



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

**RESUM EXECUTIU**

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  
RESUM EXECUTIU

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

### I. OBJECTE DE L'INFORME

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).

## II. PRINCIPALS DIFICULTATS ESTRUCTURALS I DE PLANTEJAMENT PER GARANTIR EL DRET A LA SALUT MENTAL INFANTOJUVENIL. ELEMENTS DE 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 preemprietat.

### ■ 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.

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 prioritzant 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 en els 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 cria 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.

### ■ 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 esmentades 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 consens generalitzat que poden suposar una dificultat més gran en la gestió dels 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'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.

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.

### III. CONSIDERACIONS SOBRE EL SISTEMA DE SALUT MENTAL INFANTOJUVENIL A CATALUNYA I LA GARANTIA DELS DRETS DELS INFANTS

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 sovint estan saturats i atenen principalment 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, sense la declaració de desemparament, es fa sovint en centres privats sense la supervisió ni el control de l'Administració.

Cal que la mesura de separació del nucli familiar i ingrés en centre es valori com a necessària d'acord amb l'interès superior d'aquest infant o adolescent, després d'haver exhaurit altres opcions de tractament i protecció. En cas que així es valori, cal que es dugui a terme fent prevaler els drets de l'infant o adolescent afectat.

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, i també de trastorns de conducta que es poden manifestar en l'adolescència, adaptats a les necessitats existents dels adolescents que ho puguin necessitar que no impliquin l'ingrés residencial i la separació de l'entorn familiar.

Actualment, els centres terapèutics residencials privats que funcionen per atendre problemàtica de salut mental i consum adreçats a infants i adolescents a Catalunya

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 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, doncs, dels recursos necessaris un infant o adolescent que es troba en una situació de desemparament i que, per tant, ha estat tutelat per l'Administració. El desemparament s'ha declarat perquè l'infant o adolescent ha patit abandonament, negligència o maltractament per part de la seva família, de manera que se'n requereix la separació del nucli familiar perquè es pugui desenvolupar de manera adequada.

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.

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-ne en tots els casos la recuperació.

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.

#### **IV. ALGUNS ITINERARIS D'ADOLESCENTS INGRESSATS EN CENTRES RESIDENCIALS TERAPEÛTICS**

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 en un centre terapèutic.

**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 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'emet 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 en un centre 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 d'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.

## V. 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 repleti 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 o 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'inclouï 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 escapiments 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 en què hi ha 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

