



PROTOCOLO DE COLABORACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA Y LOS SERVICIOS SANITARIOS, EN PARTICULAR LOS DE SALUD MENTAL PARA MENORES EN ACOGIMIENTO RESIDENCIAL

ESQUEMA:

1-MARCO LEGAL

2-ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL Y PROPUESTAS DE MEJORA

3-BORRADOR DE PROTOCOLO

1-MARCO LEGAL

La Ley 3/2005 de 18 de febrero de atención y protección a la infancia y la adolescencia en su artículo 7 establece la obligación de colaborar y coordinar las actuaciones de las distintas instituciones públicas con el fin de garantizar una atención organizada e integral, persiguiendo con ello una mayor eficacia en las intervenciones y una óptima utilización de los recursos.

El capítulo II de esta ley desarrolla el derecho a la salud y a la atención sanitaria, estableciendo en el **Artículo 18.** el derecho a la promoción y la protección de la salud; en el **Artículo 19.** el acceso a los servicios de salud; en el **Artículo 20.** los principios de actuación administrativa en el ámbito de la sanidad; en el **Artículo 21.** la necesaria colaboración interinstitucional. y en el **Artículo 80.** los derechos y obligaciones de los residentes, refiriéndose de esta manera a menores en acogimiento residencial en su apartado f, del punto 3:

“Los niños, niñas y adolescentes, en su calidad de residentes de un centro de acogimiento, tienen las siguientes obligaciones:

.....

f. Someterse, de conformidad con lo establecido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica, a los reconocimientos y pruebas médicas que sean precisos en garantía del derecho a la salud de la propia persona menor de edad y de las demás personas que viven o trabajan en el centro.”

La obligación de coordinación y colaboración interinstitucional citada anteriormente, se reitera nuevamente en el art.10 del Decreto 131/2008, de 8 de julio, regulador de los recursos de acogimiento residencial para la infancia y la adolescencia en situación de desprotección social.

En este decreto se establece la necesidad de realizar una coordinación efectiva en relación a la atención de niños, niñas y adolescentes en

acogimiento residencial, a través de la elaboración de una serie de protocolos. Entre ellos se indica el protocolo de colaboración y coordinación entre los servicios especializados de protección a la infancia y a la adolescencia de las Diputaciones Forales y los servicios sanitarios, en particular los servicios de salud mental, para la atención de niños, niñas y adolescentes acogidos que presenten enfermedades y/o trastornos mentales, al objeto de definir las pautas de ingreso y estancia en centros sanitarios en situaciones de crisis y en periodos inmediatamente posteriores a las situaciones de crisis.

Así mismo, y en relación con la salud de las y los menores acogidos residencialmente el capítulo I del título II de este decreto, referido a los derechos de los niños, niñas y adolescentes, establece el Derecho a la promoción y protección de la salud indicando:

1.– Los niños, niñas y adolescentes en acogimiento residencial tendrán derecho al ejercicio efectivo de su derecho a la promoción y a la protección de su salud, en los términos contemplados en la Ley 3/2005, de 18 de febrero, de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia, en particular a:

a) Recibir información de su estado de salud y, en su caso, del tratamiento médico al que deban someterse, atendiendo a su edad, madurez y estado psicológico y afectivo.

b) Otorgar o denegar su consentimiento de conformidad con lo establecido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

2.– Lo previsto en el apartado 1 deberá entenderse sin perjuicio de que el personal facultativo pueda llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del o la paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, y siempre que así lo prescriba el o la correspondiente pediatra o médico o médica que le trate, en los siguientes casos:

a) Cuando exista riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley.

b) Cuando exista riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica de la persona enferma y no es posible conseguir su autorización.”

En el capítulo II del mismo título referido a las obligaciones de los niños, niñas y adolescentes, y en concreto en el artículo 29 se hace referencia a los reconocimientos y pruebas médicas estableciendo que:

1.– Con carácter general los niños, niñas y adolescentes deberán someterse a los reconocimientos y pruebas médicas que sean precisos en garantía del derecho a la salud de la propia persona menor de edad y de todas las personas que viven o trabajan en el centro.

2.– *En el caso de quienes accedan al programa de acogida de urgencia, al programa especializado de atención a adolescentes con problemas de conducta y al programa especializado de apoyo intensivo a adolescentes con graves problemas de conducta se tratará de verificar sistemáticamente:*

- a) si consumen drogas, en cuyo caso se valorará la conveniencia de iniciar un tratamiento de desintoxicación especializado dentro o fuera del centro;*
- b) si se tuvieran sospechas de algún riesgo de autolesión, se consultará el caso con el correspondiente Servicio de Salud Mental a efectos de que el mismo determine, en lo posible, si la persona presenta efectivamente riesgos de autolesión o suicidio.”*

Y por último, en el apartado referido a las áreas de atención residencial se encuentra el art 66 referido a la salud donde se recoge que:

1.– *Deberá promoverse la salud física y psíquica de los niños, niñas y adolescentes acogidos previniendo las enfermedades, promoviendo pautas de vida saludables y facilitando el acceso a los servicios de salud, mediante los cauces de coordinación que se estimen más oportunos y siguiendo las indicaciones que los mismos establezcan, en su caso, en relación con el tratamiento a seguir.*

2.– *Al efecto, será necesario que en el recurso de acogimiento residencial se cumplan las siguientes condiciones:*

- a) mantener las instalaciones en condiciones de salubridad;*
- b) adecuar las pautas de la vida residencial a las propias de una vida saludable;*
- c) estimular y facilitar el ejercicio físico;*
- d) formar a las y los residentes en educación para la salud, educación sexual, y prevención de toxicomanías y enfermedades y contar al efecto con folletos informativos;*
- e) llevar a cabo los controles médicos periódicos recomendados por los servicios de salud;*
- f) en su caso, derivar a los servicios de salud, incluidos los servicios de salud mental infanto-juvenil;*
- g) disponer de un botiquín debidamente equipado fuera del alcance de los niños, niñas y adolescentes;*
- h) disponer de un manual de primeros auxilios y los teléfonos y direcciones de los servicios médicos de urgencia, en un lugar específicamente destinado al efecto y de fácil consulta y acceso;*

i) procurar que el niño, niña o adolescente siga siendo atendido por su médico pediatra, si fuera posible;

j) mantener actualizados los datos conocidos referidos a la historia médico-sanitaria del niño, niña o adolescente, con indicación de las enfermedades padecidas, el calendario y el seguimiento de las vacunas y los resultados y recomendaciones de los reconocimientos médicos;

k) incluir en el plan de intervención individualizada o plan educativo individualizado un área de seguimiento médico;

l) si la situación legal lo permitiera y no se estimara contrario al interés superior del niño, niña o adolescente, tratar de implicar al padre y a la madre en el seguimiento médico.”

2-ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

2-1-IDENTIFICACIÓN DE LA SITUACIÓN:

Se trata de la necesidad de ofrecer una atención integral y/o especializada a menores en situación de desprotección social, cuya guarda es ejercida mediante acogimiento residencial, con **una necesidad de atención sanitaria y en particular aquellos que requieran una atención en el campo de la Salud Mental.**

La situación **NO ES UNIFORME EN LOS TRES TERRITORIOS HISTÓRICOS:**

En Bizkaia existe desde Marzo de 2007 un Programa de Osakidetza específico (ADINTXIKIKOAK) para dicha población, así como para menores que se encuentran en otro tipo de medidas de protección por parte del Servicio de Protección de Infancia de la DFB.

En Araba y Guipúzkoa, son atendidos en los Centros de Salud mental infanto-juveniles de la red de Salud Mental.

Una parte importante de esta población, en los tres Territorios Históricos, es atendida por Gabinetes privados, que cuentan con Psicólogos y Educadores especializados, pero en escasas ocasiones, con Psiquiatras.

2-2-SITUACIÓN GENERAL: PUNTOS DÉBILES Y PUNTOS FUERTES

PUNTOS DÉBILES:

- Desbordamiento de los CSM Infanto-juveniles, respecto al volumen de demanda y los recursos actuales existentes. Esto conlleva que, que la atención no responda a las expectativas en cuanto a plazos de espera y a la frecuencia de las consultas.

- **Gravedad y complejidad de los casos:**

Hay que tener en cuenta que estos niños, niñas y adolescentes han sufrido ya serias desvinculaciones (familiares, de origen geográfico,..) algunos habiendo sufrido ya graves daños, en épocas que comprometen y determinan la futura estabilidad y desarrollo psíquico.

Hay un alto porcentaje de **Trastornos mentales graves** entre los casos, muchos de ellos con trastornos de conducta añadidos, que han tenido ya problemas con la justicia...etc.

- Un punto crucial es la **diferente concepción** que hay entre los profesionales que derivan los casos, **de lo que supone LA ATENCIÓN CLÍNICA** de un paciente en Salud Mental.

En algunos casos nos encontramos que se entiende al profesional clínico, psiquiatra o psicólogo como un mero ejecutor de administración de farmacología o atención especializada concreta. Esta **NO** es la forma de entender la atención clínica desde las y los profesionales de la Salud mental. Este aspecto puede ocasionar problemas: interferencias, duplicación de la atención.

Así mismo requiere ser aclarada **la diferencia neta que existe entre el papel del perito y el del clínico.**

- **Falta**, en muchos casos, **de Figuras de referencia estables**: Si bien la figura del Tutor o Tutora- responsable de caso **ES** la persona de referencia para la o el menor, para todo aquello que afecte a aspectos fundamentales de su vida, de hecho por diversos motivos como cambios de Responsable al cambio del recurso residencial, o por otros motivos, nº real de menores a su cargo etc..., no resulta siempre La Figura estable que requiere una persona menor que ya ha perdido referencias parentales anteriormente.
- **Dificultades en la interlocución** con otros profesionales que intervienen con cada menor, **en ocasiones por lo numerosos que son.**
- **Falta de recursos**, de todos los órdenes, tanto en el ámbito de los recursos residenciales para menores con trastornos mentales graves, como para discapacitados, como de tiempo libre etc.
- **Falta de recursos sanitarios**, o saturación de los mismos así como falta de programas específicos.

- **Un cierto desconocimiento del funcionamiento** y características tanto de la Red de Salud Mental, como de los Servicios de Protección (y en concreto de los centros de acogimiento residencial) entre ambos.

PUNTOS FUERTES:

En los **tres Territorios históricos** existen **UTES (UNIDADES DE TRATAMIENTO EDUCATIVO-TERAPEÚTICAS)**, para menores con trastornos mentales graves, así como con graves dificultades en su escolarización.

En Bizkaia: -Programa Adintxikikoak.
-Programas específicos para menores con Trastornos mentales graves.

En Gipúzkoa: Está en proyecto un Programa específico.

Podríamos decir que desde las Instituciones implicadas (Diputaciones Forales y Osakidetza) existe una conciencia clara de que existe una necesidad de atención específica para dicha población.

Gran implicación de las y los profesionales las Redes Sociales y Sanitarias respecto a las y los menores en Acogimiento Residencial.

Clara conciencia por parte de las y los profesionales, en general de la **NECESIDAD DE INTERVENIR DE MANERA COORDINADA.**

2-3-PROPUESTAS DE MEJORA

- Establecimiento de programas de detección y evaluación de trastornos clínicos en acogimiento residencial
 - Evaluación clínica sistemática
 - Detección implicando a los educadores
 - Formación en patologías infanto-juveniles para educadores
- Programas de prevención indicada para los trastornos emocionales en acogimiento residencial”
- Formación y programas para manejar comportamientos disruptivos
- Coordinación de los Servicios de Protección a la Infancia con los Servicios de Salud mental
- Definición de programas específicos para trastornos graves
- **Determinar** por parte de cada una de las instituciones públicas implicadas, en base a su propia organización y estructura, **la persona o personas responsables** de la coordinación en cada caso concreto.
- **Coordinación con atención primaria.**

Sin duda, todos compartimos la complejidad de estos casos y la complejidad de ubicar el espacio que la psiquiatría pública debe ocupar en ellos. No podemos olvidar que en estos casos, siempre van a confluir necesidades que afectan a

espacios educativos, sociales, de salud mental, familiares, jurídicos, etc; y que la correcta interacción entre los diversos componentes va más allá de lo que normalmente entendemos como coordinación y que podría llevar a pensar que la **creación de espacios de encuentro** entre las y los profesionales implicados en los casos.

3-PROTOCOLO

OBJETO:

Atención de las personas menores de edad en situación de acogimiento residencial, atendidos por los Servicios de Infancia de las Diputación Forales, para diagnóstico, orientación y tratamiento especializado en Centros de Salud Mental de Osakidetza.

ESTABLECIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO A SEGUIR MEDIANTE LAS SIGUIENTES PAUTAS DE ACTUACIÓN PARA LA DERIVACIÓN LAS Y LOS MENORES EN ACOGIMIENTO RESIDENCIAL A LOS CENTROS DE SALUD MENTAL DE OSAKIDETZA.

PRINCIPIOS MÍNIMOS DE ACTUACIÓN EN EL PROCESO DE DERIVACIÓN Y SEGUIMIENTO

Servicio de Infancia

Con el fin de su derivación a servicios dependientes de Osakidetza los **Responsables de caso** del Servicio de Infancia, **propondrán** a las y los menores que consideren que precisan de ser atendidos en la Red de Salud Mental de Osakidetza. Realizarán su propuesta enviando un Informe a los equipos asistenciales de Osakidetza explicando los motivos para la derivar a los niños para evaluación diagnóstica, orientación o tratamiento en el CSM. Así mismo transmitirán los datos de la historia de la persona menor que consideren de interés.

Estos profesionales serán también las **personas responsables de recibir la información sanitaria** emitida por los CSM.

Centros de Salud Mental con programa Infantojuvenil:

Los **Centros de Salud Mental**, recibirán las demandas según la residencia actual del niño, niña o adolescente, basándose en la distribución geográfica establecida para infancia y adolescencia en los diferentes Territorios Históricos. Los Centros de Salud Mental realizarán una **valoración cínica del caso**, así **como una orientación y propuesta de intervención terapéutica**, en caso de considerarla necesaria, y lo **comunicarán al Coordinador-Responsable del caso**.

Modalidades de atención:

Las consultas se concertarán previamente según el sistema que se establezca.

A-Intervenciones directas:

- **Diagnóstico y Orientación.**
- **Intervenciones terapéuticas:**
 - Intervenciones Terapéuticas breves.
 - Psicoterapias individuales.
 - Psicoterapias grupales.
 - Diferentes modalidades de atención en grupo.
 - Tratamientos psicofarmacológicos.-
 - Intervenciones con familias
- **Coordinación:** Con los diferentes profesionales que intervienen con la persona menor:
 - Servicios Sociales
 - Servicios Sanitarios
 - Servicios Educativos
 - Otros.

Dada la implicación de gran cantidad de profesionales en relación a las y los menores, este protocolo pretende establecer las bases para la **realización de un trabajo en coordinación** entre los diferentes agentes implicados.

Este aspecto es comprendido como un **punto clave para su eficacia.**

- **Atención en crisis, necesidad de atención urgente:**
 - a)-En el caso en el que se presente la urgencia en el horario de atención de los CSM (entre las 8:00 H. y las 15:00 h.) el paciente podrá ser atendido en el plazo de 24 h., con un volante de valoración de “urgente” de su médico de atención primaria.

En caso de considerar que el paciente precisa de un Ingreso Psiquiátrico, el psiquiatra que le atienda en la urgencia, realizará los trámites con el Hospital correspondiente, para dicho ingreso.
 - b)-En el caso de que la situación de urgencia se de fuera del horario de los CSM, deberá de acudir al Servicio de Urgencias del Hospital que le corresponda. Si en dicho Servicio consideran que el paciente deberá ser ingresado, procederán a realizar los trámites pertinentes.
 - c)- En caso de no poder llevar al paciente a ningún Servicio de Urgencias, porque la situación del paciente no lo permite, se recurrirá al 112, quienes realizarán los trámites que consideren oportuno.

B-Intervenciones con personal de atención directa en unidades de convivencia:

- -Asesoramiento técnico clínico y especializado al personal de atención directa.
- -Programas de intervención conjunta, junto con el personal de atención directa.

- Las reuniones de trabajo y coordinación se establecerán teniendo en cuenta la mayor coincidencia en los horarios.

DOCUMENTACION Y COMUNICACIÓN:

De acuerdo con el procedimiento y regulación de la actividad del sistema sanitario a cada caso se le asignará un registro e Hra. Clínica, y se emitirá un **Informe de Alta** cuando finalice el episodio de tratamiento que se hará llegar al Responsable del Caso.

Los Centros de Salud Mental designarán al profesional de referencia como **Responsable Clínico del caso**.

Coordinación:

No está demás recordar que el intercambio de documentos de derivación y de retorno de información no sustituye a la interlocución personal entre los agentes sanitarios y de Acción Social, si no que precisamente es mejorarla lo que pretende.

Por ello, junto con los documentos de referencia, el protocolo quiere establecer la necesidad de reuniones periódicas para su transmisión y análisis de los casos para llegar a los acuerdos oportunos en la valoración del caso y de la intervención propuesta, así como en el seguimiento del mismo.

Cada Centro de Salud Mental y cada equipo del Servicio de Infancia del Departamento de Acción Social decidirán la frecuencia de la relación, periódica y sistemática según lo también explicitado más arriba en Intervenciones.

RESPONSABILIDADES:

El personal técnico coordinador de caso del **Servicio de Infancia** es responsable de

- Realizar la derivación y presentación del caso al profesional de CSM.
- Participar en reuniones de seguimiento de casos que se establezcan entre el Hogar y el personal de los Centros de Salud Mental
- Garantizar la confidencialidad de las informaciones sobre las personas según la normativa legal sobre protección de datos.
- Seguir las recomendaciones derivadas del diagnóstico o tratamiento de las personas menores de edad.

Los y las profesionales de los **Centros de Salud Mental** son responsables de:

- Analizar la propuesta de derivación transmitida por el personal técnico coordinador de caso.
- Responder con la valoración clínica, la orientación y/o la propuesta de intervención terapéutica.
- Garantizar la confidencialidad de las informaciones sobre las personas según la normativa legal sobre protección de datos.
- Asegurar la colaboración activa en el seguimiento de los casos de intervención conjunta
- Mostrar disponibilidad para el seguimiento ante solicitudes que realice el Servicio de Infancia del Departamento de Acción Social.
- La realización de los Informes escritos que se consideren oportunos.