



EL DRET A LA SALUT MENTAL INFANTIL I JUVENIL: GARANTIES EN L'ACCÉS I L'ATENCIÓ ALS CENTRES RESIDENCIALS

NOVEMBRE 2019

SÍNDIC

EL DEFENSOR
DE LES
PERSONES

EL DRET A LA SALUT
MENTAL INFANTIL I
JUVENIL: GARANTIES
EN L'ACCÉS I
L'ATENCIÓ ALS
CENTRES
RESIDENCIALS

SÍNDIC

EL DEFENSOR
DE LES
PERSONES

Síndic de Greuges de Catalunya

1a edició: Novembre 2019

El dret a la salut mental infantil i juvenil: garanties en l'accés i l'atenció als centres residencials.
Novembre 2019

Maquetació: Síndic de Greuges

Foto de coberta: Pixabay

ÍNDEX

1. INTRODUCCIÓ	5
2. EL DRET A LA SALUT MENTAL INFANTIL I JUVENIL. ELEMENTS PER A LA REFLEXIÓ	7
3. CONSIDERACIONS PRÈVIES SOBRE EL SISTEMA DE SALUT MENTAL INFANTOJUVENIL A CATALUNYA	15
3.1. La salut mental infantojuvenil. Aproximació conceptual.....	15
3.2. El marc normatiu.....	15
3.3. Els principals recursos existents per atendre la salut mental d'infants i adolescents .	16
3.4. La desigualtat, la saturació i la manca de suport a la parentalitat. Greus dèficits	17
3.5. L'evolució del sistema de salut mental infantojuvenil actualment a Catalunya. Pla director de salut mental i addiccions.....	19
4. LA DEMANDA D'UN RECURS RESIDENCIAL TERAPÈUTIC	23
4.1. Recurs residencial terapèutic per a adolescents: és necessari?	23
4.2. Antecedents i resposta de l'Administració.....	23
4.3. Un recurs de salut mental o de protecció social.....	24
5. MAPA DE RECURSOS RESIDENCIALS PER A INFANTS I ADOLESCENTS ACTUALMENT EXISTENTS	27
5.1. Les previsions de la Cartera de serveis socials i la Cartera del Sistema Nacional de Salut ...	27
5.2. Mapa de recursos residencials per a infants i adolescents amb problemàtica específica de comportament, salut mental i discapacitat.....	29
5.3. La definició de diagnòstic i la indicació de tractament. L'encaix amb la categorització de centres residencials existents	40
5.4. L'assumpció del cost econòmic dels recursos residencials actualment existents. Falses tuteles i l'ús d'assegurança escolar	46
6. INFANTS I ADOLESCENTS TUTELATS. PROBLEMÀTICA ESPECÍFICA	53
6.1. Consideracions especials amb relació al dret a la recuperació emocional i psicològica de l'infant o adolescent que ha estat declarat en situació de desemparament	53
6.2. L'abordatge de les dificultats de l'adolescència i l'adaptació als recursos de què disposa el sistema de protecció	57
6.3. La transició a la majoria d'edat.....	59

7. GARANTIES NECESSÀRIES PER A L'INGRÉS D'INFANTS I ADOLESCENTS EN CENTRES RESIDENCIALS TERAPÈUTICS. L'INTERÈS SUPERIOR DE L'INFANT	61
7.1. El recurs residencial com a última ràtio i per al mínim temps indispensable	62
7.2. El consentiment informat en els tractaments mèdics i l'edat mínima	64
7.3. L'autorització judicial i l'avaluació forense com a requisit d'ingrés	67
7.4. Supervisió i control. Regulació de drets durant l'estada residencial.	69
8. ALGUNS ITINERARIS D'ADOLESCENTS EN CENTRES RESIDENCIALS TERAPÈUTICS	75
9. CONCLUSIONS	81
10. RECOMANACIONS	85

1. INTRODUCCIÓ

L'atenció a la salut mental infantojuvenil a Catalunya ha estat objecte de preocupació i de nombroses recomanacions per part del Síndic.

La salut mental i el benestar emocional dels infants i adolescents constitueixen una esfera d'una importància rellevant per garantir l'exercici de la resta de drets i el ple desenvolupament de la personalitat i la identitat de l'individu, amb una repercussió important en el seu procés de transició a la vida adulta.

En aquest sentit, la garantia d'aquest dret en condicions d'equitat ha de ser inqüestionable i s'ha de poder fer efectiva en la diferència i l'especificitat que cada infant o adolescent pugui necessitar per poder construir una societat sana i equitativa.

Els darrers informes al Parlament sobre els drets de l'infant han incidit en la necessitat de dotar el sistema de salut mental infantojuvenil actualment existent de més recursos i més adequats als problemes existents el sistema.

S'ha fet ressaltar la importància d'augmentar la provisió de programes de prevenció, de suport a la criança i de parentalitat positiva, i s'ha demanat que la tasca dels centres d'atenció a la salut mental infantojuvenil també s'adeqüi a la intensitat i la cobertura que requereix la població que atén, de manera que es garanteixi que es proporciona el servei necessari a cada infant que ho necessita i s'eviti que es produeixin les desigualtats per raons econòmiques que actualment hi ha en la garantia d'aquest dret.

El Síndic parteix de l'interès superior de l'infant i adolescent i la garantia del seu benestar emocional i salut en sentit ampli, no només en el sentit de manca de patologia o situació de crisi quan es tracta de salut mental infantojuvenil.

Així mateix, el Síndic s'ha fet partícip de l'expressió de necessitat d'atenció i de tractament que manifesten alguns infants de manera intensa en forma de conducta disruptiva i d'alt risc, envers ells mateixos i

cap a terceres persones, sobretot en l'etapa de l'adolescència.

Aquesta demanda d'atenció, més enllà d'elements patològics, es pot derivar de mancances prèvies en l'atenció d'aquests infants i adolescents, no només i específicament per part dels recursos de salut mental, sinó també d'atenció primària, de serveis socials, d'ensenyament, del sistema de protecció a la infància i l'adolescència, i també de les mancances de recursos personals i socials de les mateixes famílies i de l'acompanyament social que rep l'infant o l'adolescent en general en el seu procés de desenvolupament personal i emocional.

L'expressió i la forma del patiment i del desajust emocional, psicològic o psiquiàtric, en cada persona dependrà de molts factors, l'anàlisi dels quals desborda l'objecte d'aquest informe. En qualsevol cas, quan aquest patiment ja es manifesta en un comportament disruptiu i agressiu d'una gran magnitud, cal una intervenció més intensa que implica la separació del nucli familiar o de l'espai de convivència habitual o l'adopció de mesures que incideixen en la llibertat i l'autonomia de l'infant o adolescent, com ara l'internament en un centre terapèutic.

Aquest informe s'ha volgut centrar en l'ingrés en centre terapèutic, ja que si bé representa la punta de l'iceberg d'una problemàtica d'una magnitud més gran en què aquesta situació necessàriament s'ha de contextualitzar, suposa una intervenció especialment intensa en tots els aspectes de la vida de l'adolescent i, per això, requereix les màximes garanties.

La necessitat d'atendre els adolescents amb conductes disruptives, pel fet que el seu malestar es manifesta de manera més visible i genera confrontació i conflicte, no pot condicionar ni segmentar la visió de la dimensió de la situació que, mitjançant aquest informe, es pretén posar de manifest: el dret al nivell més alt d'atenció a la salut mental infantojuvenil en condicions d'igualtat i d'acord amb les necessitats individuals de cada infant i adolescent.

No obstant això, el nombre creixent de famílies que expressen la incapacitat

d'atendre adequadament els seus fills o filles per alteracions de conducta i problemes de salut mental, l'augment de recursos socio-sanitaris privats que atenen aquestes situacions, i la incapacitat expressada pel mateix sistema de protecció a la infància i l'adolescència i també pel sistema públic, tant en l'àmbit social com de salut, per donar cobertura a situacions que sovint depassen el seu àmbit d'atribucions i els recursos existents fins ara, exigeixen que l'informe també estudiï de manera detinguda la problemàtica de l'ingrés d'adolescents en centres terapèutics.

Són recursos que, a més, sovint impliquen restriccions importants de llibertats i drets individuals, malgrat que no siguin recursos de justícia juvenil i no persegueixin finalitats sancionadores, sinó protectores.

Quan l'expressió de malestar de l'infant o adolescent es confronta amb el funcionament del sistema existent, la sortida aparentment més senzilla pot ser buscar maneres eficaces per contenir i controlar l'expressió d'aquest malestar partint de l'òptica del conjunt de la societat, de la família i del mateix funcionament del sistema de salut i de benestar, que no sempre són les respostes més adequades si es prenen com a punt de partida i final l'interès superior de cada infant o adolescent

i el respecte a les necessitats específiques i concretes que presenta, i també la salvaguarda dels seus drets fonamentals.

En aquest informe, el Síndic parteix d'aquesta perspectiva de respecte i pretén estudiar els motius i les dificultats per assolir la igualtat en la garantia de l'accés al nivell de salut més alt possible, en termes de benestar i ple desenvolupament de l'infant i adolescent, i també proposar millores perquè es pugui assolir.

Partint d'aquesta premissa, el Síndic centrarà la seva atenció en els recursos residencials terapèutics i educatius i la seva problemàtica específica: l'existència de la demanda d'aquests serveis, l'adequació dels recursos existents, la proliferació i idoneïtat de centres privats i el compliment de requisits i garanties d'acord amb l'interès superior dels infants i adolescents i el seu dret a gaudir del nivell de salut mental més alt possible.

Per fer aquesta anàlisi, el Síndic es basa en les nombroses queixes i actuacions dutes a terme en què es plantegen aquest tipus d'internaments d'infants i adolescents, en els intercanvis amb professionals, i també en les observacions fruit de les visites a centres dutes a terme per l'equip d'infància del Síndic i el Mecanisme Català de Prevenció de la Tortura (MCPT).

2. EL DRET A LA SALUT MENTAL INFANTIL I JUVENIL. ELEMENTS PER A LA REFLEXIÓ .

La salut mental infantojuvenil és alguna cosa més que la manca de patologia

Un dels principals obstacles per a la garantia d'un nivell màxim de salut mental infantojuvenil és que sovint es parteix del concepte de salut mental entès com a absència de patologia i de la patologia entesa com a diagnòstic biomèdic.

Gaudir d'una salut mental plena és alguna cosa més. És un dret que implica el gaudi de benestar emocional i psicològic i la capacitat de resiliència davant les dificultats i els problemes que es presenten a la vida, i que té una repercussió directa en l'exercici d'altres drets fonamentals de l'individu, en aquest cas de l'infant o adolescent.

Treballar sobre la base de la patologia deixa fora de l'àmbit de la salut mental el conjunt dels infants i adolescents que han d'aprendre a gestionar tots els sentiments i els esdeveniments de la vida que els afecten, també els que els causen malestar, així com treballar amb les fortaleses com a vies de garantir una salut mental plena. En definitiva, l'educació en hàbits d'higiene emocional i psicològica.

A més, cal tenir en compte que, de manera especial, en el cas dels infants i adolescents el fet de no gaudir d'un nivell de salut mental adequat pot suposar dificultats en l'exercici del dret a l'educació en igualtat d'oportunitats, el dret al joc i el lleure, i també el ple desenvolupament de la identitat i la personalitat, entre d'altres.

Hi ha discriminació per raons econòmiques en la garantia del dret a la salut mental

La discriminació és doble. D'una banda, els infants i adolescents provinents d'entorns socioeconòmics més desfavorables tenen més probabilitats de patir algun tipus de trastorn en salut mental.

Aquest fet s'explica, entre d'altres, per la probabilitat més alta de patir, tant directament com a través dels seus

progenitors o cuidadors principals, estressors ambientals derivats de manca de garantia estable en la cobertura de les necessitats bàsiques de la família (habitatge, alimentació, entre d'altres), que poden actuar com a detonants en el desenvolupament de patologies o que simplement generen malestar emocional. Així mateix, factors hereditaris poden tenir un paper a l'hora d'explicar aquest fenomen, atès que el fet de patir un problema relacionat amb la salut mental a la vegada pot esdevenir causa de pobresa o exclusió i de dificultats en l'exercici de la parentalitat positiva.

D'altra banda, la discriminació és doble, perquè l'accés d'aquestes famílies amb dificultats socials i econòmiques a recursos per detectar i atendre la problemàtica de salut mental que pot estar patint l'infant o adolescent a càrrec seu és inferior al de les famílies provinents d'un entorn socioeconòmic i cultural més afavorit, ja que es tracta de recursos tant de tipus personal a l'hora de demanar ajuda com de tipus econòmic, pel fet que molts recursos són de caràcter privat i, per tant, només accessibles per a les famílies benestants.

Hi ha dificultats per dedicar recursos a la prevenció i l'atenció comunitària

Malgrat que el Pla director de salut mental i addiccions de Catalunya es basa en un enfocament de prevenció de la salut i d'intervenció precoç i ha suposat un influx monetari important per al sistema de salut mental infantojuvenil, a la pràctica continua sent difícil destinar recursos suficients a la prevenció i la promoció de la salut.

El treball comunitari, que permet una detecció i una intervenció precoces de problemes entre la població infantojuvenil, i també els programes de parentalitat positiva i d'atenció domiciliària, que també es poden treballar des de l'àmbit social, poden generar reticències en uns professionals que, ja d'entrada, costa de fidelitzar en l'àmbit de l'atenció primària de salut mental. Aquest tipus de tasca pot suposar més esforç d'implementació, ja que força els professionals a desplaçar-se a l'entorn natural de l'infant o adolescent i exigeix més temps i dedicació. D'altra banda, pot generar menys motivació a alguns

professionals, atès que els resultats potser són menys evidenciables i visibles a curt termini i el nombre de pacients pot resultar superior, especialment quan la pressió assistencial és gran.

Aquest cost-benefici a mitjà-llarg termini també és un obstacle a l'hora de prioritzar aquest tipus d'actuacions quan es determina la distribució de recursos de la política pública en aquest àmbit.

La manca de recursos suficients en general per al tractament i la intervenció de problemàtiques de salut mental en fase més aguda, que encara hi és malgrat que s'ha augmentat la despesa pública en aquest àmbit, desplaça els recursos existents per a la prevenció i les manifestacions més lleus de malestar a les situacions més greus per raons d'urgència i de peremptorietat.

La manca de consens entre professionals amb relació a diagnòstics i tractaments en salut mental

Les controvèrsies entre els professionals de l'àmbit de la salut mental pel que fa a l'etiologia dels problemes relacionats amb la salut mental infantojuvenil, i també respecte del diagnòstic i l'abordatge indicat en cada cas, poden generar disfuncions en el sistema.

Alguns professionals tendeixen a centrar les dificultats en l'àmbit de salut mental que pot presentar un infant o adolescent en la reacció a factors ambientals i a atacar-ne les causes, principalment per mitjà de psicoteràpia o altres mètodes que treballen amb aquests factors, mentre que altres professionals tendeixen més a centrar les problemàtiques en raons de tipus genètic o biològic i a tractar-les més des d'un enfocament estrictament mèdic, principalment per mitjà de fàrmacs i atacant-ne les conseqüències o els símptomes. La major part dels professionals, però, apliquen metodologies i fonamentacions teòriques que incorporen elements d'ambdós grans corrents.

La controvèrsia i la integració de diferents corrents és enriquidora

Es tracta d'una disciplina que treballa amb la part més complexa de l'ésser humà –la

ment– i, en aquest sentit, és natural que les variacions de concepció i de tractament siguin diverses en funció també de l'enfocament humanista i filosòfic de què es parteixi en cada cas i de la manifestació en cada individu, únic en la seva història i configuració.

No obstant això, aquest fet pot suposar dificultats a l'hora de determinar si determinats “trastorns de conducta” que manifesten alguns infants i adolescents deriven de patologies de salut mental –i, per tant, s'han d'abordar per mitjà de tractaments de l'àmbit de la salut– o si responen a problemes en l'educació, establiment de límits i contenció, i s'han de tractar principalment des del punt de vista social i educatiu. També a l'hora de debatre si els tractaments han de ser de tipus farmacològic o no; si els problemes i els tractaments són conjunturals, o si són estructurals i a llarg termini; si són individuals o sistèmics, o si impliquen la família o no, etc.

Més enllà d'aquesta incidència en el tractament, també hi ha un element valoratiu i ètic que caldrà prendre en consideració a l'hora de considerar quan un “trastorn de conducta” cal integrar-lo com a expressió d'un malestar o d'una dissidència sobre una certa forma de disciplina social, que cal escoltar i atendre, o si, per contra, és expressió d'alguna cosa que cal tractar des d'un punt de vista educatiu, terapèutic o sanitari per modificar-la o contenir-la.

A Catalunya i en l'àmbit internacional hi ha protocols i manuals que defineixen criteris per emetre diagnòstics i determinar tractaments sobre la base de l'aplicació del mètode científic en aquest àmbit, però també és cert que es tracta d'una disciplina especialment controvertida per aquests factors de tipus ètic, humanista i de drets personals que entren en joc.

La divergència en el diagnòstic i la concepció entre professionals dins del mateix sistema públic genera un desplegament d'uns recursos o uns altres i, per tant, un abordatge o un altre, d'acord amb l'estructura del nostre sistema. Segons aquest criteri diferent, una situació similar pot suposar l'ingrés d'un adolescent en un centre residencial d'educació intensiva o en un

centre terapèutic, per exemple, qüestió que s'analitzarà més endavant i que té repercussions directes en els drets d'aquests infants i adolescents.

La consideració del benestar i de la comoditat o seguretat de la comunitat per sobre de l'interès superior de l'infant

Algunes decisions, tant en trastorns o dificultats en salut mental més lleus com d'altres de més greus que afecten infants i adolescents, tendeixen a fer prevaler els interessos i les dificultats dels adults que se'n fan càrrec i de l'estatu quo social en general abans que els del mateix infant o adolescent afectat.

Aquest dilema es pot traslladar als professionals del sistema educatiu o dels serveis socials, que poden decidir treballar un problema educatiu o social per mitjà del sistema de salut mental, i patologitzar una situació que no necessàriament ha de ser-ho, per les dificultats del sistema d'adaptar-se a les necessitats que presenta aquell infant o adolescent.

De la mateixa manera, i tot respectant el criteri clínic, un professional de salut mental es pot decantar per la prescripció farmacològica, tot i ser més invasiva, abans que una major intensitat en un tractament de tipus més terapèutic, tot prioritant la ràpida efectivitat en la contenció del comportament de l'infant o adolescent, que dificulta la convivència, i malgrat que l'atenció terapèutica li pugui ser més beneficiosa i integradora a llarg termini.

Igualment, les famílies, quan apareixen dificultats per contenir la conducta disruptiva d'un infant o adolescent, poden arribar a claudicar i a sol·licitar la separació del nucli familiar i l'ingrés en un centre d'aquest infant o adolescent, quan no sempre és el més beneficiós per a l'infant o adolescent.

Els professionals del sistema de protecció a la infància i l'adolescència, també desbordats per les diverses situacions en què es troben als centres del sistema de protecció, poden requerir una intervenció més intensiva per als infants i adolescents que els generen més dificultats, sense valorar si és el més adequat per a ells.

En tots aquests casos, cal vetllar perquè el recurs o l'ajuda que es proporcioni a l'infant o adolescent sigui el més beneficiós per al conjunt de la seva situació i d'acord amb el seu interès superior, tot fent prevaler aquest interès superior per damunt d'altres interessos o necessitats expressades per familiars i professionals de l'entorn de l'infant o adolescent i de les necessitats del sistema en general. Així mateix, sempre cal valorar el risc i la seguretat per a tercers, sobretot en mesures de caràcter més restrictiu de les llibertats, com ara l'ingrés en un centre terapèutic o educatiu intensiu.

La invisibilitat de l'adolescent i la manca d'adequació de recursos a la condició d'adolescent

L'adolescència és un període de desenvolupament biològic, psicològic, sexual i social posterior a la infància que es considera iniciat a partir de la pubertat i que es perllonga fins a l'edat adulta.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) estima que una de cada cinc persones al món és adolescent i defineix l'adolescència com l'edat compresa entre els 10 o 11 anys i fins als 19 anys, de manera que s'estén més enllà de la majoria d'edat. D'acord amb les dades publicades per l'Agència Catalana de la Joventut, a Catalunya, l'any 2015, un 4,6% de la població catalana tenia entre els 15 i els 19 anys.

L'adolescència és un moment de creixement i canvi i de recerca de la pròpia identitat que comporta generalment un trencament i una crisi de l'autoritat. Aquest procés de transformació pot generar dificultats en la convivència i en el tracte amb els adults de referència.

Es tendeix a valorar com una etapa problemàtica i de confrontació que s'ha de "passar", i més que dedicar esforços i recursos a atendre i valorar aquest procés la societat tendeix a donar-hi l'esquena.

Atès que alguns dels recursos residencials adreçats a problemes de conducta o de salut mental, tant des del sistema de protecció com també a demanda de les famílies, estan principalment adreçats a població adolescent, també cal fer una

reflexió sobre si els recursos ordinaris s'adapten bé a aquesta franja d'edat i a les necessitats que expressa.

Alguns dels problemes que es canalitzen per mitjà de la demanda de recursos residencials terapèutics potser podrien rebre respostes diferents si es valorés el procés de canvi que travessa l'adolescent i se li donés veu i protagonisme a la nostra societat.

La categorització de problemàtiques i l'organització de recursos no responen a la complexitat dels individus

Els recursos existents estan categoritzats per diferents àmbits i depenen de diverses administracions competents en aquests àmbits. No obstant això, sovint les problemàtiques a què responen aquests recursos estan relacionades entre elles i són més complexes que la categorització a què es veuen subjectes.

Cal que les problemàtiques s'abordin de manera que els recursos que es posen a disposició responguin a les necessitats de l'infant i adolescent que les pateix, posant-lo en el centre, i no que obeeixin a l'organització administrativa de què depenen o a la facilitat en la gestió que permet la simplificació de la complexitat.

Així, els problemes de salut mental poden ser causa i conseqüència de problemes de consum i d'addicció a substàncies, poden ser causa i conseqüència de discapacitat intel·lectual, i també poden ser causa i conseqüència de delinqüència juvenil. Una mateixa persona pot reunir diversos perfils i problemàtiques d'origen divers.

Un cas paradigmàtic és el del "trastorn de conducta", que es pot identificar com una manifestació d'un problema de salut mental o no relacionar-s'hi, i pot implicar consum de tòxics o no, reconeixement de discapacitat de la persona que el manifesta o no i comissió de fets delictius o no.

En funció d'on es posa el focus, l'Administració –i, per tant, l'abordatge– es fa des de l'àmbit de salut pública, des de protecció social, des de justícia juvenil o des de l'àmbit de la protecció a la infància o l'adolescència.

D'aquesta manera, es poden trobar recursos diferenciats per a aquest tipus de situacions que comparteixin perfils d'adolescents i que aborden de manera diferent o segmentada problemes que són molt més complexos i que s'han d'abordar partint de la persona i de la manifestació que tenen en cada individu.

Una mateixa persona, com es podrà veure en els casos que s'han plantejat a la institució, pot haver passat per cadascun d'aquests recursos en diferents moments, sense que la seva problemàtica general hagi variat substancialment, per raó de les circumstàncies i la disponibilitat de recursos existents.

La insuficiència de recursos per atendre els problemes de consum dels adolescents

Una mancança que afecta el treball de la salut mental d'infants i adolescents és el tractament del consum de tòxics de manera específica per a aquesta franja d'edat.

Així com s'indica que es tendeixen a simplificar per raons organitzatives les problemàtiques complexes, en el cas del consum de tòxics, malgrat que és un tema que es treballa des de diferents àmbits, no hi ha un recurs específic per a la població adolescent d'atenció, seguiment i tractament de les drogodependències, a diferència del que succeeix amb la població adulta.

Així, els centres d'atenció i seguiment i els centres de tractament i reducció de danys de l'Agència de Salut Pública estan adreçats a població adulta.

D'altra banda, el consum de tòxics té una incidència especial entre la població adolescent, pel que fa al desenvolupament de problemes i patologies de salut mental que després es tracten en centres de salut mental.

Des de l'àmbit de salut pública es treballa la prevenció del consum, però no des del tractament, sinó enfocant-ho en el trastorn de conducta que pot causar aquest consum, no en el trastorn mateix que representa el consum addictiu de substàncies psicotròpiques de manera específica.

La manca de garanties en l'ingrés i les mesures de restricció de llibertats imposades als centres residencials terapèutics privats

La problemàtica de l'ingrés involuntari en centres terapèutics que es planteja en el cas dels adults no incapacitats, i la necessitat de consentiment del pacient per sotmetre's a qualsevol tipus de tractament mèdic en l'àmbit de la salut mental, també es planteja en el cas dels infants i adolescents, especialment a partir de l'edat en què no es permet el consentiment informat per representació.

No obstant això, en determinats centres terapèutics privats són els progenitors els qui ingressen els seus fills o filles sense que es pugui verificar gaire clarament quin ha estat el procés de consentiment expressat pels pacients a l'hora de sotmetre's a determinats tractaments, inclòs l'ingrés al centre. Igualment, pot succeir en el tractament ambulatori de pacients menors d'edat de salut mental.

Un cop es fa l'ingrés al centre, les mesures terapèutiques que sovint s'imposen i impliquen restriccions de llibertats, com ara la prohibició o limitació a rebre visites i comunicar-se, sortir del centre i fins i tot deambular-hi lliurement, tampoc no estan del tot definides ni supervisades.

En el cas dels centres residencials d'educació intensiva, pensats per a adolescents amb trastorn de conducta dependents del sistema de protecció a la infància i l'adolescència, la Llei orgànica de protecció del menor, sí que estableix un conjunt de disposicions per garantir l'ingrés, que requereix autorització judicial; l'aplicació de mesures de seguretat, incloses les contencions i els aïllaments; els escorcolls personals i el règim de comunicacions. Algunes d'aquestes mesures restrictives de les llibertats són més dures que les imposades en centres de justícia juvenil per a joves que han comès delictes.

Per a la resta de centres de tipus privat, les garanties i restriccions no són clares. Sovint estan concebuts com una extensió de l'exercici de la facultat de correcció que implicava la pàtria potestat d'acord amb l'anterior redacció del Codi civil i que derivava de la concepció del pater familias

omnipotent, actualment clarament obsoleta.

D'acord amb aquesta concepció, es pot malentendre que no es permet la supervisió per part de l'Administració, en tant que els infants i adolescents resten sota la guarda i tutela dels seus progenitors, de les decisions que prenen sobre la forma de criança i educació (i, en sentit ampli, també de "guarir" els seus infants), funcions delegades en professionals i centres privats, que passen a formar part del lliure exercici de la seva paternitat (més enllà dels límits imposats per la praxi dels professionals implicats i dels que defineixen una situació de risc o possible desemparament a què pot veure's abocat un infant o adolescent per les actuacions de les seves famílies).

Per tant, un problema per a la garantia de drets és concebre que el tractament de tipus ambulatori i també l'ingrés en un centre terapèutic d'un infant o adolescent és una decisió que cal respectar dins de l'àmbit privat. El mateix Codi civil català, en l'article 236.17, apartat segon, indica que els progenitors determinen el lloc o els llocs on viuen els fills i, d'una manera prou motivada, poden decidir que resideixin en un lloc diferent del domicili familiar.

Una altra manifestació d'aquesta concepció, ja no relacionada amb la salut mental, té a veure amb l'extensió del dret a l'educació i la llibertat de creació de centres docents, previst en l'article 27.6 de la Constitució, que legitimaria l'existència d'establiments educatius en règim d'internat on es podrien establir restriccions a les llibertats de l'infant o adolescent, d'acord amb la disciplina del centre, per decisió de les seves famílies (Sentència TEDH Nielsen vs. Dinamarca 1988).

La manca de recursos terapèutics residencials públics causa disfuncions en el sistema per raons de finançament

Com a contrapès, hi ha alguns infants i adolescents que, d'acord amb el criteri mèdic o de les famílies, amb diagnosi clara o sense, detecten que el problema del seu fill o filla s'ha de tractar en un centre residencial terapèutic, però no disposen de recursos

econòmics per finançar l'ingrés i tractament en un centre privat.

A banda de les mancances quant a restriccions i supervisió d'aquests centres esmentats en el punt anterior, algunes famílies que no poden accedir a aquests recursos, que consideren que són necessaris per al seu fill o filla, claudiquen i en cedeixen la guarda i custòdia a l'Administració, malgrat que el sistema de protecció a la infància i l'adolescència no hi detecti una situació de desemparament prèvia, per accedir a un recurs públic del sistema de protecció.

Es tracta d'una situació de desemparament de facto, atès que si els progenitors d'aquell infant o adolescent demanen l'ingrés del seu fill o filla en un centre terapèutic i la separació del nucli familiar, això pot indicar que a la pràctica es produeix una situació de claudicació en les funcions parentals –i, per tant, de desemparament material– que ha de ser atesa pel sistema de protecció. No obstant això, com s'ha assenyalat, si aquesta mateixa família disposa de recursos econòmics, pot decidir ingressar el seu fill o filla en un centre o sotmetre'l a un tractament terapèutic mantenint-ne la guarda i custòdia, sense que es consideri que es troba en una situació de risc o desemparament que hagi d'atendre el sistema de protecció.

Així, una mateixa situació pot ser atesa pel sistema de protecció, la qual cosa implica la tutela d'un infant o adolescent per part de l'Administració, o pot ser atesa en un centre terapèutic privat finançat per la família, que manté les plenes atribucions parentals si pot pagar el recurs.

Una altra forma de poder accedir a aquest tipus de recursos privats és per mitjà de l'ús de l'assegurança escolar, que, actualment, cobreix aquest tipus de tractaments en un 70%.

La recent decisió del Govern de l'Estat de privatitzar l'assegurança escolar de manera

que es rescindeixi la col·laboració de l'INSS amb alguns dels centres que proporcionen tractaments relacionats amb la salut mental, i en concret centres terapèutics privats que es poden finançar a través de la cobertura de l'assegurança, ha provocat molt neguit entre les famílies que han optat per aquesta via i entre els centres esmentats fins al punt que s'ha paralitzat la mesura prevista.

Tot i així, l'assegurança escolar no està essencialment prevista ni concebuda per finançar principalment tractaments i centres privats que ofereixen tractaments psicològics o psiquiàtrics d'aquest tipus.

Així doncs, a la pràctica es produeixen disfuncions en la utilització del sistema de protecció a la infància i adolescència i l'assegurança escolar obligatòria per finançar el tractament d'adolescents en centres terapèutics privats.

Hi ha fets especialment traumàtics en la vida d'un infant o adolescent que, si no es tracten adequadament, poden generar problemes de salut mental

Malgrat que una bona salut mental ha de permetre gestionar les adversitats de la vida i guanyar en resiliència, també és cert que hi ha determinats fets en la vida d'una persona, i en especial durant la infància i adolescència, que poden esdevenir especialment traumàtics i que poden requerir un esforç i un treball perquè no desemboquin en un problema o patologia de la salut mental.

Així, hi ha determinats fets com ara l'abús sexual, el maltractament físic, el maltractament psicològic, la negligència parental, la mort parental, l'assetjament o l'abandonament, respecte dels quals, per la seva gravetat i pel fet d'haver-los patit durant la infància o l'adolescència, hi ha consens¹ generalitzat que poden suposar una dificultat més gran en la gestió dels

¹ Vegeu 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.

sentiments que generen i poden desencadenar un problema de salut mental, si no es tracten i s'integren adequadament.

Lluny d'estigmatitzar un infant o adolescent per haver patit una d'aquestes situacions, de les quals és víctima, cal que es consideri aquesta especial dificultat amb què es pot haver trobat aquest infant o adolescent a la vida, perquè se li garanteixi un suport i un acompanyament especials en l'avaluació de la situació i en la seva recuperació emocional i psicològica.

L'article 39 de la Convenció sobre els drets de l'infant de les Nacions Unides exigeix als estats membres de prendre totes les mesures adequades per promoure la recuperació física i psicològica i la reinserció social d'un infant víctima de qualsevol forma d'abandó, explotació, abús, tortura o forma de tractament o càstig cruel, inhumà o degradant o conflictes armats, en un ambient que en protegeixi la salut, l'autoestima i la dignitat.

Això no implica que tot infant o adolescent que ha passat una situació d'aquest tipus hagi de desencadenar un problema o patologia de salut mental ni que els infants o adolescents que ho requereixin i no hi hagin passat (o es desconeixi si han passat per una situació d'aquest tipus) no puguin accedir a recursos que els permetin gestionar un dany emocional.

Però sí que hauria de permetre visualitzar de manera positiva i no estigmatitzadora que els infants i adolescents de qui es coneix que han estat víctimes de situacions d'aquest tipus, com ara els infants o adolescents tutelats per l'Administració, els infants i adolescents que han estat adoptats i els que han patit pèrdues parentals, assetjaments o

abusos, han de poder tenir garantit el dret a rebre una atenció psicològica i un acompanyament emocional més intens que els permeti gestionar aquestes situacions.

L'estigmatització de la salut mental

Finalment, i de manera transversal, l'estigmatització que envolta qualsevol tractament relacionat amb la salut mental no ajuda a accedir als recursos que poden necessitar els infants i adolescents per garantir el seu dret al màxim nivell de salut mental possible.

Així mateix, s'han de prendre en consideració les especials necessitats que pot tenir un infant o adolescent que ha travessat una situació traumàtica per recuperar l'equilibri psicològic o emocional, que pot perdre més fàcilment que un altre infant que no l'ha patit. Els problemes de salut mental afecten una part molt important de la població, inclosa la població infantojuvenil, i sovint aquestes necessitats s'oculten per temor del rebuig social.

El fet que la detecció i el tractament impliquin estigmatització dificulta el treball preventiu que es pot fer dels problemes i la garantia del dret. Són les mateixes famílies i les mateixes persones afectades les que tendeixen a evitar accedir als recursos existents en fases més lleus o preventives i demoren la demanda a fases més avançades dels problemes per aquest motiu.

D'aquesta manera, el problema, lluny de resoldre's, es tendeix a magnificar i es vulneren els drets dels infants afectats al nivell de salut més alt possible.

3. CONSIDERACIONS PRÈVIES SOBRE EL SISTEMA DE SALUT MENTAL INFANTOJUVENIL A CATALUNYA

3.1. LA SALUT MENTAL INFANTOJUVENIL. APROXIMACIÓ CONCEPTUAL

L'OMS (Organització Mundial de la Salut) defineix la salut mental no només com a absència de trastorns mentals, sinó com un estat de benestar en què l'individu és conscient de les seves pròpies capacitats, pot afrontar les tensions normals de la vida, pot treballar de manera productiva i fructífera, i és capaç de fer una contribució a la seva comunitat.

És a dir, la salut mental és un estat positiu gràcies al qual la persona és responsable, conscient de si mateixa, capaç de dirigir les seves actuacions, raonablement lliure de preocupacions i capaç d'afrontar les tensions habituals de la vida diària.

Per tant, el Síndic entén que el dret a la salut mental va més enllà de l'absència o atenció a la patologia psiquiàtrica entesa com a diagnòstic de trastorn mental inclòs en el CIM (classificació estadística internacional de malalties i problemes relacionats amb la salut) o el DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Considera que l'atenció a la salut mental de l'infant i l'adolescent ha de comprendre el benestar emocional en la completesa i unitat de cada persona, de manera que li permeti desenvolupar-se adequadament en totes les esferes de la vida.

En aquest sentit, l'abordatge de la salut mental infantojuvenil no ha de correspondre únicament a l'àmbit de la salut, sinó que necessàriament també ha d'implicar l'esfera social de l'infant i adolescent que incideix directament en la protecció d'aquest dret essencial.

Així, en la resolució de 2012 de l'Assemblea Mundial de la Salut, sobre la càrrega mundial de trastorns mentals i la necessitat que el sector de la salut i el sector social responguin de manera integral i coordinada a escala de país, s'observa que cada vegada hi ha més dades sobre el cost-eficàcia de les

intervencions encaminades a promoure la salut mental i prevenir els trastorns mentals, en particular entre els infants.

El Comitè de Drets de l'Infant, en l'Observació núm. 15, espera els estats perquè amplii aquest tipus d'intervencions i les incorporin mitjançant tota una gamma de polítiques i programes sectorials, en particular en matèria de salut, educació i protecció (justícia penal), amb la participació de les famílies i les comunitats.

Aquesta complexitat en la concepció de la salut mental també va empènyer el Govern de la Generalitat a elaborar el Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions, que implica departaments encarregats de les polítiques públiques de salut, d'ensenyament, de serveis socials, de justícia i d'ocupació (en el cas dels joves i adults).

És en aquest sentit que, seguidament, es farà una anàlisi de la normativa i els recursos que incideixen més directament en l'atenció a la salut mental infantojuvenil a Catalunya.

3.2. MARC NORMATIU

El dret de l'infant o adolescent a gaudir del nivell de salut més alt possible està reconegut en l'article 24 de la Convenció de les Nacions Unides sobre els drets de l'infant.

L'article 25 de la mateixa Convenció reconeix el dret de l'infant que ha estat internat, o bé col·locat en una família d'acolliment per les autoritats competents, amb la finalitat d'atendre, protegir o tractar la seva salut física o mental, a una revisió periòdica del tractament que rep i de totes les altres circumstàncies rellevants en aquest internament o acolliment familiar.

L'article 17 de l'Estatut d'autonomia de Catalunya recull el dret de tots els infants i adolescents a rebre l'atenció necessària per al desenvolupament de la seva personalitat i benestar en el seu context familiar i social, i l'article 23, el dret de totes les persones als serveis sanitaris públics, en les mateixes condicions d'igualtat i gratuïtat, i l'obligació dels poders públics de garantir la qualitat

d'aquests serveis i vetllar per la millora de la qualitat de vida de la població.

El capítol IV de la Llei 14/2010, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència, recull el dret a la salut i l'article 45, el dret a l'atenció en situacions de risc per a la salut mental.

Aquest article indica que, d'acord amb el Pla director de salut mental i addiccions, s'han de desenvolupar programes adreçats a la prevenció, detecció, diagnòstic precoç, tractament i atenció integral de les necessitats en salut mental infantil i juvenil des de la xarxa sanitària pública a Catalunya. L'atenció en salut mental ha d'incloure, també, l'atenció als infants i adolescents amb problemes addictius i s'ha de garantir l'atenció en salut mental als infants i adolescents amb discapacitat, mitjançant programes integral d'atenció al territori.

El Pacte per a la infància de Catalunya de 2013 remarca la importància del dret a la salut dels infants i adolescents, emfatitza la necessitat de desplegar i augmentar la xarxa de salut mental infantil i juvenil i d'implementar programes integrals per a la prevenció, detecció i tractament, entre d'altres, objectius recollits en el Pla integral d'atenció a la infància i adolescència per al període 2015-2018.

La Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, per la seva banda, estableix que el Servei Català de Salut ha de dur a terme, entre d'altres, l'atenció primària integral, atenció especialitzada, ambulatoria, domiciliària i hospitalària, i l'atenció psiquiàtrica i promoció, protecció i millora de la salut mental.

El Pla de salut de 2016-2020 determina entre les seves àrees prioritàries la salut mental i addiccions i la vulnerabilitat en la infància i l'adolescència.

El Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions de 2010 preveu com a línia estratègica la promoció de la integració de les intervencions dels serveis de salut, social i educatius de la petita infància, de la població en edat escolar i de l'adolescència en especial risc o vulnerabilitat. En el mateix Pla, i dins aquesta línia estratègica, es detecten

mancances com ara els programes preventius i els recursos intermedis de tipus residencial-escolar per a adolescents amb problemes de conducta i consum de tòxics que no es puguin controlar bé en l'àmbit ambulatori i de caràcter residencial amb suport sanitari per a adolescents que no estiguin tutelats per l'Administració, entre d'altres.

El 13 de març de 2017 s'aprova l'Estratègia 2017-2019 del Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions. Entre els objectius que planteja, hi ha abordar la problemàtica en l'atenció dels adolescents i joves i les seves famílies, i també implantar el nou model de suport assistencial en salut mental a la infància i l'adolescència atesa en el sistema de protecció que garanteixi el suport especialitzat en salut mental a tots els serveis residencials de protecció a la infància i l'adolescència.

Amb l'aposta del Departament de Salut per l'atenció comunitària, entre altres accions, es vol donar suport i impuls a la xarxa infantojuvenil i facilitar la implantació a tot el territori de la Cartera de serveis de salut mental i addiccions en l'atenció primària. Altres objectius són l'ampliació de la Cartera de serveis de salut mental als centres penitenciaris, el desplegament de programes com el PSI (Programa seguiment individualitzat), el programa de psicosis incipient i de suport a la primària tant d'adults com de pediatria.

Les actuacions previstes i l'augment significatiu en la dotació pressupostària que s'hi han destinat s'han començat a implementar arreu del territori.

3.3. PRINCIPALS RECURSOS EXISTENTS PER ATENDRE LA SALUT MENTAL D'INFANTS I ADOLESCENTS

A Catalunya, els recursos per atendre la salut mental d'infants i adolescents des de l'àmbit de salut estan conformats fonamentalment pels centres de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ), que atenen infants i adolescents amb problemes de salut mental quan són derivats pels centres d'atenció primària de manera ambulatoria especialitzada, i els serveis d'hospitalització

psiquiàtrica per als casos que requereixen una atenció intensiva i continuada en règim d'internament total o parcial, com ara els hospitals de dia de salut mental infantil i juvenil (HDIJ), les unitats de crisi d'adolescents (UCA) i les unitats de referència psiquiàtrica infantil (URPI).

Amb la implementació de les actuacions derivades del Pla director de salut mental i addiccions, s'aposta pel suport a l'atenció primària, amb la integració de psiquiatres i psicòlegs als centres d'atenció primària, per atendre casos de menys gravetat o complexitat sense necessitat de ser derivats al CSMIJ, i millorar així també la tasca de prevenció, detecció i formació de professionals d'atenció primària pediàtrica.

Dins de l'àmbit sanitari, també hi ha una sèrie de recursos específics per abordar el consum de drogues, que pertanyen a la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències (XAD), com ara els centres d'atenció i seguiment a les drogodependències (CAS), tot i que no estan específicament destinats a l'atenció de població adolescent.

Als CSMIJ, s'hi desenvolupen programes tals com el programa de suport als centres d'educació especial, els programes de trastorns de la conducta alimentària, el programa de suport a centres residencials de la DGAIA, el programa d'atenció a la psicosi incipient i als trastorns d'espectre autista i el programa salut i escola.

També s'ha ampliat la contractació de personal educador social per a menors de divuit anys que permet l'atenció a domicili permetjà dels plans de serveis individualitzats (PSI), fins ara només previstos per a població adulta, malgrat que encara no s'han implementat arreu del territori.

Juntament amb els recursos específics esmentats provinents de la xarxa de salut, hi ha recursos i dispositius de l'àmbit local, i també de l'àmbit dels serveis socials i del sistema educatiu que, de manera coordinada amb els recursos específics destinats a l'atenció de la salut mental infantojuvenil, tenen una funció d'acompanyament i de prevenció important.

Són recursos i serveis tals com els centres de desenvolupament infantil i atenció precoç

(CDIAP), els equips d'assessorament psicopedagògic (EAP), les unitats de suport a l'educació especial (USEE), les unitats d'escolarització compartida (UEC), les unitats terapèutiques i educatives (UTE), les unitats medicoeducatives (UME), les aules integrals de suport (AIS), els centres oberts o els centres socioeducatius diürns, entre d'altres.

Finalment, també hi ha els recursos residencials terapèutics de mitjana o llarga estada, que s'analitzaran més endavant i que són objecte d'atenció especial en aquest informe.

3.4. LA DESIGUALTAT, LA SATURACIÓ I LA MANCA DE SUPORT A LA PARENTALITAT. GREUS DÈFICITS

A Catalunya, segons l'Enquesta de salut de Catalunya de 2017, 5 de cada 100 infants d'entre 4 i 14 anys és probable que pateixin un problema de salut mental, una tendència creixent en els darrers anys. En el context actual, cal posar de manifest l'existència de fortes desigualtats socials en la prevalença de trastorns de salut mental.

Així, per exemple, l'Enquesta de salut de Catalunya posa de manifest que, mentre un 5,4% dels infants de 4 a 14 anys en famílies de classe social baixa tenen probabilitat de patir un trastorn mental, aquest percentatge és només d'un 2,5% en el cas d'infants de classe social alta.

A aquesta desigualtat, s'hi afegeix la dificultat d'accedir a recursos alternatius fora de la xarxa pública de cobertura de necessitats en matèria de salut mental de la població menys afavorida econòmicament.

La crisi econòmica viscuda en els darrers anys, que ha derivat en un increment de la pressió i l'estrès emocional de les famílies socialment més desfavorides, ha condicionat el benestar psicosocial dels infants i adolescents que en formen part i la possible emergència de trastorns de salut mental especialment entre aquest segment de la població, la qual cosa encara ha generat més iniquitat.

Els darrers informes emesos pel Síndic destaquen la saturació del sistema d'atenció a la salut mental infantojuvenil i la necessitat

d'orientar recursos a la parentalitat positiva i la gestió emocional; de reforçar la prevenció comunitària i facilitar recursos per atendre situacions de major vulnerabilitat i protecció social, com les que es viuen als centres d'acolliment i residencials d'acció educativa per a infants que han estat tutelats per l'Administració, i també de proveir el sistema públic d'atenció a la salut mental de residències adequades per atendre els infants i adolescents que ho requereixin.

La prevenció i l'atenció primària dels problemes de salut mental infantojuvenil són la base per abordar els problemes que, sovint a causa de les mancances del sistema, després esdevenen més complexos i dificultosos. Els recursos terapèutics familiars, els programes de parentalitat positiva i els programes domiciliaris i de suport a la criança no arriben amb prou garanties a totes les famílies que ho necessiten.

D'altra banda, durant aquest temps s'ha denunciat una saturació del sistema ambulatori d'atenció a la salut mental infantil i juvenil, que relega l'atenció de situacions menys greus davant la peremptorietat de situacions més aguditzades, malgrat que totes requereixin l'atenció dels professionals del CSMIJ o de professionals que, de manera intensiva i amb la formació suficient, poguessin abordar situacions que afecten la salut mental. Els dèficits en la provisió de recursos a la xarxa de salut mental infantil i juvenil provoquen intervencions sovint més tardanes, menys intenses de les indicades, i de caràcter més clínic i farmacològic que psicològic o terapèutic.

Aquesta situació també s'ha vist reflectida en l'àmbit hospitalari. Les dificultats de provisió de places hospitalàries desplacen l'atenció d'aquests casos a una xarxa de CSMIJ de vegades col·lapsada, la qual cosa afecta la cobertura i la intensitat de l'atenció rebuda, i incrementa la iniquitat en l'atenció de la salut mental infantojuvenil, que sovint només troba una resposta adequada en la xarxa privada en el cas de les famílies que poden finançar-la.

Paral·lelament, hi ha una manca de serveis dins el sistema de benestar social que facilitin un suport extern a les famílies amb un enfocament psicosocial i d'educació emocional, més que mèdic o patològic, que

permeti ajudar a afrontar les dificultats que es presenten en l'esdevenir de la vida i que permetin proveir-los d'eines per atendre adequadament les necessitats que els infants plantegen en cada moment.

Són famílies que es poden trobar sobrepassades a l'hora d'afrontar les dificultats de gestionar els problemes que expressa un fill o filla en el si de la convivència familiar, i els conflictes intrafamiliars que es provoquen i que poden requerir ajuda per resoldre situacions que poden derivar, si no són atesos, en problemes més severs de salut mental de l'infant o adolescent.

Cal destacar que la Convenció de les Nacions Unides sobre els drets dels infants també estableix en l'article 18 el dret dels infants i adolescents a rebre l'atenció necessària per al seu desenvolupament, si convé per mitjà del suport als progenitors perquè puguin acomplir les seves responsabilitats parentals o de la creació de programes i serveis per a l'atenció de les seves necessitats.

Són nombroses les famílies amb fills adolescents que acudeixen a les administracions públiques quan ja no poden gestionar situacions de conflictivitat familiar que les sobrepassen amb risc de claudicació en les seves funcions parentals. Aquestes famílies requereixen serveis que les acompanyin i les ajudin a atendre els seus fills o filles, sovint ja adolescents, que presenten conductes disruptives i també d'alt risc.

El fet que es destaquï que les polítiques de prevenció enfocades en un model psicosocial de suport a la criança i la parentalitat positiva són molt importants per promoure la salut mental infantojuvenil a Catalunya no necessàriament implica que els nois i noies que demanen un recurs de salut mental de tipus residencial o hospitalari més intensiu i les persones que són diagnosticades amb trastorns mentals no hagin rebut un bon acompanyament emocional per part de les seves famílies, però sí que vol dir que la cobertura pròpiament sanitària no és suficient per atendre altres mancances més de tipus social.

El sistema de salut mental infantojuvenil ha de ser prou fort i consistent per atendre amb garanties les diverses necessitats i intensitats

que requereixen els infants i adolescents, tot entenent la salut mental de manera més àmplia i completa, en positiu, i no només com a absència de patologia psiquiàtrica. I això ha de ser des de l'àmbit més preventiu i d'acompanyament fins al nivell més intens d'assistència mèdica i psicològica que es pugui requerir en cada cas.

Pot ser que des de l'àmbit estrictament clínic l'atenció que es presta a la unitat d'aguts d'adolescents (UCA) o l'hospital de dia sigui suficient, però que per a una adequada recuperació i seguiment ambulatori des del punt de vista sanitari calgui un reforç en l'acompanyament social de l'adolescent per garantir aquesta atenció.

L'acompanyament a les famílies en la seva responsabilitat primera d'atendre les necessitats integrals dels infants i adolescents és una obligació de l'Administració, especialment en situacions més complexes, la qual els ha de proveir dels recursos adequats per evitar que es generin situacions de desprotecció i desemparament evitables amb aquest suports.

3.5. L'EVOLUCIÓ DEL SISTEMA DE SALUT MENTAL INFANTOJUVENIL ACTUALMENT A CATALUNYA. PLA DIRECTOR DE SALUT MENTAL I ADDICIONS

La denúncia de la saturació del sistema de salut mental infantojuvenil, tant en l'àmbit d'atenció ambulatoria com hospitalària, ha estat una constant en els darrers informes del Síndic. En el marc de la seva actuació, el Síndic ha detectat problemes relacionats amb la cobertura dels CSMIJ de la demanda social existent d'atenció a infants i joves amb problemes de salut mental, particularment arran de l'existència de dèficits relacionats amb l'accés (lístes

d'espera) i la intensitat (freqüència de visites) del tractament.

En aquesta línia, el Síndic ha demanat al Departament de Salut de manera reiterada que incrementi la dotació de recursos humans, materials i econòmics als centres de salut mental infantil i juvenil i altres recursos específics en salut mental de la xarxa de salut mental infantil i juvenil per afavorir-ne l'accés i augmentar la intensitat que exigeixen les necessitats reals de la població infantil.

L'any 2016, als CSMIJ la mitjana de visites per persona atesa va ser de 6,5 i en el cas dels trastorns mentals greus, de 9,9, dades superiors a l'any anterior.

Cal destacar, a més, que l'atenció per part dels CSMIJ es va produint cada cop més a adolescents, amb un creixement sostingut, com a mínim, des del 2010. Del 43,9% d'adolescents de 12 a 17 anys sobre el total de pacients atesos d'aleshores s'ha passat al 54,2% de l'any 2016.

Pel que fa al tractament ambulatori, la millora del finançament de la xarxa de salut mental d'aquests darrers anys ha permès incrementar l'atenció d'infants i adolescents. Respecte a l'any 2016, s'ha produït un augment del 5% del nombre d'infants atesos. Respecte a l'any 2010, el creixement és del 21,9%. En aquesta línia, també ha augmentat el nombre de visites i, progressivament, també el percentatge d'adolescents sobre el conjunt de menors de 18 anys atesos (vegeu la taula 1).

Tot i l'increment del nombre de visites, l'augment del nombre de pacients atesos fa que, malgrat que la proporció dels diagnòstics de trastorn mental greu també creixi, no s'incrementi la intensitat del tractament. Des de fa anys, el nombre de visites per pacient està estancat en 6,3.

Taula 1. Evolució dels pacients atesos en serveis ambulatoris de salut mental infantil i juvenil (2010-2017)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Pacients atesos	54.570	54.155	57.373	58.570	60.704	64.780	63.330	66.501
Pacients atesos per cada 1.000 infants	40,4	39,6	41,4	42,1	39,5	43,4	43,6	46
Visites per pacient atès	6,5	6,5	6,6	6,4	6,3	6,3	6,5	6,3
Visites per pacient atès (mitjana CSMI)	6,4	6,5	6,6	6,4	6,2	6,1	6,3	6,3
Nombre de visites	355.285	352.843	376.981	374.414	384.876	411.226	411.681	420.161
% infants de 12 a 17 anys	43,9	45,3	46,5	47,5	51,7	52,9	54,2	54,2

Font: Departament de Salut

Pel que fa al tractament hospitalari, l'any 2017 es van cursar 1.864 altes en hospitalització d'aguts de menors de 18 anys. L'estada mitjana va ser de 21,9 dies i el percentatge de reingressos del 10,9%. El 24,2% dels ingressos va ser per un trastorn mental greu i el 17,5%, per algun trastorn de conducta. Els ingressos en unitats de subaguts van ser 98, amb una estada mitjana de 66 dies.

El 2018 s'han desplegat unitats especialitzades de referència per a l'atenció als TEA, que inclouen tres hospitals de dia infantil i juvenil i una unitat d'hospitalització (vegeu la taula 2). Alhora, s'ha posat en marxa la unitat terapèutica residencial per a infants i adolescents (projecte Acompanya'm, amb 30 places).

Durant l'any 2017 el Departament de Salut va presentar l'Estratègia 2017-2019 del Pla integral d'atenció a les persones amb trastorns mentals i addiccions. Les estratègies prioritàries en salut mental i addiccions per al període 2017-2020, elaborades conjuntament pel Pla director de salut mental i addiccions i el Servei Català de la Salut (CatSalut), pretenen donar resposta a l'objectiu del Pla de salut de Catalunya 2016-2020 d'impulsar el desplegament d'un model

d'atenció comunitària en l'àmbit de la salut mental i les addiccions.

Les estratègies de salut mental i addiccions 2017-2020 s'han començat a desenvolupar d'acord amb dues línies principals: reforçar els equips d'atenció primària amb especialistes en salut mental i enfocar els serveis especialitzats a la recuperació i inserció social de les persones amb trastorns mentals greus.

Es proposa, entre altres aspectes, consolidar el model d'atenció comunitari i la integració de l'atenció entre els diferents serveis de la xarxa sanitària i entre el sistema sanitari, social, educatiu, laboral i judicial.

Aquesta estratègia, que situa l'atenció dels infants com a àmbit d'intensificació de les actuacions, es planteja promoure la integració de les intervencions dels serveis de salut, socials i educatius de la petita infància, de la població en edat escolar i de l'adolescència en especial risc o vulnerabilitat i les seves famílies.

Com a conseqüència d'un increment pressupostari addicional, a partir de 2017 el Departament de Salut va contractar, per mitjà

dels proveïdors de serveis públics, més professionals dedicats a l'atenció a la salut mental i addiccions i a iniciar el desplegament d'un nou model d'atenció comunitària.

Específicament per a l'atenció a la salut mental d'infants i joves, el Departament de Salut informa que l'any 2018 ha destinat 69,7 milions d'euros, amb un increment de 22 milions d'euros respecte de l'any precedent. Actualment, s'inverteix en l'atenció a la salut mental d'infants i joves quasi un 80% més que el 2011 i un 40% més que el 2016.

En l'àmbit de l'atenció a infants i adolescents, s'han prioritzat les actuacions següents:

- Millora del programa Salut i Escola.
- Implantació en el 100% dels CAP de la Cartera de serveis de salut mental en l'atenció primària de salut amb suport d'especialistes dels CSMIJ.
- Increment de la capacitat assistencial dels CSMIJ.
- Priorització de l'atenció al trastorn mental greu, especialment TEA.
- Implantació a tot el territori català del Programa d'atenció a la psicosis incipient, amb un èmfasi especial en el grup d'edat 14-24 anys.
- Incorporació de la població adolescent i jove al Pla de serveis individualitzats (PSI) i als serveis de rehabilitació comunitària, per facilitar-ne l'acompanyament terapèutic i impulsar-ne la inclusió en entorns normalitzats.
- Priorització de la prevenció del suïcidi. Programa específic per a adolescents.
- Atenció a la població adolescent i jove vulnerable (infants de pares i mares amb trastorns mentals i/o addiccions, maltractaments i abusos sexuals infantils, infants testimonis de violència de gènere).
- Reforç de la continuïtat assistencial entre l'etapa adolescent i jove.
- Implantació d'unitats funcionals CSMIJ-CAS per a l'atenció de la població adolescent amb problemes de consum.
- Revisió i actualització de cartera de serveis d'hospitalització infantil i juvenil i hospital de dia d'adolescents.
- Ampliació a 23 unitats funcionals d'atenció als TEA, cobertura d'un 48% del territori.
- Elaboració del model d'atenció a l'alumnat amb trastorn mental greu amb suport especialitzats a les aules integrals de suport en centres educatius.
- Garantia de suport en salut mental a tots els centres residencials de la DGAIA (CRAE i CREI).
- Creació d'una unitat terapèutica residencial per a adolescents amb trastorns mentals greus.
- Posada en marxa de tres unitats especialitzades i una unitat d'hospitalització de TEA.
- Posada en marxa d'un hospital de dia mare-nadó i tres programes de salut mental perinatal.
- Definició d'un protocol de prevenció i atenció de les addiccions a les TIC en població jove.
- Projecte d'atenció a la inserció laboral dels joves (amb el SOC) per millorar el suport a la inserció al mercat laboral.

Caldrà valorar si aquest augment d'inversió i el desplegament del Pla integral d'atenció a les persones amb trastorns mentals i addiccions suposen un avenç significatiu en la garantia del dret a la salut mental infantojuvenil, que engloba actuacions en l'àmbit clínic, però també, de manera important, en l'àmbit social, tal com s'ha posat de manifest.

En qualsevol cas, cal destacar com una millora l'aposta que suposa la implementació del Pla i les prioritats que assenyala.

Específicament també es vol remarcar la creació d'un programa d'abordatge integral sobre els casos de salut mental d'elevada complexitat aprovat mitjançant Acord de Govern el dia 20 de novembre de 2018, d'una durada màxima de tres anys, i que pretén abordar aspectes com ara la

sensibilització sobre els casos complexos, els protocols i circuits d'actuació, la creació de grups de treball, i la implicació i la coordinació de la intervenció de les diverses administracions pel que fa als casos complexos. Aquestes línies de treball es duen a terme per mitjà d'una oficina de suport al programa, adscrita al Departament de Salut.

Aquest programa compta amb la participació activa de professionals experts en l'àmbit sanitari, social, ètic, judicial, i també amb representants de les federacions de familiars i de les persones afectades en primera persona, segons va difondre el mateix Departament de Salut.

4. DEMANDA D'UN RECURS RESIDENCIAL TERAPÈUTIC

4.1. RECURS RESIDENCIAL TERAPÈUTIC PER A ADOLESCENTS: ÉS NECESSARI?

Dins el mapa de recursos per a l'atenció a la salut mental infantojuvenil no hi ha previst cap recurs de tipus residencial i terapèutic per a infants i joves, principalment adolescents, que ho puguin requerir.

Els centres residencials que hi ha i que fan funcions assimilades són principalment centres dependents del sistema de protecció a la infància i l'adolescència, d'una banda, o centres de tipus privat, de l'altra.

Són diverses les queixes presentades a la institució en què famílies, principalment però també alguns professionals, posen de manifest les dificultats derivades de la manca de provisió d'un recurs residencial terapèutic públic per a infants i joves que, per les seves necessitats especials d'atenció, es considera que el requereixen.

Les situacions que es plantegen a la institució sovint deriven de problemes que afecten la salut mental dels infants i joves, acompanyades o no, de patologia amb diagnòstic clínic de salut mental, consum de tòxics o discapacitat reconeguda. Alguns d'aquests joves poden haver delinquit i/o es poden haver posat en situació de risc greu propi o de risc per a tercers.

Quan la situació és tan greu que la convivència familiar no facilita la recuperació de la salut i el benestar de l'infant o adolescent i l'atenció ambulatoria no és suficient per tractar-la i contenir-la, ni l'atenció hospitalària és la indicada clínicament, cal destacar que tant algunes famílies com el també el mateix sistema de protecció (pel que fa als infants tutelats) manifesten la necessitat de trobar un recurs d'atenció socioeducatiu terapèutic, de caràcter públic, més intensiu i perllongat en el temps, i de tipus residencial.

Atesa la manca de provisió d'aquest servei, hi ha famílies que recorren al tractament en règim d'internament o ambulatori als centres terapèutics privats existents i alguns dels casos desemboquen en la declaració de

la situació de desemparament de l'infant o adolescent, de manera que en aquest cas el sistema de protecció n'assumeix el tractament.

El Síndic constata l'existència d'aquesta situació que, de fet, actualment es produeix i es manifesta en l'expressió de la necessitat d'aquest recurs per part d'algunes famílies i professionals. No obstant això, no valida que l'expressió de la necessitat i de queixa per part d'aquestes persones legítimi aquesta demanda.

Cal que la idoneïtat del recurs sigui valorada d'acord amb l'interès superior de l'infant o adolescent afectat en cada cas. I, en aquest sentit, és necessari que es garanteixin els drets d'aquest adolescent, tant en el moment de l'ingrés com durant l'estada al centre.

La valoració de la idoneïtat del recurs residencial per a l'infant o adolescent a qui es proposa suposa necessàriament un judici de subsidiarietat (última ràtio), proporcionalitat (mínim temps indispensable) i especialització (per atendre les necessitats concretes).

4.2. ANTECEDENTS I RESPOSTA DE L'ADMINISTRACIÓ

La problemàtica amb relació a la demanda de provisió d'un servei residencial per a adolescents amb dificultat de contenció al medi emergeix ja com a una necessitat en un document elaborat per la Comissió interdepartamental per a la coordinació d'actuacions de l'Administració de la Generalitat adreçades als infants i adolescents amb discapacitats o en risc de patir-ne (CTIC) l'any 2001, en què es recollia la proposta de "creació d'un centre residencial de dependència multidepartamental (Ensenyament, Benestar Social, Justícia i Sanitat) per atendre adolescents amb una desestructuració de personalitat greu (psicosi, trastorn de personalitat...) que no es puguin contenir des de la família o els CRAE i que requereixin una atenció integral".

El juliol de 2010, fruit de l'encàrrec fet a un grup de treball interdepartamental constituït a aquests efectes per professionals dels departaments d'Educació, Salut, Acció Social i Ciutadania, s'elabora un document titulat

“Servei residencial-terapèutic-educatiu per a menors amb trastorn de conducta i malaltia mental greu i d'alta complexitat”, en què es defineix un servei socioeducatiu sanitari per a adolescents que pugui donar resposta a les mancances i necessitats que la cartera de serveis dels diferents departaments no pot atendre.

L'any 2017 el Departament de Salut, en l'Estratègia 2017-2019 del Pla integral d'atenció a les persones amb trastorns mentals i addiccions, preveu el disseny d'una “unitat terapèutica residencial per a adolescents amb trastorns mentals greus”.

En data 16 de gener de 2018 el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies i el Departament de Salut aproven les bases pel model d'unitat terapèutica educativa residencial per a infants i adolescents en situació de vulnerabilitat, que indica que vol donar resposta a una “proporció de persones que, a causa de les característiques clíniques del trastorn i la situació social i/o familiar determinada en què es troben, requeriran una intervenció psiquiàtrica i psicològica estructurada i amb alta capacitat de contenció per a un període de temps relativament llarg (més de sis mesos)”.

Es tracta de recursos que pretenen donar cobertura a la necessitat d'atenció terapèutica i acompanyament social i mèdic més enllà de l'hospitalització i atenció a la situació de crisi, en un termini de temps més espaiat en el temps, que poden prendre diferents denominacions i definicions.

La demanda del recurs pot provenir dels progenitors o representants legals, de l'Administració o professionals que intervenen en el seu cas o del mateix noi o noia, que el sol·licita de manera expressa o indirecta.

Caldrà que s'avaluï aquesta demanda en cada cas d'acord amb l'interès superior de l'infant o adolescent, per mitjà de l'establiment de requisits que permetin fer efectiva aquesta avaluació per garantir que l'ingrés i el tractament rebut responen als drets de protecció, salut i benestar de l'adolescent.

4.3. RECURS DE SALUT MENTAL O DE PROTECCIÓ SOCIAL?

El Síndic constata que els adolescents que generalment plantegen la necessitat d'aquest servei o recurs específic, o que ja estan ingressats als centres actualment existents, tenen afectada la seva salut mental en sentit ampli; poden presentar trastorns de conducta, que dificulten la convivència en el medi habitual, i poden manifestar una addicció al consum de tòxics (trastorns duals). Alguns d'ells poden tenir reconegut algun tipus de discapacitat intel·lectual o d'un altre tipus i també alguns poden haver comès fets delictius o són proclius a cometre'n.

Es tracta d'un recurs que pretén donar una cobertura més enllà de la que es garanteix per mitjà de les hospitalitzacions (UCA i URPI) a dèficits en la salut mental de l'adolescent i que sovint depassen el tractament estrictament clínic i no poden ser coberts de manera adequada per l'entorn social o el medi habitual de convivència d'aquell adolescent.

D'altra banda, aquest infant o adolescent pot haver estat tutelat prèviament per l'Administració (perquè s'ha declarat una situació de desemparament que ha obligat l'Administració a separar-lo del seu nucli de convivència familiar) o pot continuar convivint amb les seves famílies perquè no s'ha detectat prèviament una situació de desprotecció tan greu que indiqui la necessitat de la separació del nucli familiar fins aquell moment.

No obstant això, aquesta problemàtica, sense l'atenció adequada, pot derivar en una situació de risc greu o desemparament de l'adolescent o també pot ser deguda a una situació de desprotecció greu prèvia no detectada pels equips tècnics responsables.

També es pot interpretar que la situació de desemparament en què es pot trobar aquest noi o noia es deu a la manca de recursos públics existents per poder cobrir aquesta necessitat de suport residencial lluny del medi habitual quan hi ha una problemàtica determinada o que el medi habitual no és prou protector per poder acompanyar l'adolescent en la recuperació d'una problemàtica que en l'àmbit clínic es pot

considerar coberta i que és més de tipus social.

En qualsevol cas, el cert és que l'expressió d'aquesta necessitat hi és i, per aquest motiu, actualment hi ha molts recursos de tipus privat que hi donen resposta per al cas de les famílies i els adolescents que decideixen acollir-s'hi. Cal veure si la resposta és prou garantista pel que fa als drets dels adolescents afectats.

Igualment, la dificultat de contenció i acompanyament en el medi habitual es pot produir tant en l'àmbit del sistema de protecció com en l'àmbit privat o familiar, però el control i la supervisió de l'ingrés, i també les condicions dels centres i la valoració de la pertinència de l'existència d'aquests centres, varien en ambdós casos i, com s'ha assenyalat, només hi ha recursos públics que fan aquesta funció per als infants i adolescents tutelats.

Per tant, cal distingir clarament els recursos residencials de tipus terapèutic de què es dota el sistema de protecció per als infants i adolescents que es troben en situació de desemparament, la tutela o la guarda dels quals és assumida per l'Administració, dels

recursos de tipus residencial i terapèutic existents en l'àmbit privat per als infants i adolescents que no es troben dins el sistema de protecció, ja que no han estat declarats en situació de desemparament. Les necessitats són diverses i els abordatges, també.

Es considera important posar en relleu per mitjà d'aquest informe, i d'acord amb les consideracions que s'hi exposen, la necessitat d'avaluar la pertinència de la provisió d'aquest recurs de tipus terapèutic i educatiu² per atendre infants i adolescents amb trastorn de conducta i malaltia mental greu i d'alta complexitat des del sistema públic, i també de garantir la regulació i supervisió dels centres residencials existents (vegeu els capítols 5.3 i 7 d'aquest informe)

Es tracta d'un recurs que cobriria una demanda no coberta que hi pot haver entre l'àmbit que actualment s'atén des de salut i serveis socials d'adolescents que necessiten un acompanyament en el seu procés de tractament i recuperació relacionat amb un problema que afecta la seva salut mental i que no es pot cobrir en l'entorn social habitual, ateses les mancances que presenta aquest medi pels motius que sigui.

² La denominació del recurs pot variar en funció de l'enfocament i el col·lectiu principal a què s'adreça. En tot cas, el Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions, Estratègia 2017/2019, parla de model residencial i terapèutic per a adolescents en situació de vulnerabilitat.

5. MAPA DE RECURSOS RESIDENCIALS PER A INFANTS I ADOLESCENTS ACTUALMENT EXISTENTS

En aquest apartat, en què volgudament no s'ha entrat a definir el tipus de recurs residencial a què es fa referència ni el perfil d'infant i adolescent a qui està destinat, es pretén fer un repàs de la previsió normativa sobre la provisió d'aquest tipus de recurs, els recursos existents en realitat, i també les dificultats que planteja la situació actual pel que fa a definició, finançament, control i garanties de funcionament.

5.1. LES PREVISIONS DE LA CARTERA DE SERVEIS SOCIALS I LA CARTERA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUT

La Cartera de serveis socials vigent (Decret 142/2010, d'11 d'octubre, en el marc de la Llei 12/2007, de serveis socials), i la Cartera comuna de serveis del Sistema Nacional de Salut (annexos II i III del Reial decret 1030/2006, de 15 de setembre, pel qual s'estableix la cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut i el procediment per a la seva actualització) determinen quins són els serveis que, en aquests àmbits, l'Administració ha de garantir i posar a disposició de la ciutadania en funció de les seves necessitats.

Des de l'àmbit de salut

La Cartera comuna de serveis del Sistema Nacional de Salut (annex II, 8.4, i annex III, 7.5) no cobreix el servei de tipus residencial terapèutic per a infants i adolescents amb problemàtica de salut mental i/o consum. Només es preveuen recursos de tipus ambulatori per atendre problemes de salut mental d'infants i adolescents (CSMIJ i hospital de dia), i també recursos hospitalaris per a crisis agudes, UCA i URPI.

Els centres d'atenció i de seguiment a les drogodependències (CAS), per la seva banda, ofereixen assistència especialitzada ambulatoria i no estableixen diferenciació entre trams d'edat. No hi ha dispositius diferenciats per a la població infantojuvenil. No obstant això, pel que fa a l'atenció d'adolescents amb conductes de consum,

s'han posat en marxa unitats funcionals CAS-CSMIJ per atendre específicament la població jove, però encara no estan gaire desenvolupades.

Actualment, a Catalunya hi ha centres terapèutics residencials que poden funcionar per atendre adolescents menors de divuit anys amb problemes de salut mental i addiccions de tipus privat, però no hi ha cap previsió d'aquest tipus de recursos en la Cartera de serveis i, per tant, una provisió pública d'aquest recurs.

El Decret 92/2002, de 5 de març, estableix la tipologia i les condicions funcionals dels centres i serveis sociosanitaris i se'n fixen les normes d'autorització. Aquest decret regula tots els centres i serveis que presten atenció sociosanitària, públics o privats, de qualsevol classe o naturalesa, establerts a Catalunya.

Les comunitats terapèutiques, per tant, encara que siguin privades, són autoritzades per portar a terme la seva activitat per la Direcció General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitària del Departament de Salut, i el registre d'aquests centres és compartit amb el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.

Tot i que a la pràctica s'apliquen requisits diferenciats en funció de l'edat previsible dels pacients que s'atendran, la normativa no n'estableix cap i, per tant, el Registre oficial de centres sanitaris no recull cap diferenciació sobre l'edat de les persones ocupants als centres.

Des de l'àmbit de protecció social

En la Cartera de serveis socials vigent, els serveis de tipus residencial previstos per a persones amb discapacitat intel·lectual, per a problemàtica social derivada de salut mental i per a persones amb drogodependències, de baixa, mitjana i alta intensitat, estan reservats només per a adults.

La previsió de recursos residencials per a infants i adolescents està destinada a infants i adolescents en situació de desemparament, tutelats per l'Administració, amb mesura administrativa d'acolliment simple en institució.

Hi ha regulada la possibilitat d'ingrés d'una persona menor d'edat en una residència per a persones amb discapacitat intel·lectual o física amb la qual es tinguin places concertades en la disposició addicional sisena del Decret 142/2010, però no es preveu la provisió d'un recurs especialitzat per a infants i adolescents amb discapacitat.

El mateix Departament de Treball, Afers Socials i Famílies ha traslladat al Síndic en diverses ocasions que entén necessari incloure en la Cartera la prestació de servei residencial per a infants i adolescents amb discapacitat intel·lectual, segons ha expressat en els seus informes tramesos a la institució en el marc de les queixes tramitades.

D'altra banda, l'article 133 de la Llei 14/2010 preveu l'existència dels CREI (centres residencials d'educació intensiva) per a infants i adolescents amb trastorn de conducta tutelats per la DGAIA, també garantits en la Cartera de serveis socials vigent. Queden especialment exclosos d'aquest recurs els infants i adolescents que pateixen malaltia, trastorn mental o discapacitat intel·lectual.

Finalment, pel que fa al possible centre residencial específicament terapèutic per atendre problemàtica de consum i salut mental adreçat a infants i adolescents, només hi ha un esment en l'article 133.4 de la Llei 14/2010 a la seva possible existència i regulació, però actualment no està desplegat.

En data 28 d'abril de 2017 es publica la Directriu general 2/2017, de 10 d'abril, del director general d'Atenció a la Infància i l'Adolescència, per la qual s'aprova el Programa marc de centres residencials d'educació intensiva (CREI) i se'n determina la implementació.

El mateix Programa marc de CREI preveu l'existència d'altres recursos residencials especialitzats que donen resposta a situacions que requereixen un abordament tècnic especialitzat complementari a la xarxa de protecció, que pertanyen a altres xarxes.

Indica que, en aquests casos, l'organisme competent en matèria de protecció fa la gestió dels ingressos i el seguiment en

coordinació amb l'EAIA (equip d'atenció a la infància i adolescència).

En aquest sentit, en l'esmentat programa marc, com a programes d'acolliment residencials especialitzats pertanyents a altres xarxes d'atenció que no són centres residencials d'educació intensiva, s'estableixen:

- Els previstos per a infants i adolescents amb patologies de salut mental: recursos sanitaris o sociosanitaris que desenvolupen un programa específic d'intervenció terapèutica per atendre infants o adolescents afectats per trastorns mentals que necessiten seguir un tractament sota la supervisió mèdica en condicions d'acolliment continuat.

- Els previstos per a infants i adolescents amb dependència a tòxics que requereixen intervencions o tractament de desintoxicació i psicoteràpia. Són recursos sanitaris o sociosanitaris que desenvolupen un programa específic d'intervenció en toxicomanies amb tractament sota la supervisió mèdica en condicions d'acolliment continuat i temporitzat.

- Els previstos per a infants i adolescents amb una discapacitat greu, tant física com psíquica o sensorial, que, atesa la gravetat d'aquesta discapacitat, requereixen suport constant de terceres persones per al desenvolupament de les tasques habituals de la vida quotidiana. S'indica que calen uns recursos específics amb infraestructura adequada i personal altament qualificat per dur a terme aquesta atenció. L'objectiu és treballar la reducció al màxim de la dependència mitjançant projectes multidisciplinaris, i evitar-ne la sobreprotecció i estimular-ne l'autonomia al màxim.

La Direcció General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitària assegurava en el darrer informe tramès a aquesta institució sobre aquesta qüestió que valorava com a molt necessària la inclusió en la Cartera de serveis del Sistema Nacional de Salut de centres residencials per a menors de divuit anys amb trastorns de conducta i addiccions.

En aquest sentit, el Pla integral d'atenció a persones amb trastorn mental i addiccions del Departament de Salut, Estratègia

2017/2019, preveu en els apartats 2.4.1 definir i implantar un model residencial i terapèutic per a adolescents en situació de vulnerabilitat, que s'ha concretat en la posada en marxa de la unitat terapèutica Acompanya'm a la ciutat de Barcelona, malgrat que la provisió d'aquest servei no consta prevista en la Cartera.

5.2. MAPA DE RECURSOS RESIDENCIALS PER A INFANTS I ADOLESCENTS AMB PROBLEMÀTICA ESPECÍFICA DE COMPORTAMENT, SALUT MENTAL I DISCAPACITAT

Malgrat que actualment no està regulada la provisió pública de cap centre residencial específicament qualificat per fer una intervenció educativa i terapèutica adreçada a infants i joves que pateixen problemes de salut mental i requereixen una intervenció d'acompanyament social allunyada del seu medi habitual, sí que hi ha recursos residencials que, d'alguna manera, actualment cobreixen aquesta demanda.

D'una banda, hi ha els recursos privats que atenen la demanda provinent de les famílies que els requereixen i també de l'Administració (DGAIA), que concerta places per a l'atenció d'infants i adolescents tutelats que consideren que necessiten una intervenció més especialitzada; i, de l'altra, alguns recursos públics especialitzats, que cobreixen la demanda provinent del sistema de protecció a la infància i l'adolescència i, que, per tant, atenen infants i adolescents prèviament tutelats per l'Administració que requereixen un tipus d'intervenció més especialitzada.

Els recursos privats que fan aquestes funcions sociosanitàries i terapèutiques acullen adolescents, amb malaltia mental o sense, tutelats i no tutelats. Els requisits d'accés i de continuïtat de l'infant i adolescent als centres, i també el control i la supervisió que fa l'Administració sobre

aquests centres queden limitats perquè estan fora del sistema públic de prestacions socials i sanitàries, malgrat que la derivació i l'assumpció del cost del servei, en el cas d'infants i adolescents tutelats, la pot fer la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA).

En el cas dels infants i adolescents tutelats la provisió d'un recurs residencial específic va a càrrec de l'Administració, ja que es parteix de la necessària separació del nucli de convivència primer de l'infant o adolescent prèviament establert. Els recursos residencials específics per a infants i adolescents tutelats, per tant, seran recursos públics o concertats a càrrec de l'Administració en qualsevol cas.

La distinció entre centres residencials terapèutics per atendre menors diagnosticats amb greus malalties psiquiàtriques, centres d'educació intensiva o trastorn de conducta, centres destinats a atendre infants i adolescents amb discapacitat i, finalment, centres de justícia juvenil previstos per a adolescents que han comès fets delictius, no sempre és tan clara, ni en la idoneïtat ni en el funcionament dels mateixos centres ni en la normativa.³ Per aquest motiu, en aquest apartat de recursos residencials específics existents s'engloben els diferents recursos que poden atendre problemàtica de consum, de trastorn conductual, de salut mental i fins i tot de discapacitat intel·lectual.

La Llei orgànica 8/2015, de 22 de juliol, de modificació del Sistema de Protecció a la Infància i l'Adolescència, pretén aportar llum i entra a delimitar i regular un tipus de centres per a infants i adolescents tutelats: els centres residencials per a trastorns de conducta.

Es generen dubtes sobre l'aplicació d'aquesta llei i els condicionants legals que planteja en centres residencials terapèutics en casos de guarda protectora i en casos de centres per a

³ Vegeu l'Informe de la Comissió Especial d'estudi de la problemàtica de l'adopció nacional i altres temes afins, i els articles següents: "El ingreso de menores con problemas de conducta en centros específicos de menores", de Lucía Vázquez-Pastor, publicat a *Revista sobre infancia y adolescencia*, 11 d'octubre de 2016; "Comentarios a la nova regulació dels centres de protecció específics de menors d'edat amb problemes de conducta que estableix la Llei orgànica 8/2015", per Joan Mayoral Simón, publicat a *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", per Aurora López Azcona, publicat a *Derecho privado y Constitución*, núm. 32, 2018.

persones menors d'edat amb discapacitats, i es deixen fora de la seva regulació els centres residencials existents per a infants i adolescents no tutelats.

Malgrat que una de les consideracions que s'elaboren en aquest informe i que s'analitzaran en l'apartat 4.3 és la dificultat de categoritzar la necessitat de l'infant o adolescent que cal atendre i les tipologies de centres residencials específics que hi ha, s'han agrupat els recursos en tres categories: centres residencials terapèutics, centres residencials per a infants i adolescents amb discapacitat i centres residencials per a adolescents que presenten trastorns conductuals.

A) Centres residencials terapèutics

Els centres terapèutics no estan regulats de manera detallada ni en la normativa de serveis socials ni en la de protecció a la infància i adolescència. Tampoc no estan previstos, com s'ha assenyalat, en les carteres de serveis de salut i protecció social.

Únicament en l'apartat quart de l'article 133 de la Llei 14/2010 es fa referència als centres de tipus terapèutic o d'educació intensiva, tot donant a entendre que hi ha un tipus de recurs diferent de centre d'educació intensiva o, com a mínim, que es tracta d'una tipologia de centre d'educació intensiva amb més presència de serveis terapèutics, sempre amb relació a infants i adolescents que han estat tutelats.

De tota manera, en el moment d'aprovar la Llei 14/2010, la DGAIA ja havia concertat places a serveis de caràcter mixt, socioeducatius i sanitaris per a infants i adolescents tutelats, com ara la Masia Font-Fregona i Mas Pons i la Comunitat Terapèutica de Valldaura, pensats com a recursos que, més enllà de l'atenció social i educativa

proporcionada pels CREI, facilitaven una atenció sanitària específica als adolescents tutelats per problemes d'addicció i salut mental.

Aquests centres es configuren com a recursos socio-sanitaris autoritzats i supervisats pel Departament de Salut i estan regulats pel Decret 92/2002, de 5 de maig, pel qual s'estableixen la tipologia i les condicions funcionals dels centres i serveis socio-sanitaris.

D'acord amb l'article 3 d) del Decret 92/2002, tots els centres i serveis socio-sanitaris queden subjectes a l'elaboració i la comunicació a l'Administració sanitària i social de les informacions i estadístiques que se'ls sol·licitin, però no a notificar de manera sistemàtica i periòdica la seva activitat.⁴

No obstant això, d'acord amb la informació facilitada pel Departament de Salut, no hi ha un registre oficial de centres socio-sanitaris. Sí que hi ha un registre oficial de centres, serveis i establiments sanitaris, que inclou totes les categories possibles de centres sanitaris. En aquest registre oficial hi són inclosos, a més d'una gran diversitat de centres sanitaris, els centres socio-sanitaris, els centres de salut mental i els centres d'atenció dels trastorns alimentaris, que, a més, poden ser amb internament o extrahospitalaris.

La normativa vigent en matèria d'autorització de centres hospitalaris, d'altra banda, no estableix l'obligatorietat de diferenciar places per a adults, per a infants i per a adolescents.

No obstant això, la Direcció General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitària⁵ distingeix entre la informació de què disposa en el Registre:

⁴ Vegeu les inspeccions a centres socio-sanitaris de tractament d'addiccions i salut mental en l'apartat 5.4, sobre supervisió i control.

⁵ Dades de juliol de 2018.

Els centres que atenen infants i adolescents per problemes d'addiccions en règim d'internament (centres terapèutics)

- Masia Mas Pons, autoritzat amb 36 places
- Masia Font Fregona, autoritzat amb 50 places
- CTE Can Ros Atenció Terapèutica i Educativa per a joves, autoritzat amb 72 places
- Comunitat Terapèutica Santa Maria de Valldaura, autoritzat amb 40 places
- Centre Residencial Julià Romea, autoritzat amb 20 places

De la resta de comunitats terapèutiques autoritzades a Catalunya s'indica que no es disposa d'informació que acrediti que atenen infants i adolescents. El Centre Can Puig/ Centre Català de Solidaritat, està en fase d'autorització.

Els centres de salut mental que atenen infants i adolescents:

- Reeixir, autoritzat amb 44 places
- Unitat Terapèutica-Educativa Acompanya'm, autoritzat amb 30 places⁶

Els hospitals generals o hospitals monogràfics per atendre pacients amb trastorn del comportament alimentari⁷

- Hestia Palau, amb 64 llits psiquiàtrics.
- Institut Trastorn Límit, dins l'Hospital General de Catalunya, amb 14 llits psiquiàtrics i servei d'atenció psiquiàtrica infantil.
- Hospital Quirón Salud, amb 161 llits d'aguts i servei d'atenció a l'anorèxia i la bulímia.
- Parc Sanitari Sant Joan de Déu, amb 159 llits psiquiàtrics i servei d'atenció a l'anorèxia i la bulímia.
- Hospital Sant Joan de Déu, amb 327 llits d'aguts autoritzats i 23 llits psiquiàtrics, a més de servei d'atenció psiquiàtrica d'adolescents, servei d'atenció psiquiàtrica infantil i atenció sanitària a drogodependents.
- TIA Maresme de Barcelona, amb 56 places d'internament psiquiàtric i servei d'atenció a l'anorèxia i bulímia.
- TIA Maresme d'Argentona, amb 77 llits psiquiàtrics i servei d'atenció a l'anorèxia i la bulímia.
- Hospital Universitari Vall d'Hebron, amb 1.017 llits d'aguts, 8 llits psiquiàtrics, servei d'atenció a l'anorèxia i la bulímia, servei d'atenció psiquiàtrica d'adolescents, servei d'atenció a la psiquiatria infantil i servei d'atenció sanitària a drogodependents.

⁶ Vegeu els apartats 3.5 i 5.1 d'aquest informe.

⁷ En la llista de places hi apareixen tant centres privats com hospitals públics.

- Centre d'Hospitalització i Hospital de Dia per a Trastorns de Conducta d'Argentona, amb 30 llits d'internament de salut mental i servei d'atenció psiquiàtrica d'adolescents.
- Centre Integral de Serveis en Salut Mental Comunitària, amb 25 llits psiquiàtrics autoritzats, servei d'atenció psiquiàtrica d'adolescents i servei d'atenció psiquiàtrica infantil.
- Unitat Polivalent en Salut Mental d'Amposta, dins de l'Institut Pere Mata, amb 42 llits psiquiàtrics, servei d'atenció psiquiàtrica d'adolescents, servei d'atenció psiquiàtrica infantil i atenció sanitària a drogodependents.
- Hospital Sant Joan de Déu Lleida, amb 130 llits psiquiàtrics, servei d'atenció psiquiàtrica d'adolescents i servei d'atenció psiquiàtrica infantil.
- Hospital de Sabadell, amb 46 llits psiquiàtrics, servei d'atenció psiquiàtrica infantil i atenció sanitària a drogodependents.

La Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència, quan considera que algun dels infants o adolescents tutelats requereix un ingrés en un centre residencial terapèutic, concerta places als centres privats esmentats anteriorment per a infants i adolescents tutelats que necessiten una atenció especialitzada.

En els plec de prescripcions tècniques de la contractació d'alguns d'aquests serveis, tal com s'ha pogut comprovar, es fa referència a l'atenció i la teràpia socioeducativa per modificar la conducta dels pacients també, i es descriuen els usuaris com a "menors d'edat amb trastorns de conducta greu, derivats de trastorn mental o no que estan sota la tutela o guarda de la DGAIA".

D'altra banda, no es tracta de recursos exclusivament de tractament per a la salut mental, com ho seria recurs hospitalari psiquiàtric, dependent del Departament de Salut, sinó que són recursos terapèutics amb component a la vegada socioeducatiu.⁸

La DGAIA informa que disposa de places amb conveni en dos centres sociosanitaris per al tractament i l'abordatge de patologies duals, és a dir, presència de problemàtica de consum de drogues, en patró d'abús o de dependència, i presència d'altres tipus de trastorns associats al consum o no, sobretot

pel que fa als trastorns greus de conducta, que són Font Fregona i Valldaura.

Per a adolescents que presenten problemàtica derivada de malaltia mental (trastorns mentals greus) no susceptible de ser atesa en un CRAE hi ha les 25 places mixtes de què disposa el recurs dependent de la xarxa de salut mental, Acompanya'm. Aquest recurs disposa d'un total de 30 places públiques, 25 de les quals estan destinades a infants i adolescents sota la tutela o guarda de la DGAIA i es troba en funcionament des de finals del mes d'abril de 2018.

Per a adolescents que requereixen un tractament especialitzat en trastorns alimentaris o que requereixen abordatge especialitzat en salut mental infantojuvenil, la DGAIA té conveni de 10 places mixtes en règim d'hospitalització a TIA d'Argentona.

Adicionalment, com a recursos específics que responen a determinades necessitats dels adolescents tutelats, convé destacar que durant l'any 2017 la DGAIA va crear un nou recurs terapèutic per a adolescents que inhalen o són addictes a la cola a la ciutat de Barcelona, amb 20 places, que atén infants i adolescents sense referents familiars amb problemàtiques d'addicció, i també noves places de pisos assistits (centres per a adolescents embarassades o amb una maternitat precoç).

⁸ Hi ha hagut contractes de la DGAIA amb serveis exclusivament de salut mental sense component socioeducatiu, com ara la Clínica Psiquiàtrica Bellavista.

B) Centres residencials per a infants i adolescents amb discapacitat

Malgrat que pugui semblar que aquesta tipologia de recurs no és pertinent incloure-la en un informe que se centra en la salut mental i la demanda de centres residencials terapèutics, s'ha considerat convenient fer-ne esment, atesa la dificultat de trobar recursos adequats i la comorbiditat o diferent problemàtica que a la vegada pot presentar un mateix infant o adolescent (discapacitat i trastorn de conducta, discapacitat derivada de malaltia mental i consum, etc.). Són recursos als quals es pot recórrer per atendre una situació que pot requerir la separació del nucli familiar, amb presència d'atenció terapèutica i socioeducativa intensiva.

Els equipaments residencials específics per a discapacitats menors d'edat tampoc no estan previstos de manera expressa en la Cartera de serveis socials vigent. Excepcionalment, el Decret 142/2010, d'11 d'octubre, preveu, en la disposició addicional sisena, que es pugui acordar l'ingrés d'un menor en un centre residencial per a persones amb discapacitat intel·lectual o física amb el qual es tenen places concertades. Es disposa de poques places perquè els centres han de complir uns requisits tècnics específics per atendre persones menors d'edat a les seves instal·lacions.

La manca de previsió d'aquest recurs ha estat una qüestió que el Síndic ha abordat reiteradament en el marc de diverses actuacions d'ofici i diverses queixes presentades a la institució. La previsió en la Cartera de serveis socials d'aquest recurs apareix ja com una de les propostes de l'informe del Síndic sobre drets de l'infant presentat el desembre de 2015 al Parlament.

La manca de dotació suficient de places ha estat confirmada pel mateix Departament de

Treball, Afers Socials i Famílies, que també va informar la institució de la necessitat de 24 places més per a adolescents amb discapacitat intel·lectual i trastorn de conducta, i que s'estava estudiant tècnicament la idoneïtat i la necessitat real de l'ampliació d'aquestes places específiques.⁹D'altra banda, únicament en els casos en què la família està privada de la guarda del menor i la DGAIA en té la tutela aquests menors es troben en centres especialitzats.

En qualsevol cas, malgrat que les xifres de places disponibles i la llista d'espera existent en cada moment a tot Catalunya és variant, sembla que hi ha la demanda d'incorporar en la Cartera de serveis socials els serveis necessaris per atendre infants i adolescents amb discapacitat greu que, per la seva situació, no puguin ser atesos en el nucli familiar.

Els adolescents que s'encabeixen en aquesta casuística són nois i noies amb deficiències cognitives, retard mental i alteracions conductuals o altres trastorns mentals (psicosi per exemple), i també relacionats amb autisme (TEA) i trastorns general del desenvolupament. Normalment són nois valorats com a greus pel CAD i que mostren més dificultat amb relació a l'autonomia.

En arribar a la majoria d'edat, la major part inicia un procés d'incapacitació i d'espera fins a obtenir un recurs residencial de la Cartera de serveis socials per a adults. Alguns d'ells continuen residint en centres residencials dependents de la DGAIA un cop arribats a la majoria d'edat fins a la incapacitació.

Pel que fa al concert de places residencials per a infants i adolescents amb discapacitat, es fa constar que per a tot Catalunya la DGAIA disposa de 62 places en total previstes per a infants i adolescents tutelats:

⁹ Vegeu resposta del Govern 25997, de 10 de maig de 2016, a la pregunta parlamentària 314-03396/11, de Grup Parlamentari Socialista, sobre places residencials disponibles per a infants i adolescents amb discapacitat i trastorn de conducta a la província de Barcelona.

- 5 al centre La Garriga: autisme sever profund
- 12 al Centre Guru: autisme, psicosi deficitària infància, severs/moderats
- 12 a ESPASMI, discapacitat física i psíquica severa/profunda
- 14 a CRAE Vilapicina, retard mental sense trastorn de conducta
- 14 a CRAE Les Garrigues, retard mental sense trastorn de conducta
- 5 a AMPANS, grau de discapacitat sever i moderat, amb trastorn de conducta o sense.

A aquestes places, s'hi han d'afegir les concertades per l'anterior Secretaria d'Inclusió Social i de Promoció de l'Autonomia Personal (SISPAP), a què accedeixen també infants tutelats per la DGAIA amb més d'un 75% de discapacitat, en centres com ara Mont Martí, Joan Riu, AMPANS i ASPASIM.

En concret, es disposa de residències per a persones amb discapacitat intel·lectual, com ara la residència per a infants i adolescents amb discapacitat intel·lectual La Caseta, 15 places; El Turó, 22, i Mont Martí, 24, fora de Barcelona.

El mateix Departament indica que la DGAIA i la Direcció General de Protecció Social han estudiat la necessitat de dotar-se de recursos residencials adreçats a adolescents amb discapacitat associada a trastorn de conducta i han conclòs que cal disposar d'un recurs més especialitzat per poder donar-hi resposta. El Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, conjuntament amb el Departament de Salut, segons s'ha informat la institució, està dissenyant aquest recurs, que serà gestionat pels dos departaments, tindrà caràcter residencial i intensitat psiquiàtrica, amb un clar itinerari socioeducatiu i adequat per a menors d'edat.

Així mateix, disposarà de places respir per a famílies amb infants i adolescents amb situacions complexes. És un recurs que s'acabarà de dissenyar per mitjà del Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS).

C) Centres residencials d'educació intensiva

Malgrat que els centres residencials d'educació intensiva (CREI) són recursos ben regulats i exclouen de manera expressa els adolescents que requereixen un tractament específic d'una malaltia mental, la dificultat de discernir entre necessitats (com s'exposa en l'apartat 4.3) i la manca de recursos disponibles, a la pràctica, aboquen alguns dels infants i adolescents tutelats que pateixen malaltia mental diagnosticada, addicció a consum de tòxics, o fins i tot reconeguda discapacitat intel·lectual també a centres residencials d'educació intensiva (CREI).

El CREI és el recurs residencial específic més ben regulat i s'inclou en la cartera de serveis socials. Es tracta d'un tipus de centre residencial que preveu la legislació catalana en matèria de serveis socials i protecció a la infància per atendre joves de dotze a divuit anys tutelats que presenten un trastorn de conducta diagnosticat que requereix un abordatge socioeducatiu i terapèutic.

Aquest tipus de centre està recollit en l'article 133 de la Llei 14/2010, de 27 de maig, i es preveu en la Cartera de serveis socials vigent aprovada pel Decret 142/2010, d'11 d'octubre, i està limitat a infants i adolescents sota la tutela de l'Administració.

L'objectiu del CREI és donar resposta a les necessitats educatives i assistencials específiques d'adolescents i joves amb alteracions conductuals que requereixen una especialització tècnica alternativa a la de la

mesura d'acolliment en centre ordinari per a la seva cura i atenció.

Són centres que no estan previstos per atendre menors d'edat que presentin malalties o trastorns mentals que requereixin tractament específic dels serveis competents en matèria de salut mental o d'atenció a les persones amb discapacitat, però aquesta exclusió expressa no significa que l'existència de qualsevol malaltia o trastorn mental o grau de discapacitat n'hagi de generar l'exclusió, sinó que cal que aquesta malaltia o trastorn mental necessiti un tractament que requereixi l'ingrés en un centre dels serveis competents en matèria de salut mental o atenció a la persona amb discapacitat.

Mitjançant la Resolució TSF/949/2017, de 28 d'abril, que dona publicitat a la Directriu general 2/2017, de 10 d'abril, s'aprova el Programa marc per als centres residencials d'educació intensiva de la DGAIA i se'n determina la implementació com a serveis residencials que acullen de manera temporal joves de dotze a divuit anys tutelats amb alteracions en la conducta.

Els centres o les unitats d'educació intensiva es defineixen com a recursos que donen resposta assistencial, escolar, socioeducativa i terapèutica als adolescents que presenten trastorns de conducta i que requereixen seguir un programa d'educació intensiva en un establiment especialitzat, autoritzat i acreditat expressament per a aquest tipus d'intervenció. Per bé que els adolescents poden presentar simptomatologia associada a la salut mental o al consum de tòxics, o una discapacitat, el trastorn de conducta és l'element diagnòstic principal i prioritari que motiva que ingressin en un centre o unitat d'educació intensiva.

El mateix Programa marc de CREI preveu l'existència d'altres recursos residencials especialitzats que donen resposta a situacions que requereixen un abordatge tècnic especialitzat complementari a la xarxa de protecció, que pertanyen a altres xarxes. Indica que en aquests casos l'organisme competent en matèria de protecció fa la gestió dels ingressos i el seguiment en coordinació amb l'EAIA (equip d'atenció a la infància i l'adolescència).

En aquest sentit, en el programa marc esmentat, com a programes d'acolliment

residencials especialitzats pertanyents a altres xarxes d'atenció que no són centres residencials d'educació intensiva, hi ha:

- Els previstos per a infants i adolescents amb patologies de salut mental: recursos sanitaris o socio-sanitaris que desenvolupen un programa específic d'intervenció terapèutica per atendre infants o adolescents afectats per trastorns mentals que necessiten seguir un tractament sota la supervisió mèdica en condicions d'acolliment continuat.
- Els previstos per a infants i adolescents amb dependència a tòxics que requereixen intervencions o tractament de desintoxicació i psicoteràpia. Són recursos sanitaris o socio-sanitaris que desenvolupen un programa específic d'intervenció en toxicomanies amb tractament sota la supervisió mèdica en condicions d'acolliment continuat i temporitzat.
- Els previstos per a infants i adolescents amb una discapacitat greu, tant física com psíquica o sensorial, que, atesa la gravetat d'aquesta discapacitat, requereixen suport constant de terceres persones per al desenvolupament de les tasques habituals de la vida quotidiana. S'indica que calen uns recursos específics amb infraestructura adequada i personal altament qualificat per dur a terme aquesta atenció. L'objectiu és treballar la reducció al màxim de la dependència mitjançant projectes multidisciplinaris, i evitar-ne la sobreprotecció i estimular-ne l'autonomia al màxim.

És comú en totes tres tipologies que personal mèdic especialista faci un diagnòstic específic en què constin els motius pels quals es fa o es descarta l'ingrés de l'infant o l'adolescent en un programa d'atenció residencial bàsica, els objectius concrets d'aquest internament i el temps previst, i si hi manca, el metge o la metgessa del centre d'acolliment.

Fonamentalment, s'incorpora un procediment àgil d'autorització judicial per a l'ingrés d'una persona menor d'edat en un centre de protecció específic de menors amb problemes de conducta.

Aquesta regulació pretén ser una translació normativa d'algunes de les recomanacions ja contingudes en l'*Informe sobre centres de protecció de menors amb trastorns de conducta* i

en situació de dificultat social de l'any 2009, del Defensor del Poble; també de les recomanacions de la Fiscalia General de l'Estat en la Memòria de l'any 2010¹⁰ i les observacions finals a Espanya de 3 de novembre de 2010 del Comitè dels Drets de l'Infant.

La situació també va ser abordada per la Comissió Especial del Senat d'estudi de la problemàtica de l'adopció nacional i altres temes afins i el Tribunal Constitucional també es va pronunciar sobre qüestions d'inconstitucionalitat amb relació als ingressos en aquest tipus de centres de protecció per mitjà de les sentències 131 i 132/2010.

La darrera reforma del sistema estatal de protecció de la infància i l'adolescència que va operar la Llei orgànica 8/2015, de 22 de juliol, juntament amb la Llei 26/2015, de 28 de juliol, introdueix el capítol IV (articles 25 a 35) en el títol II de la Llei orgànica 1/1996, de 15 de gener, de protecció jurídica del menor (LOPJM), sota l'epígraf "centres de protecció específics de menors amb problemes de conducta". Aquesta reforma també introdueix un nou article a la Llei d'enjudiciament civil (LEC), l'article 778 bis, per a l'autorització judicial de l'ingrés d'un menor en un centre específic de menors amb problemes de conducta, a fi de legitimar les restriccions de la seva llibertat i drets fonamentals que pot comportar la mesura.

Abans de la Llei orgànica 8/2015, de 22 de juliol, no hi havia una normativa d'àmbit estatal que preveïés la situació dels adolescents amb trastorns de conducta, descrits com accions agressives, violentes o fins i tot delictives, greus alteracions del comportament i desajustos en l'entorn social, escolar i familiar.

El Comitè dels Drets de l'Infant va presentar recomanacions molt clares a Espanya l'any 2010 relatives a la necessitat de clarificar i d'ordenar el funcionament dels centres residencials que acullen adolescents amb trastorns de conducta, després de l'informe d'un any abans del Defensor del Poble.

La Circular 2/2016, de la Fiscalia General de l'Estat, sobre l'ingrés de menors amb problemes de conducta en centres de protecció específics, emet un conjunt de comentaris i aclariments sobre el perfil del menor definit per la normativa, l'element de risc, la necessitat de protecció, els centres privats i el procediment, entre d'altres, ja que es requereix la intervenció de Fiscalia en aquests casos.

D'acord amb la Fiscalia General de l'Estat, aquests centres no s'han de considerar instruments de defensa social davant de joves conflictius, sinó mitjans per proporcionar un marc adequat de reeducació i de normalització de la conducta i el lliure desenvolupament de la personalitat dels adolescents amb problemes conductuals quan les altres instàncies han fracassat.

L'article 26 LOPJM estableix que per a l'ingrés del menor en aquests centres cal que l'entitat pública o el Ministeri Fiscal obtinguin prèviament l'autorització judicial corresponent, tot garantint el dret a l'infant o adolescent a ser escoltat segons el que estableix l'article 9.1 de la mateixa LOPJM.

L'ingrés en aquests centres implica una restricció de llibertats que cal autoritzar judicialment perquè aquesta és la via per garantir que al noi o noia no se'l priva de llibertat de manera arbitrària o injustificada i perquè és una exigència constitucional.

A aquest efecte, s'introdueix l'article 778 bis de la LEC, que preveu un procediment àgil, senzill i detallat per a l'obtenció de l'autorització judicial d'ingrés en un CREI a fi de legitimar les restriccions de llibertat i drets fonamentals que pot comportar aquesta mesura.

L'article 778 bis 1 de la LEC indica que tant l'entitat pública que tingui la tutela o guarda de l'adolescent com el Ministeri Fiscal poden sol·licitar l'autorització judicial per procedir a l'ingrés de l'adolescent, i han d'adjuntar la sol·licitud amb la valoració psicosocial que ho justifiqui. L'article 26.1 LOPJM també estableix que la sol·licitud d'ingrés amb problemes de

¹⁰ Protocol de la Unitat de Menors de la Fiscalia General de l'Estat d'inspeccions en centres de protecció de 5 de febrer de 2009 (apartat 21) i Circular 8/2011, sobre criteris per a la unitat d'actuació especialitzada del Ministeri Fiscal en matèria de protecció de menors, que exigeix l'autorització judicial i la supervisió constant. Informe Consell Fiscal d'11 de juliol de 2014.

conducta ha d'estar motivada i fonamentada en informes psicosocials emesos prèviament per personal especialitzat en protecció de menors.

El Programa marc dels CREI també recull que la mesura protectora d'ingrés en CREI ha de tenir un caràcter excepcional i una durada mínima imprescindible per acomplir els objectius inicialment previstos, que s'han d'especificar de manera clara en l'informe proposta.

Com a requisit per a l'ingrés també es preveu que els adolescents disposen d'un informe diagnòstic i valoració psicosocial especialitzada de trastorn de conducta (relacionat amb patologies psicosocials i educatives) emès per la xarxa pública de salut mental.

Només en casos d'urgència degudament motivats es preveu l'ingrés al centre sense autorització judicial prèvia, sempre que la mesura sigui ratificada judicialment en el termini màxim de 72 hores (article 778 bis 3 LEC i 26.3 LOPJM).

Malgrat que es tracta d'una normativa que pretén aportar més garanties a l'ingrés i l'aplicació de mesures restrictives de llibertat als menors tutelats ingressats en aquest

tipus de centres, hi ha dubtes interpretatius en qüestions com ara la determinació de l'edat mínima d'ingrés, el diagnòstic, la possible aplicació de mesures de seguretat, la restricció de visites i comunicacions, entre d'altres.¹¹

A més, cal fer esment que actualment a la institució hi ha en tramitació una actuació amb relació a l'incompliment d'aquesta normativa, i concretament la manca de la preceptiva autorització judicial en alguns dels expedients d'ingrés a CREI cursats des de l'entrada en vigor de la Llei orgànica 8/2015 (12 d'agost de 2015) fins al 31 de desembre de 2017.¹²

A més, tal com ja s'ha exposat, la manca de recursos específics per atendre aquestes problemàtiques o la possible dificultat tècnica de valorar la necessitat principal de cada persona en casos de necessitats complexes (trastorns de conducta derivats de problemes de salut mental, discapacitats derivades de trastorns de conducta perllongats en el temps, consum, etc.) pot portar molts adolescents en espera d'un recurs de la xarxa assistencial específic per a salut mental o discapacitat a fer ús d'un centre residencial d'educació intensiva.

Actualment, la DGAIA disposa de sis CREI:¹³

- El Guaret, situat a Valls, que disposa de 20 places per a nois i està gestionat per l'entitat Resilis.
- El Pedrenyal, situat a Santa Maria de Palautordera, que disposa de 20 places per a nois i està gestionat per l'entitat Resilis.
- Mas Ritort, situat a Tordera, que disposa de 20 places per a noies i està gestionat per l'entitat Resilis.
- Els Castanyers, situat a Palau-solità i Plegamans, que disposa de 42 places per a nois, de titularitat pública.
- Can Ginesta, situat a Juià, que disposa de 20 places, és mixt i està gestionat per l'entitat Resilis.
- Can Rubió, situat a Esparreguera, que disposa de 20 places i és mixt. És de titularitat pública.

¹¹ Vegeu els articles: "El acogimiento residencial de los menores con problemas de conducta: un instrumento de protección de menores con incidencia en los derechos fundamentales", d'Aurora López Azcona (2018), publicat a *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, publicat a *Diario La Ley*, núm. 9293, Secció Doctrina, 7 de novembre de 2018.

¹² Vegeu l'expedient de queixa 5660/2017 <https://seu.sindic.cat/Resoluciones/ClientWeb/SinRes2017.html>

¹³ Informe de la DGAIA d'agost del 2018

Per tant, la DGAIA disposa d'un total de 257 places en centres especialitzats de les quals 142 corresponen a CREI, 80 places amb conveni per a tractament en centres sociosanitaris i 35 per a adolescents on prevalen els trastorns mentals greus.

La provisió de places de CREI i centres terapèutics s'ha incrementat de manera significativa en els darrers anys, tot i que continuen havent-hi infants i adolescents tutelats per la DGAIA encara pendents d'una plaça de CREI o centre terapèutic.

Taula 2. Evolució dels infants tutelats en CREI i centres terapèutics (2008-2018)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018 (15 set)
Nombre de places en centre residencial	-	-	-	-	2.614	2.627	2.644	2.756	2.980	3410 *	4.770 *
Infants tutelats residents en centre residencial	2.516	2.621	2.749	2.701	2.764	2.706	2.685	2.672	2.975	3.487	4.792
Nombre de places en CREI	78	78	82	82	94	94	94	94	94	122	142
Infants tutelats residents en CREI	-	-	-	-	82	92	96	90	93	129	146
Infants tutelats pendents de CREI**	-	-	-	-	-	-	-	-	26	21	12
Nombre de places en centre terapèutic	-	-	-	-	-	-	-	95	112	154	194
Infants tutelats residents en centre terapèutic	-	-	-	-	-	-	-	96	118	181	197
Infants tutelats pendents de centre terapèutic**	-	-	-	-	-	-	-	-	12	13	12
Nombre de places de pisos 16-18 anys	-	-	-	-	-	-	-	-	85	119	247
Nombre de places de pisos + 18 anys	-	-	-	-	-	-	-	-	217	254	369
Nombre de places d'itineraris de protecció individuals (IPI)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	160	160
Infants i adolescents tutelats en IPI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	154	160

* Nota: S'hi han afegit les places noves de centres d'acolliment de primera acollida.

** Actualment s'està fent una actuació per poder identificar els casos que es troben en aquesta situació i els motius. Les dades disponibles són del mes de setembre de 2016.

***Inclou les ampliacions dels centres d'acolliment específiques per atendre els adolescents no acompanyats que no es van incloure en la memòria de la DGAIA de 2017.

Adolescents tutelats amb proposta d'ingrés en centre residencial terapèutic i CREI pendent de fer-se efectiva el mes de juliol de 2018¹⁴

Adolescents amb proposta d'ingrés a centres sociosanitaris

Nombre	Sexe	Situació actual	Data proposta ingrés
18	12 nois 6 noies	4 escapolits 2 en domicili familiar 1 justícia juvenil 3 centre acolliment 6 en CRAE 1 IPI 1 CREI	(1) de 2004 (2) de 2017 (15) de 2018 (6 de gener i febrer)

Adolescents amb proposta d'ingrés a la Unitat Terapèutica Acompanya'm

Nombre	Sexe	Data proposta ingrés
10	4 nois 6 noies	4, de gener i febrer de 2018 6, de març a juliol de 2018

Adolescents amb proposta d'ingrés a centre terapèutic ITA

Nombre	Sexe	Situació actual	Data proposta ingrés
2	Noies	Domicili familiar CRAE	1/12/2017 i 22/3/2018

Adolescents amb proposta d'ingrés a CREI

Nombre	Sexe	Situació actual	Data proposta ingrés
44	26 nois 18 noies	5 justícia juvenil 10 escapolits 12 domicili familiar 11 CRAE 5 centre d'acolliment	4 de 2016 6 de 2017 3 de gener de 2018 31 de març a juliol de 2018

¹⁴ Informació facilitada per la DGAIA en data 2 d'agost de 2018.

5.3. DEFINICIÓ DE DIAGNÒSTIC I INDICACIÓ DE TRACTAMENT. L'ENCAIX AMB LA CATEGORITZACIÓ DE CENTRES RESIDENCIALS EXISTENTS

Tal com s'ha assenyalat anteriorment, a banda de les mesures ordinàries de protecció per a infants o adolescents en situació de desemparament (acolliment familiar, centres d'acolliment i centre residencial d'acció educativa (CRAE)), hi ha centres residencials que atenen situacions que requereixen una intervenció i atenció específica per als infants i adolescents que ho necessiten. Així mateix, hi ha centres autoritzats pel Departament de Salut que des de l'àmbit privat fan funcions terapèutiques i socioeducatives en règim d'internament d'infants i adolescents no tutelats.

S'ha evidenciat que, malgrat que la definició i les funcions desenvolupades per cadascun dels recursos existents indiquen especificitats diferents, i pretenen donar resposta a problemàtiques i diagnòstics principals diferents en cada cas, també s'ha fet palès que sovint es confonen les propostes de recursos basades en les problemàtiques i les necessitats específiques detectades per a cada cas amb la disponibilitat de recursos existents, i es produeix una distorsió en la realitat del mapa de recursos existent.

A aquesta dificultat i confusió, s'hi suma la problemàtica ja exposada de complexitat en l'abordatge i el diagnòstic per part dels mateixos professionals dels problemes que tenen a veure amb la salut mental entesa en sentit ampli.

La prova clara d'aquest fet és que de tots els adolescents pendents d'ingrés en recursos residencials de tipus específic (tipus més terapèutic, d'educació intensiva, per a discapacitats, dependents o concertats per la DGAIA) n'hi ha alguns que actualment es troben en un recurs inicialment previst per atendre una altra necessitat principal diferent de la que figura que té per finalitat el recurs terapèutic que ha estat proposat.

A la vegada, hi ha altres nois i noies que es troben en llista d'espera que, mentre no se'ls

adjudica una plaça, reben una revaloració de la proposta inicialment elaborada per a l'ingrés en un recurs diferent.

Aquesta confusió entre naturalesa de la problemàtica i necessitat que presenta l'adolescent (principalment de discapacitat, principalment de salut mental, principalment de consum, etc.) i la proposta de recurs residencial que es fa, que sovint no concorda amb la plaça que finalment ocupa aquest adolescent, o amb la proposta que després d'estar en llista d'espera d'un recurs posteriorment es determina, evidencia un desajust entre necessitats i recursos disponibles.

Així, són diverses les problemàtiques que originen la demanda i la necessitat de recurs residencial terapèutic fora del nucli de convivència familiar o fora d'una mesura de protecció ordinària en els casos de tutela per part de l'Administració (entenen com a recurs de protecció ordinària el centre d'acolliment, el centre residencial d'atenció educativa i també la família extensa o la família d'acollida).

Sovint les dificultats o problemàtiques que comporta l'atenció i la cura de l'infant o adolescent que presenta trastorn de conducta, problemàtica de consum o salut mental indiquen que aquest infant o adolescent requereix l'ingrés en un centre residencial de tipus terapèutic i/o de tipus educatiu més intensiu. També pot ser que aquest adolescent presenti algun tipus de discapacitat intel·lectual i/o que hagi delinquit.

Aquestes dificultats o problemàtiques es presenten sovint de manera confusa i/o coincident en una mateixa persona (en el que es podria entendre com una forma de "comorbiditat").¹⁵

A aquest fet, s'hi afegeixen les controvèrsies existents entre els professionals de l'àmbit de salut mental a l'hora de categoritzar diagnòstics i indicacions terapèutiques en cada cas. En aquest sentit, cal fer esment de les consideracions formulades abans i després de la regulació mitjançant la reforma de la Llei orgànica de protecció del menor (LOPJM)

¹⁵ Es pretén fer un paral·lelisme amb aquest concepte mèdic, que indica que una persona presenta una patologia o més alhora, a més del trastorn o malaltia primaris.

sobre l'ingrés en centres de protecció específics de persones menors d'edat amb problemes de conducta.

La plasmació de les dificultats de categorització en els debats, textos legislatius i instruccions emeses

En les sessions en la Comissió Especial del Senat d'estudi de la problemàtica de l'adopció nacional i altres temes afins de 2011, les compareixences dels especialistes distaven de ser uniformes respecte de la diferenciació entre el trastorn de conducta o disruptiu après (i, per tant, amb possibilitat de ser modificat i reeducat) i la patologia psíquica, que caldria tractar des d'un punt de vista mèdic o sanitari.¹⁶

Per dissipar o evadir aquest debat, no resolt entre la comunitat científica, es va optar per incloure en l'article 25.1.2 de l'LOPJM una noció del perfil susceptible d'ingrés en aquests centres de protecció específics en positiu (menors amb problemes de conducta), complementada per una delimitació negativa (que no presentin malalties o trastorns mentals que requereixin tractament específic per part dels serveis competents en matèria de salut mental o atenció a persones amb discapacitat (26.2 LOPJM)).

L'article 763 la LEC també parla d'internament per raó de trastorn psíquic i el diferencia del procediment de l'article 778 bis de la mateixa LEC, previst per a l'ingrés dels menors "diagnosticats amb problemes de conducta" (25.1, 2n paràgraf de l'LOPJM).

D'acord amb la Circular 2/2016 de la Fiscalia General de l'Estat, sobre ingrés de menors amb problemes de conducta en centres de protecció específics, el concepte de diagnòstic s'ha d'interpretar, en aquest context, com a acte de recollida i anàlisi de dades per a l'avaluació del problema de conducta (tot exigint els fiscals perquè constitueixin la metodologia aplicable especialitzada en la protecció de menors (que revesteix caràcter multidisciplinari) i no estrictament sanitària o mèdica).

Malgrat que l'ingrés en CREI es diferenciï de l'ingrés en centre d'internament de salut mental, també és cert que en la mateixa regulació estatal, articles 33 i 25.5 de l'LOPJM, es preveuen especificitats pel que fa a l'administració de medicaments i seguiment de tractaments mèdics i els suports especialitzats necessaris per a menors amb discapacitat durant el temps en què resten ingressats al CREI.

Per tant, els recursos i els centres residencials actualment existents, també en l'àmbit privat, però sobretot en l'àmbit de protecció i dependents de la DGAIA, es categoritzen en funció de la problemàtica principal associada a l'infant o adolescent que els requereix, de manera que en alguns casos és necessària la intervenció d'una comissió que estableixi quin és el recurs més adequat, en funció d'aquest diagnòstic. Posteriorment, seran la Fiscalia i l'autoritat judicial qui s'encarregaran de supervisar aquesta valoració, d'acord amb la regulació de l'LOPJM i la LEC.

En el cas de la DGAIA, la Instrucció 11/2010, de 20 de desembre, per la qual s'aprova el protocol sobre l'acolliment en centre per raons terapèutiques i educatives d'infants o adolescents en situació de guarda o tutela per la DGAIA,¹⁷ desplega el circuit i els criteris de gestió de les propostes de centre de caràcter terapèutic i educatiu, incloent-hi els CREI, que desenvolupa la comissió d'acolliments terapèutics i educatius.

Així la Instrucció distingeix entre:

- Acolliment terapèutic en centre per trastorn mental (acolliment terapèutic): ingrés d'un infant o adolescent afectat per trastorn mental en un establiment sanitari o sociosanitari per seguir un tractament sota supervisió mèdica en condicions d'acolliment continuat, 24 hores (apartat 1.3).
- Acolliment en centre educatiu per necessitats conductuals i d'educació intensiva (acolliment educatiu): ingrés d'un infant o adolescent afectat per alteracions conductuals en condicions d'acolliment continuat (24 hores) per seguir un programa d'educació intensiva en establiments socials especialit-

¹⁶ Actes de les sessions d'1 de març, 28 de març, 4 d'abril, i 13 i 20 de juny de 2011.

¹⁷ Aquesta instrucció es contradiu amb normativa posterior, com ara l'LOPJM, però serveix per il·lustrar les dificultats en la delimitació de perfils, diagnòstics i categorització de centres.

zats, autoritzats i acreditats expressament per a aquesta finalitat (apartat 1.4).

Per a l'acolliment terapèutic, es requereix un diagnòstic de trastorn mental, orgànic o simptomàtic, sense especificar. Ha d'estar signat per personal mèdic especialista en psiquiatria i ha de concretar la malaltia o el trastorn diagnosticat d'entre els recollits al DSM IV, manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals de l'American Psychiatric Association, o en el CIE 10, classificació de trastorns mentals de l'Organització Mundial de la Salut o posterior.

El trastorn mental orgànic o simptomàtic també es pot acreditar mitjançant la resolució de grau de discapacitat emesa per l'autoritat pública competent (Reial decret 1971/1999, de 23 de desembre, annex 1.A, capítols 15 (retard mental) i 16 (malaltia mental)).

Per a l'acolliment educatiu, s'especifica que l'acolliment és vàlid quan es tracti de trastorns de conducta recollits en el DSM IV i el CIE 10, diagnosticats per un metge o metgessa psiquiatres, que, a més del tractament i seguiment, requereixin un sistema d'educació intensiva. L'infant o adolescent afectat no pot haver d'ingressar en un hospital de salut mental i/o haver obtingut l'alta i trobar-se en seguiment per part d'un CSMIJ.

Posteriorment, el mateix protocol, quan desplega els centres d'acolliment terapèutic (apartat 3), indica que l'acolliment en centre terapèutic per malaltia mental d'un infant o adolescent tutelat per la DGAIA ha de tenir lloc preferentment en un servei sanitari especialitzat d'atenció hospitalària psiquiàtrica del Servei Català de la Salut o en un hospital autoritzat no integrat en el CatSalut.

No obstant això, si aquest infant o adolescent no pot ser ingressat en un hospital psiquiàtric, segons la tipologia del trastorn mental diagnosticat, també pot ser ingressat en un CRAE especialitzat en atenció amb trastorn mental i personal especialitzat en psiquiatria, CREI o centres sanitaris o sociosanitaris públics o privats especialitzats en atenció terapèutica de persones menors d'edat afectades per trastorn mental i/o drogodependències, autoritzats pel

Departament de Salut i dotats de personal sanitari especialitzat en psiquiatria.

També el protocol bàsic d'actuació en centres i/o residències amb menors diagnosticats de trastorn de conducta anterior emès pel Ministeri de Sanitat i Política Social el maig de 2010 indicava que el perfil atès en aquests centres era de menors amb presència recurrent de conductes disruptives o dissocials transgressores de les normes socials i drets bàsics dels altres que es manifesten en un grau que els posa en risc evident a ells mateixos o tercers i que, a més, poden portar associades addiccions a productes psicotròpics que derivin en situacions violentes. Aquests centres, s'especifica, no estan indicats per a patologies psiquiàtriques més greus que requereixin un abordatge específic.

El Programa marc de centres residencials d'educació intensiva de 2017, com s'ha assenyalat, inclou una avaluació diagnòstica prèvia de l'adolescent que indica "la presència d'un trastorn greu de conducta en l'adolescent que n'impossibilita la convivència en un recurs d'acolliment residencial bàsic o amb la seva família pel greu perill que suposa per a la seva pròpia integritat i per a les persones del seu entorn, així com pel perill de danys greus al mobiliari o les instal·lacions". Així mateix "ha de permetre detectar en l'adolescent la presència de comportaments associats a la seva problemàtica, com ara conductes autolítiques, abús de substàncies tòxiques, simptomatologia associada a trastorns de salut mental, que requereixin tractaments diferenciats i/o intervencions urgents". Per bé que els adolescents poden presentar simptomatologia associada a la salut mental o el consum de tòxics, o una discapacitat, el trastorn de conducta és l'element diagnòstic principal i prioritari que en motiva l'ingrés en un centre o unitat d'educació intensiva.

Així s'exclouen expressament: els infants i adolescents amb patologies de salut mental, infants i adolescents amb dependència a tòxics que requereixen unes intervencions o un tractament de desintoxicació i psicoteràpia, i infants i adolescents amb una discapacitat greu, tant física com psíquica o sensorial, que, atesa la gravetat d'aquesta discapacitat, requereixen suport constant de

terceres persones per al desenvolupament de les tasques habituals de la vida quotidiana.

De fet, en altres comunitats autònomes com Andalusia, en l'Ordre de 13 de juliol de 2005, per la qual s'aprova el projecte educatiu marc per als centres de protecció de menors, es preveuen centres que desenvolupen programes específics d'atenció a la diversitat que poden respondre a tres tipus de necessitats:

- centres que desenvolupen programes específics per a l'abordatge de trastorns del comportament greus, relacionats amb patologies psicosocials o educatives (serien els CREI).
- centres que desenvolupen programes específics per al tractament de trastorns de conducta greus, associats amb patologies psiquiàtriques (serien els terapèutics).
- centres que desenvolupen programes específics per a l'atenció a menors d'edat amb greu discapacitat (serien els centres per a discapacitats dependents de la Direcció de Protecció Social).

El Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana, en un informe recent sobre els centres de protecció específics de menors amb problemes de conducta, ja feia constar que l'expansió dins el sistema de protecció de menors d'una xarxa de centres que preveuen la utilització de mesures de seguretat i de restricció de llibertats o drets fonamentals dels menors amb problemes de conducta indica que l'atenció d'aquests infants i adolescents ha recaigut en el sistema de protecció a la infància i l'adolescència, i s'ha establert tàcitament un model en què els sistemes de sanitat, d'educació i fins i tot d'integració social en l'àmbit de discapacitat en queden al marge, tot reconeixent la confusió existent en el sistema.

L'afany per distingir i categoritzar perfils en funció de les necessitats detectades i els recursos existents ha estat i continua sent, per tant, una constant en aquest àmbit.

La multiplicitat de diagnòstics i problemàtiques en els diversos tipus de centres existents

Com s'ha assenyalat, des de l'àmbit científic hi ha paral·lelament un debat important sobre els diagnòstics catalogats dins de l'àmbit dels "trastorns de conducta".

Així, hi ha experts que consideren que els trastorns de conducta s'haurien d'eliminar de les classificacions de malalties mentals (DSM IV i CIE 10) i s'haurien de considerar un problema social i educatiu. Aquesta concepció té una repercussió directa en el tipus de tractament mèdic i farmacològic que es rep i l'abordatge que se n'ha de fer.

Altres autors consideren que és necessari categoritzar-ho com a malaltia mental argumentant la necessitat de tractar problemes de salut mental que concorren en aquest tipus de casos, com ara trastorns afectius, trastorns del vincle o trastorns d'addicció, i la seva inclusió també en les classificacions internacionals esmentades que precisament recullen diagnòstics de trastorns mentals.

Hi ha una gran varietat de diagnòstics que engloben les situacions de dificultat de contenció en el medi habitual i que afecten molts adolescents que es troben actualment en centres residencials per atendre aquesta problemàtica, molts d'ells amb més d'un diagnòstic (comorbiditat). Alguns d'ells, com també s'ha vist, porten aparellada una discapacitat reconeguda per retard mental o malaltia mental, altres consum de tòxics.

Alguns dels diagnòstics que poden figurar en els expedients i els informes d'infants i adolescents que es poden trobar tant en centres més de tipus terapèutic o sociosanitari com en CREI o centres per discapacitat intel·lectual són:

- Alteracions inespecífiques de conducta
- Trastorn de la conducta desafiant/oposicionista
- Síndrome reactiva depressiva

- Trastorn per dèficit d'atenció o hiperactivitat (TDAH)
- Consum abusiu de múltiples tòxics
- Trastorn d'estrès posttraumàtic
- Discapacitat intel·lectual lleu/moderada/greu
- Trastorn afectiu bipolar
- Trastorn reactiu de la vinculació de la infància
- Trastorn psicòtic inespecífic
- Trastorn destructiu del control dels impulsos i de la conducta
- Trastorn d'espectre autista
- Síndrome d'Asperger
- Trastorn obsessiu compulsiu
- Trastorn dissocial
- Trets caracterials desadaptatius
- Risc d'autòlisi, entre d'altres

De l'estudi que ha fet la institució dels casos treballats, als quals es farà referència més endavant, els diferents diagnòstics que consten en l'historial dels nois i noies ingressats no sempre compleixen les condicions d'ingrés per al tipus de centre on resideixen els infants o adolescents d'acord amb les consideracions anteriors. És més, alguns dels adolescents han anat canviant de tipologia de centre al llarg de la seva trajectòria vital, no tant per canvi de diagnòstic o orientació de tractament, sinó per disponibilitat de recursos. Atendre el motiu principal d'ingrés i la naturalesa essencial del tractament necessari per a cada infant i adolescent no és clar i fàcil en tots els casos, i depèn de l'orientació del professional de salut mental que l'atén o emet el diagnòstic i també de la disponibilitat de places residencials en cada moment.

Els casos en què la família o la mateixa Administració planteja la necessitat d'ingrés en un centre residencial especialitzat d'un infant o adolescent són

diversos, com ho són les problemàtiques i les persones afectades.

La necessitat de classificar els problemes que cal atendre (si són principalment de salut mental, de trastorn de conducta no associat a una malaltia o de trastorn de salut mental que requereix tractament específic, si aquest trastorn actualment està catalogat com a tal entre els manuals internacionals de classificació de trastorns mentals, si requereix seguiment mèdic o farmacològic o si, a més, hi ha addicció i consum de tòxics o algun tipus de discapacitat intel·lectual) sovint es deu més a l'organització dels recursos i la dependència orgànica d'aquests recursos a una determinada administració que a la possible discrepància entre facultatius.

El debat entre la comunitat científica i la dificultat del consens en la identificació, la diagnosi i la indicació terapèutica dels problemes que afecten la salut mental i la conducta

No obstant això, aquestes diferents visions entre facultatius també hi són. La complexitat de la naturalesa humana i les diferents perspectives des d'on s'aborden les problemàtiques que es pretenen atendre dificulten el consens entre els mateixos professionals a l'hora de clarificar els diagnòstics i argumentar els tractaments indicats en cada cas, quan es tracta d'ingressar una persona en un centre residencial o en un altre.

L'estudi i abordatge de la salut mental continua essent un àmbit que genera controvèrsies a la societat i entre els mateixos professionals del sector, sobretot quan els problemes que afecten la salut mental es produeixen en edats primerenques, i especialment en l'adolescència, etapa en què conflueixen molts canvis i factors en el comportament dels individus.

L'estigmatització social que encara comporten els problemes de salut mental també en dificulta la detecció precoç i el tractament adequat.

Alguns professionals tendeixen a considerar que el malestar emocional i les manifestacions diverses que naturalment

produeix aquest malestar a les persones que el viuen, expressat sovint a través de conductes disruptives, no necessitarien ser abordades per professionals de l'àmbit de la salut mental ni tractades com a tals específicament, si no es diagnostica prèviament una patologia mental de caràcter més greu que les motivi i que requereixi un tractament psiquiàtric clar. En aquest cas, caldria un treball educatiu i de recuperació del vincle amb aquest infant o adolescent en l'àmbit familiar o del centre residencial on es trobi, d'acord amb aquesta perspectiva.

D'altra banda, les conductes disruptives que protagonitzen alguns adolescents sovint s'associen per si mateixes al gran grup dels anomenats trastorns de conducta, que, d'acord amb determinats abordatges psicològics o psiquiàtrics, també es categoritzen com a malalties de salut mental. Alguns d'aquests trastorns de conducta ja estan catalogats com a patologies de salut mental en el DSM V i el CIE 11 (els manuals de psicologia i psiquiatria que permeten diagnosticar a través de símptomes patologies mentals) i així es requereix que estigui "diagnosticat" per a l'ingrés en un centre previst per a aquests casos (CREI).

Per tant, el que per a uns no són més que manifestacions de malestar emocional i expliquen les conductes disruptives com a reaccions naturals a experiències viscudes i a la personalitat configurada de cada infant i adolescent, per a altres són malalties mentals que s'han de tractar com a tals. En el primer cas, la tasca que s'ha d'acomplir és més educativa; en el segon cas, més sanitària. Però sovint ambdues estan entrelligades.

En qualsevol cas, i sigui quin sigui l'abordatge que es pren en consideració, el que sembla clar és que les situacions en què la manifestació conductual o de comportament de l'infant o adolescent indica malestar emocional o patologia psiquiàtrica, i fins i tot risc físic, s'han de traduir com a mancances en la salut mental d'aquest infant o adolescent, entesa la salut mental en el sentit ampli com a benestar emocional, i, per tant, exigeixen una resposta contundent de l'Administració per fer prevaldre l'efectivitat d'aquest dret.

Concomitància amb la discapacitat i el consum

A aquesta controvèrsia en l'abordatge d'algunes situacions que es manifesten principalment en trastorns conductuals de l'infant i adolescent, s'hi ha de sumar que algunes conductes disruptives van associades a problemàtiques de discapacitat intel·lectual.

D'altra banda, algunes malalties mentals i els mateixos trastorns de conducta, si es manifesten de manera persistent i aguda, incapaciten la persona afectada per a la seva vida ordinària i també comporten un reconeixement d'un grau de discapacitat d'acord amb la valoració feta pel Centre d'Atenció de la Discapacitat, CAD.

Atès que els recursos per als infants i adolescents amb discapacitat intel·lectual estan configurats de manera diferent que els que pretenen tractar una patologia o mancança de salut mental, sovint la determinació de la problemàtica principal també condiciona el tipus de tractament, quan poden estar relacionats i ser-ne causa i conseqüència alhora.

Finalment, passa una qüestió similar amb el consum de tòxics. El consum pot anar associat a la discapacitat, a una malaltia mental o catalogar-se també com a trastorn de conducta, vinculat a un altre tipus de patologia psiquiàtrica o no, o tractar-se específicament com a tal desvinculat d'altres recursos específics de salut mental, com sovint passa actualment. Malgrat que la malaltia mental amb consum de tòxics s'ha catalogat com a patologia dual, el tractament i l'abordatge d'ambdues problemàtiques, sovint associades, es continuen treballant des de diferents recursos i enfocaments terapèutics.

Aquest problema que es pot relacionar amb la salut, quan requereix l'ingrés d'una persona menor d'edat en un centre residencial, ineludiblement també implica l'existència d'un problema de tipus social que comporta necessàriament una intervenció social i educativa, que es podria entendre que exigeix l'activació dels mecanismes de protecció a la infància i l'adolescència, com s'ha assenyalat.

L'amalgama de problemes i la diversitat d'abordatges dificulten la sistematització de situacions diferents que afecten persones

diverses i que cal atendre de manera integral i individualitzada partint d'aquesta inherent complexitat humana. Aquesta complexitat topa amb una escassetat de recursos i amb una compartimentació que es basa més en la naturalesa dels recursos en si i en l'estructura administrativa de què depenen, que no pas en les necessitats reals de cada persona.

5.4. L'ASSUMPCIÓ DEL COST ECONÒMIC DELS RECURSOS RESIDENCIALS ACTUALMENT EXISTENTS: FALSES TUTELES I L'ÚS DE L'ASSEGURANÇA ESCOLAR

Atesa la manca de garantia de places residencials públiques per a serveis d'atenció terapèutica intensiva públics, ja sigui amb trastorn de conducta, malaltia mental greu o consum –diagnosticat o no–, algunes famílies, que consideren que el seu fill o filla necessita ingressar-hi, recorren de facto als serveis residencials actualment existents, de tipus privat.

En el cas dels infants i adolescents tutelats per la DGAIA, la cobertura d'aquest tipus de recurs, en cas que sigui necessari, va a càrrec de l'Administració, que disposa de dues opcions: proposar l'ingrés de l'infant o adolescent en un centre directament dependent de la DGAIA, públic o concertat: CRAE o CREI (que són els centres que figuren en la Cartera de serveis socials) o concertar places als centres privats autoritzats existents assumint-ne el cost.¹⁸

En aquesta conjuntura, algunes famílies que no disposen de recursos econòmics per cobrir l'elevat cost de la plaça residencial en aquests centres privats, i que consideren necessari l'internament del seu fill o filla, es veuen abocades a recórrer a mecanismes per cobrir aquest cost, com ara:

- L'assegurança escolar obligatòria, que fins ara ha cobert aquest tipus de serveis, si es compleixen els condicionants a què està subjecta.
- La cessió de la tutela a l'Administració, que, en assumir-la, assumeix a la vegada el

cost del servei i la responsabilitat de la gestió de la situació complicada d'atenció a la salut i benestar de l'infant o adolescent.

La declaració de desemparament de l'infant o adolescent: és realment necessària?

Una qüestió preliminar que cal plantejar-se és si les famílies, que tenen la responsabilitat primordial de l'educació i el desenvolupament d'infants i adolescents amb problemes greus de salut mental i/o discapacitat, reben l'ajuda oportuna i necessària de l'Administració per poder complir les seves responsabilitats d'educar l'infant, tal com exigeix l'article 18.2 de la mateixa Convenció de les Nacions Unides per als drets de l'infant.

Igual que passa amb les mancances de tipus material, l'Administració té l'obligació de facilitar a les famílies tota l'ajuda necessària perquè aquestes puguin complir de la manera deguda les seves responsabilitats primeres i assegurar el benestar, la salut i el més alt desenvolupament dels infants.

En aquest sentit, només en el cas que amb aquesta ajuda i suport la família de l'infant o adolescent no pugui complir les seves funcions, i hi hagi una situació de risc que permeti declarar la situació de desemparament de l'infant o adolescent, l'Administració n'hauria d'assumir la tutela amb la funció de protegir-lo.

L'Administració és, per tant, responsable complementària i subsidiària respecte de les famílies de garantir el benestar i ple desenvolupament dels infants i adolescents. La manca de recursos necessaris per a l'atenció de l'infant o adolescent no pot generar una situació de facto de risc de desprotecció de l'infant o adolescent que requereixi resoldre de manera innecessària el seu desemparament. La declaració de desemparament i tutela d'un infant o adolescent és necessàriament una mesura d'última ràtio quan manquen els elements bàsics per al desenvolupament integral de la personalitat, de manera que per a la protecció de l'infant o adolescent calgui la separació del nucli familiar. El dret de l'infant de no ser separat de la seva família, de l'article 9 de la

¹⁸ Vegeu centre Acompanya'm, dependent de l'Hospital de Sant Joan de Déu, amb qui també hi ha concert de places i que no és ni un CREI, ni un CRAE, ni un recurs hospitalari.

Convenció de les Nacions Unides per als drets de l'infant, només pot ser exceptuat quan així ho indiqui l'interès superior de l'infant.

La manca de recursos i d'ajuda, ja siguin de tipus econòmic, d'acompanyament i suport en la parentalitat o, en aquest cas, la necessitat d'atendre un infant o adolescent en un recurs específic de tipus terapèutic, d'acord amb el seu interès superior, no ha d'implicar una declaració de desemparament i l'assumpció de la tutela per part de l'Administració d'aquell infant. S'ha de vetllar perquè l'Administració assumeixi la provisió d'aquests recursos per evitar declarar una situació de desemparament.

La declaració de desemparament de l'adolescent no pot suposar una condició per accedir al recurs residencial adequat per atendre les seves necessitats específiques de salut mental, addiccions o trastorn de conducta.

Per declarar el desemparament d'un infant o adolescent, l'Administració ha de provar l'existència d'indicadors de risc més enllà dels que tenen a veure amb la manca d'accés a recursos residencials específics per treballar les necessitats greus de l'adolescent en el si del seu entorn familiar habitual.

En aquest cas es tracta d'un desemparament o una cessió de guarda impròpia a l'Administració per accedir a un recurs que només està garantit per a infants i adolescents tutelats per l'Administració. Seria similar a declarar un desemparament d'un infant a causa únicament de la pobresa de les famílies, atesa la manca de recursos materials per atendre les necessitats dels infants. En aquest cas, caldria que l'Administració proveís aquella família dels recursos materials necessaris perquè pogués preservar la seva tasca i responsabilitat en la cura i l'atenció dels seus infants, no que n'assumís la guarda i tutela.

Ara bé, certament la major part dels casos no són tan clars i delimitats com conceptualment es pot plasmar. La demanda i l'accés a aquest tipus de serveis que, pel fet de ser residencials, impliquen la separació del nucli de convivència habitual, poden portar implícita,

pel fet que es tracta de persones menors d'edat, una certa "claudicació" per part de les famílies en l'exercici de les seves tasques educatives i de criança, la qual cosa ja per si mateixa es podria encabir entre els factors de risc greu o desemparament, d'acord amb la llista d'indicadors i de factors de protecció recollits en l'Ordre BSF/331/2013,¹⁹ de 18 de desembre. De fet, aquesta ordre inclou la voluntat dels pares, mares, tutors o guardadors d'ingressar el seu fill o filla en un centre a causa de la seva conducta com a factor que cal tenir en compte a l'hora de valorar la situació de risc o desemparament de l'infant o adolescent. En aquest cas, el fet d'ingressar un fill o filla en un centre terapèutic privat ja implicaria una situació de desprotecció greu o desemparament.

Si s'entén que un centre terapèutic és com un recurs únicament sanitari o hospitalari, sense l'element reeducatiu o de tractament social, potser és més fàcil dissociar la provisió d'aquest recurs amb la intervenció del sistema de protecció a la infància o l'adolescència, però, com s'ha assenyalat, en la major part dels casos la dissociació no és clara ni real, atès que diferents factors estan relacionats en cada persona quan s'arriba a aquesta situació.

El pressupòsit en què s'assenta la pretensió de no incloure aquest recurs residencial en la Cartera de serveis socials per a menors de divuit anys parteix d'entendre que tots els infants i adolescents que es troben sota la cura directa de la família, amb el suport de tots els serveis socials i de salut existents, no requereixen separar-se del nucli familiar i, per tant, ingressar en un centre residencial. Com que es tracta d'infants i adolescents, la presumpció de què es parteix és que el tractament educatiu o social és responsabilitat primera de la família.

Es pot optar per la separació del nucli de convivència familiar sense delegar la tutela en els casos de necessitat per motius de salut, però en aquest cas només es preveu l'ingrés hospitalari per atendre una situació estrictament des del punt de vista sanitari i en fase aguda, i romanen intactes les funcions parentals d'educació i acompanyament. Igualment, també es permet la delegació de

¹⁹ Vegeu annex de l'Ordre BSF/331/2013. https://portaljuridic.gencat.cat/ca/pjur_ocults/pjur_resultats_fitxa/?action=fitxa&mode=single&documentId=651572&language=ca_ES.

les funcions educatives stricto sensu (amb els límits indicats en l'article 28 de la Convenció sobre els drets de l'infant), com a extensió del dret a l'educació de l'article 27.6 de la Constitució, incloent-hi el règim d'internat, que també suposa la separació de l'infant del nucli familiar sense que impliqui una intervenció social de protecció, entre d'altres.²⁰

El mateix Codi civil català preveu aquesta possibilitat en l'article 236.17, paràgraf segon: "Els progenitors determinen el lloc o els llocs on viuen els fills i, d'una manera suficientment motivada, poden decidir que resideixin en un lloc diferent del domicili familiar".

Tot i això, certament hi ha situacions en què l'atenció dels dispositius ambulatoris de la xarxa de recursos comunitaris actuals, tant educatius com sanitaris, dins del medi habitual de convivència no són suficients per donar resposta a les necessitats de l'infant o l'adolescent.

En aquests casos, per atendre aquestes necessitats, i d'acord amb l'interès superior de l'infant o adolescent, si els professionals de referència consideren que aquest infant o adolescent requereix un recurs residencial que limiti la seva llibertat durant un temps per evitar un risc per a la seva salut i que li permeti gaudir d'un tractament més intensiu i perllongat en el temps, més enllà del que pot cobrir un recurs sanitari o hospitalari com els ja existents, es requeriria un recurs residencial terapèutic educatiu.

Són diversos els casos de famílies que reclamen un recurs residencial per atendre, sostenir i garantir el benestar dels seus infants i adolescents a qui, atesa la seva discapacitat o problema de salut mental, entès en sentit ampli i sovint associat a trastorn de conducta i consum, no poden contenir al domicili familiar amb tractament ambulatori; infants i adolescents que sovint tampoc no es poden sostenir a l'escola, ni tan sols en centres d'educació especial, per l'agitació que pateixen, i que es posen en risc a ells mateixos i a tercers.

Segons aquestes famílies i alguns professionals, aquests infants i adolescents necessiten un entorn estructurat, de tipus institucional, on tenen una evolució positiva d'acord amb les seves necessitats específiques, i aquestes necessitats, que requereixen deixar de conviure en l'entorn familiar natural, no impliquen que hi hagi una situació de desemparament, un cop cobertes, que requereixi l'assumpció de tutela per part de l'Administració, malgrat que signifiquin la separació del nucli familiar. D'acord amb aquest punt de vista, el fet que l'infant o adolescent es trobi en una certa situació de desprotecció o risc deriva de no poder accedir a un recurs adequat per cobrir les necessitats especials que implica la situació de discapacitat o de trastorn d'aquest adolescent en l'entorn convivencial familiar.

Els adolescents que –per la naturalesa de la seva patologia psiquiàtrica, i també per la possible problemàtica de consum associada o no a la patologia psiquiàtrica que pateixen– no poden ser continguts ni atesos ambulatoriament (CSMIJ i hospital de dia) ni en el nucli familiar, ni tampoc poden ser atesos en recursos hospitalaris (UCA i URPI), tal com estan configurats actualment, no disposen de cap recurs alternatiu o de reforç específic públic de tipus terapèutic o sociosanitari destinat a infants o adolescents, tret que que siguin tutelats prèviament per l'Administració i ingressin a un centre residencial específic.

Per tant, la majoria dels adolescents no tutelats que es troben en aquesta situació s'acullen a la pràctica als tractaments privats existents amb la cobertura provinent de l'assegurança escolar obligatòria de què, si escau, puguin gaudir.

L'assegurança escolar obligatòria

L'assegurança escolar es va introduir en l'ordenament jurídic espanyol mitjançant la Llei de 17 de juliol de 1953, que va ser desplegada per l'Ordre ministerial d'Educació Nacional i Treball d'11 d'agost de 1953,

²⁰ Vegeu jurisprudència del TEDH, cas Nielsen vs. Dinamarca, que indica que certes restriccions de la llibertat del menor són possibles, com ara l'ingrés en un internat. Vegeu també com a limitació l'article 13 del Pacte internacional de drets econòmics, socials i culturals, pel que fa al dret a l'educació, d'acord amb l'Observació general número 13, del Comitè de Drets Econòmics, Socials i Culturals de les Nacions Unides.

mitjançant la qual es van aprovar els Estatuts de la mutualitat de l'assegurança escolar.

Posteriorment, la Llei de bases de la Seguretat Social de 1963 i el text articulat de 1966, que van establir el sistema de seguretat social espanyol, van incorporar a aquesta la protecció dels estudiants amb la creació d'un règim especial per a aquest col·lectiu.

No obstant això, aquesta previsió s'ha anat mantenint des de llavors en els diferents textos refosos de la Llei general de la Seguretat Social (així en el text vigent, aprovat pel Reial decret legislatiu 8/2015, de 30 d'octubre, ho recull l'article 10.2 d). Tot i així, aquest règim especial mai no ha estat regulat com a tal, de manera que actualment mantenen la vigència la Llei i l'ordre preconstitucionals, de 1953, i també ordres, resolucions i circulars que han anat desplegat diferents aspectes de l'assegurança escolar.

A Catalunya, el 25 de novembre de 2002 el Departament d'Ensenyament i el Departament de Salut van subscriure un conveni de cooperació per donar resposta a joves amb necessitats educatives i sanitàries específiques.

L'objectiu d'aquest conveni era assegurar que els infants i joves ingressats en hospitals generals i hospitals de dia per a població infantil i juvenil amb trastorns mentals, i també alumnes escolaritzats en centres ordinaris i d'educació especial amb trastorns generalitzats del desenvolupament (psicosi i autisme), trastorns mentals i discapacitats físiques puguin rebre una atenció sanitària, psiquiàtrica i psicològica adequada.

El 23 de novembre de 2010 el Departament de Salut i el Departament d'Ensenyament subscriuen un nou conveni marc de col·laboració per al desenvolupament de les intervencions vinculades a la salut d'infants i joves en l'àmbit escolar. Amb relació al programa Salut i Escola, i en el marc d'aquest conveni, l'objectiu del qual és la prevenció de les situacions de risc i atenció precoç de problemes de salut mental, consum de drogues, trastorns de conducta alimentària, etc., es fa constar que la població destinatària és la que cursa ESO als centres públics i concertats de Catalunya.

D'acord amb aquest conveni, i el que disposa l'assegurança escolar obligatòria, l'alumnat menor de divuit anys, des que cursa tercer d'ESO, i sempre que hagi abonat la quota corresponent a l'assegurança escolar, disposa de cobertura en el tractament ambulatori o d'internament de tots els processos neuropsiquiàtrics que per la seva gravetat afectin la continuïtat dels estudis, exclosos els denominats *trastorns del desenvolupament psicològic i del comportament* i les emocions de començament habitual de l'adolescència.

D'acord amb la normativa que regula l'assegurança obligatòria, les sessions de psicoteràpia aplicades per personal psicòleg s'inclouran sempre que estiguin prescrites per personal psiquiatre. Pel que fa a l'internament sanatorial, es considera tractament en règim d'internament quan l'estudiant romangui en un hospital un mínim de sis hores cada dia, encara que no hi pernocti, i comprèn tots els serveis d'allotjament i manutenció en sanatoris adequats, el seguiment mèdic, l'assistència farmacèutica i els tractaments especials. Així mateix, s'abonen l'assistència psiquiàtrica, la teràpia i la psicoteràpia. Es concedeix per a un període inicial de sis mesos prorrogable durant un any i mig i per períodes de sis mesos.

Pel que fa a l'alumnat que no cursa tercer d'ESO –i que, per tant, no entra en la cobertura de l'assegurança escolar obligatòria–, la cobertura està determinada pel règim de seguretat social general.

L'infant o adolescent està cobert pel sistema públic sanitari de la Seguretat Social, en tant que sigui beneficiari d'una persona assegurada, i aquesta sigui el pare o la mare o el tutor, sense cap mena de cost addicional. El contingut de la cartera comuna de serveis del Sistema Nacional de Salut (SNS) està regulat en la Llei 16/2003 i en l'article 2 del Reial decret 1030/2006, de 15 de setembre, pel qual s'estableix la Cartera de serveis comuns de l'SNS.

Pel que fa a salut mental, en l'annex II de la Cartera de serveis comuns d'atenció primària s'inclou l'atenció a la salut mental en coordinació amb els serveis d'atenció especialitzada (8.4), la detecció de psicopatologies de la infància i l'adolescència,

inclosos els trastorns de conducta en general i alimentària en particular, i la derivació al servei especialitzat corresponent.

Amb relació a l'atenció especialitzada, l'annex III de la mateixa Cartera disposa que es garanteix el diagnòstic i el tractament dels trastorns psicopatològics de la infància i l'adolescència, inclosa l'atenció als infants amb psicosi, autisme i trastorns de conducta en general i alimentària en particular, incloent-hi el trastorn ambulatori, les intervencions psicoterapèutiques en hospital de dia, l'hospitalització quan sigui necessària i el reforç de conductes saludables (7.5).

Així, a la pràctica, els adolescents que requereixen una intervenció terapèutica de tipus residencial i no estan tutelats poden cobrir el cost de l'ingrés en un centre terapèutic privat pels conceptes esmentats inclosos en l'assegurança escolar, sempre que compleixin els requisits d'estar escolaritzats a partir del tercer curs de l'ESO.

Les dades recollides pel Govern espanyol sobre aquesta qüestió evidencien l'increment progressiu de les despeses de la prestació de neuropsiquiatria (fonamentalment, despeses per tractaments d'anorèxia i bulímia), i el pes sobre el conjunt de l'assegurança escolar els darrers anys ja se situa entorn del 95% del total, de manera que es redueix a un import exigü la resta de prestacions sanitàries cobertes.

Les prestacions sanitàries de neuropsiquiatria les presten centres sanitaris privats autoritzats i concertats, que comencen a col·laborar facturant directament a l'INSS el cost de l'assistència sanitària que presten i sense que les autoritzacions esmentades s'ajustin a la normativa actual de contractes del sector públic.²¹

El Govern espanyol, atès que el Reial decret llei 7/2018, de 27 de juliol, sobre accés

universal al Sistema Nacional de Salut i el marc jurídic que configura, preveu les prestacions sanitàries com un dret primordial i estableix l'homogeneïtat pel que fa a l'accés al dret a diferents especialitats mèdiques cobertes pel sistema públic, entén que és necessari reformar la configuració de l'assegurança escolar a l'efecte de garantir la protecció efectiva de totes les persones.

El Govern espanyol, per mitjà d'una carta signada per la directora general del Ministeri de Treball, Migracions i Seguretat Social, María Gloria Redondo Rincón, als centres col·laboradors, assenyala que, d'acord amb el Reial decret llei 7/2018, de 27 de juliol, rescindeix la col·laboració de l'INSS amb els centres col·laboradors que donen servei a l'assegurança escolar.

També els indica que, a partir de l'1 d'abril de 2019, aquests centres ja no poden prestar serveis sanitaris a càrrec de l'assegurança escolar a nous estudiants i que, d'altra banda, per aplicar paulatinament aquesta rescissió, els tractaments en curs finalitzen l'1 de juny de 2019. Per tant, des de l'1 d'abril per a nous serveis i des de l'1 de juny per a serveis en curs, els centres no poden presentar més factures per atencions sanitàries a càrrec de l'assegurança escolar. Aquests centres cobreixen en molts casos el 80% de l'atenció dels pacients mitjançant l'assegurança.

Finalment, el Govern espanyol, atenent a la petició de diverses entitats que han demanat que el canvi de sistema, de públic a privat, garanteixi la continuïtat dels tractaments amb el mateix personal mèdic i els mateixos centres sanitaris, ha decidit recentment mantenir l'actual sistema mentre no es puguin decidir noves valoracions.²²

Com es pot observar, malgrat que en el cas de moltes famílies sigui una via d'atendre econòmicament aquesta necessitat, és evident que no és el mecanisme adequat per

²¹ Vegeu la resposta del Govern de l'Estat a la pregunta escrita al Congrés 184/044421, de contestació a Carles Campuzano, sobre la desaparició de la prestació econòmica que reben moltes famílies per a tractaments dels joves amb trastorns de conducta inclosa en l'assegurança escolar (núm. reg. 129004), publicada el dia 18 de març de 2019. Vegeu també la Proposició no de Llei sobre la paràlització de la privatització de l'assegurança escolar (162/000950) del Grup Parlamentari de Ciudadanos, de 18 de gener de 2019.

²² Vegeu la resposta del Govern de l'Estat a la pregunta escrita al Congrés 184/044421, de contestació a Carles Campuzano, sobre la desaparició de la prestació econòmica que reben moltes famílies per a tractaments dels joves amb trastorns de conducta inclosa en l'assegurança escolar (núm. reg. 129004)

cobrir una prestació o servei, que hauria d'estar garantit pel sistema sanitari públic per a tot infant o adolescent que ho requerís.

L'assegurança escolar ha quedat obsoleta, i en tot cas el que pretenia cobrir era una necessitat de tipus sanitari amb la finalitat que l'alumnat pogués continuar els seus

estudis. Es requereix que l'estudiant cursi tercer d'ESO, i el recurs al qual accedeix és de tipus privat, tot i que també rep finançament públic directe sense sotmetre's a cap contractació pública i, per tant, no disposa de les garanties que s'exigiria a un recurs de tipus públic que, a banda de sanitari, també fos educatiu.

6. INFANTS I ADOLESCENTS TUTELATS. PROBLEMÀTICA ESPECÍFICA

Es parteix de l'assumpció que tot infant i adolescent que no es troba en una situació de desemparament i no ha hagut d'estar tutelat per l'Administració no requereix un recurs residencial fora del nucli de convivència familiar.

Per contra, els infants i adolescents que han estat declarats en situació de desemparament i han hagut de ser tutelats per l'Administració necessàriament han estat separats del nucli de convivència familiar primer, les seves famílies.

Un cop assumida per l'Administració la responsabilitat directa en l'atenció de les necessitats d'aquest infant o adolescent, hi ha recursos residencials, alguns dels quals especialitzats, per a infants i adolescents tutelats, malgrat les dificultats de categorització i de provisió en molts casos.

D'altra banda, com s'ha pogut observar en el punt anterior, sovint la situació de desemparament també està relacionada en temps i causalitat amb la necessitat expressada per les mateixes famílies de provisió d'un recurs residencial terapèutic i/o de contenció d'un infant o adolescent que prèviament no havia estat declarat en situació de risc greu o desemparament per l'Administració.

En epígrafs anteriors s'ha donat compte dels recursos de què disposa l'Administració per atendre necessitats derivades de problemes de salut mental, consum de tòxics, discapacitat intel·lectual i trastorn de conducta d'infants i adolescents tutelats.

No obstant això, cal fer esment d'algunes dificultats que presenta el sistema de protecció per garantir als infants i adolescents en situació de desemparament el seu dret a la recuperació emocional i psicològica, sobretot en l'etapa de l'adolescència i la transició a la majoria d'edat, que també té una afectació

especial en la demanda de recursos residencials especialitzats, com els que són objecte d'aquest estudi.

6.1. CONSIDERACIONS ESPECIALS AMB RELACIÓ AL DRET A LA RECUPERACIÓ EMOCIONAL I PSICOLÒGICA DE L'INFANT O ADOLESCENT QUE HA ESTAT DECLARAT EN SITUACIÓ DE DESEMPARAMENT

La situació de vulnerabilitat especial i el dret a la recuperació emocional

El fet d'haver patit una situació de desprotecció greu o de desemparament en la infància o l'adolescència que hagi exigint la separació del primer nucli convivencial familiar de referència, pare i mare, no implica necessàriament desenvolupar una patologia de salut mental.

No obstant això, sí que és inqüestionable que aquesta situació afecta d'alguna manera la salut mental i el benestar emocional d'aquest infant o adolescent, i l'Administració ha d'oferir els recursos a l'abast per atendre-ho, si s'escau. En cas contrari, s'estaria produint una situació d'iniquitat.

Hi ha una sòlida evidència que demostra la relació entre una més alta probabilitat de desenvolupar trastorns en el desenvolupament psíquic i un risc més alt de patir trastorns mentals amb el fet de patir adversitats durant la infància.²³ Per adversitats patides durant la infància s'entenen, d'acord amb diversos autors que han estudiat aquesta qüestió (i entre d'altres): l'abús sexual, el maltractament físic, el maltractament psicològic, la negligència parental, la mort parental i l'assetjament escolar o entre iguals (*bullying*).

Amb relació a l'atenció a la salut mental dels infants i adolescents que es troben sota la tutela de l'Administració i que, per tant, necessàriament han hagut de ser declarats en situació de desemparament per una de les causes taxades en la llista d'indicadors i

²³ Vegeu l'article: "Sobre la cura dels adolescents tutelats per l'Administració: reflexions sobre el seu patiment i les seves necessitats", de Mark Dangerfield.

²⁴ Del qüestionari enviat per la DGAIA el 2017, respost per dos terços dels centres, s'infereix que hi havia 1.220 infants i adolescents dels centres que eren atesos als CSMIJ.

factors de protecció recollits en l'Ordre BSF/331/2013, de 18 de desembre, cal tenir present que l'article 39 de la Convenció de les Nacions Unides sobre els drets de l'infant preveu el dret a la recuperació física i psicològica i la reinserció social d'un infant víctima de qualsevol forma d'abandó, explotació, abús, tortura o qualsevol altra forma de tractament o càstig cruel, inhumà o degradant. Aquest mateix article exigeix que l'Administració faciliti en tots els casos als infants i adolescents sota la seva tutela una atenció específica que els permeti aquesta recuperació.

La recuperació física i psicològica és necessària quan un infant o adolescent s'ha trobat en una situació de desemparament que ha requerit la intervenció de l'Administració fins al punt d'assumir-ne la tutela per evitar un risc de desprotecció, independentment de si ha desenvolupat algun símptoma que permeti categoritzar el seu comportament en una patologia de tipus psiquiàtric o no, pel sol fet de tenir més risc de patir-ne i també per la situació de necessitat específica de gestionar la situació traumàtica patida, que pot afectar el seu benestar emocional i psicològic.

El tractament especialitzat i l'atenció a la salut mental d'un infant o adolescent en situació de desprotecció no implica l'estigmatització i la patologització d'un malestar, sinó garantir l'efectivitat d'un dret.²⁴

La recuperació del vincle i els recursos del sistema de protecció

Així com s'ha demostrat la relació entre adversitats patides en la infància i el risc augmentat de patir trastorns psicopatològics i de conductes autodestructives que es manifesten habitualment a partir de l'adolescència, alguns teòrics també han observat que aquesta relació té a veure amb l'aferrament o el vincle primerenc, de construcció d'un vincle segur en la infància.

La capacitat de recuperar les experiències de relació suficientment bones viscudes i recórrer a una figura d'aferrament en

situacions d'impacte emocional fa les persones més resilientes.

Quan aquest vincle o aferrament no ha estat prou vàlid o ajustat, hi ha una dificultat més gran per entendre els sentiments, retrobar l'estabilitat, i es generen sentiments d'angoixa, sensació de pèrdua, ràbia i desesperació, especialment en l'adolescència, que poden derivar en autoagressió (autolesions, intents de suïcidi, somatitzacions, simptomatologia conversiva), en heteroagressió (trastorns de conducta, relacions heterodestructives), estats mentals d'alt risc o descompensacions psicòtiques clínicament objectivables.

Per aquest motiu, per recuperar la confiança amb la relació en l'altre cal oferir a aquest infant o adolescent un vincle prou estable i sòlid amb un professional per treballar activament les capacitats de mentalització minvades.

Aquest professional ha de poder establir confiança epistèmica amb l'infant o adolescent (entesa com a confiança requerida per permetre una disponibilitat per aprendre d'algú altre, sobretot aprenentatge en competències socials, en què predomina un sentiment que el coneixement humà i la informació humana comunicada per altres éssers humans és fiable). Aquesta confiança parteix de l'empatia i també de l'estabilitat dels professionals, incompatible amb l'elevada rotació de personal que caracteritza els centres residencials de protecció.

No obstant això, l'atenció educativa que garanteixen els centres residencials d'atenció educativa i les famílies d'acollida, que són els recursos d'atenció als infants i adolescents tutelats previstos en la Llei 14/2010, per als infants i adolescents a qui se separa de les seves famílies per haver detectat una situació de risc molt greu, sovint no poden cobrir per si sols la necessitat específica de gestió de la situació traumàtica viscuda, i d'establiment del vincle sòlid i estable amb un adult de referència que manca a aquests infants i adolescents.

En aquest sentit, el Síndic té coneixement que el Departament de Salut i la DGAIA col·laboren estretament per garantir l'atenció en matèria de salut mental als infants i adolescents tutelats que ho requereixen per mitjà del nou model de suport assistencial en salut mental a la infància i l'adolescència atesa en el sistema de protecció. S'ha iniciat un programa conjunt de formació adreçat a professionals del sistema de protecció de salut mental infantojuvenil d'acord amb el document "Identificació de les necessitats conjuntes de formació i de gestió del coneixement pels professionals del sistema de protecció i de salut mental infantojuvenil".²⁵

Es pretén enfortir la tasca dels professionals del sistema de protecció tot reforçant l'atenció específica a la salut mental dels infants i adolescents tutelats, amb la dedicació de recursos addicionals de l'àmbit de la salut mental per a la recuperació emocional i psicològica d'aquests infants, la formació dels professionals encarregats d'atendre'ls en la prevenció i la detecció de trastorns mentals i addiccions, i l'assessorament i la supervisió continuada d'aquests professionals per part de professionals de salut mental.

Els professionals del sistema de protecció. Mancances detectades en les condicions del personal educador. La figura del referent

En cap cas es pretén qüestionar la formació i la dedicació del personal educador dels centres residencials del sistema de protecció ni tampoc la implicació i bona actuació de les famílies acollidores, ans al contrari. L'impacte sobre el benestar d'un infant i adolescent que es troba en situació de desemparament o risc i entra en un centre residencial o va a viure amb una família d'acollida, en general, és positiu i protector.

La dedicació dels professionals i les famílies acollidores en aquesta tasca permet la recuperació i la garantia del benestar de molts infants i adolescents que es trobaven en situació de risc greu i desemparament.

Tot i això, sí que és cert que hi ha elements que s'han anat verificant i que tenen una repercussió directa en el benestar dels infants i adolescents tutelats, com ara: l'estabilitat en el recurs, la grandària del centre on viuen, el vincle afectiu de l'infant o adolescent amb les famílies acollidores, el personal educador, directiu i els companys de centre residencial, i també les activitats escolars i de lleure que desenvolupen.²⁶ Per tant, tots aquests factors influeixen en l'estabilitat i la fortalesa del vincle que poden construir aquests infants i adolescents per recuperar la seva estabilitat emocional.

El Síndic entén que també cal reflexionar sobre el benestar i l'estabilitat dels professionals encarregats d'aquesta tasca, tot defugint categoritzacions i conflictes entre perfils professionals que entren en joc, ja que no es tracta de determinar si el perfil professional més idoni per treballar amb infants i adolescents dins el sistema de protecció és el de psicòleg o el d'educador social, sinó de valorar la necessitat que presenten aquests infants i adolescents d'abordar un procés de dol i mirar quina és la millor manera de cobrir-la, i també de constatar la necessitat de garantir estabilitat i seguretat en el compliment d'aquesta funció per part dels professionals responsables.

En aquest sentit, el col·lectiu d'educació social dels centres del sistema de protecció²⁷ de la infància i adolescència ha denunciat situacions de mancances que dificulten la consecució d'aquest objectiu últim:

²⁵ Pla integral d'atenció a les persones amb trastorns mentals i addiccions 2017-2019, en què va participar la DGAIA.

Qüestionari enviat per la DGAIA el desembre de 2017 per ajustar el Programa de suport dels CSMIJ als centres residencials de la DGAIA.

²⁶ Vegeu la recerca "El benestar subjectiu dels adolescents sota tutela a Catalunya", elaborada per la DGAIA en col·laboració amb l'Institut sobre Recerca i Qualitat de Vida de la Universitat de Girona, a càrrec de Joan Llosada-Gistau, Carme Montserrat i Ferran Casas.

²⁷ Informe sobre els drets de l'infant 2017, apartat sobre les condicions laborals del personal educador. http://www.sindic.cat/site/unitFiles/4893/Informe%20sobre%20els%20drets%20infant_2017.pdf

- La cobertura insuficient de les ràtios establertes en la Cartera de serveis socials (baixes no cobertes, perfil professional no ajustat a les funcions, intrusisme professional, sobreocupació dels centres sense cobertura addicional, etc.), que se suma a la manca d'adequació i actualització de la Cartera a les necessitats reals.

- Manca de supervisió i formació adequades per al correcte desenvolupament del lloc de treball.

- Augment de la violència i l'agressivitat als centres.

- Manca de suport especialitzat per atendre problemàtiques de salut mental, drogoaddicció i trastorns de conducta que es presenten habitualment.

El treball de recuperació del vincle de confiança que aquest professional ha de dur a terme amb l'adolescent, independentment de la formació d'origen que tingui, necessàriament ha de ser personalitzat, estable i segur, i requereix una formació i un suport constants per poder-lo dur a terme amb garanties d'èxit.

En aquest sentit, el Síndic ha insistit en la necessitat de garantir l'assignació d'un professional referent als infants tutelats per la DGAIA, que va lligada a assegurar un espai d'escolta continu a l'infant o adolescent tutelat i obeeix a la necessitat de conèixer l'estat real i individual de cada infant o adolescent.

Amb tot, l'assignació d'un referent té per objectiu que l'infant o adolescent, en el seu pas pel sistema de protecció, disposi d'una persona en la qual tingui confiança i a la qual pugui accedir en qualsevol moment al llarg dels anys. És per això que el Síndic considera que el professional referent no hauria d'anar lligat a la mesura de protecció vigent, sinó que hauria de ser una persona pertanyent a la DGAIA, amb l'objectiu d'evitar canvis de referent i de garantir-ne un d'únic.

El referent ha de ser una persona que conegui de primera mà l'itinerari de l'infant o adolescent dins del sistema de protecció

i que procuri que les decisions administratives que es prenguin vagin en la mateixa línia i obeeixin a l'interès superior de l'infant.

L'adopció com a factor de protecció, recuperació del vincle i figura del referent

Finalment, l'adopció, tant nacional com internacional, és una mesura de protecció per a infants i adolescents que es troben en situació de desemparament greu i abandonament.

Cal no oblidar, però, que l'adopció ve després d'un procés de desemparament, mort o abandó del vincle primer amb la família biològica, i que, com s'ha assenyalat, aquesta situació traumàtica en el nadó o l'infant requereix una atenció i un suports adequats per poder recuperar l'equilibri emocional i psicològic, com també passa en el cas de qualsevol altre infant o adolescent que ha passat per un procés traumàtic.

L'adopció no s'ha d'associar a problema de salut mental ni de trastorn de conducta, ja que és una mesura de protecció en tots els casos. En cas contrari, s'estaria discriminant i estigmatitzant aquest col·lectiu per raó de filiació,²⁸ col·lectiu que ja sovint es relaciona amb la demanda d'aquest tipus de recursos residencials. De fet, la comissió del Senat que va estudiar els trastorns de conducta i els centres residencials per atendre aquesta problemàtica era la Comissió Especial del Senat d'estudi de la problemàtica de l'adopció nacional i altres temes afins.

Cal tenir en compte que l'infant o adolescent adoptat ha pogut establir un vincle de confiança i filiació amb la seva família adoptiva, i per tant, la manca de referent sòlid i continuat que pot patir un infant o adolescent dins el sistema de protecció no es produeix en el cas dels infants i adolescents adoptats.

Tot i això, cal reforçar el suport i l'acompanyament postadoptiu a les famílies que ho necessiten, com s'ha estat reclamant en els diversos informes de la institució els darrers anys, per garantir el dret dels infants a la salut mental en termes d'equitat i a la recuperació emocional i psicològica.

²⁸ Consideracions sobre el tractament informatiu de l'adopció publicades pel Consell Audiovisual de Catalunya.

6.2. L'ABORDATGE DE LES DIFICULTATS DE L'ADOLESCÈNCIA I L'ADAPTACIÓ ALS RECURSOS DE QUÈ DISPOSA EL SISTEMA DE PROTECCIÓ

Malgrat que, com s'ha observat, la demanda de recurs residencial terapèutic específic no és exclusiu per a infants i adolescents tutelats i dependents de la DGAIA, el cert és que quan un infant o adolescent és tutelat per la DGAIA, després que se'n declari el desemparament, la mesura de protecció més adequada per a aquest infant o adolescent passa a ser responsabilitat directa de l'Administració i, en aquest cas, de la DGAIA. Així, la DGAIA ha hagut d'assumir aquesta situació i donar-hi respostes específiques.

Per començar, la DGAIA s'enfronta a la gestió d'un elevat nombre de tuteles d'adolescents que ja per si mateixa implica dificultats d'adaptació als recursos ordinaris de què disposa el sistema de protecció, ateses les particularitats de l'etapa de l'adolescència, que en el cas dels adolescents tutelats comporta unes dificultats afegides derivades de la gestió de la situació viscuda que ha conduït a declarar-ne el desemparament.

En segon lloc, i ja de manera més extraordinària, la DGAIA ha de donar resposta a la situació d'infants i principalment adolescents que presenten "trastorns de conducta", amb les consideracions formulades anteriorment sobre aquesta denominació genèrica d'un determinat tipus de comportament, i també a altres problemàtiques que requereixen un abordatge terapèutic i educatiu específic més enllà dels recursos ordinaris de protecció de què disposa la DGAIA (centres d'acolliment, residencial acció educativa i família d'acollida principalment).

L'adolescència és una etapa vital fonamental per comprendre el desenvolupament de la personalitat dels individus, i presenta característiques pròpies que obliguen les famílies i també l'Administració protectora a dispensar una intervenció diferenciada.

Els grans canvis físics, psicològics i socials (transformacions corporals de la pubertat, descoberta de la sexualitat,

desenvolupament del pensament abstracte, tensions amb la dependència de l'adult, centralitat del grup d'iguals, etc.) que es produeixen en aquesta etapa, i que estan associats a formes diverses d'instabilitat i inseguretats emocionals, conformen una complexitat que no acostuma a estar present en infants d'altres edats.

Aquesta complexitat no només genera necessitats d'intervenció diferenciades, sinó també dificultats per a l'Administració a l'hora de proporcionar respostes que garanteixin tant la protecció contra el maltractament com també oportunitats de desenvolupament adequades. L'acció protectora de l'Administració envers els adolescents presenta dèficits estructurals que cal corregir.

El nombre d'infants tutelats s'incrementa a mesura que augmenta l'edat, de manera que el grup de disset anys és el més nombrós, i el de zero anys, el menys nombrós, mentre que la població infantil manté un equilibri més gran entre les diferents cohorts, tot i que amb un pes més gran de les edats intermèdies.

Presumiblement, però, l'elevada presència d'adolescents en el sistema protector, en comparació amb altres edats, també s'explica per aspectes relacionats amb el factor edat i les característiques de l'adolescència, com ara la prevalença més gran de problemes de salut mental i de conductes disruptives en aquesta etapa vital, i també la dificultat més gran de les famílies per atendre aquesta complexitat. Especialment en l'etapa de l'adolescència, l'esclat d'aquests problemes d'estrès emocional o de salut mental, probablement no ben atesos en edats més primerenques, deriva en conflictes intrafamiliars, amb fortes càrregues d'agressivitat, que dificulten enormement mantenir la convivència i el vincle familiars.

Cal destacar, però, que a aquests factors propis de l'edat també s'hi afegeixen altres factors relacionats amb la provisió de polítiques adreçades a atendre les necessitats i les complexitats pròpies de l'adolescència.

Les polítiques d'intervenció socioeducativa adreçades als adolescents se centren

fonamentalment en la provisió de casals de joves, punts de dinamització juvenil, programes comunitaris com el dels educadors de carrer o altres programes de prevenció amb adolescents, que tenen un caràcter preventiu fonamental però també amb una cobertura limitada, i que no són sempre adequats per atendre les necessitats d'acompanyament psicològic i socioeducatiu, tant dels mateixos adolescents com de les seves famílies, quan apareixen aquestes situacions d'estrès emocional i conductes d'alt risc descrites anteriorment. Les dificultats per vincular-se a serveis més normalitzats obstaculitzen i neutralitzen la intervenció que es podria fer des d'aquests recursos disponibles.

Val a dir que la manca de recursos disponibles en el medi per atendre els adolescents amb conductes disruptives també provoca que la situació dels adolescents que ingressen en el sistema de protecció estigui, sovint, molt deteriorada.

El Síndic ha detectat que en determinats casos aquest deteriorament ha estat provocat per la tardança en la declaració del desemparament i en l'assumpció de la tutela per part de la DGAIA, o també per la realització de propostes d'acolliments en famílies extenses en membres que no tenen capacitats suficients per garantir la protecció d'adolescents que ja presenten necessitats socioeducatives complexes, i als quals no poden orientar ni controlar-ne suficientment el comportament ni la vida.

Així, aquest deteriorament dificulta enormement la intervenció socioeducativa que es fa en el sistema de protecció i la capacitat dels recursos del mateix sistema per contenir i corregir la situació. Els escapoliments constants, els conflictes amb companys i personal educador dels centres o els canvis de recurs de protecció, per dificultats d'adaptació, formen part de la trajectòria de molts adolescents dins del sistema de protecció.

La tensió amb què molts adolescents viuen l'aproximació a la majoria d'edat, amb la incertesa que això genera quan no disposen d'un entorn familiar adequat que en garanteixi l'atenció, també intervé en el deteriorament de determinades situacions

d'adolescents que ja estan en el sistema de protecció.

Les dificultats experimentades pels centres de protecció a l'hora d'atendre les necessitats dels adolescents tutelats també es manifesten en els acolliments familiars. En el marc de les queixes, el Síndic constata l'existència de fracassos en els acolliments familiars, que s'incrementen a mesura que augmenta l'edat.

Aquestes dificultats, juntament amb els problemes de trobar famílies acollidores per a adolescents, són alguns dels factors que expliquen la sobrerrepresentació de l'acolliment residencial a mesura que augmenta l'edat.

Pel que fa al perfil dels infants, tal com preveu el Programa marc per als centres residencials, en els darrers anys s'han constatat canvis substancials en els perfils dels infants i adolescents atesos en el sistema de protecció:

- Augment de la mitjana d'edat dels infants i adolescents acollits als centres de protecció.
- Progressiva disminució d'infants més petits de deu anys atesos als centres.
- Increment d'infants provinents d'altres països, tant de famílies immigrades com estrangers sense referents familiars.
- Increment de situacions o dificultats específiques (relatives a la conducta, salut mental i discapacitat). S'ha incrementat el nombre d'infants i adolescents atesos pel sistema de protecció amb necessitats específiques que requereixen respostes especialitzades: amb problemes greus de conducta, discapacitats i mancances psicosocials. També han augmentat els casos d'infants i joves amb problemes de salut mental que necessiten un diagnòstic diferencial i un cribratge a l'hora de l'ingrés.
- Augment de les situacions familiars greus i cronificades. Augmenta el nombre d'infants i adolescents que arriben al sistema de protecció procedents de famílies molt desestructurades i amb situacions familiars greus.

El Síndic és coneixedor que s'està estudiant el perfil dels joves tutelats per la DGAIA i recentment s'ha publicat l'informe Quins són els perfils dels joves tutelats per la DGAIA?, que inclou una enquesta feta a personal educador sobre els adolescents d'entre quinze i disset anys amb mesura protectora, elaborat per l'Àrea de Suport als Joves Tutelats i Extutelats, amb la finalitat de desenvolupar recursos assistencials alternatius més adequats a les seves necessitats.

Cal, en aquest sentit, adequar els recursos de protecció existents per atendre les necessitats dels adolescents i fomentar l'establiment d'un programa de seguiment i d'acompanyament dels adolescents acollits en centres, però també en famílies extenses i alienes, que garanteixi la intervenció especialitzada davant les problemàtiques que van sorgint al llarg del seu desenvolupament.

Així mateix, cal planificar adequadament el retorn dels adolescents amb les seves famílies i proporcionar el suport necessari, abans i després que aquest retorn s'hagi produït, especialment en el cas d'adolescents que han tingut dificultats d'adaptació al sistema de protecció, i evitar que les dificultats d'adaptació al sistema de protecció acabin generant retorns sense garanties suficients.

I, finalment, cal garantir que la proximitat a la majoria d'edat no condiciona el desemparament (quan no hi ha prou garanties de protecció en el nucli familiar) i l'assignació del recurs.

Si s'adaptessin els recursos a les necessitats dels adolescents tutelats, presumiblement es podrien evitar alguns trastorns de conducta que després motiven la proposta d'ingrés residencial en un centre específic.

La DGAIA disposa d'alguns recursos residencials no ordinaris per atendre els infants i adolescents que presenten unes necessitats especials que depassen els recursos ordinaris (públics i concertats), que, com s'ha assenyalat anteriorment i es veurà a continuació, obeeixen a una categorització i classificació.

6.3. LA TRANSICIÓ A LA MAJORIA D'EDAT

Malgrat que ja no són adolescents tutelats per la DGAIA perquè han arribat a la majoria d'edat, molts dels nois i noies continuen ocupant places de centres residencials específics de la DGAIA per la situació de forta discapacitat o problema de salut mental que pateixen.

Aquests nois i noies o bé estan pendents que se'ls incapaciti judicialment o ja estan incapacitats judicialment, però estan pendents d'accedir a una plaça adequada a la seva edat i necessitats en un altre centre residencial dependent de la Direcció General de Protecció Social.

Mentrestant, continuen ocupant una plaça en un centre residencial dependent del sistema de protecció que no s'adequa a les seves necessitats i característiques, amb la distorsió que això significa per a un sistema que presenta la situació de necessitat i de mancances estructurals que s'ha explicat anteriorment.

La transició a la majoria d'edat és una problemàtica que afecta tot el col·lectiu d'infants i adolescents tutelats, però en el cas d'especials dificultats aquesta transició encara és més difícil, i la necessitat de proveir recursos i centres i de disposar de la normativa adequada per garantir una transició segura i adequada és un repte per assolir.

Hi ha un nombre d'adolescents tutelats que ocupen places residencials del sistema de protecció en espera de recurs per a persones amb discapacitats o per a persones amb problemàtica social derivada de malaltia mental. La major part d'aquests joves tenen modificada la seva capacitat per sentència i estan sota la tutela d'una fundació tutelar. La resta, aproximadament una mica més d'un terç, es troba pendent de judici de modificació de la seva capacitat. La franja d'edat d'aquests joves en mesures assistencials es troba entre els divuit i els vint-i-tres anys.

La DGAIA fa la tramitació corresponent per obtenir el recurs adequat, ja sigui de

persones amb discapacitat o amb problemes de salut mental. En tots els casos, es demana la valoració de la discapacitat als serveis de valoració i d'orientació per a persones amb discapacitat de la Direcció General de Protecció Social, amb la finalitat d'acreditar legalment el grau de discapacitat, i també es demana l'orientació als serveis d'atenció residencial especialitzada i, si escau, per raó de malaltia mental, es fan gestions amb els centres de salut mental.

L'any 2013 es va posar en marxa una comissió per a l'abordatge dels casos més complexos entre els departaments de Salut i Benestar Social i Família, per millorar la coordinació interdepartamental i interprofessional en l'atenció a les persones afectades.

En data 22 de juny de 2017 es va reunir la Comissió de Tuteles (comissió d'assessorament i supervisió de les persones jurídiques sense ànim de lucre que tinguin atribuïda la tutela de menors o incapacitats) per exposar les dificultats i per abordar propostes de millora mentre s'espera el recurs residencial adequat, atès que tots els assistents van coincidir que la solució implica una dotació més alta de recursos.

Entre les propostes de millora hi ha les següents:

- Fer formació al personal del CRAE per atendre casos en què es prorroga la mesura assistencial al centre de protecció.
- No vincular la plaça residencial al requisit d'atenció diürna.
- Estudiar alternatives formatives.
- Revisar el model de residència.

- Millorar la coordinació entre els CRAE, els EAIA i les entitats tutelars, abans de la majoria d'edat, quan es comença a tramitar el procediment de modificació de la capacitat.

- Estudiar com donar suport a les persones econòmicament deficitàries.

- Potenciar la figura de l'assistent.

La figura mitjançant a la qual aquests joves s'acullen al manteniment de la plaça residencial dependent de la DGAIA mentre se'n tramita la incapacitació generalment és la tramitació de les mesures cautelars.

En data 11 d'agost de 2017 la DGAIA emet una nota interna relativa a les mesures cautelars en els procediments judicials, d'acord amb la qual en els procediments judicials de modificació de la capacitat iniciats per la DGAIA en els quals calgui fer una petició de mesures cautelars al jutjat, ja sigui perquè l'adolescent assoleix la majoria d'edat i es valora convenient que continuï en el recurs de la DGAIA o per qualsevol altra causa que la justifiqui, es considera convenient donar les indicacions següents:

- Abans de fer la petició de la mesura cautelar s'ha de valorar bé si s'està en condicions de mantenir-la.

- Un cop concedida la mesura cautelar en seu judicial, caldrà gestionar conjuntament amb l'autoritat judicial qualsevol voluntat de canvi respecte de la situació de l'adolescent.

- Si es produeix l'escapoliment del centre, el guardador ho haurà de comunicar de manera immediata a la DGAIA i a l'autoritat judicial i efectuar la corresponent denúncia als Mossos d'Esquadra.

7. GARANTIES NECESSÀRIES PER A L'INGRÉS D'INFANTS I ADOLESCENTS EN CENTRES RESIDENCIALS TERAPÈUTICS. L'INTERÈS SUPERIOR DE L'INFANT

Ateses la descripció i les consideracions fetes, es constata que hi ha mancances en la regulació i la supervisió dels centres residencials previstos per a infants i adolescents per atendre problemes relacionats amb la seva salut mental.

La regulació que proporciona la Llei orgànica 8/2015 per a l'ingrés de persones menors amb problemes de conducta en centres específics de protecció suposa un avenç notable en la garantia de drets, però té mancances.

D'una banda, delimita l'aplicació als centres destinats a infants i adolescents sota la guarda o tutela de l'Administració i que han estat diagnosticats amb problemes de conducta, malgrat que no s'especifica ni la gravetat del comportament ni l'edat mínima de l'infant o adolescent per poder ser ingressat en un d'aquests centres.

Per tant, queden exclosos de l'aplicació dels preceptes de la Llei orgànica 8/2015 els ingressos en centres privats per a infants i adolescents amb mesures de restricció de drets fonamentals que no estiguin sota la mesura de protecció d'una entitat pública i els menors que pateixen un trastorn psíquic i menors infractors.

No obstant això, com ja s'ha assenyalat, i també es fa constar en la Circular FGE 2/2016, sobre l'ingrés de menors amb problemes de conducta en centres de protecció, no sembla que la distinció entre els tres col·lectius assenyalats (problemes de conducta, trastorn mental i infractors) resulti a la pràctica tan senzilla com pretenia el legislador estatal. La mateixa norma fa referència a seguir amb el suport sanitari necessari (administració de medicaments) i a aportar recursos per a la discapacitat d'adolescents ingressats, malgrat que no es tracta de centres adreçats a aquests col·lectius.

D'altra banda, també es fa referència a comportaments agressius i disruptius, i en particular a la violència filio-parental;

comportaments que poden arribar a ser subsumibles penalment.

El fet que siguin subsumibles penalment o no dependrà moltes vegades de la voluntat de les mateixes famílies, si decideixen presentar denúncia contra el seu fill o filla, que si té entre catorze i divuit anys serà imputable penalment i se li podran aplicar les mesures reservades a menors infractors, entre les quals hi ha l'ingrés en centre de justícia juvenil o reforma o en el seu cas terapèutic, si es considera que l'infant o adolescent pateix algun tipus d'anomalia o alteració psíquica. Si l'infant infractor és menor de catorze anys, es preveu la remissió al sistema de protecció i, per tant, la decisió sobre ingrés en un tipus de centre o l'altre tampoc no és tan diàfana, amb les conseqüències que això implica. La dificultat de diagnòstic i delimitació de trastorn de conducta tampoc no és fàcil, tal com s'ha exposat.

Els centres de protecció per a menors amb trastorns de conducta, malgrat que es distingeixen dels centres de justícia juvenil pel seu objecte (sancionador o merament educatiu) i la normativa que els regeix, tenen en comú l'aplicació de mesures restrictives dels drets fonamentals, com ara la restricció del règim de visites i comunicacions i de permisos de sortida amb familiars, i les mesures de seguretat, com ara la contenció, l'aïllament i els escorcolls.

La Llei orgànica 8/2015 imposa algunes garanties per a l'ingrés i el manteniment en centres residencials per a menors amb trastorn de conducta, com ara l'autorització judicial per a l'ingrés i el manteniment al centre, amb la valoració psicosocial que justifiqui la sol·licitud d'ingrés al centre, emesa per personal especialitzat en protecció de menors, o la necessària revisió de la mesura almenys trimestralment, entre altres mesures de control i supervisió del funcionament del centre un cop fet efectiu l'ingrés.

Es parteix de la regulació de la Llei orgànica 8/2015 per analitzar quines han de ser les condicions i els requisits que ha de complir, a criteri de la institució, un ingrés en un centre residencials de tipus terapèutic adreçat a infants i adolescents amb problemes de salut mental, consum,

discapacitat o trastorn de conducta, estiguin sota la guarda o tutela de l'Administració o no.

En aquest sentit, el Síndic considera que, perquè la provisió d'aquest tipus de recursos residencials es doti de les degudes garanties i s'adeqüi a l'interès superior d'infant, s'han de complir les següents condicions:

1. Que no hi hagi alternatives no residencials més adequades (principi de subsidiarietat o última ràtio) i que l'ingrés es fa per al mínim temps indispensable (principi de proporcionalitat).
2. Que es garanteixi el dret al consentiment informat del pacient en el tractament rebut i l'edat mínima d'ingrés.
3. Que hi hagi autorització judicial d'ingrés.
4. Que hi hagi una avaluació forense del pacient que indiqui la idoneïtat del recurs concret (principi d'especialitat).
5. Que hi hagi una supervisió i control del funcionament del centre, i també una regulació i garantia dels drets dels adolescents ingressats.

En qualsevol cas, que tota decisió que es prengui amb relació a l'ingrés, la continuïtat i les mesures de seguretat i tractament rebudes sigui d'acord amb l'interès superior de l'infant o adolescent.

En les pàgines següents es desenvoluparan aquests requisits, que són absolutament necessaris per garantir els drets dels infants i adolescents ingressats en centres residencials terapèutics.

7.1. EL RECURS RESIDENCIAL COM A ÚLTIMA RÀTIO I PER AL MÍNIM TEMPS INDISPENSABLE

MEl dret preferent de l'infant o adolescent a viure en el seu medi habitual i a no ser separat de la seva família deriva de l'aplicació de l'article 9 de la Convenció dels

drets de l'infant. Només es pot produir aquesta separació quan és necessària per a l'interès primordial de l'infant. L'article 20 exigeix que els estats assegurin una forma apropiada de cura alternativa prenent en consideració que es mantingui la continuïtat de la criança.

L'article 120 de la Llei 14/2010, en casos de desemparament, indica que les mesures d'acolliment familiar, sempre que sigui possible, tenen preferència respecte de les que comporten l'internament de la persona menor d'edat en un centre públic o concertat.

L'infant té dret a viure en un entorn com més normalitzat millor. En aquest sentit, la institucionalització que suposa l'ingrés en un centre residencial contravé amb caràcter general els drets de l'infant.

L'excepcionalitat de la institucionalització es fonamenta en l'existència d'un important consens científic sobre l'impacte negatiu de la institucionalització en el desenvolupament dels infants, i també els riscos que presenten els infants institucionalitzats de patir violència. L'OMS ha estat molt clara a afirmar que les institucions de cura residencial tenen un impacte negatiu en la salut i el desenvolupament dels infants i s'han de substituir per altres modalitats de cura d'alta qualitat.²⁹

Igualment, pel que fa a l'àmbit de l'atenció a la salut mental, no només d'infants i adolescents, s'ha produït una preocupació creixent per la integració en la societat de la persona malalta mental, i per una desinstitucionalització progressiva i de respecte i garantia dels seus drets.

Els centres d'internament psiquiàtric (abans manicomis), que s'originen a l'Edat Mitjana i perduren fins al segle XX, tenien com a funció principal contenir la "bogeria", però també la diversitat i marginalitat, encara que suposés la negació dels drets individuals de les persones internes, i l'estigmatització i l'aplicació de formes de repressió sovint inadequades.

No és fins a partir de la segona meitat del segle XIX i principis del segle XX que

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.

sorgeixen les primeres crítiques als hospitals psiquiàtrics, tant per la situació i les condicions en què es troben les persones internes com per la poca efectivitat en la recuperació i millora de la qualitat de vida dels pacients. A Europa, aquest moviment es consolida després de la Segona Guerra Mundial, que promou el tancament dels hospitals d'internament psiquiàtric i demana l'atenció dels malalts mentals en un context comunitari.

A Espanya no s'incorpora aquest corrent de la psiquiatria comunitària fins al 1985, per mitjà de l'Informe de la Comissió Ministerial de Reforma Psiquiàtrica, que inclou a la xarxa de serveis de l'àmbit comunitari les entitats tutelars.

En el cas dels infants i adolescents, la institucionalització també ha estat molt present en la història, ja que els internats estaven previstos per acollir infants orfes o desemparats i també podien ser concebuts com a llocs d'aïllament i de modificació de conductes, anomenats correccionals, per a infants o adolescents més díscols.

La concepció i la motivació que han donat lloc a l'existència d'aquest tipus de centres ha anat variant al llarg del temps. El que en un primer moment es podia considerar com una mesura educacional o de correcció religiosa o moral de la conducta socialment inadequada d'un infant o adolescent en el seu procés de transició a la vida adulta per a la seva integració a la societat i el compliment de les normes socialment acceptades ha passat a ser concebuda i acceptada en l'escala de valors actual com a mesura terapèutica per atendre una més o menys acceptada patologia de salut mental, denominada sovint com a trastorn de conducta.

En qualsevol cas, en aquest procés, sovint també es poden confondre els interessos i les finalitats que persegueixen aquests tipus de mesures i fer-les prevaler per sobre els drets dels adolescents afectats.

Així, el Comitè de Drets de l'Infant de les Nacions Unides, en les seves observacions generals, també es refereix a aquestes qüestions:

A l'Observació general número 15 (2013), sobre el dret de l'infant a gaudir del més alt nivell possible de salut (article 24), assenyala:

“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 redunde 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.”

L'Observació general número 14 (2013), sobre el dret de l'infant que el seu interès superior sigui una consideració primordial, exposa:

“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).”

L'Observació general número 9 (2006), sobre els drets dels infants amb discapacitat, 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.”

Amb aquestes consideracions, i atenent a l'interès superior de l'adolescent, cal avaluar si l'existència d'aquest tipus de recurs és idoni i necessari en alguns casos tot preservant la garantia de drets, un cop exhaurides totes les opcions alternatives disponibles, com ara programes d'acompanyament terapèutic i socioeducatiu a domicili de més intensitat dels que hi ha actualment.

7.2. EL CONSENTIMENT INFORMAT EN ELS TRACTAMENTS MÈDICS I L'EDAT MÍNIMA

En molts dels casos d'adolescents que es troben en una situació de dificultat relacionada amb la seva salut mental hi ha un rebuig exprés a rebre el tractament proposat, sigui en el marc d'un recurs

residencial terapèutic o de tractament terapèutic de tipus ambulatori.

Així doncs, també caldrà abordar les garanties del consentiment informat de l'infant o adolescent a rebre un determinat tractament, ja sigui mèdic, en sentit estricte, com també de tipus terapèutic o educatiu però que reverteixi en la millora de la seva salut mental i, per tant, entès com a tractament de salut en sentit més ampli.

La regulació dels drets de la personalitat dels infants també ha experimentat grans canvis en l'evolució historicolegal, i s'estableixen models normatius més o menys respectuosos amb l'interès superior de l'infant, la dignitat i el lliure desenvolupament de la personalitat en funció dels corrents polítics governants.

Es tracta d'estudiar en cada cas concret el binomi protecció versus autonomia d'acord amb el principi d'interès superior de l'infant i la capacitat progressiva de l'individu, tal com marca la Convenció sobre drets de l'infant, en un àmbit tan sensible com l'exercici del dret a la vida i la integritat física, i d'avaluar la capacitat de disposició d'aquests drets de què gaudeixen els infants i adolescents pel que fa a la decisió respecte de l'activitat terapèutica i facultativa que se'ls pretén practicar en cada cas.

Pel que fa a la normativa internacional no és fins la Convenció de drets dels infants de 1989 que es considera els infants com a titulars reals de drets, lluny del proteccionisme de les primeres regulacions de drets de l'infant, i es preveu la garantia del dret a la participació activa de l'infant en la seva vida privada. Es consagra el dret a expressar la pròpia opinió lliurement en tots els assumpte que l'afecten, “tenint degudament en compte les opinions de l'infant en funció de l'edat i la maduresa”. Per tant, la veritable autoregulació de la vida privada de l'infant està subordinada a la seva capacitat natural.

En l'àmbit europeu, malgrat que no tenen caràcter vinculant ni són directament aplicables, el Parlament europeu va aprovar dos textos: la Carta europea dels infants hospitalitzats (1986) i la Carta europea sobre els drets de l'infant (1992). L'any 2000 es proclama la Carta dels drets fonamentals de Niça (2000), vinculant des del 2009, l'article 24 de la qual preveu que l'opinió de la persona

menor d'edat s'ha de tenir en compte “amb relació als assumpte que l'afectin, en funció de la seva edat i maduresa” i fent prevaler el seu interès superior.

En l'àmbit de salut l'any 1997 s'aprova el Conveni del Consell d'Europa per a la protecció dels drets humans i la dignitat de l'ésser humà amb respecte a les aplicacions de la biologia i la medicina, el Conveni d'Oviedo, que estableix com a principi rector de la relació mèdica el consentiment informat del pacient, lliure i previ a qualsevol intervenció, i assenjala que en el cas dels menors que, segons la llei, no tinguin capacitat per atorgar-lo, han de ser els seus representants els que han de prestar l'autorització, tenint en consideració l'opinió del menor com “un factor que ha de ser tant o més determinant en funció de la seva edat i el seu grau de maduresa” (art. 6.2), sempre que la intervenció redundi en benefici del pacient (6.1). L'esperit de la normativa es basa en la universalització dels drets de l'infant, el seu interès superior i el caràcter evolutiu de les facultats de l'infant.

La Constitució espanyola estableix els drets relatius a la dignitat i la lliure personalitat, juntament amb l'obligació dels poders públics d'assegurar la protecció social, econòmica i jurídica de la família, i amb caràcter singular dels menors, que es reflecteix en la Llei orgànica de protecció jurídica del menor, que preveu la capacitat d'autodeterminació de la persona menor d'edat en funció de la seva capacitat natural i instaura el principi de l'interès superior de l'infant.

El Codi civil (article 154) estableix el dret del menor a ser escoltat abans de qualsevol decisió que l'afecti, i distingeix el que té dotze anys, edat a partir de la qual es presumeix *iuris tantum* la seva capacitat natural, i el que, essent menor de dotze anys, té la maduresa suficient.

Pel que fa a l'exercici dels drets de la personalitat es reconeix aquest exercici a la persona menor d'edat, segons l'edat i la capacitat natural, tot exclouent la representació legal en aquest àmbit, excepte que les lleis que regulin aquests drets estableixin una altra cosa (article 162). Per tant, s'estableix una remissió a la legislació sectorial.

La normativa sobre l'autonomia del pacient menor d'edat estableix com a criteri general

la capacitat natural, que és substituïda per la capacitat d'obrar (majoria d'edat) o per la representació només en casos taxats.

La Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica, defineix el consentiment informat com “la conformitat lliure, voluntària i conscient d'un pacient, manifestada en ple ús de les seves facultats després de rebre la informació adequada” (article 3), que, a més, pot revocar la seva declaració de voluntat en qualsevol moment i també negar-se o oposar-se a rebre qualsevol tipus de tractament proposat (articles 2 i 8).

Aquesta llei va ser modificada per la Llei 26/2015, de 28 de juliol, de modificació del sistema de protecció a la infància i a l'adolescència, modificació que ha estat criticada per alguns autors, perquè consideren que suposa una regressió perquè fa augmentar els estàndards de capacitat exigibles per a la prestació de consentiment vàlid en l'àmbit clínic, la qual cosa accentua la tensió entre el criteri subjectiu (maduresa) i l'objectiu (edat).

Altres autors consideren que el criteri de la capacitat natural per emetre consentiment vàlid de la persona menor d'edat es continua mantenint, si s'interpreta la nova redacció dels articles 9.3.c) i 9.4 de la Llei 41/2002 d'acord amb el Conveni d'Oviedo ja esmentat, que a Espanya va entrar en vigor l'any 2000.

L'article 9.3 c) preveu que el consentiment en el cas de menors d'edat només pot ser prestat pels representants legals si la persona menor d'edat “no és capaç intel·lectualment ni emocional de comprendre l'abast de la intervenció” i “després d'haver escoltat la seva opinió”.

En qualsevol cas, s'exclou d'aquesta possibilitat la persona més gran de setze anys madura, tret que hi hagi un greu risc per a la seva vida o salut i el personal facultatiu decideixi en aquest cas qui haurà de prestar el consentiment (art. 9.4).

Així, en l'àmbit sanitari, hi ha dos criteris determinants de la capacitat d'obrar: el criteri subjectiu de la capacitat natural i el criteri objectiu de l'edat de setze anys, moment a partir del qual es presumeix *ope legis* capacitat natural suficient, complementat pel dret del

més gran de dotze anys a ser escoltat d'acord amb el Codi civil i la Convenció dels drets de l'infant.

Cal també fer esment de la importància que la informació que forma part essencial del consentiment informat es doni al pacient menor d'edat en els termes que li resultin comprensibles, tot adaptant i modulant les explicacions al seu desenvolupament intel·lectual i volitiu (article 9.1 de la Llei orgànica 1/1996, de protecció jurídica del menor).

El pacient menor és el titular del dret a la informació i es preveu que el pacient pugui consentir que s'informi els seus familiars (article 5 de la Llei 41/2002). Els representants legals, no obstant això, n'han de ser informats perquè puguin exercir la seva responsabilitat parental, fins i tot en contra de la voluntat del pacient, en cas que s'hagi de protegir la salut i el creixement físic o mental i hi hagi perill greu per al pacient menor d'edat (article 9.3 Llei 41/2002).

Per tant, d'acord amb la normativa actual, cal distingir entre:

Persona menor d'edat emancipada o més gran de setze anys

La Llei presumeix l'existència de maduresa i li atorga la capacitat de declarar la voluntat sense representació. D'acord amb el Conveni d'Oviedo i la Convenció sobre els drets de l'infant, es tracta d'una presumpció *iuris tantum*, que permet prova en contra. D'altra banda, la norma també preveu que, si a criteri del personal facultatiu es tracta d'una actuació de greu risc per a la vida o salut del menor d'edat, s'informi preceptivament els representants legals, que hauran de consentir-hi després d'escoltar l'opinió de l'adolescent.

Persona entre dotze i setze anys d'edat no emancipada

En aquest cas, si el personal especialitzat competent considera que el pacient té el grau suficient de capacitat intel·lectual i emocional per comprendre l'abast del tractament o la intervenció mèdica suggerida, haurà de ser

aquest el que emeti la declaració de voluntat que l'autoritzi.

Quan es consideri que l'adolescent no ha aconseguit el nivell de maduresa i reflexió suficients per manifestar autònomament el consentiment informat, aquest consentiment correspondrà als seus representants legals, després d'haver escoltat l'opinió de la persona menor d'edat. D'altra banda, el personal facultatiu pot (tot i que només s'exigeix *ex lege* al major de dotze anys) escoltar el menor de dotze anys.

No s'han establert pautes ni protocols per poder avaluar la capacitat intel·lectual i maduresa en cada cas, i dependrà de la interpretació subjectiva del facultatiu en qüestió concretar aquest concepte jurídic indeterminat en cada cas concret.

Així mateix, el consentiment informat per representació, pel fet de tractar-se de drets personalíssims, ha d'atendre les necessitats del pacient i el respecte a la seva dignitat. Aquesta decisió pot ser sotmesa a control judicial si es considera contrària als seus interessos o hi ha discrepància entre els representants legals i el personal facultatiu.

Persona de menys de dotze anys

S'accepta una presumpció de manca de capacitat natural per decidir sobre els tractaments i les intervencions mèdiques a què s'ha de sotmetre el pacient.

Es permet, però no s'exigeix, al facultatiu que doni audiència a l'infant menor de dotze anys amb relació al tractament o la intervenció que se li ha d'aplicar.

En qualsevol cas, ha de ser personal facultatiu mèdic autoritzat i no personal educador el qui recepti els medicaments subjectes a prescripció mèdica, i faci el seguiment i la correcta administració del tractament. Així, els tractaments han de ser prescrits per personal facultatiu, però també han de tenir el consentiment informat dels adolescents i infants madurs, i en tot cas dels més gran de setze anys, i estar sotmesos a criteris de supervisió, particularment en el cas de medicaments, pel que fa a posologia i administració, control de tractament i possibles efectes adversos.

7.3. L'AUTORITZACIÓ JUDICIAL I L'AVALUACIÓ FORENSE COM A REQUISIT D'INGRÉS

A banda de la regulació de l'autonomia del pacient i el consentiment informat en el cas dels infants i adolescents menors d'edat que s'hagin de sotmetre a un tractament o intervenció de tipus sanitari, per a l'internament per raó de trastorn psíquic, es requereix autorització judicial.

L'article 763 de la LEC estableix que l'internament de menors s'ha de fer sempre en un establiment de salut mental adequat a la seva edat, amb l'informe previ dels serveis d'assistència al menor i amb autorització judicial.

El Tribunal Constitucional (TC), mitjançant les sentències 131 i 132/2012, de 2 de desembre, resol qüestions d'inconstitucionalitat interposades amb relació a l'article 211 del Codi civil i amb la disposició final 23a de la Llei orgànica de protecció jurídica del menor, i també amb l'article 763 de la LEC. En aquest sentit, es planteja el caràcter no orgànic d'una disposició que regula la limitació de la llibertat per a l'internament de les persones amb malaltia mental.

Per a l'internament, el TC exigeix, en el cas dels adults, i en tant que limita la llibertat de l'individu, que s'emeti una autorització judicial i es provi l'existència d'una malaltia mental, que aquesta revesteixi de tal amplitud que legítimi l'internament, i que l'internament no es pugui perllongar quan no subsisteixi el trastorn que el determina.

La Llei orgànica 8/2015, de 22 de juliol, revesteix de caràcter orgànic l'article 763 de la LEC (mitjançant la modificació de la disposició addicional primera de la LEC) i introdueix una regulació específica per a l'ingrés de persones menors d'edat en centres de protecció específics per a menors amb trastorn de conducta.

En aquest cas, el dret a la llibertat personal és el dret fonamental que, a banda del dret a la vida i a la integritat física i psíquica, entra en joc quan es parla d'ingrés en centre residencial terapèutic i en centres especials per a adolescents amb trastorn de conducta, ja que l'ingrés en aquest

tipus de centres pot suposar una limitació o restricció de la llibertat de l'adolescent, pel fet que s'hi apliquen mesures estructurals de contenció, hi ha una configuració arquitectònica especial, i també restriccions i supressions de sortides (article 133 de la Llei 14/2010).

Caldrà diferenciar, però, l'ingrés d'un adolescent en un centre residencial en exercici de la guarda, com una de les formes de protecció de l'infant de què disposa l'Administració, d'aquell ingrés que suposa una modificació o alteració de l'*status libertatis* de l'infant o adolescent en el cas de centres tancats en què no es permet la sortida per pròpia voluntat (STC 94/2003).

La Convenció de les Nacions Unides, les línies directrius del Comitè de Ministres del Consell d'Europa per a una justícia adaptada als infants de 17 de novembre de 2010 i les regles de les Nacions Unides per a la protecció dels menors privats de llibertat adoptades per l'Assemblea General en la Resolució 45/113, de 14 de desembre de 1990, defineixen la privació de llibertat com a tota forma de detenció o empresonament, i també l'internament en un establiment públic o privat del qual no es permeti a la persona menor d'edat sortir per la seva pròpia voluntat per ordre de qualsevol autoritat judicial, administrativa o una altra autoritat pública.

D'altra banda, totes les garanties reconegudes als adults privats de llibertat s'han de reconèixer als infants i adolescents com a titulars de drets encara amb més mesura, atesa la seva especial vulnerabilitat i menor possibilitat de defensar el seu propi interès.

En aquest context, caldrà valorar si les exigències legals que s'apliquen als centres residencials d'educació intensiva també s'hauran d'aplicar als denominats *centres residencials terapèutics* per a persones amb problemes de consum /o salut mental.

Per determinar si és així, caldrà valorar si aquests tipus de centres suposen una restricció o limitació de la llibertat dels adolescents que hi ingressen i si apliquen mesures de seguretat i de restricció de llibertats o drets fonamentals amb una

finalitat de protecció a la salut, la integritat física o psíquica i l'educació.

Per al cas dels anomenats *centres terapèutics* es considera que els adolescents que hi ingressen tenen una realitat complexa que requereix una atenció sanitària específica per problemes d'addicció o salut mental, que en el cas dels centres que fan aquesta funció per a adolescents tutelats dins el sistema de protecció, han requerit un concert de places i l'autorització del Departament de Salut.

Es tracta de recursos regulats pel Decret 92/2002, de 5 de maig, pel qual s'estableixen la tipologia i les condicions funcionals dels centres i serveis socio-sanitaris. En el plec de prescripcions tècniques de la contractació dels serveis per a infants i adolescents tutelats per la DGAIA en aquest tipus de centres es fa referència a "l'atenció i teràpia socioeducativa amb l'objecte de modificar la conducta" i "menors d'edat amb trastorn de conducta greu" (Plec del centre socio-sanitari Valldaura i Font Fregona).

Així, malgrat que certament no es tracta de centres residencials d'educació intensiva, i estan encarregats de tractar problemes de salut mental i consum de tòxics específicament, en el si del funcionament d'aquests centres s'acostumen aplicar mesures de seguretat i restrictives de drets i llibertats que fins i tot comporta que s'hi desenvolupin activitats d'escolarització reconegudes.

Els centres residencials d'aquesta tipologia que acullen infants i joves no tutelats o sota la guarda de la DGAIA no compleixen un dels requisits d'aplicació de l'article 25.1 de la Llei orgànica 8/2015. En els treballs previs amb l'avantprojecte (concretament en el marc de la Comissió Interautonòmica) es va demanar que es fes referència a l'aplicació de la necessitat d'autorització judicial per als supòsits de persones menors d'edat ingressades pels progenitors o tutors en centres específics, però finalment la Llei no en fa esment.

No obstant això, atès que l'ingrés en aquest tipus de centres suposa restriccions i limitacions de la dret de llibertat dels infants i adolescents que hi resideixen, s'entén que, d'acord amb una interpretació *favor libertatis*,

i en virtut de l'interès superior de l'infant, també s'hauria d'aplicar i exigir l'autorització judicial igualment per a l'ingrés en centres socio-sanitaris terapèutics.

També cal considerar la discussió doctrinal amb origen ètic i moral sobre el marge entre l'àmbit de decisió que entra dins la pàtria potestat (article 236 del Codi civil català) "els progenitors determinen el lloc o els llocs on viuen els fills i, d'una manera suficientment motivada, poden decidir que resideixin en un lloc diferent del domicili familiar" i la necessitat de disposar d'autorització judicial per a l'internament en un establiment especialitzat qualsevol que sigui l'edat de la persona (article 212 del mateix Codi civil català).

Si és aquesta última la conceptualització que es fa d'aquest tipus de centres, potser caldria, en tot cas, requerir l'autorització judicial que preveu la LEC (article 763) per a l'internament no voluntari per raó de trastorn psíquic.

Certament, però, la Llei orgànica 8/2015 no fa diferència a l'hora d'exigir autorització judicial entre si l'internament és voluntari o no, mentre que la LEC, en aquest supòsit, sí. S'entén que també és més garantista per cobrir possibles canvis d'opinió exigir una autorització judicial en tots els casos, sigui quina sigui la voluntat manifestada per l'infant o adolescent.

D'altra banda, l'opció més garantista per a l'adolescent que ha de ser ingressat en un centre socioeducatiu o terapèutic, independentment que estigui tutelat o no, si aquest recurs suposa la separació de l'adolescent del seu medi i l'aplicació de mesures de restricció o limitació de la seva llibertat, és exigir l'autorització judicial per a l'ingrés, que s'haurà de basar en l'informe mèdic o d'avaluació psicològica que acompanyi la sol·licitud i que acrediti la necessitat d'aquest ingrés en interès superior de l'infant, que caldrà revisar en els terminis establerts per garantir també la proporcionalitat de la mesura.

L'avaluació forense, tal com ha dictaminat el TC en diverses sentències emeses sobre aquesta qüestió (SSTC 112/1988, 131/2010, 141/2010, 13/2016, 22/2016, 34/2016, 50/2016), que són aplicables, ha de permetre que l'autorització judicial no sigui una mera

regularització de l'ingrés, sinó que ha de ser un informe adequat i complet que serveixi de suport objectivable i que els òrgans judicials han d'examinar de manera crítica.³⁰

7.4. SUPERVISIÓ I CONTROL. REGULACIÓ DE DRETS DURANT L'ESTADA RESIDENCIAL

Perquè l'ingrés en aquest tipus de centres i la continuïtat en el recurs estiguin legitimats, cal que hi hagi una indicació mèdica i una autorització judicial que ho permetin, però també caldrà una regulació de drets i una supervisió i control del funcionament d'aquests centres que permetin garantir els drets dels adolescents ingressats durant l'estada al centre.

Així mateix, caldrà que la continuïtat en aquests centres sigui revisada pel jutjat i el forense de manera periòdica per garantir que es continuen complint els requisits d'accés al recurs, ja que es tracta sempre d'un recurs de caràcter subsidiari i excepcional.

L'article 3.3 de la Convenció dels drets de l'infant estableix que els estats membres han d'assegurar que les institucions, els serveis i els equipaments responsables de l'atenció o protecció dels infants compleixin les normes establertes per l'autoritat competent, especialment pel que fa a la seguretat, la

salubritat, el nombre i la competència del personal, i també que hi hagi supervisió professional.

El fet que es tracti d'un servei residencial que atén infants i adolescents implica que l'Administració hagi d'assegurar el compliment dels drets que se'ls reconeixen, sigui el centre públic o privat, i estiguin tutelats per l'Administració o no ho estiguin.

Pel que fa a la regulació i el control del funcionament dels centres que actualment es configuren com a centres de tipus terapèutic, cal destacar que els centres privats que figuren actualment inscrits en el Registre de centres socio-sanitaris del Departament de Salut i que atenen adolescents no tutelats no estan sotmesos a una regulació ni a una supervisió específiques com a tals.

La mateixa Direcció General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitària assegurava en l'informe tramès que valorava com a molt necessària la inclusió en la Cartera de serveis del Sistema Nacional de Salut de centres residencials per a menors de divuit anys amb trastorns de conducta i addiccions a aquests efectes.

També afirmava que les inspeccions als centres actualment en funcionament es fan a instància de part, deriven d'una denúncia o reclamació i no hi ha una programació específica d'inspeccions d'ofici en aquest àmbit.

Inspeccions als centres socio-sanitaris de tractament d'addiccions i salut mental

17/3/2015	ITA Argentona, per denúncia d'un extreballador que denuncia deficiències estructurals i procedimentals. S'arxiva.
13/11/2015	Can Puig/Centre Català de Solidaritat, per denúncia del Síndic sobre tracte incorrecte. S'arxiva.
27/4/2016	Font Fregona, per denúncia del Síndic de Greuges de seguiment d'un pacient. S'arxiva.
14/7/2016	Centre Residencial d'Atenció a les Drogodependències Julià Romea, per denúncia del Síndic de deficiències estructurals, higièniques i de personal. S'incoa expedient sancionador.
26/9/2016	Font Fregona i Mas Pons, per denúncia de l'MCPT i d'un particular de maltractaments físics i psicològics. S'arxiva. Es modifica el Pla d'emergències de l'edifici i es deriva la lectura clínica del cas a la DGAIA.
5/10/2016	ITA Argentona, a instància de l'MCPT, que fa recomanacions de millora. S'arxiva amb l'acceptació de les recomanacions de l'MCPT.

³⁰ La DGAIA ha informat el mes d'agost de 2018 a la institució que per a l'ingrés d'infants i adolescents tutelats o sota guarda a centres especialitzats (CREI, socio-sanitaris i adolescents amb trastorns mentals greus) els juristes de les EFI demanen autorització judicial, a excepció d'ITA i Acompanya'm, per als casos urgents.

13/5/2017	ITA, per denúncia d'un pacient de tractament no idoni. S'arxiva.
30/5/2017	Font Fregona i Mas Pons, a instància de l'MCPT, es fan recomanacions sobre contencions, règim disciplinari, dignitat, intimitat i escolta dels adolescents. Es requereix la reelaboració d'un nou pla director basat en una estratègia educativa i no punitiva.
22/5/2018	Comunitat Terapèutica Valldaura, a instància de la DGAIA, arran d'un ofici de la Fiscalia de Menors, denúncia envers la directora del centre.

Pel que fa als infants i adolescents tutelats, la regulació de l'ingrés i l'estada als centres residencials la recull l'article 134 i següents de la Llei 14/2010, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència.

Així mateix, l'article 133 d'aquesta mateixa llei regula específicament els centres o unitats d'educació intensiva i la Llei orgànica 8/2015, de 22 de juliol, de modificació del sistema de protecció a la infància i l'adolescència, desplega i reforça el concepte d'interès superior de l'infant i regula els drets i deures dels infants i adolescents acollits en centres residencials especialitzats. No s'estableix una regulació específica per a centres residencials de tipus terapèutic, a banda de l'esment que fa l'article 133.4 sobre la possible existència de centres terapèutics. La Llei es remet a un reglament que no s'ha desplegat.

El Programa marc dels centres residencials d'educació intensiva (CREI), aprovat el dia 10 d'abril de 2017, estableix un conjunt de principis i directrius que esdevé el model socioeducatiu i terapèutic que emmarca les actuacions que duen a terme tots els professionals dels centres.

En aquest programa, es preveu el dret de l'infant a la informació, l'escolta i la participació, a la intimitat i la pròpia imatge, a la identitat i les relacions personals, a la salut i l'educació especialitzada, a rebre una assignació econòmica i també a presentar queixes i sol·licituds.

Igualment, es regulen les mesures de seguretat que limiten el dret dels adolescents

acollits en recursos residencials especialitzats, que tenen dret a no ser sotmesos a cap mena de restricció de llibertat, immobilització o restricció de la capacitat física o intel·lectual per mitjans mecànics o farmacològics sense prescripció facultativa i supervisió de professionals qualificats (escorcolls corporals o de pertinences, contencions i aïllaments). Cadascun dels centres residencials d'educació intensiva disposa d'un projecte educatiu de centre que s'ha d'adequar al programa marc.³¹

Com es veurà, la DGAIA no disposa d'un centre residencial terapèutic com a tal on poder ingressar els infants i adolescents amb malaltia mental que no poden encabir-se en els centres d'educació intensiva per a adolescents que presenten trastorn de conducta.

Tot i això, durant els darrers anys, el CRAE Can Rubió ha estat complint aquestes funcions, fruit d'un conveni subscrit amb el Departament de Salut i comptant amb personal de psiquiatria de la xarxa de salut mental infantojuvenil per fer aquest tipus de funcions específiques encomanades.

L'any 1992 la DGAIA va crear el CRAE (centre residencial d'acció educativa ordinari) Can Rubió, que, malgrat que continua tenint la condició de CRAE, feia funcions de recurs terapèutic i requeria per a l'ingrés dels adolescents tutelats que aquests estiguessin diagnosticats amb malaltia mental greu.

El centre Can Rubió ha constatat inscrit com a CRAE en el Registre de serveis socials fins a

³¹ Inspeccions als CREI per part de la DGAIA: CREI El Pedrenyal, 30 de juny de 2016; CREI Mas Ritort, 18 d'octubre de 2017; CREI Castanyers, 16 de desembre de 2017. No consten les darreres inspeccions a Can Rubió, Can Ginesta i El Guaret.

l'any 2018, però, per acord amb el Departament de Salut de 1992, es va incloure un equip clínic de salut mental, a més de l'equip educatiu, per poder fer funcions de caràcter terapèutic i atendre les necessitats detectades. Disposava de 25 places. Malgrat que era un centre públic i desenvolupava unes funcions específiques, mai no es va registrar formalment com a centre terapèutic, atès que no hi havia cobertura en la Cartera de serveis socials ni de salut per a aquest tipus de recurs.

Extractava d'un centre amb un funcionament diferent derivat d'aquesta especificitat que s'ha regit per la regulació de la Llei 14/2010, el projecte educatiu del centre i el reglament de règim intern, fins que recentment ha vist modificada la seva configuració i ha passat a esdevenir un CREI.

Paral·lelament, i d'acord amb el que disposa el Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions, línia estratègica 2, objectiu 2.4.1, el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies (DGAIA) i el Departament de Salut han implantat una experiència pilot de recurs residencial terapèutic per a adolescents en situació de vulnerabilitat, tutelats, que s'anomena Acompanya'm.

En data 16 de gener, el Departament de Salut i el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies aproven les Bases per al model d'unitat terapèutica educativa residencial per a infants i adolescents en situació de vulnerabilitat, que defineix la unitat terapèutica residencial esmentada per a infants i adolescents tutelats o en procés de valoració per part dels EAIA, però no se'n regula el funcionament.

Igualment, la DGAIA concerta algunes de les places dels centres socio-sanitaris privats que fan funció de centres terapèutics per a infants i adolescents tutelats, i en aquests casos el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies té una responsabilitat afegida directa de supervisió del funcionament dels centres residencials on ha delegat la responsabilitat de cura i atenció, atesa l'específica necessitat d'atenció terapèutica de l'infant o adolescent de qui té la tutela.

En aquests casos, hi pot haver una supervisió addicional d'aquest departament, que

continua tenint la guarda o tutela d'aquest infant o adolescent, malgrat que en té delegada la cura, però per a la resta de casos no hi ha una supervisió acurada i una regulació de les garanties de funcionament d'aquests centres.

En els darrers anys, el Síndic s'ha ocupat de destacar la importància que la DGAIA garanteixi la supervisió dels centres de protecció, tant de titularitat pública com concertats, no només de les condicions materials que ofereixen als infants, sinó també del projecte educatiu i del seu funcionament ordinari, des d'una perspectiva més centrada en els drets dels infants i adolescents i la resposta a les seves necessitats, en l'escolta directa dels infants i adolescents i en l'escolta dels mateixos professionals dels centres, que poden actuar com a defensors dels infants. Particularment, el Síndic ha demanat que s'incorpori de manera sistemàtica una supervisió i un suport als centres de protecció que inclogui el compliment dels estàndards de qualitat existents amb relació als centres de protecció i que es garanteixi en tot cas l'escolta dels infants.

L'any 2017 es va aprovar la Directriu general 3/2017, de 8 de maig, del director general d'Atenció a la Infància i l'Adolescència, per la qual s'aprova el Formulari de seguiment de centres i es determina la seva implementació. La DGAIA ha treballat en l'elaboració d'un sistema d'indicadors per al seguiment de la implementació del Programa marc per als centres residencials. L'àmbit d'aplicació del formulari de seguiment de centres residencials abasta els serveis de centre d'acolliment i els serveis de centre residencial d'acció educativa inclosos en la Cartera de serveis socials.

Amb la informació que la DGAIA pugui disposar del formulari pilot del conjunt de centres que integren el sistema de protecció, es preveu que es pugui tenir elaborat el sistema d'indicadors definitiu per al seguiment de la implementació del Programa marc per als centres residencials.

Malgrat això, resten sense cobertura clara la regulació i el seguiment que fa l'Administració dels centres en què hi ha ingressats adolescents no tutelats per la

DGAIA, i tampoc no és aplicable el formulari de seguiment de centres residencials de la DGAIA a CREI i centres en què està en conveni el servei especialitzat, sinó tan sols a centres d'acolliment i centres residencials d'acció educativa.

El fet que la prestació d'un servei de centre residencial de caràcter terapèutic entrés a formar part de la cartera de serveis socials i la cartera de prestacions de l'SNS implicaria una major garantia del compliment dels requisits de funcionament dels centres i una major supervisió per part de l'Administració, requisit indispensable per assegurar la qualitat del servei i, per tant, la salut i el benestar dels infants i adolescents que hi resideixen, a banda que contribuiria a l'equitat en l'accés a la salut i la protecció dels drets d'aquests infants i adolescents.

La manca de garanties pel que fa al tracte i la qualitat assistencial i terapèutica, a banda de la vulneració de drets que suposa per als infants i adolescents ingressats, implica una responsabilitat pel que fa a les possibles conseqüències per a la vida i la salut futures de l'adolescent que la pateix. També cal tenir en compte aquesta qüestió a l'hora d'analitzar possibles responsabilitats.

Així mateix, caldrà valorar, amb vista a la possible regulació del funcionament d'aquest tipus de centres, en cas que es consideri la idoneïtat d'incloure'ls en la cartera de prestacions, el que conté la Llei orgànica 5/2000, reguladora de la responsabilitat penal del menor, i el Reial decret 1774/2004, que la desplega, i també la Circular 1/2008, de 8 d'abril, de la Direcció General d'Execució Penal a la Comunitat i de Justícia Juvenil, pel que fa a la regulació de les unitats terapèutiques de justícia juvenil.

En el cas dels ingressos en unitats terapèutiques de justícia juvenil, per exemple, hi ha una regulació de les mesures de contenció i aïllament davant de l'estat psicopatològic de l'adolescent per raó de risc i/o objectivació de comportaments auto o heteroagressius, sempre que s'hagin exhaurit totes les altres intervencions possibles, per indicació mèdica i sota supervisió judicial, tot diferenciant totalment aquestes mesures del règim disciplinari no aplicable en una mesura d'internament terapèutic.

Malgrat que es tracti de serveis diferenciats que obeeixen a perfils d'adolescents diferents, pel fet que es tracta de centres socio-sanitaris que fan una funció d'acompanyament socioeducatiu i terapèutic per a adolescents que tenen indicació facultativa a aquest efecte, la regulació que es fa del funcionament d'aquestes unitats pot ser d'interès per a la regulació del funcionament d'unitats terapèutiques per a adolescents no responsables penalment.

Als efectes de les inspeccions i els informes que puguin anar fent almenys trimestralment el Ministeri Fiscal i l'entitat pública que correspongui, el llibre de registres o incidències haurà d'estar actualitzat, i s'haurà de supervisar i comprovar l'existència i correcció del projecte educatiu específic i la programació pedagògica individual de cada adolescent ingressat, ja que el projecte educatiu no només constitueix la missió d'aquests centres de protecció, sinó que s'erigeix en el primer pressupòsit de validesa de les mesures de seguretat i del règim disciplinari que s'hi pugui imposar.

La supervisió per part del Síndic i el Mecanisme Català de Prevenció de la Tortura de centres residencials terapèutics. Mancances detectades

En el marc de l'activitat de garantia de drets d'infants i adolescents a Catalunya, l'equip d'infància del Síndic ha fet diverses visites a la major part dels centres residencials on hi ha algun tipus de restricció a la llibertat i l'autonomia dels infants i adolescents ingressats. Aquestes visites també permeten fer una valoració de les mancances i dificultats que plantegen l'existència i el funcionament d'aquests centres residencials.

Igualment, en el marc de la intervenció del Mecanisme Català de Prevenció de la Tortura (MCPT), s'han fet visites i recomanacions a algun centres residencials per a infants i adolescents que presenten trastorns de conducta i malaltia mental greu i d'alta complexitat, com ara: centre terapèutic Font-Fregona, centre residencial urbà terapèutic educatiu Julià Romea d'Amalgama 7, ITA (Institut de Trastorns Alimentaris), Unitat de Trastorns de Conducta de l'Institut de

Trastorns Alimentaris (ITA) i centre residencial d'acció educativa i terapèutic Can Rubió.

L'MCPT manté un protocol d'actuació homogeni, amb les especificitats pròpies del tipus de centre objecte de supervisió. Abans de la visita, l'Equip de Treball decideix quins en són els objectius i quina metodologia s'emprarà. Les visites es fan en qualsevol horari, sense avís previ, i s'inspeccionen els espais de privació de llibertat escollits per l'Equip, particularment aquells on hi ha més risc de maltractament, com ara les sales de contenció o, en centres penitenciaris, els departaments especials.

Les visites se solen centrar no tant en els aspectes estructurals d'aquests espais, que ja són coneguts de visites anteriors, sinó en entrevistes confidencials amb persones privades de llibertat; entrevistes individuals a les quals enguany s'han afegit, en alguns casos, reunions de grup per tractar qüestions de caràcter general.

El Síndic considera important remarcar les conclusions i les recomanacions de l'MCPT, atès que són significatives per valorar la situació actual dels centres existents i les limitacions que comporta el fet que molts siguin privats a l'hora de garantir els drets dels infants i adolescents que hi resideixen.

Sovint, s'observa que els adolescents ingressats amb trastorns mentals i conductuals tenen una prescripció excessiva de medicaments (l'Administració no acostuma a qüestionar la prescripció de medicaments) o que en les intervencions educatives el pes de l'actuació disciplinària, amb més o menys garantia, és superior al que requereix la recuperació de l'adolescent.

Per mitjà de les entrevistes amb els adolescents i els professionals i de la revisió de les històries clíniques, es constata que sovint s'utilitza la polimedicació amb psicofàrmacs per al control conductual dels adolescents i, en casos concrets, resulten visibles els efectes secundaris d'aquests fàrmacs, com ara l'excessiva sedació, que

podria apuntar a una sobremedicació. Molts professionals entrevistats coincideixen en la importància de la intervenció psicoterapèutica amb els adolescents i en el fet que, probablement, una major intervenció reduiria el nombre de prescripcions farmacològiques.

Pel que fa a la prescripció d'antipsicòtics com a contenció psicofarmacològica en cas d'agitació o agressivitat, tot i que en la majoria de centres es fa de manera excepcional, i fins i tot hi ha centres on no s'utilitza, s'ha constatat que en alguns altres aquesta prescripció es fa servir de manera sistemàtica. La contenció de qualsevol tipus, inclosa la farmacològica, ha de respondre a un objectiu terapèutic de control de conductes que suposen un risc per a un mateix o per a tercers, no pot tenir caràcter sancionador i ha de ser l'últim recurs després d'haver exhaurit els recursos alternatius possibles, i en cas que sigui absolutament imprescindible, sempre amb supervisió facultativa i amb seguiment sanitari de la mesura.

Altres qüestions que es remarquen són el tipus de mesures de contenció i disciplinàries, que es poden consultar en els informes de l'MCPT publicats en la web del Síndic.³²

Les mancances detectades exigeixen que es reguli de manera clara i detallada el règim de funcionament del centre, i que la inspecció i supervisió es faci de manera periòdica, incloent-hi entrevistes amb els adolescents ingressats i els professionals i revisions acurades dels registres de medicació i contenció.

La supervisió i el control dels centres hauria d'incloure:

- La regulació de les garanties i les funcions desenvolupades per centres privats que aconsegueixen tasques d'atenció i tractament a infants i adolescents amb problemes de salut mental, trastorn de conducta, consum i discapacitat, tot establint les ràtios de

³² Visites realitzades a centre terapèutic Font-Fregona; centre residencial urbà terapèutic educatiu Julià Romea, d'Amalgama 7; ITA (Institut de Trastorns Alimentaris); Unitat de Trastorns de Conducta, de l'Institut de Trastorns Alimentaris (ITA) i centre residencial d'acció educativa i terapèutic Can Rubió. Vegeu l'apartat de visites i de conclusions. http://www.sindic.cat/site/unitFiles/4935/Informe%20MCPT_2017_cat.pdf.

professionals, els requisits d'ingrés i atenció especialitzada a infants i adolescents, i també garanties en l'establiment de mesures de contenció, de tractament i educatives, sense que es puguin preveure sancions que impliquin restriccions al dret de comunicació i relació amb companys i familiars ni al dret a l'educació ni a la dignitat, d'acord amb l'interès superior de l'adolescent i la finalitat educativa que han de perseguir les mesures.

- La previsió d'un sistema d'inspecció i de supervisió molt més intens dels centres per a infants i adolescents que inclogui l'escolta dels nois i noies ingressats i els professionals dels centres (entrevistes amb els adolescents ingressats, revisió dels plans terapèutics i de medicació, el règim disciplinari i la imposició de sancions, protocols de contencions, les ràtios de professionals, etc.)

- La supervisió i les inspeccions periòdiques també de centres socio-sanitaris amb presència d'adults, en especial l'atenció diferenciada dels infants i adolescents que puguin estar-hi ingressats.

- Revisió periòdica del registre de contencions que n'inclogui el motiu i la

medicació subministrada, amb informe mèdic i prescripció farmacològica.

- Revisió per part de personal mèdic del sistema públic de salut de les medicacions subministrades i l'ús per al qual estan prescrites, tot evitant l'administració d'antipsicòtics sense patologia psicòtica contrastada.

- D'acord amb l'interès superior de l'infant i la funció del personal educador com a garant dels drets dels infants residents en centres sota la tutela de l'Administració, aquest personal hauria d'estar protegit en aquesta acció de denúncia, independentment del resultat final de les actuacions d'investigació que se'n desprenguin.

En definitiva, les visites posen de manifest algunes de les qüestions plantejades en aquest informe, ja que, més enllà de la idoneïtat del recurs i la seva provisió, també evidencia la necessitat d'ordenar i de regular la diversa tipologia de recursos, garantir la qualitat de la intervenció i el respecte als drets, mitjançant la regulació i la supervisió per part de l'Administració.

8. ALGUNS ITINERARIS D'ADOLESCENTS EN CENTRES RESIDENCIALS TERAPÈUTICS

El Síndic fonamenta els seus informes monogràfics en la constatació, principalment per mitjà de les queixes concretes presentades per algunes persones, de problemes que afecten el conjunt de la ciutadania.

En aquest cas, són diverses les queixes que han arribat a la institució en què s'expressa el malestar i la confusió que viuen famílies, personal educador i principalment

adolescents, que manifesten la necessitat d'un recurs residencial de tipus terapèutic, d'acompanyament i de contenció on es vegin protegits i des d'on se'ls pugui garantir la salut i el benestar necessaris per al seu desenvolupament i la seva integritat física i emocional.

A continuació, se n'exposen alguns exemples, que evidencien la variabilitat i la confusió de diagnòstics, la dificultat d'encaix amb els recursos i les respostes donades per l'Administració en cadascun dels estadis de cada itinerari personal.

2484/2016:

Noia de disset anys en acolliment familiar des del 2005 i permanent des del 2011. S'indica que ha protagonitzat un intent de suïcidi i altres conductes autolítiques. L'any 2015 finalitza la mesura d'acolliment familiar "per impossibilitat de control", segons relata la família que presenta la queixa (consum, absentisme, agressivitat). S'aporta un informe psicològic privat que indica que els trastorns de conducta es deuen a problemes d'estrès traumàtic de tipus complex, primerenc i acumulatiu, i que cal una intervenció d'acompanyament intensiu a la família d'acollida.

Un cop finalitzat l'acolliment familiar, l'any 2015, la noia ingressa en un pis d'autonomia i l'EAla fa una proposta d'ingrés en centre terapèutic, malgrat que s'assenyala que serà difícil per la proximitat de la noia a la majoria d'edat. El juny 2016 la DGAIA manifesta que la Comissió d'acolliments terapèutics i educatius ha validat proposta d'ingrés en centre terapèutic el març de 2016 i que queda en espera d'assignació recurs. El juny 2016 la noia ingressa al centre ITA.

7586/2016:

Noi de tretze anys que pateix trastorn de conducta alimentària. La família exposa que el noi és atès al CSMIJ de referència durant dos anys i s'agreuja la seva problemàtica de salut.

La família requereix un tractament més intensiu. El Departament de Salut indica que l'evolució de l'estat de salut del noi durant el tractament al CSMIJ no és del tot favorable, però descarta l'ingrés a l'hospital de dia per l'edat del noi, no per la indicació d'un tractament més intensiu, que valida.

La família opta per ingressar el noi en un centre residencial terapèutic privat i el noi, després del tractament rebut i segons exposa la família, millora notablement. Com que no es pot acollir a l'assegurança escolar obligatòria per raó d'edat, s'orienta la família a demanar el rescabament i el finançament del recurs al Departament de Salut per mitjà del procediment administratiu regulat en la Instrucció 3/2016, del Servei Català de Salut, que s'empara en l'article 5 del Reial decret 63/1995, de 20 de gener, sobre ordenació de prestacions sanitàries del Sistema Nacional de Salut (SNS), derogat pel Reial decret 1030/2006, de 15 de setembre, que estableix la Cartera de serveis comuns de l'SNS.

9384/2016:

Noia de tretze anys diagnosticada amb trastorn adaptatiu, alteració mixta en les emocions i el comportament, amb ingressos psiquiàtrics. La família demana que l'Administració n'assumeixi la guarda per proporcionar-li recurs terapèutic adequat, malgrat que es valora com una família "protectora".

El mes de febrer de 2016 l'Administració assumeix la guarda de la noia i se n'acorda l'ingrés per a un període de sis mesos en un CREI. Durant la seva estada al centre, la família exposa que la noia pateix abusos sexuals, consumeix drogues i s'escapoleix constantment. Reclamen un recurs terapèutic i no un CREI.

Davant l'evolució desfavorable, el novembre de 2016 l'EAIA sol·licita que es valori un altre recurs terapèutic, malgrat que el diagnòstic no és clar.

El mes de desembre de 2016 la família reclama assumir-ne de nou la guarda per portar-la a un recurs privat a Sabadell i, si no funciona, tornar al seu país d'origen, Bolívia. La DGAIA valida la proposta i es desconeix l'evolució de la noia.

L'any 2017 la noia és derivada a un Hospital de Dia després d'una llarga estada d'hospitalització total a psiquiatria i quatre mesos a l'UCA. Finalment, ingressa durant vuit mesos en un centre terapèutic privat amb finançament de serveis socials.

Actualment, la noia fa seguiment al CSMIJ, continua al domicili familiar i en absentisme escolar.

4450/2016:

Noia de tretze anys que és derivada als serveis de salut mental per trastorn adaptatiu amb trastorn mixt del comportament i les emocions i consum de cànnabis. La família, davant la problemàtica de conducta (expulsions dels centres escolars, intervenció de Mossos i de serveis socials, etc.), decideix ingressar la noia en un centre residencial terapèutic el 4 de novembre de 2013, que el CSMIJ de referència valora "adequat a la problemàtica de la pacient".

El dia 2 de novembre de 2014 és ingressada a un centre de Barcelona, de la mateixa entitat. El 30 de juny de 2015 és donada d'alta amb seguiment ambulatori per part de la mateixa entitat.

En data 17 de febrer de 2016 la mare sol·licita a la DGAIA la guarda protectora de la noia per poder donar cobertura econòmica al procés terapèutic, atès que s'ha exhaurit la cobertura proporcionada per l'assegurança escolar que permetia sufragar la despesa.

En data 14 de març de 2016 es resol denegar-ne la guarda, malgrat que en la resolució de la DGAIA s'indica que els informes psicològics i psiquiàtrics aportats indiquen el tractament que es procura en l'àmbit privat, però la responsabilitat de la cobertura és del Departament de Salut. Per la seva banda, el Departament de Salut indica que la família s'adreça a CatSalut per valorar de nou la situació de la noia, però se li indica que no es pot cobrir el cost del tractament privat.

7370/2016:

Noia de quinze anys amb greus problemes de conducta i consum.

El dia 18 de gener de 2016 se'n declara el desemparament per conductes disruptives (consum, robatoris, pernoctes fora del domicili sense consentiment) que la posen en situació de risc continu, sense capacitat de la família per contenir-la. S'ingressa la noia en un centre d'acollida.

Des de l'ingrés, la noia protagonitza escapoliments continus, i no és possible fer cap tractament ni intervenció al centre ni tampoc un estudi i una proposta de mesura adequada.

En data 7 de setembre de 2016 la mare decideix ingressar l'adolescent en un centre terapèutic privat assumint-ne el cost. La DGAIA indica que aquest fet demostra la capacitat protectora de la mare i cessa en les seves funcions tutelars el dia 16 de setembre de 2016.

La mare presenta queixa perquè no pot assumir el cost del centre, i el Síndic s'adreça a l'Administració perquè torni a valorar la situació de la noia i la proveeixi d'un recurs residencial terapèutic intensiu per garantir-ne el benestar.

El dia 10 de maig de 2017 s'emeta una resolució de guarda administrativa i la noia ingressa en un centre terapèutic.

5571/2017:

Noia de setze anys que des dels dotze presenta conductes de risc (consum de tòxics, denúncies per agressions, intents d'autòlisi). La família demana la protecció de la noia i l'ingrés en un centre terapèutic.

En data 10 d'abril de 2014 es va obrir expedient de risc, en data 7 de maig de 2015 es proposa ingrés en CREI, però la DGAIA informa el desembre de 2015 que s'han produït canvis familiars que possibiliten el treball amb la família. En data 9 de maig de 2017 l'EAIA torna a fer proposta de desemparament i ingrés en un CREI.

El dia 14 de juliol de 2017 el cas es presenta a la Comissió d'acolliment terapèutic de la DGAIA i el mateix dia l'EAIA emet un comunicat que ratifica la mesura, però hi ha una dificultat d'emetre un informe psicològic que validi la proposta perquè la noia està escapolida.

Atesa la gravetat del cas, igualment es proposa l'ingrés en un CREI el setembre de 2017, però el mes de gener de 2018 encara està pendent de valoració de tots els professionals implicats (serveis de territori, policia local, etc.), atesa la manca de col·laboració de la noia.

Actualment, d'acord amb la darrera informació obtinguda, la noia ha complert els divuit anys, s'indica que sembla que està patint una situació de violència de gènere i addicció a tòxics, no segueix cap tractament i viu sola al domicili dels tiets materns, que relaten que n'han marxat per l'alt grau de conflictivitat i agressivitat.

6098/2016:

Nena de catorze anys que s'exposa a situacions de risc greu, consum tòxic, relacions sexuals de risc, agressions, amenaces. La família demana intervenció de serveis socials i la DGAIA n'assumeix la tutela.

La noia ingressa en un centre d'acolliment el 4 de març de 2016 i, segons el mateix informe del centre, la noia inicia una escalada de conductes de risc (escapaments, conductes sexuals de risc, consum agut de tòxics, agressivitat) i incrementa l'exposició a situacions de perill envers ella i tercers.

L'11 d'abril de 2016 es fa una proposta d'ingrés en CREI, que es modifica posteriorment per la d'un centre terapèutic. En data 1 de setembre de 2016 la noia ingressa per via d'urgència a un centre. La noia hi fa una bona adaptació, però se n'escapoleix dues vegades: una primera és traslladada de nou al centre i la segona, al domicili familiar. Des del 10 d'abril de 2017 s'ha proposat el retorn de les funcions tutelars a la família per continuar la intervenció en el nucli familiar per mitjà d'un compromís socioeducatiu.

9554/2015:

Noi de catorze anys amb conductes disruptives, agressions i consum de tòxics de dos anys d'evolució. Ha patit assetjament escolar.

La família demana que s'ingressi el noi en centre terapèutic i expressa el seu malestar perquè no pot cobrir econòmicament el tractament, atès que encara no cursa tercer d'ESO i no hi ha cobertura de l'assegurança sanitària obligatòria.

Finalment, el noi ingressa a en un centre terapèutic privat i està dos anys en tractament, que la família i el noi valoren molt positivament per a la seva evolució. També indiquen que no hi ha centres distribuïts al territori i que aquest fet dificulta les visites de les famílies que viuen lluny, com és el seu cas.

4501/2015:

Noia de quinze anys tutelada per la DGAIA des de setembre de 2014 a petició de la mare, ja que la noia s'escapolia constantment, consumia drogues i presentava situacions d'exposició constant al risc.

La noia ingressa en un centre d'acolliment i després en un centre terapèutic el mes de desembre de 2014. La noia s'escapoleix constantment i la família diu que està vivint amb un home de vint-i-sis anys, líder d'una banda llatina. Es proposa un CREI, però no hi ingressa.

El mes de maig de 2016 es valora que la noia "no ha pogut aprofitar" el recurs terapèutic, però se la manté en situació de desemparament. El recurs més adequat és un CRAE, però tampoc ingressa en un CRAE atesa la manca d'acceptació de la noia. Es proposa el retorn de les funcions tutelars i treball des del territori amb coordinació amb Departament de Salut, malgrat que la constatació de situació de desprotecció i manca d'eines adequades. Es finalitza la intervenció de la DGAIA quan esdevé major d'edat, malgrat que la situació de desprotecció persisteix.

1707/2016:

Noi de disset anys amb diferents diagnòstics mèdics (trastorn bipolar, trastorn general del desenvolupament, esquizofrènia i psicosi greu). Des dels dotze anys, atesa la impossibilitat manifesta de la família adoptiva per contenir-lo al domicili familiar, se'n cedeix la guarda a la DGAIA, que en manté la tutela per facilitar l'ingrés del noi en un CREI.

La Fiscalia de Menors insta a canviar el noi de centre perquè es posa en perill a ell mateix i a tercers. La DGAIA indica que no és possible l'ingrés en un CREI per la malaltia mental del noi. L'evolució del noi a un centre és negativa atesa la malaltia mental greu que pateix. La DGAIA exposa que desconeix el recurs més adequat per al noi, a banda dels ingressos a l'UCA i una possible incapacitació en complir la majoria d'edat.

Finalment, el noi ingressa en un centre de justícia juvenil (atesos els delictes comesos) on hi ha una unitat psiquiàtrica per a interns amb salut mental i s'opta per tramitar-ne la incapacitació i buscar el recurs més adequat a la majoria d'edat.

5099/2015:

Noia ingressada en un CREI que assoleix la majoria edat i cursa l'alta voluntària del centre mentre se'n tramita la incapacitació, malgrat la situació de risc a què s'exposa atesa la seva discapacitat i que el retorn al domicili familiar no en garanteix la seguretat ni el benestar.

El jutjat que tramita la incapacitació dicta mesures cautelars perquè la noia romangui al centre i la DGAIA manifesta que no les pot fer efectives. La noia fa un intent d'autòlisi. Finalment, es resol la curatela de la noia.

5443/2018:

Denúncia de un hospital sobre un noi de catorze anys ingressat des de fa més d'un mes per problemes conductuals d'auto i heteroagressivitat greu. A l'hospital se li aplica contenció mecànica completa durant tot el temps en què hi està ingressat, la qual li causa iatrogènia, i se li subministra medicació contra la ulceració.

Indiquen que no es tracta d'un cas de patologia psiquiàtrica clara i que no hi ha indicada hospitalització ni medicació efectiva. El noi ha passat per diversos recursos anteriorment i, finalment, ha estat derivat d'una unitat terapèutica. Durant tot aquest temps (set anys de tutela) ha estat ingressat en diverses ocasions a la unitat de psiquiatria.

S'aborda la possibilitat que, un cop tramitada una possible denúncia per agressions al personal sanitari, se'l pugui derivar a un recurs de justícia juvenil, que es considera més adequat atès el règim tancat. Finalment, ingressa en un centre terapèutic.

9280/2017:

Noi de catorze anys diagnosticat amb trastorn d'espectre autista. Presenta queixa per manca d'escolarització inclusiva.

Se l'ingressa a l'UCA per alteracions conductuals, posteriorment se'n revisa el dictamen de discapacitat i se li indica un recurs residencial per a discapacitats intel·lectuals.

Atesa la manca de disponibilitat d'aquest recurs per a la seva edat, s'allarga el període d'estada a l'UCA. La mare assegura que vol accedir a la unitat terapèutica Acompanya'm, que li han manifestat que seria indicada per al seu fill, cas en què no perdria la tutela, com sí que passa en altres recursos. Finalment, el noi ingressa a una residència.

7434/2018:

Noia de disset anys diagnosticada de TDAH amb discapacitat reconeguda del 33%. Trastorn adaptatiu i agressiu. Ingressada en una unitat psiquiàtrica.

La mare manifesta que no pot sostenir la convivència amb la noia. A requeriment de la mare, els serveis socials en declaren el desemparament, però en poc temps assoleix la majoria d'edat i no es pot establir cap mesura de protecció.

3391/2018:

Noi de disset anys ingressat primer en centres de justícia juvenil, després d'haver estat denunciat per violència intrafamiliar.

La mare aporta un historial clínic amb heterogeneïtat de diagnòstics des de la primera infància (TOC, TDAH, depressió) i tractaments farmacològics indicats amb escassa adherència i efectivitat.

L'equip clínic que intervé en el cas descarta la presència d'un trastorn mental sever en el cas del noi i considera que presenta trets obsessius de personalitat que sol autogestionar de manera adequada, però que presenta un trastorn de conducta que sí que podria afectar la seva vida en el futur.

L'equip de medi obert demana fer un seguiment per relació tòxica de dependència amb la mare un cop compleix la majoria d'edat, que la família indica que no pot fer.

9. CONCLUSIONS

El benestar psicosocial és fonamental per al desenvolupament dels infants amb grans implicacions en la seva transició a la vida adulta. Els problemes de salut mental que poden patir els infants i adolescents representen un gran obstacle per a aquest desenvolupament, alhora que l'adequada atenció i provisió dels serveis i recursos necessaris per garantir-la representa el compliment del dret a la salut i al màxim desenvolupament d'un infant o adolescent.

Per garantir el dret a la promoció, prevenció i protecció de la salut mental i l'atenció sanitària, la xarxa pública es dota d'un conjunt de recursos que no preveuen de manera suficient les necessitats de serveis de suport familiar i de parentalitat positiva (de suport a la criança amb un enfocament psicosocial i d'educació emocional, més que clínic o patològic) que permetin proveir les famílies d'eines per atendre les dificultats i les necessitats dels infants al llarg del seu creixement.

Els serveis assistencials especialitzats en salut mental pròpiament estan saturats i atenen els trastorns mentals més greus, tot i que sovint amb menys intensitat de la que requeririen i amb un tractament més farmacològic que terapèutic. Aquesta saturació afecta tant els centres de salut mental infantil i juvenil com els serveis d'hospitalització psiquiàtrica que atenen crisis més agudes, i deixa fora els casos menys greus que també requeririen tractament i l'acompanyament social necessari dels pacients.

La probabilitat de patir un trastorn mental a Catalunya està relacionada directament amb l'entorn socioeconòmic en què es desenvolupa un infant o adolescent. La crisi econòmica ha provocat un increment de trastorns de salut mental entre la població infantil i juvenil, especialment dins el segment de població menys afavorida. A aquest factor d'iniquitat, s'hi afegeix la dificultat d'aquestes famílies d'accedir a recursos alternatius fora de la xarxa pública que, com s'ha assenyalat, està saturada i no proporciona l'atenció suficient i adequada que requereixen molts infants i adolescents.

La xarxa pública de salut i la xarxa de serveis socials no cobreixen ni serveis residencials de comunitat terapèutica per a infants i adolescents menors de divuit anys drogodependents ni serveis residencials per a infants i adolescents menors de divuit anys amb discapacitat intel·lectual o física, sovint associats a trastorns de conducta, ni tampoc serveis residencials de tipus educatiu terapèutic per a infants i adolescents amb problemàtica derivada de salut mental, que també poden concórrer amb trastorn de conducta.

Es parteix de l'assumpció que un infant o adolescent, independentment de la problemàtica que pugui patir, i mentre no hagi estat desemparat perquè es troba en situació de desprotecció greu, causada per la negligència, la desatenció, l'abandonament, el maltractament o altres circumstàncies que denotin una manca de protecció efectiva de l'infant i que requereixin la separació del nucli familiar, hauria de continuar convivint amb la seva família, amb els suports que calguin per atendre les necessitats que presenti.

L'ingrés en un centre terapèutic residencial per atendre una problemàtica de conducta, drogodependència, salut mental, discapacitat d'un infant o adolescent, demanat per la família, i que es fa efectiu sovint en centres privats sense la supervisió ni el control de l'Administració, s'ha de valorar fins a quin punt és una mesura protectora i necessària d'acord amb l'interès superior d'aquest infant o adolescent, i en quins termes s'ha de dur a terme per fer-ne prevaler els drets.

Manquen opcions alternatives de protecció per mitjà de la provisió de recursos de suport i seguiment social de tractaments de salut mental i de drogodependència, per exemple, i també de trastorns de conducta que es poden manifestar en l'adolescència, adaptats a les necessitats existents dels adolescents que ho puguin necessitar.

Actualment, els centres terapèutics residencials que funcionen per atendre problemàtica de salut mental i consum adreçats a infants i adolescents a Catalunya són privats i estan inclosos en el Registre oficial de centres sociosanitaris, autoritzats per la Direcció General d'Ordenació

Professional i Regulació Sanitària del Departament de Salut. Aquest registre és compartit amb el Departament de Treball, Afers Socials i Família.

El Decret 92/2002, de 5 de març, que estableix la tipologia i les condicions funcionals dels centres i serveis sociosanitaris i fixa les normes d'autorització, no determina cap diferenciació per edat ni previsions específiques per a infants i adolescents, i la inspecció i supervisió que en fa el Departament de Salut no és suficient i es fa en tot cas sobre els requisits que preveu aquesta normativa, que no tenen en compte els drets dels infants que hi resideixen.

La demanda de provisió d'aquest tipus de recursos residencials terapèutics (per a adolescents principalment) sovint es cobreix des de l'àmbit privat, sense control i supervisió sobre les condicions d'ingrés, de permanència i de funcionament dels centres per garantir els drets dels infants i adolescents ingressats.

Les famílies que no poden sufragar l'elevat cost que suposen aquests recursos intenten accedir-hi per mitjà del finançament que els aporta la cobertura de l'assegurança escolar obligatòria, que es limita a alumnes a partir del tercer curs d'ESO, no cobreix la totalitat del servei i implica una limitació en la durada del tractament. Altres famílies recorren a la cessió de la guarda o tutela del seu fill o filla a l'Administració perquè aquesta cobreixi el cost econòmic del recurs.

El sistema de protecció a la infància i l'adolescència que ha hagut de ser tutelada per l'Administració pel fet d'haver-se trobat en una situació de desemparament disposa de mesures residencials específiques per atendre els infants i adolescents que requereixen una atenció especialitzada per raó de salut mental, discapacitat, trastorn de conducta i/o consum, ja sigui per mitjà de centres propis o del concert de places en centres privats.

Dins del sistema de protecció es preveuen els centres residencials d'educació intensiva, que donen resposta a necessitats educatives i assistencials específiques d'adolescents i joves amb alteracions conductuals, però que no presenten malalties mentals o trastorns mentals que

requereixin tractament específic dels serveis competents en salut mental o d'atenció a persones amb discapacitat.

El sistema de protecció a la infància i l'adolescència proveeix dels recursos necessaris un infant o adolescent que es troba en una situació de desemparament, que implica principalment haver patit abandonament, negligència o maltractament per part de la seva família, de manera que l'infant o adolescent no es pot desenvolupar de manera adequada i requereix la separació del nucli familiar i que l'Administració n'assumeixi la tutela.

Tot i així, l'Administració té el deure de proporcionar els recursos i els serveis que tingui a l'abast per poder acompanyar i donar suport en la responsabilitat principal de criança i desenvolupament que tenen les famílies sobre els infants. Una manca de recursos materials i de serveis que l'Administració té el deure de garantir no pot suposar el desemparament d'un infant o adolescent en famílies que es consideren protectores.

La tutela o guarda d'un infant o adolescent perquè pugui accedir a un recurs residencial, en cas que es valori imprescindible per atendre unes necessitats específiques, ja sigui per un trastorn de conducta, un problema de salut mental, una discapacitat o el tractament de la drogodependència, és un instrument inadequat i en frau de llei perquè el sistema de protecció a la infància i l'adolescència assumeix una situació que no s'ajusta a la finalitat per a la qual està previst.

Els centres existents actualment en l'àmbit privat, que atenen principalment adolescents amb problemes de conducta, salut mental i/o addiccions, no estan sotmesos a la regulació ni a la supervisió i inspecció que requeririen aquests centres que atenen i tracten persones menors d'edat. En aquest sentit, en les visites que ha fet el Síndic als centres actualment en funcionament, en el marc del Mecanisme Català de Prevenció de la Tortura, s'han detectat mancances en les instal·lacions i també vulneracions de drets, sobretot en el tracte i en les mesures correctores i disciplinàries que s'hi apliquen.

D'altra banda, els infants i adolescents que han estat desemparats, d'entrada, només pel fet d'haver hagut de ser separats del nucli familiar i per haver viscut la situació que n'ha comportat el desemparament, requereixen un acompanyament especial que els permeti recuperar-se físicament i psicològica de les adversitats patides, per preservar la seva salut mental en el present i en el futur. Cal que el sistema de protecció garanteixi que aquest infant o adolescent pot disposar d'un professional de referència que li permeti recuperar el vincle danyat, tot evitant la rotació de professionals i formant-los adequadament amb aquesta finalitat, i també tenint en compte les dificultats expressades pel col·lectiu d'educadors socials d'aquest àmbit.

El sistema de protecció a la infància i l'adolescència actualment té dificultats per proveir de recursos adequats les necessitats que presenten els adolescents tutelats, que, d'altra banda, són majoria en el sistema. La complexitat de canvis que es presenten en l'adolescència genera necessitats d'intervenció diferenciades que l'Administració no ha sabut resoldre fins ara, la qual cosa genera molt poca afecció al sistema, escapoliments continus dels centres i exposició a situacions de risc.

El fet que dins el sistema de protecció s'hagi estès una xarxa de centres que preveuen mesures de seguretat i restricció de llibertats o drets fonamentals d'adolescents amb problemes de conducta indica clarament que el pes de l'atenció dels adolescents que manifesten malestar en forma de conducta disruptiva ha recaigut en el sistema de protecció a la infància, un model del qual els sistemes de salut, d'educació i fins i tot d'integració social en l'àmbit de la discapacitat es mantenen pràcticament al marge. La manca de recursos residencials específics del sistema sanitari, salut mental i de discapacitat provoca que alguns infants i adolescents estiguin atesos en centres específics per a menors amb problemes de conducta, malgrat que hi ha una restricció en l'ingrés de menors amb malalties i trastorns mentals que requereixen tractament específic de salut mental o discapacitat.

La subsidiarietat en la utilització d'aquest tipus de recursos (centres d'educació intensiva) resulta difícilment objectivable,

atesa la debilitat dels dispositius de tipus ambulatori (salut, educació i serveis socials), l'absència d'altres recursos residencials de curta i mitjana estada en els sistemes sanitari i educatiu, i fins i tot la manca de centres d'acollida funcionals del mateix sistema de protecció.

La valoració de conductes disruptives o dissocials recurrents, transgressores de les normes socials i els drets de tercers, és la manifestació externa més fàcil de comprovar, però és difícil determinar-ne les causes i el tipus de resposta més eficient per fer-ne l'abordatge.

La classificació de recursos específics existents i la dependència funcional d'una administració o una altra (DGAIA, Direcció de Protecció Social o Servei Català de Salut) condicionen la proposta de recurs més adequada a les necessitats de cada persona, que sovint no respon clarament a aquesta classificació. Així, hi ha una certa confusió, que es manifesta en la pluralitat de diagnòstics clínics que presenten els infants i adolescents ingressats en cadascun dels centres i recursos existents, en la categorització i la indicació proporcionada a cada cas (discapacitat, salut mental, consum o trastorn de conducta), i també en el tractament que reben.

Paral·lelament, dins la comunitat científica, i en l'àmbit de salut mental, hi ha una forta controvèrsia pel que fa a les diferents diagnòstics que afecten especialment els trastorns de conducta i l'adolescència, que alguns categoritzen com a patologia de salut mental i d'altres, no, i que, depenent de l'aproximació, impliquen tractament clínic i farmacològic o bé un abordatge de la recuperació emocional i no des de la patologia.

D'altra banda, la drogodependència es tracta des de l'àmbit de salut sense atendre les especificitats del fet de ser infant o adolescent, i l'atenció residencial de la discapacitat es preveu en la Cartera de serveis socials només per a adults, quan sobretot alguns adolescents i les seves famílies també requereixen aquest servei perquè la seva atenció en l'àmbit convivencial familiar és molt difícil.

Finalment, els recursos existents en l'àmbit de protecció, ja d'entrada escassos i amb la confusió de diagnòstics i tractaments

indicada, de vegades són ocupats per adults que no han estat incapacitats judicialment quan arriben a la majoria d'edat, pels dèficits de coordinació i de gestió del procés de transició a la vida adulta que presenta el sistema de protecció, juntament amb les dificultats de provisió de recurs adequat per part del sistema de protecció social.

El fet que la major part d'adolescents que actualment ocupen centres residencials

per a adolescents amb problemes de salut mental, trastorn de conducta i consum siguin adolescents tutelats o adoptats posa de manifest que l'acompanyament en la recuperació emocional d'infants i adolescents que han patit una forta adversitat durant la infància, com ara un abandonament o un desemparament, no és suficient per garantir en tots els casos la recuperació d'aquests infants i adolescents.

10. RECOMANACIONS

Amb relació a la garantia del respecte dels drets en l'internament en un centre residencial terapèutic d'un infant o adolescent:

1) Garantir els drets dels infants en la proposta d'ingrés en centre residencial terapèutic. L'interès superior de l'infant

a) Crear una comissió interdepartamental (Justícia Juvenil, Salut, Protecció a la Infància i l'Adolescència i Protecció Social) perquè, d'acord amb els estudis i les avaluacions fetes respecte dels recursos existents, es puguin valorar i abordar les dificultats d'atenció als infants, i especialment als adolescents que requereixen una atenció residencial especialitzada, amb les garanties de respecte dels seus drets i fent prevaler el seu interès superior.

b) Regular i supervisar que tot internament residencial d'un infant i adolescent en un centre especialitzat compleixi els requisits següents:

Última ràtio i mínim temps indispensable

D'acord amb l'interès superior de l'adolescent, cal avaluar si l'existència d'aquest tipus de recurs és idoni i necessari, sempre preservant la garantia de drets i un cop exhaurides totes les opcions alternatives disponibles, com ara programes d'acompanyament terapèutic i socioeducatiu a domicili de més intensitat que els que hi ha actualment.

- Avaluar els resultats de l'ampliació dels plans de serveis individualitzats (PSI) a persones menors de divuit anys adreçats a adolescents que presenten problemes de seguiment i tractament en el seu medi habitual, i preveure'n l'ampliació en cas que els resultats siguin positius, o d'altres programes similars de treball terapèutic en el medi habitual com a via alternativa a l'ingrés residencial.

- Valorar i recollir en la proposta d'ingrés tots els recursos d'acompanyament social i

familiar que s'han desplegat, amb la seva avaluació, per garantir que l'internament residencial, i la restricció de llibertats de l'infant i adolescent que comporta, és l'últim recurs possible per garantir el seu benestar i el seu dret a la salut al nivell més alt possible.

Consentiment informat dels tractaments mèdics i edat mínima

En qualsevol cas, ha de ser personal facultatiu mèdic autoritzat, i no personal educador, qui recepti els medicaments subjectes a prescripció mèdica administrats i qui en faci el seguiment i la correcta administració.

Els tractaments han de ser prescrits per personal facultatiu, però també han de comptar amb el consentiment informat dels adolescents i infants madurs, i en tot cas dels més grans de setze anys, i han d'estar sotmesos a criteris de supervisió, particularment en el cas de tractaments farmacològics, pel que fa a posologia i administració, control de l'evolució i detecció de possibles efectes adversos.

- Cal respectar el dret d'escolta de l'infant i adolescent pel que fa als tractaments i les intervencions de tipus sanitari que el personal facultatiu responsable consideri que se li han d'aplicar en benefici seu.

- Cal supervisar si hi ha mecanismes fidedignes per avaluar la capacitat natural de l'infant o adolescent per exercir els drets personalíssims de què és titular, inclosos els que tenen a veure amb les intervencions terapèutiques dutes a terme amb relació a la seva salut mental.

- Cal adaptar la informació que es proporciona als pacients menors de divuit anys a la seva intel·ligibilitat perquè el consentiment informat sigui vàlid i es pugui garantir de manera efectiva el seu dret a l'escolta.

Autorització judicial i avaluació forense

L'opció més garantista per a l'adolescent que ha de ser ingressat en un centre socioeducatiu o terapèutic, independentment que estigui tutelat o no, si aquest recurs suposa la separació de l'adolescent del seu medi i

L'aplicació de mesures de restricció o limitació de la seva llibertat, és exigir l'autorització judicial per a l'ingrés, que s'haurà de basar en l'informe mèdic o d'avaluació psicològica que acompanyi la sol·licitud i que acrediti la necessitat d'aquest ingrés d'acord amb l'interès superior de l'infant. Aquesta decisió s'haurà de revisar en els terminis establerts per garantir també la proporcionalitat de la mesura i la continuïtat en el temps.

L'avaluació forense ha de permetre que l'autorització judicial no sigui una mera regularització de l'ingrés, sinó que ha de ser un informe adequat i complet que serveixi de suport objectivable i que els òrgans judicials han d'examinar de manera crítica.

- Cal exigir l'autorització judicial i l'avaluació psicològica o facultativa de tot adolescent que hagi de ser ingressat en un CREI, i també en un centre sociosanitari o terapèutic que impliqui mesures restrictives o limitadores de la llibertat, també en els casos en què l'infant o adolescent no depengui del sistema de protecció a la infància i l'adolescència.

- Aquesta avaluació ha de ser validada per una comissió de professionals que garanteixin un enfocament interdisciplinari i des de diferents orientacions.

Supervisió i control

Les mancances detectades en les visites als centres existents exigeixen que es reguli de manera clara i detallada el règim de funcionament dels centres i els drets dels infants i adolescents ingressats, i que la inspecció i supervisió dels centres es faci de manera periòdica, incloent-hi entrevistes amb els adolescents ingressats i els professionals, i revisions acurades dels registres de medicació i contenció aplicades.

- Cal estendre l'àmbit d'aplicació de la Directriu 3/2017, de 8 de maig, de la DGAIA, sobre seguiment de centres i els indicadors sobre infraestructura i materials, equip educatiu, infants i adolescents i documentació, a tots els centres residencials en què hi hagi infants i adolescents ingressats.

- Cal regular els drets i deures dels infants i adolescents ingressats als centres residencials actualment existents que fan funcions terapèutiques i educatives, les ràtios de professionals, els requisits d'ingrés i l'atenció especialitzada a infants i adolescents, i també les garanties en l'establiment de mesures de contenció, de tractament i educatives previstes, sense que es puguin preveure sancions que impliquin restriccions al dret de comunicació i relació amb companys i familiars ni al dret a l'educació ni a la dignitat, d'acord amb l'interès superior de l'adolescent i la finalitat educativa que han de perseguir les mesures.

- Cal comprovar i supervisar el projecte educatiu específic i la programació pedagògica individual com a pressupòsit de les mesures de seguretat i el règim disciplinari.

- La supervisió i el control ha d'incloure l'escolta dels professionals i, sobretot, dels infants i adolescents ingressats als centres (entrevistes amb els nois i noies ingressats, revisió dels plans terapèutics i de medicació, el règim disciplinari i la imposició de sancions, protocols de contencions, ràtios de professionals, etc.).

- Cal establir una periodicitat d'inspeccions sovintejades als centres que permeti supervisar-ne i controlar-ne el funcionament de manera adequada.

- Cal que el personal mèdic del sistema públic de salut revisi les medicacions subministrades i l'ús per al qual estan prescrites, tot evitant l'administració d'antipsicòtics sense patologia psicòtica contrastada. Cal una revisió periòdica del registre de contencions que n'inclogui el motiu, la medicació subministrada amb informe mèdic i la prescripció farmacològica.

- Cal dur a terme supervisió i inspeccions periòdiques també de centres sociosanitaris amb presència d'adults, especialment de l'atenció diferenciada dels infants i adolescents que puguin estar-hi ingressats.

- Cal revisar la formació dels professionals en la pràctica de contencions i supervisió dels equips professionals, i també l'aplicació de les recomanacions de les avaluacions de la prevenció de riscos laborals i psicosocials.

- D'acord amb l'interès superior de l'infant i la funció del personal educador com a garant dels drets dels infants residents en centres sota la tutela de l'Administració, aquest personal hauria d'estar protegit en aquesta acció de denúncia, independentment del resultat final de les actuacions d'investigació que se'n desprenguin (garantir la indemnitat laboral del personal educador que, exercint la seva funció de garant dels drets dels infants residents en centres, presenti denúncia sobre possibles vulneracions de drets o irregularitats detectades).

Amb relació a la garantia del dret a la salut mental infantojuvenil i a la situació actual:

2) Prevenció i garantia del dret a la salut mental infantojuvenil en termes d'equitat des d'un model psicosocial i comunitari

- Promoure programes de prevenció i promoció de la salut mental dels infants i joves, i també intervencions d'acompanyament a la criança i la parentalitat positiva al llarg del cicle vital de l'infant i adolescent des d'un model psicosocial i comunitari.
- Augmentar i estendre els programes de detecció precoç de trastorns i addiccions als instituts i les escoles.
- Fer més accessibles els serveis actualment existents per donar cobertura a tot el territori i arribar a la població més refractària.
- Augmentar la provisió i la dotació de prestacions, programes i serveis terapèutics orientats a garantir l'acompanyament psicològic d'adolescents i les seves famílies que, a causa de diversos factors, hagin vist deteriorades les seves condicions de vida i les seves competències personals i relacions familiars i socials.
- Incrementar la dotació de recursos humans, materials i econòmics als centres de salut mental infantil i juvenil i altres recursos específics en salut mental de la xarxa de salut mental infantil i juvenil per afavorir-ne l'accés i augmentar la intensitat que exigeixen les necessitats reals de la població infantil.

- Potenciar l'acompanyament i el seguiment social dels tractaments terapèutics adreçats a infants i, sobretot, a adolescents que presenten dificultats de vinculació.

- Consolidar i ampliar les campanyes de cura i atenció a la salut mental i combatre l'estigmatització dels problemes de salut mental entre la població infantojuvenil.

- Desenvolupar el Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions Estratègia 2017/2019.

3) Valoració de la idoneïtat d'incloure amb cobertura pública serveis residencials especialitzats per a infants i adolescents d'acord amb l'interès superior de l'infant

- Fer una anàlisi de la cobertura dels recursos existents, tant en l'àmbit de salut com de serveis socials, i valorar la pertinència de reforçar els serveis actualment existents i la inclusió, si escau, en la Cartera de serveis del Sistema Nacional de Salut de centres residencials per a infants i adolescents menors divuit anys que requereixin intervencions o tractaments de desintoxicació i/o psicoteràpia de manera intensiva amb acompanyament social.
- Valorar, si escau, la inclusió en la Cartera de serveis del Sistema Nacional de Salut de centres residencials per a menors de divuit anys amb patologies de salut mental: recursos sanitaris o sociosanitaris que desenvolupen un programa específic d'intervenció terapèutica, per atendre infants o adolescents afectats per trastorns mentals que necessiten seguir un tractament sota la supervisió mèdica en condicions d'acolliment continuat.
- Analitzar si és convenient, d'acord amb l'anàlisi de la cobertura de les necessitats que presenten alguns infants i adolescents amb discapacitat greu, la inclusió en la Cartera de serveis socials de centres residencials per a infants i adolescents amb una discapacitat greu, tant física com psíquica o sensorial, amb trastorn de conducta o sense, que, atesa la gravetat d'aquesta discapacitat, requereixen suport constant de terceres persones per al

desenvolupament de les tasques habituals de la vida quotidiana.

- Valorar també l'acompanyament socioeducatiu i terapèutic que proporcionen els recursos estrictament clínics (CSMIJ, hospitals de dia, URPI, UCA) i altres recursos alternatius als infants i adolescents que ho necessitin, sense requerir la separació del nucli de convivència familiar, que puguin cobrir aquesta demanda d'algunes famílies.

4) Garantia de drets dels infants i adolescents ingressats actualment en els recursos residencials existents

- Regular i supervisar el funcionament dels centres privats, autoritzats pel Departament de Salut, que atenen infants i adolescents en règim d'internament per garantir que se'n respecten els drets.
- Elaborar un estudi detallat de la configuració, població atesa, requisits d'ingrés i condicions d'estada de les unitats residencials educatives i terapèutiques existents actualment a Catalunya que atenen adolescents per alteracions conductuals, consum, discapacitat i/o problemes de salut mental.
- Pel que fa a les places residencials que ocupen infants i adolescents amb discapacitat intel·lectual o física, garantir que aquests centres compleixin els requisits tècnics específics necessaris per atendre infants i adolescents menors d'edat a les seves instal·lacions, i que es prevegi amb prou antelació i previsió l'ingrés en places adequades per a majors d'edat dels adolescents que ocupen places destinades a infants i adolescents quan estan a punt de complir els divuit anys, tot distingint clarament els recursos per a infants i adolescents i adults adequadament, de manera que es puguin atendre les necessitats específiques del col·lectiu infantil i adolescent.

5) Categorització de diagnòstics i manca d'adaptació de l'organització dels recursos a la complexitat de les necessitats

- Elaborar un estudi dels diferents diagnòstics que hi ha entre els infants i

adolescents tutelats ingressats per tipologia de centre residencial, tant si són públics com privats, i també una valoració i validació dels criteris diagnòstics utilitzats.

- Avaluar els informes ja emesos per la comissió d'acolliments terapèutics i educatius en recursos de caràcter terapèutic i educatiu, circuits, dificultats i efectivitat de les propostes elaborades.
- Valorar les alternatives prèvies a la proposta d'ingrés residencial que s'hagin pogut elaborar.
- Supervisar de manera rigorosa i adequada (comissió d'acolliments terapèutics i educatius, o la que es prevegi crear a aquest efecte), amb independència tècnica necessària, l'informe tècnic de proposta d'ingrés en un determinat centre residencial, de manera que la proposta de recurs sigui adequada a la necessitat específica de cada infant o adolescent i no estigui mai condicionada a la disponibilitat de places o altres criteris que no siguin l'interès primordial de cada adolescent.
- Crear un registre actualitzat i acurat de les propostes tècniques de recurs residencial no cobertes i fer una anàlisi periòdica i detinguda de les necessitats per ampliar o diversificar els recursos existents, a la vegada que s'atenen amb la deguda celeritat les necessitats no cobertes per manca de plaça disponible, ja sigui per mitjà del concert d'una plaça privada o del manteniment en una plaça no idònia com més ajustada millor a les necessitats de l'infant o adolescent, tot fent constar la manca d'adequació del recurs que es proveeix.
- Debatre entre professionals intervinents de diferents orientacions per poder establir uns criteris que permetin actualitzar els protocols de derivació i les propostes de recursos adequats a cada necessitat.
- Iniciar un treball d'avaluació i de valoració de professionals del sector sobre les dificultats en el diagnòstic que porta aparellat un trastorn de conducta en l'adolescència i les indicacions de tractament, des de la interdisciplinarietat i els diversos abordatges.
- Proveir els recursos residencials especialitzats de professionals de la salut

mental provinents de diverses orientacions, així com es fa en els serveis ambulatoris i hospitalaris.

- Consolidar i intensificar el programa de suport del Departament de Salut als centres residencials propis i concertats de la DGAIA, per millorar i reforçar l'atenció en salut mental que reben els infants i adolescents tutelats ingressats en centres residencials ordinaris.

6) Cobertura del cost del servei residencial terapèutic d'infants i adolescents no tutelats mitjançant mecanismes impropis

- Elaborar un estudi dels casos d'infants i adolescents que han requerit la intervenció del sistema de protecció, sense que prèviament s'hagi valorat l'existència d'altres elements de desprotecció d'aquests infants i adolescents, per atendre la demanda per part de la seva família d'un recurs residencial específic per gestionar problemes de conducta, de consum, de salut mental, lligats a una discapacitat intel·lectual o no del seu fill o filla.
- Avaluar l'evolució dels casos, i quin treball i seguiment se n'ha fet, prèviament i posteriorment a la sol·licitud d'aquesta família, per garantir el benestar i el dret a la salut de l'infant i adolescent afectat.
- Avaluar la cobertura de l'assegurança escolar de tractaments i processos neuropsiquiàtrics no coberts per la Cartera del Sistema Nacional de Salut a Catalunya, amb una especial consideració dels que impliquen internament residencial.

7) Acompanyament als infants i adolescents tutelats i el dret a la recuperació emocional i psicològica

- Garantir l'assignació d'un professional referent als infants tutelats per la DGAIA, no només a efectes tècnics i administratius, sinó per garantir la funció d'establir un vincle sòlid i de confiança amb els infants i adolescents tutelats.
- Enfortir i garantir l'atenció terapèutica dels infants i adolescents que han patit

situacions de desemparament perquè puguin gestionar la seva vivència i enfortir la seva salut mental per prevenir possibles problemes, atesa la prevalença existent derivada de la situació viscuda, si no és degudament atesa.

- Revisar l'acompanyament terapèutic que es garanteix als infants i adolescents tutelats, atenent a la situació viscuda, per garantir el seu dret a la recuperació emocional i psicològica, amb la formació addicional necessària del personal educador i amb el reforç considerat adequat pels professionals especialitzats en salut mental infantojuvenil i també del personal educador dels centres residencials.
- Revisar que es preservi la dedicació necessària per garantir que les funcions del personal present als centres residencials incloguin aquest acompanyament.
- Revisar el nombre i el perfil de professionals que són necessaris en cadascun dels centres, d'acord amb les necessitats detectades i expressades pels mateixos professionals i les avaluacions de riscos psicosocials; fixar el nombre, la categoria i les retribucions professionals, i revisar, si escau, les ràtios que fixa la Cartera de serveis socials.
- Millorar la formació i la supervisió dels professionals i millorar-ne les ràtios, de manera que es possibiliti una intensitat terapèutica més alta si es requereix durant l'ingrés.
- Desenvolupar una avaluació dels riscos psicosocials de les plantilles de tots els centres del sistema de protecció de Catalunya, propis i concertats, per poder identificar i determinar la situació de risc en què es troben els professionals, i estudiar i implementar les propostes i les recomanacions formulades.
- Estudiar les condicions laborals dels professionals que treballen en l'àmbit de la protecció de la infància i l'adolescència per evitar l'actual rotació i les mancances que assenyalen les enquestes d'avaluació de riscos psicosocials fetes en alguns centres.
- Revisar els diferents recursos existents i els tractaments clínics i farmacològics, i també la necessitat de formació i

d'acompanyament als professionals que treballen en aquest àmbit.

- Proveir els professionals de la formació i la supervisió necessàries per acomplir la seva tasca, amb la cobertura que es requereixi en cada moment per altres professionals de les funcions desenvolupades en el seu lloc de treball al centre.
- Garantir la participació dels col·lectius professionals en el funcionament i l'organització dels centres i dotar els equips dels espais tècnics per a la reflexió i la gestió.
- Fomentar els acolliments familiars i les unitats d'acció educativa com a primera mesura de protecció per als infants i adolescents en situació de desemparament.
- Reforçar també per a totes les famílies, però especialment en el cas de les famílies acollidores, la formació i el suport professionals necessaris per adquirir eines que permetin garantir el dret a la recuperació emocional i psicològica de l'infant o adolescent.
- Intensificar i estendre també a les famílies adoptants i als infants i adolescents adoptats eines per treballar el dret a la recuperació emocional i psicològica, i també de gestió del procés d'adopció.

8) Abordatge de les necessitats especials de l'adolescència dins el sistema de protecció

- Dissenyar recursos adequats per atendre les necessitats dels adolescents i adequar les condicions del sistema de protecció a aquestes necessitats, tot evitant el risc que els escapoliments i el retorn de les funcions tutelars a les famílies que no en garanteixen la protecció suposen actualment per als adolescents que no s'adhereixen al sistema.
- Incrementar el nombre de famílies acollidores i d'UCAE per donar cobertura a les necessitats dels infants tutelats que estan pendents de ser acollits en família aliena o en UCAE, i promoure l'acolliment familiar també per als adolescents com a primera mesura protectora en cas de desemparament.

- Potenciar la professionalització de famílies acollidores per a l'atenció d'adolescents amb problemes de salut mental i trastorns de conducta amb el suport necessari.

- En cas que s'hagi de procedir a l'ingrés en un centre residencial, redissenyar els recursos de protecció per atendre les necessitats dels adolescents (i adequar les condicions dels centres a aquestes necessitats).

- Fomentar l'establiment d'un programa de seguiment i acompanyament dels adolescents acollits en centres, però també en famílies extenses i alienes, que garanteixi la intervenció especialitzada davant les problemàtiques que van sorgint al llarg del seu desenvolupament.

- Planificar adequadament el retorn dels adolescents amb les seves famílies i proporcionar el suport necessari, abans i després que aquest retorn s'hagi produït, especialment en el cas d'adolescents que han tingut dificultats d'adaptació al sistema de protecció, i evitar que les dificultats d'adaptació al sistema de protecció acabin generant retorns sense garanties suficients.

- Garantir que la proximitat a la majoria d'edat no condiciona el desemparament, quan no hi ha garanties suficients de protecció en el nucli familiar, i l'assignació del recurs.

9) Recursos residencials específics del sistema de protecció

- Valorar la necessitat d'ampliar la Cartera de serveis socials i que es prevegin les places residencials que es considerin necessàries i adequades per als infants i adolescents tutelats que presenten deficiències cognitives i alteracions conductuals o altres trastorns mentals (tipus psicosi), o també trastorns relacionats amb l'autisme o altres tipus de trastorns del desenvolupament que comporten més dificultats amb relació a la seva autonomia i que ho requereixin.

- Exigir que les places residencials previstes per a persones amb discapacitat intel·lectual o física compleixin els requisits tècnics específics necessaris per atendre menors d'edat a les seves instal·lacions, i que es

prevegi amb prou antelació i previsió l'ingrés en places adequades per a majors d'edat dels adolescents que ocupen places destinades a infants i adolescents quan estan a punt de complir els divuit anys, tot distingint clarament entre els recursos per a infants i adolescents i els adults, de manera que es puguin atendre les necessitats específiques del col·lectiu infantil i adolescent.

- Valorar el reconeixement i la regulació dels centres sociosanitaris i terapèutics específics, més enllà dels centres residencials d'educació intensiva existents dins el sistema de protecció previst en la Llei 14/2010, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència, i també en la Cartera de serveis socials.

10) Presència d'adults en centres específics del sistema de protecció

- Executar les accions proposades per la comissió de tuteles per evitar el manteniment en centres residencials del sistema de protecció de nois i noies majors d'edat que requereixen un recurs residencial per raó de la seva discapacitat o problemàtica de salut mental.
- Millorar la coordinació entre els EAIA i les entitats tutelars per començar abans la

tramitació del procediment de modificació de capacitat.

- Augmentar els recursos residencials disponibles per atendre aquest tipus de problemàtica per a majors d'edat en situació d'incapacitació, i també enfortir la coordinació i els mecanismes de seguiment de l'adolescent en el procés de transició a la vida adulta.

11) Inspeccions periòdiques en centres residencials amb presència d'infants i adolescents

- Estendre i intensificar les inspeccions que es fan a centres especialitzats, tant dependents de la DGAIA i de Protecció Social com privats autoritzats pel Departament de Salut, sempre que hi hagi infants i adolescents.
- Igualment, cal que aquestes inspeccions recullin l'escolta dels infants i adolescents i els professionals que hi treballen, i que es valorin els indicadors respecte de la qualitat assistencial, el tracte, la convivència, l'avaluació de riscos psicosocials dels professionals, l'administració de fàrmacs, el règim sancionador i les pràctiques de contenció físiques i farmacològiques, a banda de les condicions materials i estructurals.

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

