

Acogimiento Residencial, Acogimiento Familiar y Adopción

Salud de los Niños Atendidos por el
Sistema de Protección
a la Infancia



Guía para
profesionales
sanitarios y
acogedores



COLABORA
 **ferrer**



SEPS Sociedad
Española
de Pediatría
Social

**Salud de los niños atendidos por el sistema de protección a la infancia:
Acogimiento Residencial, Acogimiento Familiar y Adopción.
Guía para profesionales sanitarios y acogedores.**

Edita: Sociedad Española de Pediatría Social.

Autores: Ángel Cortés Lozano
José A. Díaz Huertas
Mercedes Rivera Cuello
Antonio Muñoz Hoyos
y Grupo de Trabajo de la SEPS

ISBN: 978-84-696-3460-1

Portada: Román Redondo, S.L.

Tirada: 7.000 ejemplares

Edición: 1ª

Deposito legal: M-21143-2012

Imprime: Gráficas Cuscó

Subvencionada por: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Colabora en esta edición: Laboratorio Ferrer

**SALUD DE LOS NIÑOS ATENDIDOS
POR EL SISTEMA DE PROTECCION A LA INFANCIA:
Acogimiento Residencial, Acogimiento Familiar y Adopción
Guía para profesionales sanitarios y acogedores**

Índice	pagina
Presentación.....	3
Introducción.....	4
Niños con medidas de protección en España.....	5
Características sociosanitarias de esta población infantil.....	8
Protocolo de atención sanitaria.....	10
Derechos de los niños atendidos en el sistema de protección	15
Glosario de términos.....	16
Propuestas de mejora.....	20
Conclusiones.....	22
Referencias bibliográficas.....	23
Grupo de Trabajo.....	24

PRESENTACIÓN

La salud de los niños atendidos por el sistema de protección a la infancia ha sido una de las grandes preocupaciones de la pediatría y estuvo en el origen su reconocimiento como especialidad de la medicina en el siglo XIX.

Mucho ha cambiado tanto la protección a la infancia, hoy reconocida como un derecho de los niños, como la salud de esta población infantil.

No obstante es necesario un mayor conocimiento acerca de los problemas y sus necesidades en salud para una adecuada atención sanitaria que dé respuestas a las mismas en consonancia con su importancia y el número de niños que requieren medidas de protección.

La Sociedad Española de Pediatría Social (AEP) ha querido contribuir a la mejora de la atención sociosanitaria de los niños atendidos por el sistema de protección infantil elaborando una *“Guía para profesionales sanitarios y acogedores sobre salud de los niños atendidos por el sistema de protección a la infancia: Acogimiento Residencial, Acogimiento Familiar y Adopción”*.

La atención a la salud de estos niños implica un trabajo transversal y coordinado que persigue la mejora de su calidad de vida y favorecer su integración social y familiar.

Los trabajos que han dado lugar entre otras cosas a la elaboración de esta Guía han sido posibles gracias a la subvención concedida por el anterior Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y asesoramiento científico.

Además de la difusión de este trabajo entre los profesionales sanitarios, se pretende que sea conocido por los Grupos de trabajo del Observatorio de la Infancia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, como una contribución para seguir mejorando en la atención a la infancia en situación de riesgo o maltrato.

Nuestro reconocimiento al Laboratorio Ferrer que, otra vez de forma desinteresada (recordemos el Programa de Formación sobre maltrato infantil), ha colaborado a la promoción de la salud infantil mediante la edición de esta Guía y su posterior distribución entre los pediatras españoles.

Por lo tanto, la suma del voluntariado (SEPS), la Administración (Ministerio de Sanidad) y el compromiso social de las corporaciones privadas más concienciadas (Laboratorio Ferrer) conlleva, desde una colaboración centrada en los intereses de los niños, facilitar la mejora la atención sociosanitaria a la infancia en situación de riesgo o maltrato y apoyo a sus acogedores y a los profesionales sanitarios.

José A. Díaz Huertas
Presidente
Sociedad Española de Pediatría Social

SALUD DE LOS NIÑOS ATENDIDOS POR EL SISTEMA DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA: Acogimiento Residencial, Acogimiento Familiar y Adopción

INTRODUCCIÓN

El conocimiento de los problemas y necesidades en salud de los niños atendidos por el sistema de protección a la infancia en España, y de la atención sanitaria que reciben, es escaso.

El número de niños atendidos por el sistema de protección infantil en España se acerca cada año a los 40.000 niños, lo que es un indicador de la importancia de esta problemática sociosanitaria.

En la práctica, se aprecia un desconocimiento de los profesionales sanitarios del sistema público de salud acerca de la asistencia sanitaria de los problemas y necesidades en salud de esta población infantil, y de sus obligaciones respecto a la atención de estos niños.

En la actualidad, se plantean cambios legislativos con la intención de limitar el acogimiento residencial, a favor del Acogimiento Familiar, en los menores de 3 años en primer lugar y posteriormente hasta los 6 años, en las Comunidades Autónomas en las que estos acogimientos no estuvieran ya instaurados. Con estos cambios habrá una generalización en el uso de los recursos sanitarios de zona, por parte de las familias acogedoras (no sólo los recursos de la zona dependiente de la ubicación del centro de protección).

Los pediatras y el personal sanitario de atención primaria incrementarán las actuaciones con esta población infantil, lo que supone, no sólo la atención directa a los niños, sino también en la asesoría de los acogedores.

La Sociedad de Pediatría Social formó en el año 2009, un Grupo de Trabajo constituido por pediatras y profesionales con experiencia en la atención a esta población infantil de diferentes provincias, realizando una revisión de la literatura existente y una aproximación a los problemas de salud de los niños atendidos en los centros de protección, contando con la colaboración de la Universidad Autónoma de Madrid en los aspectos metodológicos. En octubre de 2010 se celebró una reunión de trabajo en la sede del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, organizada por esta Sociedad, cuyo objetivo fue analizar la situación actual y realizar propuestas de mejora.

La presente Guía, elaborada por el referido Grupo, pretende dar respuesta a las demandas y ser una herramienta útil para los profesionales sanitarios, padres acogedores y educadores, sobre las necesidades y problemas en salud de los niños que requieren ser atendidos fuera de su ámbito familiar biológico, así como sobre aspectos conceptuales del sistema de protección infantil.

El enfoque de derechos de los niños, haciendo una especial referencia Convención de Derechos del Niño de Naciones Unidas, es fundamental al abordar la atención de la infancia, especialmente cuando los niños requieren de medidas de protección.

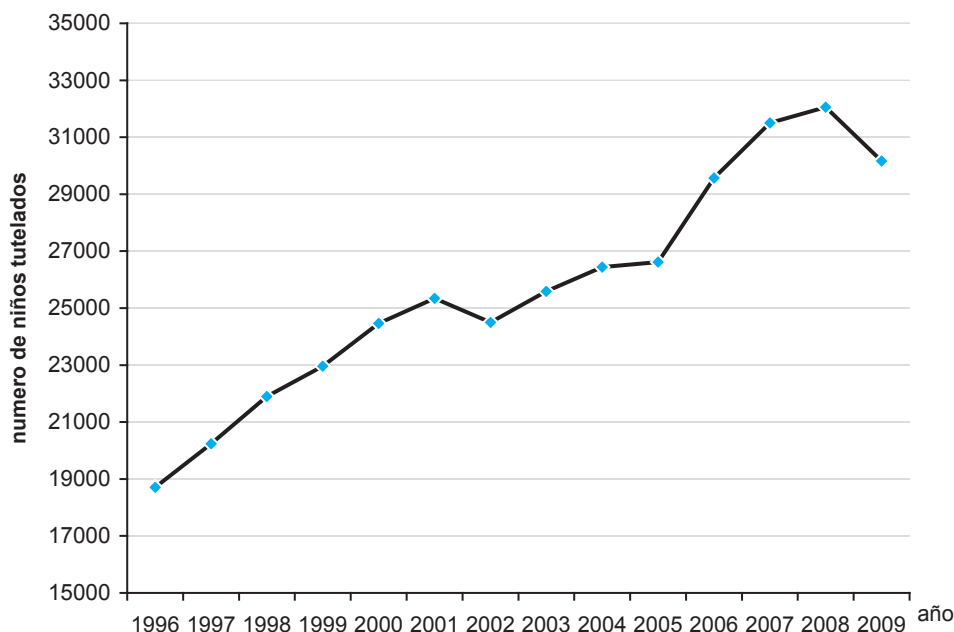
La atención a la salud de estos implica un trabajo transversal y coordinado que persigue la mejora de la calidad de vida de estos menores y favorecer su integración social y familiar.

*Ángel Cortés Lozano
José A. Díaz Huertas
Mercedes Rivera Cuello
Antonio Muñoz Hoyos
Coordinación*

NIÑOS CON MEDIDAS DE PROTECCIÓN EN ESPAÑA

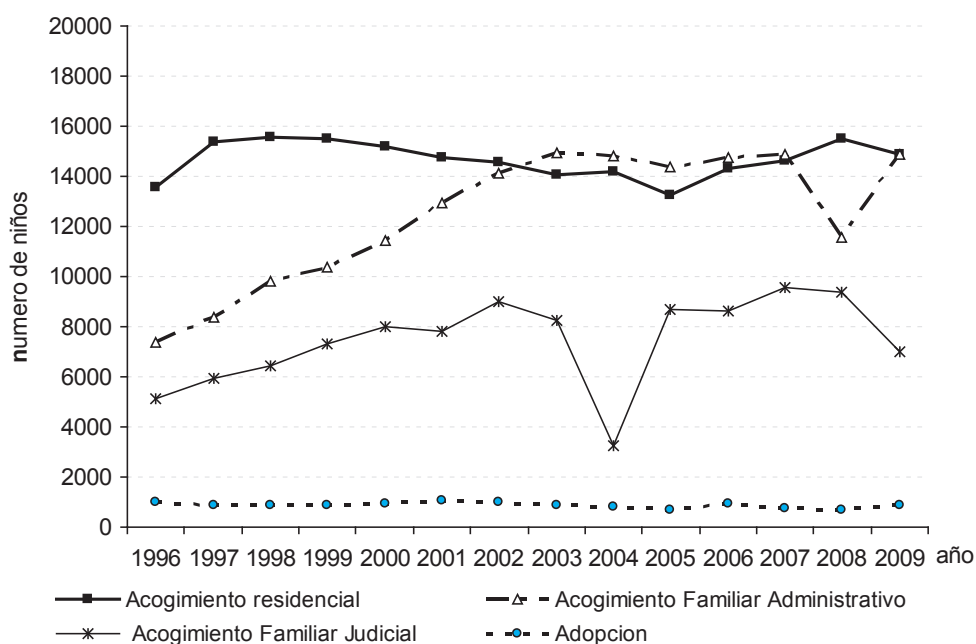
Según datos del Observatorio de la Infancia, organismo dependiente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en el año 2009 había 38.397 niños en España atendidos por el Sistema Protección Infantil fuera de su medio familiar, de ellos 32.693 tutelados y 5.694 que se encuentran en régimen de guarda, lo que supone el 478,8 por 100.000 niños (Figura 1).

Figura 1. Total de niños tutela en España (1996-2009).



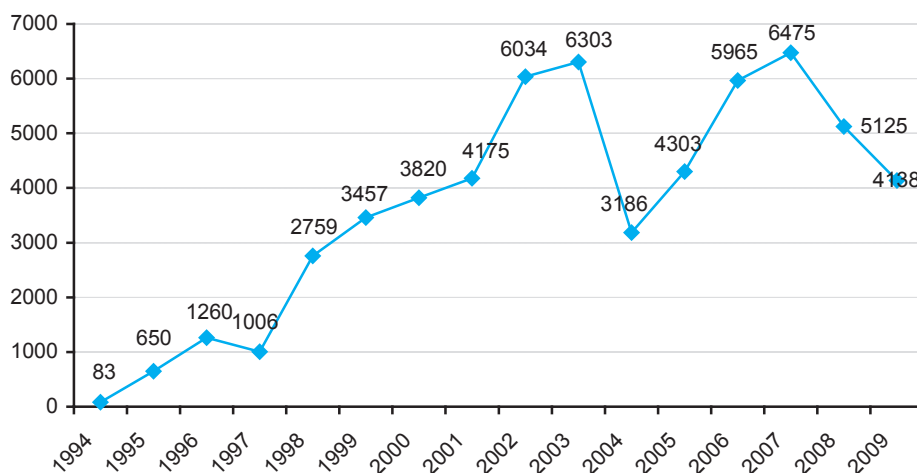
En 2009, 14.857 niños fueron atendidos en centros de acogimiento residencial, 21.831 en Acogimiento Familiar (judicial y administrativo) y en 883 se formalizó el auto de adopción nacional (Figura 2).

Figura 2. Total de medidas adoptadas para la protección infantil en España (1996-2009).



Para tener una visión general de la actuación de los servicios de protección en los últimos años debemos referirnos a los denominados *MENAS* (*Menores Extranjeros No Acompañados*), menores de 18 años que no están al cuidado de un adulto al que por Ley o costumbre incumbe esa responsabilidad. Generalmente son de origen marroquí o subsahariano. En el periodo 1994-2009 supuso que fueran acogidos en España 59.739 niños, población que presenta una problemática sociosanitaria específica.

Figura 3. Menores Extranjeros No Acompañados Acogidos. España 1994–2009.

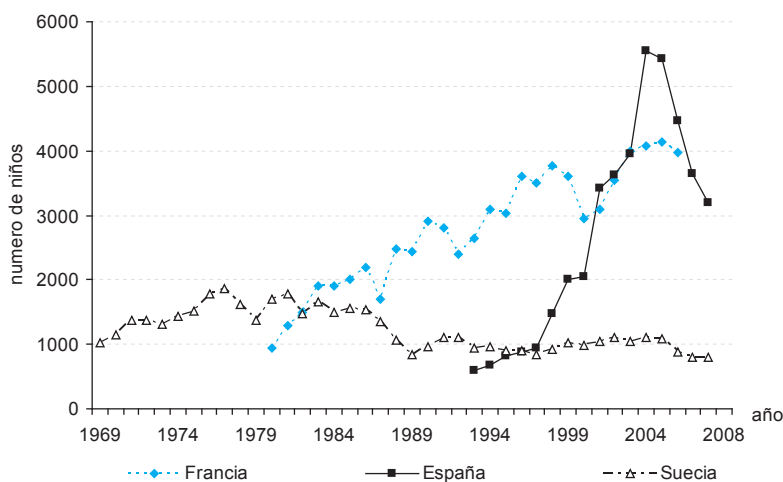


Fuente: Ni ilegales ni invisibles. Realidad jurídica y social de los Menores Extranjeros en España. Informe 2009. Banesto, CGAE, UNICEF. 2009 y Datos 2008 y 2009 estimativos por estar acogidos en comunidades autónomas y existir movilidad de los menores entre las mismas facilitados por la Subdirección General de Relaciones Institucionales. Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

La tasa de hijos biológicos que terminan tutelados por el Estado es del 0,36%, en los niños adoptados del 1,5%, y en el caso de las adopciones internacionales para menores de 1 año es de 1,5% y en los mayores de 6 años 6,7%, lo que supone que de 40.000 niños adoptados 700 posteriormente fueron atendidos por el sistema de protección español.

Dentro de esta visión general y, aunque no sea el objeto directo de esta Guía, presentamos los datos de la llamada Adopción Internacional en España, adopción de niños de otros países y su comparativa con Francia y Suecia. (Figura 4).

Figura 4. Evolución de la adopción internacional en países de Europa.



CARACTERÍSTICAS SOCIOSANITARIAS DE ESTA POBLACIÓN INFANTIL

Las circunstancias sociales del ámbito familiar y los factores de riesgo sanitario en el que han vivido los menores que precisan una medida de protección, están relacionadas frecuentemente con una mayor probabilidad de aparición de ciertas patologías.

Estos factores de riesgo (Tabla 1) aparecen durante toda la vida y afectarán al área biopsicosocial del menor durante toda su vida:

Tabla 1. Antecedentes sociosanitarios de los menores en el sistema de protección.

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Factores prenatales2. Factores nutricionales3. Cuidados médicos inadecuados, inestables o ausentes4. Maltrato en todas sus formas5. Déficit afectivos familiares6. Toxicomanías y alteraciones relacionadas con la sexualidad.7. Abandonos en hospitales por patologías graves.8. Inmigración en situación irregular <p>*Frecuente asociación de varias situaciones en el mismo niño</p> |
|--|

1. Factores prenatales:

- **Deficiencias en el estado de salud de la embarazada**, con posibilidad de transmisión vertical de ciertas enfermedades infecciosas: VHB, VHC, VIH, sífilis, toxoplasmosis, Citomegalovirus (CMV), etc.
- **Ingesta de alcohol y drogas durante el embarazo**, con aparición de síndromes de abstinencia neonatal o grados variables de síndrome de alcohol / drogadicción fetal.
- **Pobres o nulos controles de embarazo**, que provocan incidencias por encima de la media de prematuridad y bajo peso al nacimiento, con sus secuelas a medio-largo plazo (parálisis cerebral, displasia broncopulmonar, etc.).
- **Patología perinatal o congénita graves** como síndromes complejos (Síndrome de Down, cardiopatías congénitas, malformaciones digestivas, enfermedades raras, etc.),

2. **Factores nutricionales:** la alimentación inadecuada, provoca retrasos pondero-estaturales (peso y talla), anemias ferropénicas, sin olvidar el retraso de crecimiento no orgánico o psicosocial. Una alimentación mal reglada y con exceso de calorías, nos puede llevar también a un sobrepeso y a una alta incidencia de caries.

3. **Cuidados médicos inadecuados, inestables o ausentes**, van a producir calendarios vacunales incompletos, infradiagnósticos de patologías (infecciosas, déficit visuales y auditivos, etc.), o descompensación de enfermedades crónicas conocidas.

4. La presencia de **maltrato** en cualquiera de sus formas (físico, emocional, sexual, negligencia,...) además de la presencia de los signos y síntomas correspondientes, nos obligará a un seguimiento a medio-largo plazo de sus secuelas psicoafectivas.

5. Los **déficits afectivos familiares** que suelen padecer estos menores, secundaria a grandes inestabilidades o inexistencia de figuras parentales (con elevada frecuencia de familias monoparentales o con múltiples parejas), factor asociado a un nivel socioeconómico bajo, abuso de alcohol y otras drogas, educación distorsionada, en ocasiones con antecedentes de otras institucionalizaciones sufridas por el menor, llevarán a una patología del vínculo afectivo (falta de vínculo parental), con inseguridades, presencia de reacciones emocionales impulsivas, retraso evolutivo generalizado, alteraciones en el ritmo del sueño, etc., en los de menor edad. En los mayores se traducirán en baja autoestima y frecuentes conflictos, en forma de conductas antisociales, con absentismo y fracaso escolar, fugas, hurtos y consumo de alcohol y drogas, síntomas de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), etc.

El retraso de crecimiento no orgánico (RCNO) no es de causa nutricional sino debido a un ambiente inhibitor del crecimiento causado por los malos tratos, déficits afectivos, etc.

6. En edades peripuberales, empezaremos a encontrar problemas emocionales relacionados con la **sexualidad**, sobre todo si hay antecedentes de abuso sexual, con actitudes sexuales que no corresponden con la edad, promiscuidad en las relaciones, ausencia de uso de métodos anticonceptivos, con mayor posibilidad de embarazo o aparición de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

En estas edades pueden aparecer también hábitos tóxicos de tabaco, alcohol y otras drogas.

7. La existencia de las **circunstancias sociofamiliares** descritas (a veces también en familias normalizadas) y, en ocasiones, junto con **patología perinatal o congénita graves** como síndromes complejos, provocan el **abandono o renuncia del menor en el hospital**, derivándose este menor a los centros de protección para que se encarguen de su atención, ya sea en régimen de guarda o tutela.

8. La atención sanitaria a niños procedentes de **inmigración en situación irregular**, niño de origen extranjero o que ha estado en un país determinado, puede requerir de una selección de técnicas y exploraciones, en función de la clínica y el país de origen si presenta antecedentes o semiología sugestivos de patología importada. En los menores protegidos, hay que tener en cuenta una mayor predisposición a ciertas enfermedades genéticas, desarrollo ponderoestatural específico, enfermedades infecciosas, patologías infecciosas endémicas, transmisión vertical de la enfermedad de Chagas, malaria,... etc.).

PROTOCOLO DE ATENCION SANITARIA DE LOS MENORES PROTEGIDOS

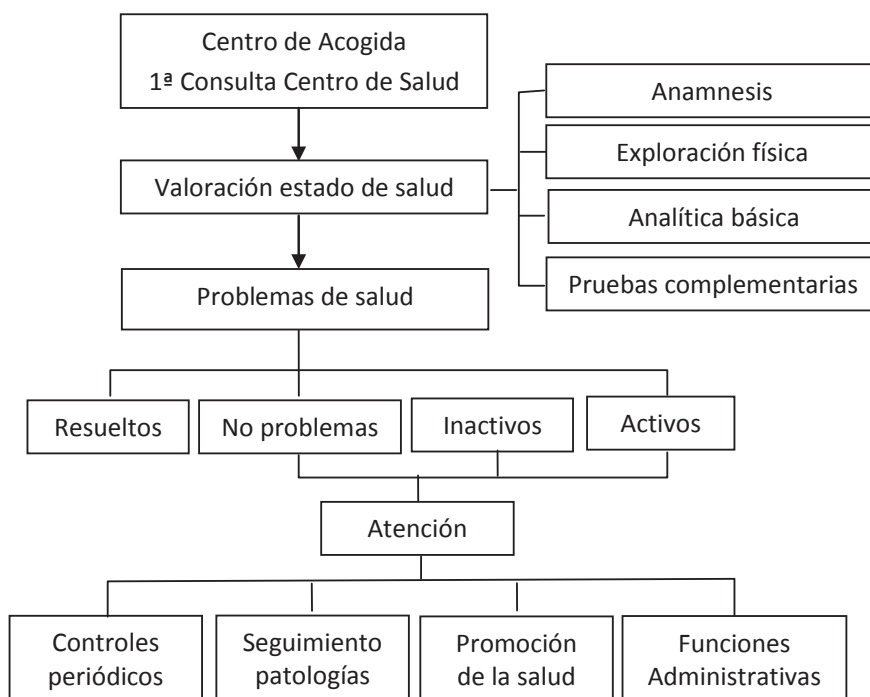
Conocidas todas estas características que conllevan un riesgo de enfermar, consideramos necesaria la existencia de una guía orientativa para el control sanitario de los menores con medidas de protección (Tabla 2), que probablemente no va a diferir mucho de los controles habituales sanitarios que se realizan en los Centros de Salud, incidiendo más en algunos aspectos.

Los niños acuden a las consulta acompañados bien por sus acogedores, familiares o no, o por el personal del Centro de Acogimiento Residencial / Residencia Infantil, que tienen la cualificación de Educador Social, Titulados Medios Universitarios.

En la atención debemos considerar:

- Primera Consulta – ingreso en centro de acogida/1ª visita en centro de salud*.
- Determinar estado de salud – diagnóstico.
- Seguimiento – Programa de Salud Habituales (Niño Sano).
- Seguimiento de problemas de salud específicos – patologías.
- Promoción de la salud.
- Funciones Administrativas

Figura 5. Sistema de protección: atención a la salud del niño.



* Si bien el criterio normalizador e integrador ha conllevado a que los niños sean atendidos en la red pública de atención primaria de salud, es de destacar como la Comunidad Valenciana lo ha regulado en la LEY 8/2008, de 20 de junio, de la Generalidad Valenciana, de los derechos de salud de niños y adolescentes, que en su artículo 23 d) dice: "Se establecerá un hospital y centro de salud de referencia, especificando pediatra o médico de familia para cada centro de atención residencial de protección de menores de la red pública".

Se supone en estos médicos una formación que contribuya a una adecuada atención a las necesidades y problemas en salud específicos de esta población infantil.

a. Primera Consulta: ingreso en centro de acogida /Primera visita Centro de Salud.

1. Como en toda **apertura de historia clínica**, habrá una recogida de información sobre antecedentes sanitarios familiares (enfermedades hereditarias, cuidados pre y perinatales, existencia de toxicomanías, enfermedades mentales, etc.) y antecedentes sanitarios personales del menor (datos del parto, enfermedades padecidas, alergias, registro de vacunas administradas, aspectos relacionados con el desarrollo psicomotor, consumo de tóxicos, conductas sexuales, trastornos psicopatológicos, evolución escolar, etc.).

Este apartado, que es relativamente sencillo para cualquier familia, en más ocasiones de las deseadas resulta muy complicado, no sólo por la falta o escasez de registros de estos datos, sino que en ocasiones la familia biológica, al no estar de acuerdo con la medida de protección tomada (a veces mal aconsejados), no facilitan la documentación que tienen en relación a la salud del menor. Es imprescindible la recopilación de la mayor información sanitaria posible mediante la consulta a hospitales y centros de salud de la zona de residencia, así como el registro vacunal disponible, con la finalidad de identificar patologías crónicas previas y evitar la duplicación vacunal y de pruebas diagnósticas.

Recordar la importancia de que todo lo relacionado con la salud de los menores (diagnósticos, seguimientos, inmunizaciones, etc.) debe confirmarse con los registros correspondientes.

2. Realizar una **exploración física completa**, haciendo más hincapié en los signos relacionados con los factores de riesgo antes mencionados:
 - desarrollo ponderoestatural y perímetro cefálico,
 - presencia de caries,
 - agudeza visual y auditiva (Otitis Media Serosa –OMS- crónicas con problemas de audición e impedanciometría alterada),
 - signos de maltrato o abuso sexual, etc.
 - evaluación del desarrollo psicomotor y la salud mental (patología mental, trastornos de conducta) con las pruebas estandarizadas según la edad.
3. Se aconseja la realización de un **cribado analítico básico** (protocolo analítico) de inicio de despistaje de las patologías prevalentes reseñadas con anterioridad:
 - Análisis de sangre: · Hemograma y bioquímica con metabolismo del hierro.
 - Serologías de virus B, C y VIH.
 - Serologías de sífilis, rubeola, toxoplasmosis y CMV en lactantes pequeños de embarazos no controlados.
 - Análisis de orina: sedimento urinario
 - Mantoux.
 - Opcionales según historia previa: despistaje de enfermedades de transmisión sexual, tóxicos en orina, parásitos en heces.
 - Exploraciones complementarias para estudio específico de la patología diagnosticada en los apartados anteriores.
 - En pacientes migrantes, realización de despistaje de patología endémica según procedencia e historia migratoria

4. Evaluación del **desarrollo psicomotor/salud mental**.

Los diferentes programas de salud del niño sano, utilizan diferentes escalas de evaluación del desarrollo psicomotor en los primeros años de vida. La escala más utilizada es el test de Screening de Desarrollo de Denver (DDST), que valora 4 áreas de desarrollo (motor-grueso, motor-fino, personal-social y lenguaje) hasta los 4 años de edad. La Escala de Desarrollo Infantil de Bayley (BSID), evalúa el desarrollo hasta los 2,5 años, aportando un índice de desarrollo mental.

Entre las pruebas más específicas de valoración de inteligencia, los test psicológicos más utilizados en mayores de 3 años son las escalas de Wechsler (Wechsler Intelligence Scale for Children versión IV) y la escala de Inteligencia de Stanford-Binet, para niños en edad escolar.

En relación a patologías más concretas, encontraremos con relativa frecuencia en los menores protegidos, cuadros compatibles con Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH), que deben ser evaluados con los Criterios Diagnósticos DSM-IV cuantificados, o la escala de Conners, ésta última permite obtener datos de trastornos de conducta.

A partir de los 18 meses, en casos de sospecha de trastornos generalizados del desarrollo de espectro autista, el test más utilizado en un primer nivel sería el CHAT (Checklist for Autism in Toddlers).

Como ya se ha comentado pueden aparecer otros cuadros psico-sociales que deberán ser evaluados por los servicios de salud mental correspondientes.

b. Determinar estado de salud – diagnóstico

5. Con toda la información obtenida se debe hacer el diagnóstico sobre el estado de salud del niño considerando los diferentes problemas que puede presentar:

- *No problemas*: no se detectan problemas, se puede considerar un “*niño sano*”.
- *Resueltos*: problemas que han logrado su curación definitiva, algunos de ellos se presentan sólo una vez en la vida.
- *Inactivos*: problemas pasados sin manifestaciones inmediatas de actividad, no requieren un plan de trabajo específico, pero pueden activarse en el futuro (p.e. alergia).
- *Activos*: problemas que requieren un plan de trabajo a ser desarrollado inmediatamente o en el futuro.

Es importante en estos niños el reflejar, considerando en muchos casos la falta de información sanitaria, tanto los antecedentes como los problemas de salud que presente el niño.

c. Seguimiento – Programa del Niño Sano

6. Continuaremos con los **controles periódicos de salud** que se tengan establecidos en el centro de salud para la población habitual, en los que continuaremos con la corrección del calendario vacunal, vigilancia del desarrollo estaturponderal, esperando una recuperación en los primeros 3-6 meses de los retrasos si los hubiere.

Especial atención al desarrollo psicomotor, valorando la necesidad de remitir al Centro de Atención Temprana los casos con retrasos importantes o que no recuperen los ítems correspondientes a su edad en el tiempo esperado.

Valorar también cómo ha sido la adaptación escolar y su rendimiento.

d. Seguimiento de problemas de salud específicos – patologías

7. Se **remitirán a los especialistas** correspondientes las patologías que no puedan ser estudiadas o controladas con los recursos del centro de salud, sobre todo las relacionadas con salud mental.

e. Promoción de la salud

8. Aplicar en los menores los **protocolos de educación para la salud** que se tengan programados, para modificar los estilos de vida y evitar comportamientos de riesgo, sobre todo lo relacionado con la higiene personal, salud bucodental, alimentación y nutrición, hábitos de ejercicio físico, educación sexual y métodos anticonceptivos, uso y abuso de alcohol y otras drogas, etc.

La promoción de la salud es un derecho de los niños

f. Funciones Administrativas

9. En el caso de la atención a la salud a estos niños es muy importante **registrar cada vez que se atiende al niño** para no perder información.
10. **Participar en la valoración, seguimiento y toma de decisiones administrativas** junto con otros profesionales e instituciones, es otra de las obligaciones de los profesionales sanitarios en la atención a los niños acogidos, como contemplan, entre otras, las legislaciones autonómicas*.
11. **Elaboración de informes** sobre la salud de los niños, para los servicios de protección y acogedores, si se precisan. Deberá considerarse una redacción comprensiva para los profesionales o personas a las que va dirigido y el objeto del mismo.

* Ley 6/1995, de 28 de marzo, de Garantías de los Derechos de la Infancia y Adolescencia en la Comunidad de Madrid. Capítulo III. Atención sanitaria. Artículo 45. Colaboración con las instituciones protectoras.

Ley 12/2001, de 2 de julio, de la infancia y la adolescencia en Aragón. Artículos 35.2 y 3.

Ley 14/2002, de 25 de julio, de Promoción, Atención y Protección a la Infancia en Castilla y León. Artículo 63.2 Fase de evaluación, 65.2 Comisión de valoración.

Ley 1/2006, de 28 de febrero, de protección de menores de La Rioja. Artículos 33.1 y 35.2

Tabla 2. Guía para el control sanitario de los menores en el sistema de protección.

1. Recogida de información sobre antecedentes sociosanitarios familiares (enfermedades hereditarias, cuidados pre y perinatales, toxicomanías, salud mental,..)
2. Recogida de información sobre antecedentes personales del menor:
 - Sanitarios: perinatales, enfermedades padecidas, alergias, registro de vacunas administradas, consumo de tóxicos, conductas sexuales, trastornos psicopatológicos.
 - Aspectos relacionados con el desarrollo evolutivo/psicomotor.
 - Educativos.
3. Exploración física completa.
4. Evaluación de la salud mental (pruebas estandarizadas según edad).
5. Protocolo analítico de ingreso:
 - Analítica de sangre:
 - Hemograma y bioquímica sanguíneas con metabolismo del hierro (descartar hemoglobinopatías).
 - Serología de hepatitis B, C y VIH.
 - Serología de sífilis, rubeola, toxoplasmosis y CMV en lactantes de embarazos no controlados.
 - Analítica de orina: sedimento urinario
 - Mantoux.
 - Opcionales: despistaje de enfermedades de transmisión sexual, detección de tóxicos en orina, parásitos en heces.
 - Estudio específico de la patología diagnosticada.
6. Determinación estado de salud - diagnóstico
7. Controles periódicos de salud:
 - Revisiones del niño sano (completar calendario vacunal).
 - Revisiones por especialistas según patología diagnosticada.
8. Educación para la salud:
 - Higiene personal.
 - Salud bucodental.
 - Alimentación y nutrición.
 - Hábitos de ejercicio físico.
 - Educación sexual y métodos anticonceptivos (embarazo en adolescentes).
 - Uso y abuso de alcohol y otras drogas.
9. Funciones Administrativas

DERECHOS DE LOS NIÑOS ATENDIDOS EN EL SISTEMA DE PROTECCIÓN

- Naciones Unidas

Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas de 1989, que entró en vigor en España el 6 de enero de 1991, en sus artículos 19 y 20, 24 y 25

Resolución 64/142. Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños, aprobada por la Asamblea General 65ª sesión plenaria celebrada el 18 de diciembre de 2009.

Observación General Nº 12 (2009). El derecho del niño a ser escuchado. Apartado C. La observancia del derecho a ser escuchado en diferentes ámbitos y situaciones. 2. 97. En las modalidades alternativas de acogimiento.

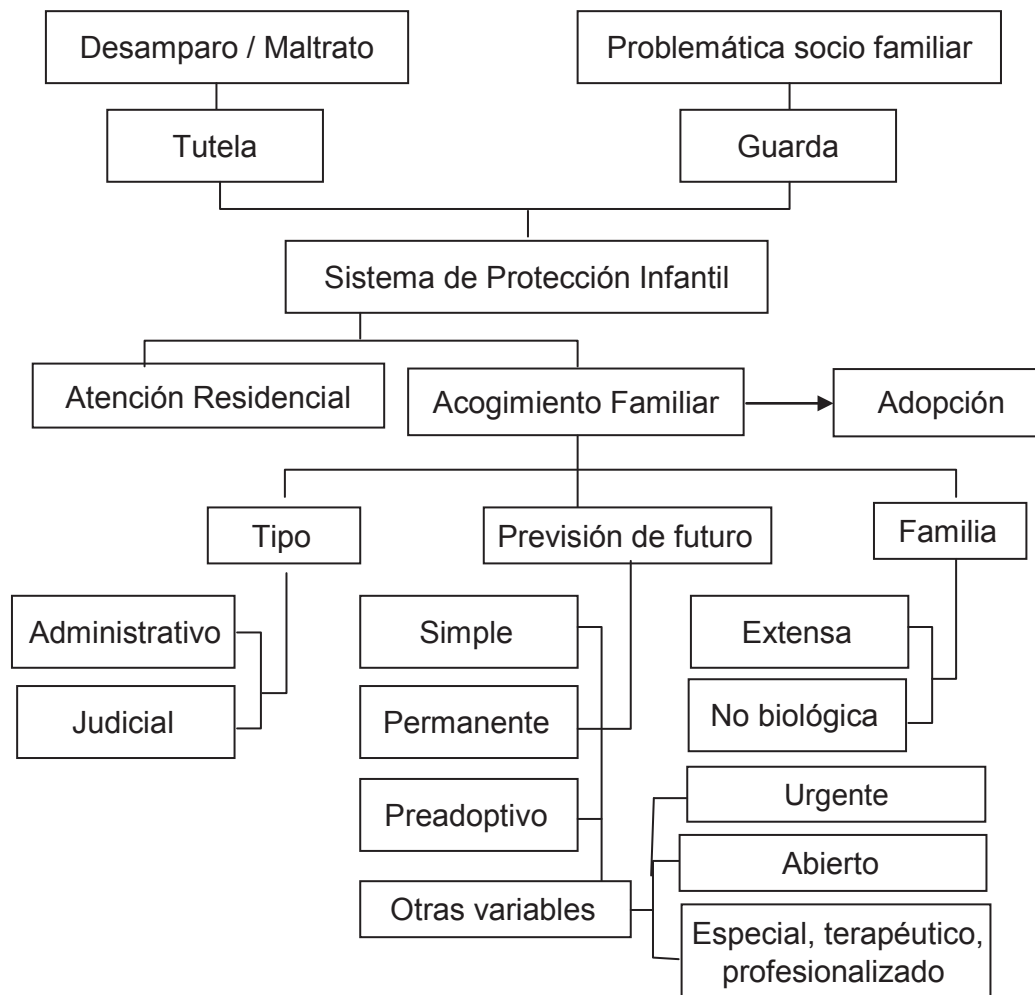
- Consejo de Europa

Rec(2005)5 sobre los derechos de los niños que viven en instituciones.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

La protección a la infancia requiere de medidas legales y administrativas, siendo diferentes los recursos que pueden ponerse a disposición de los niños que requieren de su atención y cuyos términos que es necesario conocer (Gráfico 5).

Gráfico 5. Sistema de Protección Infantil.



- **Medidas legales y administrativas de protección.**

Desamparo legal: situación que se produce de hecho por:

- *imposible* ejercicio de los deberes de protección del menor: caso de fallecimiento, prisión de los padres o enfermedad incapacitante de los mismos.
- *inadecuado* ejercicio de los deberes de protección del menor: maltrato físico, emocional o abuso sexual del menor.
- *incumplimiento* del ejercicio de los deberes de protección del menor: abandono del niño, negligencia importante.

Los deberes de protección del menor, son los establecidos por las leyes, y el desamparo se establece cuando estos queden privados de la necesaria asistencia moral o material en los casos anteriormente descritos.

Tutela: asunción de los contenidos propios de la patria potestad, generalmente por decisión legal (*ex lege*), debido a una situación de desamparo. En la práctica, la tutela lleva implícito el ejercicio de la guarda, que se materializa a través del Acogimiento

Residencial o Acogimiento Familiar. Ejemplo: la tutela la ejerce la Comunidad Autónoma y la guarda un Centro de Acogimiento Residencial o una familia acogedora (Acogimiento Familiar).

- **Recursos de protección para la atención a la infancia**

Acogimiento Residencial. Es un último recurso, una medida excepcional, que se toma cuando han fracasado intervenciones previas, ya que en una institución no se dan de forma natural las condiciones adecuadas para atender a un niño. A pesar de la cualificación y dedicación de los educadores y de las excelentes infraestructuras que en nada recuerdan a las antiguas incluso, las necesidades emocionales, inevitablemente dependientes de múltiples personas, sobre todo en los más pequeños, dificulta la consolidación de una vinculación afectiva necesaria para favorecer el desarrollo psíquico. Por eso esta debe ser siempre una medida transitoria y provisional, hasta que pueda volver a su familia de origen o se incorpore a una familia sustitutoria temporal o definitivamente.

Adopción: Recurso de protección de menores que produce entre adoptantes y adoptado un vínculo de filiación, al mismo tiempo que desaparecen los vínculos jurídicos entre el adoptado y su familia de origen.

Acogimiento Familiar: ubicación temporal en un medio familiar, de un menor que ha tenido que ser separado de su familia de origen hasta que pueda reinsertarse de nuevo en ella o pueda ser adoptado, generalmente, pero no siempre, en esa misma familia.

Supone la integración plena del niño en la vida de la familia que lo acoge, que se compromete a tenerlo consigo, cuidarlo, educarlo, como un miembro más, proporcionándole una formación integral como persona.

A diferencia de otros países occidentales, en España es más frecuente la utilización del Acogimiento Residencial frente al Acogimiento Familiar como medida de protección.

En resumen, y en términos legales, la situación del niño en Acogimiento Familiar es la siguiente:

- La familia acogedora ejerce la GUARDA del menor
- La entidad pública asume la TUTELA del menor
- La familia biológica tiene suspendida la PATRIA POTESTAD en casos de desamparo

Tipos de Acogimiento Familiar

Según el **tipo de intervención con la familia biológica**, el *Acogimiento Familiar* puede ser:

- *Administrativo:* tiene carácter voluntario y cuenta con el consentimiento de las partes implicadas, o sea de los padres biológicos y acogedores. Ejemplo: padres biológicos toxicómanos que acceden a que su hijo viva con otra familia mientras dure su rehabilitación y tratamiento. Suele ser Acogimiento Familiar simple.
- *Judicial:* Medida acordada por el Juez, a propuesta de la entidad pública cuando exista oposición por parte de padres o tutores, o abandono. Ejemplo: en caso de maltrato grave o abandono. Suelen ser Acogimientos Familiares permanentes o preadoptivos.

Según la **previsión de futuro del niño**, el Acogimiento Familiar puede ser:

- *Simple*: se produce cuando es previsible el retorno del niño con su familia biológica pasado un tiempo, por tanto es transitorio en su planteamiento inicial. Ejemplo: madre biológica temporalmente en prisión.
- *Permanente*: es más estable, la familia acogedora tiene mayor autonomía en sus funciones respecto al niño. No se prevé el retorno con la familia de origen, aunque puede tener visitas controladas. Ejemplo: caso de una madre biológica enferma mental.
- *Preadoptivo*: tiene como finalidad la adopción. Es preciso que el niño tenga una situación jurídica adecuada para su adopción y que los padres acogedores sean idóneos para ello; durante ese tiempo el niño convive ya con la familia que previsiblemente le va a adoptar.

En función de **otras variables**, el Acogimiento Familiar también puede ser:

- *Urgencia*, recurso que se está utilizando en algunas Comunidades Autónomas, como en Andalucía, para todos los menores de 6 años, es remunerado (700 €/mes), la familia está disponible las 24 horas del día, y de una duración de 0 a 6 meses prorrogable a 9 meses como máximo en casos especiales.
- *Abierto*: la familia acogedora puede tener consigo a un niño durante fines de semana y vacaciones. Es un recurso adecuado para niños medianos (en entorno a 9-10 años) y mayores (13-14 años). Ejemplo: caso de hijos de madres biológicas reclusas.
- *Especial, terapéutico o profesionalizado*: recurso que se ofrece para niños con necesidades especiales, problemas específicos de salud, física o mental, minusvalías, dificultades de adaptación, adolescentes difíciles, etc.

Según la **vinculación del niño con la familia acogedora**, el *Acogimiento Familiar* puede ser:

- *Con familia extensa*: esta situación no hace más que recoger y formalizar una realidad presente desde siempre, como es la colaboración familiar en el cuidado de los hijos en situaciones difíciles. Es la medida más adecuada, porque mantiene en lo posible las relaciones familiares y distorsiona menos la vida cotidiana del niño y sus vínculos afectivos; siempre se tiene en cuenta antes de valorar otras alternativas.

En concreto, en el caso de abuelos acogedores, exige una especial atención y apoyo psicosocial, porque es frecuente que se trate de personas de edad avanzada, y por la reconversión de roles que supone asumir el paso de abuelos a “*padres sustitutos*”.

Existen algunas características propias del acogimiento con familia extensa:

- ◆ los acogedores más frecuentes suelen ser abuelas y tías maternas, con edad media de 50 años, frecuentemente de nivel socioeconómico modesto.
- ◆ la edad de los niños suele ser menor que en los Acogimientos Familiares con familia no biológica.
- ◆ los motivos más frecuentes de desprotección son la desatención, abandono físico y toxicomanía de los padres.
- ◆ es mayor la proporción de niños pertenecientes a minorías étnicas y/o desfavorecidas, que en el Acogimiento Familiar con familia no biológica.
- ◆ el seguimiento, por parte de los servicios de protección infantil, es menor que en los casos de Acogimiento Familiar con familia no biológica.

- ◆ son Acogimientos Familiares significativamente más estables que los demás, hay una fuerte implicación de los acogedores en el cuidado de los niños.
 - ◆ ofrecen unos indicadores de éxito comparables al resto, con menor coste económico y de servicios públicos.
 - ◆ preservan la integridad familiar, favorecen la identidad, la continuidad cultural y la construcción de lazos afectivos familiares.
- *Con familia no biológica*, también llamada familia seleccionada, familia educadora o colaboradora.

Según la **duración**:

- “*De respiro*”: duran días o semanas, para situaciones de urgencia, tienen carácter voluntario por parte de la familia de origen, que mantiene ciertas responsabilidades hacia el hijo y pretende ser un apoyo temporal, no estigmatizante, intentando no llegar a tomar decisiones de carácter más lesivo.

Puede ser una alternativa en las siguientes situaciones:

- ◆ Situación de crisis familiar, que permita valoración sociofamiliar antes de tomar otras medidas de intervención.
- ◆ Aplicación de medidas judiciales a menores infractores.
- ◆ Situación puente entre Acogimiento Familiar permanente o Adopción.
- ◆ Tratamiento especializado de un niños en tiempo corto.

En varias Comunidades Autónomas existe un programa de acogimiento comunitario y “*familias canguro*” con familias muy seleccionadas, habitualmente pertenecientes al vecindario del niño para estas situaciones.

- *De corta duración*, menos de 18 meses.
- *De larga duración*: son los indefinidos o permanentes.

PROPUESTAS DE MEJORA

En la década de los 80 se inició el proceso cambio de nuestro sistema de protección, que estaba basado en el derecho del *pater familias*, el *proteccionismo*, la *beneficencia* y la segregación, hacia un sistema de atención social de la infancia sustentado en los *derechos, las necesidades, el bienestar y la integración de los niños que supuso el cambio en las instituciones* e introdujo el acogimiento familiar como medida de protección a la infancia*.

Los Centros de acogida, acogimiento residencial, han experimentado grandes cambios, siendo en la actualidad un recurso social para casos necesarios, centros pequeños y abiertos en los que se facilita una educación integral y normalizadora, mediante una atención multiprofesional (equipos, educadores), en que la educación para la salud tiene un papel fundamental en la atención sanitaria.

No obstante se considera que una familia es el mejor sitio para el crecimiento y desarrollo de los niños, especialmente en los niños menores de 3 años y en la etapa de 3 a 6 años.

El día 9 de diciembre de 2008, se constituyó en el Senado la denominada *Comisión Especial de estudio de la problemática de la adopción nacional y otros temas afines*. Desde marzo de 2009 hasta junio de 2010, esta comisión celebró 21 sesiones, con un total de 39 comparecientes, aprobándose el 15 de noviembre de 2010 el *Informe de la Comisión Especial de estudio de la problemática de la adopción nacional y otros temas afines***.

Estas fueron algunas de las conclusiones del informe:

- Elaborar un **registro de familias en proceso de acogimiento y adopción en las Comunidades Autónomas**, después de haber sido aprobada su idoneidad.
- Mejorar la **transversalidad y la coordinación entre las distintas Consejerías** con competencias que afecten al superior interés del menor, tales como las áreas de salud, educación, bienestar social, etc.
- **Potenciar el Acogimiento Familiar sobre el Residencial**, por ser más ventajoso psicológica y emocionalmente, además de claramente más rentable desde el punto de vista económico (incluso en el supuesto del acogimiento profesionalizado). La Comisión entiende que hay demasiados niños viviendo en acogimiento residencial (las cifras reales son difíciles de conocer, ya que sólo hay datos fragmentados aportados por las comunidades autónomas).
- **Potenciar la captación de familias de acogida y adoptantes**, dado que se evidencia la escasez de ellas en muchas comunidades autónomas.

* Ley 21/87, de 11 de noviembre, por la que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de adopción.

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de Modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

** Boletín Oficial de las Cortes Generales, serie I, nº 545, 17 de noviembre de 2010.

- Valorar el **acogimiento residencial como necesario**, en situaciones como en el caso de los **menores extranjeros no acompañados** y los **menores con graves trastornos de conducta**, para los que deben habilitarse centros especializados y destinarse programas especiales. Existirían también otros grupos con especiales dificultades, problemas de salud, grupos de hermanos, mayores de 6 años, etc.
- **Plantear el prever por ley que los menores de 6 años, o al menos en un primer plazo los menores de 3 años, no vivan en acogimiento residencial.**
- **Establecer plazos de duración del Acogimiento Familiar** en función de los objetivos programados, distinguiendo acogimientos breves de hasta 6 meses, acogimientos simples de hasta 2 años (este tiempo máximo estaría relacionado con la edad del menor, siendo hasta 12 meses en menores de 6 años, y entre 12 y 24 meses para el resto de las edades, asegurando en todos los casos, que a los 18 meses está tomada la decisión sobre el futuro del menor).
- **Potenciar la preparación y seguimiento posterior de las familias acogedoras**, con apoyo técnico (asesoramiento psicológico incluido) y ayudas económicas.
- **Reconocer el acogimiento profesionalizado**, entendiéndolo como el realizado por aquellas familias que hacen del acogimiento su principal actividad profesional, percibiendo por ello una remuneración económica. Y también el acogimiento especializado, realizado por aquellas familias que tienen una cualificación y formación especial para abordar el acogimiento de niños con problemas de salud, discapacitados, trastornos de conducta u otros, y que reciben una compensación económica.

Tras este informe, se está elaborando una ley sobre los temas descritos, que tras su aprobación, **será de obligado cumplimiento**, en las formas y plazos que se establezcan, por las Comunidades Autónomas.

CONCLUSIONES – RECOMENDACIONES

Si bien este documento es una Guía, el Grupo de trabajo sobre las necesidades bio-psico-sociales de los niños atendidos por el sistema de protección infantil de la Sociedad Española de Pediatría Social, quisiéramos hacer unas reflexiones finales, como conclusiones y/o recomendaciones:

1. Todos los niños y niñas tienen derechos reconocidos en la Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas, pero debemos considerar especialmente aquellos que hacen referencia a cuando requieren ser atendidos por el sistema de protección infantil.
2. La población infantil que requiere ser atendida fuera de su ámbito familiar como consecuencia de situaciones de desprotección infantil, representa un grupo de población importante por su número y características sociosanitarias.
3. Los niños atendidos por el sistema de protección infantil tienen necesidades y problemas en salud específicos que requieren respuestas sanitarias adecuadas a las mismas.
4. La promoción de la salud es un derecho, una obligación y una necesidad en la atención a la salud de estos niños.
5. El seguimiento de la salud de los niños debe contemplar las particularidades de esta población infantil haciendo hincapié en los aspectos relacionados con la salud mental, psicosociales y en su desarrollo socioemocional, como trastornos de comportamiento, autoestima, afectividad, etc.
6. Los profesionales sanitarios y los acogedores que atienden a estos niños, requieren de conocimientos y, para ello, debe proporcionárseles la formación necesaria.
7. Los niños y los acogedores requieren de apoyos efectivos, especialmente cuando los niños presentan necesidades especiales o que en el proceso presenten problemas como consecuencia de sus antecedentes y/o por la propia intervención o incluso de las expectativas de ambos.
8. Se deberían incrementar / potenciar los foros en que se analizan las necesidades y problemas de esta población infantil y sus acogedores desde una perspectiva bio-psico-social.
9. Una familia es el recurso más adecuado para la atención de los niños que requieren de la intervención de los servicios de protección infantil, fundamentalmente en los menores de 3 años y especialmente en los menores de 6 años. También debemos considerar el trabajo de preparación de la familia acogedora, y del seguimiento y adecuación de la familia biológica, para que en su caso pueda recuperarse y que el niño se reintegre lo antes posible.
10. Un derecho fundamental de la infancia es la participación de los propios niños en todos los asuntos que les afectan y tener en consideración su opinión en la toma de decisiones, que deberá tenerse en cuenta de forma especial en la población atendida por el sistema de protección.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Cantón J (comp.) Malos tratos a los niños, institucionalización y problemas de adaptación. Diputación Provincial de Jaén. 1995
- American Academy of Pediatrics. Committee on Early Childhood, Adoption and Dependent Care. Developmental issues for young children in foster care. *Pediatrics*, 2000; 106:1145-1150
- American Academy of Pediatrics. Committee on Early Childhood, Adoption and Dependent Care. Health care of young children in foster care. *Pediatrics*, 2002; 109:536-541
- Cortés Lozano A, Sánchez Zamora EJ, Zahonero Coba M. Estudio descriptivo de la población infantil de un centro de acogida. *Acta Pediatr Esp* 2000; 58:339-43
- Díaz Aguado MJ, Martínez R, Martín G. Génesis y desarrollo de los comportamientos de los jóvenes con problemas de conducta en Centros de Menores. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2002
- Díaz Aguado. Desarrollo socioemocional de los niños maltratados. Ministerio de Asuntos Sociales. 1996
- Díaz Huertas JA, Rubio Gribble B. Adopción internacional. En Muñoz MT, Hidalgo MI, Clemente J. *Pediatría extrahospitalaria. Fundamentos clínicos para Atención Primaria*. Ergon, 2008, p. 227-234
- Díaz Huertas JA, García Pérez J, Calleja L. Atención integral al niño de origen extranjero: En Pozo J, Redondo A, Gancedo MC, Bolívar V (eds). *Tratado de Pediatría extrahospitalaria*. Ergon 2011 p. 1423-1430
- dosReis S, Zito JM, Ser DJ, Soeken KL. Mental health services for youths in Foster care and disable youths. *Am J Public Health*, 2001; 91: 1094-1099
- Fernández del Valle J, López M, Montserrat C, Bravo A. El Acogimiento Familiar en España. Una evaluación de resultados. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2008
- Halfon N, Mendoca A, Berkowitz G. Health status of children in foster care: the experience of the Center for the Vulnerable Child.. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 1995; 149: 386-392
- Informe de la Comisión Especial de estudio de la problemática de la adopción nacional y otros temas Acogimiento Familiares. *Boletín Oficial de las Cortes Generales*. Senado, serie I, nº 545, 17 de noviembre de 2010
- Martínez González MC, Díaz Huertas JA. El niño que vive en una institución. Necesidades afectivas, psicosociales y sanitarias. En Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez González MC. *Niños maltratados*. Díaz de Santos. 1995: 269-277
- Observatorio de la Infancia. Estadística Básica de medidas de protección a la infancia. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2010
- Oliván Gonzalvo, G. Características sociales y estado de salud de los menores que ingresan en Centros de Acogida. *An Esp Pediatr* 1999; 50:151-155
- Oliván Gonzalvo, G. Niños y adolescentes en acogimiento transitorio: problemas de salud y directrices para su cuidado. *An Pediatr*, 2003; 58:128-135
- Redondo Hermosa E, Muñoz Cano R, Torres Gómez de Cádiz Aguilera B. *Manual de Buena Práctica para la Atención Residencial a la Infancia y Adolescencia: Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI)*. 1995
- Zahonero M. Acogida en instituciones. En Oñorbe M, García Barquero M, Díaz Huertas JA. *Maltrato infantil: prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario* Madrid. Consejería de Salud. 1995; p. 212-217

GRUPO DE TRABAJO

Calleja Gero, Lourdes*	Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.
Campo Barasoain, Andrea*	Pediatra. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.
Carranza Parejo, Virginia*	Pediatra. Centro de acogida inmediata Toribio de Velasco y Alzagal e Instituto Hispalense de Pediatría. Sevilla.
Castellanos Delgado, José Luis	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Caudevilla Galligo, Fernando	Medico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Medico en Centros de Reinserción Social. Madrid
Cortés Lozano, Ángel*	Pediatra. Casa de los Niños. Instituto Madrileño del Menor y la Familia.
Díaz Huertas, José A.*	Pediatra. RI Las Rosas. Instituto Madrileño del Menor y la Familia.
Domenech Olivera, Azucena*	Psicóloga. Comisión de Tutela del Menor. Instituto Madrileño del Menor y la Familia.
Escudero Alonso, Consuelo*	Psicóloga. Centro de Salud Mental Getafe. Madrid.
Esteban Gómez, Joaquín*	DUE. RI Las Rosas. Instituto Madrileño del Menor y la Familia
Fernández del Valle, Jorge	Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo.
García Pérez, Jesús*	Unidad de Pediatría Social. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.
Garrido Torrecillas, Francisco Javier*	Pediatra. Centro de Acogida Nuestra Señora del Pilar. Granada
Hjern, Anders	Pediatra. Centre for Health Equity Studies Karolinska Institutet. Stockholm University. Suecia
Martínez González, Carmen*	Pediatra. Centro de Salud San Blas. Parla. Madrid.
Matéu Sanchis, Sagrario	Jefe de Servicio de Salud de la Mujer y del Niño. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Moilanen Jaakola, Anna	Sensibilización y Políticas de Infancia. UNICEF. Palma de Mallorca
Muñoz Hoyos, Antonio*	Catedrático de Pediatría, Universidad de Granada.
Navarro Guille, María*	Pediatra. Centro de Salud. Centro Básico Acogida Málaga.
Olivan Gonzalvo, Gonzalo*	Servicios de Pediatría y Adolescencia. Instituto Aragonés de Servicios Sociales. Gobierno de Aragón. Zaragoza.
Otero Suarez, Iria*	Servicio de Pediatría. Hospital Santiago de Compostela.
Pérez Alonso, Vanesa*	Pediatra. Oviedo
Plaza Almeida, Josefa*	Pediatra. Centro de Salud. Albacete.
Puyó Martín, Carmen	Observatorio de la Infancia. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Rivera Cuello, Mercedes*	Pediatra. Unidad de Gestión Clínica de Pediatría. Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga- Axarquía.
Ruiz Díaz, Miguel*	Psicólogo. Profesor Titular. Facultad de Psicología Universidad Autónoma de Madrid.
Ruiz Díaz, Víctor*	Licenciado en Ciencias de la Información. Madrid.
Terrasa Nebot, María*	Pediatra. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico. Albacete.
Zahonero Coba, Mercedes*	Centro Acogida de Urgencia Isabel Clara Eugenia. Instituto Madrileño del Menor y la Familia.

* Miembros de la Sociedad Española de Pediatría Social.

