

- 25 ANIVERSARIO -

Ley 21/87

Acogimiento y Adopción

## En este Número:

- **LA INSOPORTABLE LEVEDAD DEL ACOGIMIENTO DE MENORES: 25 AÑOS DE LA LEY 21/1987**, por Florentino Delgado Ayuso (Pág. 4)
- **PROTECCIÓN DE LA INFANCIA DESAMPARADA EN ESPAÑA: LA IRRESISTIBLE TENTACIÓN DE LA FACILIDAD**, por Jesús Palacios (Pág. 8)
- **Análisis de los controles y registros sanitarios de los menores institucionalizados en el sistema de protección**, por Mercedes Rivera Cuello, José Uberos Fernández y Antonio Muñoz Hoyos (Pág.13)
- **Protocolos: SALUD DE LOS NIÑOS ATENDIDOS POR EL SISTEMA DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA - GUÍA PARA PROFESIONALES SANITARIOS Y ACOGEDORES** (Pág. 17 )
- **EL ACOGIMIENTO FAMILIAR EN AMÉRICA LATINA**, por Matilde Luna (RELAF) (Pág. 19)
- **ECUADOR: Políticas Sociales de Protección a Niños, Niñas y adolescentes: Apoyo Familiar previo al Acogimiento Familiar e Institucional**, por Lorena Chávez Ledesma (Pág. 23)
- **REPÚBLICA DOMINICANA: La adopción, una medida de protección para niños y niñas víctimas de abandono y negligencia**, por Mirna I Josefina Luna Rodríguez (Pág. 25)
- **Entrevista: HERVÉ BOÉCHAT**, Director del Centro Internacional de Referencia para los Derechos del Niño Privado de Familia (Pág. 30)
- **Libros: NIÑOS QUE ESPERAN: Estudio sobre casos de larga estancia en acogimiento residencial** (Pág. 33)

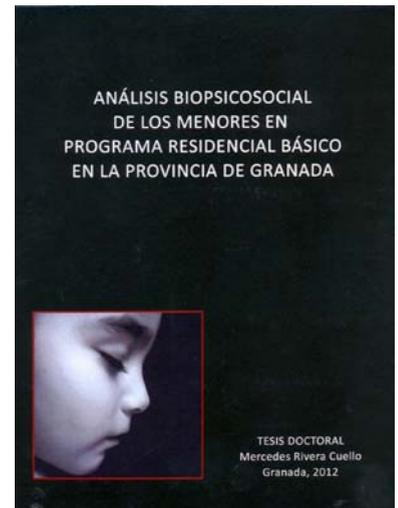
NOTICIA FUE NOTICIA FUE NOTICIA FUE NOTICIA FUE NOTICIA FUE

## LA PEDIATRA MERCEDES RIVERA CUELLO DEFIENDE SU TESIS DOCTORAL



Con el título de “Análisis biopsicosocial de los Menores en programa residencial básico en la provincia de Granada”, la Dra. Mercedes Rivera defendió su tesis el 4 de Mayo de 2012, en el salón de actos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Granada, obteniendo la máxima calificación.

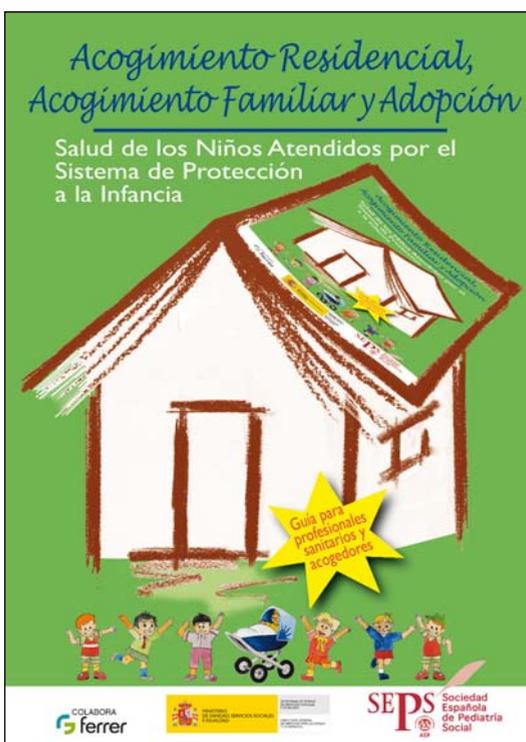
El tribunal fue presidido por el Dr. Eduardo Narbona López, actuando como vocales la Dra. M<sup>a</sup> José Cilleruelo Ortega, Dra. M<sup>a</sup> Isabel Gonzalez Tomé, Dr. David Moreno Pérez, y como secretario el Dr. Antonio Molina Carballo.



## La Salud de los Niños en Centros de Acogida, presente en el II Curso de Pediatría Social para Peditras y Residentes

(Sevilla, 22 de marzo de 2012)

La Dra. Virginia Carranza Parejo (en primer plano en la foto) desarrolló el tema de la *Salud de los Niños en Centros de Acogida*, impartido durante el II Curso de Pediatría Social para Peditras y Residentes, aportando a los peditras en formación los conocimientos sobre los problemas de salud y las respuestas socio-sanitarias y legales que requiere la atención de esta población infantil.



## LA SEPS PUBLICA UNA GUÍA SOBRE SALUD DE LOS NIÑOS EN ACOGIMIENTO RESIDENCIAL, FAMILIAR Y ADOPCIÓN

- En la elaboración participaron 30 profesionales

Dentro de las actividades subvencionadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la Sociedad Española de Pediatría Social ha realizado una Guía para profesionales sanitarios y acogedores bajo el título de *Salud de los Niños Atendidos por el Sistema de Protección a la Infancia*.

La Guía editada por la SEPS, con el apoyo de Laboratorios Ferrer, estará disponible en el sitio web [www.pediatriasocial.es](http://www.pediatriasocial.es), en la sección Documentos: <http://www.pediatriasocial.es/Documentos/guiaSEPSacogimiento.pdf>

Su presentación oficial se realizará próximamente.

Esta publicación cuenta con  
International Standard Serial  
Number ISSN 1989-9793

## CONSEJO EDITORIAL:

Director: Jesús García Pérez

Coordinador: Víctor Ruiz

### Equipo Editorial:

Maite de Aranzabal

M<sup>a</sup> Teresa Benítez

Concepción Brugera

Joaquín Callabed

José A. Díaz Huertas

Gabriel Galdó

Isabel Junco Torres

Raúl Mercer

Antonio Muñoz Hoyos

Carlos Redondo Figuero

Bárbara Rubio Gribble

Carmen Vidal

### Edita:

Sociedad Española  
de Pediatría Social

c/ Alcalde Sáinz de Baranda, 34  
28009 Madrid

Contacto con la redacción:  
[pediatriasocial@gmail.com](mailto:pediatriasocial@gmail.com)

Cuadernos de Pediatría Social es una publicación plural, que respeta las opiniones que sus colaboradores manifiestan en los artículos publicados, aunque no necesariamente las comparte.

Patrocinado por:

## EDITORIAL

El tema de la protección a la infancia ha estado siempre relacionado con la pediatría y, en especial, con la pediatría social.

En el reconocimiento de la pediatría como especialidad médica tuvieron una gran importancia los problemas de salud de los niños en instituciones de protección; a título de ejemplo el Hospital Niño Jesús de Madrid, primer hospital pediátrico en España inaugurado en 1877, en cuyo frontispicio todavía figura la leyenda "*Hospital y Asilo de Niños*".

La aparición de este número de Cuadernos de Pediatría Social coincide, por una parte, con la celebración del **25 aniversario de la aprobación de la conocida como Ley 21/87**, modificación del Código Civil que supuso la transformación del sistema de protección a la infancia en España adaptándolo a los derechos y necesidades de la infancia, introduciendo el acogimiento familiar como medida de protección; transformando el acogimiento residencial mediante la desinstitucionalización, normalización e integración; y regulando la adopción para evitar, entre otras irregularidades, el "*odioso tráfico de niños*" o los recientemente descubiertos "niños robados".

Mientras se proponen nuevas medidas legislativas, que esperamos se hagan realidad en esta Legislatura, vemos con preocupación, entre otros temas, la ausencia de políticas integrales de protección a la infancia, pese a la reiteración de un discurso supuestamente preocupado por la familia; la escasa sensibilidad y especialización de algunos gestores políticos con responsabilidades en protección a la infancia; la significativa desaparición de figuras institucionales como el Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid y el Defensor del Pueblo de Castilla-La Mancha; o la ignorancia política de quienes desconocen el avance que supuso la Ley 21/87 en materia de desjudicialización de la protección infantil y cuestionan la intervención tutelar de las entidades públicas de protección.

Dentro de este panorama, seguimos pensando en el importante papel que ha tenido y debe tener el Observatorio de la Infancia, cuya actual Directora General, profesional proveniente del derecho de familia e infancia de reconocido prestigio, podrá dar el impulso que deseamos a las políticas de infancia.

Por otra parte, coincide con la presentación de la **Guía sobre salud de los niños atendidos por el sistema de protección a la infancia**, editado por esta Sociedad, que esperamos contribuya a un mayor conocimiento de las necesidades y problemas en salud de estos niños. No podemos olvidar que en España existen más de 30.000 niños dentro del sistema de protección.

Como no puede ser de otra manera, en este número también hemos destacado experiencias de países Latinoamericanos y la visión de un organismo internacional .

El Consejo Editorial



MINISTERIO  
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDAD

DIRECCIÓN GENERAL  
DE SERVICIOS PARA LA FAMILIA  
Y LA INFANCIA

# LA INSOPORTABLE LEVEDAD DEL ACOGIMIENTO DE MENORES

— 25 AÑOS DE LA LEY 21/1987 —

Florentino Delgado Ayuso  
Fiscal Jefe de Ourense

Cuando se llega a unas bodas de plata la recapitulación es inevitable, junto a experiencias y vivencias desafortunadas o dolorosas es dado pensar que se contraponen otras enriquecedoras y merecedoras de conservarse y trascender en el tiempo. Son estas últimas las que inclinan la balanza dando como resultado que la supervivencia durante 25 años de cualquier cosa indica un principio de solidez en su esencia. Esto bien puede ser una aproximación a las bodas de plata de la Ley 21/1987 de 11 de noviembre que modificó nuestra legislación civil en materia de adopción, creando como Instituciones jurídicas nuevas las figuras del *acogimiento de menores*, dando un giro copernicano a la situación anterior e instaurando un régimen de protección de menores que de manera súbita colocaba a España en el siglo XX en esta materia, si bien, con un evidente y manifiesto retraso frente a las legislaciones de nuestro entorno, circunstancia que aún a día de hoy estamos pagando con el alto precio del escaso funcionamiento de las más importantes figuras acogedoras de menores. Esta herencia es una causa, aunque no la única, que viene lastrando el desarrollo e implantación de las figuras de acogimiento de menores, que se pone más de manifiesto cuando acudimos a comparar la situación con la de otros países de nuestro entorno. Podemos decir, en una aproximación inicial y genérica, que la regulación de la Ley 21/1987 puso a España con un marco jurídico homologable internacionalmente sobre protección de menores, aunque tardíamente, si bien el desarrollo práctico y la incidencia social con verdadera solución de los problemas a los que estaba llamada a atajar la reforma no han sido satisfactorios.

Parece por lo tanto buen momento para ver la evolución de nuestro marco jurídico de protección de menores, con lo que podremos saber dónde estamos y, lo más importante, hacia donde hemos de dirigirnos.

## Evolución del marco jurídico en España

Es curioso observar la clarividencia con la que la Ley 21/1987 aborda la problemática, señalando en su exposición de motivos que la situación anterior evidenciaba una absoluta falta de control de las actuaciones anteriores a las adopciones, lo que "*permitía en ocasiones el odioso tráfico de niños denunciado en los medios de*

*comunicación*". La llamativa actualidad que vemos en los medios de comunicación extraña en una valoración de la realidad que ya se hizo en 1987.

La Ley 21/1987 toma una realidad que no trata de gestionar sino que quiere transformar, y lo hace desde un diagnóstico certero, para la época, dando recetas cuyo principal calado es una nueva y "revolucionaria" regulación de la adopción, imbricada en una nueva regulación de la tutela y la guarda de los menores, cuya figura estrella, novedosa como se ha dicho en nuestro ordenamiento, es el *acogimiento*, es decir, que los niños con problemas que carecen de familia apta para atender sus necesidades básicas, o que simplemente no tienen familia, puedan criarse, desarrollarse y crecer en todos los sentidos en el seno de otra familia que les acoja.

El acogimiento, siendo una figura nueva, tuvo diversos antecedentes. Ya desde el siglo XVIII existían regulaciones para la recogida de los niños del torno, a los que se buscaban nodrizas a cambio de un salario hasta los 7 años. La Ley de Beneficencia de 1822 reguló la Institución del *prohijamiento* con la que niños desamparados podían convivir con una familia distinta a la biológica de modo permanente, con la finalidad de poder lograr una adopción. Como antecedente más próximo se puede ver

**25627** *LEY 21/1987, 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.*

JUAN CARLOS I  
REY DE ESPAÑA

A todos los que la presente vieren y entendieren,  
Saber: Que las Cortes Generales han aprobado y Yo vengo en sancionar la siguiente Ley:

### PREAMBULO

La regulación de la adopción ha sido objeto en España de sucesivas reformas hasta llegar a la Ley 7/1970, de 4 de julio, con los ligeros retoques que introdujeron las Leyes 11/1981, de 13 de mayo, y 30/1981, de 7 de julio. Pese a la modernización que pudo suponer la modificación del Código Civil operada en 1970 y a los buenos propósitos del legislador, es preciso reconocer que el régimen hasta ahora vigente no ha llegado a satisfacer plenamente la función social que debe cumplir esta institución, a causa de la existencia de una serie de defectos e insuficiencias normativas que la experiencia acumulada con el paso de los años ha puesto de relieve.

la "colocación familiar" de la legislación de los Tribunales Tutelares de Menores de 1948, que a su vez traía causa anterior de una legislación de 1937, si bien con un contenido y una eficacia muy limitados. La situación cambió radicalmente con la Ley 21/87, que a su vez recibe una modificación tremendamente importante por la Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor, que reforma y amplía las respuestas frente a la protección de menores, aunque manteniendo también la esencia de la Institución del acogimiento. Este marco legislativo es el que nos encontramos a día de hoy (teniendo en cuenta que existió otra reforma por Ley 54/2007, de la que podemos decir que únicamente modificó detalles).

Con la introducción del acogimiento, el sistema de protección de menores queda conformado con las dos figuras jurídicas de *acogimiento e internamiento*. Este binomio es el que, en su consolidación cuantitativa a lo largo del tiempo, nos ha de dar idea del éxito del acogimiento. La propia exposición de motivos de la Ley 21/87 señala expresamente que es de esperar que se utilice con frecuencia el acogimiento familiar, era por tanto clara idea del legislador el que la respuesta que se diera a las situaciones de menores en situaciones de abandono no pasase por la institucionalización de los menores, que hasta entonces era prácticamente la única solución que se podía dar. Complemento a la Institución recién creada era su carácter de dependencia de una resolución administrativa, aunque bajo el control judicial y del Ministerio Fiscal. Además, se cambiaba la terminología del tradicional "abandono" por la expresión "desamparo"; aún cuando pudiera parecer inocente, este cambio evidencia un fondo en el que al menor se le ha de atender en un espectro mucho más amplio de situaciones en las que puede necesitar ayuda, para su desarrollo integral en las mejores circunstancias psicofísicas. Esta situación ampliada de desamparo es la que produce el detonante de la tutela automática a cargo de la Entidad Pública. De lo dicho anteriormente se comprende fácilmente la revolución producida por la modificación legislativa, creando la novedosa figura del acogimiento para situaciones de amplio espectro carencial de los menores, que se puede producir de modo automático y se gestiona por la Administración. Como colofón se da carta de naturaleza a la entrada de Entidades privadas colaboradoras en esta misión de la Administración, superando el tradicional monopolio de la Iglesia católica en la intervención con los menores en

desamparo. Tal es la importancia de estas Entidades privadas, que la propia exposición de motivos de la Ley llega a decir "*no se oculta, desde luego que el éxito de la reforma vendrá en gran parte condicionado por el buen funcionamiento de estas Instituciones*".

### Corto alcance en la implementación

El resultado de los acogimientos fue muy limitado, siendo preeminente el internamiento de los menores desamparados; en definitiva, la aspiración de que el acogimiento fuera la piedra angular de la respuesta al desamparo de menores, fue solo un buen deseo.

En esta situación tan sombría aparece, con el intento de mejorar la situación, la Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor, que como principales novedades al sistema aporta la diferenciación entre los menores en situación de desamparo y en situación de riesgo, ampliando nuevamente el espectro de intervención en la casuística de menores con problemas, dando una respuesta individualizada de modo que lo que se pretende es hacer un verdadero "traje a medida" para cada menor con aplicaciones casuísticas, en las que vuelve a ser piedra angular la figura del acogimiento familiar. Junto con ello se realizaba una clara diferenciación, con el mismo fin antes expuesto, de los acogimientos. Así, ya claramente se habla de dos tipos de acogimiento, el familiar y el residencial, este último en terminología eufemística del *internamiento*. A su vez, el acogimiento familiar puede darse en la forma en la que se sustituye al núcleo familiar (verdadero acogimiento familiar) y en la forma del llamado *hogar funcional* (nuevamente se trata de un eufemismo para referirse a internamientos no institucionalizados). Vemos cómo se quiere huir de cualquier expresión que recuerde a los internamientos. De igual forma, los acogimientos familiares también se distinguen por su intensidad en acogimientos *provisionales, no provisionales y preadoptivos*. Los primeros caracterizados por su breve duración y con la finalidad de retorno a la familia una vez superada la situación que originó el problema, permitiendo el acogimiento de niños de modo inmediato aunque no exista consentimiento de los padres, los segundos llamados a solucionar asuntos prolongados sin otra alternativa, y el preadoptivo, que como paso previo a la adopción se asemeja más a ésta que al propio acogimiento.

## JEFATURA DEL ESTADO

**1069** LEY ORGANICA 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

JUAN CARLOS I  
REY DE ESPAÑA

A todos los que la presente vieren y entendieren.  
Sabed: Que las Cortes Generales han aprobado y Yo vengo en sancionar la siguiente Ley Orgánica.

EXPOSICION DE MOTIVOS

Después se han promulgado, entre otras, las Leyes 13/1983, de 24 de octubre, sobre la tutela; la Ley 21/1987, 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; la Ley Orgánica 5/1988, de 9 de junio, sobre exhibicionismo y provocación sexual en relación con los menores; la Ley Orgánica 4/1992, de 5 de junio, sobre reforma de la Ley reguladora de la competencia y el procedimiento de los Juzgados de Menores; y la Ley 25/1994, de 12 de julio, por la que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 89/552/CEE, sobre la coordinación de disposiciones legales reglamentarias y administrativas de los Estados miembros relativas al ejercicio de actividades de radiodifusión televisiva.

De las Leyes citadas, la 21/1987, de 11 de noviembre, es la que, sin duda, ha introducido cambios más sustanciales en el ámbito de la protección del menor.

A raíz de la misma, el anticuado concepto de abandono fue sustituido por la institución del desamparo, cambio que ha dado lugar a una considerable evolución

Hasta aquí tenemos una panorámica del marco legislativo que comenzó la pionera Ley 21/1987. Con un arsenal legislativo que podemos calificar de adecuado, no obstante no hemos sido capaces de dar la vuelta a la situación: los internamientos de menores siguen siendo la respuesta mayoritaria frente a los acogimientos familiares. No es que no se haya avanzado, pero desde luego no se ha logrado el objetivo de que sea el *acogimiento familiar* la verdadera estrella de nuestro régimen de protección de menores. Con lo anterior, parece tiempo de hacer una valoración de las causas que han impedido el desarrollo total del objetivo inicial, y con ello proponer remedios que puedan ser efectivos.

### Desconcierto estadístico

El primer problema con que nos encontramos es la dificultad estadística para valorar las situaciones, dificultad que en no pocas ocasiones tiene que ver con el distinto tratamiento estadístico que cada una de las Comunidades Autónomas dan sobre el particular, que a su vez proviene de distintos marcos legislativos complementarios, y muy especialmente de la concreta aplicación de dicha legislación por las Comunidades. Así solo desde el año 1990 contamos con datos estadísticos, aunque muy genéricos. En resumen, podemos señalar que los internamientos cuantitativamente predominan, disminuyendo levemente hasta estancarse a mediados de los años 90. El acogimiento familiar evidencia una tendencia levemente creciente, mantenida desde el año 1990, si bien el dato de todo punto relevante es que **el número de acogimientos familiares nunca ha llegado a estar ni de cerca por encima del número de acogimientos residenciales**. Desde el año 2006, aproximadamente, se constata un preocupante incremento de los internamientos, con una leve disminución de los acogimientos familiares, situación que podemos achacar al gran número de casos relativos a menores extranjeros no acompañados que han entrado en nuestro país, con la problemática que ello supone para las administraciones encargadas del acogimiento residencial. Podemos decir que estadísticamente, con criterio general, en el histórico reciente, de cada 10 menores que entran en el sistema de protección, aproximadamente 8 se van a ir a Centros en acogimiento residencial y aproximadamente 2 van a tener acogimientos familiares. Pero este dato, con ser preocupante, pero suficientemente explicativo de la situación, es aún de peor pronóstico

cuando se valora que en el acogimiento familiar de cada 10 menores, aproximadamente 8 van a ser acogidos por su familia extensa y aproximadamente solo 2 serán acogidos por otra familia.

Dos lamentables verdades surgen de la precedente valoración estadística, una que el acogimiento residencial sigue siendo la respuesta frecuente a las situaciones de desprotección, y otra que el acogimiento familiar solo funciona verdaderamente en las familias extensas, siendo testimonial la situación del acogimiento familiar que podremos denominar ajeno, como contraposición al de la familia extensa. Esta situación se contrapone con la situación de los países de nuestro entorno, a los que queremos y debemos tener como referencia, en los que el *acogimiento familiar ajeno* es la respuesta normalizada a las situaciones de problemática de menores.

### Causas culturales, temporales y de complejidad

El por qué hemos llegado hasta aquí puede comprenderse valorando distintos aspectos; las tradiciones culturales de fuertes lazos familiares, han salvado la cara del acogimiento, que prácticamente se centra en la colaboración de las familias extensas, con lo que se desdibuja la verdadera problemática de los otros acogimientos familiares. La toma de decisiones de acogimientos familiares ajenos es complicada por la cantidad de intereses legítimos y contradictorios en juego y por una toma de decisiones de gran contenido garantista que complica y alarga muchas veces el proceso. En este punto es obligado hacer una reflexión sobre el factor tiempo en la gestión de los recursos de la protección de menores; en efecto, el tiempo discurre de manera distinta cuando se trata de menores; el que desde un principio se inicien bien las medidas de protección es fundamental, ya que las rectificaciones posteriores afectan de manera muy negativa la evolución de los chicos; a ello se une la relativización manifestada en que, un mismo periodo de tiempo para un mayor, se alarga de manera sobresaliente para un menor; los acontecimientos vivenciales y vitales se producen en una cascada de acontecimientos que van a marcar decisivamente su evolución posterior.

Constatada la trascendental importancia del factor tiempo a la hora de tomar decisiones, aparece otro factor de complicación, que es la cantidad de operadores y

### CONVENCIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO NACIONES UNIDAS (1989)

**Artículo 19.** Los Estados Parte adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier persona que le tenga a su cargo.

**Artículo 20.** Los niños separados temporal o permanentemente privados de su medio familiar, o cuyo superior interés exija que no permanezcan en ese medio, tendrán derecho a la protección y asistencia especiales del Estado.



actores implicados en la materia: la familia de origen, en muchas ocasiones de difícil localización; las familias acogedoras; los servicios sociales comunitarios, que muchas veces se superponen en los distintos ámbitos territoriales de la Administración; los servicios de protección de menores; las Entidades colaboradoras en materia de protección; la Fiscalía; los Jueces y Tribunales, tanto en primera instancia como en apelación. De esta mera enumeración se da idea de la complejidad de las decisiones, y por ende del tiempo que se tarda en consolidarlas; si a ello unimos que tratamos con una materia que supone basarse en pronósticos de futuro de conductas humanas, tenemos unas situaciones valorativas tremendamente difíciles.

### Pero también avances y esperanzas

Aún con todo debemos de resaltar también los avances importantes que han hecho desaparecer las macro instituciones de internamiento: el aumento muy significativo de los equipos de tratamiento familiar; la aparición de mecanismos valiosos, como el acogimiento familiar provisional, para situaciones de urgencia o en las transiciones en las que se toman decisiones más definitivas; igualmente han aparecido de manera creciente programas de formación y de apoyo,... Sin embargo, el verdadero avance transformador ha sido el del éxito de los acogimientos de las familias extensas, situación que, como se ha dicho, tiene su cara y su cruz, ya que este recurso tan sumamente importante y efectivo ha ensombrecido al acogimiento familiar ajeno, que no se ha desarrollado como todos hubiésemos querido.

**Debemos reivindicar el pleno desarrollo de los acogimientos en las familias ajenas, sin conformarnos con sucedáneos como los hogares funcionales o la gestión de dichos acogimientos por Entidades privadas mediante convenios o contratos con la Administración,** que por una suerte de inercia de Institucionalización tienden a desdibujar el acogimiento familiar ajeno. Este tipo de acogimiento es el que requiere la mayor parte de nuestros esfuerzos tanto de captación como de desarrollo de programas. No se trata de contraponer el acogimiento en la familia extensa con el acogimiento en la familia ajena, pero hay que definir muy claramente cuáles son los puntos fuertes y carencias de cada uno, y aplicar su uso a las necesidades individualizadas, desarrollando el acogimiento familiar ajeno, haciendo casi desaparecer los acogimientos residenciales, que deberían de quedar reservados para casos muy puntuales, así como para dos tipos de supuestos como son los de adolescentes con necesidades muy específicas esencialmente derivadas de patologías psicológicas o psiquiátricas, así como los casos de los menores extranjeros no acompañados. Deberíamos igualmente entrar en el debate de que los niños de corta edad, hasta los 6 o 7 años, no pudieran entrar **en ningún caso** en acogimientos residenciales, garantizando esta limitación en el marco legal.

### Aspectos económicos y sociales del Acogimiento Ajeno

Pero no solo debemos limitarnos a examinar el marco jurídico y su desarrollo en la práctica, sino que este último debemos ponerlo en relación con una inevitable consideración de coste económico, para saber si la sociedad

está dispuesta a pagar la cuenta del cambio del acogimiento residencial a favor del familiar ajeno. En este aspecto no nos arriesgamos al decir que **un acogimiento residencial es más caro que un acogimiento familiar ajeno**; cerrando centros residenciales no solo estamos ahorrando sufrimiento e inadaptación sino que podemos ahorrar dinero. Esto no se ha querido o no se ha podido ver porque nos ha cegado en no pocas ocasiones la eficiencia del acogimiento de las familias extensas. En España, como se ha apuntado ya, es un recurso tremendamente importante y efectivo, pero también barato, y da la impresión de que se quisiera trasladar este coste prácticamente cero al acogimiento familiar ajeno; y esto no debiera de ser así, puesto que gran parte del éxito de estos acogimientos va a tener que ver con unas remuneraciones a las familias de acogida suficientemente importantes. No se trata de que se gane dinero con los acogimientos convirtiéndolos en un negocio, sino que la remuneración se extienda a un programa de seguimientos y apoyos a las familias acogedoras, a las que se ha de facilitar su labor, para hacer atractiva la integración en un programa de acogimiento, incentivos fiscales, ayudas de escolarización, así como cualesquiera otras que completen esta remuneración heterogénea de la que hablamos, que hagan que la familia acogedora no tenga más dinero por los acogimientos, sino que su calidad de vida se vea mejorada en muchos ámbitos, con lo que a su vez esa mejora de calidad de vida familiar va a repercutir en el propio menor acogido.

Debiéramos también entrar en el debate de limitar la participación de las Entidades Privadas sin ánimo de lucro en los acogimientos familiares ajenos, pudiendo darles labores de apoyo a las familias, pero sin entrar en el proceso de modo protagonista. La realidad que hemos vivido hasta el momento nos invita a pensar que tal vez los recursos públicos y el protagonismo que se han dado a las Entidades privadas han ido en menoscabo del desarrollo del acogimiento familiar ajeno, limitando su gran potencial.

En conclusión, la Ley 21/1987 supuso la instauración de un régimen de protección moderno que no ha tenido un desarrollo suficiente en la práctica. Podemos decir que hemos tenido herramientas jurídicas idóneas, pero nuestro manejo de las mismas no ha dado como resultado los fines apetecidos. Hemos de plantearnos una reforma del marco normativo que, sin alterar la sustancia de lo que ya tenemos, nos conduzca al objetivo de hacer soportable la insoportable levedad de nuestro sistema de respuestas frente al desamparo de los menores •



# PROTECCIÓN DE LA INFANCIA DESAMPARADA EN ESPAÑA: LA IRRESISTIBLE TENTACIÓN DE LA FACILIDAD<sup>1</sup>

Jesús Palacios

Catedrático de Psicología Evolutiva y de la Educación  
*Universidad de Sevilla*

En noviembre de 2012 se cumplirán 25 años desde la publicación de la ley 21/1987, que significó el comienzo de la modernización de nuestro sistema de protección para la infancia en situación de riesgo y desamparo. La ley marcó un antes y un después no sólo porque fue la primera en organizar la protección de la infancia desde la conquista de la democracia, sino también porque toda la legislación posterior en la materia se ha hecho sobre las bases allí establecidas. La definición del desamparo, la atribución a las entidades públicas de la responsabilidad en protección de la infancia, las condiciones en que debe llevarse a cabo la adopción, sus efectos y su carácter irrevocable, el importante papel de la fiscalía y los elementos básicos de la tramitación judicial fueron algunas de las aportaciones de una ley que pronto cambió el panorama de la protección infantil en España. Como prueba de su eficacia inmediata, baste indicar que la existencia de "niños robados" en clínicas privadas (de los que hemos ido teniendo escalofriante noticia en los últimos meses) fue previa a la promulgación de esta ley. Resultaba, en efecto, esencial que la toma de decisiones sobre la protección infantil dejara de estar en manos particulares y pasara a depender de la entidad pública, con vigilancia del ministerio fiscal.

La ley 21/1987 empezó un camino normativo luego completado por la 1/1996, que añadió como mínimo tres grandes contenidos. Por una parte, la diferenciación entre el riesgo y el desamparo, con las implicaciones correspondientes de cara a la intervención profesional. Por otra, una mayor precisión y desarrollo de la figura del acogimiento familiar. En tercer lugar, la introducción de la figura de la adop-

ción internacional, lo que venía obligado por la entonces reciente ratificación por parte del Estado español del Convenio de La Haya en materia de adopciones internacionales. A su vez, estas dos leyes fueron la base para la producción normativa por parte de las comunidades autónomas en materia de protección de infancia. Aunque cada una de ellas introdujo sus propios acentos, la gran similitud que existe en la protección infantil en el conjunto del Estado se debe al tronco normativo común a partir del cual las ramas se fueron diferenciando con matices apenas indistinguibles en muchos casos.

En este artículo se analizan tres dualidades (medidas residenciales/medidas familiares, acogimiento en familia extensa/acogimiento en familia ajena, adopción internacional/adopción nacional), se reflexiona sobre su descompensación y sus causas, y se analiza el tiempo de espera en el que el sistema en su conjunto parece estar sumido en estos momentos.

## Centros de protección/medidas de integración familiar

Los cambios impulsados por la ley de 1987 llegaron pronto a las macro-instituciones infantiles, que por aquella misma época conocieron una muy importante transformación. El desarrollo de los servicios sociales comunitarios y el comienzo de las políticas de apoyo a la familia acabaron con la presencia en centros de protección de

niños y niñas cuya problemática tenía que ver más con la falta de recursos económicos de sus familias que con el desamparo, quedando los centros reservados para aquellos casos sobre los que se tomaban medidas tutelares de protección. Por otra parte, la nueva organización jurídica de la adopción permitió también que un cierto contingente de los niños y niñas institucionalizados pudieran iniciar otra vida en una nueva familia a través de la adopción. Los centros de protección fueron así cambiando de tamaño y de función. Por una parte, se fueron haciendo cada vez más pequeños y se fueron profesionalizando. Por otra, dejaron de ser ciudadelas autosuficientes (con su enfermería, su escuela, su peluquería...) y se abrieron a la comunidad, cuyos servicios (centros de salud, escuelas, etc.) utilizaban, normalizando en buena medida la vida cotidiana de los chicos y chicas en ellas alojados.

Lamentablemente, la de la ley 1/1996 no fue una apuesta decidida y clara por la desinstitucionalización de la infancia necesitada de protección. A pesar de que en el preámbulo y el articulado de esa ley había una clara toma de posición en favor de las medidas de integración familiar (el preámbulo habla del "perjuicio psicológico y emocional al verse privados de la permanencia en un ambiente familiar"; los artículos 11 y 21 especifican de forma muy clara la necesidad de integración

• • • **Lamentablemente, la de la ley 1/1996 no fue una apuesta decidida y clara por la desinstitucionalización de la infancia necesitada de protección** • • •

en entornos familiares), la disposición final 5 determinaba que "la guarda se realizará mediante acogimiento familiar o acogimiento residencial". Es decir, mientras que preámbulo y articulado establecían claramente que las respuestas familiares (acogimiento familiar, adopción) eran las adecuadas para responder a las necesidades de los niños y niñas en situación de desamparo, la disposición adicional mencionada ponía en pie de igualdad la alternativa familiar (que la propia ley identificaba como la adecuada) y la institucional (claramente identificada como menos deseable).

**1.- Nota del autor:** Este artículo tiene un tono más reflexivo que analítico. Se trata por ello de un texto sin referencias bibliográficas, que podrán encontrarse en una reciente versión ampliada de estas reflexiones titulada "Protección de la infancia en España: la transición que no llega", publicada en la revista *Trabajo Social Hoy* (2010, vol. 1, pp. 13-34).

La consecuencia de aquella contradicción, de la falta de apuesta firme y decidida por la desinstitucionalización de la infancia, ha configurado un sistema de protección en el que la medida de guarda en centros de protección

••• **De cada 10 menores tutelados para los que se toman medidas de guarda, entre 7 y 8 van a centros, frente a los entre 2 y 3 que van a familias** •••

ocupa un lugar desmedidamente importante. De acuerdo con los datos del Observatorio de la Infancia publicados anualmente por el Ministerio, si se comparan las cifras de ingresos nuevos anuales en centros de protección (el llamado "acogimiento residencial"), con las cifras de altas anuales en medidas de integración familiar (acogimiento familiar y adopción), la desproporción es extraordinaria: de cada 10 menores tutelados para los que se toman medidas de guarda, entre 7 y 8 van a parar a centros, frente a los entre 2 y 3 que van a parar a familias. Nos encontramos así con la primera de las tres dualidades descompensadas a que se hace referencia en este artículo: en la dualidad medidas residenciales-medidas familiares, las primeras tienen una presencia desproporcionadamente superior a las segundas como vía de acceso a la protección.

Ello es así a pesar de dos hechos que deberían haber impulsado al sistema en otra dirección. En primer lugar, y por encima de todo, la apabullante cantidad de evidencias empíricas, nacionales e internacionales, que muestran que los centros no son un entorno adecuado para el desarrollo psicológico de los en ellos acogidos. Ya se mire desde la perspectiva de su desarrollo intelectual, de su desempeño académico, de su desarrollo social o emocional, niños y niñas institucionalizados presentan perfiles más negativos que los que están en medidas de integración familiar. Los centros no tienen por qué ser la causa inicial de esos problemas, pero desde luego no forman parte de su solución. Y la permanencia prolongada en ellos acaba incorporándose como parte de la base etiológica de diversos problemas y síntomas.

En segundo lugar, el alto coste económico de la respuesta residencial frente a las alternativas familiares. Si algunas medidas de integración familiar no suponen coste alguno de mantenimiento para las administraciones

(la adopción) y las demás suponen un coste claramente inferior a los 800 euros mensuales (las modalidades de acogimiento familiar que reciban compensación económica, que no suelen ser todas ni llegar a la cantidad citada en la mayor parte de los casos), el coste del acogimiento residencial difícilmente baja de los 3000 euros por niño y mes, aunque las cifras concretas son difíciles de obtener

como parte del oscurantismo estadístico que caracteriza a nuestro sistema de protección de infancia por lo que a todo lo relacionado con el acogimiento residencial se refiere. Desde luego, no se trata de optar por medidas familiares porque sean más baratas, sino porque responden mucho mejor a las necesidades infantiles. Pero es que además resultan económicamente menos costosas, aunque debe quedar claro que un sistema de acogimiento familiar bien organizado y que responda adecuadamente a las necesidades de acogidos y acogedores, también requiere de importantes recursos económicos, sin duda menores que los de la respuesta residencial, pero sin duda mayores que los que actualmente se le dedican.

••• **Sin duda, el acogimiento residencial resulta mucho más fácil de organizar y gestionar que las medidas de integración familiar** •••

Es inevitable preguntarse por qué las cosas están orientadas en la dirección que implica menos beneficios psicológicos, educativos y sociales, y más coste económico. Sin duda, el acogimiento residencial resulta mucho más fácil de organizar y gestionar que las medidas de integración familiar. Frente a la complejidad de la captación, formación, valoración, seguimiento y apoyo a familias acogedoras, por ejemplo, un sistema residencial basado en la contratación de profesionales, frecuentemente a través de la contratación de entidades colaboradoras, resulta mucho más simple. ¿Radicará en esa mayor facilidad de gestión la explicación de la anomalía que supone la muy elevada institucionalización de nuestra infancia necesitada de protección?

Veinticinco años después de su promulgación, la transición iniciada en España con la ley 21/1987 permanece inconclusa y no se verá culminada hasta que el acogimiento residencial pierda el desmedido peso que tiene en nuestro sistema de protección. Resulta

inaceptable que en el momento mismo en que estas líneas se escriben o se leen haya bebés ingresando en centros de protección en algún lugar de España, o niños y niñas menores de seis años en semejantes circunstancias. Es un escándalo al que es obligado poner fin de una vez, haciéndolo de forma progresiva, pero firme, decidida y sin excusas permanentes.

### **Acogimiento en familia extensa/ acogimiento en familia ajena**

Dentro de las medidas de integración familiar, el acogimiento familiar ocupa un lugar muy destacado por ser, probablemente, la medida indicada para la mayor parte de los niños y niñas necesitados de protección. La adopción es la medida más extrema que se puede tomar en casos de desamparo, pues implica, entre otras cosas, una ruptura de relaciones con la familia de origen y un carácter irrevocable que no siempre se consideran posibles o deseables. La consecuencia es que son muchos los chicos y chicas para los que está indicado el acogimiento, pero no la adopción. E incluso muchos de los que acaban siendo declarados adoptables pasan previamente por medidas de acogimiento familiar no preadoptivo, lo que de nuevo destaca la muy superior cantidad de acogimientos que de adopciones.

El acogimiento familiar puede definirse desde varios ángulos. Así, por su forma de constitución, se puede distinguir entre el acogimiento administrativo y el judicial; por su duración, entre el temporal y el permanente. En España, la forma más usual de diferenciar entre distintos tipos de acogimiento familiar es distinguiendo entre los que se llevan a cabo en la familia extensa y los que se realizan por parte de una familia no vinculada con la de origen del menor (el acogimiento en familia ajena, para usar el término con que comúnmente nos referimos a esta modalidad). Al contrario de lo que ocurre en otros países de nuestro entorno, donde la modalidad preponderante es en familia ajena, entre nosotros la opción prioritaria es por el acogimiento en familia extensa. Una opción que sin duda se relaciona con valores culturales a favor de una cierta concepción de la familia y de una valoración de los lazos familiares como preminentes sobre otros que pudieran considerarse. En otros países se tiende a pensar que

••• ***Al contrario de lo que ocurre en otros países de nuestro entorno, en España la opción prioritaria es por el acogimiento en familia extensa*** •••

sacar a un niño de su familia nuclear para emplazarlo en la familia extensa (muy frecuentemente, abuelos) es como sacarlo de la fotocopia para llevarlo con el original, pues se cree que los problemas en la familia nuclear son con mucha frecuencia un reflejo de los inicialmente vividos en la extensa. En España, la opción preferente por el acogimiento en familia extensa es tan clara que en torno al 75-80% de los acogimientos son de este tipo, frente al 20-25% en familia ajena. Es nuestra segunda dualidad descompensada.

No cabe duda de que el acogimiento en familia extensa presenta notables ventajas: el acogimiento suele comenzar a una edad más temprana del acogido, siendo menos frecuente que el niño o la niña haya pasado antes por otra medida de protección. Además, se trata de acogimientos con menos riesgo de ruptura, en parte debido a la fidelidad que implican los lazos familiares. Se plantean en este acogimiento menos problemas de identidad y las relaciones entre las dos familias suelen tener un menor grado de rigidez y formalidad.

No todo son ventajas, sin embargo. En un elevado porcentaje (en torno al 60-70%), los acogimientos en familia extensa se inician sin intervención profesional alguna. Ante los problemas planteados a algunos de sus miembros más jóvenes, la propia familia se organiza de una determinada manera, pasando niños o niñas a vivir con sus familiares sin que haya mediado valoración de idoneidad alguna, o preparación para el acogimiento de ningún tipo, o intervención profesional que regule las visitas y contactos, o que brinde apoyos ante la aparición de dificultades. Con alguna frecuencia, aunque no siempre, los acogedores son personas mayores con problemas de salud física y/o mental, con una cierta sobrecarga de tensiones y dificultades, y a veces con su propio historial de relaciones con los servicios sociales. Las relaciones de los acogedores con los padres del niño o la niña son a veces conflictivas, lo que puede agravarse, por ejemplo, por la dificultad para poner barreras por parte de la abuela a la relación de su hija con su nieto, así como por los conflictos surgidos en torno a la toma de decisiones en la crianza y educación infantiles.

Las condiciones de la vivienda, del entorno o de la estimulación no son a veces las más adecuadas. Probablemente, son bastantes los casos en los que, de haber existido intervención profesional en el momento adecuado, las cosas se habrían organizado de otra manera. Pero en muchos de estos casos, el acogimiento se formaliza cuando lleva varios años siendo un acogimiento de hecho, lo que limita mucho la toma de decisiones profesionales.

Los acogimientos en familia ajena son más complejos en muchos sentidos. Implican una numerosa serie de intervenciones profesionales (captación, formación, valoración de idoneidad, decisiones sobre asignación, seguimientos y apoyo, programación y supervisión de visitas y contactos) y típicamente conciernen a niños y niñas más mayores, que frecuentemente han pasado por otras medidas de protección y para bastantes de los cuales el acogimiento será una medida temporal. En los últimos años, estos acogimientos se han ido diversificando, emergiendo modalidades como el acogimiento de urgencia (típicamente, para evitar el paso de niños pequeños por centros de protección) o los acogimientos profesionalizados (para atender a niños y niñas con marcadas necesidades especiales). Pero estas realidades están aún en proceso de desarrollo, a pesar de que respecto a alguna de ellas (acogimiento de urgencia) existe dilatada y abundante evidencia sobre su buen y satisfactorio funcionamiento.

••• ***Las intervenciones y los apoyos profesionales han venido siendo mucho mayores en familia ajena, tanto de cara a la constitución del acogimiento, como de cara a su mantenimiento posterior*** •••

Nos encontramos, pues, ante una nueva realidad muy descompensada: un muy elevado número de acogimientos en familia extensa, frente a una porción claramente menor de los que se hacen en familia ajena. Pero la descompensación no termina ahí. Típicamente, las intervenciones y los apoyos profesionales han venido siendo mucho mayores en familia ajena, tanto de cara a la constitución del acogimiento, como de cara a su mantenimiento posterior. Cuando hay compensación económica, es menos probable que llegue a la familia extensa, a pesar de su frecuente peor situación económica.

Dada nuestra cultura fuertemente familista, el acogimiento en familia extensa tendrá siempre una importante presencia entre nosotros, tal como viene prefigurado, entre otras cosas, por una legislación en materia de protección que da prioridad a ésta sobre otras modalidades de acogimiento. Creemos, sin embargo, que su peso en el sistema de protección debería disminuir algo, al menos por dos razones.

En primer lugar, si se lograra disminuir drásticamente la institucionalización de nuestra infancia en situación de riesgo y desprotección, es fácil imaginar que un elevado porcentaje de los niños y niñas cuya institucionalización se evitara deberían encontrar acomodo en familias ajenas acogedoras. Puesto que cuando un menor es tutelado en España la primera opción que nuestro sistema contempla es la familia extensa, se puede suponer que aquellos que van a centros de acogida lo hacen porque no se han encontrado alternativas viables en su entorno familiar. La implicación inmediata de la desinstitucionalización sería un importante incremento de los acogimientos en familia ajena. Igualmente, el incremento de los acogimientos de urgencia y de los profesionalizados se desarrollaría sobre todo en la modalidad de familia ajena, lo que de nuevo implicaría un aumento equivalente en esta tipología.

En segundo lugar, que al menos las dos terceras partes (seguramente, más) de los acogimientos en familia extensa se organicen por la propia familia al margen de toda intervención profesional no es un dato favorable, particularmente por la existencia de un cierto número de casos -imposible de cuantificar- que no hubieran superado el filtro de la valoración para determinar la idoneidad de esa forma de organizar la protección de los niños o niñas implicados. Una mayor coordinación entre los servicios sociales comunitarios y el sistema de protección, una mejor y más temprana detección del riesgo, y la intervención del sistema de protección antes de que las situaciones de hecho se hagan difíciles de revertir, deberían llevar a una más afinada discriminación entre los casos que deberían ser de familia extensa y los que deberían hacerse en familia ajena, que sin duda aumentarían si la intervención profesional fuera más temprana y pudiera entonces ser más exigente.

Lo más fácil de hacer y de gestionar aparece de nuevo como una tentación difícil de resistir. Un sistema fuertemente basado en el acogimiento en familia extensa auto-organizado, insuficientemente apoyado y evaluado, con menor tendencia a dar lugar a problemas y fracasos que llamen la atención, menos exigente en cuanto a reivindicaciones y asociacionismo de los acogedores, resulta mucho más sencillo de gestionar que otro en el que las intervenciones profesionales (captación, información, formación, valoración, asignación, seguimientos, apoyos, regulación de visitas...) tengan un carácter más proactivo y ofrezcan el nivel de calidad que acogedores y acogidos necesitan y merecen, con independencia de cuál sea el tipo de acogimiento en que se encuentren.

### Adopción nacional/adopción internacional

Como antes se ha indicado, la ley 1/1996 dio entrada a la adopción internacional en nuestro sistema de protección. Para hacerse una idea de la dimensión que esa modalidad de adopción adquirió entre nosotros, baste con indicar que entre 1996 y 2005 se produjo un incremento del 275% de las adopciones internacionales en España, mientras en los mismos años la adopción nacional conocía un lento declive de en torno a un 30-40%. De hecho, el fulgor de la adopción internacional durante esos años produjo un eclipse casi total de la adopción nacional, pues lo que se legislabá, lo que ocupaba los debates profesionales, así como el tipo de investigaciones y publicaciones que se promocionaban, tenían como argumento fundamental la adopción internacional. Como ha ocurrido en otros muchos países, las cifras de adopción internacional han conocido un importante decremento a partir de 2005, probablemente más por cambios en la política de los países de origen que en la potencial demanda de adopciones internacionales por parte de los países receptores. Por poner un solo ejemplo, mientras que en el año 2005 se hicieron 2753 adopciones en China por parte de familias españolas, la cifra se redujo a 584 en 2010, lo que implica una disminución nada menos que del 80%. Mucho más que los deseos de familias españolas de adoptar en China, los cambios introducidos por las autoridades chinas respecto al perfil de los solicitantes (exclusión, por ejemplo, de monoparentalidad, de ciertos niveles socio-

económicos o perfiles de salud...), así como la mayor presencia de adoptables con necesidades especiales, explican una reducción tan marcadamente acusada.

### ••• El fulgor de la adopción internacional produjo un eclipse casi total de la adopción nacional •••

La fuerte orientación de las familias españolas hacia la adopción internacional tiene más de una explicación. Algunas sentencias judiciales introdujeron en su momento un gran temor respecto a la adopción nacional por parte de los potenciales adoptantes, que en absoluto deseaban que con ellos se repitiera la historia de Diego, "el niño de El Royo", que por una insensata decisión judicial, incomprensiblemente apoyada por la fiscalía, tuvo que salir de la familia con la que estaba en acogimiento preadoptivo para volver con una familia de origen de muy alto riesgo en la que pronto volvió a aparecer una situación de desprotección. Aunque en una mano sobran dedos para contarlos, a finales de la década de 1990 hubo unos pocos casos de ese tipo, que produjeron una inevitable alarma social y llevaron a muchas familias que querían adoptar a mirar lejos de nuestras fronteras, disminuyendo así al máximo la posibilidad de que la familia biológica reapareciera y aumentando la sensación de no retorno de la adopción. Por aquellos mismos años, y como ocurrió en otros países, la emisión en la televisión pública del reportaje *Las habitaciones de la muerte*, sobre las condiciones de institucionalización en algunos orfanatos chinos, movieron a muchas familias a ofrecerse para aliviar el sufrimiento de quienes crecían en aquellas execrables circunstancias.

Una razón adicional tenía que ver -particularmente, pero no sólo, en el caso de China- con el perfil de quienes podían ser adoptados. En efecto, en diversos países era posible acceder a la adopción de bebés menores de dos años, mientras que el perfil de la adopción nacional iba cada vez acercándose a los de las llamadas adopciones especiales (niños y niñas mayores de 6 años, grupos de hermanos, necesidades especiales de diverso tipo).

Ese cúmulo de circunstancias llevó en muy poco tiempo a un extraordinario aluvión de solicitudes de adopción internacional. Las administraciones se dedicaron con ahínco a organizar la

respuesta a esa ingente demanda, ideando procedimientos para agilizar la valoración de idoneidad, la preparación para la adopción y la tramitación de expedientes de solicitantes que pronto demostraron su capacidad de presión para lograr plazos y procedimientos lo más breves y ágiles posibles. Los mayores y mejores esfuerzos del sistema se pusieron entonces al servicio de esta masiva y apremiante realidad, con muy poca energía sobrante en pos de la adopción nacional, cuya realidad iba languideciendo lejos de los focos que sólo parecían tener luz para la muy visible adopción internacional.

Como ejemplo de hasta dónde llegaron las cosas, baste citar la comisión especial del Senado dedicada a debatir la problemática de la adopción internacional, de la que derivaron una serie de sugerencias que acabaron dando lugar a la promulgación en 2007 de la ley de adopción internacional, fuertemente centrada en la mejora de procedimientos, aunque también con alguna aportación de contenido tan relevante como la declaración explícita del derecho a conocer sus orígenes por parte de las personas adoptadas. Y, aprovechando el amplio espacio que las disposiciones finales permiten, en la ley se establecieron límites temporales a las posibilidades de oposición a la declaración de desamparo por parte de los padres biológicos, lo que sin duda tiene que ver con la adopción nacional, no con la internacional que la ley regulaba. Era un intento de evitar que casos como el de El Royo se repitieran. Una posterior sentencia del Tribunal Supremo (STS 569/2009) ha ayudado a perfilar aún más la concreción del indeterminado principio del "supremo interés del menor" en relación con limitaciones a la posibilidad de retorno a la familia de origen en determinadas circunstancias.

Dos comentarios adicionales permitirán, tal vez, situar en mejor perspectiva la realidad de la dualidad adopción nacional/internacional. El primero, para destacar el muy positivo papel que la adopción internacional ha jugado entre nosotros. Además del incuestionable beneficio que ha supuesto para las decenas de miles de familias y de menores implicados, la gran visibilidad de la adopción internacional en años recientes ha servido para mejorar la percepción social de la adopción, contribuyendo a sacarla del ámbito de lo privado y secreto en que se encon-

traba en nuestra sociedad. Además, gracias al enorme esfuerzo profesional desplegado, los procedimientos y técnicas de intervención profesional han mejorado de forma incuestionable. La investigación sobre adopción ha conocido un empuje también muy importante, con el consiguiente beneficio de cara al conocimiento y mejora de esa realidad.

El segundo comentario sirve para indicar que, en la dualidad adopción nacional/internacional, no todos los países han tomado el camino español. En circunstancias más o menos parecidas, otros países europeos optaron por dar prioridad a la adopción nacional, dedicando una atención menos intensa y casi exclusiva a la internacional. Se trata de una opción con muchas implicaciones, pues, por ejemplo, mientras que las familias de adopción internacional acuden al sistema de protección de cara a materializar su deseo de adoptar, en los casos de adopción nacional debe ser el sistema de protección el que se esfuerce por reclutar familias que se ofrezcan para hacerse cargo de los niños y niñas españoles susceptibles de ser adoptados, en su mayor parte bastante alejados del deseado perfil de bebé pequeñito y sin especiales problemas. Obviamente, no es lo mismo gestionar la demanda existente (adopción internacional) que esforzarse por promoverla y canalizarla en dirección de los niños y niñas que en nuestro sistema de protección van acumulando años de experiencia institucional y que cada vez resultan más difíciles de adoptar. Una vez más, lograr una dualidad menos desequilibrada implicaría un esfuerzo mucho mayor por parte del sistema de protección. Al fin y al cabo, gestionar la realidad es siempre mucho más fácil que transformarla.

Como se ha señalado anteriormente, la realidad de la adopción internacional ha ido cambiando en muchos países, de manera que las posibilidades de adoptar por esa vía a bebés pequeñitos sin especiales problemas se ha ido haciendo cada vez más remota. Los perfiles de menores disponibles en adopción internacional se parecen cada vez más a los de los existentes en el caso de la nacional. Si realmente se pusiera fin a la institucionalización de nuestra infancia en situación de riesgo y desamparo, los casos de adopción nacional deberían, con toda probabilidad, incrementarse, lo que no ocurrirá si no hay una apues-

••• **El rumbo que las cosas tomen en el futuro dependerá en gran parte de cómo se resuelva la situación de espera en que nuestro sistema de protección parece encontrarse** •••

ta más clara y decidida en esa dirección por parte de los agentes del sistema de protección, con esfuerzos vigorosos y mantenidos no sólo para que haya más adopciones nacionales, sino para que se constituyan y desarrollen en las mejores condiciones para su éxito. El rumbo que las cosas tomen en el futuro dependerá en gran parte de cómo se resuelva la situación de espera en que nuestro sistema de protección parece encontrarse.

### En espera

A finales de la década del 2000, el Senado español organizó una comisión especial dedicada, por fin, a debatir el acogimiento familiar y la adopción nacional, de cara a conocer mejor esas realidades y a sugerir propuestas legislativas. Las comparecencias pusieron de manifiesto, entre otras muchas cosas, la realidad de un sistema de protección caracterizado por las descompensadas dualidades que se han examinado en las páginas precedentes. La comisión elevó entonces al gobierno una serie de sugerencias que dieron lugar a un proyecto de ley que, entre otras cosas, trataba de poner fin a la institucionalización de los niños y niñas españoles (empezando por los más pequeños para luego afectar también a los de más edad), de redefinir las modalidades de acogimiento familiar y de facilitar los procesos de adopción nacional. Se enmendaba así lo que algunos consideramos que fue el error de la ley de 2007 sobre adopción internacional. Lo que entonces hubiera hecho falta habría sido una revisión en profundidad de todo el sistema de protección de infancia en España, incluidos los aspectos de la adopción internacional que hubieran de ser mejorados. Una opción seguramente inviable cuando la adopción internacional atraía toda la atención social, institucional y profesional. Mientras tanto, y de forma aislada respecto a otros temas, un importante cambio legislativo de 2005 abrió la posibilidad de adoptar por parte de parejas del mismo sexo, a las que la reforma del código civil abrió las puertas del matrimonio.

Lamentablemente, el proyecto de ley que hubiera debido servir, entre otras cosas, para poner en marcha una corrección en profundidad de las desequilibradas dualidades examinadas en este artículo, se quedó en la agenda del consejo de ministros por el adelanto de las elecciones que trajeron consigo un cambio de gobierno. El sistema de protección se ha quedado así en un tiempo de espera en el que ya sabemos cuáles son algunas de las cosas que se quieren cambiar y en qué dirección orientar el cambio, pero en el que todavía se carece de los instrumentos jurídicos que permitan hacerlo de manera decidida. De todas formas, conviene recordar que con la legislación actualmente existente se podrían ya hacer la mayor parte de las cosas contenidas en el proyecto de ley mencionado. Por poner un solo ejemplo, nada en la legislación vigente impide que una determinada comunidad autónoma decida que a partir del año que viene no se producirá ningún ingreso en sus centros de protección

••• **Con la legislación actualmente existente se podrían ya hacer la mayor parte de las cosas contenidas en el proyecto de ley** •••

de niños y niñas menores de tres años, así como que a partir de dos años después la prohibición se extenderá a los menores de seis años. Además, como ya ha quedado claro, el argumento para no hacerlo no puede basarse en los elevados costes económicos de una medida que, si acaso, supondría algún ahorro monetario y mucho mayor beneficio psicológico y social.

El sistema de protección de infancia español está, pues, en tiempo de espera. Hasta donde es sabido, el Ministerio correspondiente dispone de un proyecto de ley que fue consensuado por los diferentes partidos políticos y las distintas comunidades autónomas. Un proyecto que seguro puede aún enriquecerse y mejorarse para dar entrada a realidades que, como la posibilidad de adopción abierta, no encontraron lugar en aquel proyecto. Sería una buena ocasión para que el partido en el gobierno dejara alguna impronta legislativa positiva sobre el sistema de protección de infancia español, pues ninguno de los cambios legislativos anteriores (1987, 1996, 2005, 2007) llevó la firma de un presidente de gobierno conservador •

# Análisis de los controles y registros sanitarios de los menores institucionalizados en el sistema de protección

Mercedes Rivera Cuello, José Uberos Fernández y Antonio Muñoz Hoyos  
Grupo de investigación subnormalidad y desarrollo  
Departamento de Pediatría. Universidad de Granada

## INTRODUCCIÓN

El número de menores que se encuentran en el sistema de protección en nuestro país, según el observatorio de la infancia, asciende a 45.432, en cuanto a las medidas de protección adoptadas se continua observando un predominio del acogimiento residencial<sup>1</sup>. Este dibujo de la situación del sistema de protección está sujeto a un profundo cambio desde 2008 con la creación de una comisión especial del senado para el estudio de estas materias, una de las principales dificultades argumentadas para llevar este cambio a cabo es la existencia de una gran variabilidad en cuanto a normativa y legislación en materia de protección, así como, una amplia diversidad de centros y de tipos de gestión de los mismos en cada comunidad autónoma<sup>2</sup>.

Diferentes estudios, nacionales e internacionales, han demostrado la existencia de necesidades sanitarias específicas en los menores en el sistema de protección derivadas de la situación de desamparo a la que han sido expuestos, así como, a la condición de institucionalización posterior<sup>3-6</sup>. Pese a esta realidad, se constatan frecuentemente la existencia de serias dificultades para el seguimiento sanitario de los menores, dificultades derivadas de: la falta de coordinación entre los servicios sociales y sanitarios, la alta movilidad de los menores, el gran número de personas encargadas de su cuidado y la falta de acceso a la historia clínica de los niños<sup>7-11</sup>.

La normativa vigente en nuestro medio establece que en el expediente de todo menor en el momento

de ingreso en el centro debe constar un informe social, psicológico y sanitario. En caso de no adjuntarse, la entidad colaboradora procurará que el menor sea objeto de revisión médica por la institución correspondiente<sup>12,13</sup>, no existiendo normativa que estipule la sistematización del seguimiento sanitario durante su estancia en el centro.

Con todo lo expuesto, y habida cuenta del escaso número de publicaciones existentes en nuestro medio a este respecto, nos propusimos analizar el grado de cumplimiento de la normativa vigente en cuanto al seguimiento sanitario en términos de salud física y psíquica de los menores institucionalizados, así como el estudio de los registros sanitarios de los expedientes de los mismos, atendiendo a las posibles diferencias detectadas según la entidad gestora del centro. Por último analizamos la relación que pudiera tener el tiempo de estancia en la institución con las variables analizadas.

## MATERIAL Y MÉTODO

Ateniéndonos al Artículo 69 del decreto 355/2003 de 16 de Diciembre que legisla sobre prácticas académicas o profesionales y/o estudios de investigación en centros de protección, se realizó la petición de los permisos pertinentes a las autoridades competentes<sup>14</sup>.

Se diseña un estudio transversal acordándose un calendario de visitas a cada centro para la reunión con el personal del mismo y la revisión de los expedientes de los menores.

Se visitaron la totalidad de los 26 centros con programa residencial

básico de la provincia de Granada entre Diciembre de 2006 y Enero de 2007. Se procedió a la revisión de los expedientes de los menores para la obtención de los datos que quedan reflejados en la **tabla 1** y en los casos en los que éstos no constaban se obtuvo la información a través de la entrevista con el personal del centro.

Las variables cuantitativas se obtuvieron de la suma de las diferentes intervenciones sanitarias de las que había constancia. Es oportuno aclarar que, en cuanto a la procedencia del informe sanitario, la categoría "otros" se refiere a aquellas situaciones en las que el informe fue emitido por el hospital o el especialista que realizaba el seguimiento de alguna patología crónica previa al ingreso del menor en el centro. En cuanto a la existencia de registro sanitario, al no existir normativa al respecto, hacemos referencia a la existencia de cualquier tipo de registro interno en el que puedan revisarse todos los controles, informes médicos y seguimientos sanitarios del menor durante su estancia en la institución.

Para el estudio estadístico se realizó un análisis descriptivo de cada una de las variables respecto a los tres tipos de entidades gestoras, siendo estas, ONG, órdenes religiosas, asociaciones y centros públicos (**tabla 1**). Para la comparación de grupos se utiliza el test de Kruskal-wallis y de Mann-Whitne para las variables continuas, aplicando la corrección de Bonferroni, y el test de Chi cuadrado para las variables categóricas. Finalmente se realizó un test de regresión lineal utilizando como variable dependiente el tiempo de estancia en la institución.

**RESULTADOS**

Se revisaron un total de 294 expedientes, las pérdidas detectadas se deben a la imposibilidad de obtener la información solicitada por la inexistencia de datos concluyentes. La edad media de la muestra fue de 14.2 años y la prevalencia de menores no acompañados (MENA) del 43.5%. Los niños de mayor edad así como el mayor número de MENA se encuentran en los centros públicos o gestionados por asociaciones.

En un 46.9% de los expedientes revisados no constaban informes sanitarios al ingreso argumentándose, en la mayoría de los casos, la falta de emisión del informe por parte del pediatra a pesar de la revisión del menor, no se observan diferencias entre los centros. La mayor parte de los informes (48.2%) fueron emitidos por el centro de acogida inmediata o por el centro de salud. Se constató la presencia de algún tipo de registro sanitario sistematizado en un 23.2% de los expedientes, siendo más frecuente en los centros gestionados por órdenes religiosas.

La media global de visitas al pediatra, a urgencias y de ingresos hospitalarios fue inferior a 1. Existen diferencias en cuanto al número de visitas al pediatra, siendo significativamente mayores en los menores atendidos en centros gestionados por órdenes religiosas.

El 40% de los menores precisan revisión en al menos una consulta especializada, de estos, el 37% son seguidos por odontología y otra de las consultas enumeradas (tabla 1).

La estancia media de los menores en los centros es de 14.2 meses, siendo los menores de centros gestionados por ONGs y órdenes religiosas los que presentan estancias más prolongadas. Se encontró asociación entre el tiempo de estancia en la institución y la condición de MENA con estancias 6.7 meses inferiores. Los menores con mayor demanda asistencial (mayor número de consultas al pediatra, servicios de urgencias, ingresos hospitalarios y seguimiento en consultas especializadas) y aquellos en los que se objetiva la existencia de registro

**Tabla 1. Controles sanitarios de los menores institucionalizados según el tipo de gestión del centro.**

Controles sanitarios		Total	ONG	Orden religiosa	Otros	p
Tamaño muestral		294	107 (36.4%)	136 (46.3%)	51 (17.3%)	-
Edad (n)		294	13.5	12.6	16.4	0.001 b-c: 0.001
MENA n/%		128 (43.5%)	32 (29.9%)	45 (33.1%)	51 (100%)	<0.001 b-c:<0.001
Tiempo en la institución <sup>3</sup>		294	14.27	17.75	4.7	0.001 b: 0.005 c: 0.001
Existencia de informe sanitario	CAI <sup>1</sup>	100 (34.5%)	26 (24.5%)	51 (38.1%)	23 (46%)	p NS
	CS <sup>2</sup>	41 (14.1%)	17 (16.03%)	21 (15.7%)	3 (6%)	
	Otros	16 (5.5%)	8 (7.5%)	6 (4.5%)	2 (4%)	
	NO	136 (46.9%)	55 (51.9%)	56 (41.8%)	22 (44%)	
Registro sanitario n/%		66 (23.2%)	16 (16%)	50 (37.03%)	0	0.001 a-c:<0.001 b: 0.003
Número de visitas al pediatra registradas n/%		0.86	0.56	1.33	0.23	0.001 a: 0.01 c: 0.001
Número de consultas en urgencias n/%		0.6	0.47	0.8	0.23	p NS
Número de ingresos hospitalarios n/%		0.11	0.13	0.13	0.02	p NS
Seguimiento en consultas n/%	No	173 (60.3%)	66 (60.5%)	58 (44.6%)	46 (95.8%)	<0.001 b: 0.005 c:<0.001
	Dentista	22 (7.7%)	5 (4.6%)	17 (13.1%)	0	
	Dermatología	4 (1.4%)	1 (0.9%)	2 (1.5%)	1 (2.1%)	
	ORL	4 (1.4%)	1 (0.9%)	3 (2.3%)	0	
	Oftalmología	14 (4.9%)	7 (6.4%)	7 (5.4%)	0	
	USMIJ	3 (1.04%)	0	3 (2.3%)	0	
	P. familiar	4 (1.4%)	1 (0.9%)	3 (2.3%)	0	
	Otros	20 (6.9%)	9 (8.3%)	11 (8.5%)	0	
	Dentista+ 1	43 (14.9%)	16 (14.7%)	26 (20%)	1 (2.1%)	
		287	109	130	48	

1. Media del tiempo de estancia en la institución en meses.
2. Centro de acogida inmediata
3. Centro de salud
- a. Test Chi cuadrado ONG/ O. Religiosa
- b. Test Chi cuadrado ONG/Otros
- c. Test Chi cuadrado O. religiosa/Otros

sanitario presentaban estancias hasta 4.52 meses más largas.

**DISCUSIÓN**

Los resultados demográficos obtenidos concuerdan con la tendencia progresiva a buscar alternativas al acogimiento residencial para los niños más pequeños, hecho que justifica una edad media de los menores de 14.1 años, así como un progresivo aumento de la presencia de MENA en los centros de acogida, llegando a suponer en nuestra serie el 43.5% de la población atendida.

En cuanto a la gestión de los centros se observa que la mitad de los menores se encuentran en centros concertados gestionados por órdenes religiosas. La menor representación la tienen los centros públicos, en los cuales, en nuestro medio, únicamente se atiende a MENA que según nuestros resultados son los que menor tiempo de estancia registran.

En lo referente al informe sanitario al ingreso, se aprecia que hasta en el 46.9% de los expedientes revisados no constaba dicho informe, sin apreciar diferencias significativas entre los

centros. Son numerosas las referencias en la literatura sobre la necesidad de la realización de una exploración específica y un examen básico de salud de los menores en el momento del ingreso en el sistema de protección, siendo la detección de cualquier tipo de patología física o mental muy frecuente en este sector del 54% al 77% (3-5). Cabe destacar la referencia a la falta de emisión del informe por parte del pediatra que argumentaba la mayor parte del personal entrevistado en los centros.

En estudios realizados en Estados Unidos se ha demostrado la dificultad de detección de dolencias físicas de los menores por parte del personal del servicio de protección, de forma que, la falta de exámenes al ingreso o seguimientos pediátricos específicos podría ocasionar el detrimento de la salud de los menores<sup>10</sup>. A este

respecto, además de la realización del examen inicial, recomendado pediátricamente y estipulado por ley, se recomienda la realización de consultas de seguimiento pediátricas sucesivas durante la estancia de los menores en los centros<sup>(8,15)</sup>. En nuestra muestra se aprecia que la media de visitas pediátricas de las que existe constancia en los expedientes es inferior a 1, se objetivan diferencias estadísticamente significativas entre grupos, siendo los menores residentes en centros gestionados por órdenes religiosas en los que consta mayor número de visitas al pediatra, advertir que son estos centros, junto con los gestionados por ONGs, los que atienden menores más pequeños y en los que existen mayor número de registros sanitarios.

No existe ninguna normativa, estatal o autonómica, que, respecto de los

menores regule, el tipo de controles sanitarios ni el registro de los mismos, a este respecto nos propusimos evaluar el grado de accesibilidad a la historia sanitaria del menor mediante cualquier registro interno del centro, habida cuenta de las dificultades detectadas en estudios previos para el seguimiento sanitario de este sector de la población (4,8,11). La existencia de algún tipo de registro sanitario (clasificación y constancia de informes clínicos, calendario de citas y diagnósticos o anotaciones protocolizadas al respecto en los expedientes) se constató únicamente en el 22%, siendo más frecuente en aquellos centros gestionados por órdenes religiosas, seguidos por los gestionados por ONGs y nulo en el caso de los centros públicos. Esta falta de registro de los controles sanitarios de los menores, en gran parte atribuida a la movilidad de los menores durante su

Figura 1. Modelo de pasaporte clínico (Colorado. EEUU).

**DDHS Health Visit Report**

Developed 04/15/2001

Child's Name:		Date of Birth:	Date of Visit:
Caseworker Name:		Health Care Provider (Name and Address):	
Natural Parent Notified of Appointment on (date) _____ and Invited to Attend Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Person(s) Attending Visit with Child: <input type="checkbox"/> Foster Parent <input type="checkbox"/> Natural Parent <input type="checkbox"/> Caseworker <input type="checkbox"/> Case Aide <input type="checkbox"/> Other:			

**TYPE OF VISIT / VISIT INFORMATION**

<input type="checkbox"/> Initial Health Assessment <input type="checkbox"/> Well Child <input type="checkbox"/> Mental Health <input type="checkbox"/> Dental Exam <input type="checkbox"/> Dental Treatment <input type="checkbox"/> Vision Exam <input type="checkbox"/> Episode/Sick/Emergency <input type="checkbox"/> Other (specify): _____	<b>Significant History:</b> History of: Sexual Abuse Physical Abuse Abandonment Neglect Drug Exposure Bleeding Disorder Other: _____  <b>Chronic Illness:</b>  <b>Mental Health:</b> Developmental Delay Learning Disability Depression Substance Abuse Suicidal Ideation ADD/ADHD Behavioral Problems Truancy  <b>Current Med(s)/Dose:</b> _____  <b>Allergies:</b> NO YES: LIST: _____
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ht \_\_\_\_\_ % Wt \_\_\_\_\_ % LAB: PKU Hct Lead PPD Other

OFC \_\_\_\_\_ %

N = NORMAL A = ABNORMAL D = DEFERRED	N	A	D	Comments	DIAGNOSIS:
VITAL SIGNS					
GENERAL					
GROWTH					
VISION/EYES					
HEARING					TREATMENT RECEIVED AT THIS VISIT:
SKIN					PLAN (include Rx)
ORAL DENTAL					
EAR, NOSE, THROAT					
PULMONARY					
CARDIOVASCULAR					
GASTROINTESTINAL					
GENITOURINARY					IMMUNIZATIONS NO YES Attach copy
MUSCULOSKELETAL					
NEUROLOGICAL					
BEHAVIOR					REFERRALS Vision Dental Mental Health Other (Specialty/Provider)
SPEECH/LANGUAGE					
PSYCHOSOCIAL					NEXT APPOINTMENT:

Health Provider Signature: (Please print name clearly and sign) \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

DID YOU HAVE ADEQUATE MEDICAL HISTORY FOR THIS CHILD AT THIS VISIT? YES NO

**MEDICAL/DENTAL CARE PROVIDER: FAX THIS FORM TO 720-944-2209**

estancia en el mismo <sup>7,8</sup>, ha sido solucionada en otros países mediante la creación del llamado "pasaporte sanitario" donde, de forma protocolizada, se hace constar por parte del personal sanitario cualquier tipo de atención dispensada, este documento se adjunta al expediente del menor siendo facilitado a la persona que en cada momento este a su cargo<sup>8,16,17</sup> (**Figura 1**). Apuntar que una limitación de nuestro estudio es el desconocimiento del número de centros o familias en las que han residido los menores, en algunos estudios la prevalencia de menores que han estado al menos en más de un centro al año del ingreso en el sistema de protección es del 50% y hasta un 16% en más de cuatro<sup>5</sup>, lo que es considerado por los autores un condicionante de la falta de registros sanitarios.

Con todo lo expuesto resulta llamativa la alta prevalencia de seguimiento en consultas especializadas de los menores, hasta el 40% se encuentran en seguimiento, al menos en una consulta y de éstos el 37% están en seguimiento en más de una, dentista y unidad de salud mental con más frecuencia, dicha información, a pesar de la no existencia de registro en el expediente, fue facilitada por el personal del centro. Estos datos ponen de manifiesto la alta detección de patología física y/o mental en los exámenes de salud realizados al ingreso, hasta un 72.6% de los menores en los que consta el informe de ingreso se encuentran en seguimiento especializado. En un estudio realizado en Sydney, en el que se valoraba el grado de cumplimiento de las recomendaciones médicas realizadas en el momento del ingreso de los menores, se observó que, tras 10 meses, hasta en un 21.5% de los casos no se habían cumplido dichas recomendaciones, e incluso, en un 10% no se tenía conocimiento de las mismas. La variabilidad de cuidadores, la alta movilidad de los menores, así como la falta de adaptación del sistema sanitario a estas situaciones (listas de espera, protocolos de derivación...), son referidas como las principales causas<sup>18</sup>. Estas mismas podrían considerarse algunas de las causas que justifican la falta de seguimiento sanitario en los menores de centros públicos que cuentan con medias de estancias inferiores a los 5 meses.

Por último, atendiendo a la asociación entre el tiempo de estancia en la

institución y el seguimiento sanitario, se observa que los menores que cuentan con mayor número de visitas al pediatra, servicios de urgencias e ingresos hospitalarios presentan estancias más prolongadas, resultados que podrían considerarse esperables. Sin embargo, el dato de que sean los menores cuyos informes procedan del hospital o del médico especialista, así como, el hecho de que los que tienen registro sanitario sean los que cuentan con estancias más prolongadas, puede hacer pensar que el presentar algún tipo de enfermedad que requiera ingresos y controles seriados condiciona mayores tiempos de institucionalización, no obstante, para llegar a esta afirmación sería necesaria la realización de estudios longitudinales.

Como conclusiones de nuestro trabajo cabe destacar la falta de constancia de informes sanitarios al ingreso así como de las revisiones médicas de los menores. Dichos datos contrastan con la alta demanda de atención especializada por parte de este sector de la población infantil lo que pone de relieve las necesidades sanitarias específicas de estos menores. Se observa una falta de homogenización respecto a la metodología empleada en los diferentes centros, más llamativa entre los de gestión concertada y pública, lo que conlleva situaciones de inequidad manifiesta dentro del sistema de protección estatal.

En nuestra opinión, se hace necesaria la homogenización de los seguimientos sanitarios a los menores en el sistema de protección, tanto más en el momento actual, que se pretende la generalización del acogimiento familiar frente al institucional lo que puede aumentar la diversificación de los criterios de seguimiento, la elaboración de métodos específicos para la recogida de actos médicos evitando la pérdida de información en la historia clínica y la adaptación de los protocolos de derivación a consulta especializada para facilitar la atención de estos menores •

## BIBLIOGRAFÍA

1. Observatorio de la infancia. Estadística básica de medidas de protección a la infancia. 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social.
2. Comisión especial de estudio de la problemática de la adopción nacional y

otros temas afines. Informe de la comisión especial de estudio de la problemática de la adopción nacional y otros temas afines. 1-54. 2010. Boletín oficial de las cortes generales, BOCG, Senado.

3. Olivan Gonzalvo G. Características sociales y estado de salud de los menores que ingresan en Centros de Acogida. An Pediatría 1999; 50 (2): 151-155.

4. Steele JS, Buchi KF. Medical and Mental Health of Children Entering the Utah Care System. Pediatrics 2008; 122 (3): 703-709.

5. Nathanson D, Tzioumi D. Health needs of Australian children living in out-of-home care. Paediatrics and Child Health 2007; 43: 695-699.

6. Martín Martín V, Loredó Abdala A. Estado de nutrición en niños víctimas de abuso físico y de abuso sexual. Revista de investigación clínica 2010; 62(6): 524-531.

7. Hill CM, Watkins J. Statutory health assessments for looked-after children: what do they achieve? Child Care Health Development 2003; 29: 3-13.

8. American Academy of Pediatrics. Committee on Early Childhood AADC. Health care of young children in foster care. Pediatrics 2002; 109: 536-541.

9. Hjerm A, Vinnerljung B. Healthcare for children in foster and residential care. Acta Paediatr 2002; 91: 1153-1154.

10. Jee S, Barth R, Szilagyi M, Szilagyi P. Factors associated with chronic conditions among children in foster care. Journal of health care for the poor and underserved. 2006;17(2):328-341.

11. Crawford M. Health of children in out-of-home care: Can we do better? Paediatrics and Child Health 2006; 42:77-78.

12. Consejería para la igualdad y bienestar social. Orden de 16 de Abril de 2001, por la que se regula la cooperación entre la consejería y las entidades colaboradoras en el acogimiento residencial de menores. 2001. BOJA 50 del 03/05/2001.

13. Consejería para la igualdad y bienestar social. Orden del 9 de Noviembre de 2005 por la que se regula la cooperación entre la consejería y las entidades colaboradoras en el acogimiento residencial en Centros de Protección de Menores. 2005. BOJA num 222.

14. Dirección General de Infancia y Familias. Consejería para la igualdad y bienestar social. Junta de Andalucía. Acogimiento residencial de menores. Decreto 355/2003 de 16 de Diciembre. 1-67. 2003.

15. Olivan Gonzalvo G. Niños y adolescentes en acogimiento transitorio: problemas de salud y directrices para su cuidado. An Pediatría 2003; 58 (2), 128-135.

16. Simms MD, Kelly RW. Pediatricians and foster children. Child welfare. 1991; 70: 451-461.

17. Simms MD, Dubowitz H, Szilagyi MA. Health care needs of children in foster care system. Pediatrics 2000; 106: 909-918.

18. Nathanson D, Gillian L, Tzioumi D. Children in out-of-home care: Does routine health screening improve outcomes? Paediatrics and Child Health 2009; 45: 665-669.

PROTOCOLOS

# Acogimiento Residencial, Acogimiento Familiar y Adopción

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



SECRETARÍA DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD  
DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS PARA LA FAMILIA Y LA INFANCIA



## Protocolos

### Título: **Salud de los Niños Atendidos por el Sistema de Protección a la Infancia**

Subtítulo: **Acogimiento Residencial, Acogimiento Familiar y Adopción  
Guía para profesionales sanitarios y acogedores**

Autores: **Ángel Cortés Lozano\***  
**José A Díaz Huertas**  
**Mercedes Rivera Cuello**  
**Antonio Muñoz Hoyos**

Editado por: **Sociedad Española de Pediatría Social**  
ISBN - 13 : 978-84-695-3460-1  
Fecha de publicación: 31-5-2012  
Nº de Páginas: 24

Cada año, cerca de 40.000 niños/as en España precisan ser atendidos por los diferentes sistemas de protección en las comunidades autónomas. En la mayoría de estos menores se resuelve un acogimiento familiar (en menor número una adopción), pasando la mayoría previamente por un acogimiento residencial transitorio, y finalmente a ser atendidos por los recursos de salud de zona.

Actualmente se están planteando cambios, con rango de ley, a nivel estatal (concretamente en el Senado), uno de los cuales va a ser el limitar el acogimiento residencial para las edades más precoces (menores de 6 años). Con ello se producirá, de forma paulatina, un aumento del número de "acogimientos familiares profesionales", apareciendo mayor número de niños/as con medidas de protección en los centros de salud, que ahora están siendo atendidos, en gran número, por los profesionales sanitarios de las residencias de acogida.

Desde hace tiempo, se aprecia un desconocimiento, por parte de los profesionales sanitarios del sistema público de salud, de todo lo relacionado con el sistema de protección y su funcionamiento, de las características sociosanitarias de los menores protegidos, y de cómo abordarlas.

En el año 2009, la Sociedad de Pediatría Social, formó un grupo de trabajo de más de 30 profesionales relacionados con la atención a esta población infantil -pediatras, enfermeros, psicólogos, y de la comunicación- del que surgió la necesidad de crear una guía orientativa, para solventar ese desconocimiento relacionado con la salud de los menores y otros aspectos conceptuales relacionados con el sistema de protección.

En esta guía recién editada, se exponen datos estadísticos de menores protegidos, definiciones

de los tipos de medidas legales que se toman (tutelas, guardas), en qué consisten las diferentes clases de acogimientos (residencial, familiar, con todos su subtipos, etc.), comentarios sobre el estudio de la Comisión especial de estudio de la problemática de la adopción nacional, y otros temas afines (donde se argumenta la necesidad de potenciar el acogimiento familiar sobre el residencial, en menores de 6 años), etc. Pero sobre todo, se aborda de forma más extensa todo lo relacionado con las características sociosanitarias de esta población, sus factores de riesgo para la salud (que se inician ya en el periodo prenatal: embarazos no controlados, ingesta de tóxicos en el embarazo, presencia de infecciones con posibilidad de transmisión vertical,...), riesgo de déficits nutricionales (alimentación deficiente o inadecuada), cuidados médicos inadecuados o ausentes, existencia de maltrato en todas sus formas, déficits afectivos familiares, hábitos tóxicos y problemas relacionados con la sexualidad en menores peripuberales, etc.

Se incluye también en esta guía, un **protocolo orientativo** para la atención sanitaria, describiendo las actuaciones desde la primera vez que se atiende al menor (tanto exploraciones como pruebas complementarias), para determinar su estado de salud física y mental, controles sucesivos, ya sean de control de niño sano como de los problemas específicos de salud, promoción de la salud y funciones administrativas.

En conclusión, se pretende con esta guía una sencilla orientación para los profesionales interesados o directamente implicados en el manejo de estos niños/as que, por circunstancias, han precisado de una medida de protección y que requieren de una especial, aunque no complicada, atención de sus necesidades •

\* **Autor de esta reseña**

*Este documento, cuya reproducción está autorizada por la SEPS, se puede descargar libremente en la siguiente dirección: <http://www.pediatriasocial.es/Documentos/guiaSEPSacogimiento.pdf>*

# EL ACOGIMIENTO FAMILIAR EN AMÉRICA LATINA

Matilde Luna,

Líder del Proyecto RELAF (Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar)

con la colaboración de **Cecilia Ceriani** y **Mara Tissera Luna**, miembros del Equipo de Trabajo de Relaf.



**RELAF**  
Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar

A través de la teorización sobre la práctica por parte de científicos sociales y técnicos expertos, el acogimiento familiar ha sido clasificado y dividido en diferentes tipos. La definición más utilizada<sup>1</sup>, establecida por las Directrices de Naciones Unidas sobre las Modalidades Alternativas de Cuidado de Niños, lo designa como la práctica en la que las funciones de cuidado y crianza de un niño se llevan a cabo por parte de una persona o familia otra que los progenitores o familia nuclear. Esto, sin modificar su estructura, dinámica o rutinas, y sin que por esto medie un vínculo de filiación. Es decir, sin que la identidad jurídica del niño o su familia biológica sean alteradas. Es importante señalar que los programas de acogimiento familiar, como práctica llevada a cabo por gobiernos y ONGs con el objetivo de desarrollar una alternativa a la institucionalización de los niños sin cuidados parentales, tienen sus bases en la costumbre difundida en nuestra cultura del cuidado de los niños que se encuentran sin el cuidado de sus padres, por parte de la familia extensa, la parentela o miembros de la comunidad.

Cuando las familias se responsabilizan del cuidado del niño, en el marco de una convocatoria de un organismo gubernamental o no gubernamental, los cuales supervisan y fijan pautas para el cumplimiento de ese papel, se habla de *acogimiento familiar formal*. Este es también el caso de la situación de acogimiento que, habiéndose generado como producto de un arreglo entre la familia de origen y la de acogimiento, es informada a los dispositivos burocráticos estatales para que sus representantes medien en el proceso. Por su parte, en aquellos casos en los que el cuidado es pautado por la familia de origen y la acogedora, en un acuerdo en el que no media ninguna autoridad gubernamental que regule o supervise el traspaso de responsabilidades, se habla de *acogimiento familiar informal*.

Si bien esta modalidad de cuidado puede clasificarse también según su duración, se considera en general que tiene un carácter temporal. Esto es así puesto que se espera que en sus dos modalidades, la formal y la informal, los cuidadores se hagan cargo de los niños hasta que sean

autónomos o hasta que sus padres biológicos puedan retomar su cuidado. En el caso del acogimiento formal, cabe aclarar, la medida puede también ser interrumpida por la decisión de las autoridades de dar en adopción al niño a la misma familia de acogimiento o a otra.

## La concepción del acogimiento familiar en América Latina

Hasta aquí, la definición y posibles clasificaciones del acogimiento familiar. Es momento de adentrarse entonces en las particularidades de la práctica, en función de su contexto. El interés, en este caso, radica en América Latina. Al respecto, lo primero que debe mencionarse es cierta particularidad del término. En España, por caso, se trata de una expresión bien conocida, al igual que la práctica que comprende. Sin embargo, en Latinoamérica invoca una serie de complejas representaciones ligadas a las prácticas de protección de derechos de niñas y niños sin cuidado parental. Sucede que el término se constituye en la región latinoamericana como un significativo nuevo, que si bien se basa en una antigua experiencia social y cultural, no remite a representaciones asociadas como en los países anglosajones respecto del término *foster care*.

Para continuar, es preciso decir que la región no cuenta con leyes de acogimiento familiar, a excepción de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina, que posee una legislación específica. Por tal motivo, los programas y sus prácticas se ajustan al marco de la Convención de los Derechos del Niño y sus leyes de adecuación, particularmente en el artículo 20. Respecto de la política pública, en tanto, el acogimiento familiar adquiere relevancia en la



medida en que se hace visible como práctica alternativa a la institucionalización. En los hechos, esto ha sucedido así en varios de los países latinoamericanos. Al revisar sus políticas públicas, los programas de acogimiento son vistos como una salida o como una nueva respuesta a la internación, junto a los programas de fortalecimiento familiar.

### La pobreza como telón de fondo

La problemática de los niños sin cuidados parentales merece especial atención en la región. Entre las causas que llevan a esa situación, se identifica a la situación de pobreza y desigualdad económica y social como principales. El continente se caracteriza por las altas tasas de pobreza e indigencia: en promedio, la primera llega al 20% y la segunda al 12,9%. Más allá de este promedio, en países como Honduras, Nicaragua y Haití, más del 50% de la población se encuentra bajo la línea de pobreza. Es preciso destacar que, tal como está establecido en la legislación internacional, la pobreza no debe ser la causa de la separación de un niño de sus cuidadores, pero ésta se convierte en una causante principal en la medida en la que lleva aparejada la falta de acceso, de los adultos responsables y niños, a los servicios de educación, salud vivienda y trabajo, los cuales deberían ser proveídos por el Estado.

Entre las situaciones específicas que se identifican como características del grupo de niños que sufre la pérdida de cuidados de los adultos, se encuentran las migraciones, tanto las económicas que se producen nacionalmente (en general del campo a la ciudad) como las económicas internacionales y los desplazamientos forzados como consecuencia de luchas armadas. Otra de las causas es la orfandad, la cual deriva de situaciones de violación de derechos. Por ejemplo, los conflictos armados, la desnutrición y la falta de acceso a servicios de salud, derivan en una alta incidencia de la enfermedad del VIH/SIDA y otras que pueden ser fácilmente prevenidas si se cuenta con los servicios adecuados. Las catástrofes naturales, por su parte, también figuran entre las problemáticas.

Otra de las causas es el embarazo adolescente, que puede derivar en



*En 2010, el entonces presidente de Brasil, Lula Da Silva compartió el discurso de apertura del Seminario RELAF, con la autora de este informe, Matilde Luna.*

situaciones en las que los jóvenes se conviertan en jefes de hogar y en el abandono del hogar por parte de los adolescentes debido al rechazo de su familia. Por último, se identifican también el trabajo infantil y la explotación sexual y comercial; las dificultades en el acceso a la educación; el uso de drogas y situaciones de conflicto con la ley por parte de los adultos, así como los abusos y la paternidad irresponsable; y por último, los "hogares encabezados por niños", es decir, los niños y adolescentes que, ante la falta del cuidado de sus adultos responsables, pasan a ser "jefes de hogar".

### Situación de la niñez institucionalizada

Una mención especial merece la cuestión de la situación de los niños sin cuidados parentales que se encuentran institucionalizados en la región. Esta dimensión se refleja en estadísticas: las cifras oficiales expresan que actualmente hay en el mundo 8 millones de niños, niñas y adolescentes creciendo en instituciones<sup>2</sup>. Por su parte, en un relevamiento de 17 países que incluían naciones sudamericanas, centroamericanas y del Caribe, se calculó un número total de 374.308 niños viviendo en instituciones de cuidado<sup>3</sup>, lo que demuestra la magnitud de esta problemática en el continente (Ver Gráfico pág. 22). En la Argentina, por ejemplo, la cifra asciende a 17.063, repartidos en 642 establecimientos encargados del cuidado de niños,

niñas y adolescentes que se encuentran en cuidado institucional por causas sociales o de violencia familiar, también llamadas "de protección o asistenciales"<sup>4</sup> (en contraposición a aquellos que se encuentran albergados en instituciones debido a una medida de la justicia penal).

### Papel de RELAF

Tras este pantallazo de la situación regional, resulta de interés presentar el trabajo de RELAF: la *Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar*, por el derecho a la convivencia familiar y comunitaria de niñas, niños y adolescentes, promueve y apoya las estrategias de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales para la des-internación de niños y adolescentes. Trabaja también para prevenir la necesidad de separación de las familias de origen y de las comunidades, así como en la promoción de formas de cuidados alternativos basados en familias, llevando a la práctica el cumplimiento del Derecho a la Convivencia Familiar y Comunitaria.

En este sentido, viene trabajando junto a socios y aliados, ofreciendo cooperación técnica, capacitación, formación, supervisión de proyectos y tareas de incidencia en las políticas públicas respecto del cumplimiento del derecho a la convivencia familiar de niñas, niños y adolescentes. En algunos países, ha promovido la revisión de las prácticas y la adecuación de los marcos políticos y nor-

### Cantidad de niños institucionalizados en América Latina (por país)



6 Datos de los Informes Nacionales de Aldeas Infantiles SOS.

**Nº Total de Niños en instituciones (de los países señalados): 374.308\***

\* La cifra es aproximada, debido a subregistro.

mativos públicos para establecer enfoques de derechos humanos en prácticas concretas.

En tanto centro regional de referencia en materia de acogimiento familiar, RELAF acompaña experiencias desarrolladas en diversos países. Tal es el caso de Guatemala, donde la Red participa del fortalecimiento del "Programa de Familias Sustitutas" de la Secretaría de Bienestar Social. Este programa es muy importante, ya que brinda cuidados familiares a niños cuyas familias, por distintas razones, no pueden hacerse respon-

sables de dicho cuidado. Las familias sustitutas actúan hasta tanto se resuelva la situación que dio origen a la separación familiar o se decida la adopción por parte de otra familia. Este programa de gobierno -y otras iniciativas llevadas adelante por ONGs como Buckner, Refugio de la Niñez y Nuestros Ahijados, mencionando las más importantes- se encuentra en desarrollo en distintas regiones del país. Sin embargo, aún alojan a un número pequeño, si se compara con los mil niños y niñas de entre 0 y 18 años institucionalizados en el Hogar Solidario, una institución

que vulnera el derecho de los niños a vivir en familia y comunidad, y que va en sentido contrario a la adecuación de los cuidados alternativos que en la región se está impulsando a la luz de las Directrices de Naciones Unidas sobre las Modalidades Alternativas de Cuidado de Niños.

En Paraguay, en tanto, RELAF ha cooperado técnicamente con el Programa de Acogimiento Familiar del Centro de Adopciones de la Secretaría Nacional de la Niñez, que ha permitido el cierre de un centro de internación de bebés. En cambio, las



Participantes en la Actividad de Validación de *Versiones Amigables de las Directrices para Niños*, realizada en Buenos Aires en 2011, con el objetivo de evaluar el documento del mismo nombre, elaborado por RELAF.

familias acogen ahora a los bebés y niños pequeños temporariamente, mientras se deciden sus situaciones. En el país, RELAF ha cooperado también en el desarrollo de la Red Paraguaya de Acogimiento Familiar.

En Perú, la RELAF apoya a Buckner Internacional, que mediante un convenio con el Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar (INABIF) ha desarrollado el Programa Familias Acogedoras. Esta iniciativa busca hogares temporales para que niños y niñas en abandono moral y riesgo social puedan crecer y desarrollarse en el seno de una familia que les brinde atención y facilite su desarrollo integral durante dos años. Esto, sin perder contacto con sus familias biológicas, que por el momento no están en condiciones de tenerlos. Actualmente, participan en el Programa niños y niñas de 5 a 12 años de edad que viven en hogares del INABIF en Lima. Las familias seleccionadas como acogedoras son capacitadas por profesionales del INABIF y de la Fundación Buckner, y están sometidas a supervisiones permanentes.

Por otra parte, en la Argentina, RELAF coopera en las actividades que realiza Ieladeinu cuyo programa de acogimiento trata de integrar en familias a niños y niñas de la comunidad judía que han padecido malos tratos severos en sus familias. La participación de la Red consiste en dar apoyo técnico al equipo que realiza la selección, preparación y seguimientos de los acogimientos y los padrinzagos.

En Uruguay, RELAF ha apoyado las

actividades que organizan los integrantes del Consejo Consultivo Latinoamericano por Uruguay y del Directorio del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU). Las acciones desarrolladas promueven las prácticas de des-interacción, haciendo hincapié en las políticas de protección pautadas por las Directrices de Naciones Unidas. Este país se encuentra ante un desafío marcado por la ley 18.590 promulgada en 2009, que impone plazos máximos de permanencia de los niños en acogimiento institucional. Ante esta situación, se trabaja actualmente en alternativas que pretenden tomar como eje la protección del derecho a la convivencia familiar y comunitaria. En esa línea, las medidas de acogimiento familiar y la adopción tienen un lugar preponderante en la posición del Directorio del órgano rector de políticas de niñez y adolescencia. Los aspectos culturales y de representaciones respecto de las familias vinculadas a estas medidas de protección aparecen como preocupación del INAU. En este sentido, también se ha trabajado apoyando a las organizaciones en la creación y fortalecimiento de la Red Nacional por el Derecho a la Convivencia Familiar y Comunitaria, iniciativa que surge a partir de la convocatoria de los miembros de RELAF en ese país.

En Costa Rica, finalmente, la organización no gubernamental Casa Viva trabaja, junto con el Patronato Nacional de la Infancia (PANI), para ubicar a niños y niñas en familias, desde octubre de 2005. Esta organización, con la cual RELAF interactúa, capacita familias para acogimiento.

Además, cuenta con un equipo de profesionales que apoya a las familias y a los niños y niñas. Cabe señalar que el 70% de los niños que salen del programa de acogimiento han logrado reencontrarse con su familia de origen, y un 15 por ciento ha sido adoptado por la familia Casa Viva u otra familia.

En concreto, estas experiencias permiten conocer el trabajo de la Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar. En un plano más amplio, en tanto, ofrecen un panorama general de las problemáticas de la región y de las respuestas posibles en materia de prácticas y programas que trabajan por favorecer el cumplimiento del derecho a la vida en familia y comunidad •

**Matilde Luna** es psicóloga, magister en niñez y familia. Es docente en universidades de Argentina, Ecuador y Guatemala. Desde el año 2008, es Líder del Proyecto RELAF, Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar, con sede en Buenos Aires y actuación en la región de América Latina..

\* **Los documentos y referencias citados en este artículo se encuentran disponibles en el sitio web de Relaf: [www.relaf.org](http://www.relaf.org). Dirección de contacto: [info@relaf.org](mailto:info@relaf.org)**

### Referencias

1. RELAF. "Informe Latinoamericano. Situación de la niñez sin cuidado parental o en riesgo de perderlo en América latina. Contextos, causas y respuestas". Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Junio de 2010.
- 2.- Pinheiro, P. (2006). *World report on violence against children*. Naciones Unidas, Nueva York.
- 3.-RELAF. "Informe Latinoamericano. Situación de la niñez sin cuidado parental o en riesgo de perderlo en América latina. Contextos, causas y respuestas". Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Junio de 2010.
- 4.- Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. "Privados de libertad. Situación de niños, niñas y adolescentes en Argentina". Argentina. Julio de 2006.

# Políticas Sociales de Protección a Niños, Niñas y adolescentes:

## Apoyo Familiar previo al Acogimiento Familiar e Institucional



**Lorena Chávez Ledesma**

Coordinadora General de Protección Especial  
Ministerio de Inclusión Económica y Social - MIES  
Instituto de la Niñez y la Familia - INFA

**Ecuador**

A pesar que la protección integral abarca **todos** los derechos y a **todos** los niños, niñas y adolescentes, la evolución de las políticas sociales de prevención y atención a este grupo ha sido lenta, mucho más en los temas relacionados a la privación temporal o definitivamente, de su medio familiar.

Históricamente la propuesta de acogimiento institucional se ha basado en la construcción de ambientes artificiales para "proteger" al colectivo de niños, niñas y adolescentes que debían ser rescatados de sus familias y de sus comunidades; en esta visión el niño por sí solo no tiene capacidad, solamente la obtiene a través de un adulto.

En un primer momento surgen *Políticas Públicas Asistencialistas* inspiradas en los principios de la caridad cristiana y se organizan servicios como casas de beneficencia, asilos de huérfanos y expósitos, y albergues con el fin de satisfacer necesidades primarias: comer y dormir; programas focalizados y asistenciales que compensaban políticas económicas excluyentes e instrumentalizaban a los sujetos de beneficio (paternalismo, clientelismo), desestructurando sus propias capacidades ciudadanas y de organización. Se aislaba a esta población del resto de la sociedad; esto significaba su ingreso a las instituciones por tiempo indefinido, en muchas ocasiones toda su infancia y adolescencia, desde la perspectiva de que allí recibirían mejores cuidados que en su familia, penalizándose con estas medidas la pobreza y a las familias pobres.

En un segundo momento surgen Políticas sectoriales universales limitadas (educación, salud y seguridad social), con servicios de facto privatizados, y por tanto mercantilizados, y servicios públicos restringidos de baja calidad -para pobres, eternizándose la desigualdad- donde se asume la *Protección Tutelar del Estado* en miras de la minoridad de los Niños, Niñas y Adolescentes, creándose correccionales, colonias agrícolas y cooperativas infantiles.

En un tercer momento histórico se dio un salto cualitativo, supuestamente con un criterio social, con la creación de leyes de protección de menores y la cura del abandono y la delincuencia infantil y juvenil. Y, por



último, llegó el enfoque de *Titularidad de Ciudadanía para la Niñez y Adolescencia* y el de *Protección Integral*, que en muchos de los casos se quedó en el discurso y no en la práctica de atención.

En las políticas de derechos, normalmente no se establecen programas o formas de prevenir la violación de derechos. Simplemente se definen los derechos y los mecanismos de restitución en caso de que sean violados, y éste es un problema serio en el acogimiento institucional: ante situaciones de violencia al interior de la familia, o por percepciones de los operadores sociales frente al tema, la solución más fácil es la privación del medio familiar, lo que conlleva a la pérdida del derecho de vivir y disfrutar de la convivencia familiar.

Cada familia hace lo que puede con los recursos que tiene, y cuando hablamos de recursos no son sólo los económicos, sino los recursos sociales, psicológicos y biológicos que tienen.

En este marco, las políticas de protección integral y especial, deberían estar orientadas a modificar la situación familiar que motivó el ingreso del niño al sistema de protección, y así evitar la pérdida de sus vínculos familiares y el paulatino abandono de los padres hacia sus hijos/as.

### Una actuación previa: el Apoyo Familiar

Una Política Pública de trabajo de prevención del abandono o privación del medio familiar de niños, niñas y

adolescentes debe ser el APOYO FAMILIAR. Muchas de las familias que acuden a las instituciones pidiendo el internamiento de sus hijos e hijas, están viviendo una situación de crisis personal o familiar, que conduce a buscar la única solución visible como reacción lógica del momento que atraviesan. Si el proceso de apoyo familiar, ya sea intervención en crisis, o apoyo social, psicológico, legal, económico o de cualquier otra índole, comenzase el mismo momento en que se conoce la situación de violación de derecho o el reconocimiento por parte del adulto de una dificultad, los niños, niñas y adolescentes con los que trabajamos vivirían aún con sus familias.

Esta medida de apoyo familiar es la base del trabajo de protección integral a los niños, niñas y adolescentes. El apoyo familiar, no solamente está dimensionado desde el apoyo puntual a cada miembro de la familia de forma individual y al grupo familiar, sino a su entorno más inmediato; eso implica la inserción de la familia en las redes comunitarias existentes, a fin de que este tejido social contenga a la familia en su proceso de cambio.

Este servicio también está orientado a promover procesos de cambio, al interior de las familias, que posibiliten una mejor relación y atención con respecto a sus hijos, y apoyar materialmente a los niños, niñas y adolescentes, con una contribución económica o de otra naturaleza, para mejorar sus condiciones para el ejercicio de sus derechos a la salud, educación, recreación, alimentación, entre otros.

### La tendencia a lo más fácil

No obstante, cuando evaluamos el trabajo con la familia por parte de los profesionales de los servicios sociales, nos damos cuenta que la decisión más fácil, ante una situación de violación de derechos de niños, niñas y adolescentes, es el acogimiento institucional. La falta de formación profesional en metodologías sistémicas y grupales de trabajo con familias, hace recurrir a la solución más fácil para ellos, pero no para las víctimas y sus familias.

A pesar de la creciente inversión en políticas sociales, los recursos para este tipo de atención son escasos y, si sumamos a esto la falta de propuestas metodológicas de trabajo terapéutico grupal, sin desestimar la terapia individual cuando sea necesario, hace que estos



Foto (MIES): Acogimiento familiar en Loja (Ecuador)

procesos sean largos y costosos, sin resultados visibles a corto plazo. Por ejemplo, procesos terapéuticos individuales, durante 3 o 4 años, mientras el niño permanece institucionalizado, sin posibilidades de ser reinsertado en su familia nuclear o ampliada, o declarado en adoptabilidad.

Si las Políticas Públicas de Protección Social a esta población no se incorporan a un sistema integral, queda limitado a políticas asistenciales. Por esta razón la propuesta de construir un abanico de políticas a las que puedan acceder los niños y sus familias al igual que los profesionales es importante.

### Propuestas

1. **Políticas de apoyo familiar:** Pensiones no contributivas, acceso a salud, educación, apoyo económico específico, asistencia domiciliaria, asistencia social, legal, psicológica, contención comunitaria, entre otras.
2. **Acogimiento familiar:** Familias Calificadas, programas territoriales, redes de familias acogientes.
3. **Acogimiento Institucional:** Espacios familiares y comunitarios (Casas Familias), en los barrios, espacios de acogimiento transitorio.

Pero para construir esta propuesta es necesario:

- Acción eficiente y de calidad en los factores asociados:
  - *Educación y Formación del talento humano:* especialmente en derechos, técnicas terapéuticas grupales, mediación de conflictos, interculturalidad.
  - *Infraestructura:* priorizar espacios pequeños para el acogimiento institucional, ubicados en comunidades lo más parecidas a las de los niños, niñas y adolescentes.
- Políticas y programas diferenciados:
  - *Intervenciones diferenciadas de política pública,* para disminuir brechas y aumentar las capacidades de las familias para la contención de sus hijos e hijas ●

# La adopción, una medida de protección para niños y niñas víctimas de abandono y negligencia en República Dominicana



Mirna I Josefina Luna Rodríguez

Pediatra clínico. Ex-directora del Departamento de Salud y Nutrición. CONANI. República Dominicana

La adopción es una medida de protección permanente que garantiza, a los niños, niñas y adolescentes faltos del cuidado de una familia, la oportunidad de crecer en el seno de una familia que les garantice sus derechos fundamentales. La adopción y sus procedimientos han sufrido cambios en la República Dominicana a partir de la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), ratificada en 1991. Por tanto, un largo proceso se inicia en la legislación dominicana a fin de adecuar su marco jurídico a los principios de la Convención. En 2004 se promulga la Ley 136-03, que crea el Código para el Sistema de Protección y Derechos Fundamentales de Niños, Niñas y Adolescentes, documento que da directrices de protección a la infancia y adolescencia, en el territorio nacional.

Antes de la CDN, la adopción era un acto consensual entre la familia adoptante y la familia que entregaba a su hijo para que fuera criado en el seno de otra familia. Diversas situaciones, en particular la económica, motivaban este procedimiento. Para entonces la adopción tenía un carácter jurídico y estaba vinculada exclusivamente al derecho de familia.

El art. 113 de la Ley 136-03, establece que la adopción debe considerarse sólo para casos excepcionales y en las circunstancias que se determinan en la referida ley. La adopción es una medida de integración y protección familiar para los niños, niñas y adolescentes en función de su interés superior, cuyo proceso debe ser llevado bajo la suprema vigilancia del Estado.

En cumplimiento de esta responsabilidad se han creado los mecanismos necesarios para evitar que la adop-

ción sea utilizada indiscriminadamente. Al efecto, los procedimientos administrativos deberán ser canalizados a través del Departamento de Adopciones del Consejo Nacional para la Niñez y la Adolescencia (CONANI), y necesitan ser homologadas por el Tribunal de Niños, Niñas y Adolescentes.

El nuevo marco legal ofrece mayores garantías a los niños, niñas y adolescentes en República Dominicana, sin embargo las condiciones sociales, políticas, económicas sanitarias actuales continúan constituyendo amenazas para el desarrollo integral de la niñez y adolescencia provenientes de entornos vulnerables.

Conociendo que los niños adoptados con mucha frecuencia son, antes de la adopción, víctimas de malos tratos, negligencias y otras vulneraciones graves de sus derechos fundamentales, investigamos para conocer la respuesta que ofreció el nuevo sistema de protección a los niños faltos del cuidado de una familia, o que

teniéndola no ofrecía garantías para su desarrollo integral. Además quisimos conocer cuáles situaciones de desprotección motivan la adopción y las condiciones de salud presentes a su ingreso al centro de acogida.

## Material y Método

Se revisaron los expedientes de los casos de niños que ingresaron al Hogar Moisés (centro de acogida para menores de 5 años) y que fueron dados en adopción por filiación desconocida desde el 2005 al 2008, y cuya adopción estuviera vigente y la entrega a los padres adoptantes ocurriera en el periodo de estudio. Diseñamos un formulario para la recolección de los datos, y utilizamos el software SPSS Statistics 17.0 para su análisis.

## Resultados

De 398 niños y niñas ingresados al hogar Moisés en el período de estudio, el 19% (76 casos) cumplieron con los criterios de inclusión.



De las situaciones de desprotección que dieron lugar a la adopción, el 80.3% (61) fue a consecuencia del abandono, seguida del retiro de la autoridad parental en 11.8% (9). La entrega voluntaria ocurrió en el 7.9% (6) de los casos. (Gráfico 1)

El sexo más frecuente fue el masculino, con el 59.2% (45) de los casos.

El abandono, con mayor frecuencia ocurrió (pág. 14. Tabla 3) en los centros hospitalarios, en particular las áreas de terapia intensiva neonatal y alojamiento conjunto, en 22 casos, seguido del abandono en la comunidad o vía pública (iglesias, transporte colectivo, terrenos baldíos) en 21 casos. El abandono con cuidadores no relacionados (personas a quienes se les paga por cuidar a los niños), sucedió en 12 casos. En 5 casos los niños fueron dejados

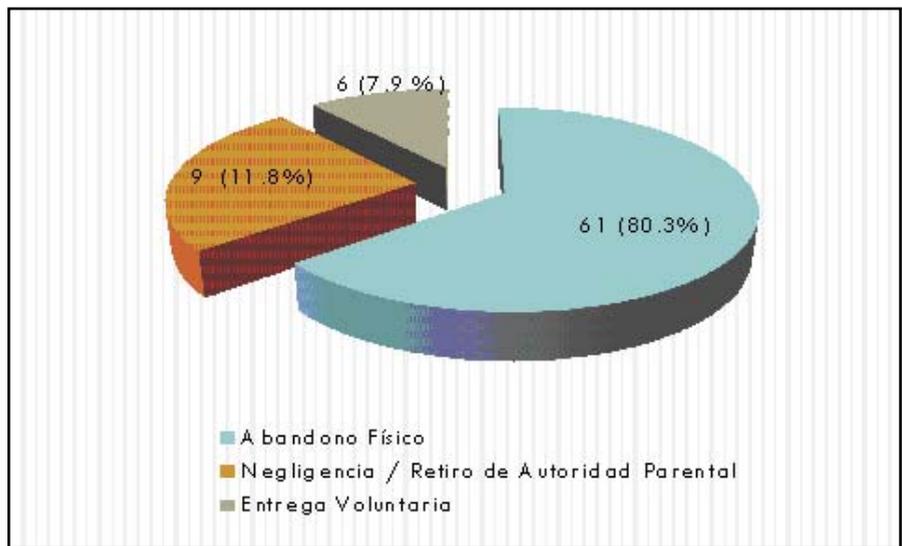


Gráfico 1. Motivo de Adopción. Población Total: 76

	Edad	%	Casos
Recién Nacido	0-1 mes	28.9	22
Lactante Menor	1-11 meses	11.8	9
Lactante Mayor	1 año a 1 y 11 meses	11.8	9
Preescolar	2 a 4 años	13.2	10

Tabla 1. Edad al Ingreso a Centro de Acogida.

abandonados en las áreas de la consulta externa de hospitales pediátricos. En 1 caso fue abandonado en una institución de acogida para hijos de padres privados de libertad.

El retiro de la autoridad parental fue en el 44% (4) motivado por la enfermedad mental de la madre, en 22% (2) por trato negligente. El 11% (1) respectivamente ocurrió por drogodependencia de ambos padres, tráfico de menores y maltrato físico severo. En todos los casos no se encontró familia extendida que asumiera la tutela.

La entrega voluntaria fue motivada por embarazo no deseado en 5.2% (4) de los casos, de los cuales en un caso se debió a incesto. Dos casos fueron entregados al CONANI por madres que se encontraban en etapa terminal de SIDA y decidieron asegurar el bienestar de sus descendientes de esta manera.

De los niños y niñas que ingresaron a Moisés en el periodo neonatal, el

63.3% (14) eran sanos, el 36.7% (8) presentó alguna condición médica luego de su nacimiento que requirió su hospitalización, (el 50% de estos casos cursaban con un retraso en el crecimiento intrauterino). De los lactantes menores, el 17% (13) tenían una historia de enfermedad que requirió su hospitalización. Este grupo de edad permaneció un promedio de 76 días hospitalizados (180-38 días).

Al evaluar los parámetros antropométricos de ingreso al centro de acogida, en el 86% la relación peso/edad se encontraba por debajo del promedio esperado, en el 7.9% se encontraba dentro de lo esperado. La relación talla/edad estaba por debajo del promedio en 56.1%, el resto se encontraban a dentro de los parámetros esperados. No fue posible recuperar el perímetro cefálico en los niños estudiados.

Cerca del 80% de los niños de nuestro estudio presentaban una o varias patologías al momento de su ingreso al centro de acogida. La patología más frecuente fue la infección de piel en el 23.7% (18),

seguida de la desnutrición (moderada a severa) diagnosticada en el 22.5% (17) de los casos. En la siguiente tabla enumeramos las distintas patologías diagnosticadas por el pediatra del centro de acogida al momento del ingreso. (Tabla 2)

En el 11.8% (9) se detectó retraso en el desarrollo madurativo (el 5.3% con retraso global, 2.6% con retraso en el lenguaje, 2.6% retraso motor grueso y 1 caso con retraso motor fino); en el 7.9% (6) de los casos se sospechó retraso del crecimiento corroborados en los subsecuentes controles de peso y talla. El retraso madurativo global y la desnutrición severa (marasmática) se presentaron en los grupos de mayor edad, en lactantes mayores y preescolares en 2 casos respectivamente.

Diagnósticos	Casos	%
Desnutrición	17	22.5
Anemia clínica	9	11.8
Infección de piel	18	23.7
Gingivostomatitis	9	11.8
IRA	6	7.9
Gastroenteritis aguda	6	7.9
Hijo madre VIH	3	3.9
Hijo madre Hep	1	1.3
Hernia Inguinal	1	1.3
Hernia umbilical	5	5.6
Retraso en desarrollo	9	11.8
Retraso en el crecimiento	6	7.9

Tabla 2. Diagnósticos de Ingreso al Centro de Acogida.

LUGAR	Numero de Casos	Porcentaje (%)
Hospitalario / Área de Hospitalización	22	36.1
Comunidad / Vía Pública	21	34.4
Con cuidadores SIN vínculos	12	19.6
Hospitalario / Consulta Externa	05	8.2
Institución	01	1.6

**Tabla 3.** Lugar de Abandono.

## Discusión

El abandono, el rechazo y la negligencia fueron las principales causas que motivaron la adopción en nuestro estudio. El abandono es una forma severa de maltrato infantil que expone la integridad física de quienes lo sufren y los priva en muchos de los casos de conocer su identidad, sus orígenes, su historia de vida y sus antecedentes. Esta forma de malos tratos, ocurre con mucha frecuencia en los países que no cuentan con un mecanismo legal que les permita a los padres renunciar de manera formal a sus derechos parentales.<sup>2</sup> La República Dominicana cuenta con el recurso legal que permite a los padres abdicar a sus derechos parentales, no obstante la población general desconoce de esta posibilidad. Campañas informativas deben realizarse a fin de dar las informaciones que permitan a la población conocer este recurso, sin que esto favorezca su utilización de manera indiscriminada.

Los niños de menor edad fueron los más frecuentemente abandonados, resultados que concuerdan con lo expresado por numerosas investigaciones, refiriendo que el intervalo de edad de mayor incidencia de abandono o negligencia es el periodo comprendido entre los 0 a 4 años. Las investigaciones son escasas para establecer las causas del abandono, a pesar de ser esta una de las situaciones de desprotección más grave y de consecuencias dramáticas que sufren los niños en sus primeros años.

El *Estudio sobre las variables que intervienen en el abandono o negligencia* reporta que el abandono y la negligencia se asocian con la relación

de pareja y familiar conflictiva, bajo nivel educativo, inestabilidad laboral. Cita además uno de los trabajos de investigación más relevantes en los casos de abandono, específicamente con madres negligentes, realizado por Polansky y colaboradores (1972), y distingue los diferentes tipos de madres negligentes (madre inmadura, con retraso mental, madre apática, con depresión reactiva, y la madre psicótica). Polansky Plantea la hipótesis de que se trata de familias en donde las madres se encuentran objetivamente aisladas y subjetivamente solas (Polansky 1985). Factores situacionales y caracterológicos se asocian a esta soledad, tales como la movilidad geográfica, maternidad adolescente o sin pareja, la discriminación racial, el sentimiento de inutilidad, e infradesarrollo de las habilidades sociales. Otros modelos han ofrecido distintas hipótesis para dar explicación acerca de estas formas de maltrato infantil; el *modelo sociológico*, (Wolock y Horowitz, 1984), el *modelo cognitivo* (Larrance y Twentyman, 1983), el *modelo del procesamiento de la información*, (Criteenden, 1993), el *modelo del enfrentamiento del stress* (Hillson y Kuiper, 1994).<sup>3</sup>

De acuerdo al estudio de la doctora Margarita Cedeño de Fernández, *Influencia de la situación económica en la Adopción de niños, niñas y adolescentes*, se establece una relación con las adopciones y las situaciones sociales y económicas en República Dominicana. La falta de recursos económicos para mantener a los hijos es uno de los principales motivos que dan lugar a la adopción. El desconocimiento de los métodos de planificación familiar, asociado a la falta de educación y conciencia sexual, se

reconoce como una consecuencia. Un motivo referido para dar en adopción a su hijo es el deseo de ofrecer una mejor calidad de vida para sus descendientes.<sup>4</sup>

Diversas situaciones se correlacionan en los casos de abandono, tales como la pobreza extrema, en donde el entorno social impide proporcionar un adecuado cuidado al niño o niña, deficiencia en la composición o amplitud del red social, escasez del sistema de apoyo disponibles en el entorno inmediato, violencia, conflictos conyugales, número excesivo de hijos, maternidad /paternidad monoparental, separación prematura de la madre, entre otras.

En nuestro estudio no fue posible establecer con propiedad las variables relacionadas con el abandono, sin embargo, podemos deducir que la mayoría de las progenitoras de los casos estudiados no tenían una relación estable de pareja, o no tenían pareja, pues en ninguno de los casos fue posible obtener información del padre, y suponemos una red familiar débil o inexistente. En la República Dominicana existe un alto número de familias monoparentales, generalmente dirigida por mujeres. En los casos (51%) que fue posible conocer los datos de la madre, sobre todo en los casos de abandono hospitalario, pudimos constatar que muchas de ellas eran mayores de 25 años, eran gran multiparas y provenían de medios socioeconómicos empobrecidos. Una de las hipótesis que formulamos como causa de abandono hospitalario, está relacionada con algunos indicios encontrados en el proceso de investigación, reconfirmado por los datos obtenidos de las madres. Es posible que algunos de estos casos, fueran protagonizados por mujeres adultas provenientes del interior del país, con paridad satisfactoria, que se hayan movilizado a las grandes ciudades dominicanas en busca de mejores condiciones laborales, decisión que les obligó a dejar a sus hijos al cuidado de sus familiares, en particular sus propias madres. Muchas de estas mujeres son madres solteras, con varios hijos de diferentes parejas, comportamiento muy común en nuestro país. Al iniciar una nueva pareja, con el agravante del escaso uso de los métodos anticonceptivos, quedan embarazadas, de repente son abandonadas por sus parejas, y para no afectar el debilitado

sistema familiar, ya de por sí precario, deciden dejar abandonado este nuevo descendiente.

El abandono hospitalario es una realidad a que se enfrenta el sistema de salud pública en la República Dominicana por no poseer una estrategia que permita identificar de manera real a los usuarios del servicio, dada la alta tasa registrada de personas que no tienen registro de nacimiento y por ende no tienen documentos que las identifique, por lo que los datos ofrecidos al momento de solicitar los servicios pueden estar incompletos o ser falsos. Numerosos estudios realizados han demostrado que la separación temprana, en los casos de recién nacidos que requieran mantenerse hospitalizados por largo tiempo, así como el nacimiento con bajo peso, son variables asociadas con maltrato infantil y abandono infantil, sobre todo en recién nacidos y lactantes menores.<sup>5</sup> En nuestro estudio pudimos establecer esta relación al conocer que muchos de los recién nacidos y lactantes menores abandonados en los hospitales cursaban con patologías que motivaron su ingreso por largo tiempo (33 a 180 días), tales como desnutrición intraútero (9.2%), septicemia neonatal temprana (3.9%), asfixia perinatal severa (5.2%).



© Unicef/Rep. Dom.

Un fenómeno digno de tomar en cuenta, por el incremento que se está presentado en los últimos años a raíz del desarrollo de varios polos turísticos (que motivan a los trabajadores a desplazarse hasta estos lugares en busca de mejores oportunidades de trabajo), es el abandono con cuidadores no vinculados; esta forma

de abandono utilizada por madres jóvenes trabajadoras, que carecen de una red familiar que las apoye, solicitan los servicios de una persona sin relación familiar para que cuide de sus hijos. Transcurrido el tiempo dejan de enviar el pago acordado para tales fines y desaparecen sin dejar rastro que les permitiera localizarlas, por lo que las cuidadoras se ven en la obligación de denunciar el caso a las autoridades competentes.

El retiro de la autoridad parental, en los casos de madres con enfermedades mentales, permite establecer que la enfermedad mental materna con la falta de apoyo social plantea un alto riesgo de negligencia y abandono físico, por lo que es preciso reconocer estas condiciones y realizar intervención oportuna.

La entrega voluntaria fue un recurso que permitió a los padres garantizar la integridad física de sus hijos e hijas en casos de enfermedad terminal, orfandad y embarazos no deseados. Permitted a las madres jóvenes con embarazos no deseados tomar una decisión garante de los derechos del niño a tener una familia y conocer sus orígenes.

Los trastornos nutricionales, las infecciones en piel, sistema gastrointestinal, respiratorio, entre otros, así como los retrasos en los parámetros antropométricos, retrasos en el crecimiento y en el desarrollo psicomotor, son hallazgos encontrados en nuestra población de estudio al momento de ingresar al hogar de acogida. En relación a los parámetros antropométricos, el peso fue el principal parámetro afectado, en 86.7% de los casos; en cambio la talla se afectó en 58% de los casos. Numerosos estudios realizados con niños y niñas adoptados ponen de manifiesto una alta incidencia de

importantes retrasos en el crecimiento de los niños y niñas de adopción internacional provenientes de países de América Latina, Europa del Este, China. El porcentaje de niños y niñas afectados por retrasos severos iniciales oscilan desde el 16% en algunos parámetros antropométricos en la investigación de Miller et al. (2005), hasta el 68% en el trabajo de

Albers et al. (1997). Estos estudios ponen de manifiesto que la alta incidencia de retraso en el crecimiento reflejan el impacto de experiencias de privación temprana sobre el desarrollo físico.<sup>6</sup>

Estudios realizados en Estados Unidos con niños y niñas adoptados en China demostraron 2 desviaciones estándar por debajo para la talla en 39%, en un 18% para el peso y 24% para la circunferencia craneal. El tiempo de institucionalización fue inversamente proporcional a la estatura. El 75% presentaban retraso en el desarrollo en al menos un área, 55% en área motora, 49% en área motora fina, 32% en el área cognitiva, 43% en el lenguaje, y en área socio-emocional en 28%. En este mismo estudio se encontró que el 35% tenía anemia, el antígeno de superficie de hepatitis B está presente en el 6%, y 22 % tenían anticuerpo contra hepatitis B1.<sup>7</sup>

Nuestros resultados apoyan las diferentes investigaciones que argumentan que muchas de las patologías presentes en los niños y niñas adoptados están relacionadas con sus experiencias vividas, los antecedentes personales patológicos previos a la institucionalización, y el entorno en que se desarrollaban. En este sentido la mayoría de los estudios realizados para conocer las patologías de los niños y niñas adoptados son basados en investigaciones con casos de adopciones internacionales, y concuerdan en que los problemas más frecuentes de salud de los niños y niñas adoptados son: trastornos nutricionales (25 a 50%), trastornos del crecimiento o fallo de medro (25 a 50%), enfermedades infecciosas propias de los países de origen (35%), trastornos prenatales y perinatales (2 a 9%), problemas dermatológicos (18%). Comparando estos resultados encontramos que existe una ocurrencia similar en nuestros estudios de las patologías descrita, variando el porcentaje expresado.<sup>8, 9, 10</sup>

Los casos de lactantes mayores y preescolares presentaban la mayor alteración en los parámetros antropométricos, y su estado nutricional estaba más afectado que los grupos de menor edad, lo que plantea que estos niños y niñas estuvieron sometidas a situaciones de malos tratos por más tiempo.

## Conclusión

Es el primer estudio realizado en República Dominicana que investiga de forma específica las situaciones de desprotección que motivan la adopción, a partir de la implementación del nuevo Sistema de Protección a la Infancia y Adolescencia, ofreciendo datos sobre las situaciones de salud de los niños adoptados, antes de su institucionalización. De esta manera, es una de las pocas investigaciones que aporta datos sobre el estado de salud en el país de origen de los niños adoptados. Pues las investigaciones que estudian estos aspectos son realizadas en los casos de adopción internacional en los países de recepción.

Los resultados de nuestro estudio revelan que, aún con los grandes avances en el área de protección infantil, continúan ocurriendo situaciones graves de vulneración de los derechos de la niñez, como en los casos que nos ocupan. La inmadurez del Sistema de Protección Infantil, la desvinculación de las **instituciones integrantes en asumir su rol respecto a la protección infantil, así como la falta de implementación de la arquitectura operativa, y las oficinas administrativas a nivel municipal y local, no permite que ocurran cambios considerables en la situación de la infancia vulnerable**. No obstante estas limitaciones, los resultados revelan que en el área de adopción los avances han sido significativos, lo que favorece que esta medida de protección de excepción sea llevada a cabo conforme lo establecido en la ley, garantizando los derechos de los niños faltos del cuidado de una familia, primando por tanto el Interés Superior de Niño.

Esta investigación ha puesto de manifiesto la debilidad del Sistema de Salud en asumir su rol relativo a la protección de la infancia. Las condiciones de salud de los niños a su ingreso al hogar Moisés pone en evidencia la situación que vive la infancia en la República Dominicana, considerando la pobreza económica, la precariedad higiénico sanitaria, la deficiente infraestructura para la asistencia sanitaria, entre otros, factores de riesgo que afectan de manera directa a los niños en situación de vulneración social. La falta de un protocolo que reconozca las situaciones de

riesgo social de la población infantil atendida, impidió que se detectaran a tiempo casos de malos tratos prenatales, así como el riesgo de abandono, que en muchos de los casos pudo ser advertido conociendo estos antecedentes. Ante estas realidades es preciso promover una coordinación socio-sanitaria que permita detectar e intervenir los casos de malos tratos prenatales, identificar situaciones de riesgo de abandono, así como la falta de cuidados prenatales, considerando que en la República Dominicana se registra la mayor cantidad de nacimientos institucionales en América Latina y el Caribe.<sup>11</sup>

Un gran reto para asumir por el Estado dominicano es mejorar, a través de políticas públicas eficaces, las condiciones de vida de los y las dominicanas en riesgo social, en particular de aquellas familias vulnerables, con carencias económicas, aislamiento social o en crisis, conformadas por niños en la primera infancia, etapa muy vulnerable en el desarrollo humano; así como la implementación de estrategias que permitan mejorar sus habilidades parentales, que les permitan asumir una maternidad y paternidad responsable.

El Estado Dominicano debe tomar acciones precisas a fin de completar e implementar en su totalidad este nuevo sistema, a fin de ofrecer mayores garantías para el disfrute de los derechos fundamentales de todos los niños en el territorio nacional, con mayor énfasis de aquellos en situaciones de vulnerabilidad o riesgo social •

Más información :  
<http://www.conani.gov.do/>

## Referencias

- 1.- Ochotorena, J de Paul., Arruabarrena, M. Manual de protección infantil. 2da edición. 2005 Masson. Barcelona.
- 2.- Guía de Buenas Prácticas en virtud del Convenio de la Haya de 1993 Relativo a la protección del Niño y la Cooperación en materia de Adopción Internacional. (2005) Versión Digital. <http://www.hcch.net>
- 3.- Moreno M., Juan. Estudio sobre las variables que intervienen en el abandono físico o negligencia infantil. Anales de Psicología. Vol. 18, no. 1 (junio); 135-150.
- 4.- Cedeño de Fernández, M. Influencia de la Situación Económica en la adopción de Niños Niñas y Adolescentes. Colección Despacho primera Dama. Series Temas Jurídicos. Editora Búho. (2006) Santo Domingo. República Dominicana.
- 5.- Fomufod, A., Low Birth Weight and Early Neonatal Separation as Factor in Child Abuse. J Natl Med Assoc. 1976 March; 68(2): 106-109.
- 6.- Román R., M. ;(Niños y Niñas de adopción Internacional en Familias Españolas: Desarrollo físico y psicológico a la llegada a las familias adoptivas y evolución posterior. Fundación Acción Nacional. Madrid(2007)
- 7.- Miller, LC., Hendrie, NW (2000) La Salud de los niños adoptados procedentes de China. Pediatrics. 2000 Jun; 105(6): E 76.(versión traducida).
- 8.- Olivan G. (2005) La Perspectiva sanitaria de la adopción internacional. Adopción Internacional en Galicia. Fundación María José Jove. En línea: [www.visualcom.es/olivan-pediatria/12.ART](http://www.visualcom.es/olivan-pediatria/12.ART)
- 9.- Fernández L., F. Adopción internacional: pautas para el pediatra. Reunión anual de la Sociedad Asturiana de Pediatría de Atención Primaria.
- 10.- Siman L, Aronson J, Zhou J, Gomez - Duarte, San Gabriel P., Alonso M., Malony S., Schulte J., Prevalence of Infectious Diseases Among Internationally Adopted Children. Pediatric Vol. 108 No.3 September 2001, pp. 608-612
- 11.- CESDEM (2007). República Dominicana. Encuesta Demográfica y de Salud 2007. Santo Domingo. Macro International INC.



**ENTREVISTA****Hervé Boéchat****Director del Centro Internacional de Referencia para los Derechos del Niño Privado de Familia (SSI/CIR)**

Ginebra, junio 2012

Hervé Boéchat es abogado suizo, y actualmente dirige el **Centro Internacional de Referencia para los Derechos del Niño Privado de Familia (SSI/CIR)**. Con experiencia en misiones en Afganistán y Sudán con el Comité Internacional de Cruz Roja, ha sido colaborador científico de la Oficina Federal de Justicia de Suiza, a cargo de la implementación de la Convención de la Haya en la protección infantil y la cooperación para la adopción internacional. En los últimos años ha realizado misiones de asesoramiento en adopción en países de origen, publicado varias investigaciones.

El CIR está situado en Ginebra, en la Secretaría General de SSI (Servicio Social Internacional).

**Cuadernos de PS ¿Cuál es el papel de su institución?**

El SSI/CIR es un programa del SSI para la defensa de los derechos de los niños. Este Programa se estableció en 1993, después del borrador de la Convención de la Haya, y fue diseñado para apoyar a los gobiernos en su implantación de la Convención. En la actualidad sus actividades han crecido para incorporar el apoyo de los gobiernos y de los organismos internacionales en la implantación más amplia de los niveles internacionales en la intención de proteger a todos los niños privados del cuidado de sus padres.

SSI/CIR está formado hoy por 21 países considerados como Países Receptores de las adopciones inter países, es decir la mayoría de los países industrializados en Europa (incluida España), las Américas y la región Asia-Pacífico. Estos países tienen acceso a toda la gama de servicios del CIR, y sus contribuciones permiten a los países de origen acceder a estos gratuitamente.

**¿En qué consisten esos servicios?**

Los servicios del programa incluyen: la publicación de un Informe Mensual, la publicación de un Análisis de la Situación del País, que aporta información detallada sobre el procedimiento de adopción y el sistema de protección del niño en los países de origen; la posibilidad de solicitar información sobre un tema en particular o sobre cuestiones nacionales relacionadas con la adopción y la protección del niño; y acceso a un amplio



espectro de publicaciones mantenidas en el centro de documentación. Se llevan a cabo investigaciones académicas dependiendo de los recursos disponibles. Este año se publicó el estudio "Investigando las Zonas Grises de la Adopción inter países".

**¿Que otras actividades desarrollan?**

A menudo, gobiernos y organismos internacionales, tales como UNICEF, nos comisionan para llevar a cabo evaluaciones específicas de proyectos relacionados con la reforma socio-legal del sistema de protección y adopción del niño. En particular, y en los últimos años, el SSI/CIR ha realizado evaluaciones de la situación y del sistema de adopción inter países en Azerbaiyán, Kazajstán, Kirgistán, Vietnam, Costa de Marfil, Guatemala y Laos. También hemos dado formación a profesionales de adopción en diversos países.

El sitio web de la Secretaría General del SSI ofrece diversos recursos y presenta las actividades y proyectos más detalladamente:

<http://www.iss-ssi.org/2009/index.php?id=14>

The screenshot shows the website interface for the Servicio Social Internacional (SSI). At the top, there is a navigation menu with links for 'Prensa', '¿Quiénes somos?', '¿Dónde trabajamos?', '¿Qué hacemos?', and 'Tratamiento de casos'. Below this, there is a section for 'CIR' (Centro Internacional de Referencia para los Derechos del Niño Privado de Familia) with sub-links for 'Beneficiarios del SSI/CIR', 'Servicios', and 'Proyectos'. The main content area features a large image of a child and text describing the CIR's mission: 'El Centro Internacional de Referencia para los Derechos del Niño Privado de Familia (SSI/CIR) es una división del Secretariado General creada en 1997. Su objetivo principal es compartir, distribuir y promover buenas prácticas en el ámbito de la adopción internacional, y más ampliamente, de la protección a los niños'.

La Página web del CIR, cuenta con versiones en Inglés, Francés y Español:

<http://www.iss-ssi.org/2009/index.php?id=74>

## ¿Cuál es el estado de la Adopción Internacional en el contexto Europeo?

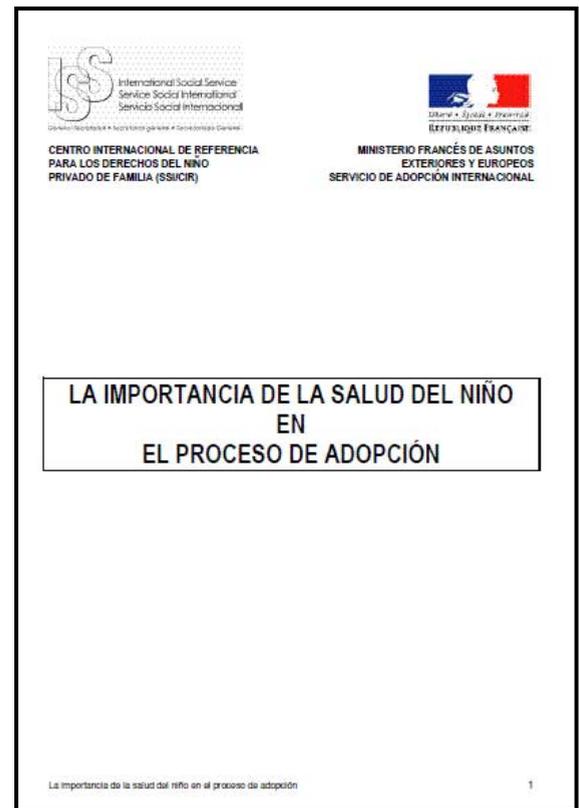
Como saben los profesionales, las cifras anuales de adopción inter países están descendiendo a nivel mundial desde 2004, incluida Europa. La única excepción es Italia, pero allí la proporción de niños con necesidades especiales adoptados es mayor.

Por una parte, esto ha dado como resultado un aumento proporcional, o mayor, del número de potenciales padres adoptivos "en espera", tanto para las autoridades centrales como los cuerpos de adopción acreditados. Mientras, sigue siendo extremadamente difícil obtener información precisa sobre este tema; y es esencial tratar de evaluar la situación, aunque sea en su propia escala. Suponiendo que la demanda permanezca estable, y considerando el hecho de que las adopciones inter países han disminuido un tercio en seis años, hay miles de potenciales padres adoptivos que vienen cada año, dando como resultado una aumento desproporcionado en las listas de espera. Y sin embargo, la frustración puede llevar a elegir alternativas que no siempre respetan las reglas éticas de protección de los niños. El hecho de que el 58% de los casos registrados en las estadísticas del 2010 caigan fuera del THC-93 ya es una señal que lo pone de manifiesto. Sin embargo, algunos países empiezan a notar un leve decrecimiento en el número de solicitudes.

Por otra parte, la edad media general de los niños permanece entre uno y cuatro años, pero con grandes disparidades dependiendo del país de origen. Es más significativa la proporción de niños con necesidades especiales: el año pasado en Italia, el 30% de los niños colombianos adoptados y el 63% de los niños chinos adoptados fueron descritos con necesidades especiales. En Noruega, la proporción pasó de un 3% en 2005 a un 30% en 2010.

La discrepancia entre la situación prevaleciente en países receptores y la de países de origen es el desafío principal que gobierna las adopciones inter países hoy en día, pero aún más importante es la evolución del perfil de los niños adoptados.

En este aspecto, los resultados del estudio del SSI/CIR del 2010 denominado "La importancia de la salud del niño en el proceso de adopción" (Ver imagen a la derecha) muestra que la preparación pre-adopción y el apoyo a los padres está bastante divulgado en los países receptores, a pesar de estar organizados de forma diferente unos y otros. Sin embargo, el apoyo médico a los niños y los solicitantes de adopción tras su encuentro en el país de origen, es más imprevisible. En este punto, las familias a menudo son abandonadas a su suerte en lo que respecta a los aspectos médicos de la adopción, incluso si están recibiendo apoyo de un cuerpo de adopción acreditado. El seguimiento post adopción, incluido a la llegada del niño, también es bastante limitado. A pesar de existir algún tipo de seguimiento médico en la mayoría de los países, esto casi nunca es



Estudio realizado en 2010 por el CIR, disponible en Inglés, Francés y español :  
<http://www.iss-ssi.org/2009/index.php?id=42>

obligatorio y aún no está suficientemente especializado en el campo de la adopción.

Es cierto que el cuidado de los niños y el apoyo a los solicitantes de adopción han mejorado mucho en los últimos años y en la mayoría de los países. Sin embargo, en un contexto de adopción inter país, en el que cada vez más se dan casos de niños con problemas médicos y con patologías cada vez más serias, es necesario hacer un esfuerzo adicional para integrar mejor la cuestión de la salud de los niños en todos los niveles, bien sea antes, durante o después de la adopción.

### **Como experto, ¿qué camino cree que hay que emprender?**

Para la forma de pensar del SSI, la cooperación en las adopciones inter países debe ser objeto de un estudio en profundidad, tanto en los países receptores como en los de origen, a fin de determinar su dirección y su alcance.

En su forma más sencilla, la cooperación en la adopción puede traducirse en proyectos puntuales y bien intencionados, tales como formación para las autoridades centrales de un país de origen (mediante el intercambio de profesionales, visitas y la participación en reuniones inter países), apoyo en la preparación y ratificación de La Convención de la Haya (Formación, información, intercambio de experiencia) y poner a disposición la capacidad de expertos ante las revisiones

legislativas (por ejemplo cuando se preparan borradores de nuevas leyes). Esta cooperación está ciertamente amparada por la Convención de la Haya y debería ser promovida.

En otro nivel la cooperación debería tomar formas más complejas en el futuro, mediante la estrecha colaboración con los países de origen, para en primer lugar definir sus necesidades. Recordemos que la adopción inter países es un paso subsidiario para proteger a los niños. Si no es el papel de la autoridad central del país receptor el establecer un sistema detallado para la protección del niño en el país de origen, puede al menos intentar identificar con este último cuales son los niños que tienen una verdadera necesidad en esta medida.

Pero la identificación precisa de las necesidades requiere una mejor comprensión de los contextos que prevalecen en cada distinto país de origen. Por ejemplo:

- En varios países de la antigua Unión Soviética muchos niños son mandados a instituciones para niños discapacitados sin que su estado de salud sea un verdadero obstáculo para ser adoptados.

El problema es que las instituciones que les acogen dependen todas ellas de un ministerio que no es competente en asuntos de adopción, y como resultado la adopción nunca les será propuesta (obstáculo administrativo).

- En América del Sur y América Central los niños de color tienen muy pocas probabilidades de ser adoptados a nivel nacional; pasa lo mismo en países donde los niños nacidos fuera del matrimonio están sumamente estigmatizados (obstáculo cultural).

- Entre los países del Subsaharianos, los más afectados por el SIDA, en muchos de ellos su sistema legal no prevee la adopción inter país (obstáculo legal).

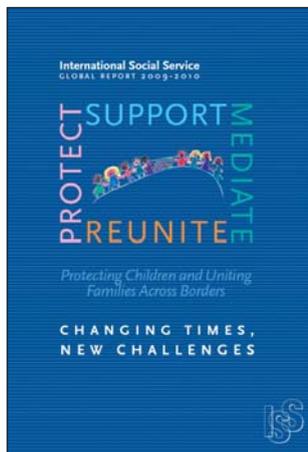
Estos ejemplos tienden a ilustrar el tipo de cooperación que puede esperarse en el futuro. Obviamente, supone un profundo conocimiento de los países en cuestión y el desarrollo de relaciones especiales con sus autoridades para decidir con ellas las mejores soluciones posibles. Cada situación mencionada implica necesariamente una evaluación precisa de los contextos (por ejemplo los huérfanos del SIDA reciben muchos cuidados por parte de su familiar extensa, y medidas de apoyo dirigidas a este fin harían posible que estos niños permaneciesen en su ambiente social y familiar; queda identificar aquellos para los que la adopción inter país constituye la mejor solución). Del mismo modo, hoy más y más países de origen están preparados para realizar un perfil de los niños que necesitan adopción inter país, el objetivo sería ayudar a los países que aún no han conseguido alcanzar esta capacidad.

El SSI tiene el compromiso de apoyar este tipo de cooperación a favor de los países de origen. El Proyecto "Ayudar a los Niños con Discapacidad a encontrar una familia" (ver cuadro a la derecha) es el tipo de iniciativa que busca llevar esta filosofía a la práctica .

## Ayudar a los Niños con Discapacidad a encontrar una familia: un proyecto del SSI

En el SSI, con ocasión de misiones de evaluación, frecuentemente sus equipos han tenido que afrontar grupos o categorías de niños para los que la adopción (ya sea nacional o internacional) no se consideraba una opción. De hecho, en muchos países, hay niños para los que no se preparan planes de vida, pero por motivos que no tienen nada que ver con la capacidad efectiva de estos niños para beneficiarse de una adopción. La mayor parte del tiempo, se debe a la falta de profesionalidad, formación o conocimiento: cuando quienes se ocupan de los niños en las instituciones son "nannies" (cuidadoras), estas son a menudo quienes deciden si un niño puede ser propuesto o no a la adopción. Normalmente toman esta decisión basándose en lo emocional, lo que significa que solamente se presentaran a niños que son saludables, al pensar esos empleados que los adoptadores potenciales no aceptarán a un niño con alguna deficiencia, o que no sea perfecto.

Por eso el SSI decidió lanzar un proyecto para mejorar la comprensión sobre la adopción en los países de origen, donde este concepto aún necesita implantarse mejor. Se firmó un acuerdo de cooperación con la ONG francesa Médicos del Mundo, para los aspectos médicos del proyecto. Se eligieron los primeros países pilotos -Vietnam y Azerbaiyán- y los trabajos de campo empezaron este año. En paralelo, se desarrollarán dos guías: una para los países de origen y otra para los países receptores.



Dos ejemplos de publicaciones del SSI/CIR: el último Reporte Global 2009 (izquierda) y el Newsletter, que aparece cuatrimestralmente (derecha), ambos se pueden encontrar en el sitio [www.iss-ssi.org](http://www.iss-ssi.org)

## LIBROS

Sección coordinada por Gabriel Galdó Muñoz, Catedrático de Pediatría (Universidad de Granada)

# NIÑOS QUE ESPERAN

## Estudio sobre casos de larga estancia en acogimiento residencial

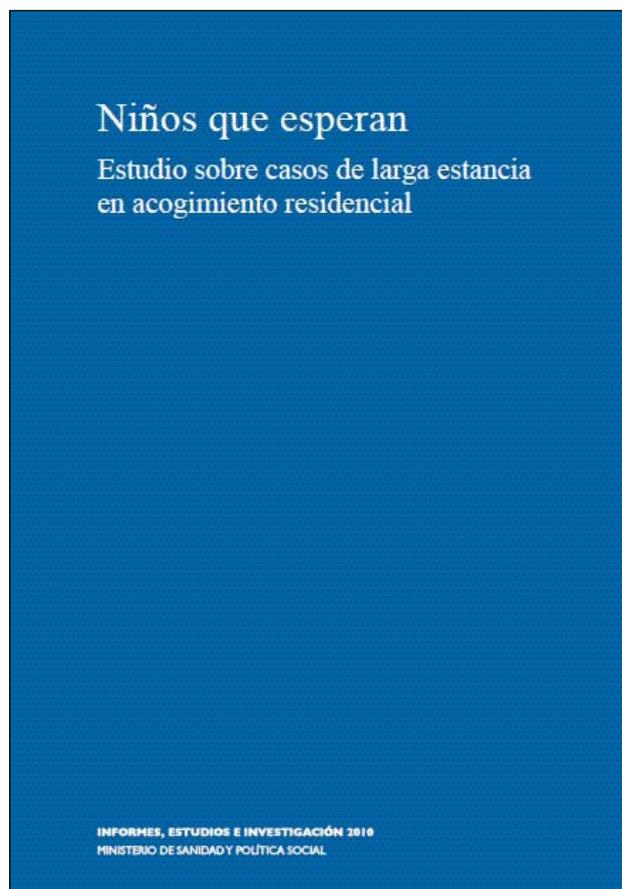
Estudio elaborado por:

**Mónica López López**  
**Jorge Fernández del Valle**  
**Carme Montserrat Boada**  
**Amaia Bravo Arteaga**

Investigación realizada por el Grupo de Investigación en Familia e Infancia (GIFI) de la Universidad de Oviedo, mediante convenio entre la Fundación Universidad de Oviedo y Aldeas Infantiles SOS, con financiación del Ministerio de Sanidad y Política Social

Disponible On-line:

<http://www.observatoriodelainfancia.msps.es/productos/pdf/ninosQueEsperan.pdf>



Reseña de: **Antonio Ferrandis Torres**  
 Jefe de Área de Acogimiento Familiar y Adopciones  
 Instituto Madrileño del Menor y la Familia

Desde hace muchos años, Jorge Fernández del Valle y el valioso equipo de la Universidad de Oviedo que dirige, se han preocupado por los niños y niñas separados de sus familias que crecen y se educan en entornos residenciales. El "Grupo de Investigación en Familia e Infancia" de dicha Universidad se ha convertido en el principal equipo de referencia para abordar cuestiones como la calidad del acogimiento residencial, la transición a la vida adulta de los menores protegidos, las biografías de quienes han crecido bajo la protección de las instituciones y las posibles alternativas al internamiento, especialmente el acogimiento familiar.

En este estudio finalizado en 2010, en el que han colaborado instituciones de seis Comunidades Autónomas y una entidad de la relevancia y significación de las Aldeas SOS, el foco se dirige hacia los niños y niñas que pasan "demasiado tiempo" en esos entornos, de por sí muy diversos, que englobamos bajo el epígrafe del "acogimiento residencial". A través de la participación de expertos en la discusión de resultados, también han colaborado instituciones como Cruz Roja, MACI y Meniños, que tanto han aportado en el desa-

rollo del acogimiento familiar. Es una lástima que este tipo de estudios impliquen siempre cierta reducción de campo porque no todas las Comunidades ni todas las instituciones participan en ellos. Es tan unánime y enfático el discurso político en relación a los derechos de los niños y niñas, a su protección y al bienestar de las familias, que sorprende la poca participación de tantas instituciones públicas en iniciativas rigurosas de investigación y análisis de las condiciones reales de vida de los niños y niñas a los que dicen proteger. No parece descaminado afirmar que la enumeración de investigaciones y estudios sobre la atención a la infancia y adolescencia que impulsa una administración, o en las que al menos colabora, constituye un indicador certero de su compromiso real con los derechos y bienestar de la infancia, más allá de las proclamas vacías, por otro lado tan frecuentes.

Este estudio se acerca a preguntas que deberían quitarnos el sueño a todos los que estamos vinculados de una u otra manera al sistema de protección infantil. ¿Por qué hay niños que pasan años de sus vidas fuera de un entorno familiar, que ni regresan a su familia ni

encuentran una familia alternativa? ¿Se debe a sus características personales o familiares, a decisiones técnicas, a ausencia de recursos, o a qué? ¿Hay algo que dificulte o impida su integración en una familia alternativa? ¿Puede mejorarse la toma de decisiones más adecuadas para la protección de los derechos del niño en situación de riesgo o desamparo?

El estudio descriptivo se fija en cuatro grupos dentro del colectivo de niños y niñas que han pasado más de un tercio de sus vidas en acogimiento residencial. En primer lugar, hay niños que permanecen en acogimiento residencial de forma indefinida, probablemente hasta su mayoría de edad. En segundo lugar, están los que se encuentran a la espera de un acogimiento familiar; y en tercero los que esperan una adopción. De un cuarto grupo se prevé la reunificación familiar tras la etapa de acogimiento residencial. Por desgracia, no son pocas las situaciones en que no existe un "Plan de caso" para el niño, lo que perpetúa ese mal endémico de los sistemas de protección tantas veces descrito: los niños "a la deriva en la protección" ("*drift in care*").

Gran parte del documento lo constituye la presentación de los datos descriptivos de la muestra analizada, afortunadamente completados por algunos aportes cualitativos que resultan muy clarificadores y significativos. La parte final, con la discusión de los expertos y las conclusiones, incluye aportaciones merecedoras de incorporarse a las agendas de las entidades públicas de protección infantil. En cuanto al acogimiento familiar, que a veces recibe declaraciones políticas de apoyo que parecen inspiradas por el deseo de ahorrar costes, los autores hacen bien en advertir que la supervisión de un niño en acogimiento familiar supone más trabajo que si el niño estuviera en acogimiento residencial. Se añade también la importancia de preparar adecuadamente al niño, de apoyar y proteger a las propias familias acogedoras que son en sí mismas el mejor medio de crear

una cultura del acogimiento, de regular lo más claramente posible el estatus de las familias acogedoras, y de promover experiencias de acogimientos especiales y profesionalizados para los casos que hasta ahora no encuentran fácil acomodo en otras familias.

En cuanto al acogimiento residencial, que continuará siendo una alternativa de protección para determinados niños y para determinadas situaciones, debe mejorarse la evaluación de sus resultados y la identificación de las causas por las que los niños permanecen largo tiempo en él. Tampoco debe olvidarse la creciente necesidad de atención a los problemas psicológicos de los niños de las instituciones.

Pero nos parece que la principal llamada de atención de este estudio apunta hacia la importancia del *Plan de Caso* para todos los niños y niñas que entran en el sistema de protección y que, sin una planificación fundamentada y concreta de los objetivos y la intervención a realizar, no se sabe ni cuándo ni por qué saldrán del sistema. Es preciso establecer sistemas de alerta ante los plazos, asegurar la coherencia del itinerario protector que siguen (incluidos técnicos estables de referencia y supervisión), evitar la provisionalidad, inestabilidad e incertidumbre provocadas por el frecuente cambio de medidas o recursos, y mejorar la oferta de recursos existentes, de modo que pueda decidirse la medida más adecuada en vez de resignarse a la única existente.

Si alguna entidad pública de protección a la infancia ha *perdido el norte*, que ponga la brújula apuntando hacia arriba del mapa, que las aportaciones del Grupo de Investigación en Familia e Infancia (GIFI) de la Universidad de Oviedo son valiosísimas a la hora de trazar las *hojas de ruta* para el progreso, a veces tan lento, de nuestro sistema de protección de los niños y niñas y sus derechos •

## TOMA DE DECISIONES PROFESIONALES EN EL SISTEMA DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA



Antes de cerrar esta edición, el Observatorio de la Infancia en Andalucía nos informa de la aparición de esta investigación de **Antonio Molina Facio**, especialista en Psicología Clínica y coordinador de la Oficina del Menor, del Servicio de Protección de Menores. Delegación Provincial de Cádiz de la Consejería de Salud y Bienestar Social:

El proceso de toma de decisiones profesionales en materia de protección infantil apenas ha sido objeto de investigación.

La investigación se llevó a cabo a partir de una muestra de 84 sujetos de cuatro sectores del sistema de protección a la infancia en la provincia de Cádiz: Equipos de Tratamiento Familiar, Servicio de

Protección de Menores, Centros de Primera Acogida y Sistema Judicial. Para la obtención de los datos se diseñó un cuestionario empleando una de las técnicas más utilizadas hasta ahora por la investigación, las viñetas o resúmenes de casos. A partir de la presentación de tres casos (maltrato físico, negligencia y abuso sexual), los sujetos debían clasificar el tipo de maltrato y su gravedad, decidir el nivel de intervención e indicar los factores que le llevaron a tomar dicha decisión. Además, el Cuestionario incluía preguntas sobre variables personales, sociales y de actividad profesional de los sujetos participantes. Cada uno de los casos y las posibles decisiones sobre la intervención a seguir, fueron analizados por un grupo de expertos como grupo de comparación.

El documento, con 107 páginas, se puede descargar en:  
[http://www.juntadeandalucia.es/observatoriodelainfancia/oia/esp/documentos\\_ficha.aspx?id=3586](http://www.juntadeandalucia.es/observatoriodelainfancia/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=3586)

## TDAH, Un Nuevo Enfoque

Cómo tratar la falta de atención y la hiperactividad

Autores: **Marta Castells** y **Paulino Castells**

Edita: Península (www.edicionespeninsula.com)

**E**n la actualidad, ningún niño distraído y movido se libra de que le etiqueten de TDAH y le coloquen una pastilla en la boca. Es la enfermedad de moda. Ante esta sorprendente situación, una farmacéutica y un médico, los hermanos y doctores Marta Castells y Paulino Castells, unen sus conocimientos profesionales para proponer un nuevo enfoque para el TDAH. Es decir, otra manera de tratar este trastorno, tanto a nivel preventivo como en el tratamiento individualizado que no pasa, necesariamente, por la medicación.

«Es bien conocido que existe una conexión entre alimentación y salud. Actualmente contamos con claras evidencias de la relación del TDAH con déficits de nutrientes (vitaminas, minerales y ácidos grasos), por lo tanto es importante identificar y corregir estas deficiencias por medio de una alimentación personalizada y con la utilización de suplementos naturales. Estos y otros recursos que no hubiera imaginado, son los que podrá encontrar con la lectura de este libro, que le guiarán y ayudarán a tratar al paciente con TDAH.» **Marta Castells**

«Mi manera de actuar con los pacientes diagnosticados de TDAH es calibrar la magnitud de su trastorno. Es decir, valoro cómo afecta este trastorno a sus relaciones familiares, escolares y sociales. ¿Están sus hermanos en contra de él o ella? ¿Se pasa el día castigado, tanto en casa como en la escuela? ¿Está aislado y sin amigos? ¿Sufre acoso escolar? Una vez tomado el pulso de cómo está la situación cotidiana en que se mueve el crío, opto por unas medidas terapéuticas u otras.» **Paulino Castells**



## CURAR A VECES, ALIVIAR A MENUDO, CONSOLAR SIEMPRE

Autor: **Joaquín Callabed**

Producción: PPU. Promociones y Publicaciones Universitarias SA

Edición Patrocinada por Club de Pediatría Social  
(pediatriasocial@yahoo.com)

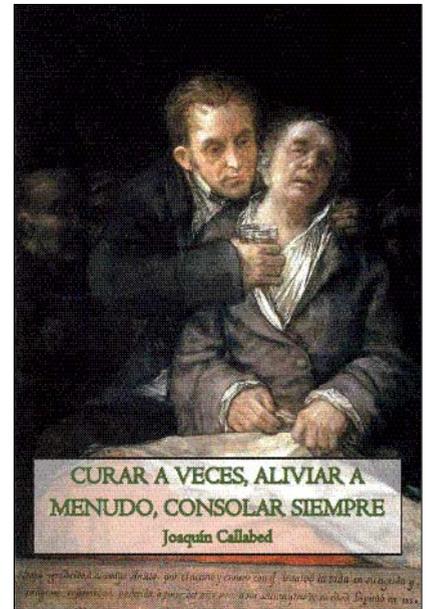
*Curar a veces, aliviar a menudo y consolar siempre*, es un canto a la profesión médica firmado por un enamorado de la profesión y de las humanidades.

El libro está vertebrado en tres puntos básicos. El primero, "un ramillete de amigos", se dedica al diálogo con figuras relevantes relacionadas con la infancia y adolescencia, entrevistados por el autor, como Laín Entralgo y Rof Carballo y otros destacados profesionales.

Un segundo aspecto es el relacionado con la relación médico-paciente y los conflictos actuales.

Se analizan los aspectos bioéticos entendidos como el análisis racional de los deberes que como individuos tenemos para nosotros mismos y con los demás en lo relativo a la vida biológica, salud, enfermedad y gestión del propio cuerpo.

La última parte analiza temas actuales de pediatría social, en forma de compilaciones de artículos del autor, auténticas joyas con exposiciones breves e iluminadoras de la problemática actual de niños y jóvenes en su entorno familiar, escolar, social, y cómo le repercuten.



Joaquín Callabed es Doctor en Medicina. Pediatra y Magister en Bioética. Dirige el Club de Pediatría Social de Barcelona.

## CELEBRADO EL II CURSO DE PEDIATRÍA SOCIAL PARA RESIDENTES Y PEDIATRAS

En Sevilla se celebró, entre el 22 y 24 de marzo de 2012, el segundo de los cursos que para residentes y pediatras ha organizado la SEPS.

Dirigido en esta ocasión por las Dras. Andrea Campo Barasoain, Virginia Carranza Parejo y Mercedes Rivera Cuello, se abordaron temas tan centrales para la pediatría social como el "Maltrato /Abuso sexual" (por Antonio Gancedo Baranda), el "Sistema de Protección de Menores y problemas de salud de los niños" (Virginia Carranza), "Atención temprana/Dis-capacidad" (Andrea Campo), "Cooperación internacional/Estrategia AIEPI. Enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes en niños de origen extranjero" (Mercedes Rivera), "Cuidados paliativos en Pediatría" (Macarena Rus Palacios), "Promoción de Salud, escuelas de padres, atención primaria, puericultura, hospitales promotores" (Carmen Vidal Palacios), "Adolescentes (aspec-

tos jurídico-sanitarios): Problemas relacionados con adicciones, sexualidad, menor maduro" (Ana Rosa Sánchez Vázquez) y "Abordaje integral de la Obesidad infantil" (Laura Marín López).



Los participantes en el curso, en uno de los coffee-breaks.

## UNICEF y SEPS ponen en funcionamiento la Red de Promoción de la Salud y los Derechos de los Niños

[www.unicef.es](http://www.unicef.es) (Madrid, 11 de Mayo de 2012)

UNICEF y SEPS firmaron hoy un Convenio de colaboración en el tema de promoción de la Salud y Derechos de los Niños, poniendo así en funcionamiento REPSDI (Red de Promoción de la Salud y los Derechos de la Infancia) cuyo sitio web es [repsdi.es](http://repsdi.es)

A través de la Red se pretende que los hospitales y centros de salud en España encuentren las herramientas necesarias para convertirse en espacios promotores de los derechos de la infancia. Es importante, como afirma la Directora Ejecutiva de UNICEF, Paloma Escudero, garantizar en este momento en nuestro país el cumplimiento del derecho establecido por la Convención sobre los Derechos del Niño "a disfrutar del más alto nivel posible de salud".

En palabras del Presidente de la SEPS Jose Antonio Diaz Huertas, "la creación de esta Red obedece a la necesidad de hablar no solamente de criterios sanitarios a la hora de atender a los niños, sino también de tener en cuenta sus derechos".

Del mismo modo, la promoción de la salud constituye una parte importante del proyecto, ya que: "promover el cuida-



Paloma Escudero Pérez, directora ejecutiva de UNICEF España, y José A. Díaz Huertas, presidente SEPS, en la firma del convenio.

do de su salud entre los propios niños y adolescentes ayuda a prevenir problemas como la obesidad, la salud mental y otros que hoy en día se consideran prioritarios".

El proyecto cuenta también con el impulso y colaboración de instituciones como: el Hospital St. Joan de Déu de Barcelona, la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid, el Hospital Universitario Son Llatzer de Mallorca y el Departamento de Psicología Social de la Universidad de Salamanca.

## AGENDA AGENDA AGENDA AGENDA AGENDA AGENDA

**6 a 8 de Septiembre 2012****ISSOP 2012**, en St. Andrews (Escocia)

Congreso anual de la *International Society for Social Pediatrics and Child Health*, centrado en el lema "Evidence into practice and evidence into policy".

Contactos e inscripciones: [enquiries@issop2012.co.uk](mailto:enquiries@issop2012.co.uk)

Programa disponible en: <http://www.issop2012.co.uk/programme>

**6 a 8 de Septiembre 2012****12 ° Congreso Argentino de Pediatría Social**, en Ciudad de Corrientes (Argentina)

Organizado por la Sociedad Argentina de Pediatría.

E-mail: [congresos@sap.org.ar](mailto:congresos@sap.org.ar) - Pag.web: [www.sap.org.ar](http://www.sap.org.ar)

**9 a 12 de Septiembre 2012****XIX ISPCAN International Congress on Child Abuse and Neglect**, en Estambul (Turquía)

Organizado por la *International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect*, bajo el lema "Promoción de alianzas locales, nacionales e internacionales para la protección de la infancia".



Información: [www.ispcan2012.org](http://www.ispcan2012.org)

**4 a 6 de Octubre 2012****XXVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria****(SEPEAP)**, en Sevilla (España)

También acoge el **III Congreso Internacional Hispano-Luso de Pediatría Extrahospitalaria**.

Lugar: FIBES - Nuevo Palacio de Congresos (Sevilla)

Secretaría Técnica: E-mail: [sepeap12@pacifico-meetings.com](mailto:sepeap12@pacifico-meetings.com) - Tel. 932 388 777

<http://sepeap2012.pacifico-meetings.com/index.php>

**17 a 19 de Octubre 2012****XI Congreso Estatal de Infancia Maltratada**, en Oviedo (España)

Congreso de la FAPMI, organizado por la Asociación Asturiana para la Atención y Cuidado de la Infancia (ASACI), bajo el lema "Construyendo puentes entre investigación y práctica".

Avance de Programa: [www.congresofapmi.es](http://www.congresofapmi.es)

**21 a 24 de Octubre 2012****Second European Conference on FASD**, en Barcelona (España)

**Fetal Alcohol Spectrum Disorders:** clinical and biochemical diagnosis, screening and follow-up.

Información y programa: <http://www.secondeufasdconference.com>

**14 a 18 de Noviembre 2012****XVI Congreso Latinoamericano de Pediatría**, en Cartagena de Indias (Colombia)

Convocado por ALAPE, este Congreso se llevará a cabo con la participación de la Sociedad Colombiana de Pediatría y está dirigido a los pediatras, enfermeras, terapeutas, nutricionistas, psicólogos y médicos familiares.

Información e inscripciones: <http://www.congresosalape.com>

