de conducta anterior emitido por el Ministerio de Sanidad y Política Social en mayo de 2010 indicaba que el perfil atendido en estos centros era de menores con presencia recurrente de conductas disruptivas o disociales transgresoras de las normas sociales y derechos básicos de los demás que se manifiestan en un grado que les pone en riesgo evidente a ellos mismos o a terceros y que, además, pueden llevar asociadas adicciones a productos psicotrópicos que deriven en situaciones violentas. Estos centros, se especifica, no están indicados para patologías psiquiátricas más graves que requieran un abordaje específico.

El Programa marco de centros residenciales de educación intensiva de 2017, como se ha señalado, incluye una evaluación diagnóstica previa del adolescente que indica la presencia de un trastorno grave de conducta en el adolescente que imposibilita la convivencia en un recurso de acogimiento residencial básico o con su familia por el grave peligro que supone para su propia integridad y para las personas de su entorno, así como por el peligro de daños graves al mobiliario o las instalaciones. Así mismo debe permitir detectar en el adolescente la presencia de comportamientos asociados a su problemática, como por ejemplo conductas autolíticas, abuso de sustancias tóxicas, sintomatología asociada a trastornos de salud mental, que requieran tratamientos diferenciados y/o intervenciones urgentes. Si bien los adolescentes pueden presentar sintomatología asociada a la salud mental o al consumo de tóxicos, o una discapacidad, el trastorno de conducta es el elemento diagnóstico principal y prioritario que motiva el ingreso en un centro o unidad de educación intensiva.

Así, se excluyen expresamente: los niños y adolescentes con patologías de salud mental, niños y adolescentes con dependencia a tóxicos que requieren unas intervenciones o un tratamiento de desintoxicación y psicoterapia,

y niños y adolescentes con una discapacidad grave, tanto física como psíquica o sensorial, que, dada la gravedad de esta discapacidad, requieren apoyo constante de terceras personas para el desarrollo de las tareas habituales de la vida cotidiana.

De hecho, en otras comunidades autónomas como Andalucía, en la Orden de 13 de julio de 2005, por la que se aprueba el proyecto educativo marco para los centros de protección de menores, se prevén centros que desarrollan programas específicos de atención a la diversidad que pueden responder a tres tipos de necesidades:

- centros que desarrollan programas específicos para el abordaje de trastornos del comportamiento grave, relacionados con patologías psicosociales o educativas (serían los CREI).
- centros que desarrollan programas específicos para el tratamiento de trastornos de conducta grave, asociados con patologías psiquiátricas (serían los terapéuticos).
- centros que desarrollan programas específicos para la atención a menores de edad con grave discapacidad (serían los centros para discapacidades dependientes de la Dirección de Protección Social).

El Síndic de Greuges de la Comunidad Valenciana, en un informe reciente sobre los centros de protección específicos de menores con problemas de conducta, ya ponía de manifiesto que la expansión dentro del sistema de protección de menores de una red de centros que prevén la utilización de medidas de seguridad y de restricción de libertades o derechos fundamentales de los menores con problemas de conducta indica que la atención de estos niños y adolescentes ha recaído en el sistema de protección a la infancia y la adolescencia, y se ha establecido tácitamente un modelo en el que los sistemas de sanidad, de educación e incluso de integración social en el ámbito de discapacidad quedan al margen del mismo, reconociendo la confusión existente en el sistema.

El afán para distinguir y categorizar perfiles en función de las necesidades detectadas y los recursos existentes ha sido y continúa siendo, por lo tanto, una constante en este ámbito.

La multiplicidad de diagnósticos y problemáticas en los diferentes tipos de centros existentes

Como se ha señalado, desde el ámbito científico se ha creado paralelamente un debate importante sobre los diagnósticos catalogados dentro del ámbito de los “trastornos de conducta”.

Existen, pues, expertos que consideran que los trastornos de conducta deberían eliminarse de las clasificaciones de enfermedades mentales (DSM IV y CIE 10) y deberían considerarse un problema social y educativo. Esta concepción tiene una repercusión directa en el tipo de tratamiento médico y farmacológico que se recibe y el abordaje que debe realizarse.

Otros autores consideran que es necesario categorizarlo como enfermedad mental argumentando la necesidad de tratar problemas de salud mental que concurren en este tipo de casos, como por ejemplo trastornos afectivos, trastornos del vínculo o trastornos de adicción, y su inclusión también en las clasificaciones internacionales mencionadas que precisamente recogen diagnósticos de trastornos mentales.

Existe una gran variedad de diagnósticos que engloban las situaciones de dificultad de contención en el medio habitual y que afectan a muchos adolescentes que se encuentran actualmente en centros residenciales para atender esta problemática, muchos de ellos con más de un diagnóstico (comorbilidad). Algunos, como también se ha visto, llevan aparejada una discapacidad reconocida por retraso mental o enfermedad mental, y otros consumo de tóxicos.

Algunos de los diagnósticos que pueden figurar en los expedientes y los informes de niños y adolescentes que se pueden encontrar tanto en centros más de tipo terapéutico o sociosanitario como en CREI o centros por discapacidad intelectual son:

- Alteraciones inespecíficas de conducta
- Trastorno de la conducta desafiante/oposicionista

- Síndrome reactivo depresivo
- Trastorno por déficit de atención o hiperactividad (TDAH)
- Consumo abusivo de múltiples tóxicos
- Trastorno de estrés postraumático
- Discapacidad intelectual leve/moderada/grave
- Trastorno afectivo bipolar
- Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia
- Trastorno psicótico inespecífico
- Trastorno destructivo del control de los impulsos y de la conducta
- Trastorno de espectro autista
- Síndrome de Asperger
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastorno disocial
- Rasgos caracteriales desadaptativos
- Riesgo de autolisis, entre otros

Del estudio que ha hecho la institución de los casos trabajados, a los que se hará referencia más adelante, los diferentes diagnósticos que constan en el historial de los chicos y chicas ingresados no siempre cumplen las condiciones de ingreso para el tipo de centro en el que residen de acuerdo con las consideraciones anteriores. Es más, algunos de los adolescentes han ido cambiando de tipología de centro a lo largo de su trayectoria vital, no tanto por cambio de diagnóstico u orientación de tratamiento, sino por disponibilidad de recursos. Atender el motivo principal de ingreso y la naturaleza esencial del tratamiento necesario para cada niño y adolescente no es claro y fácil en todos los casos, y depende de la orientación del profesional de salud mental que lo atiende o emite el diagnóstico y también de la disponibilidad de plazas residenciales en cada momento.

Los casos en los que la familia o la propia Administración plantean la necesidad de ingreso en un centro residencial especializado de un niño o adolescente son diversos, como lo son las problemáticas y las personas afectadas.

La necesidad de clasificar los problemas que hay que atender (si son principalmente de salud mental, de trastorno de conducta no asociada a una enfermedad o de trastorno de salud mental que requiere tratamiento específico, si dicho trastorno actualmente está catalogado como tal entre los manuales internacionales de clasificación de trastornos mentales, si requiere seguimiento médico o farmacológico o si, además, hay adicción y consumo de tóxicos o algún tipo de discapacidad intelectual) a menudo se debe más a la organización de los recursos y la dependencia orgánica de estos recursos a una determinada administración que a la posible discrepancia entre facultativos.

El debate entre la comunidad científica, la dificultad del consenso en la identificación, la diagnosis y la indicación terapéutica de los problemas que afectan a la salud mental y la conducta

No obstante, estas diferentes visiones entre facultativos también existen. La complejidad de la naturaleza humana y las diferentes perspectivas desde donde se abordan las problemáticas que se pretenden atender dificultan el consenso entre los profesionales a la hora de clarificar los diagnósticos y argumentar los tratamientos indicados en cada caso, cuando se trata de ingresar una persona en un centro residencial o en otro.

El estudio y el abordaje de la salud mental continúa siendo un ámbito que genera controversias en la sociedad y entre los profesionales del sector, sobre todo cuando los problemas que afectan la salud mental se producen en edades tempranas, y especialmente en la adolescencia, etapa en la que confluyen muchos cambios y factores en el comportamiento de los individuos.

La estigmatización social que aún conllevan los problemas de salud mental también dificulta su detección precoz y un tratamiento adecuado.

Algunos profesionales tienden a considerar que el malestar emocional y las diferentes manifestaciones que naturalmente produce este malestar en las personas que lo viven, expresado a menudo a través de conductas disruptivas, no necesitarían ser abordadas por profesionales del ámbito de la salud mental tratadas como tales específicamente, si no se diagnostica previamente una patología mental de carácter más grave que las motive y que requiera un tratamiento psiquiátrico claro. En este caso, sería necesario un trabajo educativo y de recuperación del vínculo con este niño o adolescente en el ámbito familiar o del centro residencial en el que se encuentre, de acuerdo con esta perspectiva.

Por otra parte, las conductas disruptivas que protagonizan algunos adolescentes a menudo se asocian por sí mismas al gran grupo de los llamados trastornos de conducta, que, de acuerdo con determinados abordajes psicológicos o psiquiátricos, también se categorizan como enfermedades de salud mental. Algunos de estos trastornos de conducta ya están catalogados como patologías de salud mental en el DSM V y el CIE 11 (los manuales de psicología y psiquiatría que permiten diagnosticar a través de síntomas patologías mentales) y así se requiere que esté “diagnosticado” para el ingreso en un centro previsto para estos casos (CREI).

Por lo tanto, lo que para unos no son más que manifestaciones de malestar emocional y explican las conductas disruptivas como reacciones naturales a experiencias vividas y a la personalidad configurada de cada niño y adolescente, para otros son enfermedades mentales que deben ser tratadas como tales. En el primer caso, el trabajo que debe realizarse es más educativo; en el segundo caso, más sanitario. Pero a menudo ambos están relacionados.

En cualquier caso, sea cual sea el abordaje que se adopte, lo que parece claro es que las situaciones en las que la manifestación conductual o de comportamiento del niño o adolescente indica malestar emocional o patología psiquiátrica, e incluso riesgo físico, deben traducirse como carencias en la salud mental de este niño o adolescente, entendiendo la salud mental en el sentido amplio como bienestar emocional, y, por lo

tanto, exigen una respuesta tajante de la Administración para primar la efectividad de este derecho.

Concomitancia con la discapacidad y el consumo

A esta controversia en el abordaje de algunas situaciones que se manifiestan principalmente en trastornos conductuales del niño y adolescente, hay que sumarle que algunas conductas disruptivas van asociadas a problemáticas de discapacidad intelectual.

Por otra parte, algunas enfermedades mentales y los propios trastornos de conducta, si se manifiestan de forma persistente y aguda, incapacitan a la persona afectada para su vida ordinaria y también conllevan un reconocimiento de un grado de discapacidad según la valoración realizada por el Centro de Atención de la Discapacidad, CAD.

Puesto que los recursos para los niños y adolescentes con discapacidad intelectual están configurados de forma diferente que los que pretenden tratar una patología o carencia de salud mental, a menudo la determinación de la problemática principal también condiciona el tipo de tratamiento, cuando pueden estar relacionados y ser causa y consecuencia al mismo tiempo.

Por último, sucede algo similar con el consumo de tóxicos. El consumo puede ir asociado a la discapacidad, a una enfermedad mental o catalogarse también como trastorno de conducta, vinculado a otro tipo de patología psiquiátrica o no, o tratarse específicamente como tal desvinculado de otros recursos específicos de salud mental, como a menudo pasa actualmente. A pesar de que la enfermedad mental con consumo de tóxicos se ha catalogado como patología dual, el tratamiento y el abordaje de ambas problemáticas, a menudo asociadas, se continúan trabajando desde diferentes recursos y enfoques terapéuticos.

Este problema que se puede relacionar con la salud, cuando requiere el ingreso de una persona menor de edad en un centro residencial, ineludiblemente también implica la existencia de un problema de tipo social que conlleva necesariamente una intervención social y educativa, que se podría entender

que exige la activación de los mecanismos de protección a la infancia y la adolescencia, como se ha señalado.

La amalgama de problemas y la diversidad de abordajes dificultan la sistematización de situaciones diferentes que afectan a personas diversas y que hay que atender de forma integral e individualizada partiendo de esta inherente complejidad humana. Esta complejidad colisiona con una escasez de recursos y con una compartimentación que se basa más en la naturaleza de los recursos en sí y en la estructura administrativa de la que dependen, que en las necesidades reales de cada persona.

5.4. LA ASUNCIÓN DEL COSTE ECONÓMICO DE LOS RECURSOS RESIDENCIALES ACTUALMENTE EXISTENTES: FALSAS TUTELAS Y EL USO DEL SEGURO ESCOLAR

Dada la falta de garantía de plazas residenciales públicas para servicios de atención terapéutica intensiva públicos, ya sea con trastorno de conducta, enfermedad mental grave o consumo –diagnosticada o no–, algunas familias, que consideran que su hijo o hija necesita ingresar, recurren de facto a los servicios residenciales actualmente existentes, de tipo privado.

En el caso de los niños y adolescentes tutelados por la DGAIA, la cobertura de este tipo de recurso, en caso de que sea necesario, va a cargo de la Administración, que dispone de dos opciones: proponer el ingreso del niño o adolescente en un centro directamente dependiente de la DGAIA, público o concertado: CRAE o CREI (que son los centros que figuran en la Cartera de servicios sociales), o concertar plazas en los centros privados autorizados existentes asumiendo su coste.¹⁸

En esta coyuntura, algunas familias que no disponen de recursos económicos para cubrir el elevado coste de la plaza residencial en estos centros privados, y que consideran necesario el internamiento de su hijo o hija, se ven empujadas a recurrir a mecanismos para cubrir dicho coste, como por ejemplo:

- El seguro escolar obligatorio, que hasta ahora ha cubierto este tipo de servicios, si se cumplen los condicionantes a los que está sujeto.
- La cesión de la tutela a la Administración, que, al asumirla, asume a la vez el coste del servicio y la responsabilidad de la gestión de la situación complicada de atención a la salud y bienestar del niño o adolescente.

¿La necesaria declaración de desamparo del niño o adolescente?

Una cuestión preliminar que hay que plantearse es si las familias, que tienen la responsabilidad primordial de la educación y el desarrollo de niños y adolescentes con problemas graves de salud mental y/o discapacidad reciben la ayuda oportuna y necesaria de la Administración para poder cumplir con sus responsabilidades de educar al niño, tal y como exige el artículo 18.2 de la propia Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos del niño.

Del mismo modo que pasa con las carencias de tipo material, la Administración tiene la obligación de facilitar a las familias toda la ayuda necesaria para que estas puedan cumplir en la debida forma sus responsabilidades primeras y asegurar el bienestar, la salud y el mayor desarrollo de los niños.

En este sentido, únicamente en el caso de que con esta ayuda y apoyo la familia del niño o adolescente no pueda cumplir sus funciones y se produzca una situación de riesgo que permita declarar la situación de desamparo del niño o adolescente, la Administración tendría que asumir la tutela con la función de protegerle.

La Administración es, por lo tanto, responsable complementaria y subsidiaria respecto de las familias de garantizar el bienestar y pleno desarrollo de los niños y adolescentes. La falta de recursos necesarios para la atención del niño o adolescente no puede generar una situación de facto de riesgo de desprotección del niño o adolescente que requiera resolver de forma innecesaria su desamparo. La declaración de desamparo y tutela de un niño o adolescente

¹⁸ Ver el centro Acompanya'm, dependiente del Hospital de Sant Joan de Déu, con quien también hay concierto de plazas y que no es ni un CREI, ni un CRAE, ni un recurso hospitalario.

es necesariamente una medida de última ratio cuando faltan los elementos básicos para el desarrollo integral de la personalidad, de modo que para la protección del niño o adolescente sea necesaria la separación del núcleo familiar. El derecho del niño a no ser separado de su familia, del artículo 9 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos del niño, únicamente puede exceptuarse cuando así lo indique el interés superior del niño.

La falta de recursos y de ayudas, ya sean de tipo económico, de acompañamiento y apoyo a la parentalidad o, en este caso, la necesidad de atender a un niño o adolescente en un recurso específico de tipo terapéutico, de acuerdo con su interés superior, no tiene que implicar una declaración de desamparo y la asunción de la tutela del niño por parte de la Administración. Hay que velar para que la Administración asuma la provisión de estos recursos para evitar declarar una situación de desamparo.

La declaración de desamparo del adolescente no puede suponer una condición para acceder al recurso residencial adecuado para atender sus necesidades específicas de salud mental, adicciones o trastorno de conducta.

Para declarar el desamparo de un niño o adolescente, la Administración tiene que probar la existencia de indicadores de riesgo más allá de los que tienen que ver con la falta de acceso a recursos residenciales específicos para trabajar las necesidades graves del adolescente en el seno de su entorno familiar habitual.

En este caso se trata de un desamparo o una cesión de guarda impropia a la Administración para acceder a un recurso que únicamente está garantizado para niños y adolescentes tutelados por la Administración. Sería similar a declarar el desamparo de un niño a causa únicamente de la pobreza de las familias, teniendo en cuenta la falta de recursos materiales para atender las necesidades de los niños. En este caso, la Administración debería proveer dicha familia de los recursos materiales necesarios para que pudiera preservar su tarea y responsabilidad en el cuidado y la atención de sus niños, no que asumiera su guarda y tutela.

Ahora bien, ciertamente la mayor parte de los casos no son tan claros y delimitados como

conceptualmente se puede plasmar. La demanda y el acceso a este tipo de servicios que, por el hecho de ser residenciales, implican la separación del núcleo de convivencia habitual, pueden llevar implícita, por el hecho de que se trata de personas menores de edad, una cierta “claudicación” por parte de las familias en el ejercicio de sus tareas educativas y de crianza, lo que ya por sí solo se podría clasificar entre los factores de riesgo grave o desamparo, de acuerdo con la lista de indicadores y de factores de protección recogida en la Orden BSF/331/2013,¹⁹ de 18 de diciembre. De hecho, esta orden incluye la voluntad de los padres, madres, tutores o guardadores de ingresar a su hijo o hija en un centro debido a su conducta como factor que hay que tener en cuenta a la hora de valorar la situación de riesgo o desamparo del niño o adolescente. En este caso, el hecho de ingresar a un hijo o hija en un centro terapéutico privado ya implicaría una situación de desprotección grave o desamparo.

Si se entiende que un centro terapéutico es como un recurso únicamente sanitario u hospitalario, sin el elemento reeducativo o de tratamiento social, quizás es más fácil disociar la provisión de este recurso con la intervención del sistema de protección a la infancia o la adolescencia, pero, como se ha señalado, en la mayor parte de los casos la disociación no es clara ni real, dado que diferentes factores están relacionados en cada persona cuando se llega a esta situación.

El presupuesto en el que se asienta la pretensión de no incluir este recurso residencial en la Cartera de servicios sociales para menores de dieciocho años parte de entender que todos los niños y adolescentes que se encuentran bajo el cuidado directo de la familia, con el apoyo de todos los servicios sociales y de salud existentes, no requieren separarse del núcleo familiar y, por lo tanto, ingresar en un centro residencial. Puesto que se trata de niños y adolescentes, la presunción de la que se parte es que el tratamiento educativo o social es responsabilidad primera de la familia.

Se puede optar por la separación del núcleo de convivencia familiar sin delegar la tutela en los casos de necesidad por motivos de salud, pero en este caso solo se prevé el

¹⁹ Ver el anexo de la Orden BSF/331/2013. https://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?action=fitxa&mode=single&documentId=651572&language=ca_ES.

ingreso hospitalario para atender una situación estrictamente desde el punto de vista sanitario y en fase aguda, y permanecen intactas las funciones parentales de educación y acompañamiento. Igualmente, también se permite la delegación de las funciones educativas stricto sensu (con los límites indicados en el artículo 28 de la Convención sobre los derechos del niño) como extensión del derecho a la educación del artículo 27.6 de la Constitución, incluyendo el régimen de internado, que también supone la separación del niño del núcleo familiar sin que implique una intervención social de protección, entre otros.²⁰

El propio Código civil catalán prevé esta posibilidad en el artículo 236.17, párrafo segundo: “Los progenitores determinan el lugar o los lugares donde viven los hijos y, de forma suficientemente motivada, pueden decidir que residan en un lugar diferente al domicilio familiar”.

A pesar de ello, ciertamente hay situaciones en las que la atención de los dispositivos ambulatorios de la red de recursos comunitarios actuales, tanto educativos como sanitarios, dentro del medio habitual de convivencia, no son suficientes para dar respuesta a las necesidades del niño o adolescente.

En estos casos, para atender estas necesidades, y de acuerdo con el interés superior del niño o adolescente, si los profesionales de referencia consideran que este niño o adolescente requiere un recurso residencial que limite su libertad durante un tiempo para evitar un riesgo para su salud y que le permita disfrutar de un tratamiento más intensivo y prolongado en el tiempo, más allá de lo que puede cubrir un recurso sanitario u hospitalario como los ya existentes, se requeriría un recurso residencial terapéutico educativo.

Son diversos los casos de familias que reclaman un recurso residencial para atender, sostener y garantizar el bienestar de sus niños y adolescentes a los que, dada su discapacidad o problema de salud mental, entendido en sentido amplio y a menudo asociado a

trastorno de conducta y consumo, no pueden contener en el domicilio familiar con tratamiento ambulatorio; niños y adolescentes que a menudo tampoco pueden sostenerse en la escuela, ni siquiera en centros de educación especial, por la agitación que sufren, y que se ponen en riesgo a ellos mismos y a terceros.

Según estas familias y algunos profesionales, estos niños y adolescentes necesitan un entorno estructurado, de tipo institucional, donde tengan una evolución positiva de acuerdo con sus necesidades específicas, y estas necesidades, que requieren dejar de convivir en el entorno familiar natural, no implican que exista una situación de desamparo, una vez cubiertas, que requiera la asunción de tutela por parte de la Administración, a pesar de que signifiquen la separación del núcleo familiar. De acuerdo con este punto de vista, el hecho de que el niño o adolescente se encuentre en una cierta situación de desprotección o riesgo deriva de no poder acceder a un recurso adecuado para cubrir las necesidades especiales que implica la situación de discapacidad o de trastorno de este adolescente en el entorno convivencial familiar.

Los adolescentes que –por la naturaleza de su patología psiquiátrica, y también por la posible problemática de consumo asociado o no a la patología psiquiátrica que sufren– no pueden ser contenidos ni atendidos ambulatoriamente (CSMIJ y hospital de día) ni en el núcleo familiar, y que no pueden tampoco ser atendidos en recursos hospitalarios (UCA y URPI), tal y como están configurados actualmente, no disponen de ningún recurso alternativo o de refuerzo específico público de tipo terapéutico o sociosanitario destinado a niños o adolescentes, a menos que sean tutelados previamente por la Administración e ingresen en un centro residencial específico.

Por lo tanto, la mayoría de los adolescentes no tutelados que se encuentran en esta situación se acogen en la práctica a los tratamientos privados existentes con la cobertura proveniente del seguro escolar obligatorio del que, en su caso, puedan disfrutar.

²⁰ Ver jurisprudencia del TEDH, caso Nielsen vs. Dinamarca, que indica que ciertas restricciones de la libertad del menor son posibles, como por ejemplo el ingreso en un internado. Ver también como limitación el artículo 13 del Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales, en cuanto al derecho a la educación, de acuerdo con la Observación general número 13, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas.

El seguro escolar obligatorio

El seguro escolar se introdujo en el ordenamiento jurídico español mediante la Ley de 17 de julio de 1953, que fue desarrollada por la Orden ministerial de Educación Nacional y Trabajo de 11 de agosto de 1953, mediante la cual se aprobaron los Estatutos de la mutualidad del seguro escolar.

Posteriormente, la Ley de bases de la Seguridad Social de 1963 y el texto articulado de 1966, que establecieron el sistema de seguridad social español, incorporaron a la misma la protección de los estudiantes con la creación de un régimen especial para este colectivo.

No obstante, esta previsión ha ido manteniéndose desde entonces en los diferentes textos refundidos de la Ley general de la Seguridad Social (así, en el texto vigente, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, lo recoge el artículo 10.2 d). Aun así, este régimen especial nunca ha sido regulado como tal, de modo que actualmente mantienen la vigencia la Ley y el orden preconstitucional, de 1953, y también órdenes, resoluciones y circulares que han ido desarrollando diferentes aspectos del seguro escolar.

En Cataluña, el 25 de noviembre de 2002 el Departamento de Enseñanza y el Departamento de Salud suscribieron un convenio de cooperación para dar respuesta a jóvenes con necesidades educativas y sanitarias específicas.

El objetivo de este convenio era asegurar que los niños y jóvenes ingresados en hospitales generales y hospitales de día para población infantil y juvenil con trastornos mentales, y también alumnos escolarizados en centros ordinarios y de educación especial con trastornos generalizados del desarrollo (psicosis y autismo), trastornos mentales y discapacidades físicas puedan recibir a una atención sanitaria, psiquiátrica y psicológica adecuada.

El 23 de noviembre de 2010 el Departamento de Salud y el Departamento de Enseñanza suscriben un nuevo convenio marco de colaboración para el desarrollo de las intervenciones vinculadas a la salud de niños y jóvenes en el ámbito escolar. Con referencia al programa Salud y Escuela, y en el marco de este convenio, cuyo objetivo es la prevención

de las situaciones de riesgo y atención precoz de problemas de salud mental, consumo de drogas, trastornos de conducta alimentaria, etc., se hace constar que la población destinataria es la que cursa ESO en los centros públicos y concertados de Cataluña.

De acuerdo con este convenio, y lo dispuesto en el seguro escolar obligatorio, el alumnado menor de dieciocho años, desde que cursa tercero de ESO, y siempre que haya abonado la cuota correspondiente al seguro escolar, dispone de cobertura en el tratamiento ambulatorio o de internamiento de todos los procesos neuropsiquiátricos que por su gravedad afecten la continuidad de los estudios, excluidos los denominados *trastornos del desarrollo psicológico y del comportamiento* y las emociones de comienzo habitual de la adolescencia.

De acuerdo con la normativa que regula el seguro obligatorio, las sesiones de psicoterapia llevadas a cabo por personal psicólogo se incluirán siempre que estén prescritas por personal psiquiatra. En cuanto al internamiento sanatorial, se considera tratamiento en régimen de internamiento cuando el estudiante permanezca en un hospital un mínimo de seis horas cada día, aunque no pernocte en el centro, y comprende todos los servicios de alojamiento y manutención en sanatorios adecuados, el seguimiento médico, la asistencia farmacéutica y los tratamientos especiales. Así mismo, se abonan la asistencia psiquiátrica, la terapia y la psicoterapia. Se concede para un período inicial de seis meses prorrogables durante un año y medio y por períodos de seis meses.

En cuanto al alumnado que no cursa tercero de ESO –y que, por ello, no entra en la cobertura del seguro escolar obligatorio–, la cobertura está determinada por el régimen de seguridad social general.

El niño o adolescente está cubierto por el sistema público sanitario de la Seguridad Social, en tanto que sea beneficiario de una persona asegurada, y esta sea el padre o la madre o el tutor, sin ningún tipo de coste adicional. El contenido de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS) está regulado en la Ley 16/2003 y en el artículo 2 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de servicios comunes del SNS.

En cuanto a salud mental, en el anexo II de la Cartera de servicios comunes de atención primaria se incluye la atención a la salud mental en coordinación con los servicios de atención especializada (8.4), la detección de psicopatologías de la infancia y la adolescencia, incluidos los trastornos de conducta en general y alimentaria en particular, y la derivación al servicio especializado correspondiente.

Con referencia a la atención especializada, el anexo III de la propia Cartera dispone que se garantiza el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia y la adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y trastornos de conducta en general y alimentaria en particular, incluyendo el trastorno ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando sea necesaria y el refuerzo de conductas saludables (7.5).

Así, en la práctica, los adolescentes que requieren una intervención terapéutica de tipo residencial y no están tutelados pueden cubrir el coste del ingreso en un centro terapéutico privado por los conceptos mencionados incluidos en el seguro escolar, siempre que cumplan los requisitos de estar escolarizados a partir del tercer curso de la ESO.

Los datos recogidos por el Gobierno español sobre esta cuestión evidencian el incremento progresivo de los gastos de la prestación de neuropsiquiatría (fundamentalmente, gastos por tratamientos de anorexia y bulimia), y el peso sobre el conjunto del seguro escolar los últimos años ya se sitúa alrededor del 95% del total, de modo que se reduce a un importe exiguo el resto de prestaciones sanitarias cubiertas.

Las prestaciones sanitarias de neuropsiquiatría las prestan centros sanitarios privados autorizados y concertados, que empiezan a colaborar facturando directamente al INSS el coste de la asistencia sanitaria que prestan y

sin que las autorizaciones mencionadas se ajusten a la normativa actual de contratos del sector público.²¹

El Gobierno español, puesto que el Real Decreto Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre acceso universal al Sistema Nacional de Salud y el marco jurídico que configura, prevé las prestaciones sanitarias como un derecho primordial y establece la homogeneidad en cuanto al acceso al derecho a diferentes especialidades médicas cubiertas por el sistema público, entiende que es necesario reformar la configuración del seguro escolar a efectos de garantizar la protección efectiva de todas las personas.

El Gobierno español, mediante una carta firmada por la directora general del Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social, María Gloria Redondo Rincón, dirigida a los centros colaboradores, señala que, de acuerdo con el Real Decreto Ley 7/2018, de 27 de julio, rescinde la colaboración del INSS con los centros colaboradores que dan servicio al seguro escolar. También les indica que, a partir del 1 de abril de 2019, estos centros ya no pueden prestar servicios sanitarios a cargo del seguro escolar a nuevos estudiantes y que, por otra parte, para aplicar paulatinamente esta rescisión, los tratamientos en curso finalizan el 1 de junio de 2019. Por lo tanto, desde el 1 de abril para nuevos servicios y desde el 1 de junio para servicios en curso, los centros no pueden presentar más facturas por atenciones sanitarias a cargo del seguro escolar. Estos centros cubren en muchos casos el 80% de la atención de los pacientes mediante el seguro.

Por último, el Gobierno español, atendiendo a la petición de diferentes entidades que han solicitado que el cambio de sistema, de público a privado, garantice la continuidad de los tratamientos con el mismo personal médico y los mismos centros sanitarios, ha decidido recientemente mantener el actual sistema mientras no se puedan decidir nuevas valoraciones.²²

²¹ Ver la respuesta del Gobierno del Estado a la pregunta escrita en el Congreso 184/044421, de respuesta a Carles Campuzano, sobre la desaparición de la prestación económica que reciben muchas familias para tratamientos de los jóvenes con trastornos de conducta incluida en el seguro escolar (núm. reg. 129004), publicada el día 18 de marzo de 2019. Ver también la Proposición no de Ley sobre la paralización de la privatización del seguro escolar (162/000950) del Grupo Parlamentario de Ciudadanos, de 18 de enero de 2019.

²² Ver la respuesta del Gobierno del Estado a la pregunta escrita en el Congreso 184/044421, de respuesta a Carles Campuzano, sobre la desaparición de la prestación económica que reciben muchas familias para tratamientos de los jóvenes con trastornos de conducta incluidos en el seguro escolar (núm. reg. 129004)

Como puede observarse, a pesar de que en el caso de muchas familias sea una vía para atender económicamente esta necesidad, es evidente que no es el mecanismo adecuado para cubrir una prestación o servicio, que tendría que estar garantizado por el sistema sanitario público para todo niño o adolescente que lo requiriera.

El seguro escolar ha quedado obsoleto, y en todo caso lo que pretendía era cubrir una

necesidad de tipo sanitario con la finalidad de que el alumnado pudiera continuar sus estudios. Se requiere que el estudiante curse tercero de ESO, y el recurso al cual accede es de tipo privado, a pesar de que también recibe financiación pública directa sin someterse a ninguna contratación pública y, por lo tanto, no dispone de las garantías que se exigiría a un recurso de tipo público que, aparte de sanitario, también fuera educativo.

6. NIÑOS Y ADOLESCENTES TUTELADOS. PROBLEMÁTICA ESPECÍFICA

Se parte de la asunción de que todo niño y adolescente que no se encuentra en una situación de desamparo y no ha tenido que estar tutelado por la Administración no requiere un recurso residencial fuera del núcleo de convivencia familiar.

Por contra, los niños y adolescentes que han sido declarados en situación de desamparo y han debido ser tutelados por la Administración necesariamente han sido separados del núcleo de convivencia familiar principal, sus familias.

Una vez asumida por la Administración la responsabilidad directa en la atención de las necesidades de este niño o adolescente, existen recursos residenciales, algunos de ellos especializados, para niños y adolescentes tutelados, a pesar de las dificultades de categorización y de provisión en muchos casos.

Por otra parte, como se ha podido observar en el punto anterior, a menudo la situación de desamparo también está relacionada en tiempo y causalidad con la necesidad expresada por las mismas familias de provisión de un recurso residencial terapéutico y/o de contención de un niño o adolescente que previamente no había sido declarado en situación de riesgo grave o desamparo por la Administración.

En epígrafes anteriores se ha dado cuenta de los recursos de qué dispone la Administración para atender necesidades derivadas de problemas de salud mental, consumo de tóxicos, discapacidad intelectual y trastorno de conducta de niños y adolescentes tutelados.

No obstante, cabe mencionar algunas dificultades que presenta el sistema de protección para garantizar a los niños y adolescentes en situación de desamparo su derecho a la recuperación emocional y psicológica, sobre todo en la etapa de la adolescencia y la transición a la mayoría de

edad, que también tiene una afectación especial en la demanda de recursos residenciales especializados, como los que son objeto de este estudio.

6.1. CONSIDERACIONES ESPECIALES EN REFERENCIA AL DERECHO A LA RECUPERACIÓN EMOCIONAL Y PSICOLÓGICA DEL NIÑO O ADOLESCENTE QUE HA SIDO DECLARADO EN SITUACIÓN DE DESAMPARO

La situación de vulnerabilidad especial y el derecho a la recuperación emocional

El haber sufrido una situación de desprotección grave o de desamparo en la infancia o adolescencia que haya exigido la separación del primer núcleo convivencial familiar de referencia, padre y madre, no implica necesariamente desarrollar una patología de salud mental.

No obstante, sí es incuestionable que esta situación afecta de alguna manera a la salud mental y el bienestar emocional de este niño o adolescente, debiendo la Administración ofrecer los recursos a su alcance para atenderlo, en su caso. En caso contrario, se estaría produciendo una situación de inequidad.

Existe una sólida evidencia que demuestra la relación entre una mayor probabilidad de desarrollar trastornos en el desarrollo psíquico y un mayor riesgo de sufrir trastornos mentales con el hecho de sufrir adversidades durante la infancia.²³ Por adversidades sufridas durante la infancia se entienden, de acuerdo con diferentes autores que han estudiado esta cuestión (y entre otras): el abuso sexual, el maltrato físico, el maltrato psicológico, la negligencia parental, la muerte parental y el acoso escolar o entre iguales (*bullying*).

En referencia a la atención a la salud mental de los niños y adolescentes que se encuentran bajo la tutela de la Administración y que, por lo tanto, necesariamente han tenido que ser declarados en situación de desamparo por

²³ Ver el artículo: “Sobre el cuidado de los adolescentes tutelados por la Administración: reflexiones sobre su sufrimiento y sus necesidades”, de Mark Dangerfield.

una de las causas tasadas en la lista de indicadores y factores de protección recogida en la Orden BSF/331/2013, de 18 de diciembre, hay que tener presente que el artículo 39 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos del niño prevé el derecho a la recuperación física y psicológica y la reinserción social de un niño víctima de cualquier forma de abandono, explotación, abuso, tortura o cualquier otra forma de tratamiento o castigo cruel, inhumano o degradante. Este mismo artículo exige que la Administración facilite en todos los casos a los niños y adolescentes bajo su tutela una atención específica que les permita esta recuperación.

La recuperación física y psicológica es necesaria cuando un niño o adolescente se ha encontrado en una situación de desamparo que ha requerido la intervención de la Administración hasta el punto de asumir su tutela para evitar un riesgo de desprotección, independientemente de si ha desarrollado o no algún síntoma que permita categorizar su comportamiento en una patología de tipo psiquiátrico, por el solo hecho de tener mayor riesgo de sufrirla y también por la situación de necesidad específica de gestionar la situación traumática sufrida, que puede afectar a su bienestar emocional y psicológico.

El tratamiento especializado y la atención a la salud mental de un niño o adolescente en situación de desprotección no implica la estigmatización y la patologización de un malestar, sino garantizar la efectividad de un derecho.²⁴

La recuperación del vínculo y los recursos del sistema de protección

De la misma forma que se ha demostrado la relación entre adversidades sufridas en la infancia y el riesgo aumentado de sufrir trastornos psicopatológicos y de conductas autodestructivos que se manifiestan habitualmente a partir de la adolescencia, algunos teóricos también han observado que esta relación tiene que ver con el aferramiento o el vínculo temprano de construcción de un vínculo seguro en la infancia.

La capacidad de recuperar las experiencias de relación suficientemente buenas vividas y recurrir a una figura de aferramiento en situaciones de impacto emocional hace a las personas más resilientes.

Cuando este vínculo o aferramiento no ha sido lo suficiente válido o ajustado, hay una mayor dificultad para entender los sentimientos, reencontrar la estabilidad, generándose sentimientos de angustia, sensación de pérdida, rabia y desesperación, especialmente en la adolescencia, que pueden derivar en autoagresión (autolesiones, intentos de suicidio, somatizaciones, sintomatología conversiva), en heteroagresión (trastornos de conducta, relaciones heterodestructivas), estados mentales de alto riesgo o descompensaciones psicóticas clínicamente objetivables.

Por este motivo, para recuperar la confianza con la relación en el otro es necesario ofrecer a este niño o adolescente un vínculo suficientemente estable y sólido con un profesional para trabajar activamente las capacidades de mentalización mermadas.

Este profesional debe poder establecer confianza epistémica con el niño o adolescente (entendida como confianza requerida para permitir una disponibilidad para aprender de otra persona, sobre todo aprendizaje en competencias sociales, en que predomina un sentimiento de que el conocimiento humano y la información humana comunicada por otros seres humanos es fiable). Esta confianza parte de la empatía y también de la estabilidad de los profesionales, incompatible con la elevada rotación de personal que caracteriza los centros residenciales de protección.

No obstante, la atención educativa que garantizan los centros residenciales de atención educativa y las familias de acogida, que son los recursos de atención a los niños y adolescentes tutelados previstos en la Ley 14/2010, para los niños y adolescentes a los que se separa de sus familias por haberse detectado una situación de riesgo muy grave, a menudo no pueden cubrir por sí solos la necesidad específica de gestión de la situación traumática vivida, y de establecimiento del vínculo sólido y estable con un adulto de

²⁴ Del cuestionario enviado por la DGAIA en 2017, respondido por dos tercios de los centros, se infiere que había 1.220 niños y adolescentes de los centros que eran atendidos en los CSMIJ.

referencia que les falta a estos niños y adolescentes.

En este sentido, el Síndic tiene conocimiento que el Departamento de Salud y la DGAIA colaboran estrechamente para garantizar la atención en materia de salud mental a los niños y adolescentes tutelados que lo requieren a través del nuevo modelo de apoyo asistencial en salud mental a la infancia y adolescencia atendida en el sistema de protección. Se ha iniciado un programa conjunto de formación dirigido a profesionales del sistema de protección de salud mental infantojuvenil de acuerdo con el documento “Identificación de las necesidades conjuntas de formación y de gestión del conocimiento por los profesionales del sistema de protección y de salud mental infantojuvenil”.²⁵

Se pretende fortalecer la labor de los profesionales del sistema de protección reforzando la atención específica a la salud mental de los niños y adolescentes tutelados, con la dedicación de recursos adicionales del ámbito de la salud mental para la recuperación emocional y psicológica de estos niños, la formación de los profesionales encargados de atenderlos en la prevención y detección de trastornos mentales y adicciones, y el asesoramiento y la supervisión continuada de estos profesionales por parte de profesionales de salud mental.

Los profesionales del sistema de protección. Carencias detectadas en las condiciones del personal educador. La figura del referente

En ningún caso se pretende cuestionar la formación y dedicación del personal educador de los centros residenciales del sistema de protección ni tampoco la implicación y buena actuación de las familias acogedoras, al contrario. El impacto sobre el bienestar de un niño y adolescente que se encuentra en situación de desamparo o riesgo y entra en un

centro residencial o va a vivir con una familia de acogida, en general, es positivo.

La dedicación de los profesionales y las familias acogedoras en esta labor permite la recuperación y la garantía del bienestar de muchos niños y adolescentes que se encontraban en situación de riesgo grave y desamparo.

A pesar de ello, sí es cierto que hay elementos que se han ido verificando y que tienen una repercusión directa en el bienestar de los niños y adolescentes tutelados, como son: la estabilidad en el recurso, el tamaño del centro donde viven, el vínculo afectivo del niño o adolescente con las familias acogedoras, el personal educador, directivo y los compañeros de centro residencial, así como las actividades escolares y de ocio que desarrollan.²⁶ Por lo tanto, todos estos factores influyen en la estabilidad y fortaleza del vínculo que pueden construir estos niños y adolescentes para recuperar su estabilidad emocional.

El Síndic entiende que también es necesario reflexionar sobre el bienestar y la estabilidad de los profesionales encargados de esta labor, rehuyendo categorizaciones y conflictos entre perfiles profesionales que entran en juego, puesto que no se trata de determinar si el perfil profesional más idóneo para trabajar con niños y adolescentes dentro del sistema de protección es el de psicólogo o el de educador social, sino de valorar la necesidad que presentan estos niños y adolescentes de abordar un proceso de luto y mirar cuál es la mejor manera de cubrirla, y también de constatar la necesidad de garantizar estabilidad y seguridad en el desempeño de esta función por parte de los profesionales responsables.

En este sentido, el colectivo de educación social de los centros del sistema de protección ²⁷ de la infancia y adolescencia ha denunciado situaciones de carencias que dificultan la consecución de este objetivo último:

²⁵ Plan integral de atención a las personas con trastornos mentales y adicciones 2017-2019, en el que participó la DGAIA.

Cuestionario enviado por la DGAIA en diciembre de 2017 para ajustar el Programa de apoyo de los CSMIJ a los centros residenciales de la DGAIA.

²⁶ Ver la investigación “El bienestar subjectiu dels adolescents sota tutela a Catalunya” (El bienestar subjetivo de los adolescentes bajo tutela en Cataluña), elaborada por la DGAIA en colaboración con el Instituto sobre Investigación y Calidad de Vida de la Universidad de Girona, a cargo de Joan Llosada-Gista, Carme Montserrat i Ferran Casas.

²⁷ Informe sobre los derechos del niño 2017, apartado sobre las condiciones laborales del personal educador. http://www.sindic.cat/site/unitFiles/4893/Informe%20sobre%20els%20drets%20infant_2017.pdf

- La cobertura insuficiente de las ratios establecidas en la Cartera de servicios sociales (bajas no cubiertas, perfil profesional no ajustado a las funciones, intrusismo profesional, sobreocupación de los centros sin cobertura adicional, etc.), que se suma a la falta de adecuación y actualización de la Cartera a las necesidades reales.

- Falta de supervisión y formación adecuada para el correcto desarrollo del puesto de trabajo.

- Aumento de la violencia y agresividad en los centros.

- Falta de apoyo especializado para atender problemáticas de salud mental, drogadicción y trastornos de conducta que se presentan habitualmente.

El trabajo de recuperación del vínculo de confianza que este profesional debe llevar a cabo con el adolescente, independientemente de la formación de origen que tenga, necesariamente tiene que ser personalizado, estable y seguro, requiriéndose una formación y un apoyo constante para poderlo llevar a cabo con garantías de éxito.

En este sentido, el Síndic ha insistido en la necesidad de garantizar la asignación de un profesional referente a los niños tutelados por la DGAIA, que va relacionada con asegurar un espacio de escucha continua al niño o adolescente tutelado y obedece a la necesidad de conocer al estado real e individual de cada niño o adolescente.

Con todo, la asignación de un referente tiene por objetivo que el niño o adolescente, en su paso por el sistema de protección, disponga de una persona en la que tenga confianza y a la que pueda acceder en cualquier momento a lo largo de los años. Es por ello que el Síndic considera que el profesional referente no debería ir vinculado a la medida de protección vigente, sino que debería ser una persona perteneciente a la DGAIA, con el objetivo de evitar cambios de referente y de garantizar uno único.

El referente debe ser una persona que conozca de primera mano el itinerario del niño o adolescente dentro del sistema de protección

y que procure que las decisiones administrativas que se tomen vayan en la misma línea y obedezcan al interés superior del niño.

La adopción como factor de protección, recuperación del vínculo y figura del referente

Por último, la adopción, tanto nacional como internacional, es una medida de protección para niños y adolescentes que se encuentran en situación de desamparo grave y abandono.

Sin embargo, cabe no olvidar que la adopción viene después de un proceso de desamparo, muerte o abandono del vínculo primero con la familia biológica, y que, como se ha señalado, esta situación traumática en el recién nacido o el niño requiere una atención y unos apoyos adecuados para poder recuperar el equilibrio emocional y psicológico, como también pasa en el caso de cualquier otro niño o adolescente que ha pasado por un proceso traumático.

La adopción no debe asociarse a problema de salud mental ni de trastorno de conducta, puesto que es una medida de protección en todos los casos. En caso contrario, se estaría discriminando y estigmatizando a este colectivo por razón de filiación,²⁸ colectivo que ya a menudo se relaciona con la demanda de este tipo de recursos residenciales. De hecho, la comisión del Senado que estudió los trastornos de conducta y los centros residenciales para atender esta problemática era la Comisión Especial del Senado de estudio de la problemática de la adopción nacional y otros temas afines.

Hay que tener en cuenta que el niño o adolescente adoptado ha podido establecer un vínculo de confianza y filiación con su familia adoptiva, y por lo tanto, la falta de referente sólido y continuado que puede sufrir un niño o adolescente dentro del sistema de protección no se produce en el caso de los niños y adolescentes adoptados.

A pesar de ello, es necesario reforzar el apoyo y el acompañamiento postadoptivo a las familias que lo necesitan, como se ha venido reclamando en los diferentes informes de la institución los últimos años, para garantizar el derecho de los niños a la salud mental en términos de equidad y a la recuperación emocional y psicológica.

²⁸ Consideraciones sobre el tratamiento informativo de la adopción publicadas por el Consejo Audiovisual de Cataluña.

6.2. EL ABORDAJE DE LAS DIFICULTADES DE LA ADOLESCENCIA Y LA ADAPTACIÓN A LOS RECURSOS DE LAS QUE DISPONE EL SISTEMA DE PROTECCIÓN

A pesar de que, como se ha observado, la demanda de recurso residencial terapéutico específico no es exclusivo para niños y adolescentes tutelados y dependientes de la DGAIA, lo cierto es que cuando un niño o adolescente es tutelado por la DGAIA después de que se declare su desamparo, la medida de protección más adecuada para este niño o adolescente pasa a ser responsabilidad directa de la Administración y, en este caso, de la DGAIA. Así, la DGAIA ha tenido que asumir esta situación y dar respuestas específicas.

Para empezar, la DGAIA se enfrenta a la gestión de un elevado número de tutelas de adolescentes que ya de entrada implica dificultades de adaptación a los recursos ordinarios de que dispone el sistema de protección, dadas las particularidades de la etapa de la adolescencia, que en el caso de los adolescentes tutelados conlleva unas dificultades añadidas derivadas de la gestión de la situación vivida que ha conducido a declarar su desamparo.

En segundo lugar, y ya de forma más extraordinaria, la DGAIA debe dar respuesta a la situación de niños y principalmente adolescentes que presentan “trastornos de conducta”, con las consideraciones formuladas anteriormente sobre esta denominación genérica de un determinado tipo de comportamiento, así como a otras problemáticas que requieren un abordaje terapéutico y educativo específico más allá de los recursos ordinarios de protección de los que dispone la DGAIA (centros de acogimiento, residencial acción educativa y familia de acogida principalmente).

La adolescencia es una etapa vital fundamental para comprender el desarrollo de la personalidad de los individuos, los cuales presentan características propias que obligan a las familias y también a la Administración protectora a prestar una intervención diferenciada.

Los grandes cambios físicos, psicológicos y sociales (transformaciones corporales de la

pubertad, descubrimiento de la sexualidad, desarrollo del pensamiento abstracto, tensiones con la dependencia del adulto, centralidad del grupo de iguales, etc.) que se producen en esta etapa, y que están asociados a formas diversas de inestabilidad e inseguridad emocional, conforman una complejidad que no suele estar presente en niños de otras edades.

Esta complejidad no solo genera necesidades de intervención diferenciadas, sino también dificultades para la Administración a la hora de proporcionar respuestas que garanticen tanto la protección contra el maltrato como también oportunidades de desarrollo adecuado. La acción protectora de la Administración hacia los adolescentes presenta déficits estructurales que hay que corregir.

El número de niños tutelados se incrementa a medida que aumenta la edad, siendo el grupo de diecisiete años el más numeroso, y el de cero años, el menos numeroso, mientras que la población infantil mantiene un mayor equilibrio entre los diferentes segmentos, a pesar de que tienen un peso mayor las edades intermedias.

Sin embargo, presumiblemente, la elevada presencia de adolescentes en el sistema protector, en comparación con otras edades, también se explica por aspectos relacionados con el factor edad y las características de la adolescencia, como la mayor prevalencia de problemas de salud mental y de conductas disruptivas en esta etapa vital, así como la mayor dificultad de las familias para atender esta complejidad. Especialmente en la etapa de la adolescencia, el estallido de estos problemas de estrés emocional o de salud mental, probablemente no bien atendidos en edades más tempranas, deriva en conflictos intrafamiliares, con fuertes cargas de agresividad, que dificultan enormemente mantener la convivencia y el vínculo familiar.

Sin embargo, cabe destacar que a estos factores propios de la edad también se añaden otros factores relacionados con la provisión de políticas dirigidas a atender las necesidades y complejidades propias de la adolescencia.

Las políticas de intervención socioeducativa dirigidas a los adolescentes se centran fundamentalmente en la provisión de centros

de jóvenes, puntos de dinamización juvenil, programas comunitarios como el de los educadores de calle u otros programas de prevención con adolescentes, que tienen un carácter preventivo fundamental pero también con cobertura limitada, y que no son siempre adecuados para atender las necesidades de acompañamiento psicológico y socioeducativo, tanto de los propios adolescentes como de sus familias, cuando aparecen estas situaciones de estrés emocional y conductas de alto riesgo descritas anteriormente. Las dificultades para vincularse a servicios más normalizados obstaculizan y neutralizan la intervención que podría realizarse desde estos recursos disponibles.

Cabe señalar que la falta de recursos disponibles en el medio para atender a los adolescentes con conductas disruptivas también provoca que la situación de los adolescentes que ingresan en el sistema de protección esté, a menudo, muy deteriorada.

El Síndic ha detectado que en determinados casos este deterioro ha sido provocado por la demora en la declaración del desamparo y en la asunción de la tutela por parte de la DGAIA, o también por la realización de propuestas de acogimientos en familias extensas en miembros que no tienen capacidades suficientes para garantizar la protección de adolescentes que ya presentan necesidades socioeducativas complejas, y a los que no pueden orientar ni controlar suficientemente su comportamiento o su vida.

Así, este deterioro dificulta enormemente la intervención socioeducativa que se realiza en el sistema de protección y la capacidad de los recursos del propio sistema para contener y corregir la situación. Las huidas constantes, los conflictos con compañeros y personal educador de los centros o los cambios de recurso de protección por dificultades de adaptación forman parte de la trayectoria de muchos adolescentes dentro del sistema de protección.

La tensión con que muchos adolescentes viven la aproximación a la mayoría de edad, con la incertidumbre que genera cuando no disponen de un entorno familiar adecuado que garantice su atención, también interviene en el deterioro de determinadas situaciones

de adolescentes que ya están en el sistema de protección.

Las dificultades experimentadas por los centros de protección a la hora de atender las necesidades de los adolescentes tutelados también se manifiestan en los acogimientos familiares. En el marco de las quejas tramitadas, el Síndic constata la existencia de fracasos en los acogimientos familiares, que se incrementan a medida que aumenta la edad.

Estas dificultades, junto con los problemas de encontrar a familias acogedoras para adolescentes, son algunos de los factores que explican la sobrerrepresentación del acogimiento residencial a medida que aumenta la edad.

En cuanto al perfil de los niños, tal y como prevé el Programa marco para los centros residenciales, en los últimos años se han constatado cambios sustanciales en los perfiles de los niños y adolescentes atendidos en el sistema de protección:

- Aumento de la media de edad de los niños y adolescentes acogidos en los centros de protección.
- Progresiva disminución de niños menores de diez años atendidos en los centros.
- Incremento de niños provenientes de otros países, tanto de familias inmigradas como extranjeros sin referentes familiares.
- Incremento de situaciones o dificultades específicas (relativas a la conducta, salud mental y discapacidad). Se ha incrementado el número de niños y adolescentes atendidos por el sistema de protección con necesidades específicas que requieren respuestas especializadas: con problemas graves de conducta, discapacidades y carencias psicosociales. También han aumentado los casos de niños y jóvenes con problemas de salud mental que necesitan un diagnóstico diferencial y un cribado a la hora del ingreso.
- Aumento de las situaciones familiares graves y cronicadas. Aumenta el número de niños y adolescentes que llegan al sistema de protección procedentes de familias muy desestructuradas y con situaciones familiares graves.

El Síndic es conocedor de que se está estudiando el perfil de los jóvenes tutelados por la DGAIA y recientemente se ha publicado el informe *¿Cuáles son los perfiles de los jóvenes tutelados por la DGAIA?*, que incluye una encuesta realizada a personal educador sobre los adolescentes de entre quince y diecisiete años con medida protectora, elaborado por el Área de Apoyo a los Jóvenes Tutelados y Extutelados, a fin de desarrollar recursos asistenciales alternativos más adecuados a sus necesidades.

En este sentido, es necesario adecuar los recursos de protección existentes para atender las necesidades de los adolescentes y fomentar el establecimiento de un programa de seguimiento y de acompañamiento de los adolescentes acogidos en centros, pero también en familias extensas y ajenas, que garantice la intervención especializada ante las problemáticas que van surgiendo a lo largo de su desarrollo.

Así mismo, es necesario planificar adecuadamente el retorno de los adolescentes con sus familias y proporcionar el apoyo necesario, antes y después de que este retorno se haya producido, especialmente en el caso de adolescentes que han tenido dificultades de adaptación al sistema de protección, y evitar que las dificultades de adaptación al sistema de protección acaben generando retornos sin suficientes garantías.

Y, por último, es necesario garantizar que la proximidad a la mayoría de edad no condiciona el desamparo (cuando no existen suficientes garantías de protección en el núcleo familiar) y la asignación del recurso.

Si se adaptaran los recursos a las necesidades de los adolescentes tutelados, presumiblemente podrían evitarse algunos trastornos de conducta que después motivan la propuesta de ingreso residencial en un centro específico.

La DGAIA dispone de algunos recursos residenciales no ordinarios para atender a los niños y adolescentes que presentan unas necesidades especiales que ultrapasan los recursos ordinarios (públicos y concertados), que, como se ha señalado anteriormente y se verá a continuación, obedecen a una categorización y clasificación.

6.3. LA TRANSICIÓN A LA MAYORÍA DE EDAD

A pesar de que ya no son adolescentes tutelados por la DGAIA porque han llegado a la mayoría de edad, muchos chicos y chicas siguen ocupando plazas de centros residenciales específicos de la DGAIA por la situación de fuerte discapacidad o problema de salud mental que sufren.

Estos chicos y chicas o bien están pendientes que se les incapacite judicialmente o ya están incapacitados judicialmente, pero están pendientes de acceder a una plaza adecuada a su edad y sus necesidades en otro centro residencial dependiente de la Dirección General de Protección Social.

Mientras tanto, siguen ocupando una plaza en un centro residencial dependiente del sistema de protección que no se adecúa a sus necesidades y características, con la distorsión que esto significa para un sistema que presenta la situación de necesidad y de carencias estructurales que se ha explicado anteriormente.

La transición a la mayoría de edad es una problemática que afecta a todo el colectivo de niños y adolescentes tutelados, pero en el caso de especiales dificultades esta transición aún es más dificultosa, siendo la necesidad de proveer recursos y centros y de disponer de la normativa adecuada para garantizar una transición segura y adecuada un reto a alcanzar.

Hay un número de adolescentes tutelados que ocupan plazas residenciales del sistema de protección a la espera de recurso para personas con discapacidades o para personas con problemática social derivada de enfermedad mental. La mayor parte de estos jóvenes tienen modificada su capacidad por sentencia y están bajo la tutela de una fundación tutelar. El resto, aproximadamente un poco más de un tercio, se encuentra pendiente de juicio de modificación de su capacidad. La franja de edad de estos jóvenes en medidas asistenciales se encuentra entre los dieciocho y los veintitrés años.

La DGAIA efectúa la tramitación correspondiente para obtener el recurso

adecuado, ya sea de personas con discapacidad o con problemas de salud mental. En todos los casos, se pide la valoración de la discapacidad a los servicios de valoración y de orientación para personas con discapacidad de la Dirección General de Protección Social, a fin de acreditar legalmente el grado de discapacidad, y también se pide la orientación a los servicios de atención residencial especializada y, en su caso, por razón de enfermedad mental, se realizan gestiones con los centros de salud mental.

En el año 2013 se puso en marcha una comisión para el abordaje de los casos más complejos entre los departamentos de Salud y Bienestar Social y Familia, para mejorar la coordinación interdepartamental e interprofesional en la atención a las personas afectadas.

En fecha 22 de junio de 2017 se reunió la Comisión de Tutelas (comisión de asesoramiento y supervisión de las personas jurídicas sin ánimo de lucro que tengan atribuida la tutela de menores o incapacitados) para exponer las dificultades y para abordar propuestas de mejora mientras se espera el recurso residencial adecuado, dado que todos los asistentes coincidieron en que la solución implica una mayor dotación de recursos.

Entre las propuestas de mejora están las siguientes:

- Realizar formación al personal del CRAE para atender casos en los que se prorroga la medida asistencial en el centro de protección.
- No vincular la plaza residencial al requisito de atención diurna.
- Estudiar alternativas formativas.
- Revisar el modelo de residencia.

- Mejorar la coordinación entre los CRAE, los EAIA y las entidades tutelares, antes de la mayoría de edad, cuando se empieza a tramitar el procedimiento de modificación de la capacidad.

- Estudiar cómo dar apoyo a las personas económicamente deficitarias.

- Potenciar la figura del asistente.

La figura mediante la cual estos jóvenes se acogen al mantenimiento de la plaza residencial dependiente de la DGAIA mientras se tramita la incapacitación generalmente es la tramitación de las medidas cautelares.

En fecha 11 de agosto de 2017 la DGAIA emite una nota interna relativa a las medidas cautelares en los procedimientos judiciales, de acuerdo con la cual en los procedimientos judiciales de modificación de la capacidad iniciados por la DGAIA en los que sea necesario efectuar una petición de medidas cautelares al juzgado, ya sea porque el adolescente alcanza la mayoría de edad y se valora conveniente que continúe en el recurso de la DGAIA o por cualquier otra causa que la justifique, se considera conveniente dar las siguientes indicaciones:

- Antes de efectuar la petición de la medida cautelar debe valorarse bien si se está en condiciones de mantenerla.

- Una vez concedida la medida cautelar en sede judicial, será necesario gestionar conjuntamente con la autoridad judicial cualquier voluntad de cambio respecto de la situación del adolescente.

- Si se produce la huida del centro, el guardador deberá comunicarlo de forma inmediata a la DGAIA y a la autoridad judicial y realizar la correspondiente denuncia a los Mossos d'Esquadra.

7. GARANTÍAS NECESARIAS PARA EL INGRESO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES EN CENTROS RESIDENCIALES TERAPÉUTICOS. EL INTERÉS SUPERIOR DEL NIÑO

Dadas la descripción y las consideraciones efectuadas, se constata que existen carencias en la regulación y supervisión de los centros residenciales previstos para niños y adolescentes para atender problemas relacionados con su salud mental.

La regulación que proporciona la Ley Orgánica 8/2015 para el ingreso de personas menores con problemas de conducta en centros específicos de protección supone un avance notable en la garantía de derechos, pero presenta carencias.

Por un lado, delimita su aplicación a los centros destinados a niños y adolescentes bajo la guarda o tutela de la Administración y que han sido diagnosticados con problemas de conducta, a pesar de que no se especifica ni la gravedad del comportamiento ni la edad mínima del niño o adolescente para poder ser ingresado en uno de estos centros.

Por tanto, quedan excluidos de la aplicación de los preceptos de la Ley Orgánica 8/2015 los ingresos en centros privados para niños y adolescentes con medidas de restricción de derechos fundamentales que no estén bajo la medida de protección de una entidad pública y los menores que sufren un trastorno psíquico y menores infractores.

No obstante, como ya se ha señalado, y también se hace constar en la Circular FGE 2/2016, sobre el ingreso de menores con problemas de conducta en centros de protección, no parece que la distinción entre los tres colectivos señalados (problemas de conducta, trastorno mental e infractores) resulte en la práctica tan sencilla como pretendía el legislador estatal. La propia norma hace referencia a seguir con el apoyo sanitario necesario (administración de medicamentos) y a aportar recursos para la discapacidad de adolescentes ingresados, a pesar de que no se trata de centros dirigidos a estos colectivos.

Por otra parte, también se hace referencia a comportamientos agresivos y disruptivos, y

en particular a la violencia filiofamiliar; comportamientos que pueden llegar a ser subsumibles penalmente.

El hecho de que sean o no subsumibles penalmente dependerá en muchas ocasiones de la voluntad de las propias familias, si deciden presentar denuncia contra su hijo o hija, que si tiene entre catorce y dieciocho años será imputable penalmente y se le podrán aplicar las medidas reservadas a menores infractores, entre ellas el ingreso en centro de justicia juvenil o reforma o en su caso terapéutico, si se considera que el niño o adolescente sufre algún tipo de anomalía o alteración psíquica. Si el niño infractor es menor de catorce años, se prevé la remisión al sistema de protección y, por tanto, la decisión sobre ingreso en un tipo de centro u otro tampoco es tan diáfana, con las consecuencias que ello implica. La dificultad de diagnóstico y delimitación de trastorno de conducta tampoco es fácil, tal y como se ha expuesto.

Los centros de protección para menores con trastornos de conducta, a pesar de que se distinguen de los centros de justicia juvenil por su objeto (sancionador o meramente educativo) y su normativa reguladora, tienen en común la aplicación de medidas restrictivas de los derechos fundamentales, como son la restricción del régimen de visitas y comunicaciones y de permisos de salida con familiares, y las medidas de seguridad, como la contención, el aislamiento y los registros.

La Ley Orgánica 8/2015 impone algunas garantías para el ingreso y el mantenimiento en centros residenciales para menores con trastorno de conducta, como la autorización judicial para el ingreso y el mantenimiento en el centro, previa valoración psicosocial que justifique la solicitud de ingreso en el centro, emitida por personal especializado en protección de menores, o la necesaria revisión de la medida al menos trimestralmente, entre otras medidas de control y supervisión del funcionamiento del centro una vez hecho efectivo el ingreso.

Se parte de la regulación de la Ley Orgánica 8/2015 para analizar cuáles deben ser las condiciones y los requisitos que debe cumplir, a criterio de la institución, un ingreso en un centro residencial de tipo terapéutico dirigido a niños y adolescentes con problemas de

salud mental, consumo, discapacidad o trastorno de conducta, estén o no bajo la guarda o tutela de la Administración.

En este sentido, el Síndic considera que, para que la provisión de este tipo de recursos residenciales se dote de las debidas garantías y se adecúe al interés superior de niño, deben cumplirse las siguientes condiciones:

1. Que no existan alternativas no residenciales más adecuadas (principio de subsidiariedad o última ratio) y que el ingreso se efectúe para el mínimo tiempo indispensable (principio de proporcionalidad).
2. Que se garantice el derecho al consentimiento informado del paciente en el tratamiento recibido y la edad mínima de ingreso.
3. Que haya autorización judicial de ingreso.
4. Que haya una evaluación forense del paciente que indique la idoneidad del recurso concreto (principio de especialidad).
5. Que exista una supervisión y un control del funcionamiento del centro, así como una regulación y garantía de los derechos de los adolescentes ingresados.

En todo caso, que toda decisión que se tome en referencia al ingreso, la continuidad y las medidas de seguridad y tratamiento recibidos sea de acuerdo con el interés superior del niño o adolescente.

En las páginas siguientes se desarrollarán estos requisitos, que son absolutamente necesarios para garantizar los derechos de los niños y adolescentes ingresados en centros residenciales terapéuticos.

7.1. EL RECURSO RESIDENCIAL COMO ÚLTIMA RATIO Y PARA EL MÍNIMO TIEMPO INDISPENSABLE

El derecho preferente del niño o adolescente a vivir en su medio habitual y a no ser separado de su familia deriva de la aplicación

del artículo 9 de la Convención de los derechos del niño. Solo puede producirse esta separación cuando sea necesaria para el interés primordial del niño. El artículo 20 exige que los estados aseguren una forma apropiada de cuidado alternativa tomando en consideración que se mantenga la continuidad de la crianza.

El artículo 120 de la Ley 14/2010, en casos de desamparo, indica que las medidas de acogimiento familiar, siempre que sea posible, tienen preferencia respecto de las que conllevan el internamiento de la persona menor de edad en un centro público o concertado.

El niño tiene derecho a vivir en un entorno cuanto más normalizado mejor. En este sentido, la institucionalización que supone el ingreso en un centro residencial contraviene con carácter general los derechos del niño.

La excepcionalidad de la institucionalización se fundamenta en la existencia de un importante consenso científico sobre el impacto negativo de la institucionalización en el desarrollo infantil, así como los riesgos que presentan los niños institucionalizados de sufrir violencia. La OMS ha sido muy clara en afirmar que las instituciones de cuidado residencial tienen un impacto negativo en la salud y el desarrollo infantil y debiéndose sustituir por otras modalidades de cuidado de alta calidad.²⁹

Igualmente, en cuanto al ámbito de la atención a la salud mental, no solo de niños y adolescentes, existe una preocupación creciente por la integración en la sociedad de la persona enferma mental, y por una desinstitucionalización progresiva y de respeto y garantía de sus derechos.

Los centros de internamiento psiquiátrico (anteriormente manicomios), que se originan en la Edad Media y perduran hasta el siglo XX, tenían como función principal contener la “locura”, pero también la diversidad y marginalidad, aunque supusiera la negación de los derechos individuales de las personas internas, así como la estigmatización y

²⁹ World Health Organization, Regional Office for Europe, Better health, better lives: children and young people with intellectual disabilities and their families. Transfer care from institutions to the community, EUR/51298/17/PP/3, 8 de novembre de 2010.

aplicación de formas de represión a menudo inadecuadas.

No es hasta partir de la segunda mitad del siglo XIX y principios del siglo XX que surgen las primeras críticas a los hospitales psiquiátricos, tanto por la situación y las condiciones en que se encuentran las personas internas como por la poca efectividad en la recuperación y mejora de la calidad de vida de los pacientes. En Europa, este movimiento se consolida después de la Segunda Guerra Mundial, que promueve el cierre de los hospitales de internamiento psiquiátrico y demanda la atención de los enfermos mentales en un contexto comunitario.

En España no se incorpora esta corriente de la psiquiatría comunitaria hasta 1985, a través del Informe de la Comisión Ministerial de Reforma Psiquiátrica, que incluye a la red de servicios del ámbito comunitario las entidades tutelares.

En el caso de los niños y adolescentes, la institucionalización también ha sido muy presente en la historia, puesto que los internados estaban previstos para acoger a niños huérfanos o desamparados y también podían ser concebidos como lugares de aislamiento y de modificación de conductas, llamados *correccionales*, para niños o adolescentes más díscolos.

La concepción y motivación que han dado lugar a la existencia de este tipo de centros ha ido variando a lo largo del tiempo. Lo que en un primer momento podía considerarse como una medida educacional o de corrección religiosa o moral de la conducta socialmente inadecuada de un niño o adolescente en su proceso de transición a la vida adulta para su integración en la sociedad y el cumplimiento de las normas socialmente aceptadas ha pasado a ser concebida y aceptada en la escala de valores actual como medida terapéutica para atender una más o menos aceptada patología de salud mental, denominada a menudo como trastorno de conducta.

En todo caso, en este proceso, a menudo también pueden confundirse los intereses y las finalidades que persiguen este tipo de medidas y primarlas por encima de los derechos de los adolescentes afectados.

Así, el Comité de Derechos del Niño de las Naciones Unidas, en sus observaciones generales, también se refiere a estas cuestiones:

En la Observación general número 15 (2013), sobre el derecho del niño a disfrutar del más alto nivel posible de salud (artículo 24), señala:

“Debe prestarse especial atención a determinadas categorías de niños, entre ellos los niños y adolescentes con discapacidad psicosocial. Cuando se plantee la hospitalización o el internamiento, la decisión debe adoptarse de conformidad con el principio del interés superior del niño, en el entendimiento fundamental de que redundará en el interés superior de los niños con discapacidad recibir atención, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que viven y en un entorno familiar, de ser posible en su propia familia, prestando a la familia y al niño todo el apoyo necesario.”

“El Comité advierte del peligro del recurso excesivo a la medicalización y el internamiento e insta a los Estados a que adopten un enfoque basado en la salud pública y el apoyo psicosocial para hacer frente a la mala salud mental de los niños y adolescentes e invertir en enfoques de atención primaria que faciliten la detección y el tratamiento precoces de los problemas psicosociales, emocionales y mentales de los niños.”

La Observación general número 14 (2013), sobre el derecho del niño que su interés “Los adolescentes con trastornos psicosociales tienen derecho a ser tratados y atendidos en la comunidad en la que viven, en la medida posible. Cuando se requiera hospitalización o internamiento en un centro, deberá evaluarse el interés superior del niño antes de tomar una decisión y su opinión habrá de respetarse; las mismas consideraciones son válidas para los niños más pequeños. La salud del niño y las posibilidades de tratamiento también pueden formar parte de una evaluación y determinación de su interés superior con respecto a otros tipos de decisiones importantes (por ejemplo, la concesión de un permiso de residencia por razones humanitarias).”

La Observación general número 9 (2006), sobre los derechos de los niños con discapacidad, indica:

“El Comité ha expresado a menudo su preocupación por el gran número de niños con discapacidad que son colocados en instituciones y por que la institucionalización sea la opción preferida en muchos países. La calidad de los cuidados que se ofrecen, sea de educación, médicos o de rehabilitación, con frecuencia es muy inferior al nivel necesario para la atención a los niños con discapacidad por falta de normas explícitas o por la no aplicación de las normas y la ausencia de supervisión.

Las instituciones también son un entorno particular en que los niños con discapacidad son más vulnerables a los abusos mentales, físicos, sexuales y de otro tipo, así como al descuido y al trato negligente a (véanse los párrafos 42 a 44 supra). Por consiguiente, el Comité insta a los Estados Partes a que utilicen la colocación en instituciones únicamente como último recurso, cuando sea absolutamente necesario y responda al interés superior del niño. Recomienda que los Estados Partes impidan la colocación en instituciones exclusivamente con el objetivo de limitar la libertad del niño o su libertad de movimiento. Además, hay que prestar atención a la transformación de las instituciones existentes, dando preferencia a los pequeños centros de tipo residencial organizados en torno a los derechos y a las necesidades del niño, al desarrollo de normas nacionales para la atención en las instituciones y al establecimiento de procedimientos estrictos de selección y supervisión para garantizar la aplicación eficaz de esas normas.”

Con estas consideraciones, y atendiendo al interés superior del adolescente, es necesario evaluar si la existencia de este tipo de recurso es idóneo y necesario en algunos casos preservando la garantía de derechos, una vez agotadas todas las opciones alternativas disponibles, como programas de acompañamiento terapéutico y socioeducativo a domicilio de mayor intensidad de los que existen actualmente.

7.2. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS Y LA EDAD MÍNIMA

En muchos de los casos de adolescentes que se encuentran en una situación de dificultad relacionada con su salud mental hay un rechazo

expresado a recibir el tratamiento propuesto, ya sea en el marco de un recurso residencial terapéutico o de tratamiento terapéutico de tipo ambulatorio.

Así pues, también será necesario abordar las garantías del consentimiento informado del niño o adolescente a recibir un determinado tratamiento, ya sea médico, en sentido estricto, como también de tipo terapéutico o educativo pero que revierta en la mejora de su salud mental y, por tanto, entendido como tratamiento de salud en sentido más amplio.

La regulación de los derechos de la personalidad de los niños también ha experimentado grandes cambios en la evolución historicolegal, y se establecen modelos normativos más o menos respetuosos con el interés superior del niño, la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad en función de las corrientes políticas gobernantes.

Se trata de estudiar en cada caso concreto el binomio protección versus autonomía de acuerdo con el principio de interés superior del niño y la capacidad progresiva del individuo, tal y como marca la Convención sobre derechos del niño, en un ámbito tan sensible como el ejercicio del derecho a la vida y la integridad física, y de evaluar la capacidad de disposición de estos derechos de los que disfrutaban los niños y adolescentes en cuanto a la decisión respecto de la actividad terapéutica y facultativa que se les pretende practicar en cada caso.

En cuanto a la normativa internacional no es hasta la Convención de derechos de los niños de 1989 que se considera a los niños como titulares reales de derechos, lejos del proteccionismo de las primeras regulaciones de derechos del niño, previéndose la garantía del derecho a la participación activa del niño en su vida privada. Se consagra el derecho a expresar la propia opinión libremente en todo el asunto que le afectan, “teniendo debidamente en cuenta las opiniones del niño en función de su edad y madurez”. Por tanto, la verdadera autorregulación de la vida privada del niño está subordinada a su capacidad natural.

En el ámbito europeo, a pesar de que no tienen carácter vinculante ni son directamente aplicables, el Parlamento europeo aprobó dos textos: la Carta europea de los niños hospitalizados (1986) y la Carta europea sobre los derechos del niño (1992). En el año 2000 se

proclamada la Carta de los derechos fundamentales de Niza (2000), vinculante desde 2009, cuyo artículo 24 prevé que la opinión de la persona menor de edad debe tenerse en cuenta “en referencia al asunto que le afecten, en función de su edad y madurez” y haciendo prevalecer su interés superior.

En el ámbito de salud en el año 1997 se aprueba el Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, el Convenio de Oviedo, que establece como principio rector de la relación médica el consentimiento informado del paciente, libre y previo a cualquier intervención, señalando que en el caso de los menores que, según la ley, no tengan capacidad para otorgarlo, deben ser sus representantes los que tienen que prestar la autorización, teniendo en consideración la opinión del menor como “un factor que debe ser tanto o más determinante en función de su edad y su grado de madurez” (art. 6.2), siempre que la intervención redunde en beneficio del paciente (6.1). El espíritu de la normativa se basa en la universalización de los derechos del niño, su interés superior y el carácter evolutivo de las facultades del niño.

La Constitución Española establece los derechos relativos a la dignidad y la libre personalidad, junto con la obligación de los poderes públicos de asegurar la protección social, económica y jurídica de la familia, y con carácter singular de los menores, que se refleja en la Ley Orgánica de protección jurídica del menor, que prevé la capacidad de autodeterminación de la persona menor de edad en función de su capacidad natural e instaura el principio del interés superior del niño.

El Código Civil (artículo 154) establece el derecho del menor a ser escuchado antes de cualquier decisión que le afecte, distinguiendo el que tiene doce años, edad a partir de la cual se presume *iuris tantum* su capacidad natural, y el que, siendo menor de doce años, tiene la madurez suficiente.

En cuanto al ejercicio de los derechos de la personalidad se reconoce este ejercicio a la persona menor de edad, según la edad y la capacidad natural, excluyendo la representación legal en este ámbito, excepto que las leyes que regulen estos derechos establezcan otra cosa

(artículo 162). Por tanto, se establece una remisión a la legislación sectorial.

La normativa sobre la autonomía del paciente menor de edad establece como criterio general la capacidad natural, que es sustituida por la capacidad de obrar (mayoría de edad) o por la representación solo en casos tasados.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, define el consentimiento informado como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada” (artículo 3), que, además, puede revocar su declaración de voluntad en cualquier momento y también negarse u oponerse a recibir cualquier tipo de tratamiento propuesto (artículos 2 y 8).

Esta ley fue modificada por la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y la adolescencia, modificación que ha sido criticada por algunos autores, por considerar que supone una regresión porque hace aumentar los estándares de capacidad exigibles para la prestación de consentimiento válido en el ámbito clínico, lo que cosa acentúa la tensión entre el criterio subjetivo (madurez) y el objetivo (edad).

Otros autores consideran que el criterio de la capacidad natural para emitir consentimiento válido de la persona menor de edad se sigue manteniendo, si se interpreta la nueva redacción de los artículos 9.3.c) y 9.4 de la Ley 41/2002 de acuerdo con el Convenio de Oviedo ya mencionado, que en España entró en vigor el año 2000.

El artículo 9.3 c) prevé que el consentimiento en el caso de menores de edad tan solo puede ser prestado por los representantes legales si la persona menor de edad “no es capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención” y “después de haber escuchado su opinión”.

En todo caso, se excluye de esta posibilidad la persona mayor de dieciséis años maduros, rasgo de que exista un grave riesgo para su vida o salud y el personal facultativo decida en este caso quien tendrá que prestar el consentimiento (art. 9.4).

Así, en el ámbito sanitario, existen dos criterios determinantes de la capacidad de obrar: el criterio subjetivo de la capacidad natural y el criterio objetivo de la edad de dieciséis años, momento a partir del cual se presume *ope legis* capacidad natural suficiente, complementado por el derecho del mayor de doce años a ser escuchado de acuerdo con el Código Civil y la Convención de los derechos del niño.

Es necesario también mencionar la importancia que la información que forma parte esencial del consentimiento informado se dé al paciente menor de edad en los términos que le resulten entendibles, adaptando y modulando las explicaciones a su desarrollo intelectual y volitivo (artículo 9.1 de la Ley Orgánica 1/1996, de protección jurídica del menor).

El paciente menor es el titular del derecho a la información y se prevé que el paciente pueda consentir que se informe a sus familiares (artículo 5 de la Ley 41/2002). No obstante, los representantes legales deben ser informados para que puedan ejercer su responsabilidad parental, incluso en contra de la voluntad del paciente, en caso de que tenga que protegerse la salud y el crecimiento físico o mental y exista peligro grave para el paciente menor de edad (artículo 9.3 Ley 41/2002).

Por tanto, de acuerdo con la normativa actual, es necesario distinguir entre:

Persona menor de edad emancipada o mayor de dieciséis años

La Ley presume la existencia de madurez y le otorga la capacidad de declarar la voluntad sin representación. De acuerdo con el Convenio de Oviedo y la Convención sobre los derechos del niño, se trata de una presunción *iuris tantum*, que permite prueba en contra. Por otra parte, la norma también prevé que, si a criterio del personal facultativo se trata de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor de edad, se informe preceptivamente a los representantes legales, que deberán consentir después de escuchar la opinión del adolescente.

Persona entre doce y dieciséis años no emancipada

En este caso, si el personal especializado competente considera que el paciente tiene el grado suficiente de capacidad intelectual y emocional para comprender el alcance del

tratamiento o la intervención médica sugerida, deberá éste el que emita la declaración de voluntad que lo autorice.

Cuando se considere que el adolescente no ha conseguido el nivel de madurez y reflexión suficiente para manifestar autónomamente el consentimiento informado, este consentimiento corresponderá a sus representantes legales, después de haber escuchado la opinión de la persona menor de edad. Por otra parte, el personal facultativo puede (a pesar de que solo se exige *ex lege* al mayor de doce años) escuchar al menor de doce años.

No se han establecido pautas ni protocolos para poder evaluar la capacidad intelectual y madurez en cada caso, y dependerá de la interpretación subjetiva del facultativo en cuestión concretar este concepto jurídico indeterminado en cada caso concreto. Así mismo, el consentimiento informado por representación, por tratarse de derechos personalísimos, debe atender las necesidades del paciente y el respeto a su dignidad. Esta decisión puede ser sometida a control judicial si se considera contraria a sus intereses o existe discrepancia entre los representantes legales y el personal facultativo.

Persona menor de doce años

Se acepta una presunción de falta de capacidad natural para decidir sobre los tratamientos y las intervenciones médicas a que debe someterse al paciente.

Sin embargo, se permite, pero no se exige, al facultativo que dé audiencia al niño menor de doce años en referencia al tratamiento o intervención que se le tiene que aplicar.

En todo caso, debe ser personal facultativo médico autorizado y no personal educador quien recete los medicamentos sujetos a prescripción médica, y realice el seguimiento y correcta administración del tratamiento. Así, los tratamientos deben ser prescritos por personal facultativo, pero también deben tener el consentimiento informado de los adolescentes y niños maduros, y en todo caso de los mayores de dieciséis años, y estar sometidos a criterios de supervisión, particularmente en el caso de medicamentos, en cuanto a posología y administración, control de tratamiento y posibles efectos adversos.

7.3. LA AUTORIZACIÓN JUDICIAL Y EVALUACIÓN FORENSE COMO REQUISITO DE INGRESO

Además de la regulación de la autonomía del paciente y el consentimiento informado en el caso de los niños y adolescentes menores de edad que tengan que someterse a un tratamiento o intervención de tipo sanitario, para el internamiento por razón de trastorno psíquico, se requiere autorización judicial.

El artículo 763 de la LEC establece que el internamiento de menores debe hacerse siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, con el informe previo de los servicios de asistencia al menor y con autorización judicial.

El Tribunal Constitucional (TC), mediante las sentencias 131 y 132/2012, de 2 diciembre, resuelve cuestiones de inconstitucionalidad interpuestas en referencia al artículo 211 del Código Civil y con la disposición final 23ª de la Ley Orgánica de protección jurídica del menor, así como con el artículo 763 de la LEC. En este sentido, se plantea el carácter no orgánico de una disposición que regula la limitación de la libertad para el internamiento de las personas con enfermedad mental.

Para el internamiento, el TC exige, en el caso de los adultos, y en tanto que limita la libertad del individuo, que se emita una autorización judicial y se pruebe la existencia de una enfermedad mental, que ésta revista de tal amplitud que legitime el internamiento, y que el internamiento no pueda prolongarse cuando no subsista el trastorno que lo determina.

La Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, reviste de carácter orgánico el artículo 763 de la LEC (mediante la modificación de la disposición adicional primera de la LEC) e introduce una regulación específica para el ingreso de personas menores de edad en centros de protección específica para menores con trastorno de conducta.

En este caso, el derecho a la libertad personal es el derecho fundamental que, además del derecho a la vida y a la integridad física y psíquica, entra en juego cuando se habla de ingreso en centro residencial terapéutico y en centros especiales para adolescentes con trastorno de conducta, puesto que el ingreso

en este tipo de centros puede suponer una limitación o restricción de la libertad del adolescente, por aplicársele medidas estructurales de contención, existir una configuración arquitectónica especial, así como restricciones y supresiones de salidas (artículo 133 de la Ley 14/2010).

Sin embargo, será necesario diferenciar el ingreso de un adolescente en un centro residencial en ejercicio de la guarda, como una de las formas de protección del niño de que dispone la Administración, de aquel ingreso que supone una modificación o alteración del *status libertatis* del niño o adolescente en el caso de centros cerrados en que no se permite la salida por propia voluntad (STC 94/2003).

La Convención de las Naciones Unidas, las líneas directrices del Comité de Ministros del Consejo de Europa para una justicia adaptada a los niños de 17 de noviembre de 2010 y las reglas de las Naciones Unidas para la protección de los menores privados de libertad adoptada por la Asamblea General en la Resolución 45/113, de 14 de diciembre de 1990, definen la privación de libertad como toda forma de detención o encarcelamiento, así como el internamiento en un establecimiento público o privado del que no se permita a la persona menor de edad salir por su propia voluntad por orden de cualquier autoridad judicial, administrativa u otra autoridad pública.

Por otra parte, todas las garantías reconocidas a los adultos privados de libertad deben reconocerse a los niños y adolescentes como titulares de derechos aún con más medida, dada su especial vulnerabilidad y menor posibilidad de defender su propio interés.

En este contexto, será preciso valorar si las exigencias legales que se aplican a los centros residenciales de educación intensiva también se deberán aplicar a los denominados *centros residenciales terapéuticos* para personas con problemas de consumo/o salud mental.

Para determinar si es así, será necesario valorar si este tipo de centros suponen una restricción o limitación de la libertad de los adolescentes que ingresan y si aplican medidas de seguridad y de restricción de libertades o derechos fundamentales con una finalidad de protección a la salud, la integridad física o psíquica y la educación.

Para el caso de los llamados centros terapéuticos se considera que los adolescentes que ingresan tienen una realidad compleja que requiere una atención sanitaria específica por problemas de adicción o salud mental, que en el caso de los centros que desempeñan esta función para adolescentes tutelados dentro del sistema de protección, han requerido un concierto de plazas y la autorización del Departamento de Salud.

Se trata de recursos regulados por el Decreto 92/2002, de 5 de mayo, por el que se establecen la tipología y las condiciones funcionales de los centros y servicios sociosanitarios. En el pliego de prescripciones técnicas de la contratación de los servicios para niños y adolescentes tutelados por la DGAIA en este tipo de centros se hace referencia a “la atención y terapia socioeducativa con el objeto de modificar la conducta” y “menores de edad con trastorno de conducta grave” (Pliego del centro sociosanitario Valldaura y Font Fregona).

Así, a pesar de que ciertamente no se trata de centros residenciales de educación intensiva, y están encargados de tratar problemas de salud mental y consumo de tóxicos específicamente, en el seno del funcionamiento de estos centros se acostumbran aplicar medidas de seguridad y restrictivas de derechos y libertades que incluso conlleva que se desarrollen actividades de escolarización reconocida.

Los centros residenciales de esta tipología que acogen a niños y jóvenes no tutelados o bajo la guarda de la DGAIA no cumplen con uno de los requisitos de aplicación del artículo 25.1 de la Ley Orgánica 8/2015. En los trabajos previos con el anteproyecto (concretamente en el marco de la Comisión Interautonómica) se pidió que se hiciera referencia a la aplicación de la necesidad de autorización judicial para los supuestos de personas menores de edad ingresadas por los progenitores o tutores en centros específicos, aunque finalmente la Ley no lo menciona.

No obstante, dado que el ingreso en este tipo de centros supone restricciones y limitaciones del derecho de libertad de los niños y adolescentes residentes, se entiende que, de acuerdo con una interpretación favor libertatis, y en virtud del interés superior del niño, también debería aplicarse y exigirse la

autorización judicial igualmente para el ingreso en centros sociosanitarios terapéuticos.

También es necesario considerar la discusión doctrinal de origen ético y moral sobre el margen entre el ámbito de decisión que entra dentro de la patria potestad (artículo 236 del Código Civil catalán) “los progenitores determinan el lugar o los lugares donde viven los hijos y, de una forma suficientemente motivada, pueden decidir que residan en un lugar diferente al domicilio familiar” y la necesidad de disponer de autorización judicial para el internamiento en un establecimiento especializado cualquiera que sea la edad de la persona (artículo 212 del Código civil catalán).

Si es esta última la conceptualización que se hace de este tipo de centros, quizás sería preciso, en todo caso, requerir la autorización judicial que prevé la LEC (artículo 763) para el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico.

Ciertamente, la Ley Orgánica 8/2015 no distingue a la hora de exigir autorización judicial entre si el internamiento es voluntario o no, mientras que la LEC, en este supuesto, sí. Se entiende que también es más garantista para cubrir posibles cambios de opinión exigir una autorización judicial en todos los casos, sea cuál sea la voluntad manifestada por el niño o adolescente.

Por otra parte, la opción más garantista para el adolescente que debe ser ingresado en un centro socioeducativo o terapéutico, independientemente que esté tutelado o no, si este recurso supone la separación del adolescente de su medio y la aplicación de medidas de restricción o limitación de su libertad, es exigir la autorización judicial para el ingreso, que deberá basarse en el parte médico o de evaluación psicológica que acompañe la solicitud y que acredite la necesidad de este ingreso en interés superior del niño, que será preciso revisar en los plazos establecidos para garantizar también la proporcionalidad de la medida.

La evaluación forense, tal y como ha dictaminado el TC en varias sentencias emitidas sobre esta cuestión (SSTC 112/1988, 131/2010, 141/2010, 13/2016, 22/2016, 34/2016, 50/2016), que son de aplicación, debe permitir que la autorización judicial no sea una mera regularización del ingreso, sino que debe ser

un informe adecuado y completo que sirva de apoyo objetivable y que los órganos judiciales tienen que examinar de forma crítica.³⁰

7.4. SUPERVISIÓN Y CONTROL. REGULACIÓN DE DERECHOS DURANTE LA ESTANCIA RESIDENCIAL

Para que el ingreso en este tipo de centros y la continuidad en el recurso estén legitimados, es necesario que haya indicación médica y autorización judicial que lo permitan, pero también será precisa una regulación de derechos y una supervisión y control del funcionamiento de estos centros que permitan garantizar los derechos de los adolescentes ingresados durante la estancia en el centro.

Así mismo, será necesario que la continuidad en estos centros sea revisada por el juzgado y el forense de forma periódica para garantizar que se siguen cumpliendo con los requisitos de acceso al recurso, puesto que se trata siempre de un recurso de carácter subsidiario y excepcional.

El artículo 3.3 de la Convención de los derechos del niño establece que los estados miembros deben asegurar que las instituciones, los servicios y los equipamientos responsables de la atención o protección de los niños cumplan con las normas establecidas por la autoridad competente, especialmente en cuanto a la seguridad, la salubridad, el número y la

competencia del personal, y también que exista supervisión profesional.

El hecho de que se trate de un servicio residencial que atiende a niños y adolescentes implica que la Administración deba asegurar el cumplimiento de los derechos que se les reconocen, ya sea el centro público o privado, y estén tutelados por la Administración o no lo estén.

En cuanto a la regulación y el control del funcionamiento de los centros que actualmente se configuran como centros de tipo terapéutico, cabe destacar que los centros privados que figuran actualmente inscritos en el Registro de centros sociosanitarios del Departamento de Salud y que atienden a adolescentes no tutelados no están sometidos a una regulación ni a una supervisión específica como tales.

La propia Dirección General de Ordenación Profesional y Regulación Sanitaria aseguraba en el informe enviado que valoraba como muy necesaria la inclusión en la Cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud de centros residenciales para menores de dieciocho años con trastornos de conducta y adicciones a estos efectos.

También afirmaba que las inspecciones en los centros actualmente en funcionamiento se efectúan a instancia de parte, derivan de una denuncia o reclamación y no existe una programación específica de inspecciones de oficio en este ámbito.

Inspecciones en los centros sociosanitarios de tratamiento de adicciones y salud mental

17/3/2015	ITA Argenton, por denuncia de un extrabajador que exponía deficiencias estructurales y procedimentales. Se archiva.
13/11/2015	Can Puig/Centre Català de Solidaritat, por denuncia del Síndic sobre trato incorrecto. Se archiva.
27/4/2016	Font Fregona, por denuncia del Síndic de Greuges de seguimiento de un paciente. Se archiva.
14/7/2016	Centro Residencial de Atención a las Drogodependencias Julià Romea, por denuncia del Síndic de deficiencias estructurales, higiénicas y de personal. Se incoa expediente sancionador.
26/9/2016	Font Fregona y Mas Pons, por denuncia del MCPT y de un particular de maltratos físicos y psicológicos. Se archiva. Se modifica el Plan de emergencias del edificio y se deriva la lectura clínica del caso a la DGAIA.
5/10/2016	ITA Argenton, a instancia del MCPT, que efectúa recomendaciones de mejora. Se archiva con la aceptación de las recomendaciones del MCPT.

³⁰ La DGAIA informó en el mes de agosto de 2018 a la institución que para el ingreso de niños y adolescentes tutelados o bajo guarda en centros especializados (CREI, sociosanitarios y adolescentes con trastornos mentales graves) los juristas de las EFI piden autorización judicial, a excepción de los centros ITA y Acompaña'm, para los casos urgentes.

13/5/2017	ITA, por denuncia de un paciente de tratamiento no idóneo. Se archiva.
30/5/2017	Font Fregona y Mas Pons, a instancia del MCPT, se formulan recomendaciones sobre contenciones, régimen disciplinario, dignidad, intimidad y escucha de los adolescentes. Se requiere la reelaboración de un nuevo plan director basado en una estrategia educativa y no punitiva.
22/5/2018	Comunidad Terapéutica Valldaura, a instancia de la DGAIA, a raíz de un oficio de la Fiscalía de Menores, denuncia a la directora del centro.

En cuanto a los niños y adolescentes tutelados, la regulación del ingreso y la estancia en los centros residenciales la recoge el artículo 134 y siguientes de la Ley 14/2010, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia.

Así mismo, el artículo 133 de esta misma ley regula específicamente los centros o unidades de educación intensiva y la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y adolescencia, desarrolla y refuerza el concepto de interés superior del niño y regula los derechos y deberes de los niños y adolescentes acogidos en centros residenciales especializados. No se establece una regulación específica para centros residenciales de tipo terapéutico, además de la mención que efectúa el artículo 133.4 sobre la posible existencia de centros terapéuticos. La Ley se remite a un reglamento que no se ha desarrollado.

El Programa marco de los centros residenciales de educación intensiva (CREI), aprobado el día 10 de abril de 2017, establece un conjunto de principios y directrices que resulta el modelo socioeducativo y terapéutico que enmarca las actuaciones que llevan a cabo todos los profesionales de los centros.

En este programa, se prevé el derecho del niño a la información, la escucha y la participación, a la intimidad y la propia imagen, a la identidad y las relaciones personales, a la salud y la educación especializada, a recibir a una asignación económica y también a presentar quejas y solicitudes.

Igualmente, se regulan las medidas de seguridad que limitan el derecho de los adolescentes

acogidos en recursos residenciales especializados, que tienen derecho a no ser sometidos a ningún tipo de restricción de libertad, inmovilización o restricción de la capacidad física o intelectual por medios mecánicos o farmacológicos sin prescripción facultativa y supervisión de profesionales calificados (registros corporales o de pertenencias, contenciones y aislamientos). Cada uno de los centros residenciales de educación intensiva dispone de un proyecto educativo de centro que debe adecuarse al programa marco.³¹

Como se verá, la DGAIA no dispone de un centro residencial terapéutico como tal donde poder ingresar a los niños y adolescentes con enfermedad mental que no pueden ingresar en los centros de educación intensiva para adolescentes que presentan trastorno de conducta.

A pesar de ello, durante los últimos años, el CRAE Can Rubió ha venido desempeñando estas funciones, fruto de un convenio suscrito con el Departamento de Salud y contando con personal de psiquiatría de la red de salud mental infantojuvenil para ejercer este tipo de funciones específicas encomendadas.

En el año 1992 la DGAIA creó el CRAE (centro residencial de acción educativa ordinario) Can Rubió, que, a pesar de que continúa teniendo la condición de CRAE, desempeñaba funciones de recurso terapéutico y requería para el ingreso de los adolescentes tutelados que estos estuvieran diagnosticados con enfermedad mental grave.

El centro Can Rubió ha constado inscrito como CRAE en el Registro de servicios sociales

³¹ Inspecciones en los CREI por parte de la DGAIA: CREI El Pedrenyal, 30 de junio de 2016; CREI Mas Ritort, 18 de octubre de 2017; CREI Castanyers, 16 de diciembre de 2017. No constan las últimas inspecciones en Can Rubió, Can Ginesta y El Guaret.

hasta el año 2018, pero, por acuerdo con el Departamento de Salud de 1992, se incluyó un equipo clínico de salud mental, además del equipo educativo, para poder desempeñar funciones de carácter terapéutico y atender las necesidades detectadas. Disponía de 25 plazas. A pesar de que era un centro público y desarrollaba unas funciones específicas, nunca se registró formalmente como centro terapéutico, dado que no había cobertura en la Cartera de servicios sociales ni de salud para este tipo de recurso.

Se trataba de un centro con un funcionamiento diferente derivado de esta especificidad que se ha regido por la regulación de la Ley 14/2010, el proyecto educativo del centro y el reglamento de régimen interno, hasta que recientemente ha visto modificada su configuración y ha pasado a convertirse en un CREI.

Paralelamente, y de acuerdo con lo dispuesto en el Plan integral de atención a las personas con trastorno mental y adicciones, línea estratégica 2, objetivo 2.4.1, el Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias (DGAIA) y el Departamento de Salud han implantado una experiencia piloto de recurso residencial terapéutico para adolescentes en situación de vulnerabilidad, tutelados, que se llama *Acompaña'm* (Acompañame).

En fecha 16 de enero, el Departamento de Salud y el Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias aprueban las Bases para el modelo de unidad terapéutica educativa residencial para niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad, que define la unidad terapéutica residencial mencionada para niños y adolescentes tutelados o en proceso de valoración por parte de los EAIA, pero no se regula su funcionamiento.

Igualmente, la DGAIA concierta algunas de las plazas de los centros sociosanitarios privados que desempeñan la función de centros terapéuticos para niños y adolescentes tutelados, y en estos casos el Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias tiene una responsabilidad añadida directa de supervisión del funcionamiento de los centros residenciales donde ha delegado la responsabilidad de cuidado y atención, dada la específica necesidad de atención terapéutica del niño o adolescente de quien tiene la tutela.

En estos casos, puede existir una supervisión adicional de este departamento, que sigue teniendo la guarda o tutela de este niño o adolescente, a pesar de que tiene delegado su cuidado, pero para el resto de casos no existe una supervisión exhaustiva y una regulación de las garantías de funcionamiento de estos centros.

En los últimos años, el Síndic se ha ocupado de destacar la importancia de que la DGAIA garantice la supervisión de los centros de protección, tanto de titularidad pública como concertada, no sólo de las condiciones materiales que ofrecen a los niños, sino también del proyecto educativo y de su funcionamiento ordinario, desde una perspectiva más centrada en los derechos los niños y adolescentes y la respuesta a sus necesidades, en la escucha directa de los niños y adolescentes y en la escucha de los propios profesionales de los centros, que pueden actuar como defensores de los niños. Particularmente, el Síndic ha solicitado que se incorpore de forma sistemática una supervisión y un apoyo a los centros de protección que incluya el cumplimiento de los estándares de calidad existente en referencia a los centros de protección y que se garantice en todo caso la escucha de los niños.

En el año 2017 se aprobó la Directriz general 3/2017, de 8 de mayo, del director general de Atención a la Infancia y la Adolescencia, por la que se aprueba el Formulario de seguimiento de centros y se determina su implementación. La DGAIA ha trabajado en la elaboración de un sistema de indicadores para el seguimiento de la implementación del Programa marco para los centros residenciales. El ámbito de aplicación del formulario de seguimiento de centros residenciales alcanza los servicios de centro de acogimiento y los servicios de centro residencial de acción educativa incluidos en la Cartera de servicios sociales.

Con la información que la DGAIA pueda disponer del formulario piloto del conjunto de centros que integran el sistema de protección, se prevé que pueda tenerse elaborado el sistema de indicadores definitivo para el seguimiento de la implementación del Programa marco para los centros residenciales.

A pesar de esto, quedaban sin cobertura clara la regulación y el seguimiento que efectúa la Administración de los centros en que están

ingresados adolescentes no tutelados por la DGAIA, siendo tampoco aplicable el formulario de seguimiento de centros residenciales de la DGAIA a CREI y centros en que está en convenio el servicio especializado, sino solo a centros de acogimiento y centros residenciales de acción educativa.

El hecho de que la prestación de un servicio de centro residencial de carácter terapéutico entrara a formar parte de la cartera de servicios sociales y la cartera de prestaciones del SNS implicaría una mayor garantía del cumplimiento de los requisitos de funcionamiento de los centros y una mayor supervisión por parte de la Administración, requisito indispensable para asegurar la calidad del servicio y, por tanto, la salud y el bienestar de los niños y adolescentes, además que contribuiría a la equidad en el acceso a la salud y la protección de los derechos de estos niños y adolescentes.

La falta de garantías en cuanto al trato y la calidad asistencial y terapéutica, además de la vulneración de derechos que supone para los niños y adolescentes ingresados, implica una responsabilidad en cuanto a las posibles consecuencias para la vida y la salud futura del adolescente que la sufre. También es preciso tener en cuenta esta cuestión a la hora de analizar posibles responsabilidades.

Así mismo, será necesario valorar, de cara a la posible regulación del funcionamiento de este tipo de centros, en caso de que se considere la idoneidad de incluirlos en la cartera de prestaciones, lo que contiene la Ley Orgánica 5/2000, reguladora de la responsabilidad penal del menor, y el Real Decreto 1774/2004, que la desarrolla, así como la Circular 1/2008, de 8 de abril, de la Dirección General de Ejecución Penal a la Comunidad y de Justicia Juvenil, en cuanto a la regulación de las unidades terapéuticas de justicia juvenil.

En el caso de los ingresos en unidades terapéuticas de justicia juvenil, por ejemplo, existe una regulación de las medidas de contención y aislamiento frente el estado psicopatológico del adolescente por razón de riesgo y/u objetivación de comportamientos auto o heteroagresivos, siempre que se hayan agotado todas las otras intervenciones posibles, por indicación médica y bajo supervisión judicial, diferenciando totalmente estas medidas del régimen disciplinario, no

aplicable en una medida de internamiento terapéutico.

A pesar de que se trate de servicios diferenciados que obedecen a perfiles de adolescentes diferentes, por el hecho de que se trata de centros sociosanitarios que hacen una función de acompañamiento socioeducativo y terapéutico para adolescentes que tienen indicación facultativa a tal fin, la regulación que se efectúe del funcionamiento de estas unidades puede ser de interés para la regulación del funcionamiento de unidades terapéuticas para adolescentes no responsables penalmente.

A los efectos de las inspecciones y los informes que puedan ir efectuando al menos trimestralmente el Ministerio Fiscal y la entidad pública que corresponda, el libro de registros o incidencias deberá estar actualizado, y deberá supervisarse y comprobar la existencia y corrección del proyecto educativo específico y la programación pedagógica individual de cada adolescente ingresado, puesto que el proyecto educativo no solo constituye la misión de estos centros de protección, sino que se erige en el primer presupuesto de validez de las medidas de seguridad y del régimen disciplinario que pueda imponerse.

La supervisión por parte del Síndic y el Mecanismo Catalán de Prevención de la Tortura en centros residenciales terapéuticos. Carencias detectadas

En el marco de la actividad de garantía de derechos de niños y adolescentes en Cataluña, el equipo de infancia del Síndic ha realizado varias visitas a la mayor parte de los centros residenciales donde hay algún tipo de restricción a la libertad y la autonomía de los niños y adolescentes ingresados. Estas visitas también permiten efectuar una valoración de las carencias y dificultades que plantean la existencia y el funcionamiento de estos centros residenciales.

Igualmente, en el marco de la intervención del Mecanismo Catalán de Prevención de la Tortura (MCPT), se han realizados visitas y recomendaciones a algunos centros residenciales para niños y adolescentes que presentan trastornos de conducta y enfermedad mental grave y de alta complejidad,

como: centro terapéutico Font Fregona, centro residencial urbano terapéutico educativo Julià Romea de Amalgama 7, ITA (Instituto de Trastornos Alimentarios), Unidad de Trastornos de Conducta del Instituto de Trastornos Alimentarios (ITA) y centro residencial de acción educativa y terapéutico Can Rubió.

El MCPT mantiene un protocolo de actuación homogénea, con las especificidades propias del tipo de centro objeto de supervisión. Antes de la visita, el Equipo de Trabajo decide qué son los objetivos y qué metodología se utilizará. Las visitas se realizan en cualquier horario, sin aviso previo, y se inspeccionan los espacios de privación de libertad escogida por el Equipo, particularmente aquellos donde existe más riesgo de maltrato, como son las salas de contención o, en centros penitenciarios, los departamentos especiales.

Las visitas suelen centrarse no tanto en los aspectos estructurales de estos espacios, que ya son conocidos de visitas anteriores, sino en entrevistas confidenciales con personas privadas de libertad; entrevistas individuales a las que este año se han añadido, en algunos casos, reuniones de grupo para tratar cuestiones de carácter general.

El Síndic considera importante remarcar las conclusiones y recomendaciones del MCPT, dado que son significativas para valorar la situación actual de los centros existentes y las limitaciones que conlleva el hecho de que muchos sean privados a la hora de garantizar los derechos de los niños y adolescentes que residen.

A menudo, se observa que los adolescentes ingresados con trastornos mentales y conductuales tienen una prescripción excesiva de medicamentos (la Administración no suele cuestionar la prescripción de medicamentos) o que en las intervenciones educativas el peso de la actuación disciplinaria, con más o menos garantía, es superior al que requiere la recuperación del adolescente.

A través de las entrevistas con los adolescentes y los profesionales y de la revisión de las historias clínicas, se constata que a menudo se

utiliza la polimedicación con psicofármacos para el control conductual de los adolescentes y, en casos concretos, resultan visibles los efectos secundarios de estos fármacos, como son la excesiva sedación, que podría apuntar a una sobremedicación. Muchos profesionales entrevistados coinciden en la importancia de la intervención psicoterapéutica con los adolescentes y en el hecho de que, probablemente, una mayor intervención reduciría el número de prescripciones farmacológicas.

En cuanto a la prescripción de antipsicóticos como contención psicofarmacológica en caso de agitación o agresividad, a pesar de que en la mayoría de centros se efectúa de forma excepcional, e incluso hay centros donde no se utiliza, se ha constatado que en algunos otra esta prescripción se utiliza de forma sistemática. La contención de cualquier tipo, incluida la farmacológica, debe responder a un objetivo terapéutico de control de conductas que suponen un riesgo para un mismo o para terceros, no puede tener carácter sancionador y tiene que ser el último recurso después de haber agotado los recursos alternativos posibles, y en caso de que sea absolutamente imprescindible, siempre con supervisión facultativa y con seguimiento sanitario de la medida.

Otras cuestiones que se remarcan son el tipo de medidas de contención y disciplinarias, que pueden consultarse en los informes del MCPT publicados en la web del Síndic.³²

Las carencias detectadas exigen que se regule de forma clara y detallada el régimen de funcionamiento del centro, y que la inspección y supervisión se realice de forma periódica, incluyendo entrevistas con los adolescentes ingresados y los profesionales y revisiones exhaustivas de los registros de medicación y contención.

La supervisión y el control de los centros debe incluir:

- La regulación de las garantías y las funciones desarrolladas por centros privados que realizan tareas de atención y

³² Visitas realizadas a centro terapéutico Font Fregona; centro residencial urbano terapéutico educativo Julià Romea, de Amalgama 7; ITA (Instituto de Trastornos Alimentarios); Unidad de Trastornos de Conducta, del Instituto de Trastornos Alimentarios (ITA) y centro residencial de acción educativa y terapéutico Can Rubió. Ver el apartado de visitas y de conclusiones. http://www.sindic.cat/site/unitFiles/4935/Informe%20MCPT_2017_cat.pdf

tratamiento a niños y adolescentes con problemas de salud mental, trastorno de conducta, consumo y discapacidad, estableciendo las ratios de profesionales, los requisitos de ingreso y atención especializada a niños y adolescentes, así como garantías en el establecimiento de medidas de contención, de tratamiento y educativas, sin que puedan preverse sanciones que impliquen restricciones al derecho de comunicación y relación con compañeros y familiares ni al derecho a la educación ni a la dignidad, de acuerdo con el interés superior del adolescente y la finalidad educativa que deben perseguir las medidas.

- La previsión de un sistema de inspección y de supervisión mucho más intenso de los centros para niños y adolescentes que incluya a la escucha de los chicos y chicas ingresados y los profesionales de los centros (entrevistas con los adolescentes ingresados, revisión de los planes terapéuticos y de medicación, el régimen disciplinario y la imposición de sanciones, protocolos de contenciones, las ratios de profesionales, etc.)

- La supervisión y las inspecciones periódicas también de centros sociosanitarios con presencia de adultos, en especial la atención diferenciada de los niños y adolescentes que puedan estar ingresados.

- Revisión periódica del registro de contenciones que incluya el motivo y la medicación suministrada, con parte médico y prescripción farmacológica

- Revisión por parte de personal médico del sistema público de salud de las medicaciones suministradas y el uso para el que están prescritas, evitando la administración de antipsicóticos sin patología psicótica contrastada.

- De acuerdo con el interés superior del niño y la función del personal educador como garante de los derechos de los niños residentes en centros bajo la tutela de la Administración, este personal debería estar protegido en esta acción de denuncia, independientemente del resultado final de las actuaciones de investigación que se desprendan.

En definitiva, las visitas ponen de manifiesto algunas de las cuestiones planteadas en este informe, puesto que, más allá de la idoneidad del recurso y su provisión, también evidencia la necesidad de ordenar y de regular la diversa tipología de recursos, garantizar la calidad de la intervención y el respeto a los derechos, mediante la regulación y la supervisión por parte de la Administración.

8. ALGUNOS ITINERARIOS DE ADOLESCENTES EN CENTROS RESIDENCIALES TERAPÉUTICOS

El Síndic fundamenta sus informes monográficos en la constatación, principalmente a través de las quejas concretas presentadas por algunas personas, de problemas que afectan al conjunto de la ciudadanía.

En este caso, son varias las quejas presentadas a la institución expresando el malestar y la confusión que viven familias, personal

educador y principalmente adolescentes, que manifiestan la necesidad de un recurso residencial de tipo terapéutico, de acompañamiento y de contención donde se vean protegidos y desde donde se les pueda garantizar la salud y el bienestar necesario para su desarrollo y su integridad física y emocional.

A continuación, se exponen algunos ejemplos, que evidencian la variabilidad y la confusión de diagnósticos, la dificultad de encaje con los recursos y las respuestas dadas por la Administración en cada uno de los estadios de cada itinerario personal.

2484/2016:

Chica de diecisiete años en acogimiento familiar desde 2005 y permanente desde 2011. Se indica que ha protagonizado un intento de suicidio y otras conductas autolíticas. En el año 2015 finaliza la medida de acogimiento familiar “por imposibilidad de control”, según relata la familia que presenta la queja (consumo, absentismo, agresividad). Se aporta un informe psicológico privado indicando que los trastornos de conducta se deben a problemas de estrés traumático de tipo complejo, temprano y acumulativo, y que es precisa una intervención de acompañamiento intensivo a la familia de acogida.

Una vez finalizado el acogimiento familiar, en el año 2015, la chica ingresa en un piso de autonomía y el EAIA efectúa una propuesta ingreso en centro terapéutico, a pesar de que se señala que será difícil por la proximidad de la chica a la mayoría de edad. En junio 2016 la DGAIA manifiesta que la Comisión de acogimientos terapéuticos y educativos ha validado propuesta de ingreso en centro terapéutico en marzo de 2016 y que queda a la espera de asignación recurso. En junio 2016 la chica ingresa en un centro residencial terapéutico privado.

7586/2016:

Chico de trece años que sufre trastorno de conducta alimentaria. La familia expone que el chico es atendido en el CSMIJ de referencia durante dos años y se agrava su problemática de salud.

La familia requiere un tratamiento más intensivo. El Departamento de Salud indica que la evolución del estado de salud del chico durante el tratamiento al CSMIJ no es del todo favorable, pero descarta el ingreso en el hospital de día por la edad del chico, no por la indicación de un tratamiento más intensivo, que sí valida.

La familia opta por ingresar al chico en un centro residencial terapéutico privado y el chico, después del tratamiento recibido y según expone la familia, mejora notablemente. Al no poder acogerse al seguro escolar obligatoria por razón de edad, se orienta a la familia a solicitar el resarcimiento y la financiación del recurso al Departamento de Salud a través del procedimiento administrativo regulado en la Instrucción 3/2016, del Servicio Catalán de Salud, que se ampara en el artículo 5 del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud (SNS), derogado por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que establece la Cartera de servicios comunes del SNS.

9384/2016:

Chica de trece años diagnosticada con trastorno adaptativo, alteración mixta en las emociones y el comportamiento, con ingresos psiquiátricos. La familia pide que la Administración asuma su guarda para proporcionarle recurso terapéutico adecuado, a pesar de que se valora como una familia “protectora”.

En el mes de febrero de 2016 la Administración asume la guarda de la chica y se acuerda el ingreso para un período de seis meses en un CREI. Durante su estancia en el centro, la familia expone que la chica sufre abusos sexuales, consume drogas y se escapa constantemente. Reclaman un recurso terapéutico y no un CREI.

Ante la evolución desfavorable, en noviembre de 2016 el EAIA solicita que se valore otro recurso terapéutico, a pesar de que el diagnóstico no está claro.

En el mes de diciembre de 2016 la familia reclama asumir de nuevo la guarda para llevarla a un recurso privado en Sabadell y, si no funciona, volver a su país de origen, Bolivia. La DGAIA valida la propuesta y se desconoce la evolución de la chica.

En el año 2017 la chica es derivada a un hospital de día después de una larga estancia de hospitalización total en psiquiatría y cuatro meses en la UCA. Por último, ingresa durante ocho meses en un centro terapéutico privado con financiación de servicios sociales.

Actualmente, la chica realiza seguimiento en el CSMIJ, continúa en el domicilio familiar y en absentismo escolar.

4450/2016:

Chica de trece años que es derivada a los servicios de salud mental por trastorno adaptativo con trastorno mixto del comportamiento y las emociones y consumo de cannabis. La familia, ante la problemática de conducta (expulsiones de los centros escolares, intervención de Mossos y de servicios sociales, etc.) decide ingresar a la chica en un centro residencial terapéutico el 4 de noviembre de 2013, que el CSMIJ de referencia valora “adecuado a la problemática de la paciente”.

El día 2 de noviembre de 2014 es ingresada en un centro terapéutico. El 30 de junio de 2015 es dada de alta con seguimiento ambulatorio por parte de la misma entidad.

En fecha 17 de febrero de 2016 la madre solicita a la DGAIA la guarda protectora de la chica para poder dar cobertura económica al proceso terapéutico, dado que se ha agotado la cobertura proporcionada por el seguro escolar que permitía sufragar el gasto.

En fecha 14 de marzo de 2016 se resuelve denegar la guarda, a pesar de que en la resolución de la DGAIA se indica que los informes psicológicos y psiquiátricos aportados indican el tratamiento que se procura en el ámbito privado, pero la responsabilidad de la cobertura es del Departamento de Salud. Por su parte, el Departamento de Salud indica que la familia se dirija a CatSalut para valorar de nuevo la situación de la chica, pero se le indica que no puede cubrirse el coste del tratamiento privado.

7370/2016:

Chica de quince años con graves problemas de conducta y consumo.

El día 18 de enero de 2016 se declara su desamparo por conductas disruptivas (consumo, robos, pernoctas fuera del domicilio sin consentimiento) que la ponen en situación de riesgo continuo, sin capacidad de la familia para contenerla. Se ingresa a la chica en un centro de acogida.

Desde su ingreso, la chica protagoniza huidas continuas, y no es posible hacer ningún tratamiento ni intervención en el centro ni tampoco un estudio y una propuesta de medida adecuada.

En fecha 7 de septiembre de 2016 la madre decide ingresar la adolescente en un centro terapéutico privado asumiendo su coste. La DGAIA indica que este hecho demuestra la capacidad protectora de la madre y cesa en sus funciones tutelares el día 16 de septiembre de 2016.

La madre presenta queja porque no puede asumir el coste del centro, y el Síndic se dirige a la Administración para que vuelva a valorar a la situación de la chica y la provea de un recurso residencial terapéutico intensivo para garantizar su bienestar.

El día 10 de mayo de 2017 se emite una resolución de guarda administrativa y la chica ingresa en un centro terapéutico.

5571/2017:

Chica de dieciséis años que desde los doce presenta conductas de riesgo (consumo de tóxicos, denuncias por agresiones, intentos de autolisis). La familia pide la protección de la chica y el ingreso en un centro terapéutico.

En fecha 10 de abril de 2014 se abrió expediente de riesgo, en fecha 7 de mayo de 2015 se propone ingreso en CREI, pero la DGAIA informa en diciembre de 2015 que se han producido cambios familiares que posibilitan el trabajo con la familia. En fecha 9 de mayo de 2017 el EAIA vuelve a efectuar propuesta de desamparo e ingreso en un CREI.

El día 14 de julio de 2017 el caso se presenta en la Comisión de acogimiento terapéutico de la DGAIA y el mismo día el EAIA emite un comunicado que ratifica la medida, pero existe una dificultad de emitir un informe psicológico que valide la propuesta porque la chica está huida.

Dada la gravedad del caso, igualmente se propone su ingreso en un CREI en septiembre de 2017, pero en el mes de enero de 2018 aún está pendiente de valoración por parte de todos los profesionales implicados (servicios de territorio, policía local, etc.), dada la falta de colaboración de la chica.

Actualmente, de acuerdo con la última información obtenida, la chica ha cumplido los dieciocho años, se indica que parece que está sufriendo una situación de violencia de género y adicción a tóxicos, no sigue ningún tratamiento y vive sola en el domicilio de los tíos maternos, que relatan que han marchado por el alto grado de conflictividad y agresividad.

6098/2016:

Niña de catorce años que se expone a situaciones de riesgo grave, consumo tóxico, relaciones sexuales de riesgo, agresiones, amenazas. La familia solicita intervención de servicios sociales y la DGAIA asume su tutela.

La chica ingresa en un centro de acogimiento el 4 de marzo de 2016 y, según el propio informe del centro, la chica inicia una escalada de conductas de riesgo (huidas, conductas sexuales de riesgo, consumo agudo de tóxicos, agresividad) e incrementa la exposición a situaciones de peligro hacia ella y terceros.

El 11 de abril de 2016 se efectúa una propuesta de ingreso en CREI, que se modifica posteriormente por la de un centro terapéutico. En fecha 1 de septiembre de 2016 la chica ingresa por vía de urgencia en un centro terapéutico. La chica hace una buena adaptación, pero se escapa dos veces: una primera es trasladada de nuevo al centro y la segunda, al domicilio familiar. Desde el 10 de abril de 2017 se ha propuesto el retorno de las funciones tutelares a la familia para continuar la intervención en el núcleo familiar a través de un compromiso socioeducativo.

9554/2015:

Chico de catorce años con conductas disruptivas, agresiones y consumo de tóxicos de dos años de evolución. Ha sufrido acoso escolar.

La familia solicita que se ingrese el chico en centro terapéutico y expresa su malestar porque no puede cubrir económicamente el tratamiento, dado que aún no cursa tercero de ESO y no hay cobertura del seguro sanitario obligatorio.

Por último, el chico ingresa en un centro terapéutico privado y está dos años en tratamiento, que la familia y el chico valoran muy positivamente para su evolución. También indican que no hay centros distribuidos en el territorio y que este hecho dificulta las visitas de las familias que viven lejos, como es su caso.

4501/2015:

Chica de quince años tutelados por la DGAIA desde septiembre de 2014 a petición de la madre, puesto que la chica se escapaba constantemente, consumía drogas y presentaba situaciones de exposición constante al riesgo.

La chica ingresa en un centro de acogida y después en un centro terapéutico en el mes de diciembre de 2014. La chica se escapa constantemente y la familia dice que está viviendo con un hombre de veintiséis años, líder de una banda latina. Se propone un CREI, pero no ingresa en él.

En el mes de mayo de 2016 se valora que la chica “no ha podido aprovechar” el recurso terapéutico, pero se la mantiene en situación de desamparo. El recurso más adecuado es un CRAE, pero tampoco ingresa en un CRAE dada la falta de aceptación de la chica. Se propone el retorno de las funciones tutelares y trabajo desde el territorio con coordinación con Departamento de Salud, a pesar de que la constatación de situación de desprotección y falta de herramientas adecuadas. Se finaliza la intervención de la DGAIA cuando llega a la mayoría de edad, a pesar de que la situación de desprotección persiste.

1707/2016:

Chico de diecisiete años con diferentes diagnósticos médicos (trastorno bipolar, trastorno general del desarrollo, esquizofrenia y psicosis grave). Desde los doce años, dada la imposibilidad manifiesta de la familia adoptiva para contenerlo en el domicilio familiar, se cede su guarda a la DGAIA, que mantiene su tutela para facilitar el ingreso del chico en un CREI.

La Fiscalía de Menores insta a cambiar al chico de centro porque se pone en peligro a él mismo y a terceros. La DGAIA indica que no es posible el ingreso en un CREI por la enfermedad mental del chico. La evolución del chico en el CREI es negativa dada la enfermedad mental grave que sufre. La DGAIA expone que desconoce el recurso más adecuado, a parte de los ingresos a la UCA y una posible incapacitación al cumplir la mayoría de edad.

Por último, el chico ingresa en un centro de justicia juvenil (dados los delitos cometidos) donde hay una unidad psiquiátrica para internos con salud mental y se opta por tramitar su incapacitación y buscar el recurso más adecuado a la mayoría de edad.

5099/2015:

Chica ingresada en un CREI que alcanza la mayoría edad y cursa el alta voluntaria del centro mientras se tramita su incapacitación, a pesar de la situación de riesgo a que se expone dada su discapacidad y que el retorno al domicilio familiar no garantiza su seguridad ni bienestar.

El juzgado que tramita la incapacitación dicta medidas cautelares para que la chica permanezca en el centro y la DGAIA manifiesta que no las puede hacer efectivas. La chica hace un intento de autolisis. Por último, se resuelve la curatela de la chica.

5443/2018:

Denuncia de un hospital sobre un chico de catorce años ingresado desde hace más de un mes por problemas conductuales de auto y heteroagresividad grave. En el hospital se le aplica contención mecánica completa durante todo el tiempo en que está ingresado, lo que le causa iatrogenia, y se le suministra medicación contra la ulceración.

Indican que no se trata de un caso de patología psiquiátrica clara y que no está indicada hospitalización ni medicación efectiva. El chico ha pasado por varios recursos anteriormente y, por último, ha sido derivado a una unidad terapéutica. Durante todo este tiempo (siete años de tutela) ha estado ingresado en varias ocasiones en la unidad de psiquiatría.

Se aborda la posibilidad de que, aun vez tramitada una posible denuncia por agresiones al personal sanitario, se le pueda derivar a un recurso de justicia juvenil, que se considera más adecuado dado el régimen cerrado. Por último, ingresa en un centro terapéutico.

9280/2017:

Chico de catorce años diagnosticado con trastorno de espectro autista. Presenta queja por falta de escolarización inclusiva.

Se le ingresa en la UCA por alteraciones conductuales, posteriormente se revisa el dictamen de discapacidad y se le indica un recurso residencial para discapacidades intelectuales.

Dada la falta de disponibilidad de este recurso para su edad, se alarga el período de estancia en la UCA. La madre asegura que quiere acceder a una unidad terapéutica, que le han manifestado que sería indicada para su hijo, caso en que no perdería su tutela, como sí pasa en otros recursos. Por último, el chico ingresa en una residencia.

7434/2018:

Chica de diecisiete años diagnosticados de TDAH con discapacidad reconocida del 33%. Trastorno adaptativo y agresivo.

La madre manifiesta que no puede sostener la convivencia con la chica. A requerimiento de la madre, los servicios sociales declaran su desamparo, pero en poco tiempo alcanza la mayoría de edad y no puede establecerse ninguna medida de protección.

3391/2018:

Chico de diecisiete años ingresado primero en centros de justicia juvenil, después de haber sido denunciado por violencia intrafamiliar.

La madre aporta un historial clínico con heterogeneidad de diagnósticos desde la primera infancia (TOC, TDAH, depresión) y tratamientos farmacológicos indicados con escasa adherencia y efectividad.

El equipo clínico que interviene en el caso descarta la presencia de un trastorno mental severo en el caso del chico y considera que presenta rasgos obsesivos de personalidad que suele autogestionar de forma adecuada, pero que presenta un trastorno de conducta que sí podría afectar su vida en el futuro.

El equipo de medio abierto pide realizar un seguimiento por relación tóxica de dependencia con la madre una vez cumple con la mayoría de edad, que la familia indica que no puede hacer.

9. CONCLUSIONES

El bienestar psicosocial es fundamental para el desarrollo infantil con gran implicación en la transición a la vida adulta. Los problemas de salud mental que pueden sufrir niños y adolescentes representan un gran obstáculo para este desarrollo, al mismo tiempo que la adecuada atención y provisión de los servicios y recursos necesarios para garantizarla representa el cumplimiento del derecho a la salud y al máximo desarrollo de un niño o adolescente.

Para garantizar el derecho a la promoción, prevención y protección de la salud mental y la atención sanitaria, la red pública se dota de un conjunto de recursos que no prevén de forma suficiente las necesidades de servicios de apoyo familiar y de parentalidad positiva (de apoyo a la crianza con un enfoque psicosocial y de educación emocional, más que clínico o patológico) que permitan proveer a las familias de herramientas para atender las dificultades y necesidades de los niños a lo largo de su crecimiento.

Los servicios asistenciales especializados en salud mental propiamente están saturados y atienden los trastornos mentales más graves, a pesar de que a menudo con menor intensidad de la que requerirían y con un tratamiento más farmacológico que terapéutico. Esta saturación afecta tanto a los centros de salud mental infantil y juvenil como a los servicios de hospitalización psiquiátrica que atienden crisis más agudas, y deja fuera los casos menos graves que también requerirían tratamiento y el acompañamiento social necesario de los pacientes.

La probabilidad de sufrir un trastorno mental en Cataluña está relacionada directamente con el entorno socioeconómico en que se desarrolle un niño o adolescente. La crisis económica ha provocado un incremento de trastornos de salud mental entre la población infantil y juvenil, especialmente dentro del segmento de población menos favorecida. A este factor de iniquidad, se añade la dificultad de estas familias de acceder a recursos alternativos fuera de la red pública que, como se ha señalado, está saturada y no proporciona la atención suficiente y adecuada que requieren muchos niños y adolescentes.

La red pública de salud y la red de servicios sociales no cubren ni servicios residenciales de comunidad terapéutica para niños y adolescentes menores de dieciocho años drogodependientes ni servicios residenciales para niños y adolescentes menores de dieciocho años con discapacidad intelectual o física, a menudo asociados a trastornos de conducta, ni tampoco servicios residenciales de tipo educativo terapéutico para niños y adolescentes con problemática derivada de salud mental, que también pueden concurrir con trastorno de conducta.

Se parte de la asunción de que un niño o adolescente, independientemente de la problemática que pueda sufrir, y mientras no haya sido desamparado por encontrarse en situación de desprotección grave, causada por la negligencia, la desatención, el abandono, el maltrato u otras circunstancias que denoten una falta de protección efectiva del niño y que requieran la separación del núcleo familiar, tendría que continuar conviviendo con su familia, con los apoyos que sean necesarios para atender las necesidades que presente.

El ingreso en un centro terapéutico residencial para atender una problemática de conducta, drogodependencia, salud mental, discapacidad de un niño o adolescente, solicitado por la familia, y que se hace efectivo a menudo en centros privados sin la supervisión ni el control de la Administración, debe valorarse hasta qué punto es una medida protectora y necesaria de acuerdo con el interés superior de este niño o adolescente, y en qué términos debe llevarse a cabo para hacer prevalecer sus derechos.

Carecen opciones alternativas de protección a través de la provisión de recursos de apoyo y seguimiento social de tratamientos de salud mental y de drogodependencia, por ejemplo, así como de trastornos de conducta que pueden manifestarse en la adolescencia, adaptados a las necesidades existentes de los adolescentes que puedan necesitarlo.

Actualmente, los centros terapéuticos residenciales que funcionan para atender problemática de salud mental y consumo dirigidos a niños y adolescentes en Cataluña son privados y están incluidos en el Registro oficial de centros sociosanitarios, autorizados por la Dirección General de Ordenación

Profesional y Regulación Sanitaria del Departamento de Salud. Este registro es compartido con el Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familia.

El Decreto 92/2002, de 5 de marzo, que establece la tipología y las condiciones funcionales de los centros y servicios sociosanitarios y fija las normas de autorización, no determina ninguna diferenciación por edad ni previsiones específicas para niños y adolescentes, y la inspección y supervisión que realiza el Departamento de Salud no es suficiente y se efectúa en todo caso sobre los requisitos que prevé esta normativa, que no tienen en cuenta los derechos de los niños residentes.

La demanda de provisión de este tipo de recursos residenciales terapéuticos (para adolescentes principalmente) a menudo se cubre desde el ámbito privado, sin control y supervisión sobre las condiciones de ingreso, de permanencia y de funcionamiento de los centros para garantizar los derechos de los niños y adolescentes ingresados.

Las familias que no pueden sufragar el elevado coste que suponen estos recursos intentan acceder a través de la financiación que les aporta la cobertura del seguro escolar obligatorio, que se limita a alumnos a partir del tercer curso de ESO, no cubre la totalidad del servicio e implica una limitación en la duración del tratamiento. Otras familias recurren a la cesión de la guarda o tutela de su hijo o hija a la Administración para que ésta cubra el coste económico del recurso.

El sistema de protección a la infancia y adolescencia que ha tenido que ser tutelada por la Administración por encontrarse en una situación de desamparo dispone de medidas residenciales específicas para atender a los niños y adolescentes que requieren una atención especializada por razón de salud mental, discapacidad, trastorno de conducta y/o consumo, ya sea a través de centros propios o del concierto de plazas en centros privados.

Dentro del sistema de protección se prevén los centros residenciales de educación intensiva, que dan respuesta a necesidades educativas y asistenciales específicas de adolescentes y jóvenes con alteraciones

conductuales, pero que no presentan enfermedades mentales o trastornos mentales que requieran tratamiento específico de los servicios competentes en salud mental o de atención a personas con discapacidad.

El sistema de protección a la infancia y adolescencia provee de los recursos necesarios un niño o adolescente que se encuentra en una situación de desamparo, que implica principalmente haber sufrido abandono, negligencia o maltrato por parte de su familia, de forma que el niño o adolescente no puede desarrollarse de forma adecuada y requiere la separación del núcleo familiar y que la Administración asuma su tutela.

Aun así, la Administración tiene el deber de proporcionar los recursos y servicios que tenga al alcance para poder acompañar y dar apoyo en la responsabilidad principal de crianza y desarrollo que tienen las familias sobre los niños. Una falta de recursos materiales y de servicios que la Administración tiene el deber de garantizar no puede suponer el desamparo de un niño o adolescente en familias que se consideran protectoras.

La tutela o guarda de un niño o adolescente para que pueda acceder a un recurso residencial, en caso de que se valore imprescindible para atender unas necesidades específicas, ya sea por un trastorno de conducta, un problema de salud mental, una discapacidad o el tratamiento de la drogodependencia, es un instrumento inadecuado y en fraude de ley porque el sistema de protección a la infancia y adolescencia asume una situación que no se ajusta a la finalidad para la que está previsto.

Los centros existentes actualmente en el ámbito privado, que atienden principalmente a adolescentes con problemas de conducta, salud mental y/o adicciones, no están sujetos a la regulación ni a la supervisión e inspección que requerirían estos centros que atienden y tratan personas menores de edad. En este sentido, en las visitas que ha realizado el Síndic a los centros actualmente en funcionamiento, en el marco del Mecanismo Catalán de Prevención de la Tortura, se han detectado carencias en las

instalaciones y también vulneraciones de derechos, sobre todo en el trato y en las medidas correctoras y disciplinarias que se aplican.

Por otra parte, los niños y adolescentes que han sido desamparados, de entrada, solo por haber tenido que ser separados del núcleo familiar y por haber vivido la situación que ha conllevado su desamparo, requieren un acompañamiento especial que les permita recuperarse física y psicológicamente de las adversidades sufridas, para preservar su salud mental en el presente y en el futuro. Es necesario que el sistema de protección garantice que este niño o adolescente pueda disponer de un profesional de referencia que le permita recuperar el vínculo dañado, evitando la rotación de profesionales y formándolos adecuadamente a tal fin, así como atendiendo a las dificultades expresadas por el colectivo de educadores sociales de este ámbito.

El sistema de protección a la infancia y adolescencia actualmente tiene dificultades para proveer de recursos adecuados las necesidades que presentan los adolescentes tutelados, que, por otra parte, son mayoría en el sistema. La complejidad de cambios que se presentan en la adolescencia genera necesidades de intervención diferenciadas que la Administración no ha sabido resolver hasta ahora, lo que genera muy poca afección al sistema, huidas continuas de los centros y exposición a situaciones de riesgo.

El hecho de que dentro del sistema de protección se haya extendido una red de centros que prevén medidas de seguridad y restricción de libertades o derechos fundamentales de adolescentes con problemas de conducta indica claramente que el peso de la atención de los adolescentes que manifiestan malestar en forma de conducta disruptiva ha recaído en el sistema de protección a la infancia, un modelo del que los sistemas de salud, de educación e incluso de integración social en el ámbito de la discapacidad se mantienen prácticamente al margen. La falta de recursos residenciales específicos del sistema sanitario, salud mental y de discapacidad provoca que algunos niños y adolescentes estén atendidos en centros específicos para menores con problemas de

conducta, a pesar de que existe una restricción en el ingreso de menores con enfermedades y trastornos mentales que requieren tratamiento específico de salud mental o discapacidad.

La subsidiariedad en la utilización de este tipo de recursos (centros de educación intensiva) resulta difícilmente objetivable, dada la debilidad de los dispositivos de tipo ambulatorio (salud, educación y servicios sociales), la ausencia de otros recursos residenciales de corta y media estancia en los sistemas sanitarios y educativo, e incluso la falta de centros de acogida funcionales del propio sistema de protección.

La valoración de conductas disruptivas o disociales recurrentes, transgresoras de las normas sociales y los derechos de terceros, es la manifestación externa más fácil de comprobar, pero es difícil determinar sus causas y el tipo de respuesta más eficiente para realizar el abordaje.

La clasificación de recursos específicos existentes y la dependencia funcional de una administración u otra (DGAIA, Dirección de Protección Social o Servicio Catalán de Salud) condicionan la propuesta de recurso más adecuada a las necesidades de cada persona, que a menudo no responde claramente a esta clasificación. Así, existe una cierta confusión, que se manifiesta en la pluralidad de diagnósticos clínicos que presentan los niños y adolescentes ingresados en cada uno de los centros y recursos existentes, en la categorización e indicación proporcionada a cada caso (discapacidad, salud mental, consumo o trastorno de conducta), así como en el tratamiento que reciben.

Paralelamente, dentro de la comunidad científica, y en el ámbito de salud mental, hay una fuerte controversia en cuanto a las diferentes diagnosis que afectan especialmente a los trastornos de conducta y la adolescencia, que algunos categorizan como patología de salud mental y otros, no, y que, dependiendo de la aproximación, implican tratamiento clínico y farmacológico o bien un abordaje de la recuperación emocional y no desde la patología.

Por otra parte, la drogodependencia se trata desde el ámbito de salud sin atender las

especificidades del hecho de ser niño o adolescente, y la atención residencial de la discapacidad se prevé en la Cartera de servicios sociales solo para adultos, cuando sobre todo algunos adolescentes y sus familias también requieren este servicio porque su atención en el ámbito convivencial familiar es muy dificultosa.

Por último, los recursos existentes en el ámbito de protección, ya de entrada escasos y con la confusión de diagnósticos y tratamientos indicados, en ocasiones son ocupados por adultos que no han sido incapacitados judicialmente cuando llegan a la mayoría de edad, por los déficits de coordinación y de gestión del proceso de

transición a la vida adulta que presenta el sistema de protección, junto con las dificultades de provisión de recurso adecuado por parte del sistema de protección social.

El hecho de que la mayor parte de adolescentes que actualmente ocupan centros residenciales para adolescentes con problemas de salud mental, trastorno de conducta y consumo sean adolescentes tutelados o adoptados pone de manifiesto que el acompañamiento en la recuperación emocional de niños y adolescentes que han sufrido una fuerte adversidad durante la infancia, como por ejemplo un abandono o un desamparo, no es suficiente para garantizar en todos los casos la recuperación de estos niños y adolescentes.

10. RECOMENDACIONES

En referencia a la garantía del respeto de los derechos en el internamiento en un centro residencial terapéutico de un niño o adolescente:

1) Garantizar los derechos de los niños en la propuesta de ingreso en centro residencial terapéutico. El interés superior del niño

a) Crear una comisión interdepartamental (Justicia Juvenil, Salud, Protección a la Infancia y la Adolescencia y Protección Social) para que, de acuerdo con los estudios y las evaluaciones realizadas respecto de los recursos existentes, puedan valorarse y abordarse las dificultades de atención a los niños, y especialmente a los adolescentes que requieren una atención residencial especializada, con las garantías de respeto a sus derechos y primando su interés superior.

b) Regular y supervisar que todo internamiento residencial de un niño y adolescente en un centro especializado cumpla con los siguientes requisitos:

Última ratio y mínimo tiempo indispensable

De acuerdo con el interés superior del adolescente, es necesario evaluar si la existencia de este tipo de recurso es idóneo y necesario, siempre preservando la garantía de derechos y una vez agotadas todas las opciones alternativas disponibles, como programas de acompañamiento terapéutico y socioeducativo a domicilio de mayor intensidad que los existentes actualmente.

- Evaluar los resultados de la ampliación de los planes de servicios individualizados (PSI) a personas menores de dieciocho años dirigidos a adolescentes que presentan problemas de seguimiento y tratamiento en su medio habitual, y prever su ampliación en caso de que los resultados sean positivos, o de otros programas similares de trabajo terapéutico en el medio habitual como vía alternativa al ingreso residencial.

- Valorar y recoger en la propuesta de ingreso todos los recursos de acompañamiento social y familiar que se han puesto en marcha junto con su evaluación, para garantizar que el internamiento residencial, y la restricción de libertades del niño y adolescente que conlleva, es el último recurso posible para garantizar su bienestar y su derecho a la salud al mayor nivel posible.

Consentimiento informado de los tratamientos médicos y edad mínima

En todo caso, debe ser personal facultativo médico autorizado, y no personal educador, quien recete los medicamentos sujetos a prescripción médica administrados y quien realice su seguimiento y correcta administración.

Los tratamientos deben ser prescritos por personal facultativo, pero también tienen que contar con el consentimiento informado de los adolescentes y niños maduros, y en todo caso de los mayores de dieciséis años, debiendo estar sujetos a criterios de supervisión, particularmente en el caso de tratamientos farmacológicos, en cuanto a posología y administración, control de la evolución y detección de posibles efectos adversos.

- Hay que respetar el derecho de escucha del niño y adolescente en cuanto a los tratamientos y las intervenciones de tipo sanitario que el personal facultativo responsable considere que se le tienen que aplicar en su beneficio.

- Es necesario supervisar si existen mecanismos fidedignos para evaluar la capacidad natural del niño o adolescente para ejercer los derechos personalísimos de que es titular, incluidos los que tienen que ver con las intervenciones terapéuticas llevadas a cabo en referencia a su salud mental.

- Hay que adaptar la información que se proporciona a los pacientes menores de dieciocho años a su inteligibilidad para que el consentimiento informado sea válido y pueda garantizarse de forma efectiva su derecho a la escucha.

Autorización judicial y evaluación forense

La opción más garantista para el adolescente que tiene que ser ingresado en un centro socioeducativo o terapéutico, independientemente de que esté o no tutelado, si este recurso supone la separación del adolescente de su medio y la aplicación de medidas de restricción o limitación de su libertad, es exigir la autorización judicial para el ingreso, que deberá basarse en el parte médico o de evaluación psicológica que acompañe la solicitud y que acredite la necesidad de este ingreso de acuerdo con el interés superior del niño. Esta decisión deberá revisarse en los plazos establecidos para garantizar también la proporcionalidad de la medida y su continuidad en el tiempo.

La evaluación forense debe permitir que la autorización judicial no sea una mera regularización del ingreso, sino que debe ser un informe adecuado y completo que sirva de apoyo objetivable y que los órganos judiciales deben examinar de forma crítica.

- Es necesario exigir la autorización judicial y la evaluación psicológica o facultativa de todo adolescente que deba ser ingresado en un CREI, así como en un centro sociosanitario o terapéutico que implique medidas restrictivas o limitadoras de la libertad, también en los casos en que el niño o adolescente no dependa del sistema de protección a la infancia y adolescencia.
- Esta evaluación debe ser validada por una comisión de profesionales que garanticen un enfoque interdisciplinario y desde diferentes orientaciones.

Supervisión y control

Las carencias detectadas en las visitas a los centros existentes exigen que se regule de forma clara y detallada el régimen de funcionamiento de los centros y los derechos de los niños y adolescentes ingresados, y que la inspección y supervisión de los centros se realice de forma periódica, incluyendo entrevistas con los adolescentes ingresados y los profesionales, y revisiones exhaustivas de los registros de medicación y contención aplicada.

- Hay que extender el ámbito de aplicación de la Directriz 3/2017, de 8 de mayo, de la DGAIA, sobre seguimiento de centros y los indicadores sobre infraestructura y materiales, equipo educativo, niños y adolescentes y documentación, a todos los centros residenciales en que haya niños y adolescentes ingresados.

- Es necesario regular los derechos y deberes de los niños y adolescentes ingresados en los centros residenciales actualmente existentes que desempeñan funciones terapéuticas y educativas, las ratios de profesionales, los requisitos de ingreso y la atención especializada a niños y adolescentes, así como las garantías en el establecimiento de medidas de contención, de tratamiento y educativas previstas, sin que puedan preverse sanciones que impliquen restricciones al derecho de comunicación y relación con compañeros y familiares ni al derecho a la educación ni a la dignidad, de acuerdo con el interés superior del adolescente y la finalidad educativa que deben perseguir las medidas.

- Hay que comprobar y supervisar el proyecto educativo específico y la programación pedagógica individual como presupuesto de las medidas de seguridad y el régimen disciplinario.

- La supervisión y el control debe incluir la escucha de los profesionales y, sobre todo, de los niños y adolescentes ingresados en los centros (entrevistas con los chicos y chicas ingresadas, revisión de los planes terapéuticos y de medicación, el régimen disciplinario y la imposición de sanciones, protocolos de contenciones, ratios de profesionales, etc.).

- Debe establecerse una periodicidad de inspecciones frecuentes en los centros que permita supervisar y controlar su funcionamiento de forma adecuada.

- Es necesario que el personal médico del sistema público de salud revise las medicaciones suministradas y el uso para el cual están prescritas, evitando la administración de antipsicóticos sin patología psicótica contrastada. Es precisa una revisión periódica del registro de contenciones que incluya el motivo, la

medicación suministrada con parte médico y la prescripción farmacológica.

- Es preciso llevar a cabo supervisión e inspecciones periódicas también de centros sociosanitarios en que haya adultos, especialmente de la atención diferenciada de los niños y adolescentes que puedan estar ingresados.
- Hay que revisar la formación de los profesionales en la práctica de contenciones y supervisión de los equipos profesionales, así como la aplicación de las recomendaciones de las evaluaciones de la prevención de riesgos laborales y psicosociales.
- De acuerdo con el interés superior del niño y la función del personal educador como garante de los derechos de los niños residentes en centros bajo la tutela de la Administración, este personal debería estar protegido en esta acción de denuncia, independientemente del resultado final de las actuaciones de investigación que se desprendan (garantizar la indemnidad laboral del personal educador que, ejerciendo su función de garante de los derechos de los niños residentes en centros, presente denuncia sobre posibles vulneraciones de derechos o irregularidades detectadas).

En referencia a la garantía del derecho a la salud mental infantojuvenil y a la situación actual:

2) Prevención y garantía del derecho a la salud mental infantojuvenil en términos de equidad desde un modelo psicosocial y comunitario

- Promover programas de prevención y promoción de la salud mental de los niños y jóvenes, así como intervenciones de acompañamiento a la crianza y la parentalidad positiva a lo largo del ciclo vital del niño y adolescente desde un modelo psicosocial y comunitario.
- Aumentar y extender los programas de detección precoz de trastornos y adicciones en los institutos y escuelas.
- Hacer más accesibles los servicios actualmente existentes para dar cobertura

en todo el territorio y llegar a la población más refractaria.

- Aumentar la provisión y la dotación de prestaciones, programas y servicios terapéuticos orientados a garantizar el acompañamiento psicológico de adolescentes y sus familias que, debido a diversos factores, hayan visto deterioradas sus condiciones de vida y sus competencias personales y relaciones familiares y sociales.
- Incrementar la dotación de recursos humanos, materiales y económicos en los centros de salud mental infantil y juvenil y otros recursos específicos en salud mental de la red de salud mental infantil y juvenil, para favorecer su acceso y aumentar la intensidad que exigen las necesidades reales de la población infantil.
- Potenciar el acompañamiento y el seguimiento social de los tratamientos terapéuticos dirigidos a niños y, sobre todo, a adolescentes que presentan dificultades de vinculación.
- Consolidar y ampliar las campañas de cuidado y atención a la salud mental y combatir la estigmatización de los problemas de salud mental entre la población infantojuvenil.
- Desarrollar el Plan integral de atención a las personas con trastorno mental y adicciones Estrategia 2017/2019.

3) Valoración de la idoneidad de incluir con cobertura pública servicios residenciales especializados para niños y adolescentes de acuerdo con el interés superior del niño

- Realizar un análisis de la cobertura de los recursos existentes, tanto en el ámbito de salud como de servicios sociales, y valorar la pertinencia de reforzar los servicios actualmente existentes y la inclusión, en su caso, en la Cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud de centros residenciales para niños y adolescentes menores dieciocho años que requieran intervenciones o tratamientos de desintoxicación y/o psicoterapia de forma intensiva con acompañamiento social.

- Valorar, en su caso, la inclusión en la Cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud de centros residenciales para menores de dieciocho años con patologías de salud mental: recursos sanitarios o sociosanitarios que desarrollan un programa específico de intervención terapéutica, para atender a niños o adolescentes afectados por trastornos mentales que necesitan seguir un tratamiento bajo la supervisión médica en condiciones de acogimiento continuado.

- Analizar si es conveniente, de acuerdo con el análisis de la cobertura de las necesidades que presentan algunos niños y adolescentes con discapacidad grave, la inclusión en la Cartera de servicios sociales de centros residenciales para niños y adolescentes con una discapacidad grave, tanto física como psíquica o sensorial, con trastorno de conducta o sin él, que, dada la gravedad de esta discapacidad, requieren apoyo constante de terceras personas para el desarrollo de las tareas habituales de la vida cotidiana.

- Valorar también el acompañamiento socioeducativo y terapéutico que proporcionan los recursos estrictamente clínicos (CSMIJ, hospitales de día, URPI, UCA) y otros recursos alternativos a los niños y adolescentes que lo necesiten, sin requerir la separación del núcleo de convivencia familiar, que puedan cubrir esta demanda de algunas familias.

4) Garantía de derechos de los niños y adolescentes ingresados actualmente en los recursos residenciales existentes

- Regular y supervisar el funcionamiento de los centros privados, autorizados por el Departamento de Salud, que atienden a niños y adolescentes en régimen de internamiento para garantizar que se respetan sus derechos.

- Elaborar un estudio detallado de la configuración, población atendida, requisitos de ingreso y condiciones de estancia de las unidades residenciales educativas y terapéuticas existentes actualmente en Cataluña que atienden a adolescentes por alteraciones conductuales, consumo, discapacidad y/o problemas de salud mental.

- En cuanto a las plazas residenciales que ocupan niños y adolescentes con discapacidad intelectual o física, garantizar que estos centros cumplan con los requisitos técnicos específicos necesarios para atender a niños y adolescentes menores de edad en sus instalaciones, y que se prevea con suficiente antelación y previsión el ingreso en plazas adecuadas para mayores de edad de los adolescentes que ocupan plazas destinadas a niños y adolescentes cuando están a punto de cumplir los dieciocho años, distinguiendo claramente los recursos para niños y adolescentes y adultos adecuadamente, de forma que puedan atenderse las necesidades específicas del colectivo infantil y adolescente.

5) Categorización de diagnóstico y falta de adaptación de la organización de los recursos a la complejidad de las necesidades

- Elaborar un estudio de los diferentes diagnósticos que existen entre los niños y adolescentes tutelados ingresados por tipología de centro residencial, tanto si son públicos como privados, así como una valoración y validación de los criterios diagnósticos utilizados.

- Evaluar los informes ya emitidos por la comisión de acogimientos terapéuticos y educativos en recursos de carácter terapéutico y educativo, circuitos, dificultades y efectividad de las propuestas elaboradas.

- Valorar las alternativas previas a la propuesta de ingreso residencial que se hayan podido elaborar.

- Supervisar de forma rigurosa y adecuada (comisión de acogimientos terapéuticos y educativos, o la que se prevea crear con este fin), con independencia técnica necesaria, el informe técnico de propuesta de ingreso en un determinado centro residencial, de forma que la propuesta de recurso sea adecuada a la necesidad específica de cada niño o adolescente y no esté nunca condicionada a la disponibilidad de plazas u otros criterios que no sean el interés primordial de cada adolescente.

- Crear un registro actualizado y exhaustivo de las propuestas técnicas de recurso

residencial no cubiertas y realizar un análisis periódico y detenido de las necesidades para ampliar o diversificar los recursos existentes, a la vez que se atienden con la debida celeridad las necesidades no cubiertas por falta de plazas disponibles, ya sea a través del concierto de una plaza privada o del mantenimiento en una plaza no idónea cuanto más ajustada mejor a las necesidades del niño o adolescente, haciendo constar la falta de adecuación del recurso que se provee.

- Debatir entre profesionales intervinientes de diferentes orientaciones para poder establecer unos criterios que permitan actualizar los protocolos de derivación y las propuestas de recursos adecuados a cada necesidad.

- Iniciar un trabajo de evaluación y valoración de profesionales del sector sobre las dificultades en el diagnóstico que lleva aparejado un trastorno de conducta en la adolescencia y las indicaciones de tratamiento, desde la interdisciplinariedad y los diferentes abordajes.

- Proveer los recursos residenciales especializados de profesionales de la salud mental proveniente de diferentes orientaciones, tal como se hace en los servicios ambulatorios y hospitalarios.

- Consolidar e intensificar el programa de apoyo del Departamento de Salud a los centros residenciales propios y concertados de la DGAIA, para mejorar y reforzar a la atención en salud mental que reciben los niños y adolescentes tutelados ingresados en centros residenciales ordinarios.

6) Cobertura del coste del servicio residencial terapéutico de niños y adolescentes no tutelados mediante mecanismos impropios

- Elaborar un estudio de los casos de niños y adolescentes que han requerido la intervención del sistema de protección, sin que previamente se haya valorado la existencia de otros elementos de desprotección de estos niños y adolescentes, para atender la demanda por parte de su familia de un recurso residencial específico para gestionar problemas de conducta, de consumo, de salud mental, vinculados o no

a una discapacidad intelectual de su hijo o hija.

- Evaluar la evolución de los casos, y qué trabajo y seguimiento se ha realizado, previamente y posteriormente a la solicitud de esta familia, para garantizar el bienestar y el derecho a la salud del niño y adolescente afectado.

- Evaluar la cobertura del seguro escolar de tratamientos y procesos neuropsiquiátricos no cubiertos por la Cartera del Sistema Nacional de Salud en Cataluña, con una especial consideración de los que implican internamiento residencial.

7) Acompañamiento a los niños y adolescentes tutelados y el derecho a la recuperación emocional y psicológica

- Garantizar la asignación de un profesional referente a los niños tutelados por la DGAIA, no solo a efectos técnicos y administrativos, sino para garantizar la función de establecer un vínculo sólido y de confianza con los niños y adolescentes tutelados.

- Fortalecer y garantizar la atención terapéutica de los niños y adolescentes que han sufrido situaciones de desamparo para que puedan gestionar su vivencia y fortalecer su salud mental para prevenir posibles problemas, dada la prevalencia existente derivada de la situación vivida, si no es debidamente atendida.

- Revisar el acompañamiento terapéutico que se garantiza a los niños y adolescentes tutelados, atendiendo a la situación vivida, para garantizar su derecho a la recuperación emocional y psicológica, con la formación adicional necesaria del personal educador y con el refuerzo considerado adecuado por los profesionales especializados en salud mental infantojuvenil y también del personal educador de los centros residenciales.

- Revisar que se preserve la dedicación necesaria para garantizar que las funciones del personal presente en los centros residenciales incluyan este acompañamiento.

- Revisar el número y el perfil de profesionales que son necesarios en cada uno de los centros, de acuerdo con las

necesidades detectadas y expresadas por los propios profesionales y las evaluaciones de riesgos psicosociales; fijar el número, la categoría y las retribuciones profesionales, y revisar, en su caso, las ratios que fija la Cartera de servicios sociales.

- Mejorar la formación y la supervisión de los profesionales y mejorar las ratios, de forma que se posibilite una mayor intensidad terapéutica si se requiere durante el ingreso.

- Desarrollar una evaluación de los riesgos psicosociales de las plantillas de todos los centros del sistema de protección de Cataluña, propios y concertados, para poder identificar y determinar la situación de riesgo en que se encuentran los profesionales, y estudiar e implementar las propuestas y las recomendaciones formuladas.

- Estudiar las condiciones laborales de los profesionales que trabajan en el ámbito de la protección de la infancia y adolescencia para evitar la actual rotación y las carencias que señalan las encuestas de evaluación de riesgos psicosociales realizadas en algunos centros.

-Revisar los diferentes recursos existentes y los tratamientos clínicos y farmacológicos, así como la necesidad de formación y de acompañamiento a los profesionales que trabajan en este ámbito.

- Proveer los profesionales de la formación y la supervisión necesarias para desempeñar su función, con la cobertura que se requiera en cada momento por otros profesionales de las funciones desarrolladas en su puesto de trabajo en el centro.

- Garantizar la participación de los colectivos profesionales en el funcionamiento y la organización de los centros y dotar a los equipos de los espacios técnicos para la reflexión y la gestión.

- Fomentar los acogimientos familiares y las unidades de acción educativa como primera medida de protección para los niños y adolescentes en situación de desamparo.

- Reforzar también para todas las familias, pero especialmente en el caso de las familias acogedoras, la formación y el apoyo profesional necesarios para adquirir

herramientas que permitan garantizar el derecho a la recuperación emocional y psicológica del niño o adolescente.

- Intensificar y extender también a las familias adoptantes y a los niños y adolescentes adoptados herramientas para trabajar el derecho a la recuperación emocional y psicológica, y también de gestión del proceso de adopción.

8) Abordaje de las necesidades especiales de la adolescencia dentro del sistema de protección

- Diseñar recursos adecuados para atender las necesidades de los adolescentes y adecuar las condiciones del sistema de protección a estas necesidades, evitando el riesgo de que las huidas y el retorno de las funciones tutelares a las familias que no garantizan su protección suponen actualmente para los adolescentes que no se adhieren al sistema.

- Incrementar el número de familias acogedoras y de UCAE para dar cobertura a las necesidades de los niños tutelados que están pendientes de ser acogidos en familia ajena o en UCAE, y promover el acogimiento familiar también para los adolescentes como primera medida protectora en caso de desamparo.

- Potenciar la profesionalización de familias acogedoras para la atención de adolescentes con problemas de salud mental y trastornos de conducta con el apoyo necesario.

- En caso de que se tenga que proceder al ingreso en un centro residencial, rediseñar los recursos de protección para atender las necesidades de los adolescentes (y adecuar las condiciones de los centros a estas necesidades).

- Fomentar el establecimiento de un programa de seguimiento y acompañamiento de los adolescentes acogidos en centros, pero también en familias extensas y ajenas, que garantice la intervención especializada ante las problemáticas que van surgiendo a lo largo de su desarrollo.

- Planificar adecuadamente el retorno de los adolescentes con sus familias y

proporcionar el apoyo necesario, antes y después de que este retorno se haya producido, especialmente en el caso de adolescentes que han tenido dificultades de adaptación al sistema de protección, y evitar que las dificultades de adaptación al sistema de protección acaben generando retornos sin garantías suficientes.

- Garantizar que la proximidad a la mayoría de edad no condiciona el desamparo, cuando no existen garantías suficientes de protección en el núcleo familiar, y la asignación del recurso.

9) Recursos residenciales específicos del sistema de protección

- Valorar la necesidad de ampliar la Cartera de servicios sociales y que se prevean las plazas residenciales que se consideren necesarias y adecuadas para los niños y adolescentes tutelados que presentan deficiencias cognitivas y alteraciones conductuales u otros trastornos mentales (tipo psicosis), o también trastornos relacionados con el autismo u otros tipos de trastornos del desarrollo que conllevan más dificultades respecto a su autonomía y que lo requieran.
- Exigir que las plazas residenciales previstas para personas con discapacidad intelectual o física cumplan con los requisitos técnicos específicos necesarios para atender a menores de edad en sus instalaciones, y que se prevea con suficiente antelación y previsión el ingreso en plazas adecuadas para mayores de edad de los adolescentes que ocupan plazas destinadas a niños y adolescentes cuando están a punto de cumplir los dieciocho años, distinguiendo claramente entre los recursos para niños y adolescentes y los adultos, de forma que puedan atenderse las necesidades específicas del colectivo infantil y adolescente.
- Valorar el reconocimiento y la regulación de los centros sociosanitarios y terapéuticos específicos, más allá de los centros residenciales de educación intensiva

existentes dentro del sistema de protección previsto en la Ley 14/2010, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia, así como en la Cartera de servicios sociales.

10) Presencia de adultos en centros específicos del sistema de protección

- Ejecutar las acciones propuestas por la comisión de tutelas para evitar el mantenimiento en centros residenciales del sistema de protección de chicos y chicas mayores de edad que requieren un recurso residencial por razón de su discapacidad o problemática de salud mental.
- Mejorar la coordinación entre los EAIA y las entidades tutelares para empezar antes la tramitación del procedimiento de modificación de capacidad.
- Aumentar los recursos residenciales disponibles para atender este tipo de problemática para mayores de edad en situación de incapacitación, así como fortalecer la coordinación y los mecanismos de seguimiento del adolescente en el proceso de transición a la vida adulta.

11) Inspecciones periódicas en centros residenciales con niños y adolescentes

- Extender e intensificar las inspecciones que se efectúan en centros especializados, tanto dependientes de la DGAIA y de Protección Social como privados autorizados por el Departamento de Salud, siempre que haya niños y adolescentes.
- Igualmente, es preciso que estas inspecciones recojan la escucha de los niños y adolescentes y los profesionales, y que se valoren los indicadores respecto a la calidad asistencial, el trato, la convivencia, la evaluación de riesgos psicosociales de los profesionales, la administración de fármacos, el régimen sancionador y las prácticas de contención físicas y farmacológicas, además de las condiciones materiales y estructurales.

SÍNDIC

EL DEFENSOR
DE LES
PERSONES

Síndic de Greuges de Catalunya
Passeig Lluís Companys, 7
08003 Barcelona
Tel 933 018 075 Fax 933 013 187
sindic@sindic.cat
www.sindic.cat

