

DOCUMENTO DE
POSICIONAMIENTO

**GUIA SOBRE SALUD DE LOS
NIÑOS ATENDIDOS POR EL
SISTEMA DE PROTECCIÓN A
LA INFANCIA:
ACOGIMIENTO
RESIDENCIAL, FAMILIAR Y
ADOPCIÓN**

COMITÉ CIENTÍFICO SOBRE PROMOCIÓN DE
LA SALUD Y DERECHOS DE LA INFANCIA Y
ADOLESCENCIA DEL ICOMEM



Ilustre Colegio
Oficial de Médicos
de Madrid



**Fundación
ICOMEM**

COLABORA:

AstraZeneca



Directores

José Antonio Díaz Huertas

Isabel Pérez Gallego

Colaboración

ASTRAZENECA FARMACÉUTICA SPAIN,
S.A

Maquetación

Departamento de Comunicación del
Ilustre

Colegio Oficial de Médicos de Madrid

Impresión

Grupo Cibeles

ISBN

978-84-87694-12-7

Edición

Diciembre 2024

ÍNDICE**Página**

Equipo	4
Presentación	8
Introducción	10
Niños con medidas de protección a la infancia en España	12
Características socio-sanitarias de la población infantil en el sistema de protección	15
Protocolo de atención sanitaria en el sistema de protección	21
Propuestas de mejoras	29
Conclusiones	30

Anexos		33
I. Actuación desde el ámbito sanitario ante casos de desprotección y sistema de protección a la infancia		33
II. Valoración de la adaptación y riesgo desde el ámbito sanitario	41	
III.El derecho a la atención a la salud – asistencia sanitaria		45
IV.Salud pública y protección a la infancia		52
V.Las necesidades en salud de los niños y su atención vistas por los acogedores		62
VI. Acogimiento Familiar: Aportación del farmacéutico	70	
VII. Aportaciones en materia de salud bucodental	73	
VIII.Reinserción social del menor infractor		80
IX. Niños mejores de 3 años en centros penitenciarios		90

Nota

Si bien el Comité de derechos del niño de las Naciones Unidas, en 2018 en las Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de España, dice que “el término niño” abarca a todas las personas menores de 18 años, incluidos los adolescentes y que en la versión en español se entenderá que el término “niños” hace referencia a “niños, niñas y adolescentes”, en esta Guía utilizaremos esta última terminología: niños, niñas y adolescentes.

Equipo

COORDINACIÓN/DIRECCIÓN

- **José Antonio Díaz Huertas.** Pediatra. Presidente del Comité Científico sobre promoción de la salud y derechos de la infancia y adolescencia de ICOMEM.
- **Isabel Pérez Gallego.** Pediatra. Residencia Infantil Las Rosas. Agencia Madrileña de Atención Social. Miembro de la Comité Científico sobre promoción de la salud y derechos de la infancia y adolescencia de ICOMEM.

EQUIPO

Residencia Infantil Las Rosas

- **Teresa Alcázar Arroyo.** Directora. Residencia Infantil Las Rosas. Agencia Madrileña de Atención Social.
- **Gloria García López.** Trabajadora Social. RI Las Rosas. Agencia Madrileña de Atención Social (AMAS).

Asociaciones

Familias para la acogida

- **Jorge Prades López.** Presidente de la Asociación Familias para la Acogida.
- **Ana Ruíz.** Trabajadora social de la Asociación Familias para la Acogida.
- **Elena Marigorta del Val.** Secretaria de la Asociación Familias para la Acogida.

Aldeas infantiles SOS

- **Teresa Molina Martínez.** Directora Área de Infancia, Juventud y Familias.
- **Mario Ramos Maillen.** Director Aldea Infantiles SOS Madrid
- **Pilar Piñeiro González.** Técnico en Aldeas Infantiles SOS de España.

Asociación Estatal de Acogimiento Familiar (ASEAF)

- **Helena Escalada Pardo.** Presidenta de la ASEAF.

Nuevo Futuro

- **Raquel Martínez Martínez.** Responsable de la Intervención Educativa y psicóloga de Nuevo Futuro.

Redes AFE Profesionalizado

- **Josu Gago Palacio.** Director de Redes AFE.
- **Maiti Sánchez Sagrado.** Coordinadora de zona Madrid de Redes AFE.

Soñar despiertos

- **Marta Cuesta Garí.** Directora General en Fundación Soñar Despierto.
- **Chantal Gómez Arimont.** Directora en captación de Recursos en Fundación Soñar Despierto.

Atención y Cuidados del Bebé

- **María Algueró Pérez de Villamil.** Especialista en atención temprana y CEO del proyecto Atención y Cuidados del Bebé.

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

- **Noemí Blanes Palomar.** Trabajadora social en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.
- **Silvia Gutiérrez Priego.** Psiquiatra en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

Hospital Universitario Gregorio Marañón

- **Javier Camacho Rubio.** Psiquiatra en la Unidad de Menores en Riesgo Psíquico (UMERP) del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Colegios Oficiales Profesionales de la Comunidad de Madrid

Ilustre Colegio de la Abogacía de Madrid (ICAM)

- **María Giráldez de Luis.** Abogada y Mediadora en SGS Abogados Derecho de Familia.
- **Gerardo Rodríguez Acosta.** Abogado y presidente en Confederación por el Mejor Interés de la Infancia CEMIN.

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Madrid (COEM)

- **Joaquín Esteban Gómez.** Enfermero. Residencia Infantil Las Rosas. Agencia Madrileña de Atención Social.
- **Sara Gasco González.** Secretaria General del COEM.

Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid (COFM)

- **Alicia Moro Valverde.** Vocal de No Ejercientes del COFM.
- **Pura Lledó Polo.** Responsable de Asesoría Técnico-Científica y Humanización del COFM.
- **Inmaculada Castillo Lozano.** Responsable de Proyectos de Colegiados en el COFM-Lab.

Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la 1º Región (COEM) •

M.ª Isabel Calama Fraile. Comisión de Atención Primaria del COEM.

Colegio Oficial de la Psicología de Madrid (COPM)

- **José Antonio Luengo Latorre.** Decano del COPM.
- **Sonja Uhlmann.** Responsable Políticas Protección de la Infancia y Adultos Vulnerables en Europa.
- **Amaya Prado Piña.** Vocal del COPM.
- **Mercedes Bermejo Boixareu.** Vocal del COPM.

Colegio de Trabajo Social de Madrid (COTS Madrid)

- **Ana García Montero.** Vicedecana Segunda de COTS Madrid.
- **Verónica Gallego Obieta.** Secretaria de la Junta de Gobierno de COTS Madrid.

Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria (AMPAP)

- **María Elena Cabezas Tapias.** Presidenta de la AMPAP.
- **Ángel Cortés Lozano.** Pediatra de La Casa de los Niños.

Dirección General de Infancia, Familia y Promoción de la Natalidad de la Comunidad de Madrid

- **Ana Cristina Gómez Aparicio.** Subdirectora General de Protección a la Infancia de la Comunidad de Madrid.
- **Juan Alonso Casalilla Galán.** Jefe de Servicio de Programas de Acogimiento en Familia Ajena.
- **Jimena García López.** Responsable del Área de Adopción y Acogimiento Familiar.
- **Yolanda Montero Cabrera.** Coordinadora de Proyectos de Acogida en Familia Ajena para NNA en Acogimiento Residencial.

Colegio Público de Educación Especial María Soriano (CPEE María Soriano)

- **Elizabeth Machota Blas.** Médico rehabilitador del CPEE María Soriano.

Residencia Infantil Vallehermoso y Agencia Madrileña de Atención Social

- **Maritza Sarduy Pérez.** Médico Residencia Infantil Vallehermoso. Agencia Madrileña de Atención Social.

Dirección General de Familia e Infancia del Ayuntamiento de Madrid

- **Almudena Ramos Riesco.** Jefa del Departamento de Protección a la Infancia y la Adolescencia.
- **Alfredo Artuñedo Pe.** Subdirector General de Familia e Infancia. Área de Gobierno de Políticas Sociales, Familia e igualdad.
- **Javier Salas Montero.** Asesor Técnico.

Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSYS)

- **Míguela Arévalo García-Gasco.** Presidenta de AETSYS.

Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Salud

- **Elena Andradas Aragonés.** Directora General de prevención y promoción de la salud.
- **Marta Molina Olivas.** Subdirectora General de prevención y promoción de la salud.

Profesionales sanitarios acogedores

- **África Ndongo Obono.** Enfermera.
- **Myriam Rojas Fernández.** Médico.
- **Rosa Suarez Bustamante.** Enfermera.

Familias de acogidas

- **Begoña Amate Cruz.**
- **Marta Cuesta Gari.**

PRESENTACIÓN

La Comité Científico sobre promoción de la salud y derechos de la Infancia y Adolescencia y la Fundación del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid iniciaron en el año 2023 el proyecto sobre Promoción y Atención a Familias de Acogida y Niños en Acogimiento (PAFANA) que, entre otras actividades, proponía elaborar una Guía de Atención a la Salud de Niños Atendidos en el Sistema de Protección a la Infancia desde un enfoque multidisciplinar e interinstitucional que contribuyera a la promoción del acogimiento familiar y a la mejora en la atención sanitaria de esta población infantil.

La Guía tiene como finalidad describir las características del sistema de protección a la Infancia y dar recomendaciones para seguir un protocolo de atención integral sanitario tanto en el ámbito de Atención Primaria como en Especializada y conocer los aspectos clínicos y sociales de los niños, niñas y adolescentes, que han requerido de esta atención, bien en familias de acogida y/o en residencias infantiles.

Los niños, niñas y adolescentes atendidos por el sistema de protección a la infancia son una de las grandes preocupaciones de la pediatría y estuvo en el origen su reconocimiento como especialidad de la medicina en el siglo XIX.

Pensamos que si bien, el programa formativo de los profesionales sanitarios en pediatría, que comprende los conocimientos clínico-asistenciales y teóricos que debe tener al finalizar su período de formación, incluye temas sobre el maltrato infantil, la violencia, el abandono, la adopción, la guardia y custodia, los problemas de los niños, niñas y adolescentes con marginación social, etc., en la práctica el conocimiento de estos temas por parte de los profesionales de la pediatría, médicos de familia, enfermeras pediátricas, psiquiatras, psicólogos..., que atienden a esta población, es escaso.

Por otra parte, consideramos que avanzar en la atención a esta población infantil debe ser un esfuerzo común y coordinado de los diferentes profesionales e instituciones que les atienden y de ahí el haber constituido un grupo de trabajo para la elaboración la Guía compuesto por en el que están implicado acogedores y asociaciones de acogida, colegios profesionales (enfermería, trabajo social, odontología, psicología, farmacéuticos), de la Administración (Consejería, Ayuntamiento, Salud Pública), etc.

También se ha considerado la importancia de aportar una extensa bibliografía para ofrecer una visión completa e integral de los contenidos de esta Guía.

Además, a lo largo de su elaboración se ha puesto de manifiesto la necesidad de dar visibilidad a otros colectivos que deberíamos incluir dentro del epígrafe “menores protegidos” como son los atendidos en reinserción social del menor infractor y los menores de 3 años en centros penitenciarios con sus madres.

Si bien esta es una iniciativa desde la Comunidad de Madrid, se trata de contribuir a un mayor conocimiento de los problemas y necesidades en salud de los

niños, niñas y adolescentes atendidos por el sistema de protección a la infancia en toda España, y avanzar en la mejora de la atención a la salud que reciben.

José A. Díaz Huertas

***Presidente del Comité Científico sobre promoción de la salud y derechos
de la infancia y adolescencia. Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Comunidad de Madrid***

INTRODUCCIÓN

Los niños, niñas y adolescentes/as atendidos por el sistema de protección a la infancia presentan necesidades y problemas en salud específicos tanto por las causas que dieron origen a la necesidad de ser atendidos fuera de su ámbito familiar, como por la propia intervención desde las respuestas desde los servicios sociales, tanto en acogimientos residenciales como de acogimiento familiar y/o adopción.

En 1996 se aprueba Ley Orgánica de Protección Jurídica del menor, posteriormente la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio y Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, donde se introduce de forma explícita la prioridad del acogimiento familiar respecto al acogimiento residencial, recientemente ratificada en la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPVI). A pesar de este marco legal existente, para el año 2022 más de 16.000 menores permanecen en Acogimiento residencial en España. Una población vulnerable con necesidades y características especiales.

A partir de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, desde criterios de normalización e integración, los menores con medidas de protección son atendidos por el sistema público de asistencia sanitaria en igualdad al resto de la población infantil, independientemente de que, en algunas residencias infantiles por las características sanitarias especiales de algunos menores, aún se disponga de profesionales sanitarios para su mejor control.^{4,5,7}

Para una adecuada atención a la salud se precisa del conocimiento de las características socio-sanitarias de esta población, las posibles causas que dieron lugar a la intervención, de los recursos en que son atendidos, así como, de las necesidades y problemas en salud que presentan. También es necesario que los distintos profesionales que asisten a estos menores conozcan los conceptos que se manejan en el sistema de protección de situaciones de Riesgo y Desamparo, las medidas de protección (Tutela y Guarda), así como las formas de su ejercicio (adopción, acogimiento familiar y acogimiento residencial).

Objetivos

- Conocer las características socio-sanitarias de los menores que ingresan al Sistema de Protección.
- Mejorar la atención sanitaria a menores en riesgo social que pertenecen al Sistema de Protección Social a la Infancia.
- Reconocer las situaciones de riesgo y desamparo para notificarlas y realizar un correcto seguimiento clínico tanto en Atención Primaria como Especializada.
- Conocer la Legislación actual que ampara a los menores que están en Situación de vulnerabilidad.
- Conocer las medidas de protección a la infancia (tutela y guarda), así como las formas de su ejercicio (adopción, acogimiento familiar y acogimiento residencial)
- Promover y apoyar el Acogimiento familiar desde el ámbito sanitario.

La presente Guía, elaborada por el referido Grupo, pretende dar respuesta a las demandas y ser una herramienta útil para los profesionales sanitarios y no sanitarios de los equipos de atención en salud, padres acogedores y educadores sobre las necesidades y problemas en salud de los niños, niñas y adolescentes que requieren ser atendidos fuera de su ámbito familiar biológico, así como sobre aspectos conceptuales del sistema de protección infantil.

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

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

Isabel Pérez Gallego
Pediatra. RI Las Rosas
Agencia Madrileña de Atención Social.

NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON MEDIDAS DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA EN ESPAÑA

La importancia del conocimiento del número de niños, niñas y adolescentes atendidos por el sistema de protección radica en que:

- Afecta a un número importante de niños, niñas y adolescentes, aproximadamente 50.000 al año, según el Boletín de datos estadísticos de ¹ medidas de protección a la infancia y la adolescencia en España .

- Se considera que, por cada niño con medida de protección adoptada, habría otros 7 o 10 en las mismas condiciones de desprotección (pirámides o punta del iceberg).
- El sistema de protección es un observatorio de los problemas que afectarán a la infancia, por ejemplo, los primeros casos de VIH infantil españoles fueron atendidos en residencias de acogida y el 50% de los niños, niñas y adolescentes seropositivos nacidos en la Comunidad de Madrid en los años de inicio de la epidemia, fueron atendidos en estas residencias. Con el paso de los años uno de los problemas prevalentes actualmente en esta población es el de la violencia filoparental o ascendente.

El número de niños, niñas y adolescentes con expediente de protección, en España nos hace ver cuantitativamente la importancia de este problema, así como su evolución y las medidas / resoluciones que se van a adoptar (Fig.1, Cuadro 1).

Figura 1. Total de niños, niñas y adolescentes con expediente de protección en España (1996 -2022)



1 Dirección General de Derechos de la Infancia y la Adolescencia. (2023). Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia y la adolescencia. Boletín número 25. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Disponible en: https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/infancia-y-adolescencia/PDF/Estadisticaboletineslegislacion/Boletin_Proteccion_25_PROVISIONAL.pdf

Cuadro 1. Datos estadísticos de medidas de protección a la infancia y la adolescencia en España

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Total	43.902	47.493	49.985	50.272	49.171	48.357	51.203
Tutelados	27.160	29.583	31.237	33.208	31.738	29.910	30.657
Guarda	4.753	5.161	7.228	5.803	3.870	3.280	3.538
En estudio	11.989	12.749	11.520	11.261	13.563	15.167	17.098
NNAMNA	2.524	5.787	9.690	11.490	5.670	4.762	5.868

NNAMNA: Niños, Niñas, Adolescente Migrantes No Acompañados, sustituye a MENAS. Total población española menor 18 años 8.270.022 0,6% SPI.

Un tema importante es el recurso en el que van a ser atendidos bien en acogimiento familiar, residencial o en adopción (Cuadro 2).

Cuadro 2. Número de niños, niñas y adolescentes atendidos fuera de su ámbito familiar según recurso de protección.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Acogimiento familiar	19.641	19.004	19.545	19.320	18.892	18.445	18.177
Acogimiento residencial	14.104	17.527	21.283	23.209	16.991	16.177	16.385
Adopción nacional	588	680	639	626	537	575	681

Los niños, niñas y adolescentes/as con necesidades especiales y discapacidad representan una prevalencia importante dentro de los niños, niñas y adolescentes/as atendidos por el SPI (Sistema de Protección a la Infancia), tanto en acogimiento familiar y residencial como en la adopción nacional, que oscila según los últimos 7 años entre el 4,2 y el 12,7%, aproximadamente, unos 2.000 niños, niñas y adolescentes protegidos cada año. (Cuadro 3)

Cuadro 3. Niños, niñas y adolescentes atendidos con discapacidad en acogimiento familiar, residencial y adopción en España.

Acog. familiar	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Total	19.641	19.004	19.545	19.320	18.892	18.455	18.177
Con discapacidad (%)	347 (4.2)	468 (5.5)	935 (4.6)	995 (5.2)	1.714(9.1)	1.083(5.9)	907 (4.8)
Acog. residencial	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Total	14.104	17.527	21.283	23.209	16.991	16.177	16.385
Con discapacidad (%)	468 (5.8)	824 (9.9)	1.373 (6.5)	1.272(5.5)	1.030(6.1)	1.446(8.9)	982 (5.9)
Adopción nacional	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Total	588	680	639	626	537	675	681
Con discapacidad (%)	75 (12.7)	66 (9.7)	95 (14.8)	35 (5.9)	13 (2.4)	63 (9.2)	45 (6.6)

En el año 2021, dentro de programa acogER de la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER) se hizo una aproximación epidemiológica sobre los menores con enfermedades raras atendidos por el Sistema de Protección a la Infancia en España en que se recibieron datos de 13 Comunidades Autónomas y de la Ciudad Autónoma de Ceuta se recibieron 227 notificaciones, algunas de estas

enfermedades poco frecuentes con una alta dependencia, de ellos el 27,3% con un grado de discapacidad de más del 65% ¹.

CARACTERÍSTICAS SOCIO-SANITARIAS DE LA POBLACIÓN INFANTIL EN EL SISTEMA DE PROTECCIÓN

Las circunstancias sociales del ámbito familiar y los factores de riesgo sanitario en el que han vivido los menores que precisan una medida de protección, están relacionadas frecuentemente con una mayor probabilidad de aparición de ciertas patologías, así como, necesidades y problemas de salud derivados por la propia intervención ^{2,3}.

Esta población tan vulnerable tiene características socio-sanitarias especiales, que son determinantes en el estado de salud de estos niños, niñas y adolescentes y, por otra parte, son factores de riesgo que les afectarán al área biopsicosocial tanto en el momento presente como durante toda la vida que es importante visibilizarlas y que sean del conocimiento general de los distintos profesionales del ámbito sanitario a fin de ofrecer una atención integral y una repuesta adecuada (Cuadro 4) ^{4,5}.

Cuadro 4. Antecedentes socio-sanitarios de los menores en el sistema de protección.

1. Factores prenatales
2. Factores nutricionales
3. Cuidados médicos inadecuados, inestables o ausentes
4. Maltrato o violencia Infantil en todas sus formas
5. Déficits afectivos familiares
6. Toxicomanías y alteraciones relacionadas con la sexualidad.
7. Abandonos en hospitales por patologías graves.
8. Niños, niñas y adolescentes migrantes no acompañados (NNAMNA)
9. Niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales y discapacidad.
10. Problemas de salud mental y de comportamiento

¹ Murillo MC, Díaz Huertas JA, Posada M, Cascajo M, Castellanos JL. (2022). Informe sobre los menores con enfermedades raras atendidos por el Sistema de Protección a la Infancia en España: aproximación epidemiológica. 2021. Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER). Disponible en: <https://www.enfermedades-raras.org/sites/default/files/documentos/Informe%20Menores%20con%20enfermedades%20raras%20atendidos%20por%20el%20SPL.pdf>

² Martínez MC, Díaz Huertas JA. El niño que vive en una institución. Necesidades afectivas, psicosociales y sanitarias. En Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez González MC. Niños maltratados. Díaz de Santos. 1995: 269-277

³ Cortés A et al. Estudio descriptivo de la población de un centro de acogida. Acta Pediatr Esp 2000;58:339-43

⁴ Olivan Gonzalvo G. Niños y adolescentes en acogimiento transitorio: problemas de salud y directrices para su cuidado. An Pediatr, 2003; 58:128-135

⁵ Rivera M, Uberos FJ, Muñoz Hoyos A. Problemas de salud prevalentes en los menores en centros de acogida. Acta Pediatr Esp.2013; 7(7): e 170-175.

11. Niños, niñas y adolescentes/as que provienen de la
adopción internacional

*Frecuente asociación de varias situaciones en el mismo niño

1. Factores prenatales:⁶

- **Pobres o nulos controles de embarazo**, que provocan incidencias por encima de la media de prematuridad y bajo peso al nacimiento, con sus secuelas a medio-largo plazo (parálisis cerebral, displasia broncopulmonar, etc.).
- **Deficiencias en el estado de salud de la embarazada**, con posibilidad de transmisión vertical de ciertas enfermedades infecciosas (VHB, VHC, VIH, sífilis, toxoplasmosis, Citomegalovirus, etc.),
- **Ingesta de alcohol y drogas durante el embarazo**, con aparición de síndromes de abstinencia neonatal o grados variables del espectro / síndrome alcohólico fetal (SAF)^{7,8,9} / abstinencia neonatal a drogas¹⁰.
- Los factores anteriormente descritos podrían estar dentro del tipo de maltrato o violencia **el maltrato prenatal**^{11,12,13}.

Debe diferenciarse el “*maltrato prenatal*” del “*riesgo prenatal*”. Mientras que el primero constituye una situación de desprotección y su presencia debe determinarse incluso antes de que el bebé haya nacido y que dé lugar incluso a adoptar alguna medida de protección previa al nacimiento¹⁴, el “*riesgo prenatal*” en que los Servicios Sociales deberán actuar de forma preventiva y, en cualquier caso, procederán a realizar una evaluación completa de la situación del bebé una vez haya nacido.

⁶ Diaz Huertas JA, Casado J, García E, Ruiz MA, Esteban J. (1999) Detección de riesgo social en la embarazada. Prevención del maltrato infantil. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Disponible en: <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM007093.pdf>

⁷ Hidalgo MI. El pediatra ante el síndrome alcohólico fetal. Un trastorno infradiagnosticado. *Pediatría Integral*, 2014; 10:215-217

⁸ Romero-González M, Primé-Tous M, Martí-González M.A. (2020). Trastorno del vínculo en niños con trastorno del espectro alcohólico fetal. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 37(4), 36-53. Disponible en: <https://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/394/318>

⁹ Maya-Eneroa S, Ramis-Fernández S.M, Astals-Vizcainoa M, García-Algar O, Perfil neurocognitivo y conductual del trastorno del espectro alcohólico fetal. *Anales de Pediatría*, 2021; 95:208

¹⁰ Roca A, Jarque P, Gomila I. et al. Características clínicas y factores de riesgo asociados a la exposición prenatal a drogas de abuso. *Anales de Pediatría* 95(2021)307-320. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-pdf-S169540332030285X>

¹¹ García García J et al. Análisis del maltrato prenatal en Cataluña entre los años 2011 y 2014. *An Pediatr (Barc)* 2018;88:150-9
¹² .1016/j.anpedi.2017.04011

¹³ García García J et al. Análisis de los determinantes sociales de la salud en el maltrato prenatal en Cataluña. *An Pediatr (Barc)* 2018;89: 320-110.
1016/j.anpedi.2018

¹⁴ Ver sentencia Tribunal Supremo sentencia STS 809/2023 de 21/02/2023. declaración de desamparo y asunción de tutela del menor no nacido. Disponible en: [García García J et al. Análisis de los determinantes sociales de la salud en el maltrato prenatal en Cataluña. An Pediatr \(Barc\) 2018;89: 320-110. 1016/j.anpedi.2018](https://www.analesdepediatria.org/es-pdf-S169540332030285X)

- **Patología perinatal o congénita graves como síndromes complejos** (Síndrome de Down, cardiopatías congénitas, malformaciones digestivas, enfermedades raras, etc.) responsables del abandono del niño/a por parte de sus padres.

2. Factores nutricionales: la alimentación inadecuada que provoca retrasos pondero-estaturales (peso y talla), anemias ferropénicas, sin olvidar el retraso de crecimiento no orgánico o psicosocial. Una alimentación mal reglada y con exceso de calorías, nos puede llevar también a un sobrepeso y a una alta incidencia de caries ¹⁵.

3 ¹⁵. Cuidados médicos inadecuados, inestables o ausentes, van a producir calendarios vacunales incompletos, infradiagnóstico de patologías (infecciosas, déficits visuales y auditivos, etc.), o descompensación de enfermedades crónicas conocidas.

4. La presencia de **maltrato infantil** en cualquiera de sus formas de presentación (físico, emocional, sexual, negligencia...) ¹⁶ además de la presencia de los signos y síntomas correspondientes, nos obligará a un seguimiento a medio-largo plazo de sus secuelas psicoafectivas ¹⁷.

5. **Violencia de genero durante la gestación.** La violencia durante el embarazo tiene la particularidad de que puede afectar tanto a la salud y a la vida de la mujer como a la del hijo/a que espera ¹⁸¹⁹.

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

¹⁵ Martín-Martín V, et al. Estado de nutrición en niños víctimas de abuso físico y sexual. Rev Invest Clin 2010; 62 (6): 524-53. Disponible: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2010/nn106e.pdf>

¹⁶ Pérez Candás JI, Ordóñez Alonso MA, Amador Tejón V. Maltrato infantil por negligencia. Form Act Pediatr Aten Prim. 2018;11(1):25-36. Disponible en: https://fapap.es/files/639-1604-RUTA/07_Maltrato_negligencia.pdf

¹⁷ Díaz Aguado. Desarrollo socioemocional de los niños maltratados. Ministerio de Asuntos Sociales. 1996

¹⁸ Velasco MC, Caño A, Martín S. Guía de actuación ante la violencia de género durante el embarazo. Granada: medicusmundi Sur; ¹⁹. Disponible en: [Maya-Eneroa S, Ramis-Fernández S.M, Astals-Vizcainoa M, García-Algar O, Perfil neurocognitivo y conductual del trastorno del espectro alcohólico fetal. Anales de Pediatría, 2021; 95:208](#)

El retraso de crecimiento no orgánico (RCNO) no es de causa nutricional sino debido a un ambiente inhibitor del crecimiento causado por los malos tratos, déficits afectivos, etc ^{20,21,22}.

7. En edades peripuberales, empezaremos a encontrar problemas emocionales relacionados con la sexualidad, sobre todo si hay antecedentes de agresión sexual, con conductas que no corresponden con la edad, promiscuidad, ausencia de métodos anticonceptivos, con mayor posibilidad de embarazo o aparición de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

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

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

9. **La atención sanitaria a niños, niñas y adolescentes migrantes no acompañados (NNAMNA).** La atención sanitaria a niños, niñas y adolescentes, niñas y adolescentes migrantes no acompañados (NNAMNA) procedentes de inmigración en situación irregular tiene factores de riesgo adicionales que es importante conocer, ya que pueden requerir de pruebas y exploraciones adicionales, en función de la clínica y el país de origen para descartar de patología importada.

Las razones por la cual estos menores ingresan al país son muy diversas, muchos de ellos buscan mejores condiciones de vida escapando de situaciones precariedad en sus países de origen y/o guerras. Otros son portadores de patologías crónicas, genéticas y/ o congénitas y vienen en la búsqueda de la resolución de estas enfermedades, algunos provienen de familias desestructuradas y tienen una alta incidencia de historia de consumo de alcohol y sustancias tóxicas, han podido sufrir malos tratos durante el proceso migratorio. Hay un desconocimiento importante de su historial sanitario, antecedentes de enfermedades, así como el calendario vacunal.

Aunado a todos estos factores, en muchos de ellos la barrera idiomática dificulta la atención sanitaria y precisa de un protocolo de actuación dirigido al este perfil de

20,

²⁰ Skuse DH. Non-organic failure to thrive: a reappraisal. Archives of Disease in Childhood, 1985; 60:173-178

²¹ Rodríguez Sánchez, A, Rodríguez Arnao MD, Camino López M. (1995). Talla baja por privación psicosocial. En Onorbe M, Gracia Barquero M; Diaz Huertas JA. Maltrato infantil: prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario. Consejería de Salud. Págs. 285-288

²² Molina JA, Muñoz A. (1997). Retraso de crecimiento no orgánico. En Casado J, Diaz Huertas JA, Martínez MC. Niños maltratados. Diaz de Santos. Págs. 145-153

menores, haciendo hincapié en el descarte y tratamiento de enfermedades endémicas como tuberculosis, Chagas, malaria, etc .

Los llamados NNAMNA representan entre el 10 y el 20% del total de niños, niñas y adolescentes atendidos, que durante el proceso migratorio han podido sufrir abusos y explotación sexual.

22 Frias GA (Coord) (2019) Guía para examen de salud inicia de Menores Extranjeros no Acompañados (MENAS). Junta de Andalucía. Consejería de Salud y familia Pag 5-19. Disponible en:
https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Gu%C3%ADa_MENA2019_DEF_0.pdf

23 Garbarino J, Brookhouser PE, Authier KJ et al. Special children. Special needs. The maltreatment of children with disabilities. New York. Aldine de Gruyter. 1987

10. Niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales y discapacidad.

Las discapacidades se consideran como un factor de riesgo de maltrato infantil, así mismo, las discapacidades pueden ser una consecuencia de los malos tratos 23 .

Las causas de abuso y negligencia de los niños, niñas y adolescentes/as con discapacidades, en general, son las mismas para todos los niños, niñas y adolescentes, aunque existen varios elementos que pueden aumentar el riesgo de abuso de niños, niñas y adolescentes con discapacidades. Los niños, niñas y adolescentes con enfermedades crónicas o discapacidades suelen imponer mayores demandas emocionales, físicas, económicas y sociales sobre sus familias 24.

Una discapacidad física que causa dificultades en la deambulación puede imponer a un niño un riesgo de caídas accidentales. Por lo tanto, será necesaria una supervisión más estrecha, que puede ser, por sí misma, inductora de estrés.

Los progenitores con limitado apoyo social y comunitario pueden correr un riesgo especialmente elevado de maltratar a los niños, niñas y adolescentes/as con discapacidades, porque se pueden sentir abrumados e incapaces de afrontar las necesarias responsabilidades de cuidados y supervisión. La falta de “respiro” o de “paradas” en las responsabilidades de cuidar al niño, puede contribuir a un mayor riesgo de abuso o de negligencia. Finalmente, los requisitos añadidos de necesidades especiales educacionales y de asistencia sanitaria pueden resultar en que el niño/a no reciba las medicaciones necesarias, la asistencia médica oportuna y las ayudas educativas oportunas, lo que resulta en negligencia infantil 25.

11. Problemas de salud mental y de comportamiento

Los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en Sistema de Protección y, especialmente, los que se encuentran en Acogimiento residencial presentan una mayor incidencia de problemas del comportamiento y de salud mental, tal como ha sido publicado en la literatura internacional, donde encontramos que hasta 48% de

esta población vulnerable se encuentran en tratamiento y seguimiento por esta causa

-
- 24 Hibbard RA et al, y el Committee on Child Abuse and Neglect, y Council on Children with Disabilities. Maltrato de los niños con discapacidades. *Pediatrics* (Ed esp). 2007;63(5):314-20. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-pediatrics-10-pdf-13112719>
- 25 Diaz Huertas JA, Campo A, Diaz V. (2007). Maltrato infantil y su relación con las discapacidades. En Diaz Huertas JA, Ruiz MA, Ruiz V. *Infancia y discapacidad*. Sociedad Española de Pediatría Social. Pag. 65-76. Disponible en: <https://canal.uned.es/uploads/materials/resources/pdf/8/2/1255978525228.pdf>
- 26 Lehmann, S., Breivik, K., Monette, S. y Minnism H. (2020). Potentially traumatic events in foster youth, and association with DSM-5 trauma- and stressor related symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 101, 1-9

Los factores de riesgos asociados a esta alta prevalencia incluyen antecedentes familiares de enfermedad mental (principalmente de origen materno), consumo de sustancias, alcohol, haber sido víctimas de violencia infantil en alguna o varias de sus variantes (físico, emocional, negligencia y/o abuso sexual) y la prolongada exposición a situaciones de conflicto en el ambiente familiar.

Es necesario poner atención a manifestaciones como la angustia de separación, el miedo al abandono, la desconexión de las emociones de uno mismo, el distanciamiento de la vivencia de uno mismo, la incapacidad para recordar períodos de tiempo prolongados, eventos vitales o aspectos biográficos relevantes, la inestabilidad emocional, el ánimo bajo, la inquietud psicomotriz, las dificultades para focalizar la atención, los conflictos relacionales y las dificultades de aprendizaje y las conductas disruptivas. Debe ser tenido en cuenta al valorar estas manifestaciones el sufrimiento psíquico derivado de sus historias vitales y el modo en que dicho sufrimiento ha sido mentalizado y elaborado. Es fundamental conocer sus historias e indagar las vivencias y sentimientos asociados a los diferentes sucesos biográficos. Es habitual que la culpa, el dolor y la rabia sentidos por su abandono lo desplacen a sus acogedores o adoptantes.

Los principales problemas que encontramos en estos menores son trastornos de tipo externalizante (agresividad y conducta disruptiva), Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), con predominio del componente mixto, trastornos del vínculo, rasgos disfuncionales de personalidad, de conducta alimentaria (anorexia, bulimia), trastornos emocionales, ansiedad, consumo de sustancias, etc.²⁷ que implican la necesidad de ser atendidos por los servicios de salud mental^{28,29,30} 31.

La atención, diagnóstico y tratamiento de estos problemas de salud mental es una variable clave en la evolución de este tipo de problemas³².

El sufrimiento que generan las situaciones de negligencia genera ansiedad en los menores, que pueden presentar problemas de impulsividad e inatención, que tienden

a asociarse, entre otros, a problemas derivados del TDAH, lo cual puede llevar consigo un mal diagnóstico y un tratamiento incorrecto 33 .

27 Díaz Aguado MJ, Martínez R, Martín G. Génesis y desarrollo de los comportamientos de los jóvenes con problemas de conducta en Centros de Menores. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2002

28 Fernández J, Sainero AM, Bravo A (2011). La detección de trastornos mentales y protocolo de evaluación. En Fernández J, Sainero AM, Bravo A. Salud mental de menores en Acogimiento Residencial. Guía para la prevención e intervención en hogares y centros de protección de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Págs. 93-138. Disponible en:
<https://consaludmental.org/publicaciones/Saludmentalmenoresacogimientoresidencial.pdf>

29 Halfon N, Berkowitz G, Klee L. Mental health service utilization by children in foster care in California. Pediatrics, 1992; 89:1238-1244

30 Sainero A, Fernández del Valle J, Bravo A. Detección de problemas de salud mental en un grupo especialmente vulnerable: niños y adolescentes en acogimiento residencial. Anales de psicología, 2015, 31(2):472-480. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/pdf/ap/v31n2/psicologia_clinica10.pdf

31 Staudt MM. Mental health Services utilization by maltreatment children: research, findings and recommendations. Child Maltreatment; 2003; 8:195-203

32 González-García C, Vassiliadis E, Moreno-Mansi JM, et al. (2023). Changes in mental health of children and young people in residential care: outcomes and associated factors. Psychosocial Intervention, 32(1), 11-19. Disponible en:
<https://doi.org/10.5093/pi2022a16>

PROTOCOLO DE ATENCIÓN SANITARIA EN EL SISTEMA DE PROTECCIÓN

La atención a la salud y el papel del pediatra se consideran fundamentales para el bienestar y el desarrollo saludable de los niños, niñas y adolescentes atendidos fuera de su ámbito familiar, considerando los problemas y necesidades específicas en salud de esta población infantil 35,

Si bien actualmente los médicos en formación en pediatría tienen un mayor conocimiento acerca de los aspectos clínicos relacionados con el síndrome del niño maltratado, persiste una escasa experiencia clínica efectiva sobre protección infantil.

38

Conocidas todas estas características que conllevan un riesgo de enfermar, consideramos necesaria la existencia de una guía orientativa para el control sanitario de los menores con medidas de protección (Cuadro 5), que probablemente no va a diferir mucho de los controles habituales sanitarios que se realizan en los Centros de Salud, incidiendo más en algunos aspectos 39,40 .

Los niños, niñas y adolescentes/as acuden a las consultas de atención primaria de su zona básica de salud, acompañados bien por sus acogedores, familiares o no, o por el personal del Centro de Acogimiento Residencial / Residencia Infantil.

Si bien, el criterio normalizador e integrador ha conllevado a que los niños, niñas y adolescentes sean atendidos en la red pública de atención primaria de salud, es de destacar cómo la Comunidad Valenciana lo ha regulado en la LEY 8/2008, de 20 de junio, de la Generalidad Valenciana, de los derechos de salud de niños, niñas y adolescentes y adolescentes 41 , que en su artículo 23 d) dice: "Se establecerá un

hospital y centro de salud de referencia, especificando pediatra o médico de familia para cada centro de atención residencial de protección de menores de la red pública”.

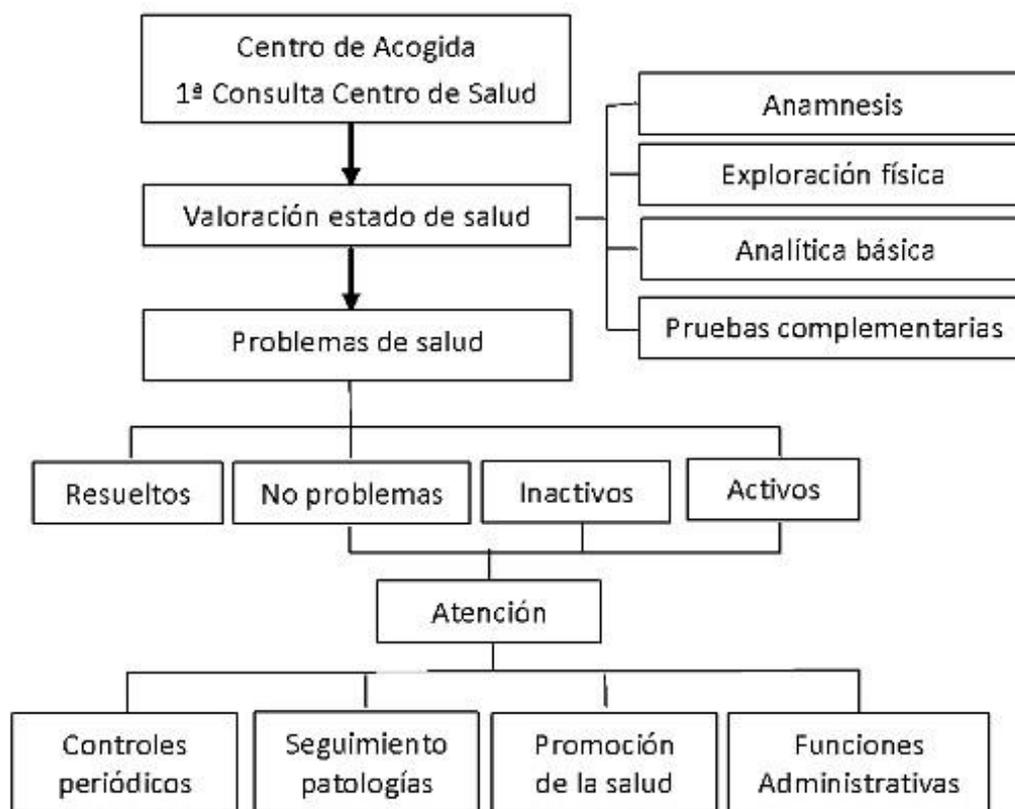
- 33 [1] Molina-Alonso L, Rodríguez-Rivas M.E, Martínez-Martínez A.M, Fernández Campoy J.M, et al. (2022) Importancia de trabajar por la salud mental de las personas menores en el sistema de protección de menores para mejorar su calidad de vida dentro de la institución. En Molero MM, Simón MM, Gázquez JJ, Barragán Martín AB, et al. Investigación y práctica en Contextos Clínicos y de la Salud. Editorial DYKINSON, S.L. Pags. 97-103
- 34 Hernández Merino et al. Consenso en adopción internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios. Rev Pediatría Aten Primaria 2006.8 Supl 2: S41-53
- 35 Jee SH, Simas MD. Health and well-being of children in foster care placement. *Pediatr Re*, 2006; 27:34-36
- 36 Rodríguez J, Rivera M, Marín L, Muñoz Hoyos A. (2013) Atención sanitaria a menores en régimen de acogimiento residencial. En Manual de Pediatría Social. Díaz Huertas JA, Editorial Formación Alcalá. págs. 97-105. Disponible en: http://www.pediatriasocial.es/HtmlRes/Files/Manual_Pediatría_Social.pdf
- 37 Andérica G. (coord.) (2019). Guía para examen de salud inicial de menores extranjeros no acompañados (MENAs). Junta de Andalucía. Disponible en. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Gu%C3%ADa_MENA2019_DEF_0.pdf
- 38 Ward, MGK, Bennett S, Plint AC, King WJ et al. Child protection: a neglect area of pediatric residency training. *Child Abuse Negl*, 2004; 113-1122
- 39 Cortes A, Díaz Huertas JA, Rivera M, Muñoz Hoyos A et al (2012). Salud de los niños atendidos por el sistema de protección a la infancia. Guía para profesionales sanitarios y acogedores. Sociedad Española de Pediatría Social. Disponible en: <http://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=3591&tipo=documento>
- 40 Ringeisen H, Casanueva C, Urato M, Cross T. Special health needs among children in the child welfare system. *Pediatrics*, 2008; 122:e232-e241
- 41 Comunidad Valenciana. LEY 8/2008, de 20 de junio, de la Generalitat, de los derechos de salud de niños y adolescentes. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2008/07/16/pdfs/A31080-31086.pdf>

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

En la atención debemos considerar:

- a. Estado de salud. Primera Consulta – ingreso en centro de acogida/1ª visita en centro de salud.
- b. Determinar estado de salud – diagnóstico.
- c. Seguimiento – Programas de Salud habituales (Niño Sano).
- d. Seguimiento de problemas de salud específicos – patologías.
- e. Valoración y detección de riesgo social/adaptación del proceso de acogimiento.
- f. Promoción de la salud.
- g. Funciones Administrativas

Figura 2. Sistema de protección: atención a la salud del niño.



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

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

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

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

2. Realizar **una exploración física completa**, haciendo más hincapié en los signos relacionados con los factores de riesgo antes mencionados:

- Desarrollo ponderoestatural y perímetro cefálico, Presencia
- de caries.
- Agudeza visual y auditiva (Otitis media serosa crónicas con problemas de audición y timpanometría alterada),
- Signos de maltrato infantil o agresión sexual, presencia de conductas autolesivas en extremidades superiores y/o otras partes del cuerpo etc.
- Evaluación del desarrollo psicomotor (con las pruebas estandarizadas según la edad) y la salud mental (patología mental, trastornos de conducta, etc.)

La obtención de los antecedentes sanitarios es una de las principales dificultades a la que se enfrenta el profesional sanitario al iniciar la historia clínica, no solo porque muchas veces no existe, otras veces la información obtenida en las entrevistas resulta ser escasa o nula al permanecer los menores a cargo de otras personas o familiares que desconocen su historia de salud, en los casos en que se atienden NNAMNA, la ausencia de información médica en total.

3. Se aconseja la realización de un **cribado analítico básico** (protocolo analítico) de inicio de despistaje de las patologías prevalentes reseñadas con anterioridad:

- Análisis de sangre: · Hemograma y bioquímica con metabolismo del hierro.
 - Serologías de virus B, C y VIH.
 - Serologías de sífilis, rubeola, toxoplasmosis y CMV en lactantes pequeños de embarazos no controlados. Análisis de orina: sedimento urinario Mantoux.
- Cuando hay signos de maltrato o abuso sexual, o existen conductas sexuales de
- riesgo e historia de consumo de sustancias tóxicas, debe realizarse despistaje de
- enfermedades de transmisión sexual, prueba de embarazo y tóxicos en orina
- Exploraciones complementarias para estudio específico de la patología diagnosticada en los apartados anteriores.
- En pacientes migrantes, realización de despistaje de patología endémica según procedencia e historia migratoria.

4. Evaluación del desarrollo psicomotor/salud mental.

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

Entre las pruebas más específicas de valoración de inteligencia, los test psicométricos más utilizados en mayores de 3 años son las escalas de Wechsler (Wechsler Intelligence Scale for Children versión IV) y la escala de Inteligencia de Stanford-Binet, para niños, niñas y adolescentes/as en edad escolar. En niños, niñas y adolescentes con Trastornos del lenguaje y la comunicación, (muy poco verbales) estaría indicada la Escalas de inteligencia de Reynolds (RIAS).

En relación a patologías más concretas, encontraremos con relativa frecuencia en los menores protegidos, cuadros compatibles con Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH), que deben ser evaluados con los Criterios Diagnósticos DSM-V nos podemos ayudar la escala de Conners, que también permite evaluar trastornos de conducta.

A partir de los 18 meses, en casos de sospecha de trastornos del espectro autista, el cribado más utilizado cuestionario de cribado más utilizado es M-CHAT R/F (Checklist for Autism in Toddlers, Revised, with Follow-Up). (M-CHAT-R/F) ⁴².

En adolescentes y en niños, niñas y adolescentes de edad prepuberal habría que observar/detectar si presentan autolesiones y explorar (preguntando directamente) si tienen ideación y/o conducta suicida ⁴³. Hay mayor riesgo de presentar conductas autolesivas en este grupo de menores por sus antecedentes de relaciones conflictivas intrafamiliares o con sus iguales, que pueden causar falta de comunicación y llevar al adolescente a estas conductas para expresar su estrés a los demás y gestionar su malestar emocional o sentir algo, o como castigo ⁴⁴.

Teniendo en cuenta que no existe una vinculación directa entre autolesión e ideación suicida. Sin embargo, cuando no se resuelve la causa que origina la conducta autolesiva, y esta se mantiene en el tiempo, el adolescente puede sufrir un deterioro en su funcionamiento y en sus relaciones, que incrementa de forma significativa su riesgo de suicidio.

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

b. Determinar estado de salud – diagnóstico

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

- No problemas: no se detectan problemas, se puede considerar un “niño sano”.
- Resueltos: problemas que han logrado su curación definitiva, algunos de ellos se presentan sólo una vez en la vida
-

Inactivos: problemas pasados sin manifestaciones inmediatas de actividad, no requieren un plan de trabajo específico, pero pueden activarse en el futuro (p.e. alergia).

- Activos: problemas que requieren un plan de trabajo en el que será imprescindible la coordinación efectiva con el centro de salud, hospitales, así como con familiares para ser desarrollado a la brevedad

42 Robins y otros (2009; versión corregida 2018). Checklist for Autism in Toddlers, Revised, with Follow-Up. (M-CHAT-R/F), Disponible en: <https://mchatscreen.com>

43 Montés M, Jiménez A. (Red AIPIS) (2023) Guía para Familiares y Educadores prevención del suicidio en adolescentes. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. Consejería de Sanidad. Disponible en: <https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051037.pdf>

44 Grupo de trabajo del OPBE sobre evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia. Evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia. Madrid: Ministerio de Sanidad; Santiago de Compostela: Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud, ACIS, Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t; 2022. Jee SH, Simas MD. Health and well-being of children in foster care placement. *Pediatr Re*, 2006; 27:34-36 ; Jee SH, Simas MD. Health and well-being of children in foster care placement. *Pediatr Re*, 2006; 27:34-36

45 http://www.pediatriasocial.es/HtmlRes/Files/Manual_Pediatria_Social.pdf

c. Seguimiento – Programa del Niño Sano

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

Especial atención al desarrollo psicomotor, valorando la necesidad de remitir al Centro de Atención Temprana los casos con retrasos importantes o que no recuperen los ítems correspondientes a su edad en el tiempo esperado. Esta derivación para valoración de reconocimiento de discapacidad y acceso a la atención temprana se recomienda que se haga de forma inmediata de los niños, niñas y adolescentes de cero a seis años que tengan estas características:

- De familias en las cuales se identifican situaciones de violencia, maltrato, abuso o negligencia, con indicación de los servicios de protección.
- Que se encuentran en situaciones de acogimiento residencial, acogimiento familiar y adopción, cuando así lo demanden los servicios de protección.
- Que conviven de forma continuada con situaciones de exclusión social, estrés o desajuste sostenido de la interacción familiar y funciones parentales, identificadas por los recursos profesionales y que presentan o tienen alta probabilidad de derivar en un trastorno o retraso evolutivo de no mediar intervención inmediata.
- Valorar también cómo ha sido la adaptación escolar y su rendimiento.

d. Seguimiento de problemas de salud específicos – patologías

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

Los niños, niñas y adolescentes con discapacidad que presenten patologías crónicas complejas suelen tener muchas citas sanitarias (fisioterapia, logopeda, terapia ocupacional, neurología, etc) que se deben intentar agrupar.

En algunos hospitales existen las Unidades de Patología Crónica Compleja, diseñada para aquellos pacientes que requieran 3 o más revisiones por distintos especialistas. También es importante destacar la figura de la enfermera de continuidad asistencial y de enlace con el centro de salud y atención primaria que es donde además se deberían catalogar como en nivel de intervención alto o similar por el pediatra o la enfermera.

Por otra parte, también se debe establecer el contacto directo con el profesional de trabajo Social, para gestionar las necesidades de ortésis, prótesis y otros productos de apoyo.

e. Valoración y detección de riesgos social / adaptación del proceso del acogimiento

La atención un niño fuera de su ámbito familiar (acogimiento familiar, residencial, adopción) es un proceso en que los guardadores pueden encontrar problemas y dificultades siendo importante la prevención de problemas de adaptación y fracasos mediante la detección precoz de las mismas. En el Anexo se han elaborado unos indicadores tanto del entorno previo, de las relaciones padres/hijos, del propio niño y del entorno que permiten valorar factores de riesgo.

f. Promoción de la salud

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

A partir de los 16 años deben ser incluidos en el programa de tránsito a la vida adulta (Proyecto Educativo Individual de Autonomía) para la adquisición de hábitos, actitudes, conocimientos, valores relacionados con el autocuidado, obtención de conocimientos sobre enfermedades, sexualidad y vacunas, además de utilizar la red sanitaria para gestionar sus citas.

La promoción de la salud es un derecho de los niños, niñas y adolescentes.

g. Funciones Administrativas

En el caso de la atención a la salud a estos niños, niñas y adolescentes es muy importante registrar cada vez que se atiende al niño para no perder información.

Participar en la valoración, seguimiento y toma de decisiones administrativas junto con el resto de profesionales del equipo (enfermería y Trabajo social) y establecer las coordinaciones y acuerdos con las instituciones pertinentes (ayuntamiento y Comunidad Autónoma, ...), es otra de las obligaciones de los profesionales sanitarios en la atención a los niños, niñas y adolescentes/as acogidos, como contemplan, entre otras, las legislaciones autonómicas ⁴⁶.

46 Ley 6/1995, de 28 de marzo, de Garantías de los Derechos de la Infancia y Adolescencia en la Comunidad de Madrid. Capítulo III. Atención sanitaria. Artículo 45. Colaboración con las instituciones protectoras.
Ley 12/2001, de 2 de julio, de la infancia y la adolescencia en Aragón. Artículos 35.2 y 3.
Ley 14/2002, de 25 de julio, de Promoción, Atención y Protección a la Infancia en Castilla y León. Artículo 63.2 Fase de evaluación, 65.2 Comisión de valoración.
Ley 1/2006, de 28 de febrero, de protección de menores de La Rioja. Artículos 33.1 y 35.2

Elaboración de informes sobre la salud y análisis de la situación sociosanitaria de los niños, niñas y adolescentes acogedores y de los cuidados en el entorno del menor para los servicios de protección y acogedores, si se precisan. Deberá considerarse una redacción comprensiva para los profesionales o personas a las que va dirigido y el objeto del mismo.

Cuadro 5. Guía para el control sanitario de los menores en el sistema de protección.

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

Atención a la salud en los centros de Acogimiento Residencial

La asistencia sanitaria en los centros de menores dejó de ser una labor meramente asistencial, ampliándose las áreas de trabajo de los profesionales sanitarios que o bien forman parte de la plantilla del Centro o pertenecen al Centro de Salud – Equipo de Atención Primaria de referencia para el Centro de Acogida; con las siguientes colaboraciones:

- Atención en consulta programada y/o a demanda,
- Participación en el equipo de trabajo multiprofesional, en instituciones como los servicios Sociales de Ayuntamientos y Comunidades Autónomas
- Comisiones de orientación y seguimiento en los centros,
- Realización de informes médicos para instituciones o familias acogedoras /adoptivas,
- Programas de atención individualizada,
- Formación del personal que atiende a estos menores, Medicina preventiva y comunitaria, y Educación para la salud.

PROPUESTAS DE MEJORAS

Protección a la infancia

- La prevención del maltrato y el abandono debería ser una prioridad de la sociedad. El conocimiento del elevado número de niños/as que requieren de la atención por
- los servicios de protección a la infancia debería conllevar respuestas a la gravedad de este problema no solo por su frecuencia sino también por sus consecuencias sociales y sanitarias.

Promoción, captación y apoyo a las de familias de acogida.

- Apoyar más decidida y eficazmente a las familias acogedoras que ya lo son y que hablarán bien a otras de su experiencia: más recursos materiales y profesionales.
- Facilitar su labor en su entorno social, educativo, sanitario, etc: normalizar socialmente el acogimiento familiar como “un bien” y una excelente forma de canalizar la solidaridad.
- Mejorar las campañas de difusión social del acogimiento familiar: destinar profesionales especializados para ello: sentarnos con todos los colectivos de donde puedan resultar familias por pocas que sean.
- Investigar e intervenir en las causas del descenso de familias solicitantes que se demuestren como las más importantes: la temporalidad, el miedo al sufrimiento por el cese del acogimiento, la confusión con la adopción, las causas culturales, la insuficiencia de recursos, la insolidaridad, la “acomodación” de las sociedades ricas....

Centros de acogimiento residencial

- Mayor integración de los profesionales sanitarios en el sistema público de asistencia sanitaria y los sistemas de información. Disponer de acceso a la red

informática y los datos de la historia clínica electrónica. (HORUS, atención primaria - AP Madrid)

- Incrementar la coordinación con otros dispositivos sociosanitarios y, específicamente, con los de salud mental.

Atención a la salud

- Acelerar los procesos para los diagnósticos y atención a los acogidos.
- Acceso a los sistemas de información que faciliten el conocimiento de las circunstancias sanitarias que afectan a la salud de estos niños/as.
- Atender a la salud mental tanto psicológica como psiquiátrica de forma adecuada a los problemas y necesidades de esta población.
- Profesionales
- Disponer de formación sobre el sistema de protección a la infancia y las necesidades y problemas de los niños atendidos por él.
- Disponer de protocolos para la atención a esta población infantil.

CONCLUSIONES

El propósito principal de este documento es hacer llegar a los distintos profesionales que atienden a los menores que se encuentran en el sistema de protección a la infancia, tanto en el ámbito sanitario, educativo y social una herramienta que pueda ser útil en el conocimiento y manejo de estos menores y visibilice las características especiales que presenta este colectivo vulnerable. Haciendo unas reflexiones finales podríamos concluir que:

1. Todos los niños y niñas y adolescentes tienen derechos reconocidos en la Convención sobre los derechos del Niño de Naciones Unidas, pero debemos considerar especialmente aquellos que hacen referencia a cuando requieren ser atendidos por el sistema de protección infantil.
2. El número de niños niñas y adolescentes que requieren la intervención de los servicios de protección a la infancia, más de 50.000 al año, o en ejecución de medidas de reinserción social del menor infractor, más de 35.000 al año, indica la importancia de esta problemática.
3. Los profesionales que les atienden deberían tener formación y protocolos para su atención sanitaria.
4. A lo largo de las últimas décadas se han promulgado un conjunto de leyes (Ley 21/1987, Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor, Ley Orgánica 8/2015 de modificación del sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia, Ley 26/2015, Ley Orgánica /2021 de Protección Integral de la Infancia y la adolescencia

frente a la violencia (LOPIVI), todas ellas dirigidas a crear un marco legal que proteja los derechos de los niños, niñas y adolescentes, en especial aquellos que se han expuesto a situaciones de desprotección graves y que en ocasiones precisan de ser atendidos fuera del ámbito familiar. Haciendo énfasis de forma explícita la necesidad de priorizar el Acogimiento familiar sobre el Residencial.

5. Los niños, niñas y adolescentes, atendidos en el Sistema de Protección a la Infancia tienen necesidades y problemas de salud específicos que requieren respuestas sanitarias especiales y protocolos sanitarios que deben ser conocidos y aplicados de forma rápida y efectiva.

6. El seguimiento de la salud de estos niños, niñas y adolescentes debe contemplar las particularidades de esta población infantil, haciendo hincapié en los aspectos relacionados con la salud mental, psicosocial y en su desarrollo socioemocional. El incremento de problemas de salud mental infanto-juvenil que se ha presentado en los últimos años en general y en particular para este colectivo, demanda por parte de los protocolos de atención un diagnóstico rápido y ampliar los recursos destinados a la atención de esta problemática.

7. Promover el Acogimiento familiar es un mandato institucional, especialmente en los niños menores de 6 años, pero debe venir directamente relacionado con aportar a los niños y a las familias acogedoras de apoyos efectivos, especialmente cuando los niños presentan necesidades especiales o que en el proceso presentan problemas como consecuencias de sus antecedentes y/o por la propia intervención o incluso de las expectativas de ambos.

8. Se deben incrementar jornadas de formación, potenciar foros en el que se analizan las necesidades y problemas de esta población infantil y sus acogedores desde una perspectiva bio - psico-social, donde participen no solamente las familias sino también los distintos profesionales que interactúan con estos menores. Dando a conocer también las distintas modalidades de Acogimiento familiar que existen en la actualidad.

9. Un derecho fundamental de la infancia es la participación de los propios niños en todos los asuntos que les afectan teniendo en cuenta su opinión en la toma de decisiones, de forma especial en la población atendida por el Sistema de Protección. La infancia y adolescencia en situación de vulnerabilidad, como son los atendidos por el sistema de reinserción social del menor infractor o aquellos menores de 3 años que residen en centros penitenciarios con sus madres, también requieren de una atención especial sociosanitaria y del conocimiento de sus necesidades y problemas por parte de los profesionales que les atienden, habiendo mención especial en esta guía a los profesionales sanitarios en los distintos dispositivos asistenciales.

ANEXOS

ANEXO I: ACTUACIÓN DESDE EL ÁMBITO SANITARIO ANTE CASOS DE DESPROTECCIÓN Y SISTEMA DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA ⁴⁷

El sistema de protección a la infancia en España se sustenta fundamentalmente por:

- 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 ⁴⁸.
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor ⁴⁹.
- Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia ⁵⁰.
- Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia ⁵¹.
- Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPVI) ⁵².
- Las leyes de las diferentes Comunidades Autónomas, entre ellas, la Ley 4/2023, de 22 de marzo, de Derechos, Garantías y Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid ⁵³.

El sistema de protección a la infancia se define como una extensa gama de servicios, programas e instituciones concebidos y desarrollados en el marco del sistema público de servicios sociales para asegurar a los niños, niñas y adolescentes/as de una comunidad el cuidado, la protección y el tratamiento que necesitan cuando sus padres, por diversas razones, no son capaces de proporcionárselos. (he dejado esta, la propuesta por ACGA es de una CCAA).

En la práctica, aquellos niños, niñas y adolescentes/as en los que se han detectado situaciones de desprotección graves, requieren la valoración por parte de los Servicios Sociales, determinando en el caso en que se constaten situaciones que determinen la separación del menor de sus familias de origen y su atención fuera de su ámbito familiar, bien por familias de acogida o en centros de protección de menores en tanto se resuelve la problemática familiar causante de esa desprotección.

⁴⁷ García Lorente MA. La protección de los menores en situación de riesgo y desamparo: intervenciones desde el ámbito sanitario. Rev Pediatr Aten Primaria 2001; 3:275-282

⁴⁸ Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1987/11/17/pdfs/A34158-34162.pdf>

⁴⁹ Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1996/BOE-A-1996-1069-consolidado.pdf>

⁵⁰ Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-8222-consolidado.pdf>

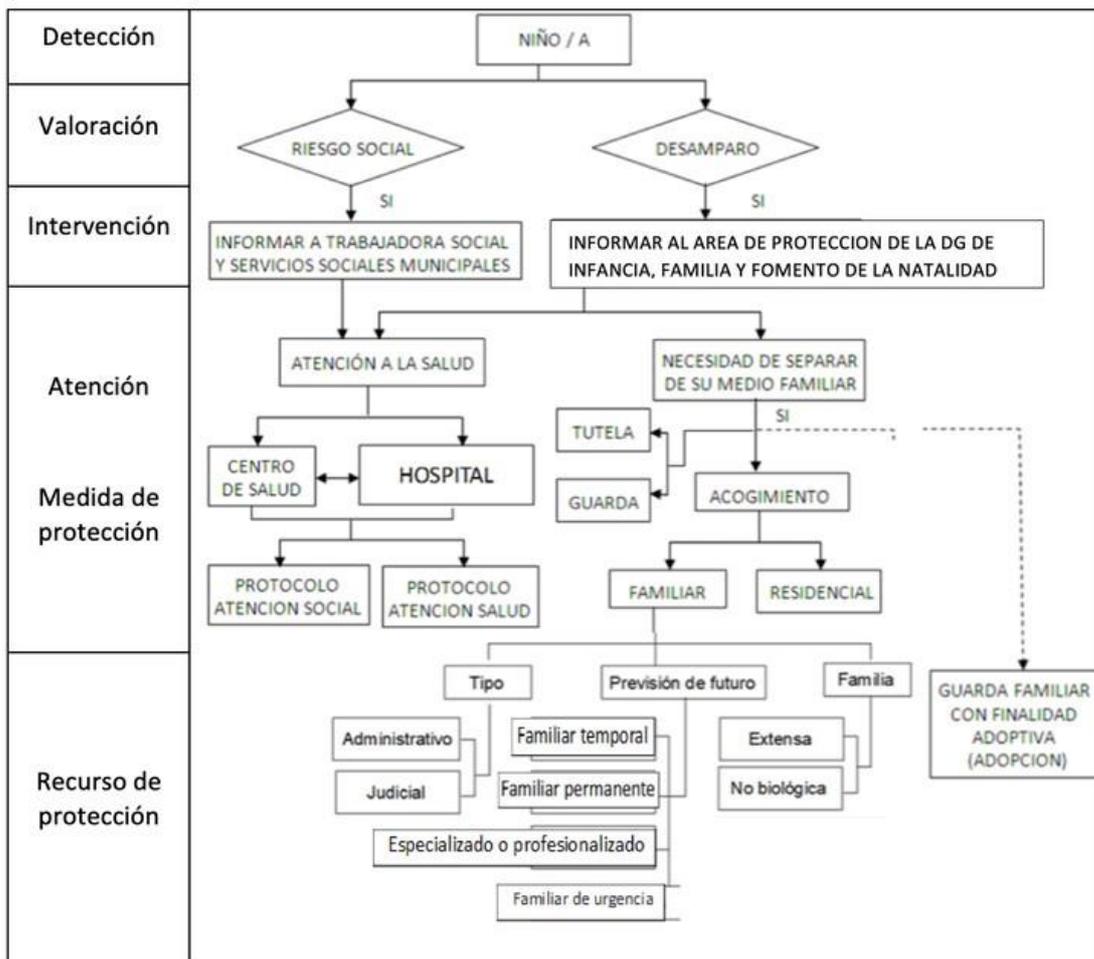
⁵¹ Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-8470-consolidado.pdf>

⁵² Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2021/BOE-A-2021-9347-consolidado.pdf>

⁵³ Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2023/06/16/pdfs/BOE-A-2023-14347.pdf>

La protección a la infancia requiere de medidas legales y administrativas, siendo diferentes los recursos que pueden ponerse a disposición de los niños, niñas y adolescentes/as que requieren de su atención y cuyos términos es necesario conocer (Figura 3).

Figura 3. Intervención del Sistema de Protección Infantil ante casos detectados por el ámbito sanitario.



Medidas legales y administrativas de protección 54.

Riesgo social: Existe un perjuicio para el menor que no alcanza la entidad suficiente como para justificar la separación de éste de su núcleo familiar 55* . No supone suspensión de la patria potestad. Existen diferentes instrumentos para su valoración desde los servicios sociales que pueden ser de utilidad para los profesionales sanitarios 56.

Desamparo legal: suspensión de la patria potestad situación que se produce de hecho por:

- Imposible ejercicio de los deberes de protección del menor: caso de fallecimiento, prisión de los padres o enfermedad incapacitante de los mismos.
- Inadecuado ejercicio de los deberes de protección del menor: maltrato físico, emocional o abuso sexual del menor.
- Incumplimiento del ejercicio de los deberes de protección del menor: abandono del niño, negligencia importante.
- Los deberes de protección del menor, son los establecidos por las leyes, y el desamparo se establece cuando estos queden privados de la necesaria asistencia moral o material en los casos anteriormente descritos.

Tutela:

Es una medida de protección que supone la asunción de los contenidos propios de la patria potestad, generalmente por decisión legal (ex lege), debido a una situación de desamparo. En la práctica, la tutela lleva implícito el ejercicio de la guarda, que se materializa a través del Acogimiento Residencial o Acogimiento Familiar. Ejemplo: la tutela la ejerce la Comunidad Autónoma y la guarda un Centro de Acogimiento Residencial o una familia acogedora (Acogimiento Familiar). Supone la suspensión de la patria potestad.

54 Noriega L. Riesgo, desamparo y guarda: su regulación tras la reforma legislativa del sistema de protección a la infancia y adolescencia. ADC, tomo LXXI, 2018, fasc. I: 111- 152. Disponible en: [García Lorente MA. La protección de los menores en situación de riesgo y desamparo: intervenciones desde el ámbito sanitario. Rev Pediatr Aten Primaria 2001; 3:275-282](#)

55* Ley Orgánica 1/96, artículo 17.2 Serán considerados como indicadores de riesgo, entre otros:

- a) La falta de atención física o psíquica del niño, niña o adolescente por parte de los progenitores, o por las personas que ejerzan la tutela, guarda, o acogimiento, que comporte un perjuicio leve para la salud física o emocional del niño, niña o adolescente cuando se estime, por la naturaleza o por la repetición de los episodios, la posibilidad de su persistencia o el agravamiento de sus efectos.
- b) La negligencia en el cuidado de las personas menores de edad y la falta de seguimiento médico por parte de los progenitores, o por las personas que ejerzan la tutela, guarda o acogimiento.
- c) La existencia de un hermano o hermana declarado en situación de riesgo o desamparo, salvo que las circunstancias familiares hayan cambiado de forma evidente.
- d) La utilización, por parte de los progenitores, o de quienes ejerzan funciones de tutela, guarda o acogimiento, del castigo habitual y desproporcionado y de pautas de corrección violentas que, sin constituir un episodio severo o un patrón crónico de violencia, perjudiquen su desarrollo.
- e) La evolución negativa de los programas de intervención seguidos con la familia y la obstrucción a su desarrollo o puesta en marcha.
- f) Las prácticas discriminatorias, por parte de los responsables parentales, contra los niños, niñas y adolescentes que conlleven un perjuicio para su bienestar y su salud mental y física, en particular:

56 Arruabarrena MI (dir) (2021). VALORA-GALICIA. Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de desprotección infantil en los servicios sociales especializados en protección de menores en la Comunidad Autónoma de Galicia. Dirección Xeral de Familia, Infancia e Dinamización Demográfica. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1996/BOE-A-1996-1069-consolidado.pdf>

57 García Garnica MC. La guarda como medida de protección de menores y personas con discapacidad tras su reforma por la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. ADC, tomo LXX, 2017, fasc. IV. 1375-1421. Disponible en: [file:///C:/Users/diazh/Downloads/Dialnet-LaGuardaComoMedidaDeProteccionDeMenoresYPersonasCo-6251092%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/diazh/Downloads/Dialnet-LaGuardaComoMedidaDeProteccionDeMenoresYPersonasCo-6251092%20(5).pdf)

Guarda:

Es una medida de protección que se puede acordar por la entidad de protección cuando los progenitores lo soliciten que, por circunstancias graves y temporales, no pueden cuidar al menor de acuerdo al artículo. 172.2 del Código Civil, que se da "cuando los padres o tutores, por circunstancias graves, no puedan cuidar del menor, podrán solicitar a la Entidad Pública competente que ésta asuma su guarda durante el tiempo necesario".

Hay que distinguirla de la "guarda familiar con finalidad adoptiva" (adopción) se produce en casos de abandono/desamparo en que no se prevé que el niño/a vuelva a su familia. El niño/a inicia la convivencia provisional con las personas consideradas idóneas para tal adopción hasta que se dicte la oportuna resolución judicial. El niño/a está tutelado por la Administración y permanece en Guarda con la familia solicitante de adopción. La Ley establece la denominada "adopción abierta": la patria potestad es de los padres adoptivos pero el menor puede mantener relación con los padres biológicos.

Formas de ejercicio de las medidas de protección

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

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

Acogimiento Familiar: forma de ejercicio de las medidas de protección que supone el cuidado temporal del menor en un medio familiar, cuando ha tenido que ser separado de su familia de origen hasta que pueda reinsertarse de nuevo en ella o pueda ser adoptado, generalmente, pero no siempre, en esa misma familia.

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

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

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

El artículo 173 del Código Civil establece que, “El acogimiento familiar produce la plena participación del menor en la vida de familia e impone a quien lo recibe las obligaciones de velar por él, tenerlo en su compañía, alimentarlo, educarlo y procurarle una formación integral en un entorno afectivo. En el caso de menor con discapacidad, deberá continuar con los apoyos especializados que viniera recibiendo o adoptar otros más adecuados a sus necesidades”.

Tipos de Acogimiento Familiar

El acogimiento familiar, en relación a su duración y objetivos, podrá adoptar las siguientes modalidades:

1. Acogimiento familiar temporal.

El acogimiento familiar será temporal, bien porque de la situación del menor se prevea la reintegración de éste en su propia familia, o bien en tanto se adopte una medida de protección que revista un carácter más estable como el acogimiento familiar permanente o la adopción. Este acogimiento tendrá una duración máxima de dos años, salvo que el interés superior del menor aconseje la prórroga de la medida.

2. Acogimiento familiar permanente.

El acogimiento familiar permanente se constituirá bien al finalizar el plazo de dos años de acogimiento temporal por no ser posible la reintegración familiar, o bien directamente en casos de menores con necesidades especiales o cuando las circunstancias del menor y su familia así lo aconsejen.

3. Acogimiento especializado o profesionalizado.

El acogimiento en familia ajena podrá ser especializado, entendiendo por tal el que se desarrolla en una familia en la que alguno de sus miembros dispone de cualificación, experiencia y formación específica para desempeñar esta función respecto de menores con necesidades o circunstancias especiales con plena

disponibilidad y percibiendo por ello la correspondiente compensación económica, sin suponer en ningún caso una relación laboral.

El acogimiento especializado podrá ser profesionalizado cuando, reuniendo los requisitos anteriormente citados de cualificación, experiencia y formación específica, exista una relación laboral del acogedor o los acogedores con la Entidad Pública.

4. Acogimiento familiar de urgencia.

El acogimiento familiar de urgencia esta principalmente dirigido a menores de seis años, tendrá una duración no superior a seis meses, en tanto se decide la medida de protección familiar que corresponda.

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

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

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

Existen algunas características propias del acogimiento con familia extensa:

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

Son Acogimientos Familiares significativamente más estables que los demás, hay una fuerte implicación de los acogedores en el cuidado de los niños, niñas y adolescentes/as.

- Ofrecen unos indicadores de éxito comparables al resto, con menor coste económico y de servicios públicos.
- Preservan la integridad familiar, favorecen la identidad, la continuidad cultural y la construcción de lazos afectivos familiares.

• Con familia no biológica, también llamada familia seleccionada o ajena. Según la duración:

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

Puede ser una alternativa en las siguientes situaciones:

- Situación de crisis familiar, que permita valoración sociofamiliar antes de tomar otras medidas de intervención.
- Aplicación de medidas judiciales a menores infractores.
- Situación puente entre Acogimiento Familiar permanente o adopción.
- Tratamiento especializado de niños, niñas y adolescentes/as en tiempo corto.

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

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

Anexo II. VALORACIÓN DE LA ADAPTACIÓN Y RIESGO DESDE EL ÁMBITO SANITARIO

La atención un niño fuera de su ámbito familiar (acogimiento familiar, residencial, adopción) es un proceso en que los guardadores pueden encontrar problemas y dificultades en la que intervienen diferentes factores incluidos los de la propia intervención por parte de la Administración siendo importante la prevención de problemas de adaptación y fracasos mediante la detección precoz de las mismas.²³²⁴

Los profesionales sanitarios deben apoyar a las personas que cuidan a niños, niñas y adolescentes en hogares de acogida, acogidos por familias o adoptados, al tiempo que atienden las necesidades médicas de los niños, niñas y adolescentes y ayudan a cada niño a alcanzar su potencial de desarrollo, considerando no solo lo clínico sino también otras circunstancias del niño y sus
59
cuidadores .

El proceso se inicia por las motivaciones de los guardadores que, en el caso de los padres adoptivos o de acogida, cuyas capacidades y limitaciones pueden no responder a las necesidades de los niños, niñas y adolescentes atendidos. Así mismo, las expectativas puestas en el menor pueden no corresponderse con la realidad del niño adoptado.

Las dificultades con las que se pueden encontrar estos niños, niñas y adolescentes para establecer nuevos vínculos afectivos, familiares, escolares y sociales ²⁵, pueden generar conflictos de adaptación e integración todo ello puede llevar a lo que se ha venido en llamar “adopciones truncadas” ²⁶ y a una nueva atención por los servicios de protección en otra familia o en acogimiento residencial ²⁷.

Los niños, niñas y adolescentes procedentes de otros países tienen las mismas necesidades y dificultades de los niños, niñas y adolescentes atendidos por el

²³ Díaz Huertas JA, Martínez MC. (2010). La adopción infantil y el acogimiento familiar: responsabilidad, solidaridad y justicia. En De los Reyes M, Sánchez M. Bioética y pediatría. Ergón. 287-294

²⁴ Jones VF, Waite D, AAP Council on Foster Care, Adoption, and kinship care. pediatrician guidance in supporting families of children who are adopted, fostered, or in kinship care. Pediatrics. 2020; 146(6):e2020034629

²⁵ Díaz-Aguado MJ, Segura MP, Royo P. (1996). El desarrollo socioemocional de los niños maltratados. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

²⁶ Berastegui A. (2006) Las adopciones internacionales truncadas y en riesgo en la Comunidad de Madrid. Consejo Económico y Social. Comunidad de Madrid (Madrid, España)

²⁷ Wulczyn F, Parolinib A, Schmitsc F, Magruder J, Webster D. Returning to foster care: Age and other risk factors. Children and Youth Services Review 116 (2020) 1051

sistema de protección a la infancia, a las que hay que añadir los derivados de su cultura, idioma, rasgos físicos, comportamiento diferente, carga emocional, etc.

La detección de riesgo psicosocial en este proceso desde los dispositivos de atención a la salud, es una propuesta de trabajo, de avanzar en la atención al niño, a los padres adoptantes / acogedores y su familia desde el buen trato para prevenir el maltrato, atendiéndoles según sus necesidades y derechos como es la actuación sobre los factores de riesgo, la detección y el desarrollo de factores de protección que sirvan de ayuda al niño, y a la familia.

La detección de riesgo en el proceso de adopción consiste en reconocer o identificar unas circunstancias en la anteriores, en el propio niño, en el tiempo de su atención y el entorno.

El bienestar del niño va a estar directamente relacionado con el bienestar de los padres, y en determinadas ocasiones van a requerir de ayudas y apoyos sociales y sanitarios durante y después del acogimiento /adopción para la adecuada integración en y de la familia ²⁸.

El acogimiento/adopción es un periodo de contacto del niño, de los padres y de la familia, con el sistema sanitario que permite detectar precozmente factores o situaciones de riesgo y facilitar información sobre la fragilidad y las características de salud y madurativas del niño, así como de los recursos sanitarios y sociales del municipio y posibilidades que dispone.

Los factores de riesgo social influyen negativamente en el desarrollo del niño, así como los factores de riesgo biológico (bajo peso al nacer, prematuridad, síndromes malformativos, problemas neurosensoriales, enfermedades crónicas, privación afectiva, etc.) que junto con la insuficiente anamnesis lleva a tener diagnósticos inciertos. Todas estas situaciones pueden tener una relación directa con una falta de cuidados y un posible riesgo de fracaso o dificultades en el proceso acogimiento/adopción.

No todos los factores de riesgo actúan de igual forma en el niño, pero el hecho de aparecer tempranamente puede ser más lesivos y puede afectar negativamente a más áreas de salud obligando a realizar intervenciones y actividades lo más precoz posible.

²⁸ [1] Herce C, Achúcarro C, Gorostiaga A, Torres B, Balluerka N. La integración del menor en la familia de acogida: factores facilitadores. *Intervención Psicosocial*, 2003, Vol. 12 N.º 2- Págs. 163-177

La importancia de la medicina preventiva en la pediatría actual y de la investigación en el campo de las ciencias médico-sociales son elementos imprescindibles para la consecución del mayor y más óptimo estado de salud del niño y la familia.

Las consultas de pediatría y medicina familiar deberían incorporar en sus protocolos de atención a los niños, niñas y adolescentes acogidos/adoptados la detección de riesgo psicosocial en el proceso de forma sistemática y sistematizada y la intervención desde los servicios correspondientes en aquellos casos en que se valore como necesario destacando la importancia de los trabajadores sociales tanto por sus competencias directas como a través de la coordinación de los diferentes profesionales y recursos relacionados con el caso. En ocasiones parece que hay una excesiva preocupación por lo clínico y de los clínicos por la salud y no hay esa misma preocupación por otras variables relacionadas con el menor acogido o adoptado, la familia acogedora y su actitud hacia el acogimiento, con la familia biológica, la propia dinámica del proceso de acogimiento y adopción y los diferentes recursos que atienden al niño, fundamentalmente salud y educación, etc ²⁹.

Entendemos por riesgo psicosocial aquellas dificultades en el proceso de adopción/acogimiento que puedan ser susceptibles de necesitar apoyo y/o que puedan suponer un indicador de dificultades o fracaso en la adopción. Entre los factores de riesgo del entorno previo, de las relaciones padres/hijos, del propio niño y del entorno podemos considerar los siguientes ^{30,31}:

²⁹ Larrañaga K, Mielgo F. Los retos del acogimiento residencial. Un análisis retrospectivo tras la aprobación de la Ley de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Aldeas Infantiles SOS. Disponible en: <https://cms.aldeasinfantiles.es/uploads/2022/10/resumenejecutivo-los-retos-del-acogimiento-residencial.pdf>

³⁰ Palacios J, Jiménez JM, Paniagua C. (2015). Rupturas en adopción y acogimiento familiar en Andalucía. Incidencia, factores de riesgo, procesos e implicaciones. Junta de Andalucía. Observatorio de la Infancia en Andalucía. Disponible en: <https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=7358&tipo=documento>

³¹ Martínez R, Gómez JM. (2008). La adopción de menores retos y necesidades. Asociación Andaluza de Ayuda a la Adopción y a la Infancia. Págs. 29-32; 163-167. Disponible en: [Palacios J, Jiménez JM, Paniagua C. \(2015\). Rupturas en adopción y acogimiento familiar en Andalucía. Incidencia, factores de riesgo, procesos e implicaciones. Junta de Andalucía. Observatorio de la Infancia en Andalucía. Disponible en: https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=7358&tipo=documento](https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=7358&tipo=documento)

ENTORNO PREVIO	NIÑO (Indicadores de salud)
Manejo Inadecuado de la Infertilidad	Malformaciones, defectos congénitos
Falta de formación o información previa	Niño prematuro, bajo peso
Familias aisladas o carentes de apoyo	Larga institucionalización
Motivaciones inadecuadas	Antecedentes de maltrato infantil
Pobre autoestima, aislamiento social o depresión	Enfermedades neurológicas
Pocas habilidades educativas y para la crianza	Dificultades comportamentales
Padres con dificultades médicas	Trastornos del ritmo sueño/vigilia
Crisis familiares múltiples- inestabilidad	Problemas de conducta y salud mental
Idealización de la adopción	Acogimientos previos fracasados
Antecedentes de adicciones - toxicomanías	Trastornos de Déficit de Atención - Hiperactividad
Padres con problemas de salud mental	Abstinencia neonatal a drogas
	Dificultades en el desarrollo de la identidad de género.
ENTORNO (Indicadores Sociales)	RELACIONES PADRES/HIJOS
Falta de equipamientos sociales/ educativos	Madre no está alegre con el niño
No adaptación de la vivienda a las necesidades del niño (a)	Decepción por el sexo u otras características.
Falta de apoyos por parte de la familia extensa o ausencia de esta	Expectativas de los padres muy por encima de las posibilidades del niño(a)
Problemas laborales debidos a la adopción	Temor por hablar del pasado del niño (a)
Dificultades para la escolarización	Madre siente repulsión hacia las deposiciones
Rechazo a la Intervención por parte de Servicios Sociales.	Estilo educativo inadecuado
No tener acceso a atención temprana	Escasez de apoyos sociales y profesionales
	Desacuerdo de la pareja respecto al proyecto de adopción
	Estrés intenso y cambios en las condiciones familiares
	Rechazo o inadecuado manejo de las características étnicas, culturales, lingüísticas del niño (a)
	Dificultades para establecer vínculos afectivos.
	Desconocimiento de las necesidades del niño (a).

ANEXO III. EL DERECHO A LA ATENCIÓN A LA SALUD – ASISTENCIA SANITARIA EL DERECHO DE LA ATENCIÓN A LA SALUD

La Convención de los Derechos del Niño aprobada en la Asamblea General celebrada el 20 de noviembre de 1989 y ratificada por España en 1990 reconoce el derecho a la atención sanitaria en su artículo 24:

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor ³², en el Capítulo IV sobre “Medidas y principios rectores de la acción administrativa” en el artículo 10 “Medidas para facilitar el ejercicio de los derechos”, especifica que:

3. Los menores extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la educación, asistencia sanitaria y servicios y prestaciones sociales básicas, en las mismas condiciones que los menores españoles.

5. Respecto de los menores tutelados o guardados por las Entidades Públicas, el reconocimiento de su condición de asegurado en relación con la asistencia sanitaria se realizará de oficio, previa presentación de la certificación de su tutela o guarda expedida por la Entidad Pública, durante el periodo de duración de las mismas.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud establece ³³:

Artículo 3 ter. Protección de la salud y atención sanitaria a las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan su residencia legal en el territorio español.

1. Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las

³² Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1996/BOE-A-1996-1069-consolidado.pdf>

³³ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>

mismas condiciones que las personas con nacionalidad española, tal y como se establece en el artículo 3.1.

2. La citada asistencia será con cargo a los fondos públicos de las administraciones competentes siempre que dichas personas cumplan todos los siguientes requisitos:

a) No tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía, en virtud de lo dispuesto en el derecho de la Unión Europea, los convenios bilaterales y demás normativa aplicable.

b) No poder exportar el derecho de cobertura sanitaria desde su país de origen o procedencia.

c) No existir un tercero obligado al pago.

2. La asistencia sanitaria a la que se refiere este artículo no genera un derecho a la cobertura de la asistencia sanitaria fuera del territorio español financiada con cargo a los fondos públicos de las administraciones competentes, sin perjuicio de lo dispuesto en las normas internacionales en materia de seguridad social aplicables.

3. Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, fijarán el procedimiento para la solicitud y expedición del documento certificativo que acredite a las personas extranjeras para poder recibir la prestación asistencial a la que se refiere este artículo.

En aquellos casos en que las personas extranjeras se encuentren en situación de estancia temporal de acuerdo con lo previsto en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social, será preceptiva la emisión de un informe previo favorable de los servicios sociales competentes de las comunidades autónomas.

4. Las comunidades autónomas deberán comunicar al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, mediante el procedimiento que se determine, los documentos certificativos que se expidan en aplicación de lo previsto en este artículo.

El Real Decreto de Ley 7/2018 del 27 de Julio sobre el acceso Universal al Sistema Nacional de Salud, establece un cambio en la regulación de la gestión sanitaria planteadas en la Ley 16/2003.

El reconocimiento del derecho del niño en riesgo social o en acogimiento se recoge en diferentes instrumentos para garantizar su adecuado ejercicio ³⁴.

El Consejo de Europa ha abordado el tema en diferentes ocasiones³⁵, entre otras en la Recomendación 1601(2003) sobre los derechos de los niños, niñas y adolescentes en instituciones, aprobada en abril de 2003; la Recomendación 1698(2005) sobre los derechos de los niños, niñas y adolescentes en instituciones; y la Recomendación Rec (2005)5 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre los derechos de los niños, niñas y adolescentes en instituciones residenciales adoptada por el Comité de Ministros de 16 de marzo de 2005 en la 919 Reunión del Comité de Ministros en el apartado sobre “Derechos específicos de los niños, niñas y adolescentes atendidos en instituciones residenciales” en que establece el:

“Derecho del niño a servicios de salud en calidad adaptados a las necesidades y bienestar de la salud individual del niño”

En el apartado de directrices y estándares de calidad:

“Debe darse prioridad a la salud física y mental de los niños, niñas y adolescentes y a su completo desarrollo armónico como condiciones esenciales para un plan de cuidados exitoso”.

En el Informe explicativo de esta Recomendación referente a este punto sobre la salud, recoge:

“Se deberá hacer un reconocimiento médico y proporcionar los cuidados médicos necesarios, tan pronto como el niño acceda a la institución y mientras permanezca en ella.

El tratamiento médico deberá ser de alta calidad y en relación con la intervención psicopedagógica, mientras un estado de salud es importante, una estrategia psicopedagógica exitosa y bien diseñada puede mejorar el estado de salud física y mental.

La atención a la salud incluye los cuidados físicos y mentales. Es importante facilitar una alimentación adecuada a la edad y necesidades del niño que contribuya a un buen estado de salud.

³⁴ The Health Consumer Alliance. The health care rights of children in foster care. Disponible en: <http://www.healthconsumer.org/cs043FosterCareRights.pdf>

³⁵ Gudbrandsson B. Rights of children at risk and in care. Council of Europe Publishing. 2006

Según el artículo 26 de la Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas se reconoce que todo niño debe disfrutar de los beneficios de la seguridad social, incluyendo seguro social, de acuerdo a las leyes del país”.

Referente al apartado de Directrices y estándares de calidad:

“Deberá darse prioridad a la salud y el desarrollo armónico del niño como una precondition básica para una estrategia pedagógica exitosa.

- *Es importante restaurar la salud física y las habilidades intelectuales para diseñar una estrategia de intervención psico-pedagógica que conjugue las plenas potencialidades del niño de la forma que sea lo más exitosa posible. Esta estrategia, su desarrollo y su evaluación deber ser, tanto como sea posible, explicada de la forma más comprensible posible a su familia de manera que ellos puedan contribuir y orientar la estrategia en el interés del niño y prepararle para su reintegración en la familia y en la sociedad.*
- *La salud debe ser entendida en un sentido amplio, prestando especial atención a los niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales, por ejemplo, niños, niñas y adolescentes con discapacidad física o mental, niños, niñas y adolescentes con enfermedades crónicas, como aquellos con dificultades por el consumo de sustancias adictivas. Un centro integral puede ser aconsejable para su atención.*
- *Las prioridades deben ser en la medida que le afecte la enfermedad crónica, los niños, niñas y adolescentes VIH positivos o que padezcan SIDA, niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental o con dificultades o por el consumo de sustancias adictivas. Por eso es importante que ellos tengan acceso a todas las formas de integración social en las mismas condiciones que otros niños, niñas y adolescentes “.*

La Carta Social Europea Revisada, en su Artículo 17 referente al Derecho de los niños, niñas y adolescentes y adolescentes a protección social, jurídica y económica, establece que:

“Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho de los niños, niñas y adolescentes y adolescentes a crecer en un medio que favorezca el pleno desarrollo de su personalidad y de sus aptitudes físicas y mentales, las Partes se comprometen a adoptar, bien directamente o bien en cooperación con las organizaciones públicas o privadas, todas las medidas necesarias y adecuadas encaminadas:

c. A garantizar una protección y una ayuda especial por parte del Estado a los niños, niñas y adolescentes y adolescentes que se vean privados temporal o definitivamente del apoyo de su familia “.

A su vez en el artículo 11 sobre el Derechos a la protección de la salud:

“Para garantizar en el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, las Partes se comprometen a adoptar, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, medidas adecuadas para, entre otros fines:

1. Eliminar, en lo posible las causas de una salud deficiente.

2. Establecer servicios educacionales y de consulta dirigidos a la mejora de la salud y a estimar el sentido de responsabilidad individual en lo concerniente a la misma.

3. Prevenir, en lo posible, las enfermedades epidémicas, endémicas y otras, así como los accidentes”.

La Asamblea General en el Sexagésimo cuarto período de sesiones celebrada el 18 de diciembre de 2009 aprobó la Resolución sobre la base del informe de la Tercera Comisión (A/64/434)] sobre 64/142. Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños, niñas y adolescentes publicado el 24 de febrero de 2010. En su anexo sobre Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños, niñas y adolescentes en su punto 84 establece que:

“Los acogedores deberían promover la salud de los niños, niñas y adolescentes que tengan a su cargo y tomar disposiciones para proporcionarles atención médica, orientación y apoyo cuando sea necesario”.

ACCESO AL SISTEMA SANITARIO. MENORES CON MEDIDA DE PROTECCION

De acuerdo a la legislación actual sustentada con leyes tanto Estales como de las diferentes Comunidades autónomas garantizan la salud y atención Sanitaria a los niños, niñas y adolescentes que pertenecen al Sistema de Protección al menor.

A partir de la Ley 14/1986, del 25 de abril, General de Sanidad, desde criterios de normalización e integración, los menores con medidas de protección y aquellos que se encuentran en Acogimiento residencial son atendidos por el sistema público de asistencia sanitaria en igualdad al resto de la población infantil, independientemente de que en algunas residencias infantiles por las características sanitarias especiales de algunos menores, se disponga de profesionales sanitarios para su mejor control.

La Ley 16/2023, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud en su artículo 3.º, señala que las personas extranjeras no registradas ni autorizadas (...) tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española, señalando que la asistencia será con cargo a los fondos públicos.

Cuando los menores ingresan a una residencia infantil, podemos encontrar 2 situaciones que demandan distintas rutas de actuación para normalizar su estado sanitario y poder ofrecer el acceso a la salud y estas pueden ser:

- **MENORES CON SITUACION ADMINISTRATIVA REGULAR (POSEEN D.N.I./NIE O PERMISO DE RESIDENCIA)**

Tramitación en el INSS (Instituto Nacional de la Seguridad Social) el documento acreditativo del derecho a asistencia sanitaria con la condición de “menor con tutela administrativa” .

Se le asigna un número de Seguridad Social propio (independiente a sus familiares con los que estuviese de beneficiario).

Con ese documento se acude al Centro de Salud correspondiente para poder tramitar la TARJETA SANITARIA.

- **MENORES CON SITUACIÓN ADMINISTRATIVA IRREGULAR (SIN DOCUMENTACIÓN). (NNAMNA)**

En los casos de NNA en situación administrativa irregular es necesario tramitar el Documento de Asistencia Sanitaria de Extranjeros (DASE) para que pueda recibir prestación asistencial como extranjero residente no regularizado. Una vez que se disponga de documento (DASE), se acude al Centro de Salud correspondiente, donde se genera un escrito en el que consta el número para la asistencia sanitaria, con el cual, el menor recibe la misma atención que la población general, aunque no disponga de tarjeta sanitaria física. Para la dispensación de la medicación el profesional sanitario elabora una receta en papel.

En los casos en que el menor no disponga de ninguna documentación identificativa se consulta el caso con Dirección General de Infancia, familia y Fomento de la Natalidad, quién realizará un procedimiento de alta en el sistema para garantizar el derecho a la asistencia sanitaria hasta que se solvete la identificación. Para la dispensación de la medicación el profesional sanitario elabora una receta en papel.

Es excepcional el acogimiento familiar o de urgencia de menores sin documentación, por lo cual son ingresados en Centros de Acogimiento Residencial/ o de Primera Acogida, donde se normaliza su documentación identificativa y se gestionan los pasos descritos previamente.

ANEXO IV. SALUD PUBLICA Y PROTECCION A LA INFANCIA

Los enfoques de prevención y detección del maltrato infantil y de la protección a la infancia desde el ámbito sanitario se centran fundamentalmente en aspectos asistenciales clínicos y sociales-legales de la intervención, y no tanto desde la salud pública.

La salud pública según la OMS es la respuesta organizada de una sociedad dirigida a promover, mantener, proteger la salud de la comunidad, prolongar la vida en la población en su conjunto y prevenir enfermedades, lesiones e incapacidad ^{36,37}.

La violencia y el maltrato infantil están reconocidos como una prioridad en salud pública por la Organización Mundial de la Salud como un importante problema por sus consecuencias en la salud a corto y largo plazo y debido su reconocimiento y creciente importancia ^{72,38}.

El maltrato infantil es un problema complejo de salud pública que se aborda mejor mediante los esfuerzos colectivos de muchas organizaciones. Los pediatras, médicos de familia y otros profesionales sanitarios y no sanitarios (servicios sociales, etc.) son elementos importantes en la prevención del maltrato y su recurrencia desde un enfoque integral de salud pública como marco conceptual para prevenir la ocurrencia de abuso sexual infantil centrándose en aquellos en riesgo de dañar a los niños, niñas y adolescentes ³⁹.

Los enfoques de las causas que facilitan la aparición de los malos tratos se basan en modelos ecológico sistémicos según la existencia de factores de riesgo y ausencia de

³⁶ salud pública. En Promoción de la Salud Glosario. OMS. 1998. Pag.12. Disponible en: [The Health Consumer Alliance. The health care rights of children in foster care.](http://www.healthconsumer.org/cs043FosterCareRights.pdf) Disponible en: <http://www.healthconsumer.org/cs043FosterCareRights.pdf>

³⁷ a Asamblea Mundial de la Salud. (1996) WHA49.25 Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública. Organización Mundial de la salud. Pags.41-43. Disponible en: [Gudbrandsson B. Rights of children at risk and in care. Council of Europe Publishing. 2006](#)

³⁸ WHO, 1999. The World Health Report 1999: Making a difference. Geneva: WHO, 1999, WA540.1.

³⁹ Tonmyr L, Hovdestad W. Public health approach to child maltreatment. Paediatr Child Health Vol 18 No 8 October 2013 411-413

factores de protección que tanto desde desarrollo ontológico, microsistema, exosistema y macro sistema y ausencia de factores de protección ⁴⁰(Figura 4).

Figura 4. Modelo ecológico descriptivo de los factores de riesgo del maltrato infantil



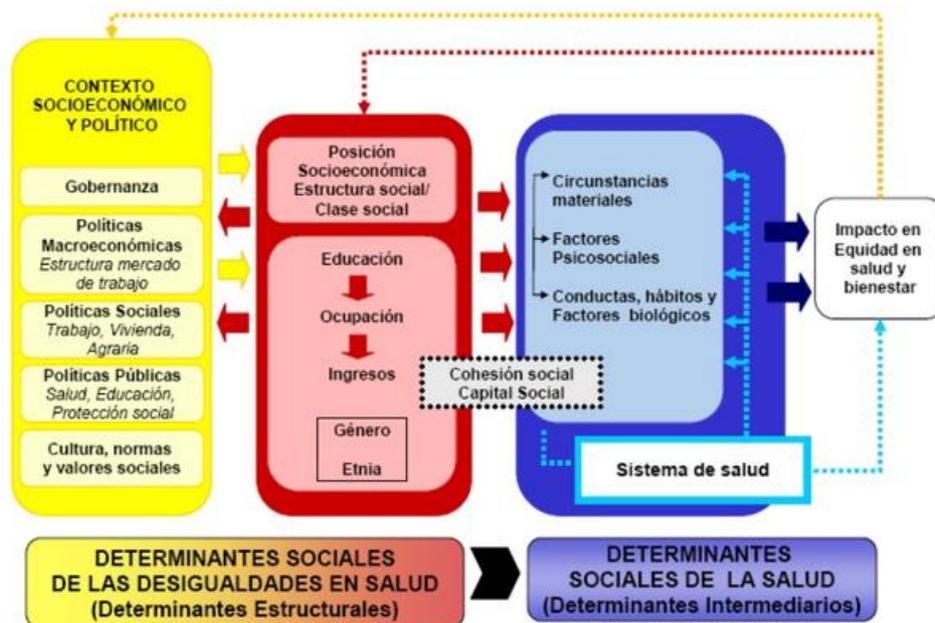
Fuente: OMS. Desde el ámbito sanitario, salud pública, parece razonable un enfoque basado en

determinantes y desigualdades sociales en salud ⁷⁶ los (Figura 5).

Figura 5. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales de la salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de

⁷⁷ la OMS .

⁴⁰ Galán I. Epidemiología y etiopatogenia del maltrato en la infancia (1998). En Díaz Huertas JA, Casado García E, Ruiz Ma, Esteban JJ; Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. pág. 5965. Disponible en: [Tonmyr L, Hovdestad W. Public health approach to child maltreatment. Paediatr Child Health Vol 18 No 8 October 2013 411-413](#)



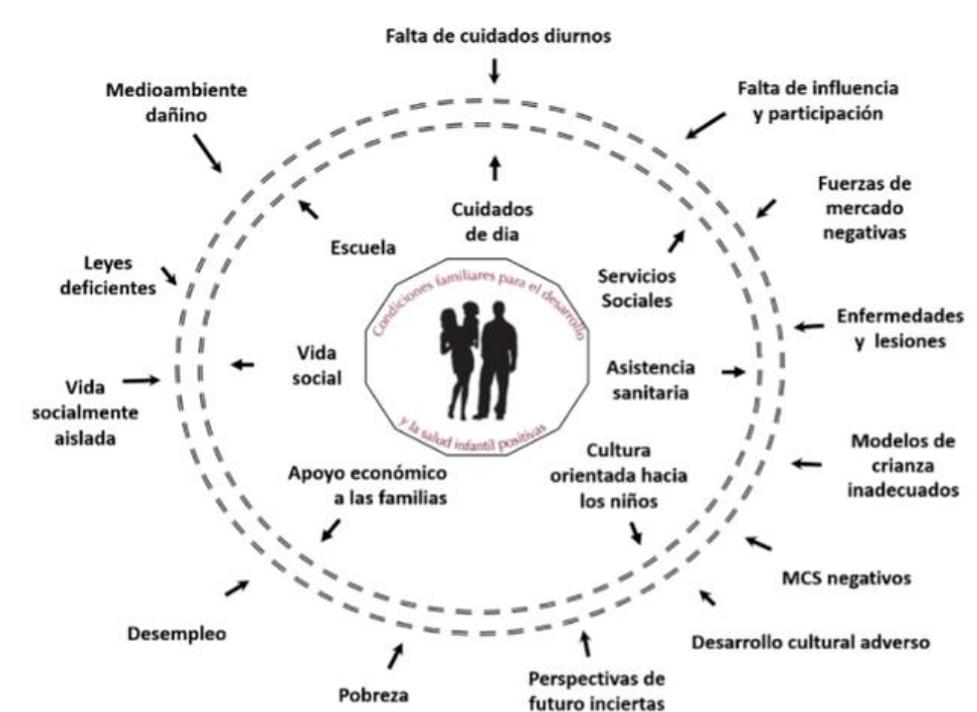
Fuente: Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice). Ginebra: OMS; 2010.

76 Hunter AA, Flores G. Social determinants of health and child maltreatment: a systematic review. *Pediatr Res.* 2021 Jan;89(2):269-274.

77 Merino B, Campos P, Santaolaya M, Gil A. (2012). Guía Metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: [49a Asamblea Mundial de la Salud. \(1996\) WHA49.25 Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública. Organización Mundial de la salud. Pags.41-43. Disponible en: Gudbrandsson B. Rights of children at risk and in care. Council of Europe Publishing. 2006](#)

Otros modelos se enfocan desde las condiciones familiares para el desarrollo y la salud infantil positiva que centrados en el niño y su familia valoren aquellas circunstancias que les suponen un apoyo y aquellas otras que van a implicar peligros para la atención a sus necesidades y problemas que pueden estar en el origen de cuidados inadecuados (Fig. 6).

Figura 6. Fuerzas e influencias en la salud de un niño, niña y adolescente



Fuente: Adaptado por Gunnlaugsson G, Rigby M. de Underlag for egen kontroll och tillsyn. Stockholm: Socialstyrelsen, 1998.

La condiciones familiares para el desarrollo y la salud infantil positivas vendrían determinadas por una serie de elementos favorecedores frente a otros negativos que lo que la Organización Mundial de Salud proponen tanto orientaciones destinadas a los responsables de políticas y a los planificadores de programas que actúan a diferentes niveles en relación con los servicios sanitarios, sociales y jurídicos ⁷⁸ y como para el desarrollo de la parentalidad positiva, esta última aunque orientada más a los países en vías de desarrollo presentan elementos para la reflexión y su aplicabilidad en nuestro país para la prevención del maltrato infantil ⁷⁹.

Desde la perspectiva de salud pública se enfatiza sobre los beneficios potenciales ⁴¹⁴² de mejorar la atención desde el sector salud al desarrollar su participación en asociación con los servicios sociales y los tribunales de familia.

⁴¹ Butchart A, y Phinney A, Mian M, Fúrniss F. (2006). Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias. OMS

⁴² Directrices de la OMS sobre intervenciones parentales para prevenir el maltrato y mejorar las relaciones entre padres e hijos con niños de 0 a 17 años. Organización Mundial de la Salud. 2023. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375920/9789240087514-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

La implicación de salud pública se centra en la participación (intervención) temprana e integral destinada a reducir los factores de riesgo y mejorar los factores de protección desde las plataformas de prestación de servicios universales (como escuelas, educación y atención de la primera infancia, salud materno-infantil y servicios de salud antes de que surjan los problemas por primera vez.

Desde la perspectiva de salud pública y atención sanitaria las enfermeras se encuentran en una posición crítica para actuar como profesionales de la prevención primaria, promoviendo estas relaciones y entornos seguros, estables y enriquecedores con todas las familias con las que entran en contacto. Además, las enfermeras desempeñan un papel clave en la identificación de víctimas potenciales y en la prestación de tratamiento y/o derivaciones a las víctimas de maltrato infantil. Las investigaciones muestran que una población más sana comienza en la niñez y las enfermeras están en primera línea en el esfuerzo por lograr este objetivo ^{43,44}.

Una alternativa al modelo de participación de los diferentes profesionales e instituciones del sistema implicadas es que posicione la prevención del maltrato infantil desde la salud pública en el centro de todas las actividades en lugar de en la periferia desde el potencial de programas de prevención familiares y comunitarios eficaces y rentables diseñados para mejorar y mantener resultados positivos para los más vulnerables ⁴⁵.

Un enfoque de salud pública para la prevención de la violencia comprende cuatro pasos ⁴⁶:

1. vigilancia para definir la magnitud del problema;
2. análisis para destacar los factores de riesgo y los grupos de riesgo;
3. investigación evaluativa para identificar intervenciones que funcionen; y
4. implementación de lo que funciona a un nivel más amplio.

⁴³ Diaz Huertas JA, Casado García E, Ruiz MA, Esteban J. (2002) Atención de enfermería al maltrato infantil. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM007092.pdf>

⁴⁴ Merrick MT, Lutzman NE. (2014). Child maltreatment: a public health overview and prevention considerations. The Online Journal of Issues in Nursing

⁴⁵ Herrenkohl TI, Leeb RT, Higgins D. The Public Health Model of Child Maltreatment Prevention. Trauma Violence Abuse. 2016 ; 17(4): 363-365.

⁴⁶ Browne K, Hamilton-Giachritsis C, Vettor S. (2007). Preventing child maltreatment in Europe: a public health approach. World Health Organization

Así mismo, el enfoque de salud pública para el abordaje del maltrato infantil, una estrategia cuyo objetivo principal es reducir los factores de riesgo, se ha basado en cuatro elementos principales ⁴⁷:

- derecho de los niños, niñas y adolescentes a ser protegidos de cualquier daño en primer lugar;
- la frecuencia del maltrato infantil, que, si se notificaran todos los casos, quizás implicaría un mayor desarrollo de los sistemas de protección infantil;
- la inexactitud de los sistemas de identificación, que pasan por alto a la gran mayoría de los niños, niñas y adolescentes maltratados; y,
- la eficacia y la relación coste-eficacia de las intervenciones para prevenir el maltrato infantil en comparación con las intervenciones una vez que el maltrato infantil ha ocurrido.

La salud pública se centra en evaluar y abordar los determinantes de la salud a través del trabajo multidisciplinario y multiinstitucional. El análisis de cómo se localizan los problemas dentro de una población es un elemento clave y, para ello, definir el problema a través de la recopilación de datos y los esfuerzos de vigilancia representa un primer paso en un marco de salud pública, existiendo enormes complejidades a la hora de medir la relación coste-eficacia de las intervenciones de prevención de la protección infantil ⁴⁸.

Un elemento importante es la vigilancia epidemiológica que se define como la recopilación, el análisis y la interpretación sistemáticos y continuos de datos específicos de resultados para su uso en la planificación, la implementación y la evaluación de la práctica de la salud pública. Los sistemas de vigilancia del maltrato infantil establecidos en la salud pública se basan en una variedad de fuentes de datos (registros de pacientes hospitalizados, de servicios de urgencias, informes policiales, hallazgos de revisiones de muertes infantiles e informes de médicos forenses y forenses, de los servicios de protección a la infancia, etc.) ⁴⁹.

⁴⁷ Gilbert R, Woodman J, Logan S. Developing services for a public health approach to child maltreatment. *International Journal of Children's Rights* 20 (2012) 323–342

⁴⁸ Editorial. Public health approaches to safeguarding children. *Child Abuse Review* Vol. 20: 231–237 (2011)

⁴⁹ Leeb RT, Paulozzi L, Melanson C, Simon T, Arias I. *Child Maltreatment Surveillance: Uniform Definitions for Public Health and Recommended Data Elements, Version 1.0*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2008

El Registro Unificados de Casos de Servicios Sociales sobre Violencia contra la Infancia (RUSVI) que establece la LOPIVI debería permitir extraer datos de utilidad desde el punto de vista de la salud pública ⁵⁰.

El programa Triple P *Positive Parenting Programme* ⁵¹ incluye estrategias de prevención en varios niveles. El programa adapta la información y el asesoramiento a las necesidades de cada familia. Los diferentes niveles e intervenciones suelen ser los siguientes niveles.

1. Difusión de mensajes en los medios de comunicación sobre crianza positiva.
2. Recursos de información, como hojas informativas y vídeos de asesoramiento.
3. Intervenciones breves y específicas para problemas de conducta específicos, ofrecidas por profesionales de atención primaria.
4. Un programa de formación más intensivo para padres.
5. Tratamiento de cuestiones familiares más amplias, como conflictos de pareja, depresión, ira y estrés de los padres.

Se ha demostrado que el programa Triple P mejora las técnicas de gestión familiar, la confianza de los padres, la crianza eficaz de los hijos y los resultados conductuales (incluidos los trastornos de conducta).

El abuso infantil puede considerarse un problema de salud pública con consecuencias inmediatas y a largo plazo siendo el objetivo principal desde un enfoque de salud pública la prevención ⁵² en sus diferentes formas de presentación y niveles de prevención ⁵³: (Cuadro 6)

Cuadro 6. Niveles de prevención del maltrato infantil.

⁵⁰ Comisión frente a la Violencia en los Niños, Niñas y Adolescentes. Informe anual de la Comisión frente a la Violencia en los Niños, Niñas y Adolescentes 2022-2023. Ministerio de Sanidad. Disponible en: [Gilbert R, Woodman J, Logan S. Developing services for a public health approach to child maltreatment. International Journal of Children's Rights 20 \(2012\) 323-342](#)

⁵¹ Sanders M, Cann W. Promoting positive parenting as an abuse prevention strategy. In: Browne KD et al. Early prediction and prevention of child abuse. A handbook. Chichester, J. Wiley, 2002:23-40.

⁵² Djeddaha C, Facchinb P, Ranzatob C, Romer C. Child abuse: current problems and key public health challenges. *Social Science & Medicine* 51 (2000) 905- 915

⁵³ WHO, 1999. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, Geneva: WHO, Geneva, 29±31 March 1999. WHO/HSC/PVI/99.1

<p>Prevención Primaria</p>	<p>Atención sanitaria prenatal, perinatal y de la primera infancia que mejora los resultados del embarazo y fortalece el apego temprano Promoción de buenas prácticas de crianza Actividades de concienciación pública (es decir, a través de los medios de comunicación y campañas) Programas de educación comunitaria sobre la Convención sobre los Derechos del Niño Disponibilidad y accesibilidad de servicios sociales, apoyos y redes Actividades escolares para la no violencia</p>
<p>Prevención Secundaria</p>	<p>Identificación perinatal y continua de niños, niñas y adolescentes y familias en riesgo Apoyo familiar, como visitas domiciliarias Sistema de derivación claramente establecido de servicios de apoyo Programas de tratamiento del abuso de sustancias Apoyo, asistencia y redes comunitarias centradas en la familia Información disponible sobre recursos comunitarios y planificación de seguridad Servicios sociales escolares para entornos de alto estrés Actividades de concienciación pública (es decir, a través de los medios de comunicación y campañas)</p>
<p>Prevención Terciaria</p>	<p>Diagnóstico temprano Servicios interdisciplinarios adecuados para garantizar: tratamiento médico, atención, asesoramiento, gestión y apoyo a las víctimas y a sus familias Reintegración en leyes de protección infantil adecuadas y tribunales adaptados a los niños, niñas y adolescentes</p>

Un enfoque de salud pública para la prevención del abuso sexual infantil exige un marco de políticas que integre los cuatro niveles de prevención (primordial, primario, secundario y terciario) en un sistema adaptativo complejo compuesto de subsistemas interconectados en que la justicia restaurativa como un componente de la prevención terciaria que brinda oportunidades para la curación individual y colectiva con su potencial para la prevención primordial y primaria (Fig. 7) ⁵⁴.

Figura 7. Enfoque de salud pública para prevenir el abuso sexual infantil

⁵⁴ Cant RL, Harries M, Chamarette C. Using a public health approach to prevent child sexual abuse by targeting those at risk of harming children. *Int. Journal on Child Malt.* (2022) 5:573–592



El abuso y la negligencia tienen un impacto en la salud mental y el bienestar. Si bien históricamente, los servicios de salud mental infantil y adolescente han tendido a considerar el abuso y la negligencia infantil como un problema social, que requiere una solución de asistencia social es preciso relizar un acercamiento desde salud publica condrenado la en la prevención y la intervención temprana en casos de abuso y negligencia infantil desde los servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes ^{55,56}. (Cuadro 7)

Cuadro 7. El papel de la salud mental en la prevención y la intervención temprana en casos de abuso y negligencia infantil.

⁵⁵ Shaw M, De Jong M. Child abuse and neglect: a major public health issue and the role of child and adolescent mental health services. *The Psychiatrist* (2012), 36, 321-325

⁵⁶ dosReis S, Zito JM, Safer DJ, Soeken KL. Mental health services for youths in foster care and disables youths. *Am J Public Health*, 2001; 91: 1094-1099

Prevención primaria	<ul style="list-style-type: none"> . Tiene como objetivo prevenir el maltrato en primera instancia. . Implica la educación y la promoción de la salud entre los grupos de riesgo. . Es poco probable que requiera la participación directa de los salud mental.
Prevención secundaria	<ul style="list-style-type: none"> . Intervención temprana cuando el efecto en el niño es más limitado y reversible . Ayuda a los niños, niñas y adolescentes directamente y también aborda las dificultades en los padres y en la relación padre-hijo. . Requiere el desarrollo de intervenciones multiinstitucionales dirigidas por salud mental que trabajen con el tribunal de familia, los servicios sociales, los servicios de tratamiento para adultos, la libertad condicional, la vivienda y otros para mejorar los resultados para los niños, niñas y adolescentes. . Es posible mejorar los resultados para los niños, niñas y adolescentes, pero también ahorrar dinero a corto plazo.
Prevención terciaria	<ul style="list-style-type: none"> . Dirigida a los niños, niñas y adolescentes ya dañados por el abuso y la negligencia. . Tiene como objetivo reducir el sufrimiento, promover la calidad de vida y prevenir la aparición de trastornos de salud mental en adultos. . Introducción de pruebas universales de detección del diagnóstico psiquiátrico y los déficits del desarrollo en todos los niños, niñas y adolescentes que ingresan a la atención. . El fortalecimiento y la ampliación del papel de los equipos de atención a niños, niñas y adolescentes para evaluar, tratar y monitorear a los niños, niñas y adolescentes detectados mediante pruebas de detección requiere capacidades mejoradas para trabajar con niños, niñas y adolescentes en colocaciones de corto plazo, así como el monitoreo a largo plazo de casos complejos.

Salud pública y el sistema protección a la infancia

La pediatría social que se reconoce como la salud pública infantil y contempla desde sus inicios en sus manuales los temas relacionados con la protección de menores la adopción, la guarda y el acogimiento, etc ^{57,58,59}.

Una de las grandes aportaciones a la actualización y modernización de las instituciones protección en España, que culminaría con la Ley 21/1987 de 11 de noviembre por la que se modificaban artículos del Código Civil, fueron las llevadas a cabo con motivo de la celebración V Simposio Español de Pediatría Social celebrado en Tenerife en 1981 Social, Tenerife 1981, en el que aportaron

⁵⁷ Manciaux M. Abandono. Adopción (1978). En Mande R, Masse N, Manceaux M. Pediatría social. Editorial Labor. Pags.551-554

⁵⁸ Blair M, Stewart-Brown S, Waterston T, Crowther R. (2003). Child public health. Oxford. Pags. 34,49, 164-5.

⁵⁹ González Meneses A, Duran LE. Abandono, adopción, guarda y acogimiento. (2000). En Caballero C, González Meneses A. Tratado de pediatría social. Diaz de Santos. Págs. 723-729

datos estadísticos sobre el maltrato infantil en España y sobre la necesidad de cambios en las instituciones de acogida de menores ⁶⁰.

Referente a la salud pública es muy interesante la aportación pionera de la Comunidad de Madrid que hizo en 1995 desde salud pública en un documento técnico sobre maltrato infantil ⁶¹ en que además de abordar aspectos clásicos del maltrato infantil incluía aspectos relacionados con problemas de salud y maltrato infantil así como en la atención en acogimiento familiar y residencial ⁶².

Toda decisión sobre la colocación de un niño en un centro o en una familia de acogida debe tener en cuenta los riesgos para la salud del niño y de los cuidadores y de cualquier otro miembro del hogar y al considerar los riesgos de realizar una colocación de este tipo, se deberá tener en cuenta el plan de atención específico para el niño, incluidos los requisitos de contacto y de que los trabajadores sociales y otras personas visiten el hogar de acogida. El servicio de acogida debería mitigar los riesgos lo más posible en las circunstancias ⁶³.

ANEXO V. LAS NECESIDADES EN SALUD DE LOS NIÑOS Y SU ATENCIÓN VISTAS POR LOS ACOGEDORES (FAMILIAS Y RESIDENCIAS)

Las familias y residencias de acogimiento consideran la importancia de la salud y de la atención sanitaria que reciben los niños y desde su experiencia hacen las siguientes aportaciones:

- **Importancia de la salud**

Las familias y las residencias de acogida viven la salud de los niños con inseguridad e incertidumbre, especialmente al principio del proceso, por el desconocimiento que tienen sobre los antecedentes médicos (enfermedades tratadas o no, o mal controladas, cirugías previas, reacciones alérgicas a algún medicamento, vacunas administradas y vacunas pendientes de administrar...) y antecedentes familiares (historial en la familia de enfermedades, problemas en el embarazo...).

⁶⁰ Mardomingo MJ, Matos J, Evolución del concepto de institución. Ponencia V Simp Esp Ped Social, Tenerife 1981. Pgas. 7-120

⁶¹ Oñorbe M, Díaz Huertas JA, García M. (1997) Maltrato infantil: prevención, detección e intervención desde el ámbito sanitario. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Salud.

⁶² Zahonero M. Acogida en instituciones. En Oñorbe M, García Barquero M, Díaz Huertas JA. Maltrato infantil: prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario Madrid. Consejería de Salud. 1995; 212-217

⁶³ Simmonds J. (2020) Public health measures and the placement of children in foster care. CoramBAAF. Disponible en: [Zahonero M. Acogida en instituciones. En Oñorbe M, García Barquero M, Díaz Huertas JA. Maltrato infantil: prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario Madrid. Consejería de Salud. 1995; 212-217](#)

● Atención sanitaria

Deberían de existir protocolos comunes para la atención a la salud de los niños acogidos que también fueran conocidos por los acogedores a semejanza de los muchos elaborados para niños procedentes de adopción internacional. Este protocolo específico debería contemplar los controles de salud sean más frecuentes al menos el primer año de acogimiento.

Los niños requieren una atención prolongada en el tiempo y no intervenciones puntuales en periodos de crisis.

Los médicos de los centros de acogimiento residencial deberían tener acceso a o sistemas de información sanitaria (HORUS, atención primaria - AP Madrid), etc. La atención sanitaria que precisen los niños, niñas y adolescentes atendidos por el sistema de protección, no debería tener largos plazos de espera, especialmente en los acogimientos de urgencia donde constituye una prioridad la atención sanitaria y la necesidad de diagnósticos y tratamientos rápidos, etc.

Se insiste en la necesidad que los servicios sanitarios deberían facilitar las consultas a médicos especialistas cuando así se precise (acortando tiempos de espera y dando prioridad a este colectivo), dado el desconocimiento de sus antecedentes y problemática de salud, para así, resolver y/ o tratar posibles enfermedades y garantizar que una vez que estos niños/as retornen a sus familias biológicas o vayan a cualquiera de las variantes de acogimiento existentes (familia extensa, acogimiento de urgencia o acogimiento permanente, puedan tener canalizados y/ ó resueltos sus problemas de salud.

No debería haber restricciones al conocimiento de su historia de salud anterior, (antecedentes familiares y personales previos). El desconocimiento de estos datos obliga muchas veces a hacer un sinnúmero de pruebas para llegar a un diagnóstico que podrían ser evitadas si facilitasen a las familias de acogida/adopción toda la información que se disponga en su historial clínico.

En los casos en que los menores provengan de un recurso residencial que disponga de equipo sanitario, se debería aportar un informe en el que conste las intervenciones, consultas y vacunas que se hayan podido realizar durante la permanencia del menor en la residencia infantil.

Asimismo, desde el inicio del acogimiento, los acogedores deberían contar con toda la documentación reglamentaria que incluya la tarjeta sanitaria, documento de identidad del menor, así como cualquier otra documentación relevante que permita un acceso ágil a los servicios sanitarios.

Debe existir una Coordinación entre los Departamentos de Salud y Bienestar Social de cada Comunidad Autónoma involucrada en el caso del menor, para lograr un mejor intercambio de información, y asegurar un acceso más fluido a la historia clínica de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran bajo medidas de protección y, por ende, dar una atención sanitaria más efectiva y rápida.

- **Importancia de tener diagnósticos e Incertidumbre por desconocimiento antecedentes**

Los antecedentes sanitarios son desconocidos o no están reflejados en las plataformas de información médica, bien sea porque han sido atendidos en otras comunidades autónomas y/o países, o bien, porque por la complicada situación familiar no han recibido atención médica. Por ello, a los acogedores esto les conduce a querer tener la mayor información posible con el fin de poder ayudar al niño a resolver sus problemas de salud. En la mayoría de los casos los médicos tienen más información en la historia que los mismos padres acogedores.

Los niños y niñas del sistema de protección en muchas ocasiones han pasado por diferentes recursos institucionales en distintas localizaciones, por tanto, por diferentes valoraciones, quedando muchas veces la información recogida y los tratamientos llevados a cabo, totalmente disgregados. Es importante poder asegurar la trazabilidad del expediente médico y de las intervenciones, evitando así someter al menor a exploraciones y pruebas innecesarias.

Existen limitaciones en el acceso a la información. Los servicios de atención al paciente están a disposición de los ciudadanos y, en ellos, se puede solicitar documentación clínica presentando la resolución o el documento de formalización del acogimiento, hay limitaciones, entre otras. al quitar / no facilitar los antecedentes familiares).

Las familias de acogida y los centros de acogida de urgencias destacan la importancia de tener acceso inmediato y completo a la historia clínica del menor desde el primer día del acogimiento, especialmente en situaciones de urgencia. La falta de acceso a esta información puede generar riesgos, como desconocer que el niño presente alguna alergia, convulsiones etc.

- **Salud mental**

La salud mental se considera uno de los aspectos que requieren mayor atención por parte de los acogedores independientemente del acogimiento familiar o residencial

Los niños que llegan al sistema de protección, en su gran mayoría, han vivido situaciones de adversidad temprana y trauma (historias de abandono, los malos tratos sufridos (negligencia, maltrato físico, abusos sexuales, explotación, institucionalismo...) y procesos de transición entre sus diferentes mundos o contextos en los que han vivido que tienen consecuencias en su desarrollo físico y psicológico, favoreciendo la existencia de problemas de salud mental. Por tanto, a nivel preventivo se debería tener en cuenta.

Las familias de acogida consideran esencial disponer de un informe sobre la salud mental del niño/a incluso antes de que esté a su cuidado. Esto permitiría trabajar mejor estas dificultades y valorar si se sienten o no preparadas, pudiendo rechazar el acogimiento antes de comenzar.

Es importante conocer si los niños y niñas siguen manteniendo o no contactos con su familia biológica y si hay régimen de visita y el efecto que estas visitas tienen especialmente si se observan indicios de conflictos de lealtades divididas en los que los NNA no pueden manifestar con naturalidad sus vínculos y afectos por pensar que están siendo desleales bien con sus familiares biológicos o con sus acogedores o adoptantes.

En la pubertad y en la adolescencia pueden aparecer procesos depresivos derivados del pasado no elaborado y sostenidos durante la infancia con negación y desconexión de los acontecimientos traumáticos. En la adolescencia el riesgo de consumo de alcohol o drogas puede estar asociado a calmar el sufrimiento y el dolor que sigue siendo negado y desconectado de sus fuentes originales (vivencia del abandono).

Se debería contar con servicios de consulta psicológica para los padres con la idea de solventar dudas y problemas que puedan surgir durante los primeros meses, especialmente con los niños más mayores, así como a lo largo de todo el acogimiento. Es fundamental asegurar que las familias se sientan acompañadas por los profesionales a lo largo de todo el proceso de acogida, pues también son vulnerables ante los desafíos de cuidar a un niño en acogimiento.

Es preciso considerar algunos síntomas que pueden afectar su vida presente (negaciones, desconexiones de la realidad, olvidos de partes importantes de su historia, desregulación emocional ante experiencias generadoras de tensión, exceso de celos o envidias, miedo al abandono, desconfianza excesiva, exceso de autonomía y soledad, mutismo, secretismo...).

Los síntomas como la angustia de separación, el miedo al abandono, eventos disociativos, el exceso de desregulación emocional y trastornos como la depresión,

la hiperactividad, los déficits de atención, los conflictos relacionales y las dificultades de aprendizaje, los trastornos de conducta y los trastornos disociativos en asociación a sus historias de sufrimiento y el modo en que dicho sufrimiento ha sido mentalizado y elaborado requieren una valoración.

En ocasiones la culpa, el dolor y la rabia sentidos por su abandono lo desplacen a sus acogedores siendo fundamental conocer sus historias e indagar el valor que atribuyen a los diferentes eventos y si están transfiriendo la rabia y el dolor a los objetos y sujetos adecuados.

Es importante el seguimiento por parte de los servicios de salud mental de una forma ágil y continuada, logrando un buen vínculo entre los menores, padres acogedores y el profesional sanitario. En la Comunidad de Madrid un número importante de los NNA que se encuentran en acogimiento residencial son valorados por Unidades especializadas como la UMERP (Unidad de Menores en Riesgo Psíquico, perteneciente al Hospital Gregorio Marañón o bien por los Servicios de Salud Mental de zona). Debe establecerse una continuidad a estos tratamientos, una vez que los menores han pasado del acogimiento residencial a cualquiera de las modalidades de acogimiento familiar.

- **Coordinación de la atención sociosanitaria**

Parece fundamental la colaboración y cooperación entre los distintos eslabones que forman parte de la atención médica (residencias, familia de acogida, personal sanitario, personal administrativo, atención al paciente) ya que el cuidado de la infancia y en especial, el cuidado de estos niños en riesgo social, es esencial y fundamental para su protección.

- **Atención temprana**

Los tiempos de espera muy prolongados para aquellos niños que precisan atención temprana es una problemática que se vive en el día a día en las familias acogedoras. En muchos casos problemas neurológicos o del desarrollo ya conocidos en el embarazo y/o inmediatamente después del nacimiento, no son atendidos precozmente, empeorando el pronóstico de estos menores.

- **Acogimiento residencial**

Agilizar, en coordinación con las Dirección General de Infancia de las Comunidades Autónomas los trámites administrativos y de gestión documental para los niños

acogidos en el sistema de protección, especialmente cuando éstos carezcan de documentación o no esté disponible para los profesionales de protección.

En los casos de renuncias en la maternidad no demorar la regularización en los juzgados.

Crear una comisión de salud con el equipo de facultativos, pediatras, médicos, y especialistas del centro de salud local y asociados a una residencia infantil específica, que pueda coordinarse una o dos veces al año y que marce las pautas de trabajo e intervención.

El equipo médico debe conocer y comprender la naturaleza del acogimiento residencial y la importancia de coordinación entre profesionales. Cuando un miembro del equipo de la residencia acompaña a una niña a consulta, no es lo mismo que cuando acompaña un padre/madre/familiar

- **Recursos específicos**

Es importante no dejar toda la responsabilidad en las familias de acogida; debe haber recursos de apoyo disponibles de forma constante, como el apoyo psicológico, para garantizar que las necesidades del menor sean cubiertas adecuadamente.

Si bien todos los profesionales sanitarios deberían estar capacitados para la atención a esta población infantil deberían existir recursos específicos para los casos necesarios (Unidades de pediatría social).

- **Formación de los profesionales**

Dado que los casos que llegan al sistema de protección son, generalmente, casos muy complicados los profesionales de la salud deberían tener una formación específica sobre las características y necesidades que presenta esta población que además les facilite tener una mirada distinta que les permita entender determinadas patologías.

Esta formación debería ser para todos los profesionales de la salud, ya que un niño/a del sistema de protección puede acceder al sistema de asistencia desde cualquier entorno, población o contexto.

Los profesionales sanitarios deberían tener más formación sobre los niños atendidos por el sistema de protección fuera del ámbito de su familia biológica.

Hay que impulsar el conocimiento de este este colectivo en situación de vulnerabilidad.

El niño y la familia necesitan ser escuchados siendo los profesionales sanitarios idóneos para ello.

Los pediatras, los profesionales sanitarios, además, de ser un eslabón fundamental en la salud de los niños, son de gran ayuda para resolver dudas, aclarar sus procesos médicos resueltos y no resueltos y remitirlos al especialista. Además de valorar la documentación y aclarar dudas (calendario vacunal, alergias, tratamientos).

El personal sanitario, en general, no está familiarizado con las medidas de protección, lo que obliga a los acogedores a explicar con frecuencia nuestra relación con el niño o niña acogidos, muchas veces en su presencia. Esta necesidad de justificar constantemente la situación genera momentos incómodos para los menores y, en ocasiones, complica la comunicación eficaz de la información necesaria, por tratarse de datos sensibles.

Fomentar el trato sensible a los NNA que forman parte del sistema de protección desde el contexto sanitario. Los niños, niñas y adolescentes del sistema de protección son mucho más vulnerables que el resto de la población de su misma edad. El abordaje de determinados temas o situaciones de su historial médico, personal, familiar o social puede, según el caso, gatillar movimientos internos desafortunados, conductas externalizantes no deseadas o retraimiento y dificultades en la adherencia a los tratamientos. El conocimiento previo de las necesidades y dificultades de estas personas por parte de los equipos de facultativos, la incorporación de los equipos educativos que acompañan a las exploraciones y particularidades de caso, el consenso previo y la acomodación y diseño amable de determinados procedimientos normativos, facilitarán los procesos médicos y el éxito de las intervenciones

Desarrollar programas de prevención del abandono y el maltrato infantil, entre ellos de parentalidad positiva para la población en general y para las familias de acogida en particular

Contribuir mediante la vigilancia epidemiológica al conocimiento de los problemas y necesidades en salud de os niños atendidos por el sistema de protección a la infancia, familias (biológicas y de acogida) y aquellos atendidos en acogimiento residencial y a las respuestas que precisan.

- **Situación especial de los niños con enfermedades poco frecuentes / raras**

Los niños atendidos por enfermedades raras atendidos por el sistema de protección a la infancia bien en acogimiento familiar o residencial tienen necesidades y problemas específicos, entre ellos, de un diagnóstico temprano, atención temprana, actividades de ocio y tiempo libre inclusivos, que requieren de respuestas adecuadas a sus problemas y de ahí el interés de la FEDER por estos niños y sus familias y los centros de protección en los que les atienden y su programa acogER.

La importancia de poner en evidencia el porcentaje de niños con ER atendidos por el sistema de protección, de realizar actividades de sensibilización sobre las necesidades de las familias de acogida, captar posibles familias de acogida, apoyar a las residencias de acogimiento residencial y sus equipos, y organizar actividades de ocio y tiempo libre implicando a las asociaciones que forman parte de la FEDER, etc.

- **Buenas prácticas**

Proyectos como "Mis Primeros Días" para los niños que nacen en un hospital y se van de acogida o adopción tienen como objetivo crear una caja con recuerdos significativos de los primeros días de vida de los recién nacidos, para evitar que pierdan estos recuerdos de sus primeros días y ayudar a construir su historia de vida. Esta caja podría incluir elementos como sus primeras huellas, el chupete, fotos, y otros recuerdos importantes.

La implementación del proyecto se llevaría a cabo en las maternidades de los hospitales. Cabe destacar que ya existe un protocolo y una guía establecidos en la Comunidad Valenciana para su ejecución.

ANEXO VI. ACOGIMIENTO FAMILIAR: APORTACIÓN DEL FARMACÉUTICO

Desde la oficina de farmacia

La oficina de farmacia es un **PUNTO DE DETECCIÓN** de familias con niños, niñas y adolescentes adoptados, en acogimiento familiar y/o residencial.

El farmacéutico como profesional sanitario puede colaborar en garantizar su seguridad y bienestar, especialmente en los siguientes aspectos:



1. Información y consejo sobre tratamientos farmacológicos para garantizar el uso seguro por parte de la familia de acogida:

- En enfermedades importadas poco frecuentes en nuestro entorno, pero de alta prevalencia en otros países (enfermedad de Chagas, malaria, dengue, etc.), o bien en otras patologías como trastornos de la conducta y del comportamiento, cognitivos, etc.
- Ayuda con las pautas posológicas, la correcta administración y cumplimiento de los tratamientos prescritos, con especial énfasis en el caso de medicamentos individualizados.
- Educación sobre los efectos adversos, alergias e interacciones de los medicamentos (identificación y actuación).

(Si se trata de un niño sano sin patologías destacables, se debería hacer igualmente seguimiento dado el perfil de vulnerabilidad de este grupo de población)

2. Tratamiento y cuidado de síntomas menores con medicamentos que no requieren prescripción médica y que son motivo de consulta frecuente al farmacéutico.

3. Información sobre cuidados sanitarios familiares en caso de enfermedades congénitas, infecciosas, etc.

4.Asesoramiento en inmunización: Revisión del calendario de vacunación (infantil y adolescencia) con el fin de garantizar la administración de las dosis recomendadas.

5.Consejos nutricionales e identificación de intolerancias alimentarias.

6.Consejos en salud bucodental (en colaboración con odontólogos y médicos de Atención Primaria).

7.Educación para la salud en estilos de vida saludables, conductas sexuales, y sobre el uso o abuso de drogas y alcohol.

8.Recomendaciones en óptica, ortopedia o audioprótesis.

9.Apoyo emocional y escucha activa.

Todo ello en un contexto de coordinación de la atención sociosanitaria de los menores y de las familias de acogida con los recursos asistenciales que ofrecen las autoridades competentes (fisioterapia, pediatría, psicología, etc.).

Desde el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid

Realización de acciones institucionales orientadas a mejorar y potenciar el conocimiento del acogimiento familiar, sus necesidades sociales y asistenciales entre los farmacéuticos y los ciudadanos.



1. Ofrecer, tanto a los colegiados como a la población en general, información del acogimiento familiar a través de campañas de difusión y sensibilización (legislación aplicable, acogida familiar versus acogida residencial especialmente en

niños, niñas y adolescentes pequeños, redes de apoyo a las familias, recursos sanitarios disponibles, etc.)

2.Facilitar formación e información a los farmacéuticos de las necesidades sanitarias y problemas a los que se enfrentan los niños, niñas y adolescentes en acogida (aspectos ya mencionados en el apartado “Desde la oficina de farmacia”).

3.Facilitar el acceso en materia de medicamentos y productos sanitarios potenciando el establecimiento de alianzas que beneficien a los niños, niñas y adolescentes y sus familias.

Todo ello, en un marco de colaboración transversal con otros profesionales sanitarios y no sanitarios (por ejemplo, abogados, etc.) implicados en la salud y seguridad de estos niños, niñas y adolescentes y sus familias.

ANEXO VII. APORTACIONES EN MATERIA DE SALUD BUCODENTAL

La salud bucodental es esencial para la consecución de una buena salud y bienestar general. Una mala salud oral influye considerablemente en el estado de salud general y está asociada en especial a enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, neumonía y nacimientos prematuros ⁶⁴.

Sin embargo, la alta prevalencia de patología bucodental es fuente de dolores e infecciones evitables y una calidad de vida reducida, además de origen de absentismo escolar y laboral ⁶⁵ lo que a su vez conduce a déficits de aprendizaje y pérdidas de productividad.

Una buena salud oral es vital para un envejecimiento saludable y desempeña un papel crucial con respecto a la nutrición, el empleo, la autoestima y la interacción social continua.

Las enfermedades bucodentales, a pesar de ser en gran medida prevenibles, se encuentran entre las enfermedades no transmisibles más prevalentes a nivel mundial, y la distribución de éstas muestra importantes desigualdades, que afectan desproporcionadamente a los grupos de población más vulnerables y desfavorecidos. Los niños, niñas y adolescentes y las personas que pertenecen a minorías y/u otros grupos marginados socialmente por lo general soportan una

⁶⁴ Seitz MW, Listl S, Bartols A, Schubert I, Blaschke K, Haux C, et al. «Current Knowledge on Correlations Between Highly Prevalent Dental Conditions and Chronic Diseases: An Umbrella Review». *Prev Chronic Dis.*, 2019, 16:180641. doi: 10.5888/pcd16.180641.

⁶⁵ Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet*, 20 julio de 2019, 394(10194):249– 60. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31146-8.

mayor carga, un patrón de desigualdades similar al de otras enfermedades no transmisibles ⁶⁶.

Distintos estudios publicados muestran que existe una relación fuerte y coherente entre la situación socioeconómica (ingresos, ocupación y nivel de educación) y la prevalencia y gravedad de las enfermedades y afecciones bucodentales, ⁶⁷ [repite cita]. También hay publicaciones que respaldan un aumento significativo de índices de placa y caries en niños, niñas y adolescentes institucionalizados ⁶⁸.

La última encuesta nacional de salud oral en España indica, respecto a la distribución de caries en población infanto-juvenil, que se constata de nuevo que la mayor parte de las lesiones se concentran en un bajo porcentaje de individuos. ⁶⁹

Las enfermedades bucales son causadas por una variedad de factores de riesgo modificables, como el consumo de azúcar, tabaco, alcohol y la mala higiene, y sus determinantes sociales y comerciales subyacentes. Estos determinantes, junto con los factores de riesgo comunes que comparten las enfermedades no transmisibles, proporcionan la base para estrategias integradas de prevención y control de las enfermedades bucodentales[3].

Sin embargo, con frecuencia no se da prioridad a la prevención de las enfermedades bucodentales, manteniéndose la importancia de la salud bucodental en un plano relegado, con las implicaciones ya mencionadas en otros ámbitos de la salud y del desarrollo e integración social y laboral de las personas.

En España, el Sistema Nacional de Salud (SNS) incluye una serie de prestaciones referidas a la atención bucodental que se encuentran definidas en la Cartera de servicios del SNS, en concreto, en la Cartera de servicios comunes de Atención Primaria (AP) dentro del apartado 9 del anexo II ⁷⁰, que tras el Plan para la ampliación de la Cartera Común de Servicios de Salud Bucodental en el SNS ⁷¹ ha quedado configurada de la siguiente manera:

⁶⁶ World Health Organization. Oral health Achieving better oral health as part of the universal health coverage and noncommunicable disease agendas towards 2030 Report by the Director-General. Disponible en [Zahonero M. Acogida en instituciones. En Oñorbe M, García Barquero M, Díaz Huertas JA. Maltrato infantil: prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario Madrid. Consejería de Salud. 1995; 212-217](#)

⁶⁷ Matsuyama Y, Jürges H, Listl S. The Causal Effect of Education on Tooth Loss: Evidence From United Kingdom Schooling Reforms. *Am J Epidemiol*. 2019;188(1):87-95. doi: 10.1093/aje/kwy205.

⁶⁸ Fernández-Delgado FJ, Vallejo-Bolaños E, López-Trujillo JM. Salud bucodental y análisis de la morfometría oral en una población infantil institucionalizada. *Odontología Pediátrica*, 2003, vol.11.nº3, pp 94-101.

⁶⁹ Bravo M, Almerich JM, Canorea JM, E. Casals Peidró, et al. RCOE: Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España, Vol. 25, N°. 4 (Noviembre), 2020, págs. 12-69.

⁷⁰ <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212>

⁷¹ https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/PlanSaludBucodental/pdf/Plan_ampliacion_cartera_bucodental_.pdf

9. Atención a la salud bucodental

Comprende el conjunto de actividades diagnósticas, terapéuticas y de prevención de la enfermedad, así como aquellas de promoción y de educación para la salud, dirigidas a la mejora de la salud bucodental de la población.

Los equipos o unidades de salud bucodental estarán formados por odontólogos, estomatólogos, técnicos superiores en higiene bucodental y/o técnicos auxiliares en cuidados de enfermería que desarrollarán sus actuaciones de acuerdo a con las competencias profesionales reguladas en la normativa vigente.

Estos equipos actuarán de manera coordinada y protocolizada con el resto de profesionales del Sistema Nacional de Salud de acuerdo con la organización de cada servicio de salud, y además desarrollarán, junto con otros recursos y apoyos, acciones comunitarias para la salud.

La atención a la salud bucodental en atención primaria tiene el siguiente contenido:

9.1 A toda la población se le ofrecerán las siguientes actuaciones:

- a) Información y difusión, con perspectiva de curso de vida, sobre las medidas básicas higiénicas y dietéticas necesarias para alcanzar y mantener la salud bucodental, junto con instrucciones y recomendaciones sanitarias individualizadas.
- b) Consejo odontológico.
- c) Tratamiento de procesos agudos odontológicos, entendiendo por tales los procesos infecciosos y/o inflamatorios que afectan al área bucodental, traumatismos oseodentarios, heridas y lesiones en la mucosa oral, así como la patología aguda de la articulación témporo-mandibular.
- d) Tratamiento farmacológico de la patología bucodental que lo requiera.
- e) Exodoncias, exodoncias quirúrgicas y cirugía menor de la cavidad oral.
- f) Detección precoz de lesiones premalignas y, en su caso, biopsia de lesiones mucosas.
- g) Educación sanitaria para la autoexploración de la cavidad oral en la búsqueda de lesiones de sospecha de malignidad.

9.2 Adicionalmente, a la población infantil y juvenil desde el nacimiento hasta los 14 años, inclusive, se le facilitarán, cuando estén indicadas, las siguientes actuaciones:

- a) Revisión periódica del estado de salud bucodental, que incluirá exploración radiográfica cuando esté indicada.
- b) Determinación del riesgo individual de caries, especialmente en los dos primeros años de vida, para establecer la periodicidad de las revisiones y las medidas preventivas orientadas a reducir ese riesgo.
- c) Tanto en dentición temporal como definitiva:
 - 1.ª Aplicación de sustancias remineralizantes, antisépticas y/o desensibilizantes.
 - 2.ª Sellados de fosas y fisuras.
 - 3.ª Tartrectomía.
- d) En la dentición temporal, se aplicarán actuaciones de mínima intervención y medidas tendentes a frenar el proceso de lesión por caries.
- e) Para toda la dentición definitiva se incluyen obturaciones en lesiones que no asocien daño pulpar irreversible producidas por caries, traumatismo o por cualquier enfermedad que afecte a la estructura del diente.
- f) En el caso de lesiones por traumatismo en el grupo incisivo y canino definitivos, se incluyen también:
 - 1.ª Reubicación y estabilización de los dientes afectados del grupo anterior.
 - 2.ª Ferulización del grupo anterior y sutura de tejidos blandos, si es necesario.
 - 3.ª Tratamientos pulpares, si es necesario.

9.3 Adicionalmente, a las mujeres embarazadas se les ofrecerán las siguientes actuaciones:

- a) Consejos para preservar la salud oral del futuro bebé.
- b) Exploración clínica para determinar su estado de salud bucodental y su riesgo tanto de caries como de enfermedad periodontal.
- c) Cuando esté indicado, tartrectomía y aplicación de sustancias remineralizantes, antisépticas y/o desensibilizantes.

Las embarazadas realizarán al menos una visita odontológica, preferentemente durante el primer trimestre del embarazo, pudiendo ser derivadas a los

equipos o unidades de salud bucodental por el personal sanitario o a demanda de la usuaria.

9.4 Adicionalmente, a las personas mayores de 14 años con discapacidad intelectual o con una discapacidad limitante de la movilidad de los miembros superiores, que impidan el correcto autocuidado necesario para alcanzar y mantener una adecuada salud bucodental, se les facilitará, cuando esté indicado por el riesgo que pueda comportar para el desarrollo de enfermedades bucodentales, los tratamientos de odontología conservadora que contempla esta cartera en el apartado 9.2, al igual que para el conjunto de las demás actuaciones, en el medio más adecuado a sus características individuales.

9.5 En el caso de personas que presenten alteraciones conductuales graves objetivables y que no sean capaces de mantener el necesario autocontrol que permita una adecuada atención a su salud bucodental, se garantizará las prestaciones de los servicios, según el grupo al que pertenezca, mediante el correspondiente tratamiento sedativo o de anestesia general, de acuerdo con los protocolos que se establezcan con los equipos de atención hospitalaria.

9.6 Adicionalmente, a las personas diagnosticadas de procesos oncológicos del territorio cervicofacial se les ofrecerán las siguientes actuaciones:

- a) Exploración clínica para determinar su estado de salud oral y las necesidades preventivas y terapéuticas que puedan ser necesarias para la prevención de lesiones orales derivadas del tratamiento oncológico de radio o quimioterapia.
- b) Cuando esté indicado, aplicación de sustancias remineralizantes, antisépticas y/o desensibilizantes, previa tartrectomía si fuera necesario para que el tratamiento anterior sea efectivo.

9.7 Se consideran excluidos de la atención a la salud bucodental los siguientes tratamientos:

- a) Obturaciones definitivas y tratamientos pulpares en la dentición temporal.
- b) Tratamientos pulpares en la dentición definitiva, excepto lo señalado en el apartado 9.2 f).
- c) Tratamientos ortodóncicos.
- d) Exodoncias de dientes sanos por indicación exclusivamente ortodóncica.

- e) Tratamientos con finalidad exclusivamente estética.
- f) Implantes dentarios y prótesis dentales, salvo los incluidos en la cartera deservicios comunes de prestación ortoprotésica.
- g) Realización de pruebas complementarias para fines distintos de las prestaciones contempladas como financiables por el Sistema Nacional de Salud en esta norma.

Además de las incluidas en esta Cartera Común de Servicios, las distintas Comunidades Autónomas (CCAA), han ido ampliando las prestaciones ofertadas mediante Carteras de Servicios Complementarias de manera variable.

El modelo de provisión de la asistencia bucodental a la población infantil es mayoritariamente mixto (11 de las 17 CCAA), siendo la financiación de las prestaciones incluidas, pública [9].

Dentro de este contexto, en el que nos referimos a una patología altamente prevalente a nivel mundial, con importantes repercusiones a nivel de salud tanto local como sistémica, y de autoestima e integración social, y en el que nos centramos en una población con una doble necesidad de protección por el hecho de ser población infantil y además en un contexto de especial vulnerabilidad, enmarcado todo ello en un SNS con una estructura ya establecida de prestaciones, tanto preventivas como terapéuticas, en materia de salud bucodental para la población referida, es donde queremos enfatizar la necesidad de establecer unos protocolos definidos que garanticen el acceso de estos niños, niñas y adolescentes a las prestaciones del SNS.

De este modo, es fundamental que en la primera consulta en su centro de salud no sean solo orientados al Pediatra sino también a una primera consulta con el Odontólogo para la definición del plan de actuación preventivo y/o terapéutico individualizado y orientado a la consecución y promoción de la salud bucodental.

Asimismo, recomendamos la protocolización de intervenciones de Educación para la Salud específicas acordes con la Cartera de Servicios bucodentales de Atención Primaria con el objetivo de alcanzar y mantener el estado de salud oral óptimo y deseable.

Estas actuaciones deberán ser adaptadas en cada CCAA, según el sistema de provisión de servicios existente en cada una de ellas y sus circuitos establecidos, de manera que garantice la equidad en el acceso a los servicios bucodentales a esta población.

**Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos
Comisión de Atención Primaria**

ANEXO VIII. REINSERCIÓN SOCIAL DEL MENOR INFRACTOR.

Los menores infractores, aquellos que han cometido algún delito, es una población que, en general, permanece desconocida, salvo en casos de alarma social, y de la que existe poca información y formación sobre sus necesidades y problemas en salud y la atención sanitaria que precisan tanto desde aspectos preventivos y de promoción de la salud como por aspectos asistencia sanitaria.

La delincuencia juvenil es considerada un problema social que aumentan la falta de expectativas personales, laborales, las desigualdades sociales, falta de oportunidades sobre todo de los más jóvenes y con menos formación, dado que los jóvenes que delinquen presentan falta de interés en los estudios y los abandonan muy pronto generalmente sin concluir la enseñanza obligatoria, y que no tienen titulación ni experiencia laboral. Todas las confluencias de circunstancias conforman desencanto ante el futuro personal, profesional y económico de los jóvenes ⁷².

La problemática de los niños atendidos por el sistema de protección es diferente a los atendidos por el sistema de reinserción social del menor infractor: Los primeros han sufrido una problemática familiar que ha obligado a tomar una medida de protección y su atención fuera de su ámbito familiar. Los segundos, en edades entre 14 a 18 años, han cometido un delito que ha supuesto que un juez de menores acuerde una medida que, en su caso, puede conllevar ser atendido en un centro con restricción de su libertad.

Son recursos diferentes y bien diferenciados. Los primeros dependientes de los servicios sociales y las tomas de decisiones por acuerdos tras un procedimiento administrativo con las garantías legales de la superior vigilancia del fiscal y de recurrir a los juzgados de familia si hay desconformidad en la media acordada en los casos de haber asumido una tutela la Comunidad Autónoma correspondiente.

Los segundos dependen de las Consejerías de Justicia y el procedimiento en los menores infractores es un tema judicializado en el que participan un juez de menores, fiscal de menores, equipo técnico de los juzgaos, de las agencias de reinserción social y de un abogado defensor bien de oficio o elegido por los responsables del menor. En la resolución judicial se acuerdan "Medidas", que, en su caso, un juez hará el seguimiento de la medida acordada.

La regulación de los menores de 18 años que han cometido algún delito viene determinada por la Ley Orgánica 5/2000 de 12 enero, de Responsabilidad Penal

⁷² Nieto C. Perfil de los menores en conflicto con la ley. TSnova · Trabajo Social y Servicios Sociales,2012; 6: 47-60

del Menor Infractor (LORPM) que dentro de las medidas que pueden imponer los Jueces de Menores en su Artículo 7: Definición de las medidas susceptibles de ser impuestas a los menores y reglas generales de determinación de las mismas:

- **Internamiento en régimen cerrado:** residir en un centro y desarrollarán en el mismo las actividades formativas, educativas, laborales y de ocio.
- **Internamiento en régimen semiabierto:** residir en un centro, pero realizarán fuera del mismo actividades formativas, educativas, laborales y de ocio.
- **Internamiento en régimen abierto:** llevará a cabo todas las actividades del proyecto educativo en los servicios normalizados del entorno, residiendo en el centro como domicilio habitual, con sujeción al programa y régimen interno del mismo.
- **Internamiento terapéutico en régimen cerrado, semiabierto o abierto:** centros en que se realiza una atención educativa especializada o tratamiento específico dirigido a personas que padezcan anomalías o alteraciones psíquicas, un estado de dependencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o sustancias psicotrópicas, o alteraciones que determinen una alteración grave de la conciencia de la realidad.
- **Tratamiento ambulatorio:** obligación de asistir a un centro designado con la periodicidad requerida por los facultativos que les atiendan y seguir las pautas fijadas para el adecuado tratamiento de la anomalía o alteración psíquica, adicción al consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o sustancias psicotrópicas, o alteraciones en la percepción que padezcan.
- **Asistencia a un centro de día:** residirá en su domicilio habitual y acudirá a un centro, plenamente integrado en la comunidad, a realizar actividades de apoyo, educativas, formativas, laborales o de ocio.
- **Permanencia de fin de semana:** permanecer en su domicilio o en su centro hasta un máximo de treinta y seis horas entre la tarde o noche del viernes y la noche del domingo, a excepción del tiempo que deban dedicar a las tareas socio-educativas asignadas por el Juez.
- **Libertad vigilada:** se ha de hacer un seguimiento de la actividad de la persona sometida a la misma y de su asistencia a la escuela, al centro de formación profesional o al lugar de trabajo, según los casos, procurando ayudar a aquella a superar los factores que determinaron la infracción cometida.

- **Prohibición de aproximarse o comunicarse con la víctima** o con aquellos de sus familiares u otras personas lo que impide al menor acercarse a ellos, en cualquier lugar donde se encuentren, así como a su domicilio, a su centro docente, a sus lugares de trabajo y a cualquier otro frecuentado por ellos.
- **Convivencia con otra persona, familia o grupo educativo:** debe convivir, durante el periodo de tiempo establecido por el juez, con otra persona, con una familia distinta a la suya o con un grupo educativo, adecuadamente seleccionados para orientar a aquella en su proceso de socialización”.
- **Prestaciones en beneficio de la comunidad:** realizar actividades no retribuidas que se le indiquen, de interés social o en beneficio de personas en situación de precariedad. Esta medida, que no podrá imponerse sin su consentimiento.
- **Realización de tareas socio-educativas:** realizar, sin internamiento ni libertad vigilada, actividades específicas de contenido educativo encaminadas a facilitarle el desarrollo de su competencia social.
- **Amonestación:** reprensión de la persona llevada a cabo por el juez de menores y dirigida a hacerle comprender la gravedad de los hechos cometidos y las consecuencias que los mismos han tenido o podrían haber tenido, instándole a no volver a cometer tales hechos en el futuro.
- **Privación del permiso de conducir** ciclomotores y vehículos a motor, o del derecho a obtenerlo, o de las licencias administrativas para caza o para uso de cualquier tipo de armas.
- **Inhabilitación absoluta:** privación definitiva de todos los honores, empleos y cargos públicos y la incapacidad para poder ser elegido para cargo público durante el tiempo de la medida.

111

Menores Infractores en España: número y motivos

El número de menores en conflicto con la ley que han requerido la intervención de los dispositivos de atención desde la reinserción social del menor también indican la importancia de este problema que en gran parte permanece desconocido para la sociedad en general y los profesionales sanitarios en particular.

Según los datos estadísticos de medidas impuestas a menores infractores en conflicto con la ley en España del Observatorio de la Infancia la media de las

Medidas notificadas previstas en el Artículo 7 de la LORPM a lo largo del periodo 2015-2022 es de 24.709 con un valor mínimo de 20.883 en el año 2020, atribuible a la pandemia por COVID 19, y máximo de 26.592 en el año 2019. (Cuadro 1).

Cuadro 1 . Medidas notificadas previstas en el Artículo 7 (LRPM) (2015 - 2022).

Notificadas	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Media
Internamientos (*)	3.510	3.450	3.747	3.336	3.574	2.556	2.325	2.399	3.112
Libertad vigilada	11.318	11.166	12.174	11.873	12.122	10.171	11.074	11.232	11.382
Prestaciones a la comunidad	4.281	3.552	3.833	3.913	3.582	2.078	1.523	2.131	3.112
Realización tareas socioeducativas	3.007	2.911	3.279	3.460	3.362	3.051	4.014	4.528	3.451
Resto de medidas	4.507	3.755	3.575	3.529	3.952	3.027	3.504	3.290	3.642
TOTAL	26.623	24.834	26.608	26.111	26.592	20.883	22.440	23.580	24.709

(*) Total de internamientos en régimen cerrado, semi-abierto y abierto.

El número de las medidas ejecutadas viene siendo superior al de notificadas debido a que las medidas son notificadas en un ejercicio, pero pueden ser ejecutadas en uno o más ejercicios. En cualquier caso, reflejan el número de menores infractores que están siendo atendidos por el sistema de reinserción social de menor en sus diferentes recursos.

111 Observatorio de la Infancia. Boletines de datos estadísticos de medidas impuestas a menores infractores en conflicto con la ley. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Disponible en: [Nieto C. Perfil de los menores en conflicto con la ley. TSnova · Trabajo Social y Servicios Sociales, 2012; 6: 47-60](#)

La media de las Medidas ejecutadas previstas en el Artículo 7 de la LORPM a lo largo del periodo 2015-2022 es de 31.773 con un valor mínimo de 26.608 en el año 2017 y máximo de 35.533 en el año 2015.

Los internamientos representan el 12%, las medidas ejecutadas, siendo la Libertad vigilada la Medida que se ha acordado con más frecuencia (47%); la Realización tareas socioeducativas 13,2%; las Prestaciones a la comunidad el 10,7%; el Tratamiento Ambulatorio 4,96%, el Internamiento Terapéutico 2,29, y el resto de medidas el 8,2%. (Cuadro 2).

Cuadro 2. Medidas Ejecutadas previstas en el Artículo. 7 (LRPM) (2015 – 2022)

Ejecutadas	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Media
Internamiento	4.508	4.196	4.182	4.206	4.230	3.764	3.251	3.465	3.975
- Régimen cerrado	631	512	573	471	599	576	502	549	552
- Reg. Semiabierto	3.575	3.380	3.002	3.483	3.310	2.974	2.561	2.724	3.126
- Régimen abierto	302	304	172	252	321	214	188	192	243
Libertad vigilada	15.687	14.753	12.174	15.638	15.812	14.976	15.380	15.648	15.408
Prestaciones a la comunidad	5.070	4.238	3.833	4.170	3.839	2.577	1.790	2.348	3.512
Realización tareas socioeducativas	3.983	3.841	3.279	4.239	4.226	3.881	5.222	5.327	4.333
Trat. ambulatorio	1.897	1.678	1.580	1.582	1.649	1.449	1.482	1.690	1.626
Inter. Terapéutico	964	1.009	920	1.085	1.086	961	755	1.017	975
Resto de medidas	3.424	2.836	2.367	2.403	2.658	2.219	2.684	2.787	2.672
- Centro de día	280	213	254	279	247	211	312	293	261
- Fin de semana	1.369	821	472	459	467	297	359	284	566
- Prohibido aprox. con la víctima	659	584	444	535	770	716	996	1.200	738
- Convivencia otra persona, familia,...	922	997	960	893	1.048	806	734	713	884
- Amonestación	118	184	210	209	108	173	258	261	190
- Privación permiso conducir	75	36	27	27	18	16	25	35	32
- Inhabilitación	1	0	0	1	0	0	0	1	0,3
TOTAL	35.533	32.551	26.608	33.323	33.500	29.827	30.564	32.282	31.773

Un aspecto importante a considerar son los motivos por los que se ha emprendido la intervención de la justicia juvenil que podemos considerar según los datos de la fiscalía General de Estado ⁷³(Cuadro 3).

⁷³ Fiscalía General del Estado. Disponible en: [Observatorio de la Infancia. Boletines de datos estadísticos de medidas impuestas a menores infractores en conflicto con la ley](#). Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Disponible en: Nieto C. Perfil de los menores en conflicto con la ley. TSnova · Trabajo Social y Servicios Sociales, 2012; 6: 47-60

Cuadro 3. Comparativa a nivel nacional de la jurisdicción de menores totales 2017 – 2022

Delitos	2017	2018	2019	2020	2021	2022
• En general						
Homicidio y/o asesinato doloso	50	52	67	83	88	101
Lesiones	11.814	11.782	9.598	12.573	11.857	11.628
Agresión sexual	451	648	544	564	668	974
Abuso sexual	935	1.185	1.117	1.370	1.957	1.973
Robos con fuerza	4.451	4.051	3.186	3.739	2.812	2.577
Robos con violencia o intimidación	4.120	3.945	3.893	4.442	3.764	3.997
Hurtos	9.954	9.011	6.105	9.451	6.561	7.783
Daños	3.312	3.293	2.714	3.364	3.361	2.962
Contra la salud pública	744	796	722	894	890	920
Conducción etflica/drogas	44	78	72	51	71	122
Conducción temeraria	140	261	113	107	120	159
Conducción sin permiso	1.650	1.650	1.681	1.820	1.923	1.888
Violencia doméstica	4.665	4.871	4.699	5.055	4.740	4.332
Violencia de género	684	944	647	788	793	727
Otros	11.796	11.424	11.089	12.477	11.876	12.166
• Contra el Orden Público						
Atentados y delitos de resistencia y desobediencia grave	2.574	1.039	1.494	1.174	1.658	1.490
Otros delitos contra el orden público	188	830	234	419	376	380
• Leves						
Patrimonio	4.784	5.086	2.957	4.791	4.796	4.513
Personas	5.431	4.974	3.929	5.422	6.114	6.191
Otras	896	685	310	655	581	799

Características socio sanitaria de los niños /as atendidos por justicia juvenil

La salud de los niños atendidos en reinserción social está condicionada por los mismos determinantes de salud de la población general, en alguna medida semejante en algunos aspectos de los niños atendidos por el sistema de protección a la infancia y, también algunos problemas y necesidades específicas, fundamentalmente relacionados con salud mental, adiciones y Actividad sexual temprana y conductas sexuales de riesgo ⁷⁴.

Los menores de edad con problemas de salud mental asociados además en muchas ocasiones al consumo de sustancias tóxicas, lo que incrementa la probabilidad de cometer un hecho delictivo, ⁷⁵ en muchos casos se observa una falta de diagnósticos a pesar de la naturaleza de las medidas impuestas

⁷⁴ Oliván G. Estado de salud de jóvenes varones delincuentes. Aten Primaria 2002; 29 (7): 421-424

⁷⁵ Caro Figueroa P, Carreño L, Fundación Ideo Consumo de sustancias psicoactivas en menores/jóvenes infractores. IPSE-ds 2012; 5:31-36

(tratamiento ambulatorio, centros de día, ingresos terapéuticos, etc.) ⁷⁶⁷⁷.

La droga y la conducta delictiva y/o antisocial aparecen frecuentemente asociados, siendo una práctica habitual entre los menores infractores el consumo de distintos tipos de sustancias por lo que los programas de prevención en su atención son muy importantes ⁷⁸. La mayoría de los menores infractores consumen algún tipo de sustancia que van a presentar baja tolerancia a la frustración, disminución del autocontrol y de control (Locus de control) ⁷⁹.

Atención sanitaria de los niños/as atendidos por justicia juvenil

En cuanto al ámbito sanitario dentro del sistema de justicia juvenil, la LORPM estipula que la entidad pública de reforma ha de prestar a los menores una asistencia sanitaria integral y multidisciplinar, orientada tanto a la prevención como a la curación y a la rehabilitación. Entre otras cuestiones ha de incluir: control alimenticio, control higiénico y educación preventiva con respecto al consumo de sustancias tóxicas y sexualidad. Además, en el Artículo 38: "Asistencia Sanitaria" de su Reglamento, especifica que dicha asistencia sanitaria ha de ser gratuita, que se incluirán la realización de pruebas analíticas para la detección de enfermedades infectocontagiosas, y que se facilitará a la menor información sobre su estado de salud de forma adecuada a su comprensión.

Esta asistencia sanitaria puede ser prestada por servicios contratados del propio centro y/o de la red pública.

Se constata la importancia de disponer de recursos suficientes para satisfacer las necesidades en salud mental de esta población⁸⁰.

Promoción de la salud

La finalidad última de ingresar a un menor delincuente en un centro de reforma es su reeducación, rehabilitación y reinserción social. Por ello, durante el período de tiempo que dure el internamiento, además de cuidar de su salud física y mental,

⁷⁶ Ocáriz E, Arruabarrena E, Eizaguirre S. La salud mental en personas infractoras menores de edad. *International e-Journal of Criminal Sciences*. ⁷⁷; 16:1-28. Disponible en: [Oliván G. Estado de salud de jóvenes varones delincuentes. Aten Primaria 2002; 29 \(7\): 421-424](#)

⁷⁸ Nieves Y, Molina C, Rivero V. (2014). Desarrollo de programas de prevención en centros de internamiento de menores. Fundación Atenea. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: [Caro Figueroa P, Carreño L, Fundación Ideo Consumo de sustancias psicoactivas en menores/jóvenes infractores. IPSE-ds 2012; 5:31-36](#)

⁷⁹ Contreras L, Molina V, Cano MC. Consumo de drogas en adolescentes con conductas infractoras: análisis de variables psicosociales implicadas. *ADICCIONES*, 2012; 24 (1): 31-33. Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/115/111>

⁸⁰ Carbonell A, Navarro JJ. (2021). Atención a la salud mental en adolescentes en conflicto con la ley: Una revisión comparativa de Brasil y España. *Oñati socio-legal series*, 11(6), 1413-1435. [Contreras L, Molina V, Cano MC. Consumo de drogas en adolescentes con conductas infractoras: análisis de variables psicosociales implicadas. ADICCIONES, 2012; 24 \(1\): 31-33. Disponible en: https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/115/111](#)

se deben ofrecer unos servicios de educación para la salud que puedan modificar su estilo de vida y comportamientos de riesgo ^{81,82}.

La promoción de la salud se considera una prioridad en la reinserción social del menor infractor que consistirá en ⁸³:

- Identificar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud.
- Favorecer y facilitar la información, el cambio de actitudes y las habilidades necesarias para que el individuo pueda elegir libremente con respecto a su salud.
- Promocionar hábitos saludables.

La educación para la salud debe considerar los factores y comportamientos de riesgo de esta población, especialmente los relacionados con la sexualidad y el consumo de sustancias, desde las convicciones y actitudes que dificultan la prevención ⁸⁴:

⁸¹ Olivan G. Adolescentes delincuentes: problemas de salud y recomendaciones sanitarias para centros de reforma juvenil. *Anales de Pediatría*, 2002; 57(4):345-353

⁸³ Paredes JJ. (2000). Promoción de la salud en el ámbito penitenciario. En Colomer C, Álvarez-Dardet C. Promoción de la salud y cambio social. Elsevier Masson. Págs. 173-189

⁸⁴ Burgel S; Ribas B. (2004). Educación para la salud y menores infractores. Análisis de actitudes y programas de prevención. En Libro de Actas del IV Congreso estatal del/a educador/a social. Asociación Estatal de Educación Social. Págs. 497-507. Disponible en: [Olivan G. Adolescentes delincuentes: problemas de salud y recomendaciones sanitarias para centros de reforma juvenil. Anales de Pediatría, 2002; 57\(4\):345-353](#)

EN RELACIÓN A LA SEXUALIDAD	
Factores y comportamientos de riesgo	Convicciones y actitudes que dificultan la prevención
<ul style="list-style-type: none"> - Haber ejercido la prostitución - Sexualidad precoz (antes de los 14 años) - Frecuentes cambios de pareja - No utilizar preservativos - No utilizar métodos anticonceptivos - Utilizar métodos anticonceptivos poco eficaces (<i>"la marcha atrás"</i>) - Mantener relaciones sexuales bajo los efectos de las drogas - Haber mantenido relaciones sexuales con prostitutas 	<ul style="list-style-type: none"> - Desear la paternidad: ser madre/padre - Usar el preservativo es signo de desconfianza: no son necesarios si se confía en la pareja - Asociar preservativos a la falta de placer y de erotismo: los preservativos restan sensibilidad, y <i>"corta el rollo"</i> eso de tener que ponérselo. - Mitos asociados al género: los hombres nunca quieren ponerse preservativo y es innecesario proponérselo (las chicas); los que se ponen preservativo son unos <i>"calzonazos"</i>, no saben imponerse (los chicos) - Asociar la enfermedad a determinados colectivos: la hepatitis o el VIH lo transmiten los <i>"yonkis"</i>, es casi imposible contagiarse en una relación sexual - Exaltar la relación amorosa: si realmente le quieres estás dispuesto a compartirlo todo, hasta una posible enfermedad, y no es necesario utilizar preservativo - Guiarse por el aspecto saludable del otro: si alguien tiene hepatitis o VIH se le nota enseguida si parece enfermo - Minimizar el riesgo: por compartir el cepillo de dientes o la máquina de afeitar con mi pareja o un amigo no pasa nada
EN RELACIÓN AL CONSUMO DE DROGAS	
<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de drogas a edades cada vez más tempranas - Incremento del consumo de heroína - Consumo de cocaína esnifada - Compartir la misma jeringuilla - Compartir el mismo <i>"canutillo"</i> para esnifar cocaína - Afición a los tatuajes y piercings realizados por <i>"colegas"</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Estrategias de prevención inefectivas: se elimina el riesgo limpiando la jeringuilla con agua y jabón - Desconocer la vía de contagio: la hepatitis se contrae por inyectarse droga, aun con agujas nuevas. - Minimizar el riesgo y su percepción como algo externo, independiente de nuestra conducta: es muy difícil contraer la hepatitis, es cuestión de mala suerte. - Guiarse por el aspecto saludable del otro o de uno mismo: si una persona parece sana no puede contagiarme hepatitis o VIH; Tengo buen aspecto, no estoy amarillo ni me duele nada, luego no tengo nada. - Minimizar las consecuencias de enfermedades: la hepatitis se cura con un tratamiento efectivo siempre

·Niños/as menores de 14 años

Como es generalmente bien sabido los niños/as menores de 14 años son inimputables.

Los niños/as y adolescentes que han cometido presuntamente algún acto ilícito antes de los 14 años, dada su condición de inimputable derivada de su edad conforme a lo previsto en la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, de Responsabilidad Penal de los Menores, no resultan susceptibles de la incoación de un expediente de reforma ni tampoco de la apertura de un expediente de protección, al no existir indicadores de desamparo que justifiquen la adopción de una medida de tal naturaleza.

Los menores involucrados en acciones en las que se ha ejercido violencia u otro acto ilícito que supone un conflicto familiar o social importante requieren una especial atención.

La propia ley establece que con aquellos menores de 14 años que cometen actos considerados delitos o faltas en el vigente Código Penal, se deben llevar a cabo intervenciones educativas desde los servicios de protección de las entidades públicas competentes de las Comunidades Autónomas, entre ellas en la Comunidad de Madrid existe el “Servicio Especializado de Intervención con menores de 14 años en conflicto con la Ley”¹²².

119 <https://www.comunidad.madrid/servicios/servicios-sociales/servicio-especializado-intervencion-menores-14anos-conflicto-ley>

ANEXO IX. NIÑOS MEJORES DE 3 AÑOS EN CENTROS PENITENCIARIOS

En España la permanencia de los niños menores de 3 años en el interior de los centros penitenciarios, es la consecuencia de la normativa legal que permite que las mujeres que han de hacer frente a una responsabilidad penal puedan mantener en su compañía a sus hijos de corta edad. Así lo establece el artículo 38 de la Ley Orgánica General Penitenciaria de 1995 ⁸⁵.

Es por ello por lo que existen distintas instalaciones penitenciarias destinadas a la convivencia de los niños y niñas con sus madres durante este periodo, como las unidades de madres o el módulo familiar. En todos ellos se favorece la convivencia de los menores, aunque la dinámica es distinta ⁸⁶:

- **Unidades Dependientes.** Estructuras aisladas de los centros penitenciarios que constituyen una vivienda, pero siguen dependiendo de la propia prisión. El requisito fundamental para poder formar parte de estas unidades es que la madre se encuentre en régimen de semi-libertad, es decir, en tercer grado.
- **Unidades de Madres.** Módulos que se encuentran en el interior de la prisión, pero separados del resto de módulos.
- **Módulos Familiares.** Módulos donde se comparte la crianza del niño o niña entre la pareja, cuando se encuentran los/las dos en prisión con el fin de evitar la desestructuración familiar. Será necesario que constituyan un matrimonio o pareja de hecho, que ambos/as hayan sido condenados/as por un delito que no sea de naturaleza sexual.
- **Unidades Externas.** Creadas con la finalidad de favorecer la autonomía penitenciaria y una convivencia que posibilita una mejor relación entre madre e hijo/a.
- **Escuelas infantiles.** Se enfocan en educar a los niños y niñas que viven en establecimientos penitenciarios contando con clases de psicomotricidad, comedor y jardines destinados al ocio al aire libre.

Excepcionalmente, se puede permitir la permanencia con sus madres hasta los 6 años de edad de los niños y niñas que, una vez cumplidos los 3 años de edad, se estime que su permanencia en la misma es mejor alternativa para su desarrollo

⁸⁵ Ley Orgánica General Penitenciaria. <https://www.boe.es/boe/dias/1995/12/19/pdfs/A36231-36232.pdf>

⁸⁶ <https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-ypublicaciones/publicaciones-descargables/instituciones-penitenciarias/Unidades-externas-de-madres-NIPO126-10-113-9.pdf>

que la separación de la madre. Aquellas mujeres destinadas en la Unidad con algún hijo menor de tres años, podrá solicitar el ingreso de algún otro hijo que no supere los 6 años, en condiciones similares a las mencionadas.

La maternidad, en muchos casos, supone un elemento motivador del cambio, y presupone un momento adecuado para trabajar con éxito políticas de reinserción y el permanecer juntos madre e hijos favorece algunos aspectos como es el caso de la lactancia materna y el desarrollo del vínculo y el apego ⁸⁷.

Atención sanitaria

En la mayor medida posible, los niños pueden acceder a los servicios necesarios como centro sanitario, ambulatorio u hospital comarcal; escuelas infantiles y colegios públicos; zonas de recreo, etc.

En España se calcula que existen más de 70 niños entre 0 y 3 años que viven en la cárcel. A esto se suma la experiencia de muchas madres presas que han de sobrellevar el embarazo en un centro penitenciario ¹²⁶.

En la actualidad, la sanidad penitenciaria es gestionada por el Ministerio de Interior, por medio de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, y convive de manera paralela a los sistemas de salud autonómicos.

Al margen de esto, la problemática que encuentra la asistencia sanitaria en las cárceles coincide con la que afecta al país fuera de los muros: faltan profesionales. En este contexto, es materialmente imposible que los pequeños que comparten estancia con sus madres dispongan en el centro de un pediatra, si bien existen médicos que velan por ellos ⁸⁸.

Ante la necesidad de una atención más especializada y cuando “el médico decide que el pequeño ha de ir al hospital”, se procede a un traslado “acompañado por la madre”.

Se dan algunos casos en los que la mujer encarcelada está embarazada y los pequeños “nacen mientras la madre está en prisión”, ya que es oportunamente

⁸⁷ Lactancia materna entre rejas: experiencias de las madres encarceladas en el sistema penitenciario español. Salud Colectiva. 2024;20:e4665. <https://doi.org/10.18294/sc.2024.4665> Disponible en: <https://saludmentalperinatal.es/wp-content/uploads/2024/04/ID-4665.pdf> 126 https://www.consalud.es/profesionales/sesp-ninos-bebes-prisiones-asistencia-sanitaria-dedicada-exhaustiva_140974_102.html

⁸⁸ Senado: Consulta pediátrica en Centros Penitenciarios. (2017). Disponible en: <https://www.senado.es/web/expedientdocblobobservlet?legis=12&id=60536>

“trasladada a un hospital de referencia para llevar a cabo todos los estudios y revisiones pertinentes”, siendo allí -bajo custodia- donde posteriormente dan a luz.

Más allá de percibir alguna repercusión negativa para la salud derivada de las circunstancias propias de su madre no se aprecia ninguna diferencia con respecto a los niños de la población general y se dispone de un programa “Niño Sano” que una enfermera siempre a cargo del programa se hace cargo del seguimiento de su desarrollo y realizar todos los controles necesarios -peso, talla, vacunas, etc. Sus patologías coinciden con las “propias cualquier neonato o paciente de su edad”.

En colaboración con:



Dirección General de Infancia, Familias y Natalidad
CONSEJERÍA DE POLÍTICAS SOCIALES, FAMILIAS, IGUALDAD Y NATALIDAD



Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD
Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD



políticas sociales, familia e igualdad | MADRID
Dirección General de Familia e Infancia



irio
adria



COMITÉ CIENTÍFICO SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LOS DERECHOS DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA



Ilustre Colegio
Oficial de Médicos
de Madrid



COLABORA:

AstraZeneca 