



La separació infant-família i la proposta de mesura com a recurs de protecció infantil en l'Acolliment d'Urgència i Diagnòstic: qüestions ètiques.

Jordi Ripoll i Tutó



Aquesta obra està subjecta a una llicència de
[Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 3.0 No adaptada de Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/)

Fundació Campus Arnau d'Escala

Novembre 2012

Il·lustració de la portada:
Giuseppe Cades (1750 – 1799).
Judgement of Solomon. Fragment.
Royal Academy of Arts,
London

Giuseppe Cades [Public domain], via Wikimedia Common
http://commons.wikimedia.org/wiki/File%3AGiuseppe_Cades_Judgment_of_Solomon.jpg



*Als infants acollits, molts del quals no sabran mai
que, quan més falta els feia,
uns altres braços els van sostenir.*

INDEX

JUSTIFICACIÓ	9
1. INTRODUCCIÓ	15
Ètica, quina ètica?	15
Objectius Principals i Secundaris	18
Hipòtesis	19
PRIMERA PART	
2. ENFOCAMENT METODOLÒGIC	23
2.1 Instruments	25
Qüestionaris, Entrevistes	25
2.2 Anàlisi Bibliogràfica	29
2.3 Estudi FEDAIA 2010 – 2011	30
2.4 Tipus d'anàlisi	31
3. L'ESTAT DE LA QÜESTIÓ	33
3.1 La protecció dels infants a Catalunya.	33
3.2 Les mesures de protecció	40
3.3 L'Acolliment Familiar.	42
3.4 L'Acolliment familiar d'Urgència i Diagnòstic	47
1 A mode de definició	47
2 Regulació i normativa	49
3 Origen i evolució	51
4 Procediments	54
4.1 Detecció	55
4.2 Recerca de família i proposta	56
4.3 Formalització de l'acolliment	57
4.4 Seguiment de l'acolliment	58
4.5 Finalització	59
4.6 Període de descans	60
5 Diferents nomenclatures a les CCAA	60
6 Les dades a Catalunya	63
3.5 Algunes qüestions ètiques en infància	66

1 El Dret a la vida privada i familiar.	67
a) La separació	68
b) La reunificació	68
c) El desencontre entre la teoria legal i la pràctica	72
2 El Paternalisme	73
La decisió per substitució	76
3 Els Quatre Principis	79
4 Ètica de la discussió o ètica de la convicció?	81

SEGONA PART

4. ANÀLISI DE RESULTATS	83
4.1 L'acolliment d'Urgència i Diagnòstic, una opció avantatjosa	84
4.2 Qüestions problemàtiques i disfuncions	86
4.3. La durada de l'Acolliment d'Urgència i Diagnòstic. Causes	88
1 La demora en els estudis	91
1.1 La complexitat de les situacions familiars d'origen	93
1.2 La poca uniformitat de criteris	95
1.3 La divergència entre els àmbits tècnics i jurídics	97
1.4 La sobrecàrrega dels equips d'estudi	99
1.5 Els tràmits administratius i burocràtics	100
1.6 La poca diligència amb què es tracta l'acolliment	101
2 Les dificultats especials dels infants	102
3 La dificultat de disposar de recurs familiar posterior	102
4 Què contribuiria a reduir la durada dels acolliments	103
4.4 La incertesa de les mesures posteriors	105
1 El Retorn a la Família d'Origen	107
2 L'Acolliment en Família Extensa	109
3 L'Acolliment en Família Aliena	112
4 L'Acolliment Preadoptiu	115
5 L'Acolliment Residencial	117
4.5 Les Famílies Acollidores. Dificultats i Conflictes interns	118
1 Les dificultats	118
1.1 La durada excessiva de l'acolliment	119
1.2 Les dificultats de separar-se de l'infant	118
1.3 La incertesa de poder mantenir contactes posteriors	120
1.4 La situació sanitària	121
1.5 La poca informació inicial	121
2 Els conflictes interns. Relacionats...	121
2.1....amb la proposta de mesura	122
2.2...amb la manca de recurs posterior a l'acolliment	124
2.3...amb les ingerències de la família d'origen	126

2.4....amb la constatació d'una possible injustícia en la retirada de l'infant	127
2.5...amb les visites de l'infant amb la família d'origen	127
4.4 Qüestions ètiques identificades	128
1. La separació infant-família	132
2. La proposta d'acolliment a la família acollidora	135
3. La tardança en els estudis	137
4. La proposta de mesura	142
5. La separació i el comiat	150
6. La continuïtat de la relació	156
CONCLUSIONS	161
Agraïments	167
INDEX DE TAULES I GRÀFICS	168
BIBLIOGRAFIA	169
ANNEXOS	175

JUSTIFICACIÓ

Lo político -pertenezca éste a lo moral o a lo jurídico-
nunca puede mantenerse tranquilo, siempre está cuestionado por lo ético.

JC Mèlich, *Poética de lo íntimo. Ars Brevis*, 2010.

El 27 de maig de 2010 el Parlament de Catalunya aprovava la Llei dels Drets i de les Oportunitats de la Infància i de l'Adolescència, LDOIA, coneguda com a L14/2010. Aquest text normatiu venia a substituir les diverses i disperses lleis anteriors en matèria d'Infància. Una de les seves aportacions consisteix en l'establiment de terminis en els processos administratius i judicials de proposta i constitució de mesures de protecció -impugnació, oposició,...-. A diferència de la normativa anterior, la L37/1991 i el Decret 27/1997, per primera vegada la legislació acotava els terminis en benefici de l'interès superior de l'infant, establint les demores com a un clar perjudici:

"Amb la voluntat, a més, de no perllongar les situacions d'incertesa amb oposicions injustificades i sovint extemporànies dels progenitors o dels familiars –que s'acaben convertint en un perjudici irreparable per a l'infant o l'adolescent, que veu, completament indefens, com la seva infància i adolescència s'escola irremediablement als centres d'internament–, la nova regulació limita el termini per a oposar-se judicialment..."

(Llei 14/2010, Preàmbul).

Aquest plantejament normatiu ve, doncs, a millorar la praxi en matèria de protecció infantil, garantint l'agilitat dels procediments i el respecte a les característiques i necessitats dels infants, fet especialment rellevant pel que fa als processos de vinculació en les etapes primerenques. Però la praxi ha posat de manifest que no tan sols no s'ha millorat aquest aspecte, sinó que reapareix, fins i tot amb més intensitat, un problema llargament arrossegat en el nostre sistema de protecció: en la petita infància, el procediment d'estudi, valoració, proposta de mesura i constitució, un cop s'ha produït la separació infant-família per motius de desemparament, supera molt significativament els *tempos* marcats, tant, ara, per la nova legislació com per totes les recomanacions de l'àmbit del coneixement científic¹.

¹ Bowlby J (1950) (1995). *Maternal Care and Mental Health*, 2^a ed., Northvale, NJ; London: Jason Aronson. [Geneva, World Health Organization, Monograph series no. 3]. Barg B., G. (2011) *Bases neurobiológicas del apego. Revisión Temática*. Cienc. Psicológicas, v. 5 n. 1. Montevideo.

Efectivament, la nova legislació catalana recull el que ja era reconegut -que no acomplert- com a termini per als estudis de les situacions sociofamiliars dels infants en qüestió, i que responia i respon a un període que permet la transició en la figura de referència adulta sense greu afectació per als infants: abans dels sis o els set mesos, el nadó està en la fase de l'aferrament indiscriminat (Reed Shaffer, 2007), i no estableix massa distinció entre els seus cuidadors, sempre que es respectin unes mínimes condicions². Cal dir que, lògicament, hi ha una ampla coincidència entre diferents administracions pel que fa a aquest termini. A tall d'exemple, l'Ajuntament de Madrid estableix, en el seu *Manual de Intervención de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid para la protección de Menores*³ que els estudis de les situacions de *desprotecció moderada i greu* serà de 9 setmanes, i que es pot allargar ocasionalment fins als sis mesos. També la proposta de l'Avantprojecte de Llei de Modificació de la Legislació de Protecció a la Infància, a l'estat espanyol, fa referència als sis mesos com a la durada màxima dels *acogimientos breves*, i estableix que es faci un seguiment especial als tres mesos en infants menors de tres anys. La Comunitat de Cantàbria estableix també una durada màxima de sis mesos per als acolliments d'urgència i diagnòstic, tot i que recomana, al seu *Manual de Procedimientos y Criterios de Actuación de los Programas de Acogimiento Familiar*⁴, que la durada sigui de tres mesos. L'ASEAF -Asociación Estatal de Acogimiento Familiar- recull, en relació amb la modalitat d'urgència - diagnòstic, que la durada del procés diagnòstic *debe ser entre 3 y 6 meses*⁵.

Tanmateix, la coincidència en els terminis no comporta, lamentablement, que aquesta temporalitat sigui majoritàriament respectada. Resultat: la *teoria* legal i administrativa proposa millorar la praxi, però la praxi desmenteix la teoria.

Aquesta situació, coneguda àmpliament pels professionals de l'àmbit -i per les famílies acollidores de la modalitat d'urgència i diagnòstic-, va ser reconeguda pel Síndic de

2 No és fins a partir dels 7-9 mesos que el nadó entra en la fase dels *aferraments específics*. (Reed Shaffer, op cit)

3 Ayuntamiento de Madrid. Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales, Decisión Gral. de Familia, Infancia y Voluntariado. Gener 2008

4 Gobierno de Cantabria. Consejería de Empleo y Bienestar Social. (2011) Manual de Procedimientos y Criterios de Actuación de los Programas de Acogimiento Familiar.

5 ASEAF. <http://aseaf.org/qu%C3%A9-es-el-acogimiento-familiar/tipos-de-acogimiento-familiar/>

Greuges de Catalunya, en l'Informe Sobre els Drets de l'Infant, de juliol de 2011, en què reflecteix que “ *es detecten intervals excessius entre la formulació d'una proposta de desemparament i l'assignació definitiva de recurs*” (pàg. 40), i una possible “*vulneració dels drets reconeguts en la Llei 14/2010, (...) en els articles 106 i 111*⁶. (...) La principal disfunció assenyalada és l'allargament del període establert per a aquest tipus d'acolliment...”, (pàg. 54). El Síndic suggereix “...al departament de Benestar Social i Família que estableixi un protocol entre DGAIA i l'ICAA que asseguri les bones pràctiques en els processos...” (pàg. 55)

A aquesta demora en els estudis-diagnòstics de les situacions d'urgència en nadons, s'afegeix encara un altre problema: la dificultat tècnico-jurídica per a proposar i constituir mesures *realment* coherents amb l'interès de cada infant, fet que deixa alguns dels nens afectats en situacions de permanent incertesa. Paradoxalment, sembla notar-se un increment d'aquestes situacions a partir de la nova legislació.

Així doncs , d'entrada, tenim al davant dos problemes: **1) la demora en els estudis**, i **2) la incertesa de les mesures posteriors**. Ara bé, aquestes qüestions són “problemàtiques” a partir de les tesis que sostenen la seva perjudicialitat vers el desenvolupament dels infants i les repercussions negatives que tenen fins i tot en la seva vida adulta. Cal dir, però, que no sembla haver-hi constància de suficients estudis longitudinals sobre l'acolliment d'urgència i diagnòstic que avalin aquest extrem, i per tant, com en tants altres àmbits de la protecció a la infància, el treball és “quasi a cegues”, i es fonamenta en les aportacions fetes des de l'àmbit clínic i en la constatació empírica dels professionals que estan en contacte amb aquests infants, en alguns casos -pocs- fins a l'assoliment de l'edat adulta.

A aquestes dues qüestions s'afegeixen uns altres aspectes, que se'n deriven, i que esdevenen al seu torn també problemàtics: **3)** a conseqüència de la demora dels estudis, i de la dificultat per a constituir noves mesures, els infants en acolliment d'urgència i diagnòstic romanen un temps excessiu amb les famílies acollidores. Aquest

⁶ Els articles 106 i 111 de la Llei 14/2010 fan referència, respectivament, als articles 5 i 82 de la Convenció de Nacions Unides sobre els Drets dels Infants.

fet posa en joc la capacitat, malgrat els *trainings* necessaris d'aquestes famílies, d'afrontar els processos de comiat i acompanyament que serien desitjables. Com a resultat, les famílies poden trobar-se en la difícil situació d'**assumir una separació sense el ple convenciment de no estar col·laborant a un maltractament institucional**, que consistiria en la generació de la percepció d'abandonament per part del nen i la ruptura amb els seus referents de seguretat. Finalment, **4)** quan les mesures proposades pertanyen a l'àmbit de la incertesa, i els equips tècnics no poden constituir mesures clarament definitives, la solució que habitualment es contempla és la de donar per fet que la família acollidora no posarà cap inconvenient a continuar indefinidament la seva funció guardadora, expectativa raonable si tenim en compte la particular connexió afectiva amb el nen. Quan això passa, no hi ha cap certesa que, passat el temps, la família no consideri que es troba, de facto, en una situació d'acolliment de més llarga durada, si no d'una pseudoadopció, que en cap moment s'havia plantejat, i que respon exclusivament a la duresa de separar-se del nen quan no hi ha cap alternativa clara: **el sistema abusa de la disponibilitat i emotivitat de la família**, que se sent responsablement obligada a complir una tasca per a la qual mai no s'havia proposat.

En un altre ordre de coses, la pertinença d'aquest treball correspon al moment contextual, en què, legislativament, estan en marxa tres projectes que han d'incidir de manera significativa en les qüestions plantejades. D'una banda, l'elaboració del text del Reglament que ha de desplegar la Llei 14/2010; d'una altra, el fet que s'hagi engegat simultàniament el procés participatiu per a l'elaboració del Pacte Nacional per la Infància. I, finalment, encara que amb menys incidència competencial, el Projecte de Modificació Legislativa en temes d'Infància, d'àmbit estatal, que introdueix canvis rellevants en la regulació específica – com ara la progressiva *desaparició de la* institucionalització d'infants fins a 6 anys-, tant de lleis orgàniques com del propi Codi Civil espanyol. Un quart element s'afegeix a aquest context, i és la posada en funcionament recentment dels Espais de Reflexió sobre Ètica aplicada als Serveis Socials, ERESS, que poden ser una adequada plataforma d'impuls per a l'optimització de determinades pràctiques professionals.

Tanmateix, per damunt d'aquestes raons que no volen ser sinó una justificació argumentada d'aquest treball, n'hi ha una altra. Acceptant l'afirmació que *tota recerca ha de vehicular els propis desitjos*⁷, el principal motor, allò que em mou a trobar si no respostes -les certeses, en ètica, deuen ser molt escasses⁸-, sí almenys nous interrogants sobre les qüestions plantejades, és un cert neguit personal, una voluntat de trobar les línies vermelles que indiquin en quin moment traspassem el límit del bon-fer: en quin moment la pròpia acció professional es fa còmplice d'una cadena d'intervencions nocives en una acció dual en què l'altre, l'infant, no està en condicions d'exigir-nos la cura i l'excel·lència que li devem. L'ètica aplicada, més que mai, hauria de contribuir a aquest objectiu, sacsejant -fins i tot transgredint- allò que, tant políticament com professionalment, hem donat per bo.

⁷ Em permeto la llicència de reproduir aquesta afirmació, que pertany al Dr. Josep Manuel Barbero, i que va ser pronunciada en el context d'una classe magistral corresponent al Master d'Ètica Aplicada a la Intervenció Social. Campus Arnau d'Escala, Universitat de Girona, el mes de febrer de 2012.

⁸ Martineau, 2007

1 INTRODUCCIÓ

Le paradoxe de l'éthique, concept philosophique difficilement « grand public » au départ, est probablement aujourd'hui sa vulgarisation : tout est devenu éthique sans le savoir et sans le vouloir...

Catherine Ollivet⁹,

Aquest treball es proposa reflexionar, des de la mirada de l'ètica aplicada, al voltant de dues qüestions centrals: la demora en els estudis-diagnòstics dels infants en mesura d'acolliment d'Urgència i Diagnòstic, i la incertesa que contenen una bona part de les mesures de protecció que s'acorden posteriorment. Una i altra qüestió poden tenir, en una hipòtesi inicial, conseqüències de gravetat considerable, que afectarien tant els infants - la vida dels quals quedaria fàcilment condicionada pel tipus de decisió que es prengui en aquests moments-, les seves famílies i les famílies acollidores, com, en últim extrem, el propi sistema de protecció. Això, deixant de banda la violència interna que poden arribar a generar en els i les professionals. Però també, des d'una mirada menys *conseqüencialista*, les dues qüestions tenen a veure amb una forma determinada d'entendre i d'atendre la vulnerabilitat extrema d'aquests infants. *Fer-ho bé* significarà que acollir-lo *ara* donarà resposta a la necessitat immediata d'atenció i de cura; que respondrem a la seva vulnerabilitat amb les millors condicions possibles. També significarà *respondre*, en clau de futur, al seu dret a una vida digna, arrelada, estable i en igualtat d'oportunitats.

Ètica, quina ètica?

Algun dels possibles lectors podria esperar *grans* qüestions ètiques, *grans* principis orientadors. No els trobarà. No els trobarà, perquè el marc ètic on se situa aquesta recerca no és el de l'ètica deontològica o principialista. Tampoc no trobarà una possible guia per a resoldre dilemes ètics. Aquesta és una ètica de la pràctica, una ètica relacional (Zamanillo, 2011), d'allò quotidià, en benefici de tots i cadascun dels infants que passen pel tràngol de veure's separats dels seus. Aquesta és una ètica de les coses petites, una *ètica de baix*¹⁰: l'ètica de l'hospitalitat, que posa la seva mirada -el

⁹ Catherine Ollivet és presidenta de France Alzheimer 93. (ollivet, C., EREMA Décembre 2010)

¹⁰ Ollivet, Catherine (2010) Éthique d'en haut, éthique d'en bas: l'indispensable complémentarité. Espace National de Réflexion Éthique sur la Maladie d'Alzheimer. www.espace-ethique-alzheimer.org

seu qüestionament- en les formes de cuidar, en la manera d'entendre, de preocupar-se i d'ocupar-se de la vulnerabilitat de l'altre, que ens exigeix una resposta. És una ètica que no ens dirà ben bé quina resposta hem de donar, però que ens diu que *hem de* respondre, que no podem ser indiferents. Que hem de respondre davant la indignació. Que hem de *ser-hi*. Una ètica de la responsabilitat (Messerchmitt, 1992) en la qual és *fonamental com s'acull i quina responsabilitat s'assumeix vers l'altre* (Canimas, 2011 b). Això no vol dir, tanmateix, que *qualsevol* resposta sigui vàlida. L'ètica de l'hospitalitat, d'alguna manera, també té principis: el tracte digne -el *bon tracte*-, el compromís de l'estima, el respecte profund...

Aquest marc ètic de partida és al darrera, al fons, del concepte de bona pràctica: el qüestionament i l'actitud necessària per a remoure les rutines que sovint permeten, quan no hi condueixen, el maltracte subtil de les petites -o no tan petites- accions quotidianes en l'esfera de l'atenció a les persones. Ara bé, entre la bona pràctica i l'ètica hi ha una línia molt prima. ¿Tota bona pràctica respon a l'ètica, i tota ètica es redueix a una bona pràctica? En serveis socials, és l'ètica una guia professional? (Sala, 2009).

En aquesta difícil separació d'una i altra, l'ètica de l'hospitalitat pot ser el pont, el punt de trobada, entre l'acció i la reflexió crítica. Si, reprenent les paraules de Joan Mayoral (Mayoral, 2009), el desenvolupament d'una ètica de la infància i l'adolescència es convertiria en la via més important per a salvaguardar els drets dels infants i els adolescents, l'adopció de l'ètica de l'hospitalitat seria la manera eficient -l'eficiència és també un deure ètic- de dotar aquests drets de garanties i d'aplicabilitat (Roman, 2011).

En l'acció professional de la intervenció social es produeixen, doncs, com en tots els àmbits de la vida humana, *qüestions ètiques* que no es poden passar per alt. Tanmateix, -i en aquest treball hi farem referència- no sembla haver-hi el mateix grau de consolidació de l'ètica aplicada en els serveis socials que en altres àmbits, com ara la medicina o l'organització empresarial (Canimas, 2011 b). Conceptes com, per exemple, *paternalisme, decisió per substitució, consentiment...*, tenen una clara representació en la literatura mèdica. En canvi, en protecció infantil apareixen feblement representats, o bé resolts de manera molt rudimentària; i la mateixa feblesa

semblen tenir en la concepció professional de molts agents intervinents.

L'acolliment familiar, i especialment la modalitat d'Urgència i Diagnòstic, es converteix en una *primera estructura d'acollida*¹¹ alternativa, quan l'original fa o pot fer fallida. I per això és un context on tot juga en un precari equilibri, en una temporalitat perillosa -pel moment vital dels afectats i per les conseqüències en el seu futur-. Una estructura d'acollida essencialment necessària però arriscada: depenent de la qualitat de la intervenció i de l'atenció que sigui capaç d'aportar, de la precisió i de la responsabilitat en les decisions que s'han de prendre, pot ser una etapa de transició que preservi i capaci, o, ben al contrari, l'inici d'una trajectòria poc esperançadora. I el lliar entre una i altra possibilitat és en mans de les persones que se'n faran càrrec, no només com a famílies acollidores, sinó també i sobretot dels professionals. La reflexió des d'aquesta *ètica de l'hospitalitat* pot ajudar uns i altres. La sensibilitat a la presència de qüestions ètiques que exigeixen una resposta en l'acció professional, pot determinar significativament una evolució o una altra, de les persones destinatàries de la intervenció. Però no ens ocuparem estrictament de les *conseqüències* d'una determinada manera d'actuar com a agents intervinents, que seria l'objectiu d'una ètica utilitarista, sinó que, des de l'enfocament d'aquesta ètica de l'hospitalitat, ens fixarem especialment en la resposta que en l'ara i aquí oferim a la crida ètica de l'altre. L'infant com a subjecte de drets, tal com es veu avui, ho és no com a ciutadà del demà, sinó de l'avui. Ens interessa -no pot ser d'altra manera- identificar allò que té conseqüències en el desenvolupament, és clar que sí, però no vol dir que allò que no en té per al futur ja no és digne d'atenció.

En aquest treball abordarem, des d'aquesta perspectiva, què diuen els i les professionals que treballen directament en aquesta modalitat d'acolliment. No des d'una mirada *tècnica*, d'això ja se n'ocupen la psicologia, la pedagogia, l'educació social, el treball social... Aquí es tracta de contribuir a desgranar, des d'un cert ordre reflexiu -i participatiu¹²- quines qüestions ètiques apareixen en la intervenció específica de l'acolliment familiar, centrant-nos focalment en una modalitat d'alt risc i d'enorme

¹¹ Lluís Duch (Duch 2000, 2007) proposa quatre grans estructures d'acollida: la família, la ciutat (la coresidència), la cotranscendència i els mitjans de comunicació de masses.

¹² Han participat en aquesta reflexió 49 professionals, de 13 equips tècnics de tots els territoris catalans.

transcendència per a la trajectòria vital dels infants afectats. Quines qüestions preocupen i com són viscudes -percebudes, patides, gestionades, resoltes...- per les persones que se n'ocupen professionalment; com expressen viure allò que els representa un conflicte íntim, en temes que en altres àmbits, contràriament, corresponen a òrgans judicials (Mayoral, 2009): la separació de l'infant de la seva família -mourer's en el conflicte entre el dret a la protecció i el dret a la llibertat i intimitat familiar- , la presa de decisions en la relació que infant i família hauran -o no- de mantenir, la gestió de les mesures de protecció posteriors, etc.

En definitiva, aquí no es tracta tant que l'ètica s'ocupi de les coses *tècniques*, sinó que la praxi tècnica es preocupi de l'ètica. Dit d'una altra manera, entendre fonamentalment l'ètica com una pràctica crítica (Martineau, 2007).

* * *

Per tal d'abastar la finalitat d'aquest treball, es plantegen dos objectius principals i quatre objectius secundaris:

OBJECTIUS PRINCIPALS

- 1) Identificar aquelles parts de la intervenció que poden fer sospitar que contribueixen a un possible maltracte institucional, en els processos de separació, diagnòstic i proposta de mesura en nadons.
- 2) Identificar quins elements del procés són considerats pels professionals com a problemes ètics.

OBJECTIUS SECUNDARIS

- 1) Determinar si es produeixen disfuncions en els procediments d'Urgència i Diagnòstic que podrien qüestionar la seva validesa com a alternativa a la institucionalització.
- 2) Comprovar si l'augment de la tendència a l'allargament de la durada de l'estudi diagnòstic i el lapse fins a la constitució de mesura protectora coincideix amb l'entrada en vigor de la Llei 14/2010.
- 3) Identificar els dilemes en què es poden trobar les famílies acollidores d'Urgència i Diagnòstic.
- 4) Generar processos de reflexió i millora de la praxi tècnica, des de la perspectiva de l'ètica aplicada.

En tractar-se d'un enfocament de caire qualitatiu, el treball no parteix d'hipòtesis en sentit fort. A partir de 6 hipòtesis febles, el propòsit consisteix a poder formular, a mesura que es desenvolupi el treball, aquelles hipòtesis que ajudin a la reflexió ètica i que puguin obrir noves vies de reflexió. Les hipòtesis de partida són les següents:

HIPÒTESIS

Hipòtesi primera:

Es produeixen disfuncions en els procediments de l'Acol·liment d'Urgència i Diagnòstic, que qüestionen la seva validesa com a alternativa a la institucionalització¹³.

13 Informe sobre els Drets de l'Infant, Síndic de Greuges, juliol 2011, pàg. 54.

Hipòtesi segona:

Paradoxalment, des de l'entrada en vigor de la Llei 14/2010, s'accentua la tendència a l'allargament dels períodes de diagnòstic i d'establiment i constitució de mesura protectora.

Hipòtesi tercera:

També paradoxalment, s'accentua la tendència a l'increment de la incertesa en els tipus de mesures protectores proposades després del període d'Urgència i Diagnòstic.

Hipòtesi quarta:

Les famílies acollidores d'urgència i diagnòstic poden trobar-se davant el dilema moral d'haver de col·laborar amb un maltractament institucional o negar-se a complir l'obligació d'acompanyar el nen a la nova mesura proposada.

Hipòtesi cinquena:

El sistema abusa de la disponibilitat i emotivitat de les famílies acollidores d'Urgència i Diagnòstic.

Hipòtesi sisena:

Els i les professionals viuen com a problemes ètics algunes dificultats de la intervenció.

A la Primera Part, s'esbossarà l'enfoc metodològic i els instruments emprats, i s'entrarà en l'estat de la qüestió: quin lloc ocupa l'acolliment d'Urgència i Diagnòstic en el marc de les mesures de protecció i quina regulació el sosté; quina és la seva situació a Catalunya i a l'estat espanyol, quins procediments en formen part, i finalment quina dimensió té, quantitativament parlant.

A la Segona Part, s'abordarà l'anàlisi de les dades obtingudes, tant de la informació quantitativa -s'utilitzaran les dades recollides durant els anys 2010 i 2011 per la

Federació d'Entitats d'Atenció a la Infància i l'Adolescència, FEDAIA-, com la dels qüestionaris complimentats per professionals de l'acolliment i de les entrevistes realitzades amb ells i elles. Finalment, a les Conclusions s'exposaran els resultats obtinguts i les noves hipòtesis plantejades.

PRIMERA PART

2 ENFOC METODOLÒGIC

El present treball se situa en l'àmbit de la recerca qualitativa, i per a la seva elaboració s'han tingut en compte les orientacions de Martineau sobre les dimensions ètiques per a aquest tipus de recerca, especialment per als treballs en ciències humanes i socials (Martineau 2007), i en el context que l'autor denomina *microètica*: una ètica del diàleg, de la trobada, de l'atenció, una ètica no tant normativa o prescriptiva com reflexiva.

Una de les primeres limitacions d'aquest treball és la seva focalització professional: la informació obtinguda, mitjançant els instruments que es descriuran més endavant, procedeix exclusivament de les aportacions dels i de les professionals que treballen específicament en l'àmbit de l'acolliment familiar, i, encara més concretament, en *família aliena*. Per tant, aquesta limitació obre ja de per si el que podria ser una més àmplia línia de treball: les aportacions d'altres àmbits:

- a) Professionals relacionats amb l'objecte del present treball: els equips d'estudi i diagnòstic, els equips o professionals de la intervenció amb famílies "d'origen", els professionals dels Centres d'Acollida, els professionals de l'àmbit jurídic i administratiu...;
- b) Les famílies acollidores en la modalitat d'urgència i diagnòstic;
- c) Les famílies d'origen, i
- d) Els propis infants.

En relació amb aquest darrer punt, sembla interessant deixar constància de la necessitat de desplegar programes d'investigació, en línies transversals i longitudinals, que donin raó de l'evolució dels infants atesos en aquesta modalitat d'acolliment, i que n'orientin l'acció professional i familiar.

D'acord amb els objectius proposats, el treball se circumscriu al territori de Catalunya. Atenent a la distribució administrativa en la gestió de les mesures de protecció, i especialment d'aquelles mesures que corresponen competencialment a l'Institut Català de l'Acolliment i de l'Adopció (ICAA)¹⁴, s'ha comptat amb la col·laboració dels equips professionals d'acolliment familiar¹⁵ de cadascuna de les seccions territorials. Així, han col·laborat en el projecte els coordinadors, coordinadores i professionals dels equips:

Girona: Consell Comarcal del Ripollès, AD'Iniciatives Socials, F. Infància i Família-GNA

Lleida: INTRESS.

Barcelona: Drecera, IRES, Cel Obert, F. Infància i família-BCN, Creu Roja.

Tarragona: CAF, Consell Comarcal del Baix Ebre.

Interterritorials: Fundació C. Juvanteny.

Cal dir que alguns dels esmentats equips intervenen també en processos d'adopció, i per tant en alguns casos han pogut aportar informació rellevant i complementària a la intervenció i als processos estudiats en l'acolliment d'urgència i diagnòstic.

La proposta de col·laboració, i els objectius i propòsits del treball, van ser plantejats als coordinadors i coordinadores dels respectius equips, i cal dir que van tenir una molt bona acollida i resposta. En finalitzar l'estudi, la col·laboració abasta un total de 39 tècnics/ques i de 10 coordinadors/res, que representen el 76% dels professionals que treballen directament en acolliment familiar a Catalunya.

¹⁴ Agraïxo sincerament les facilitats i l'encoratjament que he rebut de l' Institut.

¹⁵ A Catalunya, la intervenció directa en les diferents fases d'actuació en acolliment familiar està delegada íntegrament a les ICIF: institucions col·laboradores d'integració familiar. Decret 337/1995, de 28 de desembre, *sobre l'acreditació i el funcionament de les institucions col·laboradores d'integració familiar i de les entitats col·laboradores d'adopció internacional*. DOOGC núm 2153, de 12.01.1996.

2.1 INSTRUMENTS.

Fonts primàries:

Qüestionaris.

S'han utilitzat dos models de qüestionaris¹⁶:

- a) Qüestionari per a Professionals
- b) Qüestionari per a Coordinadores/dors.

Per a la confecció dels qüestionaris, s'ha tingut en compte el context de treball dels professionals, els seus possibles àmbits d'intervenció, les diverses disciplines i funcions, i la relació de les qüestions plantejades amb els objectius i hipòtesis d'aquest treball. En tots els casos, s'ha donat opció a incloure, obertament, aquells altres temes o qüestions que els participants consideressin del seu interès.

Els qüestionaris han estat tramesos en format electrònic a tots els professionals que treballen en acolliment familiar a Catalunya, a través dels coordinadors i coordinadores dels 13 equips que conformen el conjunt d'ICIF, i han estat contestats i retornats tant telemàticament -de forma majoritària- com en paper, durant els mesos de juliol, agost i setembre de 2012.

El perfil dels professionals que han participat contestant els qüestionaris, queda reflectit als quadres següents: 49 professionals -i coordinadores/dors- han aportat les seves respostes, d'un total de vora setanta, dels quals 22% són homes i 78% dones. Per funcions, equitativament repartides entre la psicologia, el treball social i l'educació social, i, més residualment, les de pedagogia i psicopedagogia, per bé que hi ha un bon nombre de professionals que posseeixen segones titulacions. Pels anys d'experiència directa en acolliment familiar, gairebé la meitat dels professionals compten amb una dedicació d'entre 4 i 9 anys, i un 26% hi treballen des de fa 10 anys o més, essent el màxim els vint anys.

¹⁶ Annex, pàg. 175

Quadre 1: Els professionals participants: FUNCIONS						
	Girona	Lleida	BCN	TNA	Interterritorial	TOTAL
Tr. Social	3	1	2	3	3	12
Ed. Social	1		4		6	11
Psicologia	5	1	3	3	2	14
Pedagogia	1					1
Psicopedagog				1		1
Coordinació	2	1	2	2	3	10
TOTAL						49

Qüestionaris

Quadre 2: Els professionals participants: EXPERIÈNCIA		
	professionals	coordinadors
0-3	9	2
4-6	16	4
7-9	4	0
10-12	3	1
13-15	2	1
16-18	2	2
19-20	3	0

Qüestionaris

La tabulació de les respostes als qüestionaris s'ha fet amb mètodes informàtics, de forma que l'organització i categorització de les respostes, a manera de *fitxa d'anàlisi*, ha permès l'explotació lògica de les dades.

La Taula d'explotació ha estat organitzada en subtaules, corresponents a cada qüestió plantejada, i en dos eixos, corresponents a la identificació codificada de l'autor de cada bloc de respostes segons la ICIF de referència, i al contingut de la informació :

Taula 1.

Tabulació Qüestionaris /Professionals – Síntesi.	
Identificació	A. Territorial, Titulació, Funcions, Experiència, Serveis, Fills.
1. Definició	Text lliure
2. Avantatges	1er, 2n, 3er.
3. Aspectes Problemàtics	1er, 2n, 3er.
4. Disfuncions	1er, 2n, 3er.
5. a-Perjudici/infants	1er, 2n, 3er.
5. b-Perjudici/F. Acol·lidors	1er, 2n, 3er.
6. Durada Mitjana	<6m,6m, 7-10m, 11-15m, >15m, altres
7. Durada Màxima	Còmput en mesos
8. Durada Mínima	Còmput en mesos
9. Causes Allargament	1er, 2n, 3er, 4rt, 5è
10. Factors de Disminució	1er, 2n, 3er, 4rt, 5è
11. Disfuncions/propostes de Mesura	1er, 2n, 3er, 4rt, 5è
12. Dificultats F Acol·lidora	Poca informació inicial, situació mèdico-sanitària, dificultat de separar-se'n, durada excessiva, incertesa de mantenir el contacte.
13. a-Qüestions de difícil gestió	1er, 2n, 3er,
13. b-Conflictes ètics	1er, 2n, 3er,
14. Dilemes F Acol·lidora	1er, 2n.
15. Altres Qüestions	Text lliure

Per a cada qüestió plantejada, s'han agrupat les respostes en categories conceptuals, computant la incidència en cada categoria. Per a l'anàlisi posterior, s'ha tingut en compte les possibles contradiccions i els matisos existents entre categories semblants.

Per als qüestionaris dels Coordinadors i Coordinadores, s'hi han afegit algunes altres qüestions: experiència en la coordinació (n d'anys), n de professionals i composició de l'equip, qüestions difícils de ser gestionades per l'equip tècnic, i per la coordinació.

Entrevistes

S'ha utilitzat, tant per als i les professionals com per als coordinadors i coordinadores, el format d'entrevistes orals *no estandarditzades* o *en profunditat*, per la seva capacitat

d'afavorir l'emergència de discurs , malgrat el seu baix grau de formulació científica (Penalva i Mateo, 2006). A fi de respectar la disponibilitat dels diferents equips, en sis ocasions s'ha utilitzat el format grupal, atenent a l'homogeneïtat dels components del grup pel fet de pertànyer al mateix equip, però respectant, en l'anàlisi posterior, les aportacions individuals. En aquest format s'han entrevistat un total de 15 persones, entre professionals (13p.) i coordinadors/res (2p.), en grups d'un màxim de tres persones, de sis equips diferents. Les entrevistes individuals s'han fet amb sis persones, tres de les quals coordinadores, i les altres tres professionals de quatre equips diferents.

Cada entrevista ha tingut una durada aproximada d'entre 30 minuts i una hora i 48 minuts, i s'ha emprat per al seu enregistrament un aparell de gravació d'àudio. Durant cada sessió, s'han tingut en compte els plànols institucionals -fases de tensió- i els plànols confidencials, que han permès que els entrevistats hagin pogut desenvolupar el seu discurs amb un alt grau de confiança i de llibertat.

L'enregistrament de les entrevistes ha suposat un arxiu d'àudio que arriba a les 13 hores, i la seva transcripció ha generat un volum de 141 pàgines.

Per a les entrevistes es va elaborar un guió previ¹⁷, d'acord als objectius i les hipòtesis del treball. Tanmateix, el caràcter obert de l'entrevista ha permès que cada professional pogués desenvolupar aquelles qüestions que considerava de relleu o d'interès, o que li causaven una especial preocupació des del punt de vista ètic. Aquesta flexibilitat ha obligat a readequar diverses vegades el disseny de l'explotació de la informació. L'explotació ha estat feta traslladant a subtaules específiques les unitats discursals segons categories, a partir de les qüestions proposades inicialment i de les que han sorgir durant cada entrevista. Finalment, s'han contrastat amb les categories de les subtaules dels Qüestionaris.

A la **Taula 2** es recull la relació entre les preguntes plantejades tant als Qüestionaris com, inicialment, a les Entrevistes, i les hipòtesis de partida. Cal dir que el menor

¹⁷ Annex pàg. 183

nombre de qüestions directament relacionades amb les hipòtesis que es plantegen en el Qüestionari dels Coordinadors/res és degut a la previsió de realitzar les entrevistes exhaustivament a tot els Coordinadors i Coordinadores. Finalment, han estat entrevistats 6 coordinadors/res, corresponents a les demarcacions de: Barcelona (3), Girona (1), Lleida (1) i Tarragona (1).

Taula 2. Relació Hipòtesis . Respostes

	Entrevistes professionals i coordinadores/dors	Qüestionaris professionals	Qüestionaris Coordinadores/dors
H ₁ :	3h, 3i, 3j, 4.1c	3, 4, 5a, 5b, 12	4, 5a, 5b
H ₂ :	3h, 3i, 3j	6, 7, 9	6,7
H ₃	5.2c, 5.2d, 5.2e	4,11	---
H ₄ :	4.1c, 4.1d, 4.1h, 5.2a, 5.2b, 5.2i	14	13
H ₅	3k, 4.1 c, 4.1d, 4.1e, 5.2b,	4, 5b	13
H ₆	5.2h, 5.2 j, 5.2k, 6	13	---

Fonts secundàries:

2.2 ANÀLISI BIBLIOGRÀFICA

L'estudi de la literatura rellevant relacionada amb l'objecte d'estudi, s'ha centrat majoritàriament en els següents àmbits temàtics:

- a) Metodologia
- b) Legislació internacional
- c) Legislació catalana
- d) Acolliment familiar
- e) Acolliment d'urgència i diagnòstic
- f) Separació pares – infants

- g) Relació (visites) pares – infants
- h) Guies, Codis, Manuals
- i) Dimensió ètica en infància

La lectura d'aquesta documentació, que queda recollida a l'apartat de Bibliografia, ha permès establir l'*estat de la qüestió*, a mode de marc teòric i normatiu, i identificar les qüestions ètiques que apareixen o que són absents en la literatura de referència.

2.3 ESTUDI FEDAIA 2010-2011

Per a l'aspecte quantitatiu de l'Acolliment d'Urgència i Diagnòstic, s'ha recollit la informació aportada per l'Estudi que la Comissió d'Acolliment Familiar de la Federació d'Entitats d'Atenció i Educació a la Infància i l'Adolescència -FEDAIA- ha estat elaborant durant els anys 2010 i 2012, i que conté, de forma sistematitzada, les diferents dimensions de l'impacte d'aquesta modalitat d'acolliment¹⁸. Les dades corresponen al període 2010 – 2011, i reflecteixen els moviments, processos i volums recollits per les entitats membres que treballen en l'àmbit de l'acolliment:

Girona: AD'Iniciatives Socials, F. Infància i Família-GNA

Lleida: INTRESS.

Barcelona: Cel Obert, Drecera, F. Infància i Família-BCN, IRES, INTRESS, Creu Roja.

Tarragona: CAF C. Sant Josep

¹⁸ Cal dir que, fins a dia d'avui, i lamentablement, els Informes Anuals i les Memòries del Departament de Benestar Social i Família, així com els departaments homòlegs anteriors, no contemplen la segregació de dades de manera que es pugui obtenir informació suficient sobre les diferents modalitats d'acolliment.

2.4 TIPUS D'ANÀLISI

Un cop recollida la informació, en format de respostes directes i per escrit en el Qüestionari, i en forma d'enregistrament sonor i posterior transcripció literal de les Entrevistes, s'han ordenat les dades obtingudes, en base a la categorització prèvia dels temes plantejats. Naturalment, el caire qualitatiu i obert del treball ha obligat a adequar constantment el nombre i tipus d'indicadors i de categories.

Per al tipus d'anàlisi, han estat útils: els enfocaments *d'anàlisi de contingut* i *d'anàlisi de discurs*¹⁹ i s'han utilitzat paràmetres propers als de *medició freqüencial de tipus relacional* - nombre d'ocurrències i de co-ocurrències,- i no-freqüencials -presència o absència (Piñuel, 2002); anàlisis descriptives temàtiques: *de què parlen els entrevistats, què els interessa*; anàlisi d'actituds, motivacions i d'atribució de producte; anàlisis generadores de teoria (Teoria Fonamentada); de manera que fos possible analitzar -seleccionar, simplificar, abstrure, focalitzar i transformar - les dades, fins a establir conclusions (Penalva i Mateo, 2006).

19 Abela, A. (sense datar). Las Técnicas de Análisis de Contenido; una revisión actualizada. Dpt. Sociología de la Univ. de Granada. Recuperat: 16 de febrer de 2012. <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>

3 L'ESTAT DE LA QÜESTIÓ

3.1 LA PROTECCIÓ DELS INFANTS A CATALUNYA.

La història de la infància és un malson del qual tot just acabem de despertar.
Lloyd deMause²⁰

En la història recent, la protecció de la infància, i de fet el mateix concepte d'infància en si, i el de família, han sofert una evolució notable, fins als nostres dies. De ser considerada, fins a principis del segle XVIII, com un *mal necessari a l'espera que l'infant es fes gran el més ràpid possible i al més semblant possible a la gent gran, per començar a desenvolupar els rols socials que el grup li havia assignat* (Sánchez-Valverde, 2009), la infància ha passat a ser pensada, progressivament, com a una etapa de creixement i socialització mereixedora d'especial atenció²¹.

Així, un dels primers passos en l'intent de legislar sobre infància a Europa es produeix a Àustria, el 1824. Poc després, al 1872, es promulga a Anglaterra la *Llei de protecció de la vida infantil*, i dos anys més tard, tant a Alemanya com a França -en aquest cas, la *Llei de vigilància de matrones i dides-*, es promulguen les lleis que esdevindrien les línies a seguir per a la resta de països europeus, en un context d'internacionalització del moviment sanitari i de la concepció *social* dels estats²².

En el mateix període, s'aproven en alguns estats americans – Massachussetts, Nova York- lleis en què s'estableix que els acusats menors d'edat siguin jutjats a part dels adults²³.

20 Lloyd deMause és psichistoriador, fundador de The Journal of Psychohistory. L'any 1982 escriu *La Historia de la Infancia*. Alianza Universidad.

21 Per a una perspectiva històrica de l'evolució dels establiments i institucions per a la infància, vegeu: Marzo, A., M. (2009) *Educador social i infància en situació de risc. L'atenció residencial a infants i adolescents a Catalunya*. Col. "Infància i Adolescència", núm. 1. Dpt. D'Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catalunya

22 Campos, R., Montiel, I. , Huertas, R. (2007) *Medicina, Ideología e historia en España. Siglos XVI – XXI*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Ministerio de Educación y Ciencia. Madrid.

23 Tiffer, C. I Llobet, J. (1999) *La sanción penal Juvenil y sus alternativas en Costa Rica*. UNICEF. ILANUD. Comissió Europea. San José.

Simultàniament, a l'estat espanyol es produïa un intens debat sobre l'adequació del treball infantil, la potestat de les autoritats per a intervenir en l'esfera familiar, i el seu paper en l'educació:

Otra de las reformas que necesitamos con urgencia es la de la enseñanza. En las anteriores cortes ya los republicanos quisieron establecer la enseñanza gratuita y obligatoria. Encontramos graves dificultades, porque se nos decía que no se puede obligar a un padre a que enseñe a sus hijos ¡Vaya sofisma!, que es bien fácil destruir ¿Pues toda las leyes del mundo no obligan a los padres a que alimenten a sus hijos? Las leyes imponen esta obligación a los padres y a los abuelos y, cuando éstos faltan, la imponen a las madres. Como se puede obligar a los padres a que alimenten a los hijos, se los puede obligar a que les den enseñanza. El hombre, ¿se alimenta sólo de pan? ¿No necesita de alimento material, del intelectual y del moral, atendida su triple naturaleza? Estamos decididos a hacer todo lo posible para establecer la enseñanza gratuita y obligatoria.

Pi i Maragall. Diario de Sesiones de las Cortes Constituyentes. 13 de junio de 1873²⁴.

L'any 1878 es prohibeix a Espanya la realització de treballs perillosos per als menors de setze anys, *o dotze si són descendents dels propietaris de la instal·lació*. És la *Llei dels Treballs perillosos dels nens, de 26 de juliol de 1878*. Ja al 1900, amb la *Llei que fixa les condicions de treball de les dones i dels nens, de 13 de març de 1900*, la prohibició és per a tot tipus de treball per als menors de 10 anys i del treball nocturn per als menors de 14 anys, es limita el temps màxim de treball per als infants entre els 10 i els 16 anys, etc. Al 1903 es promulga la *Llei de mendicitat i vagància dels menors de 16 anys, de 23 de juliol* (Sánchez-Valverde, op cit) , més propera a la repressió i al control que no pas a la protecció.

Catalunya, que tenia una llarga tradició en establiments i institucions públiques, ja des del segle XIV²⁵ , especialment a la ciutat de Barcelona²⁶, és on neix un moviment que s'estendrà ràpidament, d'atenció a la primera infància: en la lluita contra la mortalitat infantil, es constitueixen consultoris de nens de pit, o centres "Gotes de Llet", que pretenien establir una criança controlada dels nadons, amb atenció mèdica continuada.

24 Citat a Martín P., L. Los inicios de la legislación laboral española: la Ley Benot. Document no datat. Accessible a : <http://eciencia.urjc.es/.../La%20ley%20Benot.doc> Consultat: 26/09/12.

25 Martínez Shaw., C. , Coord. (1986) L'assistència pública a la Barcelona Moderna. *L'Avenç*, núm. 91, pp 32-37.

26 Vegeu per exemple: la Casa dels Infants Orfes, del 1370, la Casa de la Misericòrdia, de finals del s. XVI, la Casa Caritat, del 1804, la Casa Provincial de Maternitat i Expòsits, nascuda arran de la Llei general de Beneficència, de 20 de juny de 1849, la creació del Patronat de Nens i Adolescents abandonats i Presos, al 1890, o l'Asil Toribio Duran, a primers del 1900 - que Segons Sánchez-Valverde (2006), va acabar sent "un exemple d'allò que no ha de ser", a partir de 1918-. Font: Galí, A., (1979) Història de les institucions i del moviment cultural a Catalunya 1900-1936. Fundació A. Galí, Llibre II, 3era part, pp 78 i ss. Barcelona, citat a Sánchez. Valverde, (op cit).

El primer s'obre a Barcelona el 1890,²⁷ auspiciat pel Dtor. Vidal Solares. A la llarga, aquest tipus d'atenció acabaria configurant l'especialització de la pediatria.

També Catalunya és el primer territori de l'estat que constitueix la Junta Provincial de Protecció a la Infància, a Barcelona, l'any 1908, any en què es publica el Reglament que desenvolupa la *Llei de Protecció a la Infància, de 12 d'agost de 1904*. Aquesta Llei fa un intent per equilibrar els conceptes de pacte social, de justícia, caritat, protecció i control, i introdueix la capacitat de l'estat per a interferir en la potestat paterna - el *Código Civil* de 1889, qüestionat ja cap el 1895 per alguns juristes per la incapacitat que suposava de protegir la infància, atorgava al pare la suprema autoritat sobre la mare i els fills²⁸ :

La justicia i la caritat exigeixen també amb imperi que no es desatengui el nen, que és l'obrer del demà, i la seva mateixa debilitat ha de ser un nou estímul perquè a protegir-lo i auxiliar-lo hi acudeixi l'acció tutelar de l'Estat, coordinada i compenetrada amb l'acció social

Llei de Protecció a la Infància, de 12 d'agost de 1904.
Preàmbul.

La Llei de 1904 va ser presentada el 26 de gener, i en l'acte de presentació a *Las Cortes*, el Ministre va pronunciar:

*...Crece de día en día la muchedumbre de niños abandonados y sus miserables existencias ofrecen triste ocasión a padres y guardadores indignos para explotaciones impías, que sustituyen las solicitudes con las exigencias de un trabajo industrial prematuro... La patria potestad se alza en ocasiones como barrera infranqueable para amparar la sevicia, la explotación, el abandono de los hijos por padres desnaturalizados, que, empujándoles a la mendicidad industrial, dejan en sus almas candorosas los gérmenes de la vagancia, de la corrupción y el delito*²⁹.

La Junta Provincial de Barcelona es constituirà de nou al 1911, i incorporarà la denominació *Junta Provincial de Protecció a la Infància i Repressió de la Mendicitat*.

27 Rodríguez P., JF (2009) La protección a la infancia en España. Ayer y Hoy. Fundación Sociedad Protectora de los Niños. Document no publicat, accessible a:
http://www.protectoraninos.org/archivos/articulos/1288202210_130_la_protección_a_la_infancia_ayer_y_hoy-2009. Consultat: 26/09/12

28 Santos Sacristán, M. (2008) Los inicios de la protección a la infancia en España (1873 – 1918). Universitat Rey Juan Carlos. Madrid. Document no publicat, accessible a: <http://www.um.es/ixcongresoaehe/pdfB3/Los%20inicios%20de%20la%20proteccion%20infancia.pdf> Consultat: 26/09/12

29 (De Palma, 2006), pg 25. Cal tenir present que aquesta Llei fèia referència a la protecció d'infants de menys de 10 anys.

El Tribunal Tutelar de Menors, institució nascuda a partir de la Llei Montero Ríos, de 1918, inicià la seva tasca a Barcelona el 1921, generant un conflicte amb la Junta, ja que, com havia passat amb la Llei de 1904, no tenia adscripció econòmica, i es va resoldre destinant una bona part dels recursos destinats a la Junta, fet que va originar importants conflictes (Sánchez-Valverde, op cit).

Els anys fins a la II República van ser tensos, amb una certa involució cap als models purament benèfics i asilars. Tanmateix, Catalunya segueix mostrant una important voluntat de progrés i de transformació: Carme Isern i Galceran, delegada de la Diputació de Girona, és enviada en nom del Consejo Superior de la Infancia al VI Congrés Internacional per a la Protecció a la Infància, celebrat a Milà el 1927. Hi pronuncia una important ponència, on es queixa del fet que la Llei vigent no es du a la pràctica; de *la poca formació que hi ha per a atendre els nens, que en aquells moments estan a càrrec d'ordes religiosos, de l'existència d'hospicis que provoquen la infelicitat dels infants*, i proposa *la creació d'escoles d'assistència social, la creació de Cases de Família i Llars per a Infants, amb la finalitat que es puguin incorporar a la societat amb tota normalitat i evitar allunyar-los de les seves mares*³⁰.

Ja en període republicà, hi ha un tomb cap a esquemes d'assistència social, que pretenen superar el *caritativisme* dels models de beneficència. El Decret del Departament de Sanitat de la Generalitat, de 26 de setembre de 1933, va dissoldre la Junta provincial de Protecció de Menors de Barcelona i va crear el Patronat d'Assistència Social de les Cases de Caritat i de Maternitat i d'Expòsits i de Protecció de Menors de Barcelona. Malgrat les dificultats d'organització i coordinació, s'esbossen línies de professionalització en l'atenció als infants, i la pedagogia adquireix importància.

El període franquista va representar una aturada brutal de la progressió social dels paràmetres d'atenció als infants, reculant de nou cap a sistemes macroinstitucionals, asilars i quarteraris, marcats per una clara intencionalitat ideològica, i en alguns casos

30 Vila, A. Apuntes para una historia de los servicios sociales gerundenses del siglo XX. Document accessible a : http://www.phistoria.net/reportajes-de-historia/Apuntes-para-una-historia-de-los-servicios-sociales-gerundenses-del-siglo-XX._45.html
Consultat: 2/10/12.

utilitzats com a eina de repressió política (Sánchez-Valverde, op cit). Apareixia l'Auxili Social, que volia desmarcar-se de la beneficència, però altament paternalista, i es reprenen les activitats de les antigues institucions. En aquest context, es promulguen els Decrets de 2 de juliol de 1948, que creava l'Obra de Protecció de Menors, el d'11 de juny de 1948, que unificava diferents textos legislatius, inclosa la Llei de Tribunals Tutelars de Menors. Aquesta legislació va perdurar fins a la reinstauració de la democràcia, i la transferència de competències en matèria d'infància a les Comunitats Autònomes. Però ja abans, a Barcelona, a partir dels anys setanta, es produeix un moviment de renovació, al marge de la Junta i del Tribunal, que conflueix en els Col·lectius Infants de l'Ajuntament de Barcelona. També apareix el Movimiento de Atención a Cierta Infancia, MACI.

El Reial Decret 1292/1981, de 5 de juny, traspasa "la protecció de menors" a la Generalitat reinstaurada de Catalunya, d'acord amb l'Article 9.28 de l'Estatut d'Autonomia aprovat l'any 1979, que establia la *competència exclusiva de la Generalitat en matèria d'Institucions públiques de protecció i tutela de menors. Les Juntres provincials passaven a ser Seccions Territorials de la Direcció General de Protecció i Tutela de Menors*. Les polítiques d'aquesta Direcció General van propiciar un important avenç en les institucions d'atenció als infants, pel que fa a la desmassificació, la comarcalització, l'especialització i la professionalització.

La Llei 11/1985, de 13 de juny, de protecció de menors, és la primera norma moderna aprovada a l'estat espanyol ajustada als principis constitucionals. Abraçava els tres àmbits d'actuació en la protecció tradicional: la prevenció de la delinqüència infantil i juvenil, el seu tractament, i la tutela dels menors quan manca la potestat parental o aquesta s'exerceix inadecuadament. Tot i dedicar un gran pes als aspectes de reforma, contempla actuacions fonamentals:

- *Facilitar a l'autoritat judicial de menors, representada pels Tribunals Tutelars de Menors, una aplicació òptima de les mesures que dictin, cosa que haurà de permetre, en endavant, que no es redueixin a les d'internament, com era habitual;*
- *Substituir els antics criteris de beneficència en què es basava la protecció a la infància i a la dona per la moderna concepció de servei públic;*
- *utilitzar personal especialitzat i interessar-se per la seva adequada preparació i formació permanent;*

- *respectar i preocupar-se activament pel procés educatiu, i*
- *introduir noves mesures pedagògiques que puguin oferir respostes adequades a les necessitats del menor.*

Llei 11/1985, de 13 de juny, de Protecció de Menors.
Preàmbul.

Aquesta Llei establia que *en l'execució de les mesures adoptades per allò que respecta a la situació dels menors, s'haurà de procurar mantenir-los en el seu medi natural o en condicions que s'aproximin al medi familiar normal, sempre que no vagi en perjudici dels interessos del menor* (Art. 12), i associa l'acolliment familiar a les mesures judicials (Art. 46)

És al 1991 que s'aprova la que podríem anomenar la primera *gran* llei catalana d'infància: la Llei 37/1991, de 30 de setembre, *sobre mesures de protecció dels menors desemparats i de l'adopció*, que respon a la necessitat de proporcionar una *protecció al menor, especialment quan es troba en una situació de desemparament* (Preàmbul de la Llei). Recull la prioritat de l'interès de l'infant, i fa una menció especial als drets individuals i col·lectius reconeguts per la Convenció de les Nacions Unides de 1989.

Aquesta Llei va establir clarament les mesures de protecció, així com la consideració d'"últim recurs" l'acolliment en un centre o institució. Distingia entre l'acolliment familiar simple i l'acolliment preadoptiu³¹. Quan l'acolliment simple havia de tenir lloc en un centre o residència, s'establia que el règim de convivència havia d'assemblar-se al màxim a un règim familiar, que proporcionés *un tracte afectiu i permetés una vida quotidiana personalitzada*. Quant a l'adopció, la Llei hi dedica tot el Capítol II. L'adopció es conceptualitza com a mesura de protecció en benefici de l'infant, i, així com l'acolliment preadoptiu, té caràcter judicial.

La Llei establia, com a mesures de protecció a adoptar: l'atenció en la pròpia família, l'acolliment simple per una persona o família, o bé en un centre. La modificació feta per la Llei 8/2002, va afegir-hi: l'assistència diürna a menors sense llars, *a fi que abandonin la permanència al carrer*, l'allotjament nocturn de curta durada *per a satisfer les necessitats assistencials dels menors*, i l'ingrés en centres amb supressió o

³¹ Més endavant tornarem a aquesta distinció.

restricció de sortides.

El reglament que ordenà i desenvolupà la Llei va tardar sis anys a veure la llum: Decret 2/1997, de 7 de gener, *d'aprovació del Reglament de protecció de menors desemparats i de l'adopció*, que va ser modificat parcialment pel Decret 127/1997, de 27 de maig³².

Posteriorment a aquesta Llei 37/91, s'aprova una important -però dispersa- seqüència de normes legislatives: la Llei 39/1991, de 30 de desembre, *de la tutela i institucions tutelars*, la Llei 8/1995, de 27 de juliol, *d'atenció i protecció dels infants i els adolescents* – i que modifica la Llei 37/91-, la Llei 9/1998, del 15 de juliol, del Codi de Família, la Llei 8/2002, de 27 de maig, *sobre mesures de protecció dels menors desemparats i de l'adopció, i de la regulació de l'atenció especial als adolescents amb conductes d'alt risc social*, etc.

L'any 1997 es crea l'Institut Català de l'Acol·liment i de l'Adopció, com a:

...organisme autònom administratiu adscrit al departament que té assignades les competències en matèria de protecció de menors, amb personalitat jurídica pròpia, amb autonomia administrativa i financera i amb plena capacitat d'obrar en l'exercici de les seves funcions i per al compliment de les seves finalitats, d'acord amb aquesta Llei i amb la resta de disposicions que li són aplicables.

Llei 13/1997, de 19 de novembre, *de creació de l'Institut Català de l'Acol·liment i de l'Adopció*.
Art. 1.

Dinou anys més tard d'aquella Llei de 1991, el Parlament de Catalunya, per iniciativa del Departament d'Acció Social i Ciutadania i després d'un procés participatiu de la societat civil, aprovava per unanimitat la Llei 14/2010, de 27 de maig, *dels Drets i les Oportunitats en la Infància i l'Adolescència*, d'acord amb els articles 65 i 166.3 de l'Estatut d'Autonomia, aprovat l'any 2006. Aquesta Llei situa l'infant no com a objecte de protecció sinó com a subjecte de drets, i incorpora la prevenció a les polítiques de protecció, així com els conceptes diferenciats d'atenció, promoció i participació dels infants i adolescents. Un aspecte rellevant de la Llei és que per primera vegada es distingeix entre risc i desemparament, i es regula la capacitat de l'administració per a

³² DOGC, núm 2402, de 30-05-1997.

intervenir en totes dues situacions.

3.2 LES MESURES DE PROTECCIÓ

El text d'aquesta nova Llei estableix mesures d'atenció social i educativa davant les situacions de risc -Art. 104: orientació, assessorament i ajut a la família; intervenció familiar amb programes socioeducatius, acompanyament de l'infant als centres educatius, suport psicològic, atenció en centre obert, etc.-. Pel que fa al desemparament, estableix Mesures cautelars -Art. 110: atenció immediata segons les necessitats de qualsevol infant o adolescent, la declaració preventiva de desemparament davant de situacions de perill o quan calgui una intervenció urgent, la declaració de desemparament abans del naixement, etc.. Mesures d'Atenció immediata i transitòria en famílies acollidores d'urgència o en centres d'acolliment, -Art. 111-, i la mesura d'Auxili judicial i policial -Art. 112.

La protecció queda definida com al conjunt d'actuacions socials reservades per a “quan les coses van malament”, quan el desenvolupament integral de l'infant o l'adolescent sembla clar que resulta seriosament afectat, en vista dels coneixements científics actuals. Una de les seves conseqüències jurídiques és la declaració de desemparament³³.

Com a mesures de protecció, s'estableixen les següents tipologies -Art. 120:

- a) L'acolliment familiar simple per una persona o una família que pugui suplir, temporalment, el nucli familiar natural de l'infant o l'adolescent.
- b) L'acolliment familiar permanent.
- c) L'acolliment familiar en unitat convivencial d'acció educativa.
- d) L'acolliment en un centre públic o concertat.
- e) L'acolliment preadoptiu.
- f) Les mesures de transició a la vida adulta i a l'autonomia personal.
- g) Qualsevol altra mesura de tipus assistencial, educatiu o terapèutic

³³ Llei 14/2010, Preàmbul.

aconsellable, d'acord amb les circumstàncies de l'infant o l'adolescent.

Veiem, doncs, que es creen dues noves modalitats d'acolliment familiar: l'acolliment permanent i l'acolliment *en unitat convivencial d'acció educativa*, anomenat també *acolliment professionalitzat* inicialment, fins que una reorientació del Departament de Benestar Social i Família passa a anomenar-lo *acolliment especialitzat*.

El mateix Article disposa que les mesures d'acolliment familiar, sempre que sigui possible, tenen preferència respecte de les que comporten l'internament de l'infant en un centre públic o concertat; i que l'infant o l'adolescent per a la protecció del qual és necessària l'aplicació de la mesura d'acolliment en família aliena o en centre té dret a ésser acollit al més a prop possible del seu domicili, llevat que no li sigui beneficiós.

Malgrat que les orientacions internacionals, i la legislació catalana més actual, ja disposa la preferència per als recursos familiars per damunt dels residencials, la realitat és que hi ha un clar predomini de la xarxa residencial a Catalunya. El model d'atenció que es va configurar sobretot a partir de les Lleis del 1985 i del 1991, pesa encara -i molt- en el cos professional i de l'administració. No és estrany, a dia d'avui, sentir professionals de l'àmbit que mostren clares reticències cap a l'acolliment familiar, malgrat els indicadors de resultats i les orientacions internacionals. En definitiva, queda encara un llarg recorregut fins a invertir la tendència i assolir nivells d'acolliment familiar que facin residuals, estrictament per a quan siguin insubstituïbles, els recursos residencials. Però això és una qüestió que no pertoca a aquest treball.

Reflectim a continuació la distribució actual de les mesures de protecció, fent la comparativa entre les dades de 2010 i de 2011, segons les dades de la pròpia Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència, que il·lustren el que acabem d'exposar. Si observem el nombre d'infants acollits en medi residencial i els acollits en família aliena no preadoptiva, la relació és de 3 a 1:

DISTRIBUCIÓ DE LES MESURES DE PROTECCIÓ

Atenció en el nucli d'origen		Desembre 2010 Total infants: 7985		Març 2011 Total infants: 7731		Desembre 2011 Total infants: 7217	
Família Natural	Atenció en la pròpia família	906	11,34%	547	7,08%	-	-
	Acolliment en família extensa	2773	34,72%	2853	36,90%	2944	40,79%
Separació del nucli d'origen							
Família Aliena	Acolliment en família aliena	885	11,08%	898	11,61%	924	12,80%
	Acolliment en família peadoptiva	672	8,41%	670	8,66%	648	8,97%
Acolliment en Centre	Atenció en centre d'acollida	673	8,42%	663	8,58%	559	7,74%
	Atenció en centre residencial	2009	25,15%	2032	26,20%	2073	28,72%
	Pios assistits	67	0,83%	68	0,88%	69	0,95%

Taula 3.

Dades sobre els totals d'infants amb mesures de protecció. Font: Dades 2010: Memòria del Departament de Benestar Social i Família 2010. Dades 2011: Estadístiques accessibles al Web de DGAIA.

En el moment de finalitzar la redacció d'aquest treball, no s'ha aprovat encara el decret que ha de regular i desplegar la Llei. Resta vigent, doncs, en allò que no s'hi contradiu, el Decret 127/1997.

3.3 L'ACOLLIMENT FAMILIAR

Fer-se càrrec del fill d'una altra família, que això és en essència l'acolliment familiar, és un fet que s'ha produït en pràcticament tots els entorns humans. A Catalunya, l'*afillament* va ser habitual en períodes de dificultats, especialment en els períodes de la transició dels medis rurals als industrials i durant la postguerra. No sempre, però, va ser una figura vinculada estrictament a la generositat i l'interès per als infants. Qui assumia

la cura d'un infant aliè -a vegades dins de la mateixa família, però no sempre-, ho feia a canvi d'algun tipus de contraprestació, sovint en forma de peonatge si es tractava de nois o d'assistència a la llar si era una noia l'acollida³⁴.

Alguns autors (Blanc, 2006) situen l'origen de l'acolliment familiar *sistematitzat* en Maître Guy, fundador de l'orde hospitalari del Sant Esperit, l'any 1119. Segles més tard, l'orde de St. Vicenç de Paül institucionalitza la pràctica d'organitzar acolliments familiars, fins i tot de forma remunerada. Inicialment procura *treure* en acolliment els infants fills de mares empresonades, i posteriorment organitza acolliments per a infants institucionalitzats.

Les primeres referències properes, pel que fa a l'àmbit legal, les trobem en disposicions de l'any 1788, en el títol d'*afillament i adopció d'expòsits*, promulgat pel rei Carles III³⁵. Molt més cap aquí, L'ordenació del 1948 establia la possibilitat que els infants que estaven sota la protecció del Tribunals Tutelars de Menors poguessin ser confiats a una persona, família o establiment (Decret d'11 de juny de 1948).

Fins a la regulació i ordenació en el corpus legislatiu, hi va haver moviments, promoguts des de la societat civil, per tal d'institucionalitzar la figura de l'acolliment, com ara l'Agrupació al Servei d'Infants en Risc (ASIR)³⁶, impulsat per l'orde de les filles de la Caritat, com hem vist abans; o el Movimiento de Atención a Cierta Infancia -MACI-, al 1975, que en un inici promovia l'acolliment preadoptiu d'infants institucionalitzats, però que a partir dels anys vuitanta promogué acolliments amb previsió de retorn al nucli familiar d'origen (Amorós, 2003).

La llei 11/1985, de 13 de juny, *de protecció de menors*, recollia, com hem vist, l'acolliment com una forma de resposta a les mesures judicials en el tractament de la

34 Diversos documents novel·listics i cinematogràfics reflecteixen aquestes situacions: Pa Negre, d'Emili Teixidor (2006), publicada a Columna, Col. Clàssica, amb 20 edicions, i portada al cinema per Agustí Villaronga (2010, Massa d'Or Produccions); L'Home de les maletes, de Ramon Solsona (2011), publicada a Proa, Col. A tot Vent, núm 551, amb 7 edicions.

35 Amorós, P., J., et alt. (2003) Famílies Cangur. Una experiència de protecció a la infància. Col. Estudis Socials, núm 13. Fundació la Caixa. Palacios,

36 López M., C. (2009) Protecció a la infància: un estudi sobre l'acolliment familiar. Tesi Doctoral. Universitat de Barcelona.

delinqüència juvenil. En una breu *Secció 3era., De l'Acolliment familiar*, trobem:

- *L'acolliment familiar consistirà a confiar el menor a una persona o família el temps que l'autoritat judicial determini, amb l'objecte de procurar retornar-lo a la família d'origen o reinserir-lo en el medi social si el dit entorn familiar pogués resultar-li perjudicial.*
- *El departament de Justícia exercirà les tasques de selecció, ajut econòmic, suport i control respecte de les persones o famílies encarregades d'acollir els menors.*

Llei 11/85, de 13 de juny, de protecció de Menors, Art. 46.

Pel que fa a la tutela de menors per defecte o inadequat exercici de la pàtria potestat o del dret de guarda i protecció -Títol VI de la Llei-, trobarem referències en els articles 57.b) -l'estada en família acollidora com a mesura d'*atenció i tractament continuat*-, 59.1, 2 i 3, que reproduïx la definició d'acolliment que ja hem vist en l'article 46, i explicita que la persona o família acollidora exercirà els drets de guarda i educació de l'infant i les funcions del Dpt. de Justícia en aquest àmbit.

La Llei espanyola 21/1987, d'11 de novembre, *por la que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de adopción*, recull l'acolliment familiar a l'article 172.3 i 4, i 173.1. Aquest darrer estableix que l'acolliment familiar *produce la plena participacion del menor en la vida de familia e impone a quien le recibe las obligaciones de velar por el, tenerlo en su compañía, alimentarlo, educarlo y procurarle una formacion integral*. Distingeix clarament l'acolliment familiar de l'adopció.

La Llei 37/1991, de 30 de desembre, *sobre mesures de protecció dels menors deseparats i de l'adopció*, reproduïx, en el seu Article 10.2, les obligacions de la persona o família acollidora que establia l'Art. 173.1 de la Llei espanyola 21/87. Contempla l'acolliment simple en família aliena -quan s'entreveia la possibilitat del retorn al nucli d'origen- i l'acolliment preadoptiu, com a pas previ a l'adopció.

L'acolliment simple podia tenir una durada màxima d'un any, tret que es prorrogués *prèvia comunicació al Ministeri Fiscal* (Art. 11.1) Això va generar una certa perversió

interpretativa, ja que a la pràctica es produïen poquíssims retorns al nucli d'origen, i els acolliments *simples* eren, de fet, acolliments indefinits que sovint quedaven en una mena de buit legal, ja que les mesures podien restar fins a diversos anys sense ser prorrogades formalment. En realitat, la majoria de nens i nenes acollides arribaven a la majoria d'edat amb les famílies acollidores, que assumien amb una gran generositat la distorsió entre allò que deia la formalitat, una durada màxima d'un any, i el que vivien en la quotidianitat: la permanència dels infants fins a la majoria d'edat, i el manteniment de la convivència assolida ja la majoria, en una gran majoria de casos.

La pràctica va instaurar que es parlés, en l'àmbit tècnic, d'acolliment de *curta durada*, quan es preveia el retorn en un termini no superior als dos anys, i d'acolliment de *llarga durada* si la previsió de retorn superava aquest termini, o bé si no es preveia el retorn. De fet, tant els formularis per a la sol·licitud d'acolliment familiar com la Guia de l'Acolliment³⁷, així com a la Memòria 2010 del Departament de Benestar Social i Família, encara recullen a dia d'avui aquesta distinció temporal. De la mateixa manera, es van desplegar, informalment, l'acolliment d'urgència i l'acolliment d'urgència i diagnòstic. El primer tenia l'objectiu de *facilitar a l'infant una família mentre es modifiquen les circumstàncies concretes que han motivat la separació de la seva família. La durada d'aquest acolliment és de dies a tres mesos*. El segon, implicava -i implica- que *una família d'acollida protegeixi l'infant i en tingui cura mentre finalitza l'estudi de la seva situació i de la seva família, amb l'elaboració d'una proposta envers el nen i la seva família d'origen. La durada: de dies a sis mesos*.

Els Decrets 2/1997 i 127/1997 van desplegar el contingut de la Llei. Hi apareix la figura de les Llars Funcionals, *serveis consistents en acolliments simples d'infants o adolescents amb un màxim de vuit menors. Aquest nombre es podrà superar en el cas de grups de germans (Art. 48)*.

Es regula l'acolliment simple en família extensa i en família aliena, així com, per primera vegada, les condicions i requisits que han de reunir les persones i famílies acollidores, i el procés de valoració que han de seguir (Articles 59, 60, 61, 62, 63), i els

³⁷ Editada per l'Institut Català de l'Acolliment i de l'Adopció, ICAA, any 2009. Generalitat de Catalunya.

criteris per a l'assignació d'un infant a una persona o família (Art. 64).

Cal dir -ja ho hem fet anteriorment- que aquest reglament continua avui en vigor.

Un any abans de l'aprovació d'aquests Decrets, apareixia, en l'àmbit espanyol, la Ley orgánica 1/96, de 15 de enero, de *Protección Jurídica del Menor* -actualment encara vigent però en fase de modificació-, que establí les modalitats d'acolliment preadoptiu, simple, permanent i provisional. Catalunya no va recollir la proposta d'acolliment permanent. Això va fer que qüestions com la possibilitat d'acollir-se al permís per maternitat que concedia la Seguretat Social per a aquesta modalitat, haguessin de ser resoltes per altres vies³⁸.

Cap a l'any 1998 es posa en marxa el Programa d'Estada de Nens i Adolescents en Famílies Col·laboradores, una iniciativa promoguda i coordinada entre l'Institut Català de l'Acolliment i de l'Adopció i la Direcció General d'Atenció a la Infància. Aquest Programa pretenia donar l'oportunitat de conviure en família, ni que fos puntualment, als infants de llarga institucionalització i que no tenien altres opcions de convivència en família. A dia d'avui el Programa continua, havent-se'n fet una remodelació aquest mateix any 2012.

Actualment, i des de l'aprovació de la Llei 14/2010, de 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència, l'acolliment familiar pot ser:

- **simple**, si es preveu que el desemparament serà transitori, i pot tenir diferents modalitats; la tipologia i la durada de les modalitats d'acolliment familiar simple s'han d'establir reglamentàriament (Art. 126.2)
- **permanent**, si es preveu que el desemparament serà definitiu i no es considera més favorable per a l'interès de l'infant o l'adolescent l'aplicació de l'acolliment preadoptiu o quan aquest no sigui possible

³⁸ En aquesta qüestió, va ser determinant el paper de l'Institut Català de l'Acolliment i de l'Adopció, i de l'Associació de Famílies Acollidores de Barcelona; en el fet d'aconseguir que l'ajut econòmic que rebien les famílies en qualitat de manutenció dels infants acollits no gravés les economies de les famílies acollidores, va destacar la insistència d'entitats col·laboradores d'integració familiar, com Creu Roja a Barcelona.

(Art. 126.3), i

- **especialitzat** -o en unitat convivencial d'acció educativa-, que pot ser simple o permanent, i que *es pot acordar fonamentalment respecte d'infants o adolescents amb diversitat funcional, grups de germans i altres en dificultats especials o amb necessitats educatives especials* (Art. 131.2)

Prèviament a aquests articles, la Llei fa referència a la possibilitat que els infants siguin atesos de forma immediata i transitòria en famílies acollidores :

1. *Les famílies acollidores d'urgència (el text afegeix: o els centres d'acolliment, si s'escau) han d'exercir l'atenció immediata i transitòria dels infants i els adolescents desemparats, mentre s'analitza la problemàtica i es determina, si s'escau, la mesura de protecció més adequada. L'estudi de la problemàtica del infant i la proposta de mesura protectora s'han de portar a terme en el termini que s'estableixi reglamentàriament, que com a màxim ha d'ésser de sis mesos.*

Llei 14/2010, Art. 111.

3.4 L'ACOLLIMENT FAMILIAR D'URGÈNCIA I DIAGNÒSTIC.

El temps del diagnòstic tècnic pot ser també un temps de reparació i d'establiment de llaços d'afecte i de seguretat.
Dolors Prats i Martínez³⁹

1. *A mode de definició.*

Malgrat que l'acolliment d'urgència i diagnòstic és present en el nostre sistema de protecció des de fa prop de vint anys, no hi ha, a dia d'avui, una definició *oficial*. Ni tan sols, com veurem, no existeix cap reglamentació que n'estableixi les bases, ni els límits, ni els procediments. És la pràctica professional, i les aportacions de les famílies acollidores, allò que n'ha acabat fornint el concepte, àmpliament reconegut pels cossos tècnics, i que l'ha dotat de procediments majoritàriament compartits pels diferents equips que hi intervenen.

Una aproximació a la definició d'aquest acolliment podria ser, ni que sigui provisionalment, entendre l'acolliment d'urgència i diagnòstic com:

³⁹ Dolors Prats i Martínez és Cap de la Unitat d'Acoblaments i Seguiments, de l'Institut Català de l'Acolliment i de l'Adopció, i una impulsora incondicional de l'acolliment d'Urgència i Diagnòstic. El març de 1999 va pronunciar la Ponència : L'Acolliment familiar d'Urgència i Diagnòstic, al Palau Macaya de Barcelona, d'on recullo aquesta citació. Document no publicat.

la modalitat de protecció temporal i immediata exercida per una persona o família específicament preparada, que consisteix a satisfer adequadament les necessitats físiques i psicoafectives dels infants fins als sis anys d'edat, les famílies dels quals han mostrat indicadors de cura insuficient o negativa, i durant el mínim temps necessari per a establir el diagnòstic de la situació sociofamiliar i la proposta tècnica conseqüent.

En una publicació divulgativa de l'any 2009, l'Institut Català de l'Acolliment i de l'Adopció establia les següents característiques⁴⁰ per a l'acolliment d'urgència i diagnòstic:

- té lloc mentre es valora la situació de l'infant i l'evolució de la seva família i, en conseqüència, s'estableix quina és la millor opció de futur del nen o la nena.
- Els infants acollits solen ser nadons o menors de sis anys (tot i que, ocasionalment, hi pot haver un infant més gran).
- Són acolliments que tenen una durada mitjana de sis mesos i que finalitzen quan l'equip tècnic de la Direcció General d'Atenció a la Infància i a l'Adolescència (DGAIA) acaba l'estudi sobre les circumstàncies familiars i socials de l'infant i elabora la proposta més adient: la reintegració del nen o la nena a la seva família d'origen o família extensa, l'acolliment familiar per part d'una família acollidora o l'adopció de l'infant per part d'una família adoptiva.

Les persones i famílies que s'ofereixen per a aquesta *modalitat*⁴¹ d'acolliment han de comptar amb uns determinats requisits que, tot i que no estan tampoc recollits de forma específica en cap protocol oficial tret dels breus paràmetres recollits als decrets esmentats, responen a un ampli consens entre els equips professionals que duen a terme la valoració de les sol·licituds, com veurem més endavant. Entre aquests requisits, tenen una especial importància la capacitat de respondre adequadament a

⁴⁰ Domènech B., A., Prats M, D., Guasch E., M T (2009) Guia sobre l'Acolliment Familiar. Institut Català de l'Acolliment i de l'Adopció, Dpt d'Acció Social i Ciutadania, Generalitat de Catalunya. Ed. Mediterrània, Barcelona.

⁴¹ En endavant, emprarem la forma "modalitat d'acolliment" per a referir-nos a l'acolliment d'urgència i diagnòstic, interpretant lliurement el sentit de l'Art. 127.2 de la Llei 14/2010.

les demandes afectives i a les necessitats dels infants atesos, i la capacitat d'acompanyar-los en la transició cap a una situació definitiva, tant si és el retorn amb els progenitors, l'adopció, o l'acolliment en família extensa -o aliena, en determinats casos. Així mateix, són importants l'exigència d'implicació de tota la família, i la forma de processar els moviments afectius, relacionals i psíquics (Martínez i Chalubert, 2002).

La separació de l'infant i l'acompanyament emocional ocupen una bona part de l'interès d'aquest treball, i comporten, com veurem, un important esforç emocional de les famílies acollidores. És per aquest motiu que constitueix un element que mereix especial atenció per part dels professionals, des de la preparació i formació a les famílies i durant tot l'acolliment.

2. Regulació i normativa

La Llei 14/2010, de 27 de maig, dels Drets i les Oportunitats en la Infància i l'Adolescència, no defineix explícitament l'acolliment d'urgència i diagnòstic. Només a l'Article 111, *Atenció immediata i transitòria en famílies acollidores d'urgència o centres d'acolliment*, es fa una imprecisa referència a aquest acolliment, com hem vist anteriorment.

Més endavant, a l'article 127, *Acolliment en família extensa i acolliment en família aliena*, el text legislatiu permetria situar l'acolliment d'urgència i diagnòstic -no sense algun dubte⁴²- i sense anomenar-lo explícitament, com a una modalitat dins de la classe de l'Acolliment Simple:

2. *L'acolliment familiar simple s'ha d'acordar si es preveu que el desemparament serà transitori i pot tenir diferents modalitats; la tipologia i la durada de les modalitats d'acolliment familiar simple s'han d'establir reglamentàriament.*

LI 14/2010, Art. 127.2

⁴² El caràcter transitori del desemparament a què fa referència l'article no queda garantit en l'acolliment d'urgència i diagnòstic, atès que respon a un moment inicial de l'estudi (diagnòstic) de la situació familiar, i per tant el pronòstic de transitorietat del desemparament és en aquest moment absolutament incert.

Cal dir que la Memòria del Departament de Benestar Social i Família, corresponent a l'any 2010, recull encara les temporalitats *tradicionals* de l'acolliment de curta i de llarga durada, i indica una temporalitat de 6 a 9 mesos per a l'acolliment d'Urgència i Diagnòstic:

Els programes d'acolliment simple en família aliena que es duen a terme en funció de les necessitats dels menors i les seves famílies són els següents:

- *Acolliment de curta durada (fins a 2 anys de durada)*
- *Acolliment de llarga durada (més de 2 anys de durada)*
- *Acolliment d'urgència i diagnòstic (màxim 6-9 mesos de durada)*

Memòria del Dpt. de Benestar Social i Família 2010, pg. 91.

En el moment de concloure aquest treball, no s'ha aprovat encara, com ja hem dit anteriorment, el text reglamentari que ha de regular aquesta modalitat d'acolliment.

Cal dir que tampoc la legislació anterior no preveia de forma explícita l'acolliment d'urgència i diagnòstic. Així, la Llei precedent a l'actual, en matèria d'Infància, la L37/1991, *de protecció dels menors desemparats i de l'adopció*, estableix a l'Art. 5è, *L'acolliment simple del menor per una persona o una família que puguin substituir, provisionalment o definitivament, el seu nucli familiar natural*, com a "segona mesura" a adoptar en cas de resolució de desemparament, després de *l'atenció en la pròpia família del menor, mitjançant ajuts de suport psicosocial...* Tampoc el Decret de Reglamentació posterior, el 2/1997, *de 7 de gener, pel qual s'aprova el Reglament de protecció dels menors desemparats i de l'adopció*, modificat parcialment pel 127/1997, no en recollia cap referència específica. Una aproximació la trobem a l'Article 13 d'aquest Decret: (...) *L'anàlisi es portarà a terme en el propi medi natural del menor, o bé als centres d'acolliment o a les famílies acollidores.*

L'absència de referències clares, tanmateix, no fou impediment per a la progressiva instauració de l'acolliment d'urgència i diagnòstic.

Recentment, i en l'àmbit de l'estat espanyol, la *Comisión Especial del Senado para el estudio de la problemática de la adopción y otros temas afines* va publicar, en el marc de l'elaboració de l'Avantprojecte de Llei espanyola de modificació de la legislació en

matèria d'infància, l'Informe⁴³ segons el qual, a la Recomanació 38, es proposa:

38. *Suprimir legalmente el acogimiento residencial para menores de seis años, de forma escalonada, de modo que la medida sea efectiva, en un primer momento, en el tramo de 0-3 años y, en un plazo razonable, se extienda hasta los seis años.*

*Comisión Especial del Senado para el estudio de...,
Recomanació 38.*

D'acord amb aquesta Recomanació, de fer-se efectiva en la normativa, l'acolliment d'urgència i diagnòstic hauria d'assumir tot el volum d'infants fins a sis anys, que ara són institucionalitzats en centres d'acollida d'urgència. El repte del sistema de protecció consistiria, doncs, a sensibilitzar un nombre suficient de persones i famílies disposades i amb capacitats per a fer-se'n càrrec.

3. Origen i Evolució.

Malgrat que cap text normatiu recull aquesta denominació, l'Acolliment d'Urgència i Diagnòstic és conegut amb aquest nom de forma absolutament consolidada per tota la comunitat professional i de l'Administració.

Aquesta modalitat d'acolliment s'inicia, a Catalunya, l'any 1997, arran del programa "Famílies Cangur", endegat a través d'un conveni de col·laboració entre el Departament de Justícia -aleshores competent en matèria d'infància- i la Fundació "la Caixa", iniciat l'any 1996. Aquest programa s'aplicà a diferents comunitats autònomes, i a Catalunya es va adreçar a potenciar l'acolliment de curta durada i a endegar l'acolliment d'Urgència i Diagnòstic.

Inspirat en l'experiència de l'acolliment de la petita infància en *Assistants maternels* a França, i seguint d'alguna manera les propostes de Maturana, de Bowlby, i posteriorment també de Barudy i de Galli, durant l'any 1996 es van establir les bases i les primeres propostes de procediments. Cal dir que els inicis van haver de suportar la pressió i el desencoratjament d'una bona part del sistema. Primava la idea que els

⁴³ Informe de la Comisión Especial de Estudio de la Problemática de la Adopción y otros Temas Afines. Senado, IX Legislatura. Serie I, Boletín Oficial de las Cortes Generales. Núm. 545, de 17 de novembre de 2010

infants havien de passar necessàriament per una etapa d'elaboració del dol en una institució, per passar posteriorment a un entorn familiar. Al 1997 s'iniciaven els primers casos, i poc després el programa s'havia estès a tot Catalunya.

L'edat dels infants susceptibles de ser acollits en aquesta modalitat anava des de la setmana de vida als set anys. Entre ell setembre de 2007 i el mes de febrer de 1999, un total de disset mesos, es van realitzar a Catalunya 25 acolliments d'urgència i diagnòstic i 11 acolliments d'urgència⁴⁴.

Pel que fa al perfil de les famílies acollidores, l'experiència d'aquell període recollia els següents requisits:

- Atenció i disponibilitat per a superar i atendre la immediatesa de l'acollida.
- Acceptació de la història del nen, i respecte per la família d'origen.
- Disponibilitat interna que facilita la disponibilitat externa per l'acollida en situació d'urgència del nen.
- Atenció i contenció per a tenir cura d'un nen del qual no es coneix informació anterior, només la més bàsica.
- Contenció per a poder observar i transmetre les observacions.
- Equilibri intern que els faci resistents a la situació d'emergència.
- Capacitat educativa i coneixement del món de la infància.
- Capacitat de treballar amb l'equip tècnic, aportant les seves observacions i col·laboració, alhora rebent les indicacions i pautes que es deriven de l'estudi.
- Disponibilitat horària que permeti l'atenció, de forma continuada, del nen.
- Capacitat de reparació i interacció amb el nen.
- Preparació per a superar la desvinculació afavorint la vinculació del nen amb la seva família o amb una altra família.

⁴⁴ Dades extretes de la Ponència de Dolors Prats i Martínez, ja citada.

L'experiència d'aquells primers casos, també permet observar alguns factors determinants: a) les famílies amb històries anteriors de pèrdues no superades, tenen més dificultats per a superar la separació dels infants; b) les famílies amb fills d'edats inferiors als 5 anys han d'acompanyar-los en la comprensió de la separació de l'infant acollit; c) les famílies amb fills adolescents implicats en l'acolliment, toleren i col·laboren més activament en el procés de separació i integració en la nova família; i d) -el més important per a l'objectiu d'aquest treball: les famílies que realitzen un primer acolliment d'urgència i diagnòstic que finalitza en un temps no superior als tres mesos, viuen el procés de desvinculació més ràpid, i queden en major disponibilitat per a realitzar un nou acolliment.

Des dels inicis, ha estat una forma d'acolliment que s'ha *construït* a partir de les aportacions que cada professional i cada equip hi ha fet, en una constant evolució i, en paraules de la mateixa Dolors Prats, amb una extrema autocrítica: s'han perfilat i enriquit els procediments -rituals, passatges, modes d'acompanyament, ...-, però també s'han detectat i corregit determinats errors, quan es veia que no contribuïen als objectius i requisits de qualitat desitjats.

Cal destacar, d'aquesta evolució: a) la forma com es feien les finalitzacions -els passatges-, tant si eren retorns a la família d'origen com si es tractava d'una adopció: en un context merament administratiu, fred, i amb quasi nul contacte entre les famílies. A dia d'avui, i sempre que és possible, els passatges es fan a la pròpia llar, sigui d'una família o d'una altra, i es té cura de tot allò que és important per a l'infant; b) l'apreciació tècnica que les famílies adoptants vivien amb reticència el temps passat per l'infant en una "altra" família. Avui, el treball tècnic acompanya ambdues famílies en un procés de passatge on cadascú pot comprendre les emocions i els sentiments de l'altre. c) les pressions detectades, a l'inici, d'un bon nombre de famílies que alimentaven les raons per a *quedar-se* el nen un cop passat el període d'estudi, van anar conduint a millorar els processos d'estudi de les sol·licituds i els programes de formació inicial; d) de la discrepància inicial, pel que fa a determinats criteris, entre les "entitats d'acolliment" i les "entitats d'adopció", s'ha passat, en bon grau, a un bon encaix mutu, que ha permès

tenir molt més en compte els estils familiars i la capacitat d'empatia, quan es tracta de passatges a l'adopció;

4. **Procediments**

Descriurem aquí, de forma general, els principals moments de l'acolliment d'urgència i diagnòstic, per tal d'ubicar posteriorment aquells aspectes que seran motiu d'anàlisi i objecte de la recerca:

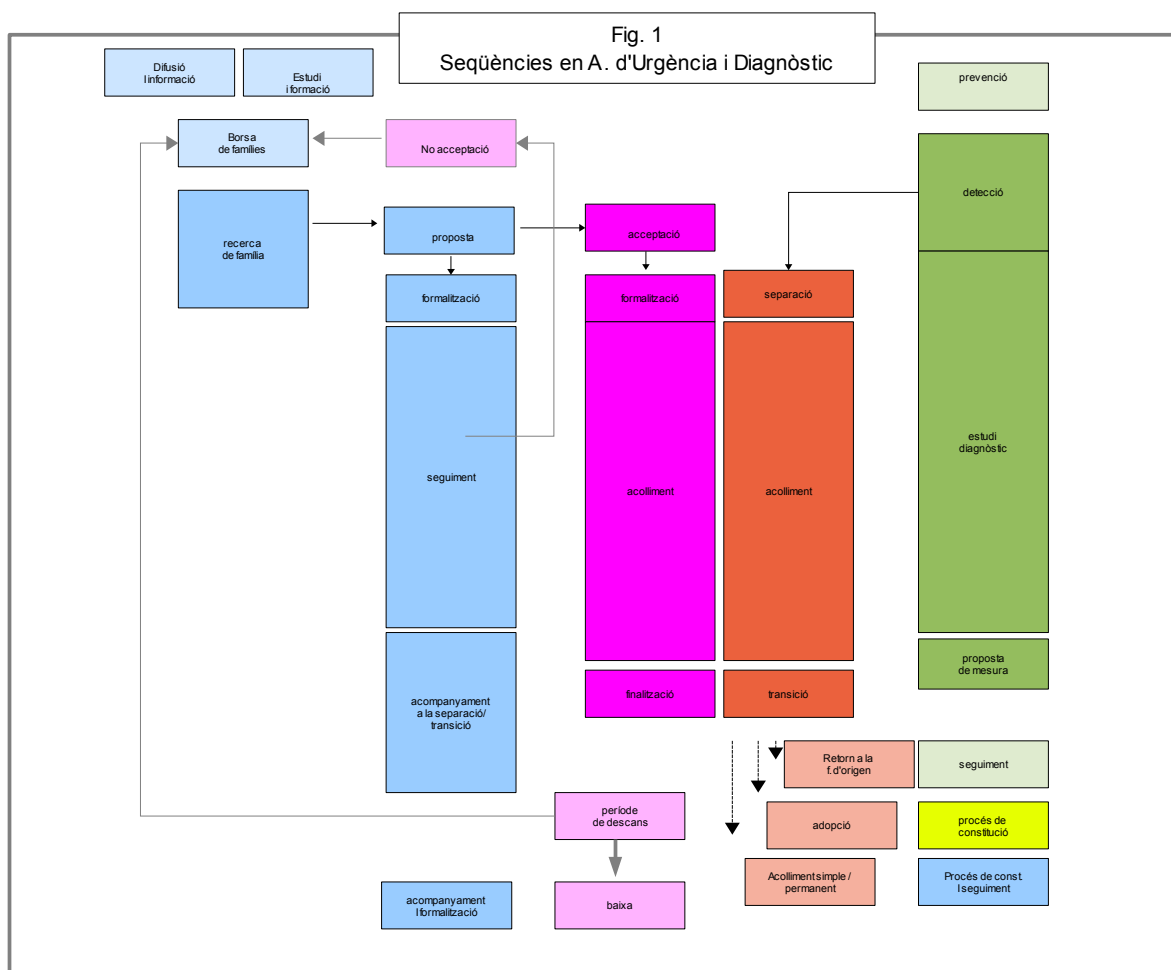


Fig. 1: Principals seqüències en l'acolliment d'Urgència i Diagnòstic. S'especifiquen els processos relatius als infants (en vermell), a la família acollidora (en magenta), als equips d'estudi i diagnòstic i d'intervenció amb la família d'origen (en verd), els equips d'acolliment (en blau) i els equips d'acolliment preadoptiu (en groc).

4.1 Detecció

De forma cautelar, quan hi ha indicadors suficients de risc, els equips pertinents -habitualment els Equips d'Atenció a la Infància i l'Adolescència, EAIA- poden proposar ja durant la gestació la retenció hospitalària del futur nadó en el moment en què es produeixi el naixement, i l'assumpció de les funcions tutelars per part de l'administració. Quan no hi ha constància prèvia, si en el moment del naixement l'equip mèdic aprecia indicadors de risc o de desemparament, té l'obligació⁴⁵ de notificar la situació, moment en què intervé l'Equip de Valoració del Maltractament infantil, EVAMI, que farà la proposta coherent amb la valoració que en resulti.

Quan l'apreciació de la cura negligent o del maltracte és posterior al moment del naixement, són diverses les vies de comunicació: la persona o estament (serveis socials, mèdics, institucions escolars...) que aprecia la possible situació de risc o de maltractament té l'obligació de posar-ho en coneixement dels òrgans competents⁴⁶. Valorada inicialment la situació, si els equips especialitzats consideren que cal procedir a la separació, fan proposta de retirada de l'infant. D'acord amb la situació d'urgència, l'atenció immediata és garantida per llei, i tant l'Administració com els equips dels serveis socials especialitzats i els serveis socials bàsics han de respondre a les necessitats de l'infant (L14/2010, Art. 110.1).

En totes les situacions, és molt important que la família d'origen sigui atesa i informada del procés, conegui els professionals que es fan càrrec de l'estudi i tinguin coneixement dels motius de la separació i de la proposta que s'acorda per al seu fill. Quan es tracta d'una retenció hospitalària, és molt delicat el treball que cal fer amb els progenitors, especialment amb la mare, per tal d'atendre adequadament l'impacte emocional que pot suposar la notícia de la separació, i donar resposta, coordinadament amb l'equip

⁴⁵ Llei 14/2010, Art. 100.3: Tots els professionals, especialment els professionals de la salut, dels serveis socials i de l'educació, han d'intervenir obligatòriament quan tinguin coneixement de la situació de risc o de desemparament en què es troba un infant o adolescent, d'acord amb els protocols específics i en col·laboració i coordinació amb l'òrgan de la Generalitat competent en matèria de protecció dels infants i els adolescents. Aquesta obligació inclou la de facilitar la informació i la documentació que calgui per a valorar la situació de l'infant o l'adolescent.

⁴⁶ Llei 14/2010, Art. 100.2: Els ciutadans que tenen coneixement de la situació de risc o desemparament en què es troba un infant o adolescent tenen el deure de comunicar-ho als serveis socials bàsics, especialitzats o del departament competent en matèria de protecció dels infants i els adolescents, al més aviat possible, perquè en tinguin coneixement.

mèdic, als aspectes alimentaris: supressió de l'alletament matern i introducció del biberó.

És des d'aquest moment de la detecció que s'inicia l'estudi diagnòstic, de cara a la presa de decisions sobre el futur imminent de l'infant. L'agilitat i la qualitat d'aquest treball condicionarà enormement l'evolució de l'acolliment i evitarà perjudicis posteriors. Als biaixos en l'avaluació s'atribueixen la major part dels desajustos que es produeixen en acolliment familiar: *acolliments enfocats al retorn de l'infant que es cronifiquen durant anys, acolliments familiars sense contactes o amb contactes nocius per als infants, famílies acollidores preparades per a acolliments de mesos i que han d'assumir la cura dels infants molt més enllà, etc. (Borrajó, 2012).*

4.2 Recerca de família i proposta

Un cop detectada la situació, la coordinació entre els organismes competents⁴⁷ té per objectiu comptar, en el mínim temps possible, amb una família específicament preparada que pugui assumir de forma immediata la cura de l'infant.

Habitualment, es dona una primera informació telefònica a la família predeterminada⁴⁸, -situació sanitària de l'infant, ubicació, necessitats específiques...- i s'explora la seva disponibilitat. Quan la situació ho permet, disposar d'un o dos dies abans de l'inici de l'acolliment permet a la família una mínima preparació, i facilita que l'equip de referència de la ICIF pugui disposar de més informació. Quan no és així, s'acorda la data i l'hora en què la família es farà càrrec de l'infant. Molt sovint, la informació de què es disposa és mínima, i cal un coneixement previ dels límits de l'oferiment de la família, per tal d'evitar situacions no desitjades o no acceptades, un cop l'acolliment ja s'ha iniciat. Aspectes com la presència d'anticossos de determinades infeccions víriques,

⁴⁷ Actualment, és la Dcció Gral d'Atenció a la Infància i l'Adolescència -DGAIA- qui encomana a l'Institut Català de l'Acolliment i de l'Adopció -ICAA- la recerca de família adequada. Al seu torn, l'ICAA deriva a la Institució Col·laboradora d'Integració Familiar -ICIF-, en qui té funcions delegades, la recerca, d'acord amb la 'bossa de famílies disponibles'.

⁴⁸ FEDAIA (2012) Acolliment Familiar: Cap a un model de qualitat. Document Intern de la Federació d'Entitats d'Atenció a la Infància i l'Adolescència. Pendent de publicació

malformacions, alteracions cromossòmiques, símptomes aguts de la síndrome d'abstinència fetal, necessitats especials, són molt rellevants a l'hora de fer la proposta a les famílies, en funció del grau en què cadascuna hagi o no manifestat prèviament la seva acceptació.

En tractar-se de situacions *d'urgència*, no és possible, en general, disposar d'un temps d'acoblament, com en altres modalitats d'acolliment. Aquest és un aspecte conegut i acceptat per les famílies acollidores, que assumeixen sense període d'adaptació la incertesa que suposa. També per als nens, en funció de la seva edat, això pot ser especialment impactant, i cal, en conseqüència, aportar els recursos necessaris per tal de fer possible, quan es pugui, un mínim acoblament i per a minimitzar la duresa del canvi d'adults⁴⁹

4.3 Formalització de l'acolliment.

En determinades ocasions, quan els nadons han de romandre a la unitat hospitalària de neonatologia, i requereixen la proximitat d'un adult -que els agafi en braços, que els gronxi, que els parli...- i aquest no pot ser cap membre de la seva família d'origen, es valora la conveniència que sigui la família acollidora qui assumeixi aquest rol. En aquests casos, la formalització es pot fer directament a l'hospital, en el moment de l'alta mèdica.

En els altres casos, la formalització es du a terme a les dependències de l'administració. Professionals especialitzats realitzen l'acompanyament de l'infant i aporten la informació de què es disposi. És aconsellable que la família acollidora estigui acompanyada dels seus tècnics de referència, i que es donin les orientacions mèdiques i sanitàries pertinents. L'acolliment queda formalitzat en el moment que la família signa la Diligència d'Acceptació. En aquest moment, l'Administració delega en la família les funcions de guarda, mantenint les funcions tutelars. És obvi recordar que a aquest moment, que té la seva càrrega emotiva especialment per als acollidors novells, li

⁴⁹ Ripoll i T, J., Juanola M., A., et alt. (2010) Manual de Buena Práctica en Acogimiento Familiar. Cruz Roja. Madrid.

correspon un context càlid i afectuós, i que cal aportar a l'infant el clima de tranquil·litat i de calma que necessita.

4.4 Seguiment de l'acolliment

En el seguiment de l'acolliment cal distingir diferents moments: en l'etapa inicial, sobretot en famílies que facin el seu primer acolliment, és important que l'equip o els professionals de referència tinguin contacte freqüent amb la família i el nen, per tal de garantir tant el suport que sigui necessari com la supervisió dels aspectes assistencials i emocionals. Passats els primers dies, la freqüència dels contactes pot disminuir, però mantenint sempre una relació que permeti atendre l'evolució de l'infant en tots els àmbits. La coordinació amb l'equip que realitza, simultàniament, l'estudi de la situació familiar d'origen, i amb altres equips pertinents, es fa també necessària. Alguns dels aspectes pels quals cal vetllar són que s'inscrigui el nadó, si s'escau, al Registre Civil, que es tramiti la seva documentació⁵⁰, que la família acollidora disposi de la informació i de la documentació necessària per a l'adequada atenció mèdica, i que s'estableixi ràpidament el règim de contactes amb els progenitors.

Durant tot el seguiment, una de les funcions que els professionals de referència tenen presents és el fet de transmetre, en forma de recordatoris a la família acollidora, la temporalitat de l'acolliment i el treball necessari amb l'infant, en atenció al moment del comiat i la separació. És fàcil comprendre que aquesta intervenció mereix un tracte molt delicat i respectuós amb la família, i depèn de l'expertesa dels professionals que no sigui viscuda com a una intromissió ni una amenaça. Tanmateix, és fonamental per a garantir la bona *col·locació* de la família, i contribuir a minimitzar la duresa del moment final de comiat.

La informació rellevant és transmesa periòdicament a l'Administració competent mitjançant els Informes de Seguiment i d'incidències que, com tota la informació relativa

⁵⁰ Llei 14/2010, Art. 109.6, Efectes de la declaració de desemparament: La resolució de desemparament definitiva comporta l'obligació, per part de l'organisme de protecció de l'infant i l'adolescent, de promoure la tramitació immediata de la documentació personal del menor o la menor, en cas que aquest no en disposi prèviament.

als infants amb mesures de protecció, tenen la supervisió de la Fiscalia.

4.5 Finalització

En l'etapa final de l'acolliment, és a dir, quan ha finalitzat l'estudi de la situació sociofamiliar d'origen i hi ha una proposta validada, cal un treball d'acompanyament a la família, i a l'infant en funció de la seva edat, encarat a preparar la transició. A mesura que s'aproxima el comiat, el treball s'orienta a donar suport a la família en el procés de separació i d'acceptació de la imminent situació de l'infant: el retorn al seu nucli d'origen, el passatge a l'adopció per una altra família, o qualsevol que sigui la proposta de mesura que s'hagi acordat. L'atenció a les emocions és fonamental i requereix de nou l'habilitat professional per acompanyar la família en el possible dol, i els fills o altres infants que convisquin amb l'infant que deixarà la llar.

Quan és possible i adequat, la presentació entre les famílies pot contribuir al procés, però cal la disponibilitat de totes les persones, i una preparació i supervisió tècnica. Quan es tracta d'un retorn al nucli familiar d'origen o d'un acolliment en família extensa, pot valorar-se la conveniència de l'ampliació prèvia i progressiva del règim de visites. En cas d'adopció, el primer contacte entre l'infant i les noves figures parentals requereix d'una atenció especial. Una de les qüestions que cal atendre, a banda de la transmissió directa de la informació i els detalls de la vida quotidiana de l'infant, és el tipus d'expectatives que uns i altres puguin tenir en relació a la possibilitat de contactes posteriors entre les famílies o entre l'infant i la família acollidora. En tots els casos, és imprescindible una bona coordinació entre professionals i administració per a programar i executar un pla de passatge adequat a cada infant i situació.

En la formalització de la finalització, caldrà vetllar per la transmissió de tota la documentació de l'infant, així com del fet que quedi recollida documentalment la nova situació administrativa de l'infant i la baixa de les funcions de guarda de la família acollidora.

4.6 Període de descans

Finalitzat l'acolliment, és recomanable que la família acollidora, en cas de desitjar fer nous acolliments, disposi d'un període de descans que permeti elaborar el dol, quan sigui necessari, i ajudar a establir una certa distància emocional vers l'infant acollit, per tal de permetre un nou espai, menys condicionat, al futur o futurs infants que puguin ser acollits per la família.

En funció que s'hagi tractat o no d'un primer acolliment, o de la intensitat amb què la família ha viscut l'impacte de la separació, i de qualsevol altra circumstància rellevant, aquest període pot oscil·lar. És habitual que, en la pràctica actual, variï entre unes setmanes i uns mesos.

Passat aquest període, els professionals de referència treballaran amb la família la seva disposició a nous acolliments, en atenció als factors facilitadors o de dificultat que s'hagin pogut observar.

5. ***Diferents nomenclatures a les Comunitats Autònomes.***

Com va observar darrerament un estudi de Creu Roja Espanyola (Borrajó, 2012), no resulta fàcil equiparar els diferents tipus i modalitats d'acolliment familiar que es realitzen a les comunitats autònomes amb competència en matèria d'infància.

Pel que fa a l'acolliment d'urgència i diagnòstic, caldria situar-lo a cavall de tres modalitats que coexisteixen a l'estat:

- l'acolliment d'avaluació-diagnòstic
- l'acolliment simple d'urgència
- l'acolliment de nadons

L'acolliment d'avaluació-diagnòstic, seguint Borrajó, es definiria com a *aquell que permet conviure els infants amb una família aliena a la seva, mentre es fa un estudi*

sobre les circumstàncies que han aconsellat la seva separació familiar.

Aquest estudi té una durada màxima, en la majoria de les comunitats, de 6 mesos. Aquesta modalitat d'acolliment preveu també situacions carents d'urgència, i per tant contempla la possibilitat, prèvia a l'inici de l'acolliment, d'exhaurir *tots els esforços i recursos disponibles per a aconseguir un canvi positiu i suficient en el comportament i/o actitud dels pares, tutors o guardadors, abans de promoure'n la separació (Borrajó 2012)*. La mateixa autora subratlla la principal diferència entre aquest acolliment i el d'urgència-diagnòstic: la disponibilitat o no de temps per 1) realitzar una intervenció que permeti preparar i aconseguir la col·laboració de la família d'origen i de l'infant, i 2) realitzar un bon acoblament entre les característiques de l'infant i les capacitats de la família acollidora que l'atendrà.

En l'**acolliment simple d'urgència**, també present a Catalunya, es tracta d'un acolliment que es realitza amb un infant que requereix protecció immediata. Respondria a les característiques de l'anterior acolliment, però amb caràcter d'atenció immediata i sense establir, necessàriament, límits d'edat. L'objectiu prioritari, seguint l'autora de l'estudi de Creu Roja, seria *evitar l'ingrés en centre d'infants que han de sortir de forma urgent de les seves llars d'origen*.

Tanmateix, territoris com Cantàbria o la Comunitat de Madrid, per exemple, sí que fixen límits d'edat, en aquest cas fins als sis anys i dels 0 als tres anys, respectivament. Pel que fa a la temporalitat, cal observar la indicació de l'Instituto Madrileño del Menor y la Familia: *Proporciona a los niños que tienen que estar separados de su familia por un tiempo de aproximadamente **dos meses**, un entorno familiar seguro y afectivo mientras se instruye el expediente de protección o se determina la vuelta con su familia*⁵¹. Cantàbria estableix per a aquesta modalitat una durada màxima de sis mesos⁵², mentre que la Junta d'Andalusia informa les famílies que la "*durada mínima*

51 Web de l'IMMF, Consejería de Asuntos Sociales: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Actuaciones_FA&cid=1114194859248&idConsejeria=1109266187278&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1109266227723&language=es&pagenome=ComunidadMadrid%2FEstructura&pv=1132041305338&sm=1109266100977 Consultat: 6.09.12

52 Programa Regional de Acogimiento Familiar. Gobierno de Nantabria. Web divulgatiu: <http://www.ganamostodos.com/> Consultat: 6.09.12

*és de sis mesos, prorrogable per uns altres tres*⁵³

En territoris com Biskaia⁵⁴, aquesta modalitat coincideix plenament amb les característiques que té a Catalunya la urgència i diagnòstic, tot i que s'acota l'edat entre els 0 i els 3 anys -però que s'estén fins als sis-. De la mateixa manera, també s'estableix la durada màxima en sis mesos.

Es defineix l'**acolliment de nadons** com a l'*acolliment familiar simple de nens de no més de tres anys d'edat*. En comunitats com Castilla y León, aquesta modalitat d'acolliment es vincula majoritàriament a les situacions de renúncia voluntària de la mare. En aquests casos, es dona resposta a l'Art. 177 del Codi Civil espanyol: *El asentimiento de la madre no podrá prestarse hasta que hayan transcurrido treinta días desde el parto*. En aquest període, doncs, s'evita la institucionalització del nadó, que queda provisionalment sota la tutela de l'administració.

Com a exemple de la diversitat de significat -per no parlar de confusió- que s'atorga a la modalitat d'acolliment d'urgència i diagnòstic, veim el cas de la Regió de Múrcia: en la mateixa denominació, "urgència i diagnòstic", els destinataris són *niños y niñas de 0 a 6 años, entregados voluntariamente y/o con previsión de ser adoptados*⁵⁵. A Cantàbria, en canvi, aquesta modalitat coincideix amb les característiques descrites per a Catalunya.

53 Junta de Andalucía, Consejería de Salud y bienestar social. Web divulgatiu de la campanya "Siempre en Familia": http://www.juntadeandalucia.es/observatoriodelainfancia/siempreenfamilia/?page_id=7 Consultat: 3.09.12

54 Diputación Foral de Bizkaia. Campaña de Acogimiento Familiar 2010, Web divulgatiu: <http://www.bizkaia.net/home2/Archivos/DPTO3/Noticias/Adjuntos/CAMPA%C3%91A%20ACOGIMIENTO%202010.pdf> Consultat: 28.08.12

55 Región de Murcia, Gobierno y Consejerías. Web divulgatiu de "Menor y Familia": [http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=6041&IDTIPO=100&RASTRO=c565\\$m](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=6041&IDTIPO=100&RASTRO=c565$m) Consultat: 6.09.12

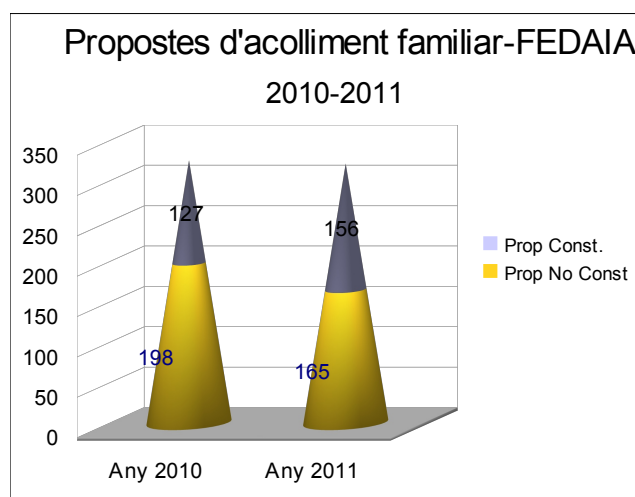
6. **Les dades a Catalunya**

Per tal de situar quantitativament l'acolliment d'Urgència i Diagnòstic, utilitzarem les dades recollides en un estudi⁵⁶ elaborat per la Comissió d'ICIF de la Federació d'Entitats d'Atenció i Educació a la Infància i l'Adolescència, -FEDAIA-, corresponents als anys 2010 i 2011.

Pel que fa a les entitats d'Acol·liment Familiar, són membres de la Federació 8 entitats, que conformen un total de 10 equips d'intervenció, que representen el 77% dels equips que intervenen en acolliment familiar a Catalunya. Hi són representats, territorialment : Girona, Lleida, Barcelona i Tarragona. Encara que les dades no tinguin una representativitat absoluta, permeten fer-se una idea del volum de les situacions que abordem en aquest treball, sobretot tenint en compte que no és un dels seus objectius l'anàlisi estadística.

Les principals dades que ens aporta l'estudi de FEDAIA són:

1. Durant els anys 2010 i 2011, s'han fet **646 propostes d'acolliment**, de diverses modalitats, de les quals 283 (44%) es van poder constituir. Les altres 363 (56%) no. Les causes per les quals no es van constituir, es distribueixen entre aquelles propostes que no van trobar el perfil de família adequat, 309 (85%), i les que van ser retirades per la pròpia administració, 54 (15%).

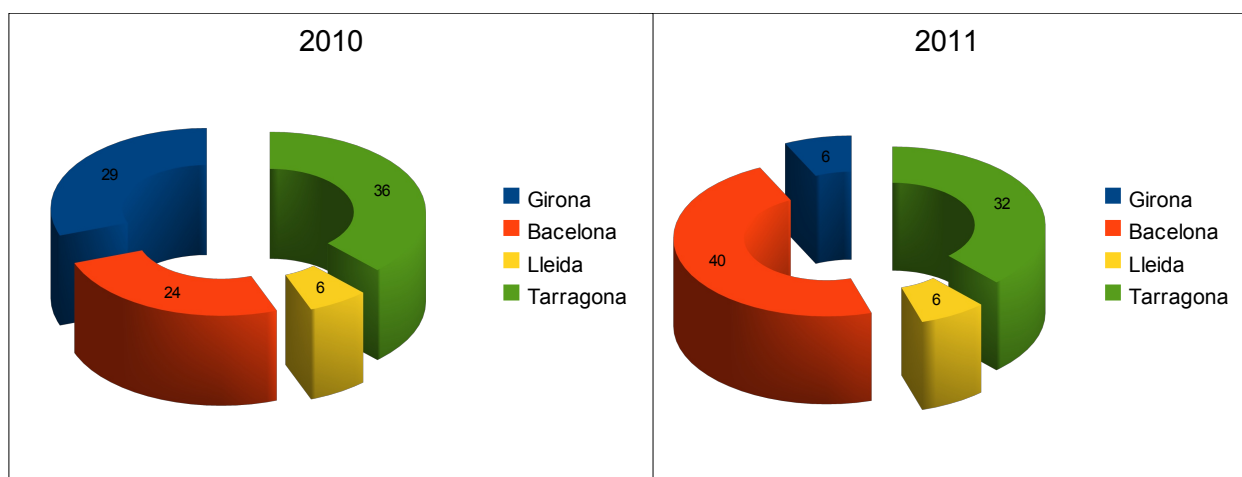


Gràfic 1

⁵⁶ A l'hora de finalitzar el redactat d'aquest treball, l'estudi de la FEDAIA està encara en fase d'elaboració. Agraïxo a la Federació, i especialment a la Comissió d'ICIF les facilitats per a fer-hi referència.

2. D'aquestes 646 propostes, **179 eren propostes d'acolliment d'Urgència i Diagnòstic**, distribuïdes territorialment segons que es veu en el Gràfic 2.

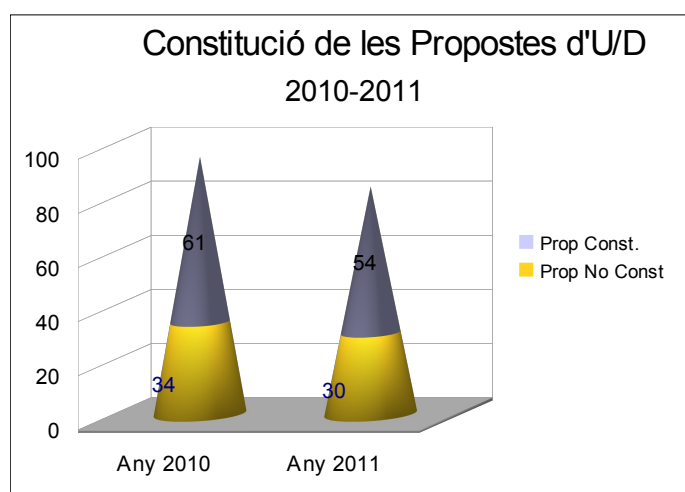
Propostes d'Urgència i Diagnòstic



Gràfic 2

D'aquestes 179 propostes, se'n van poder constituir 115 (64%). Les 64 propostes (36%) que no es van poder constituir, es distribueixen entre les 44 que no van trobar el perfil de família adequat (69%), i les que van ser retirades per l'administració: 20 (31%).

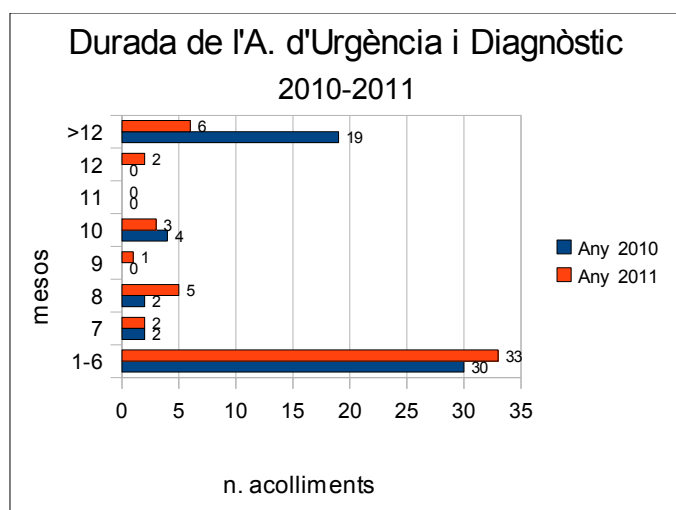
3. La principal causa per la qual no es van poder constituir és el fet de tractar-se de propostes de grups de germans que es considerava que no es podien separar, fins a un 40%. El segon grup de



Gràfic 3

propostes no constituïdes el formen infants sols, (36%), i el tercer, grups de germans considerats *separables* (6%).

4. Pel que fa a la **durada dels acolliments d'Urgència i Diagnòstic** constituïts, un 55% finalitzen durant el termini estipulat, entre 1 i 6 mesos, mentre que un 22% superen els 12 mesos. La distribució per durades es reflecteix al Gràfic 4. Malauradament, l'anàlisi de FEDAIA no especifica l'abast de les durades superiors als 12 mesos. Tanmateix, es pot interpretar que quan un acolliment s'allarga, tendeix a fer-ho per damunt dels 12 mesos.



Gràfic 4

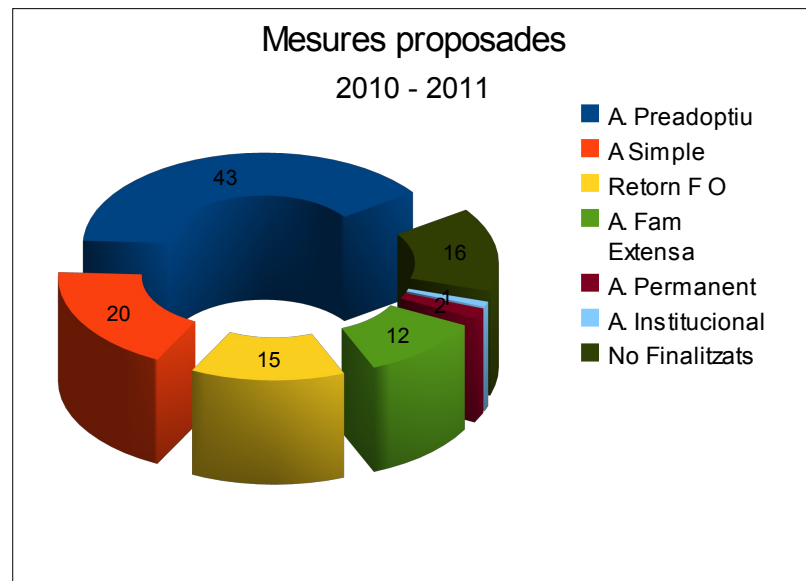
5. **Les causes de l'excés de durada**, quan es produeix, són:
Any 2010: 1) existència d'un pla de millora; 2) canvis en la situació de la família d'origen o en la família extensa; 3) qüestions administratives; 4) estudis internacionals; 5) absència de tècnic.

Any 2011: 1) canvis en la situació de la família d'origen o en la família extensa; 2) existència d'un pla de millora; 3) estudis internacionals; 4) absència de tècnic; 6) estudis incomplets.

6. **Les mesures posteriors** que es proposen per als 115 acolliments constituïts són: en primer lloc l'acolliment preadoptiu (37%), seguit de l'acolliment simple (17%), el

retorn a la família d'origen (13%), i la família extensa (10%).

L'acolliment permanent només es proposa en dues ocasions, durant el 2010 (2%). Cal tenir en compte que abans de l'entrada en vigor de la Llei 14/2010, al mes de maig, no era possible acordar aquesta mesura. L'acolliment institucional només es proposa una sola vegada, durant el 2011 (0,8%).



Gràfic 5

Cal tenir en compte, però, que hi ha un 14 % de les propostes sense finalitzar en tancar el període d'aquests dos anys. Gràfic 5.

3.5 ALGUNES QÜESTIONS ÈTIQUES EN INFÀNCIA

La intervenció social en l'àmbit de la infància, que de forma genèrica perseguiria la millora de la qualitat de vida dels infants, pot ser en si mateixa "problemàtica" èticament (Canimas, 2011a). La responsabilitat -en forma de potestat, de dret- recau primordialment en els progenitors, i només quan aquesta responsabilitat decau o s'exerceix inadequadament, apareix l'acció dels poders públics, mitjançant el sistema de protecció i la intervenció professional dels agents especialitzats. En la legitimitat d'aquesta traslació de drets, responsabilitats i obligacions, i en els procediments i conseqüències de l'acció triada, recau, principalment, la *problemàtica ètica*. En són una mostra, juntament amb la suspensió de les funcions tutelars, l'execució de la separació forçosa de la família, la decisió sobre la persona que ha d'exercir la guarda de l'infant, la regulació dels drets de relació amb els progenitors i familiars, etc. (Mayoral, 2009)

En altres àmbits fora de la protecció de la infància -la medicina, l'educació, la justícia...- existeix, des de fa temps, un interès creixent en les qüestions ètiques de cada àrea d'intervenció. Així, la creació de comitès de bioètica, l'atenció a aspectes com els límits en les formes de vestir o la qüestió pluricultural als centres educatius⁵⁷, o el respecte a la confidencialitat i el secret professional, a títol d'exemple, són una bona mostra dels avenços en la preocupació ètica. Tanmateix, en l'àmbit pròpiament dit de la protecció, tot just recentment s'han produït moviments en aquest sentit. Així, la creació del Comitè d'Ètica dels Serveis Socials⁵⁸, o els Espais de Reflexió Ètica en Serveis d'Intervenció Social, nascuts a partir del 2010, o alguns blogs dedicats específicament a la dimensió ètica de la intervenció amb infants⁵⁹, poden contribuir a impulsar la incorporació de l'ètica aplicada a la intervenció social i específicament en l'àmbit de la protecció infantil.

A continuació abordarem algunes qüestions ètiques que en altres àmbits tenen ja un cert recorregut i tractament bibliogràfic, i que haurien de merèixer, al meu parer, una consideració especial que encara no tenen en la intervenció amb infants, i que aquí concretarem en les situacions que caracteritzen l'acolliment d'urgència i diagnòstic. A la segona part d'aquest treball retrobarem algunes d'aquestes qüestions, i d'altres, a partir de la mirada dels professionals que treballen en l'acolliment familiar.

1. ***Dret al respecte a la vida privada i familiar.*** Art. 8 de la Convenció Europea dels Drets Humans.

1. Tota persona té dret al respecte de la seva vida privada i familiar, del seu domicili i de la seva correspondència.
2. Només pot haver-hi ingerència d'una autoritat pública en l'exercici d'aquest dret en la mesura que aquesta ingerència sigui prevista per la llei i que constitueixi una mesura que, en una societat democràtica, és necessària per a la seguretat nacional, la seguretat pública, el benestar

⁵⁷ Canimas J. (Coord.) (2011) Hi ha límits en les formes de vestir de l'alumnat dels centres educatius públics? Versió 4. Observatori d'ètica aplicada a la intervenció social. Campus Arnau d'Escalà. Accessible a: http://etika.campusarnau.org/2009/downloads/les_formes_vestir_centres_educatius.pdf Consultat: 29.09.12

⁵⁸ Ordre ASC/349/2010, de 16 de juny, del Comitè d'Ètica dels Serveis Socials de Catalunya. DOGC núm 5656, del 23.06.10.

⁵⁹ Vegeu, per exemple: <http://comissioetica.plataformaeducativa.org/2012/03/14/dilema-etic-sobre-lacolliment-familiar-dun-infant-vosaltres-que-farieu/>

econòmic del país, la defensa de l'ordre i la prevenció de les infraccions penals, la protecció de la salut o de la moral, o la protecció dels drets i les llibertats d'altri.

*Convenció Europea per a la Salvaguarda dels Drets Humans i de les Llibertats Fonamentals*⁶⁰.
Art. 8

a) La separació

Hi ha d'haver molt bones raons per a justificar la conveniència d'una mesura que separi els membres d'una mateixa família. Per a què es pugui justificar una tal mesura, aquesta ha d'obeir a una finalitat legítima, i els seus mitjans han de respectar l'exigència de proporcionalitat (Laurent, 2004). La ingerència en el dret a la vida privada i familiar pot ser justificada per l'interès superior de l'infant -Art. 3 de la CDN-, però cal que els estats, que tenen grans diferències sobre el tipus d'atenció que cal prestar als infants, tinguin recollides legalment les restriccions a aquest dret, en una Llei prou precisa i que garanteixi la protecció contra les limitacions arbitràries del dret⁶¹. En aquest sentit, cal recordar que a Catalunya no s'ha elaborat encara la llista d'indicators que defineixin les situacions de risc lleu, risc alt i desemparament, tal com s'estableix a la Llei 14/2010⁶².

L'acolliment d'urgència i diagnòstic -i qualsevol altra mesura de protecció- hauria de ser -en primer lloc- suficientment necessària, temporal, i amb modalitats d'execució proporcionals a la situació, per tal d'aproximar-se a la màxima conciliació possible entre el dret de l'infant a ser protegit i el dret a la unitat familiar. L'intent d'aconseguir aquesta conciliació aboca el professional a una clara *problemàtica ètica* (Canimas, 2011a). Un o una professional que treballa, en paraules de Joan Mayoral, *sota la pressió moral inherent al resultat de les seves accions* (Mayoral, 2009). Es podria argumentar en aquest punt que la figura conceptual de *l'interès superior de l'infant* resol aquesta

60 Tribunal Europeu dels Drets Humans. (2010), esmenat conforme als Protocols núm. 11 i 14. Versió oficial catalana, Secretaria del tribunal. Títol I, Drets i Llibertats. Consultat: 23/09/2012: http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/18639001-ACAF-4D45-A20A-DC538FB3961E/0/AND_CONV.pdf

61 Sentència del Tribunal Europeu dels Drets Humans: Olsson contra Suècia, març 1988.

62 Es pot trobar en el simulador RUMI, tanmateix, una possible aproximació a aquests indicadors. El llistat, en format pdf i difós per la Dcció. Gral. d'Atenció a la Infància i l'Adolescència, DGAIA, el desembre de 2011, estableix cinc blocs: A: Aspecte físic i situació personal de l'infant; B: Àrea emocional i comportamental de l'infant; C: Desenvolupament i aprenentatge de l'infant; D: Relació dels progenitors o guardadors amb l'infant. Aquest conjunt de 5 blocs conté fins a 38 conjunts d'observacions. Accessible a: [http://www20.gencat.cat/docs/bsf/03Ambits %20tematics/07Infanciaiadolescencia/](http://www20.gencat.cat/docs/bsf/03Ambits%20tematics/07Infanciaiadolescencia/)

problemàtica, i que per tant en aquest hipotètic enfrontament de drets, l'infant sempre ha de sortir-hi guanyant.

1. En totes les accions que concerneixen l'infant, tant si són portades a terme per institucions de benestar social públiques o privades, tribunals de justícia, autoritats administratives o cossos legislatius, la consideració principal ha de ser l'interès primordial de l'infant.

Convenció dels Drets dels Infants, Nacions Unides.
Art. 3.

Però a la pràctica, les enormes dificultats per a definir i consensuar, tant en el plànol teòric com en els casos concrets, quin és l'interès superior, demostra que la *problemàtica ètica* apareix al davant dels professionals -i del sistema de protecció en general- cada vegada que cal dirimir una nova situació. Algun autor⁶³ ha suggerit l'exercici d'una *prudència responsable*.

L'enfrontament d'aquests drets no és només una qüestió dilemàtica. Pot generar patiment, por, desconfiança, indefensió..., en els adults afectats, i riscos del desenvolupament vincular en els nadons. L'agilitat dels processos, per exemple -com veurem en la 2na part del treball- podria tenir repercussions importants en la vida dels nuclis familiars afectats. Derivacions entre equips i serveis, baixes laborals, i altres aspectes de caire burocràtic, fan que es produeixin de vegades situacions en què, un cop efectuada la separació infant-família i endegat l'acolliment en família d'urgència i diagnòstic, no s'iniciï l'estudi diagnòstic fins al cap de tres, quatre o cinc mesos.

Uns mesos durant els quals els progenitors veuen limitat el seu dret de relació amb el fill, amb escassos contactes i sense referent professional de confiança, alhora que el seu fill es veu privat del seu dret a conviure amb la pròpia família, per bé que pugui rebre les atencions assistencials i afectives que necessita. Sigui quin sigui, finalment, la valoració de la situació, serà inesborrable el record de la separació durant el primer estadi vital del fill, així com extremadament dolorós per a uns progenitors vincularment sans. Evidentment, es tracta en aquests casos d'una ingerència no proporcionada, qüestionable no només jurídicament per l'art. 8 de la Convenció Europea – i per la

63 Sánchez Vazquez, MJ (2007) Ética e Infancia: el niño como sujeto moral. Fundamentos en Humanidades. Any VIII Núm 1, pp 179/192.

propia Llei catalana, L14/2010, en el seu article 24⁶⁴, sinó també èticament.

Una separació injustificada?

Per valoració de l'EVAMI, la retirada de B.B., un nadó acabat de néixer, es fa a l'hospital. S'informa els pares dels indicadors de desemparament detectats, i el nen és acollit en urgència i diagnòstic amb un règim de visites setmanals. El cas és derivat a l'Equip d'estudi del territori.

Essent un dels motius de la retirada les condicions de l'habitatge, els pares canvien de domicili i de territori en unes setmanes, i informen del canvi. El cas és derivat a l'Equip referent del nou territori.

Les visites es fan regularment cada setmana, una hora en un espai supervisat, i els pares, que agraeixen explícitament l'atenció que rep el seu fill en la família acollidora, expressen el seu malestar per no tenir interlocutor i pel fet que no s'ha iniciat cap estudi ni treball amb ells. Desconeixen quan de temps pot durar aquesta situació. Inicien un procés de queixes i reclamacions, que inclouen una denúncia judicial i una queixa al Síndic de Greuges.

Quan per fi el professional del nou territori cita la família, és per dir-los que els veurà en primera entrevista al cap d'un mes.

No és fins que el nen compleix cinc mesos, el mateix temps que ha estat separat dels seus pares, que s'inicia la valoració diagnòstica. Al cap de tres mesos, l'Equip d'estudi determina que no observa indicadors que justifiquin l'apreciació de desemparament, i proposa el retorn a la família. Han passat vuit mesos des del naixement de l'infant.

b) La reunificació

El dret al respecte a la vida familiar, amb l'obligació positiva de permetre el desenvolupament del vincle familiar, també obliga els poders públics a prendre mesures⁶⁵ que permetin la reunificació familiar d'un progenitor amb el seu fill, quan aquest es troba en una mesura de protecció. Això hauria de significar, per una banda, adoptar aquelles mesures -recursos, suport, control...- que poguessin mantenir l'infant en el seu medi familiar, i, per altra, dotar-se d'uns dispositius adequats i efectius per a permetre la relació quan la separació ha estat inevitable: és a dir, permetre i facilitar els contactes i comunicacions en un context de seguretat i protecció, i sempre que siguin en benefici de l'infant.

El Tribunal Europeu de Drets Humans estableix que qualsevol resolució d'assumpció

⁶⁴ L14/2010, Art. 24.3: Els expedients administratius i els procediments judicials que donen lloc a decisions que afecten l'infant o l'adolescent s'han de tramitar amb caràcter d'urgència i atorgar-los preferència en l'ordre de tramitació, en els termes establerts per la legislació processal.

⁶⁵ La prevenció, per tant, entesa com l'anticipació sistemàtica de les dificultats i la dotació de les mesures i recursos adients, tindria un pes molt rellevant en aquest conjunt d'obligacions positives dels poders públics, i sembla una eina prou eficaç, tenint en compte la gravetat dels perjudicis en el desenvolupament psicoafectiu i la salut mental (Messerchmitt, 1992) quan ja han aparegut les situacions de negligència i maltractament i també per la possibilitat de reduir o tallar la repetició de les cadenes generacionals nocives.

de les funcions tutelars i les mesures de protecció posteriors han de tenir com a finalitat última reunir de nou la família⁶⁶, i en tot cas les restriccions han de ser degudes a causes excepcionals, i proporcionades. A la Sentència Kutzner contra Alemanya (STE, op 76, JUR 2002\90946) el Tribunal Europeu estableix que *les autoritats tenen l'obligació positiva de prendre mesures per a facilitar la reunificació de la família tan punt sigui veritablement possible, des de l'inici del període en què es fan càrrec de l'infant i cada vegada amb més força, cosa que ha d'estar sempre en equilibri amb el deure de considerar l'interès superior de l'infant*⁶⁷.

Dit d'una altra manera, els infants tenen dret a què la seva família rebi el suport necessari per tal que en el mínim temps possible pugui reintegrar-s'hi. En moltes situacions, però, la situació és realment *excepcional*, i el deteriorament de les capacitats de cura fa que les possibilitats de reintegració, atenent l'interès superior de l'infant, siguin nul·les. Quan és així, l'interès de l'infant sembla apuntar a l'oportunitat d'accedir a una nova filiació estable i definitiva.

Però hi ha circumstàncies -tardança en la detecció, tardança en l'execució de mesures de protecció, endarreriments del procés tècnico-administratiu, proposta de mesures erràtiques o no ajustades a la situació, etc. - que fan inviable aquesta nova filiació, per la vinculació establerta, pel sentiment de pertinença, per la construcció de la pròpia d'identitat, o simplement perquè l'edat de l'infant limita la possibilitat d'alternatives. Per tant, cadascuna d'aquestes *circumstàncies* hauria de ser profundament examinada pels òrgans competents, atès que, sent impossible la reunificació amb la pròpia família, impossibiliten al seu torn el dret a la *vida familiar*, en aquest cas amb una *altra* família, de forma estable i definitiva.

En altres situacions -per centrar-nos en l'acolliment d'urgència i diagnòstic, però també

66 Kil Kelly, U. (2003). Le droit au respect de la vie privée et familiale. Un guide sur la mise en oeuvre de l'article 8 de la Convention européenne des Droits de l'Homme. Précis sur les droits de l'homme, núm. 1. Direcció General dels Drets Humans, Consell d'Europa. Strasbourg.

67 De Palma, A. (2006) Administraciones públicas y Protección de la infancia. En especial, estudio de la tutela administrativa de los menores desamparados. Ministerio de Administraciones Públicas, Estudios y Documentos. Madrid.

en l'acolliment residencial provisional⁶⁸- la possible demora en els estudis diagnòstics, o l'allargament de l'acolliment a l'espera d'observar indicadors suficients en les capacitats parentals, manté els infants separats dels seus pares durant un temps excessiu, que pot ser perjudicial. Aquesta separació ha d'estar plenament justificada, per tal de garantir que no s'ingereix arbitràriament en el dret a la vida familiar (Kilkelly, op. cit.), i ha de ser gestionada de manera que no afecti significativament la capacitat de vinculació de l'infant.

c) El desencontre entre la teoria legal i la pràctica

Malgrat que totes les disposicions legals orienten a la importància del manteniment de l'infant en el propi nucli familiar i, per tant, es fa necessari un acurat treball de proximitat i de suport amb les famílies, el sistema de protecció manté encara pràctiques molt propenses a la institucionalització, i procediments que tendeixen a l'allunyament, quan no a l'exclusió, dels progenitors vers les responsabilitats sobre els seus fills. En el veí context francès, aquesta situació és identificada per diversos informes⁶⁹ que recullen la paradoxal dificultat d'integrar la participació i la implicació dels progenitors en les decisions que afecten els seus fills. En el context nostre, veiem aquestes dificultats fins i tot en processos protectors en què es preveu un probable retorn de l'infant al nucli familiar.

Les dificultats professionals-progenitors contribueixen a tnyir la visió general que les famílies en dificultat, en alguns contextos d'especial deprivació, poden fer-se del sistema de protecció. Això complica les funcions de detecció i atenció precoç. Per la por a la retirada del fill, alguns progenitors amaguen el naixement del fill, es desplacen a altres territoris... La percepció del sistema de protecció és aleshores amenaçadora, i els progenitors són incapaços de comprendre com determinades actuacions es

⁶⁸ Ens referim aquí a la institucionalització dels infants en Centres d'Acollida mentre es realitza l'estudi de la seva situació sociofamiliar, de manera com es fa en l'acolliment d'Urgència i Diagnòstic.

⁶⁹ Cathala, B. I Naves, P. (2000) Accueils provisoires et placements d'enfants et adolescents: décisions qui mettent à l'épreuve le système français de protection de l'enfance et de la famille. Rapport, pg 46.

Roméo, C. (2001) L'évolution des relations parents-enfants-professionnels dans le cadre de la protection de l'enfance. Rapport, pg. 55.

Bonnefoy, C. (2007) De l'exercice du pouvoir entre parents et professionnels dans le cadre de la protection de l'enfance: études des conditions d'exercice du pouvoir, entre contrainte et négociation, quelle place pour le conflit. Rhône-Alpes. Recuperat: febrer 2012, des de: <http://www.cedias.org/pdf/62372.pdf>

corresponen no ja amb els seus desitjos, sinó tampoc amb els seus drets.

Sense anar més lluny, podem observar, per exemple, com determinats procediments que haurien de respondre als drets reconeguts i a les necessitats de l'infant, com el dret a la relació, comunament anomenat "visites", sovint està condicionat o determinat per aspectes totalment independents d'aquests drets i necessitats: les modalitats, l'organització, els espais, l'horari... són conseqüència dels horaris laborals de l'administració i dels professionals, de la disponibilitat d'espais adients, de la disponibilitat de professionals que supervisin la relació..., molt més que no pas de l'adequació a la necessitat i conveniència concreta de cada infant i de la seva família.

Troblem altres situacions paradoxals, algunes àmpliament reconegudes. Per exemple, la *teoria* legal obliga, quan la separació és inevitable, a procurar prioritàriament un entorn familiar sempre que sigui possible -l'anomenada *verticalitat de les mesures*-. Trobem, en canvi, una diferència abismal entre el nombre de places residencials ocupades i el nombre d'infants acollits en família, i uns molt escassos esforços de l'administració per invertir aquesta tendència⁷⁰. En acolliment d'urgència i diagnòstic, no és irrellevant que es continuïn produint institucionalitzacions de nens molt petits, fins i tot nadons, en centres d'acollida, havent-hi constància de famílies "disponibles", i per causes que no tindrien res a veure amb l'interès d'aquests infants.

2. **Paternalisme**

En la pràctica quotidiana dels professionals immersos en els procediments de les mesures de protecció, hi ha el risc enorme d'actuar -avaluar, prendre decisions- de forma que s'exclougui la participació dels principals agents implicats (Bonnefoy, 2007), en una mena d'*omnipotència* professional⁷¹.

⁷⁰ Al març de 2011, les dades que ofería el web consultable del Departament de Benestar Social i Família, situava l'acolliment residencial en el 35,74%, mentre que els infants acollits en família aliena representaven un 11,61%. I, en preadoptiva, un 8,66%.

⁷¹ Roseczbeig adverteix del fracàs de qualsevol projecte que parteixi d'aquest paternalisme del treball social. Roseczbeig, JP, (2005). Ne construïsons pas la loi sans débat public. A A.S.H., N. 2420, pp 44.

D'acord amb alguns autors⁷², aquesta postura *paternalista* només podria considerar-se justificada si s'acomplissin tres condicions:

1. els danys evitats o els beneficis compensen la pèrdua d'independència i d'autonomia, i l'acció no té una alternativa no-paternalista i de costos raonables;
2. la persona està en un estat que limita la seva capacitat de prendre decisions autònomes;
3. el beneficiari de l'acció ha consentit, consentirà o consentiria l'acció.

En les situacions que caracteritzen l'acolliment d'urgència i diagnòstic, els poders públics adopten una decisió *en nom* de l'interès superior de l'infant. Una decisió que busca la protecció de l'infant i el seu benefici. En condicions "normals", serien els propis progenitors de l'infant, i la família en general, qui tindria el dret i l'obligació de fer-ho. En detectar el risc -o el dany, quan el maltractament és manifestament comprovable- l'administració assumeix les funcions tutelars⁷³, imposant la seva decisió a la família i, naturalment, a l'infant, òbviament incapaç per raons d'edat⁷⁴. Per a alguns autors, hi ha una *ètica de la decisió administrativa*, equiparable a l'*ètica de la decisió mèdica* (Blanc, 2006).

Però perquè això sigui així, perquè es pugui prendre aquesta decisió, cal un *judici d'idoneïtat*, que té almenys dues dimensions: s'ha de determinar clarament la presència del risc o del dany -això vol dir també definir què és risc i què és dany-, i determinar que la mesura de separació -i les posteriors mesures que caldrà adoptar- són el mitjà més adequat per a evitar aquest dany i per a protegir els interessos de l'infant.

Per a aquesta valoració, aquest *judici*, és necessari a) un ampli consens, a més de la seguretat jurídica, sobre les definicions i tipificació dels indicadors de risc i de dany; b)

⁷² Alemany, M. (2005) El concepte i la justificació del paternalisme. *Doxa*, N 28, pg 265-303

⁷³ Llei 14/2010, Art. 109.

⁷⁴ No pertoca aquí obrir el debat sobre l'assimilació del concepte minoritat al d'incapacitat, que la reformulació del Codi Civil Català (Llibre II) sembla que ha vogut resoldre introduint els conceptes de menor madur i de capacitat natural.

el coneixement i l'expertesa dels professionals responsables de proposar les mesures de separació; c) el contrast inter-professional que eviti biaixos derivats del condicionament personal⁷⁵; d) una supervisió tècnica⁷⁶ que garanteixi l'adequació i justificació de la proposta.

Feta la proposta, cal que els poders públics garanteixin a) l'existència dels recursos suficients, en aquest cas la disponibilitat de famílies acollidores preparades, b) la intervenció professional d'acompanyament a les famílies d'origen, que tantes vegades se situen, lògicament, en contextos no-cooperatius; c) la capacitat de treballar amb la família d'origen; i d) els dispositius adequats per al manteniment de la relació infant-família.

Naturalment, les mesures de protecció són necessàries per a protegir els infants quan són o poden ser víctimes de negligència o maltractament. No prendre-les significaria abandonar aquests infants a la seva sort, cosa que una societat no es pot permetre. Però prendre-les amb la responsabilitat i respecte vers la llibertat de les famílies i al dret de conviure-hi dels infants, situa l'acció dels professionals en allò que alguns autors⁷⁷ han anomenat *la cura respectuosa*, concepte utilitzat en altres àmbits de la intervenció social: el punt de conciliació entre el paternalisme i l'abandonament o la ingerència injustificada.

75 Diversos autors i autores han incidit en la necessitat del consens o concert professional: Alföldi (2005) Évaluer en protection de l'enfance. Théorie et Méthode. 2na. Edició. Dunod: Paris; David, M.(2004) Le placement familial. De la pratique à la théorie. 5ena. Edició. Dunod: Paris; Messerschmitt, P. (1992) Éthiques de la Responsabilité dans les procédures de l'enfance maltraitée. DEA d'éthique médicale et biologique. Universitat de Paris. Recuperat: febrer 2012, des de:

[http://www.ethique.inserm.fr/inserm/ethique.nsf/ViewAllDocumentsByUNID/D0633D1CF71E5F3DC12570A500515067/\\$File/DEA+Messerschmitt+synthese.pdf?OpenElement](http://www.ethique.inserm.fr/inserm/ethique.nsf/ViewAllDocumentsByUNID/D0633D1CF71E5F3DC12570A500515067/$File/DEA+Messerschmitt+synthese.pdf?OpenElement)

D'altres, com JM Barbero (Barbero, 2011), assenyalen que els aspectes metodològics tenen poc pes en Treball Social, i que el desenvolupament d'un bon exercici dependria en excés de la personalitat de l'agent professional, així com de la influència del context institucional i social.

76 CDN, Art.3.3.

77 Del Pozo, M.(2010) a Canimas, J. (2010) Els reptes ètics de la intervenció social. Ponència pronunciada al I Simposi d'Ètica Aplicada a la Intervenció Social, maig de 2009 . Col·lecció Materials d'Ètica Aplicada a la Intervenció Social, 1. Ed. Fundació Campus Arnau d'Escala. Girona.

La decisió per substitució.

Tot això ens porta a la qüestió següent: el dret -en l'àmbit mèdic-, de prendre decisions sobre la pròpia salut en funció del grau de maduresa (Hernanz Manrique, 2000) , ¿és equiparable al dret -ara en l'àmbit social- que *algú* vetlli pels propis interessos quan se n'és incapaç, o quan a qui li correspondria no està en condicions de fer-ho?

Els infants acollits en la modalitat d'Urgència i Diagnòstic, com a persones no-competents o no-autònomes, necessiten el model de decisions *per substitució*. En el model sanitari, per exemple, la substitució l'ha de fer algú proper a l'infant, com ara la família, i només ho pot fer en el *major benefici de l'infant*⁷⁸. Però en el nostre cas, la família precisament està rellevada d'aquesta responsabilitat o potestat, atès que apareix com a la possible causa de la situació de perjudici - o en tot cas forma part del context en què apareix el risc- i no està en condicions, la majoria de vegades, ni tan sols de cooperar en el procés.

La presa de decisions sobre una mesura de protecció posterior a l'acolliment d'urgència i diagnòstic que ha de fer, doncs, el professional - mesura que ratifica i assumeix l'administració pública- ha de respondre als interessos i necessitats de l'infant, tant en el moment immediat com de cara al futur (Salhi, 2007). I, tanmateix, la transcendència d'aquestes decisions sembla ser escassament valorada. Es tracta d'assumir la subrogació dels drets d'un altre. En l'àmbit mèdic i psiquiàtric, aquesta qüestió mereix una atenció molt especial, i el seguiment judicial és indispensable. Pensem, si més no, en els internaments o hospitalitzacions involuntàries. En canvi, els professionals de l'àmbit social s'enfronten, en aquestes situacions pròpies de l'àmbit d'infància, a decisions que saben que condicionaran el futur de la persona *sobre la qual* -en nom de la qual- decideixen, amb escasses eines i sovint amb interpretacions contraposades de l'interès superior de l'infant. Determinar la separació definitiva d'un nadó, o bé mantenir-lo en un context familiar de risc, pot posar els professionals en un exercici dilemàtic constant, i en una situació de violència interna, i externa, quan, a més, la visió d'altres instàncies competents discrepa de la seva valoració. Feta la ponderació, és fonamental poder argumentar per què es prioritzen uns drets sobre els altres (Roman, 2011).

⁷⁸ Codi Civil, Art. 92, 154, 216, 233.

En l'àmbit clínic, es considera de bona pràctica un bon diagnòstic i un tractament adequat. Fóra raonable pensar que la intervenció social adopta també aquest paràmetre pel que fa a les mesures de protecció. I que les decisions que determinen, en gran manera, la totalitat de la vida dels infants -en això són equiparables a determinades intervencions de gravetat en medicina- es prenen sota les màximes condicions de control i de garanties, i en benefici de l'infant⁷⁹. Perquè la ruptura del vincle familiar és sovint irreversible, de la mateixa manera que el manteniment d'un vincle nociu té greus conseqüències en el desenvolupament psicoafectiu. Cal demanar-se, doncs, si es prenen amb la consideració de tota la informació necessària, en el temps imprescindible⁸⁰, i amb els recursos adequats.

En la presa de decisions podria ser útil l'aplicació del model sanitari⁸¹ per a l'avaluació de les competències mentals, que podríem resumir i adaptar així:

a) avaluació de l'efectivitat del *tractament* proposat:

- la mesura proposada, tindrà l'efecte protector esperat?
- permetrà assolir els objectius que col·legiadament es fixin en interès de l'infant?

b) avaluació dels riscos que comporta el *tractament*:

- les conseqüències són raonables?
- es respecta la proporcionalitat?
- valoració de la reversibilitat o irreversibilitat generada

c) avaluació dels riscos derivats de no fer efectiu el *tractament*:

- la no intervenció desprotegeix l'infant?
- quines conseqüències pot tenir no aplicar la mesura?

⁷⁹ En l'enfocament principalista, parlàrem del principi de beneficència, que juntament amb els d'autonomia, de justícia i de no-maleficència, conformen les quatre "normes" bàsiques de la bioètica.

⁸⁰ B. Roman: Els endarreriments, en el cas dels nens, són més maleficients. El temps és relatiu, i el dels nens passa més ràpid i amb més seqüeles... Roman i Maestre, B. (2011) La importància de l'ètica a les polítiques públiques d'infància. Butlletí d'Infància. Núm. 47.

⁸¹ A partir de la proposta del Dr. J. Ramos Montes, psiquiatra; Director de Planificació i Coordinació Assistencial de l'Hospital de St Joan de Déu, a: Autonomia y vulnerabilidad en las personas con enfermedad mental y discapacidad intelectual. Conferència pronunciada a la seu de la Conselleria de Salut, Barcelona, el gener de 2005.

- quins factors o recursos podrien compensar la no execució de la mesura?
- valoració dels efectes del temps: quines conseqüències pot tenir ajornar l'execució de la mesura?

d) avaluar l'existència d'altres alternatives viables:

- és possible generar canvis que evitin l'execució de la mesura?
- es disposa d'alternatives que garanteixin la protecció i aportin un risc menor en les possibles conseqüències negatives?

En alguns casos, quan no hi ha evidències de maltractament físic o d'abús sexual, els professionals tenen el difícil paper de vetllar per aquestes qüestions, i a la vegada es veuen obligats a complir amb una legalitat que, per tal de protegir de possibles abusos per ingerència il·legítima, els exigeix una elevadíssima càrrega d'indicadors probatoris (Cano, 2011), cosa que no sempre és possible de reunir. Quan hi ha risc de maltractament psicoafectiu, o de negligència suficient, el professional afronta la dificultat de *demonstrar* a l'administració que el manteniment al nucli és en detriment de l'interès de l'infant, però fàcilment es pot trobar sense recursos o condicions per a obtenir les *proves* d'aquesta valoració.

D'altra banda, si és possible afirmar que aquestes decisions -o propostes de mesura- es prenen d'acord a la idea del consentiment hipotètic -que l'infant hi estaria d'acord si es trobés en condicions de poder valorar les alternatives i manifestar el seu desig-, i al principi de no-maleficència, hauríem d'estar segurs que, anys després, les mesures proposades haurien procurat, com a mínim, l'accés a les mateixes oportunitats que qualsevol altra persona de la mateixa edat i circumstàncies. En aquest aspecte, apareix la clara necessitat d'estudis longitudinals que informin d'aquest extrem, en el context català i europeu.

3. ***Els Quatre Principis.***

Encara que hem situat aquest treball en l'enfocament de l'*ètica de l'hospitalitat*, no per això hem de descartar l'aportació interessant que pot fer-se des de l'anomenada *ètica deontològica*. En l'esfera de les disciplines mèdiques, ja la bioètica va destacar la importància de quatre principis fonamentals. L'Informe Belmont⁸² va establir els principis d'autonomia, de beneficència i de justícia i. Posteriorment, Beauchamp i Childress⁸³ van afegir-hi el principi de no-maleficència.

El **principi d'autonomia** fa referència a la capacitat de decidir de les persones sobre allò que es proposen, i d'assumir-ne les conseqüències, i a l'obligació de tractar tothom com a ésser autònom, tret que hi hagi justificació per a considerar que individualment pugui haver-hi una disminució de la capacitat d'autonomia. Els infants, en funció de la seva maduresa i la capacitat natural, tenen diferents graus d'autonomia depenent dels àmbits de decisió. Òbviament, un infant menor de sis anys en una situació de possible desemparament per maltracte o negligència, no té les condicions, la capacitat, de valorar que la seva situació pot no ser l'adequada, ni què és allò que necessita, ni de quina altra manera podria o hauria de ser atès. Emocionalment, afectivament, i fins i tot somàticament⁸⁴, pot viure'n els efectes, però no té capacitat d'opció. Cal, doncs, que un tercer identifiqui la situació, la reconegui, i s'ocupi d'allò que per la seva no-autonomia ell mateix no pot. En apartats anteriors ja hem abordat aquesta qüestió.

El **principi de beneficència** fa referència a l'obligació -en aquest cas no és una obligació legal: no es pot exigir jurídicament a ningú- de fer el bé. Inclou guarir el dany, promoure el bé i el benestar. Naturalment, el concepte de "bé" és problemàtic, però deixarem la qüestió per a un altre moment. En el cas que ens ocupa, podríem situar aquest principi en l'orientació que tota intervenció hauria de perseguir de procurar el benefici de l'infant, i, si és possible, de forma conjunta amb el del seu nucli familiar. Caldria, doncs, actuar amb la mirada en el present i en el futur de l'infant, tenint en

82 Informe Belmont.(1978) Principis ètics i orientacions per a la protecció d'éssers humans en l'experimentació. Comissió nacional per a la protecció d'éssers humans de l'experimentació biomèdica i de la conducta. EUA.

83 Beauchamp TL, Childress JF. (1999) Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson; 1999.

84 Schützenberger, A. i Devroede, G (2003) Ces enfants malades de leurs parents. Col Petite Bibliothèque Payot, Num 565. Payot: Paris.

consideració que les decisions i mesures proposades difícilment es podran deslligar del conjunt del seu desenvolupament personal: com ja hem apuntat, l'ambigüitat, la incertesa, una vinculació no segurant... condicionaran àrees del desenvolupament fonamentals per a l'accés a una vida mínimament feliç; la permanència en medis institucionals, la creixença fora d'un entorn familiar protector... poden reduir les oportunitats en l'àmbit educatiu⁸⁵, social, afectiu, laboral i familiar.

Alguns d'aquests efectes que una determinada proposta d'intervenció pot contribuir a causar, haurien de ser contemplats des del **principi de no-maleficència**, segons el qual hi ha l'obligació de *no fer mal*. S'hi inclou prevenir-lo, no produir dolor o patiment, no causar incapacitats⁸⁶. En aquesta línia podríem situar la importància i el condicionament que tenen les decisions preses en protecció infantil, especialment en petita infància.

El **principi de justícia** té a veure amb l'equitat de les intervencions, amb l'obligació de l'atenció distributivament igual, a la no discriminació. En protecció infantil, hauria de ser un dels principis rectors de la prevenció, entesa com un conjunt planificat i sistemàtic d'actuacions positives que permeti la igualtat d'oportunitats. La prevenció ha de tenir entre els seus objectius la minimització del nombre de situacions de risc i de dany, i la detecció i atenció precoç han de perseguir la ràpida reducció dels efectes que s'estiguin causant o que s'hagin causat, i la modificació, si és possible, de les causes que els originen. Cal, doncs, una revisió del model actual d'intervenció, de manera que sigui exigible aquest grau d'actuació preventiva que garanteixi un *tracte de justícia*, a tots els infants. Si més no, una revisió que situï el grau en què s'acompleixen les aspiracions formulades al Preàmbul de la Llei dels Drets i les Oportunitats en la Infància i l'Adolescència:

Es tracta d'assumir que tenim una responsabilitat social envers el conjunt de la població infantil i adolescent de Catalunya, perquè aspirem a una societat millor, i que cal fer prevenció, fer actuacions proactives que donin oportunitats a l'infant i a

85 Montserrat, C. i Casas, F. (2010). Educación y jóvenes ex-tutelados: revisión de la literatura científica española. Educación XX1, 13 (2), 117-138.

86 Torralba, F. (Consultor extern) Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Grup d'Ètica.(2010) Reflexions de la pràctica quotidiana. Accessible a:
<http://www.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/GrupsTreball/Docs/etica/autonomia.pdf> Consultat: 29.09.12

l'adolescent, fins ara no pensades. Les actuacions socials preventives constitueixen nous reptes per a les polítiques socials i per als programes d'intervenció social en l'àmbit de la infància i l'adolescència, ja que comporten actuacions sobre probabilitats, no sobre fets inqüestionables i unívocs. És per això que cal facilitar instruments, fins i tot instruments legislatius, per tal de disminuir les probabilitats genèriques d'esdeveniments que incideixen negativament en la població infantil o adolescent, i a fi de potenciar actuacions que garanteixin un augment del benestar social de tota la població.

Llei 14/2010, de 27 de maig, dels Drets i les Oportunitats en la Infància i l'Adolescència.
Preàmbul, I.

4. "Ètica de la discussió" o "ètica de la convicció"?

Que la intervenció no és una ciència exacta, és clarament una obvietat. Però la conseqüència extrema d'aquesta afirmació, que seria que cada professional actua segons criteris propis, és un fet que avui ja no es contempla. Ja hem fet esment anteriorment a la necessitat del consens o la concertació per a prendre determinades decisions, que es correspondria amb l'*ètica dialògica*, o *ètica de la discussió* : arribar a una certa certesa en l'actuació més adequada a través d'una interacció dialògica. Tanmateix, alguns autors sostenen que en determinades decisions, hi pot haver una *ètica de la convicció* (Salhi, 2007) que impediria endegar una intervenció -una decisió, l'execució d'una mesura... - que anés *contra* la pròpia convicció de no ser respectuosa amb la persona afectada o de no correspondre's amb el seu interès -el de la persona afectada- o benefici. En determinats àmbits, aquestes situacions arriben a exigir el debat de l'objecció de consciència.

En l'acolliment d'urgència i diagnòstic, la confluència d'equips amb àrees de treball diferents, -també entre equips tècnics i juristes- i per tant no sempre amb una plena identificació amb les prioritats, fa que especialment en el moment de les propostes de mesura posterior a l'acolliment es puguin produir discrepàncies en la valoració d'allò que es considera *el més adequat*. A la segona part del treball veurem com afronten els professionals aquesta qüestió.

SEGONA PART

4 ANÀLISI I RESULTATS

En aquest apartat exposarem les aportacions dels i de les professionals de l'acolliment al voltant de les qüestions proposades a l'inici. Des de la mirada de l'ètica de l'hospitalitat, intentarem relacionar el discurs tècnic amb les *situacions problemàtiques* prèviament identificades, els objectius i les hipòtesis de partida. Reflectirem les *qüestions* que des del món professional s'assenyalen com a especialment significatives, i mirarem d'identificar quines d'aquestes qüestions són percebudes com a pertinents a l'àmbit de l'ètica.

Ja podem avançar que -i això formarà part de les conclusions finals- hi ha una gran dificultat entre els professionals per a poder afirmar amb una certa seguretat què és allò que poden anomenar clarament "de caràcter ètic" i què no.

... davant de la desesperació que allò s'allarga, doncs hi ha hagut casos en què tècnicament i èticament s'ha dit: Bé, aquest nen, ara, l'hem de canviar amb una família...? Jo no sé si s'ha fet, però em consta que s'acaba dient: Bé, doncs jo èticament o lo que sigui, jo no puc sotmetre aquest nen a un altre procés de vinculació quan el més calent és a l'aiguera, quan no se sap res.

E/1/001-19.50

En algun cas, es relaciona la dimensió ètica amb l'existència de codis deontològics. En d'altres, s'associa el concepte d'ètica a *allò que està ben fet*. És possible atribuir aquest fet a una probable manca d'introducció de l'ètica en els programes curriculars de les disciplines professionals implicades, fet prou conegut, així com a l'escassa oferta formativa en aquest sentit. És esperable, tanmateix, que aquesta situació quedi progressivament superada per iniciatives com la creació del Comitè d'Ètica dels Serveis Socials de Catalunya, els ERESS (espais de reflexió ètica en els serveis socials), i les recents accions formatives específiques, entre d'altres propostes que acostin l'ètica aplicada als diferents àmbits professionals del sector social. Ara, però, anem a allò que han dit els i les professionals⁸⁷.

⁸⁷ De forma general, en endavant utilitzarem l'expressió "els professionals" per a referir-nos al conjunt de persones que treballen com a tècniques en acolliment familiar, indistintament del seu gènere.

Hem proposat a l'inici que la **primera hipòtesi** de partida era que ***es produeixen disfuncions en els procediments de l'Acolliment d'Urgència i Diagnòstic, que qüestionen la seva validesa com a alternativa a la institucionalització.*** Arran de les respostes dels professionals, podem afirmar que:

- a) existeixen en l'acolliment d'Urgència i Diagnòstic qüestions problemàtiques i disfuncions, algunes inherents a la pròpia modalitat, d'altres a causa de mala praxi;
- b) algunes d'aquestes disfuncions i qüestions problemàtiques poden generar conflictes ètics en els professionals i en les famílies acollidores.
- c) els avantatges d'aquesta modalitat i la seva capacitat de donar resposta a les necessitats dels infants de referència impedirien pensar que les qüestions problemàtiques que conté la invalidin.

Confirmaríem doncs, la hipòtesi només parcialment, atès que, com veurem, el conjunt de professionals no considera que l'acolliment d'urgència i Diagnòstic quedi invalidat per les qüestions problemàtiques que conté.

4.1 L'ACOLLIMENT D'URGÈNCIA I DIAGNÒSTIC, UNA OPCió AVANTATJOSA

En la família acollidora, el nen és acollit amb el desig que no sigui anònim: té al seu voltant unes persones que li volen donar un lloc únic per a ell.
Q/2/5-001

Abans d'entrar en les disfuncions, farem una mirada als avantatges que, segons els professionals, caracteritzen l'acolliment familiar d'Urgència i Diagnòstic en relació amb l'acolliment institucional. A partir de les respostes obtingudes al Qüestionari, intentarem recollir el conjunt de característiques que situarien aquesta modalitat d'acolliment amb clara preferència a d'altres alternatives, com l'acolliment institucional.

De forma molt sintetitzada, podem convenir que els professionals perceben que

l'acolliment d'Urgència i Diagnòstic permet aportar:

**una atenció individualitzada.
amb uns referents estables
que li permeten crear un vincle segur.**

Les característiques d'aquesta modalitat són:

Uns mateixos referents, estables i segurs...

- ✓ que són figures afectives
- ✓ que estan disponibles a les demandes de l'infant

que ofereixen...

- ✓ atenció individualitzada, afectuosa i equilibrada
- ✓ atenció immediata i adaptada a l'infant, respectant les seves característiques i necessitats específiques
- ✓ dedicació exclusiva per a cobrir totes les necessitats bàsiques
- ✓ l'estimulació necessària per al desenvolupament
- ✓ un context de relacions personals
- ✓ l'experiència reparadora del significat de ser ben tractat en l'àmbit familiar
- ✓ un model intern de relacions afectives

en un entorn familiar...

- ✓ estable, sa, càlid i protector
- ✓ que cobreix totes les seves necessitats psicoafectives i la cura directa i permanent
- ✓ que dóna resposta a allò que passa de manera continuada i constant
- ✓ que afavoreix el desenvolupament de l'aferrament segur

que permet...

- ✓ l'experiència emocional de pertinença a un grup familiar
- ✓ la possibilitat d'una vinculació primerenca segura
- ✓ conèixer l'evolució de l'infant amb profunditat
- ✓ preservar adequadament la seva salut
- ✓ una major estimulació i desenvolupament integral
- ✓ aportar una dedicació especial en cas de necessitat
- ✓ l'adquisició de rutines
- ✓ fer el passatge de família de forma acurada

4.2 QÜESTIONS PROBLEMÀTIQUES I DISFUNCIONS

Els quatre apartats dels Qüestionaris que han permès recollir les respostes dels professionals, en relació a les *qüestions problemàtiques i disfuncions*, feien referència a:

1. aspectes problemàtics inherents a l'acolliment d'Urgència i Diagnòstic (Qp,c,3)⁸⁸
2. disfuncions atribuïbles a una determinada intervenció (Qp,c,4)
3. perjudicis per als infants (Qp,c,5a)
4. perjudicis per a les famílies acollidores (Qp,c,5b)

Les *qüestions problemàtiques i disfuncions* que els professionals assenyalen en el conjunt de respostes, són, de major a menor:

1. La durada excessiva
2. La incertesa de les mesures posteriors
3. El patiment de l'infant per la separació.
4. Les dificultats de les famílies acollidores en la separació de l'infant acollit
5. El període de passatge a la nova mesura o situació
6. Les dificultats relacionades amb la informació (sobretot mèdica) i/o la documentació de l'infant.

⁸⁸ Qüestionari de Professionals (p) i Cordinadors (c), pregunta n. 3. Veure annexos.

7. Les visites de l'infant amb la seva família d'origen.
8. La manca de coordinació entre equips
9. La possibilitat de contactes posteriors entre l'infant i la família acollidora.
10. Dificultats relacionades amb els posicionaments de la família acollidora i la família d'origen (especialment rivalitats).

És necessari fer esment al fet que algunes d'aquestes dificultats s'assenyalen com a derivades de la primera, la durada excessiva. Els professionals coincideixen a afirmar que la durada de l'acolliment d'Urgència i diagnòstic no hauria de sobrepassar els sis mesos, tot i reconèixer les dificultats per als equips d'estudi de poder formular propostes sòlides en aquest període tan ajustat.

A les taules següents veiem les més significatives, pel que fa al volum de respostes, d'aquestes *qüestions*:

La durada excessiva...	...és un aspecte problemàtic inherent a l'acolliment d'U/D			...és una disfunció perquè no s'intervé adequadament			...és un perjudici per a l'infant			...és un perjudici per a les famílies acollidores			total
	1er lloc	2on lloc	3er lloc ⁺	1er lloc	2on lloc	3er lloc ⁺	1er lloc	2on lloc	3er lloc ⁺	1er lloc	2on lloc	3er lloc ⁺	
N. Respostes:	21	4	4	32	9	4	24	6	1	17	7	1	130
Total:	29			45			31			25			

Taula 4. Durada excessiva

La incertesa de les mesures posteriors...	...és un aspecte problemàtic inherent a l'acolliment d'U/D			...és una disfunció perquè no s'intervé adequadament			...és un perjudici per a l'infant			...és un perjudici per a les famílies acollidores			total
	1er lloc	2on lloc	3er lloc ⁺	1er lloc	2on lloc	3er lloc ⁺	1er lloc	2on lloc	3er lloc ⁺	1er lloc	2on lloc	3er lloc ⁺	
N. Respostes:	2	7	6	1	2	1	2	1	0	-	-	-	22
Total:	15			4			3			0			

Taula 5. Incertesa de les mesures posteriors

El patiment dels infants per la separació...	...és un aspecte problemàtic inherent a l'acolliment d'U/D			...és una disfunció perquè no s'intervé adequadament			...és un perjudici per a l'infant			...és un perjudici per a les famílies acollidores			total
	1er lloc	2on lloc	3er lloc ⁺	1er lloc	2on lloc	3er lloc ⁺	1er lloc	2on lloc	3er lloc ⁺	1er lloc	2on lloc	3er lloc ⁺	
N. Respostes:	8	5	3	0	1	0	12	4	0	0	0	0	33
Total:	16			1			16			0			

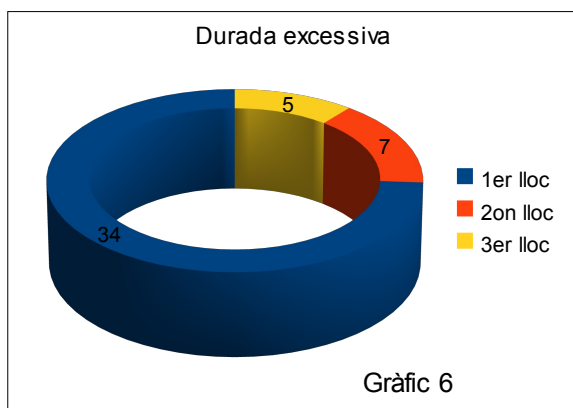
Taula 6. Patiment dels infants per la separació

Malgrat que en els Qüestionaris apareix la qüestió *patiment dels infants* en un volum de respostes superior a la *incertesa de les mesures posteriors*, a les entrevistes els professionals coincideixen a afirmar que el *patiment...* es produeix precisament per l'allargament de l'acolliment, i que per a minimitzar-lo compten amb intervencions preventives i d'acompanyament; i destaquen la *incertesa...* com a segon ítem problemàtic.

A continuació ens aturarem en aquelles qüestions més significatives i que comporten en alguns casos, o poden comportar -segons ho senten els professionals- una dimensió ètica.

4.3 LA DURADA DE L'ACOLLIMENT D'URGÈNCIA I DIAGNÒSTIC.

En el discurs professional, la durada apareix com a un aspecte clarament problemàtic, i no solament ocupa un primer lloc en el rànquing de qüestions problemàtiques, sinó que hi ha una gran coincidència a interpretar que moltes de les altres *qüestions* derivarien d'aquesta o en serien conseqüència directa.

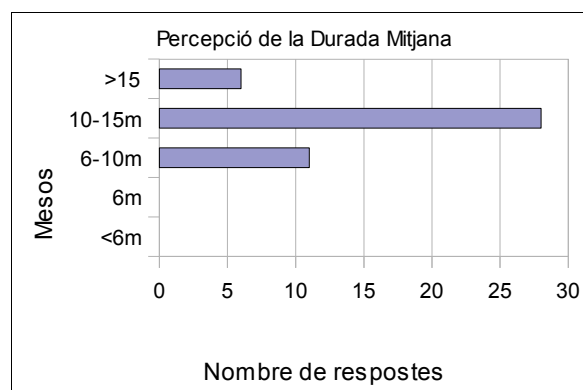


Com veurem més endavant, l'extensió d'aquests acolliments també apareix com a principal dificultat a la qual les famílies acollidores han de fer front, de tal manera que el 74% de les respostes obtingudes entre els professionals, en relació amb aquesta qüestió, situen la *durada*

excessiva en el primer lloc de les dificultats de les famílies acollidores -Gràfic 6.

Recordem breument que els textos legislatius i les orientacions recollides en diferents territoris situen la durada d'aquesta modalitat al voltant dels sis mesos. Però quina és la percepció dels professionals? Al quadre següent veiem que cap de les 45 respostes obtingudes considera que la mitjana dels mesos de durada s'ajusti a aquests terminis -Gràfic 7.

La majoria de professionals situen la durada entre els 10 i els 15 mesos. Hem vist, però, arran de l'Estudi de FEDAIA, que el 55% dels acolliments d'aquesta modalitat compleix el termini màxim dels sis mesos. No hem pogut establir la mitjana real de la durada, però semblen deduïbles dues coses:



Gràfic 7

una, que l'impacte que produeixen determinats acolliments que s'allarguen en el temps, faria percebre que *quasi tots* els acolliments s'allarguen excessivament; l'altra, que els professionals podrien estar encertats en la seva apreciació, si observem l'elevat nombre de casos -el 22% segons FEDAIA- que excedeixen els dotze mesos.

Alguns professionals, corresponents a diferents equips i territoris, refereixen durades que han arribat als 27 i als 36 mesos -alguns dels quals encara pendents de finalització-, i manifesten el desencís cap a la passivitat amb què des de la pròpia administració es respon:

"Sí, la llei pot dir el que vulgui, però a veure qui és el que..., què hem de fer? Denunciar-ho? Si ningú s'ajusta a la llei, qui ho denuncia? Les famílies d'acollida podrien denunciar-ho..., les famílies d'origen podrien denunciar-ho,...no? Quina és la penalització per no complir la Llei? No ho sé. Però aquí ningú no diu res. Però si la Llei diu una cosa i tothom se la salta, què fem? Per a què serveix una Llei? Per a res. Qui ha de denunciar això, quina és la penalització? Llavors, la Llei quin pes té? Si ens la passem..., llavors quin pes té? Jo no he vist ningú, de l'Administració, que estigui preocupat perquè es traspassi la Llei, jo no he vist ningú, encara. Sí, els terminis per a les oposicions sí, segurament això deu anar més estricte. Però l'acolliment d'Urgència i diagnòstic, ningú està preocupat per si s'allarga. Tot es justifica, tot."
E/1/001-01.12.40

Sigui com sigui, semblaria que assistim a un fet inusual, en què l'incompliment d'un precepte legal no és tingut en consideració o al qual no s'atribueix la importància que els professionals li donen. Una possible explicació podria ser el fet de la proximitat. Així, només les persones que per la seva funció tenen una certa proximitat amb els nens i nenes i els seus processos de transició, percebrien com a dificultós o problemàtic el sobrepassar els terminis proposats.

Pel que fa a la **segona hipòtesi** formulada a l'inici, segons la qual ***s'accentuaria, paradoxalment des de l'entrada en vigor de la Llei 14/2010, la tendència a l'allargament dels períodes de diagnòstic i d'establiment i constitució de mesura protectora***, no es pot detectar, a partir dels posicionaments dels professionals, que sigui així. Es dona una certa dispersió entre un sector que percep que, efectivament, "de fa uns anys cap aquí" els acolliments d'Urgència i Diagnòstic duren més, sense acotar un fet causal; un altre sector que atribueix l'allargament a fets relacionats amb sentències indemnitzatòries contra l'administració; un altre sector subratlla que és una qüestió merament perceptiva, i que és tan sols la sensació que "n'hi ha que duren més perquè ara se'n fan més". Per tant, no es pot defensar que l'entrada en vigor de la Llei sigui percebuda pels professionals com a fet causal de l'increment en la durada d'aquests acolliments. Caldrà anar a les dades objectives per a comprovar si existeix o no una tendència progressiva a fer durar cada cop més aquesta modalitat d'acolliment.

Causes de l'excés de durada

A parer dels professionals, aquesta excessiva durada, tan superior als sis mesos previstos, està relacionada principalment amb les enormes dificultats de dur a terme la segona part del binomi, *el diagnòstic*. Només de manera residual es fa referència a dues altres circumstàncies que en alguns casos podrien també explicar que els acolliments durin més del compte: les dificultats especials dels infants i la dificultat de disposar del recurs adequat, un cop feta la proposta de mesura protectora posterior. Les veurem una a una.

1 La demora en els estudis

Hem proposat, a l'inici del treball, que hi ha una notable diferència entre allò que diu la Llei -i que coincideix amb ben diversos protocols, manuals i recomanacions, també d'altres territoris- sobre la durada màxima dels estudis de la situació sociofamiliar dels infants acollits en la modalitat d'Urgència i Diagnòstic i la durada real que acaben tenint. Hem vist que les dades aportades per FEDAIA confirmen que un 45% dels acolliments superen els sis mesos, i d'aquests, la meitat sobrepassen els dotze mesos. I que el conjunt de professionals coincideix majoritàriament a situar la durada *habitual d'aquest acolliment entre els 10 i els 15 mesos*.

Hi ha un amplíssim consens, entre els professionals, a atribuir com a causa de l'allargament dels acolliments d'Urgència i Diagnòstic l'excessiva durada dels estudis, que a Catalunya no hauria de ser superior als sis mesos⁸⁹. Però, per què s'allarguen els estudis?

Abans de contestar aquesta qüestió, abordem una situació prèvia: en algunes ocasions, la demora es produeix des d'un bon començament, quan per motius inexplicables, no es comença a fer l'estudi fins passat uns mesos. Aquí, la indefensió de la família d'origen -inclòs l'infant- és absoluta. És paradoxal que una part del sistema, -que com veurem més endavant pot ser escrupolosament caut a l'hora de promoure mesures susceptibles de ser qüestionades per una oposició judicial- no actuï amb una àgil diligència, tret que doni per fet que moltes *d'aquestes* famílies se sotmetran a una ingerència possiblement poc justificada sense desenvolupar recursos d'oposició. Vegem com s'expressen dues professionals en relació amb la retirada d'un nadó en què l'estudi no es va iniciar fins al cap de sis mesos, durant els quals es va mantenir el contacte entre l'infant i la família una hora per setmana, sense que els progenitors tinguessin ni tan sols un interlocutor a qui sol·licitar informació:

... els pares feien de tot i més per intentar avançar en aquest estudi perquè volien recuperar el seu fill, i aquí, la part professional i administrativa va "brillar per su ausència". Aquest nen ha estat -no recordo ara els mesos, però molts- en acolliment d'Urgència i Diagnòstic,

⁸⁹ Llei 14/2010, de 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència, art. 111.1

ha tornat amb els pares, però és que no es va començar a fer l'estudi fins que ja tenia sis mesos, ...Llavors això, si no és ètic, si no és un problema ètic...no sé què és.

E/1/002-01.09.12

...aquests senyors han estat nou mesos sense el seu fill, i als cinc mesos ja se sabia, ja es veia que podien tenir-lo. Això és...això és un maltracte, un maltracte per als pares, en aquest cas. Bé, i cap al nen.(...) Cada equip ho justifica: el primer que no li toca, el segon que està col·lapsat i que no pot entomar-ho, i que després són vacances i no hi ha els tècnics, per iniciar l'estudi... Tot això són coses delirants.(...) Per sort, i per això ha tornat amb ells, aquests senyors tenien recursos propis, i advocat i no sé què..., Aquí hi ha hagut un requeriment de Fiscalia, el Síndic de Greuges... Aquests senyors, a risc que els criminalitzessin, han anat a queixar-se a les instàncies que corresponien, han portat tots els informes mèdics, des de fa quatre mesos, sense consum, contracte de la casa... el que vulguis. Però "com que els equips anaven col·lapsats", doncs, escolta, no podien assumir el cas... Ha fet patir, ha fet patir per la tardança, ...més que res la negligència en el sentit del temps, perquè un cop ha entrat l'EAI, en dos mesos ho ha resolt.

E/1/001-01.05.28

Afirma una professional amb deu anys d'experiència en acolliment, referint-se al nom d'"Urgència-i-Diagnòstic", que està prou ben resolta la part de la *urgència*, però no tant la part del diagnòstic. Els circuits i procediments per a assegurar els passatges de recollida i inici de l'atenció per part d'una família acollidora d'aquesta modalitat, evitant del tot el pas de l'infant per una institució, estan ben consolidats -alguns aspectes, tanmateix, serien encara millorables. En canvi, no es podria afirmar el mateix pel que fa a garantir que l'estudi podrà fer-se en els sis mesos previstos:

... és un nom que hi ha dos termes, i la urgència es porta molt bé, perquè sol ser molt ràpid, que el nen surti d'un lloc. Però el diagnòstic és un altre tema. O sigui en el tema de la urgència i diagnòstic, la urgència està bastant ben resolta, el diagnòstic no. Si en un temps determinat, s'ha de fer un estudi d'una situació complexa, és evident que allò requereix un esforç important i una concentració en allò que es fa ... intensa. Clar, si això no és possible, pel que sigui, perquè ho temim mal pensat, des del sistema que ha de fer l'estudi, o perquè ho tenim molt resolt en el sentit que no es poden concentrar en això,...

E/1/002-05.03

Els professionals dels equips tècnics d'acolliment estableixen sis grups de causes que explicarien el perquè de les dificultats de respectar el període establert. Per ordre d'importància en base al volum de respostes obtingudes, tenim:

- 1) La complexitat de les situacions familiars d'origen

- 2) La divergència entre els àmbits tècnics i jurídics
- 3) La poca uniformitat de criteris
- 4) La sobrecàrrega dels equips d'estudi
- 5) Els tràmits administratius i burocràtics
- 6) La poca diligència amb què es tracta l'acolliment

1.1 La complexitat de les situacions familiars d'origen

Malgrat el discurs més aviat reivindicatiu, que reclama l'acompliment dels terminis establerts, s'observa, de les respostes dels professionals, la comprensió de les dificultats que en si mateix comporta l'estudi-diagnòstic de les situacions familiars d'origen.

Les circumstàncies que estarien associades a la complexitat en si, serien principalment dues:

a) **Les dificultats de posar-se en contacte amb figures parentives** que potencialment podrien fer-se càrrec de l'infant i que han d'ésser estudiades. Els actuals tràmits d'audiència i comunicació, si no s'han previst des de l'inici de l'estudi, poden allargar-ne considerablement la finalització, tot i haver conclòs l'estudi i disposar una mesura de protecció, que no es podrà executar fins passats els terminis d'aquests tràmits. En alguns casos, aquestes figures sorgeixen molt enllà de l'inici de l'estudi. És freqüent que els progenitors informin d'altres familiars que podrien fer-se càrrec del fill al final del procés d'estudi, en el cas que se'ls informi que no es preveu que l'infant es reincorpori al nucli dels progenitors. S'obre aleshores l'estudi d'aquests familiars.

La dificultat més alta se situa quan aquests familiars resideixen en altres països, siguin els d'origen o no. Es fa necessària, aleshores, la sol·licitud d'informació per part dels Serveis Socials Internacionals, informació que pot trigar mesos a arribar. Cal afegir que no tots els països han subscrit els acords internacionals en serveis socials, fet que pot dificultar encara més la finalització de l'estudi. En cas que finalment l'estudi sigui

favorable a aquest retorn, quedaran encara els tràmits del viatge del familiar, de coneixença i de passatge. Quan es produeix aquesta situació, a la dificultat lògica de l'allargament de l'estudi i l'augment de l'arrelament entre l'infant i la família acollidora, cal afegir la desconfiança que aquesta pot sentir cap a l'àmbit tècnic, atesa la comprensible sensació que tot es va improvisant sobre la marxa:

I si hi ha molts canvis..., i si de sobte..., doncs apareix un familiar que s'ha d'estudiar que viu a no sé quin país, i han passat ja vuit mesos d'acolliment, i resulta que ara s'ha d'iniciar tot això, no? Jo crec que això pot dificultar una mica..., pot minar la confiança cap a la part tècnica, ja sigui nostra o per als EAIA.

E/1/003-01.02.54

Més endavant veurem com perceben els professionals aquests processos, i la dimensió ètica que poden tenir les propostes de *retorn* a una família extensa, quan és desconeguda pels professionals i si té escasses garanties de sostenibilitat.

Davant d'aquestes situacions apareix, en el discurs dels professionals, el suggeriment que el futur Reglament inclogui l'acotament inicial de les persones susceptibles de formar part de l'estudi, per tal de contribuir a no dilatar-lo indefinidament.

b) Els canvis produïts en la pròpia família durant el procés d'estudi. En determinades situacions, la pròpia inestabilitat de les famílies d'origen genera processos poc previsibles, canvis que obliguen a reorientar les intervencions de l'estudi. En aquests contextos, és com començar de nou tot l'estudi a cada nou escenari, i a voltes comporta variar substancialment l'orientació fins i tot de la valoració i de la proposta:

También habrá situaciones excepcionales en los que hay... yo qué sé, hay cuestiones que sobre la marcha de 6 meses cambian. Por ejemplo una pareja toxicómana que una condición es que vaya a una granja (de desintoxicación), pues va y los informes de la granja son positivos, otras...! Pero hay otras cosas que no cumple. Es que claro, antes todo estaba mal, y ahora empieza que si qué hacer, y esa duda también hace que el EAIA quiera alargar un poco más. Luego lo que suele pasar es que si la granja falla, tira para "alante", y si la cosa continúa se alarga el plan de trabajo, o mira, en lugar de una adopción nos vamos a

plantear un acogimiento. Yo creo que esto también sucede, en el trabajo, y a veces es difícil de valorar.

E/5/002-11.50

La *qüestió problemàtica* sorgeix quan precisament aquests allargaments de l'acolliment produeixen una alta vinculació de l'infant amb la família acollidora -i el seu entorn familiar extens, social i lingüístic. En aquestes condicions, quan es tracta de considerar familiars *nouvinguts*, el dilema es produeix entre el dret de l'infant a *mantenir* els lligams amb un origen familiar desconegut i potser remot, i el dret a què siguin tingudes en compte les seves circumstàncies actuals. No és un altre dilema que el de l'arrelament per sanguinitat i l'arrelament per socialització.

Tanmateix, es permetria un marge d'elasticitat per als terminis, si és en benefici del nen i -en segon terme- de la família d'origen. Dintre d'uns terminis raonables, i amb la compensació d'aplicar procediments -acompanyament més intens, passatges temporalment adequats al grau d'arrelament, ...- que ajudessin tant l'infant com la família acollidora en la transició, s'acceptaria sobrepassar lleument el termini.

... la complexitat de les situacions de les famílies d'origen, de vegades..., l'ideal seria sis mesos, però potser és veritat que si en necessites vuit... També hi ha l'altra part, no?, que les famílies d'origen poden tenir una situació molt complexa i potser és necessari allargar una mica més el procés d'estudi.

E/1/ 003-08.54

1.2 La poca uniformitat de criteris

Un segon aspecte que incideix en l'excessiva durada dels estudis té a veure amb el cos de coneixements i de paràmetres que entren en joc. Trobem aquí quatre components relacionats:

a) **La manca de criteris clars, consensuats i objectivats.** Ja hem esmentat anteriorment que la pròpia Llei 14/2010 recull un *seguit d'indicadors (...) que ha de coadjuvar en l'adopció de decisions preses pels professionals responsables...* (L14/2010, Preàmbul), que identifiquen a grans trets les situacions de risc i de

desemparament. Però la mateixa Llei, a l'article 79, recull que:

El departament competent en infància i adolescència, en col·laboració amb altres departaments de la Generalitat, les universitats i els col·legis professionals i altres entitats dedicades als infants i als adolescents, ha d'elaborar llistes d'indicadors i factors de risc i llistes d'indicadors i factors de protecció i resiliència. Així mateix, ha de formular les recomanacions específiques per tal de facilitar i promoure la identificació d'aquests indicadors o factors i la valoració consegüent de la situació de l'infant o l'adolescent. Aquestes llistes i recomanacions es poden actualitzar i modificar sempre que ho aconsellin els avenços en el coneixement científic i professional.

L 14/2010.

Art. 79. *Elaboració de Llistes d'indicadors i de recomanacions.*

A dia d'avui, no es disposa encara d'aquests indicadors⁹⁰, tret dels paràmetres que estableix el RUMI -Registre Unificat de Maltractaments Infants-, en el simulador de valoració. La manca de criteris "oficials" s'acompanya d'una gran dispersió, en el millor dels casos, d'altres paràmetres, utilitzats amb més o menys sistematització en funció d'uns equips o altres, i fins i tot en funció de cada professional d'un mateix equip.

b) **El grau de competència, les capacitats i la formació dels professionals** responsables dels estudis. Una formació sistemàtica, especialment orientada als professionals que s'integren de nou en els equips, contribuiria a un abordatge més rigorós de les situacions d'estudi, i alhora a possibilitar un major coneixement de criteris i de consens, de forma especial si a l'ensem es potenciés que les valoracions fossin contrastades en equip, la qual cosa no sembla que sigui així en tots els casos. En aquesta línia, un aspecte destacat en el discurs dels professionals de l'acolliment és l'apreciació del que vénen a anomenar *confusió* entre el que hauria de ser estrictament un estudi, i un *pla de treball*, que requeriria ja un diagnòstic previ i un temps llarg.

c) Relacionat amb el punt anterior, destaca **la priorització dels interessos dels progenitors per damunt dels dels infants**. Trobaríem aquí biaixos professionals, col·lusions, identificació prioritària amb el patiment d'un progenitor o de tots dos, o fins i tot la dificultat tècnica de treballar amb la família d'origen una acceptació de la

⁹⁰ En finalitzar la redacció d'aquest treball, a novembre de 2012, hi ha tan sols un Projecte d'Ordre de Govern que recull aquests llistats d'indicadors.

separació. En totes aquestes situacions, l'infant quedaria relegat a un segon i invisible terme.

d) **La manca d'eines i recursos adequats.** En darrera posició, els professionals esmenten que, pel que fa als recursos de què disposen els equips d'estudi, serien poc adequats o fins i tot inexistents, i les valoracions es fonamentarien majoritàriament en l'observació informal, en el grau d'acompliment d'uns requisits mínims -assistència a les entrevistes, un tractament de respecte cap als professionals, etc.-, instruments amb poca validesa per a pronosticar la possibilitat de recuperació parental.

Això, no sé si un dia hi hauria la manera de consensuar criteris de diagnòstic dels EAIA, a l'hora de diagnosticar les habilitats parentals, i fins i tot els diagnòstics psicopatològics que a vegades tenen les famílies d'origen. I que això es pogués fer dins d'un temps de terminis raonables, perquè a vegades hi ha plans de treball que són com el temps, sembla que els pares ara van bé, ara no tan bé..., els anem seguint la pista però no acabem de decidir si és factible un retorn o no, o en quines condicions. Mentre que si hi haguessin criteris per diagnosticar habilitats parentals i possibles psicopatologies que aniran apareixent, i tindran recaigudes els pares, igual quan el nen estigui amb els pares com després...I no sé què passarà, si això es pogués delimitar i treballar-ho més al principi mentre es fa l'etapa de diagnòstic, potser aniríem mes bé, però jo no sé si es pot fer, i consensuar criteris per poder delimitar més això, perquè si no, anem fent i mai saps si ha de tornar o no, com anirà el treball a vegades no està tan relacionat amb les capacitats dels pares sino amb si té feina o no, que la casa ..., en si està millor o no.

E/4/001-8.20

1.3 La divergència entre els àmbits tècnics i jurídics

La dificultat dels tècnics responsables dels estudis d'argumentar amb indicadors i criteris sòlids la seva proposta de mesura, ho acabem de veure, és percebuda pels professionals de l'acolliment com a una causa rellevant de l'incompliment dels terminis. Aquí ens apareix com un factor també determinant, en tant que impedeix la defensa fins i tot jurídica d'una proposta determinada.

Els equips d'estudi, així, tindrien enormes dificultats especialment a l'hora de proposar mesures que impliquen la separació definitiva. En aquests casos, l'incompliment dels terminis vindria determinat per la necessitat de recollir exhaustivament aquells

indicadors *clars* i *inequívocs* que exposessin per si mateixos la irreversibilitat de la separació, i justificuessin així la bondat d'una mesura com l'acolliment preadoptiu. Les valoracions dels equips d'estudi compten a vegades amb poc suport de l'Administració, que exigeix -naturalment- el màxim rigor en la valoració de la irrecuperabilitat parental, però que no aporta aquells indicadors i paràmetres de valoració que haurien de permetre als equips de contrastar-hi el resultat dels estudis.

En aquesta línia, quan la família d'origen fa oposició judicial a la mesura proposada, la pròpia Administració sol aturar-la. La tardança en les resolucions judicials de les oposicions és un fet prou conegut i especialment cruel amb les situacions dels infants que inicien processos preadoptius, en el cas que aquests es vegin interromputs, massa temps enllà, per una resolució contrària.

Atenent a aquestes situacions previsibles, el fet és que l'Administració tendeix a aturar les propostes, a no validar-les, o a fer propostes suposadament menys arriscades, quan hi ha una mera sospita que es presentarà l'oposició.

... penso que hi ha equips que farien propostes però que tenen la percepció que a nivell jurídic aquelles propostes no seran ben recollides, i que ells se frenen, o bé s'han d'allargar, perquè han de fer una justificació -que per a mi ja és prou, la que fan-. Algun d'aquests casos..., fa tres setmanes, una germana d'aquesta criatura va marxar en adopció. L'estudi és el mateix, el mateix pare, la mateixa mare... "No me vale la història pasada, la situació actual..." ... Perfecte! Però això fa que en moltes ocasions, davant de situacions de misèries, hi ha propostes d'EAlA que els tomben o els tiren enrere,... potser perden la il·lusió o perden l'entusiasme, o se cau en una proposta fàcil d'acolliment familiar simple, per una manca de recolzament davant de les seves pròpies propostes...

E/3/002-52.10

Precisament per evitar el risc d'iniciar processos que s'hagin d'interrompre posteriorment, és comprensible que l'Administració aturi l'execució de la proposta. Però la solució no hauria de ser la *congelació* de la situació provisional de l'infant, que té repercussions que no són innòcues, sinó que hauria de passar per un acostament entre els criteris jurídics, la necessària atenció al dret de respecte a la vida familiar i les necessitats dels infants. Sembla urgent propiciar, en l'àmbit judicial, que les vistes i els judicis per oposició siguin considerades com a qüestions no susceptibles de demora, i que s'estableixin terminis màxims de resolució que respectin les necessitats i l'interès

dels infants.

Encara un altre aspecte que apareix entre els professionals, és el possible pes, fins i tot econòmic, que podrien haver tingut determinades sentències judicials que han condemnat l'Administració a indemnitzar els progenitors, en apreciar disfuncions en els procediments, quan no a resoldre favorablement a les demandes de la família d'origen.

La vision jurídica pesa mucho. Y luego ha habido épocas en las que ha habido alguna cuestión que ha salido en los medios de comunicación y que nos han dado el toque a la Generalitat y a partir de ahí sí que notamos que los juristas se han frenado.

E/ 5/002-15.18

1.4 La sobrecàrrega dels equips d'estudi

Així com passava amb la comprensió de la complexitat de les situacions d'origen, els professionals de l'acolliment reflecteixen el reconeixement d'unes altes càrregues de treball en els equips responsables dels estudis.

No es pot parlar de forma absoluta, però en termes generals jo crec que s'hauria de valorar molt en primer lloc com es fan aquests processos de diagnòstic, per després calibrar si realment es poden fer com es tenen pensats o s'estan fent malament, o realment no es poden fer perquè no dóna temps, no hi ha suficients recursos,... Jo no sé qui és el responsable, perquè clar, potser el professional que l'ha de fer en aquell moment, sí, ja sap que hi hauria de ser, que els hauria de fer, de veure sovint, però a lo millor no pot perquè hi ha circumstàncies afegides,...

E/1/002-05.03

El fet de no poder-se dedicar íntegrament al diagnòstic per la pressió d'atendre simultàniament altres situacions, la manca de suficients recursos personals i d'organització, i les dificultats derivades dels horaris d'atenció, se sumarien al conjunt de circumstàncies que enlenteixen els estudis. Aquesta és una preocupació que aflora de manera especial, atès que semblaria que aspectes fàcilment millorables impedeixen l'acompliment dels terminis, en perjudici dels infants.

... una cosa que em preocupa bastant és quan un procés s'enlenteix perquè la persona referent d'aquell estudi no hi pot ser. Llavors el procés es para (...) no hi és perquè està de baixa, perquè està de vacances, perquè té altres coses, i com que aquella persona no hi és, tot es para i ningú no pot agafar aquella feina, i aquell nen es va estant allà fins que aquella persona s'incorpora a l'equip, per exemple...

E/1/004-07.40

I, encara, s'aprecia alguna referència a les situacions en què un equip no assumeix un estudi derivat d'un altre territori o servei, al·legant que no li compet o que no té els recursos suficients, i l'Administració no disposa dels mecanismes necessaris per a garantir de forma immediata que un o altre equip assumeixi el treball d'exploració amb la família d'origen.

1.5 Els tràmits administratius i burocràtics

S'afegeixen a tots els altres aspectes aquelles qüestions estrictament de caràcter burocràtic, com ara la lentitud de determinats processos de comunicació, o de caràcter administratiu-laboral, com els canvis de professionals a meitat d'un estudi, problemes de traspàs, o del retard en les resolucions, etc.

També la mala gestió, la burocràcia que tenen. No és el més important, estic d'acord (...), però la mala organització dels equips, amb la xarxa, com està organitzat tot plegat, pues de vegades, coses que podrien ser senzilles, la comunicació als pares..., s'envia una carta... no es pot encara perquè la carta no arriba, s'ha de comprovar una sèrie de qüestions que fan posar dels nervis. És molt estrany, penses que si estessin a la Repsol ja hagués petat, no? Per què funcionen tan malament, els circuits, que retarden el temps de la presa de decisions?
E/3/003-52.10

Assumint que aquest no és un aspecte determinant, quan aquestes situacions es produeixen agregadament a un procés que per altres raons ja hauria ultrapassat els terminis, és vist com a allò que acaba d'empitjorar del tot el que hauria de ser un procés àgil i respectuós, també amb la família d'origen.

Potser hi ha un equip d'un EAIA que ha sigut valent, i ...posem un preadoptiu, no? Llavors hi ha tots aquells cinquanta mil tràmits... Ja ha sigut prou difícil, no? , m'imagino: prendre una decisió ferma sobre el futur d'una criatura, que talles de socarrell amb la seva família d'origen. Després hi ha un relax total... Ells ja no fan el seguiment del que passa. I quatre mesos després... et diuen: escolta, aquella criatura, encara no ha marxat? Ells van fer la proposta, però ja no podien fer res més... Hi ha un decalaix, ja ho assumeix la secció territorial, que no coneix ni la família: tràmits, audiència, "lo hacen mal...", passa el temps.
E/3/001-55.03

1.6 La poca diligència amb què es tracta l'acolliment

... sí que hi ha la idea de què el nen ja està en una família i es relaxen... i potser prioritzin altres coses, també hi és, jo penso, i això fa doncs que potser no corri tanta pressa d'acabar l'estudi, perquè el nen està ben atès, ben cuidat "i ja, ja ho farem quan podrem...". Potser les urgències d'altre tipus se'ls mengin el temps.
E/1/003-06.00

El fet que els infants acollits en famílies no representin una font d'estrès professional, comparativament amb d'altres situacions que requereixen dels equips d'estudi respostes immediates i altes dosis d'intervenció, és interpretat com un cert relaxament de l'exigència professional. Així, alguns professionals afirmen que en determinats casos es pensa l'acolliment d'urgència i diagnòstic com si es tractés d'un acolliment més -un acolliment simple, per exemple-, en què no seria necessària una valoració urgent del pronòstic de recuperabilitat de la família⁹¹. Atès que la situació de risc o d'eventual desemparament queda coberta per l'atenció i cura de la família acollidora, la *urgència* de la situació perdria força.

Penso que de vegades hi ha la idea, en els equips d'estudi, que són sis mesos d'estudi. Llavors, es pot prendre la decisió al mes sis, i això implica que al mes set s'ha de fer l'audiència als pares, al mes vuit ... I això també allarga. I això també és una idea,... però sí que en el discurs es pot veure "com que ja van fent coses, i tal, però que bueno, que hi ha temps fins al sisè mes, no? Clar, potser al sisè mes ja seria el moment que aquest nen anés on hauria d'anar, no? Potser hi ha una certa idea d'això, idea inconscient, eh?, de què el temps és més flexible del que ho hauria de ser en realitat. Em sembla que també hi ha una certa idea d'això.
E/1/003-06.00

En altres casos, la distància envers l'infant explicaria la lentitud d'alguns procediments i el diferent ritme d'actuació que semblen exigir-se uns professionals i uns altres. La proximitat contribuiria a percebre amb més indignació la nocivitat dels temps excedits.

I...el poc interès del sistema. A vegades jo m'he plantejat: doncs posarem una foto del nen a l'informe perquè vagin veient com creix, no ja només el tècnic que va fent l'estudi, sinó també la DGAIA, no?, perquè a vegades, cridant a les altes instàncies... No saps si els que estan més amunt no es fan càrrec de les coses pel lloc que ocupen o perquè no veuen els nens, o perquè ningú no els ho explica. Hi ha com un buit en tot el procediment, que no sé quin és, però que t'impedeix algunes vegades, de dir... Potser si li expliquéssim nosaltres

⁹¹ Aquesta afirmació requeriria una matisació imprescindible, atès que, en interès de l'infant, no s'hauria de desatendre la necessitat urgent d'establir una possibilitat de retorn al nucli, fins i tot en un acolliment simple.

podríem fer-li un retrat d'aquest nen i potser podria veure'l d'aquesta manera... Però no és possible creuar aquest barrera, perquè el sistema funciona com funciona i llavors, aquesta lluita..., és durillo, perquè el nano es va fent gran i allà no... , sents la necessitat de donar resposta i no hi ha ningú que te la doni, i tu no pots donar-la.

E/1/005-01.31.42

2 Les dificultats especials dels infants

Encara que en un segon terme, tant les dificultats pròpies i específiques que puguin tenir els infants com la manca del recurs posterior que exigeixi la mesura proposada, es constitueixen també com a factors que incideixen negativament en la durada dels acolliments d'urgència i diagnòstic. Trobem, en aquest bloc de factors, referències a:

- diversitat funcional
- presència de trastorns o síndromes
- incertesa en el pronòstic de salut: a causa d'antecedents familiars, possibles seqüeles per malalties infeccioses, ...
- malalties i/o deformacions
- altres circumstàncies que requereixin atencions especials o intensives.

Aquestes situacions s'afegeixen a la demora en els estudis que hem vist anteriorment, i dificulten la presa de decisió, a vegades per la variabilitat dels diagnòstics de salut, la incertesa de l'evolució que puguin tenir, i perquè, finalment, poden condicionar significativament el fet de disposar del recurs adequat. Pensem, per exemple, en la dificultat de poder fer una proposta d'acolliment preadoptiu de dues germanes amb anticossos per sífilis, si s'hi afegeix que una de les dues -per exemple- presenta a més un determinat grau d'atonía muscular sense etiologia clara: el temps per a una orientació diagnòstica sòlida (identificació, descartament...), el temps per a la recerca de família, el temps que necessiti la família per a acceptar la proposta...

3 La dificultat de disposar de recurs familiar posterior

Semblantment a l'apartat anterior, hi ha circumstàncies que poden endarrerir la

finalització de l'acolliment, si un cop feta la proposta de mesura, no es disposa del recurs adient. Pensem, per exemple, en un acolliment d'urgència i diagnòstic en què, finalitzat l'estudi, es considera que la mesura més adequada és un acolliment simple de curta durada, atenent a les possibilitats de recuperació parental en un termini relativament breu. La proposta s'hauria de fer a una família que s'ofereixi per a aquesta modalitat i per aquestes edats, sense risc d'activació de desitjos de parentalitat i amb capacitat per a fer l'acompanyament en el passatge de retorn a la família d'origen. Però com que els processos de recuperació parental poden patir moviments de retrocés i fins i tot és freqüent que els pronòstics inicials s'esfondrin a les primeres dificultats, cal disposar d'una família que, a més de tot l'anterior, també pugui assumir la creixença de l'infant durant un temps que pot arribar a ser molt incert... i molt llarg. El resultat és que es tracta de disposar d'ofertaments familiars molt amples, als quals, per tant, se'ls exigeix una enorme disponibilitat, flexibilitat i capacitat. És lògic pensar, doncs, que ofertaments de famílies amb aquestes característiques no abundin. L'acolliment d'urgència i diagnòstic haurà de continuar fins que es trobi l'ofertament adequat.

4 Què contribuïria a reduir la durada dels acolliments.

Tal com hem vist, la durada dels acolliments es presenta com una de les qüestions més reiterades en el discurs dels professionals, i generadora de dificultats i perjudicis. Val la pena, doncs, recollir què hi diuen els professionals, a l'hora de pensar què es pot millorar, en el conjunt de procediments, per evitar que els acolliments s'excedeixin en el temps.

Agruparem les respostes obtingudes al voltant 4 aspectes: a) els equips responsables dels estudis diagnòstics, b) els equips d'integració familiar (d'acolliment), c) els circuits administratius i judicials, i d) la formació dels professionals.

A) Els equips d'estudi-diagnòstic

- Major dotació
 - augmentar el nombre d'equips territorials
 - creació d'equips ambulatoris
 - augmentar el nombre de professionals amb dedicació exclusiva
 - revisar les ràtios professionals i les càrregues de treball
- Especialització
 - equips i professionals especialitzats en diagnòstic
- Coordinació
 - periòdica entre professionals i equips intervinents
 - millorar els procediments de derivació de casos
- Uniformitat de criteris
 - establir protocols i estàndards de valoració del desemparament, de recuperabilitat, d'acolliment, etc., de forma consensuada i contrastada.
 - Priorització de l'interès superior de l'infant
- Priorització de les situacions dels infants més petits
- Argumentació tècnica acurada
- Suport de l'administració i supervisió tècnica
- Treball amb la família d'origen
 - recursos i mitjans específics que permetin un treball intens i un suport suficient
 - presència dels equips d'estudi durant la supervisió de les visites.
 - que els equips d'estudi coneguin els infants en persona

B) Els equips d'integració familiar

- Treball en xarxa per a la millora de la difusió i recerca de famílies acollidores
- Treball per aconseguir nous perfils d'ofertament de famílies.

C) Els circuits legals, administratius i judicials

- Agilitat en les resolucions judicials

- Prioritat de tràmits i gestions en els casos d'Urgència i Diagnòstic
- Limitació del temps per als estudis de les propostes i la seva aplicació

D) Formació

- Millorar el coneixement sobre les necessitats vinculars de l'infant
- Compartir interprofessionalment i inter-equips les repercussions de l'excessiva durada dels acolliments.

4.3 LA INCERTESA DE LES MESURES POSTERIORIS

L'acolliment d'Urgència i Diagnòstic acaba, tret d'incidències sobrevingudes, amb la proposta de mesura protectora, resultat de l'estudi diagnòstic de la situació familiar d'origen. Aquestes mesures, que han de donar resposta a les necessitats i interessos de l'infant, tenint en compte el seu origen i el seu context, poden ser: a) el retorn al nucli familiar d'origen -habitualment el dels progenitors-; b) l'acolliment en família extensa en el propi context; c) l'acolliment en família extensa en origen - família remota-; d) l'acolliment en família aliena; e) l'acolliment preadoptiu; f) l'acolliment residencial. Si la proposta és d'acolliment familiar, aquest podrà ser *simple* o *permanent*, segons el pronòstic de recuperabilitat de la família d'origen, d'acord a la Llei 14/2010, Art. 126.

En efecte, tots els acolliments d'aquesta modalitat finalitzen tal com hem descrit. Per què, doncs, les propostes de mesura apareixen en el discurs dels professionals com a una gran disfunció, fins al punt que una bona part del cos professional ho considera un dels aspectes de més difícil gestió? El treball des del compromís amb l'infant remou els professionals quan no reconeixen les mesures proposades com a opcions vàlides i coherents amb el que consideren l'interès superior.

...tenir la sensació de ser còmplice d'una situació que saps que va en perjudici del nen, o que tens la sensació que anirà en perjudici del nen. I tu estas col·laborant en tot això, a contracor. Això costa molt de gestionar; i vas a casa i t'ho endús.

E/1/004-01.31.42

La preocupació dels professionals és especialment aguda quan es tracta de nadons o infants molt petits. S'apunta a una gran dificultat per a prendre decisions *definitives*, sense que puguem establir si aquesta dificultat ha estat estable en el temps o si es produeix una tendència creixent en aquest sentit, tal com es formulava en la **tercera hipòtesi**. En qualsevol cas, la percepció d'un lleuger increment s'atribueix a la cada vegada més complexa situació de les famílies d'origen -de vegades amb familiars en països estrangers – i a causes relacionades amb els equips responsables de les propostes.

Costa molt, prendre decisions definitives, no? I ja s'entén, perquè les situacions són cada vegada més complexes, la gent està més dispersa, potser per trobar familiars que s'haurien d'estudiar es fa més difícil, les situacions a les famílies són cada cop més precàries i complicades d'entendre i tal, i per tant de valorar i diagnosticar, però també dóna la impressió que la solidesa dels professionals cada cop és ... minva una mica més. No sé si per cansament, si per manca de recursos, si perquè hi ha molta mobilitat en aquests equips i molt poca experiència, o per què. Però prendre decisions com les que han de prendre són molt difícils de prendre, i cada vegada dóna la impressió que costa més fer una valoració definitiva pensant en el nen, no?

E/1/001-01.02.25

Sigui com sigui, aquesta situació d'*incertesa* en què quedarien els infants quan la proposta de mesura no té en compte el seu interès a curt i llarg termini, és la base de la preocupació dels professionals. La dificultat per a la presa de decisions de caràcter definitiu, estables, acaben condemnant l'infant, innecessàriament, *a molts anys d'estar per la xarxa de protecció* (Q/3/002). Naturalment, i així ho poden recollir alguns professionals, cadascuna d'aquestes possibles mesures no té, en si mateixa, ni més ni menys bondat que una altra. Tot depèn de les circumstàncies de cada situació, i de si la decisió es pren amb el *focus* posat en l'infant.

...les mesures en si mateixes no són ni bones ni dolentes, perquè -potser és una obvietat-, però penso que.... depèn de cada cas i de les circumstàncies que està vivint... Un acolliment permanent o de llarga durada pot ser una decisió bona, per a la criatura, per l'edat, o per la relació amb els pares. I en algunes circumstàncies, hi ha mesures que són coherents, depenent de les circumstàncies. Es obvi. Segons en cada cas.

E/3/003-01.01.30

Com hem dit, és precisament l'edat, juntament amb el grau i el tipus de relació que tingui l'infant amb els progenitors, un factor determinant en la presa de decisions. Quan

es tracta de nadons - el fet més habitual en Urgència i Diagnòstic-, és quan els professionals reclamen amb més èmfasi que les mesures adoptades fugin de ser *intermèdies i temporals*, i garanteixin la màxima estabilitat a curt i a llarg termini. És a aquestes edats, doncs, que ens referim en l'anàlisi següent.

1 El Retorn a la Família d'Origen

El retrobament i la reincorporació de l'infant en el seu nucli d'origen hauria de ser, a la llum de les orientacions internacionals, el primer objectiu a considerar quan ha calgut la separació. Es tracta del dret de la família, infant inclòs, a romandre junts. A la pràctica, però, aquests *retorns*⁹² són escassos: ja hem vist que l'estudi de FEDAIA els situa en el 13%. I no tots els que s'acaben fent se sostenen en el temps, i cal trobar nous recursos convivencials per als infants: sol ser la continuació d'una llarga estada en el sistema de protecció. Trobem dues possibles causes:

a) Es disposa de poc temps per a determinar amb garanties la millora suficient de les circumstàncies que van originar la separació, atès que la durada excessiva de la separació, com hem vist, juga en contra de les possibilitats de reintegració, pels aspectes vinculars, entre d'altres factors⁹³. Per tant, la decisió es pot prendre amb alts riscos: les modificacions, les millores, poden ser tan objectives com temporals, i no es disposa de temps per a comprovar-ne la solidesa ni l'estabilitat. A aquest context s'afegeix que es disposa, en el millor dels casos, d'escassíssims recursos de tota mena per donar suport a la reunificació, ja sigui amb un seguiment i suport acurats, ja sigui en forma d'ajuts materials, relacionals o terapèutics.

Alguns professionals assenyalen aquesta qüestió com a un problema disfuncional propi de les finalitzacions d'Urgència i Diagnòstic.

...la família d'origen ha fet millores, però com que només tenim uns mesos de temps,

92 El terme retorn és de mal aplicar, atès que en nombrosos casos, no hi ha hagut una convivència anterior de l'infant amb la família d'origen. Per tant, parlar de retorn és només una manera de parlar.

93 Per exemple, l'acomodació de la família, que pot veure's alleujada de l'esforç que suposa ocupar-se d'un nou membre, en situacions d'especial precarietat.

organitzem el retorn de l'infant sense haver pogut consolidar aquestes millores i, normalment, amb un seguiment i suport molt pobre, fins i tot nul, després del retorn. Tenim, en el cas de la nostra entitat, algun exemple de fracàs greu d'aquest tipus de retorn.
Q/8/001.

...quan hi ha molts factors en risc que fan pensar que la proposta que s'acaba prenent per a l'infant no s'acaba d'adequar a les seves necessitats, ja que no s'acaben de concretar els recursos/ajudes posteriors que serien necessaris per garantir una adequada atenció per al nen.
Q/8/002

b) Els professionals responsables de l'estudi poden prioritzar la demanda dels progenitors, bé per una identificació amb la seva situació de possible patiment -per davant de la identificació amb l'interès de l'infant-, bé per la dificultat personal d'acceptar que la separació definitiva és, lamentablement, l'única via possible, bé perquè assumeixen un rol narcisista o messiànic, i menystenen factors de risc i indicadors d'inviabilitat que des d'una mirada més objectiva, o si més no des d'una mirada col·legiada, -o *concertada*, en paraules de M. David-, serien clarament suficients per a descartar una tal proposta. Podem afegir, de passada, que les propostes de retorn a la família d'origen solen ser poc qüestionades per l'òrgan competent, en tant que impliquen la conformació de la família, i per tant no existeix el risc d'una oposició judicial.

Jo crec que és per covardia de l'administració, per la dificultat de prendre decisions definitives . Jo no sé si han canviat els jutges, que no ho crec, no sé si DGAIA ha hagut de pagar molts diners per oposicions judicials, perquè els ha caigut el pèl, ...no sé per què. Però hi ha molta més dificultat a dir "no", a posar límits a les famílies d'origen, sense cap mena de dubte,... A la que hi ha una oposició judicial, a la que hi ha un estudi que "potser..." o sigui: -i també depèn dels tècnics- s'ajunta una actitud com messiànica, de salvar les mares, i els no -sé- què, i anar-los donant oportunitats un any rera l'altre, en situacions que a vegades són molt complicades. (...) També hi ha l'ego del tècnic "que m'he fet treballador social per salvar el personal...", hi ha tot un joc de seducció, un entramat de complicitats entre els tècnics i els pares, que no em sembla malament, però que s'ha d'anar molt al tanto...
E/1/001-29.20.

El retorn a la família d'origen apareix com a mesura incerta, doncs, quan no s'observen suficients garanties d'estabilitat i sostenibilitat, i els professionals entreveuen que l'esforç que haurà de fer l'infant en la transició cap a aquesta família que, tot i ser la seva, coneix i reconeix escassament, arran dels contactes i visites, amb massa facilitat

és susceptible d'esdevenir inútil, per l'alta possibilitat que en un temps breu calgui fer un nou passatge - sovint amb caràcter d'urgència- cap a un recurs alternatiu que, depenent de l'edat, pot no ser cap altre que l'estada indefinida en una institució, quan no l'entrada, dificultosa, en una nova família.

No és infreqüent que, en aquest línia, alguns infants institucionalitzats que als sis o set anys tenen una proposta d'acolliment, simple o permanent, proveniuen d'aquests processos frustrats de retorn. El repte és, llavors, disposar de perfils de famílies acollidores que puguin assumir el seu acolliment -és un fet que poques famílies s'ofereixen per a acollir infants a partir dels cinc o sis anys- , i que puguin fer-se càrrec, a més, de les dificultats afegides que solen anar associades a tals processos: dificultats relacionals, d'aprenentatge, règims de visites intensos, etc.

2 L'Acolliment en Família Extensa

De manera semblant als *retorns*, la possibilitat de reincorporar-se a la pròpia família, encara que no sigui estrictament al nucli parental, és una molt bona alternativa de mantenir l'arrelament a l'origen familiar, si reuneix les condicions suficients per a la cria -ara i en el futur- de l'infant, i es garanteixen l'estabilitat i la sostenibilitat. El volum d'aquesta proposta de mesura correspon al 10% de les finalitzacions d'Urgència i Diagnòstic, segons dades de FEDAIA.

Però no sembla que aquestes condicions suficients es donin sempre. Apareix com a una mesura incerta quan s'utilitza com a opció compensatòria del drama familiar, i no compleix les garanties a curt i llarg termini. En el discurs dels professionals sobresurt el temor que sovint no es valoren suficientment els riscos que poden anar associats a aquest acolliment. La facilitat com, davant de la pressió i les dificultats per trobar una proposta adequada, es pot mirar cap a la família extensa com una taula de salvació, poc arriscada des del punt de vista jurídic, preocupa els professionals. L'oferiment d'uns avis -posem per cas-, responsables del nucli familiar on es van produir les anteriors disfuncions que van envoltar la retirada del nadó, pot estar contaminat d'una certa

pàtina de compensació. O bé pot formar part d'un entramat relacional amb els propis descendents -el pare o la mare del nadó- que, de forma conscient o no, es serveixin de l'infant per a prendre posició. I, encara, les seves capacitats per a protegir l'infant d'una hipotètica, però probable, ingerència o distorsió per part del progenitor de l'infant, poden veure's reduïdes considerablement.

Els professionals responsables de la proposta tenen el difícil encàrrec de tenir tot això -i tants altres factors- en consideració. I de valorar si aquest oferiment pot representar una alternativa de vida estable i estimulante per a l'infant fins a la seva vida adulta, passant per la difícil etapa de l'adolescència. I de planificar i proposar la bateria de recursos reals i imprescindibles que de ben segur s'haurà de posar en funcionament. Si no és així, l'opció per la família extensa pot ser tan sols un miratge momentani que doni una aparent sortida, però que a la llarga només haurà fet que enrocar l'infant en el sistema de protecció, i, en qualsevol cas, fer-li més difícil, per l'edat i per la trajectòria viscuda, l'accés a un entorn familiar definitiu.

...llavors hi ha la mesura intermitja, a vegades, que és la família extensa, i clar, la família extensa també té molts riscos, no? Perquè..., doncs tothom pot cuidar un nadó, però després, quan els nens creixen i tenen adolescències amb avis de seixanta i setanta anys, i no els poden acompanyar... Llavors crec que a l'hora de prendre una mesura, en el cas de les urgències, i en totes, no només s'ha de mirar la mesura que soluciona el problema en aquell moment, que dona una sortida a aquell nen, sinó que s'ha de pensar a llarg termini...

E/1/005-01.17.40

Quan es tracta de nuclis familiars d'origen estranger, a vegades l'única família extensa consisteix en familiars que s'han quedat en el país d'origen. La qüestió problemàtica apareix quan els infants han estat en acolliment d'Urgència i Diagnòstic molt més temps del que està prescrit i l'infant, per tant, ha desenvolupat no solament llaços afectius amb la família acollidora, sinó un determinat grau d'arrelament i de pertinença: la parla, el context sociocultural... Ha de prevaldre la filiació per sanguinitat, o l'arrelament en el *propri* entorn? És a dir, la parentalitat genètica preval sobre la parentalitat social?

Apareixen, associades, diferents dificultats: la primera, que la recerca activa d'aquests familiars, en si mateixa, ja és una causa -com hem vist- de perllongament de l'acolliment. La segona, que les garanties de sostenibilitat i cura adequada no sempre queden del tot assegurades: no tots els països tenen signats els acords en matèria de

Serveis Socials Internacionals, ni la informació que arriba d'origen té sempre la garantia tècnica exigible. La tercera, que l'infant haurà de transitar cap a l'oferiment d'unes persones absolutament desconegudes, probablement d'un entorn cultural i lingüístic llunyà. En aquests casos, sembla ignorar-se que la Llei, que estableix la prevalença de la família extensa sobre l'aliena, exigeix com a condició l'existència de vincle afectiu -L14/2010, Art. 127. La quarta, que, arribat al país, es trobarà en un medi també desconegut, amb pautes i costums diferents, amb pràcticament nul·les possibilitats de relació amb el seu passat immediat. Finalment, sovint és també un conflicte per a les famílies acollidores, que comprenen molt difícilment que "la millor" proposta de mesura per a un infant nascut a Catalunya sigui precisament *tornar* a un país potser llunyà, geogràficament o cultural, sense massa garanties de tenir informació sobre l'evolució -favorable o no- de l'infant de qui han tingut cura des del seu naixement. (Més endavant abordarem la qüestió de la confiança en el treball tècnic, per part de les famílies acollidores.)

...va ser una nena que va estar durant sis mesos, el temps adequat, en un acolliment d'Urgència i Diagnòstic. Un equip d'estudi va valorar que anés a una família extensa, que veritablement no era ni família extensa, que acabava d'aparèixer i que hi havia bastants factors de risc per apostar per això, però es va apostar per això. Nosaltres, tècnicament, vam parlar amb l'administració, amb l'ICAA, que no hi estàvem d'acord, i que potser havíem de seure i parlar dels riscos, que potser entre tots podíem detectar..., però es va decidir apostar, per això, donar la raó, d'alguna manera, a l'equip d'estudi, i aquesta nena va marxar. Va estar acollida durant un temps crec que bastant curt, amb la família extensa, que va acabar dient que no podia assumir-la més per un motiu que nosaltres havíem ressaltat, que era la possible intromissió dels pares d'aquesta nena en aquest nucli, una cosa que de fet va passar. Aquesta família va dir que no podia més i aquesta nena va marxar, ens consta que va estar acollida en família aliena, i que hi havia una altra part de família extensa de fora d'aquí que la reclamava..., Encara ara, i ja han passat potser tres anys d'aquell acolliment, és una nena que està en una situació d'anades i vingudes i que encara no té una situació estable. Per mi, personalment, va ser un cas (...) que em va preocupar molt, ...⁹⁴
E/1/003-01.27.55

94 Posteriorment a l'acolliment fallit en família extensa, aquesta nena va ser acollida en família aliena en la modalitat de permanent. Mesos després, es va fer proposta d'acolliment en la família extensa del país d'origen de la mare. En el moment de redactar aquest treball, aquesta nena ha finalitzat el Pla d'Acoblament amb aquesta família, que s'ha desplaçat a Catalunya. La valoració del Pla ha estat negativa. En poc més de tres anys, haurà passat per cinc famílies diferents, i encara no ha acabat...

3 L'Acolliment en Família Aliena

Després d'un acolliment en Urgència i Diagnòstic, només seria acceptable un **acolliment simple** si, d'acord amb allò que recull la Llei, es tractés de *suplir, temporalment el nucli familiar natural* (Art. 120, Tipologia de les mesures), és a dir, quan *es preveu que el desemparament serà transitori* (Art. 126, Classes d'acolliment).

A la pràctica -i aquest és el motiu de preocupació dels professionals-, aquest *matís* de la Llei sol passar-se per alt, i s'utilitza la proposta de simple com una forma d'allargar l'acolliment d'Urgència i Diagnòstic, mentre es continua estudiant el nucli d'origen.

Si això té una temporalitat raonable, i quan s'entreveu que el pronòstic de recuperabilitat pot ser favorable i sostenible, pot permetre a l'infant de *retornar* amb la seva família sense haver de fer una ruptura i un nou canvi de família. Caldrà, en aquests casos, un important treball d'acompanyament a la família acollidora i a l'infant, de cara a facilitar l'imminent passatge de retorn i minimitzar els efectes de la llarga estada amb la família, i cuidar la transició, que s'haurà de fer en un estadi evolutiu d'un gran reconeixement de les figures referencials.

Davant situacions no clares, penso que pot convertir-se (i ja està passant) en una perversió del sistema, la finalització d'un Urgència i Diagnòstic en una proposta d'Acolliment Simple, ja que en alguns casos no és més que un allargament del mateix procés d'estudi amb un altre nom.

Q/3/002

Però quan s'allarga indefinidament l'estada amb la família acollidora, per dificultats en la presa de decisions o per manca d'un altre recurs, es posa en perill la capacitat de l'infant d'establir, arribat el moment, una sana vinculació amb les figures parentals definitives, i també la capacitat de la família d'acompanyar-lo en aquesta transició.

En el cas de nadons, em sembla una disfunció que la mesura sigui d'Acolliment Simple, perquè implica allargar el temps d'estada de l'infant amb la família d'urgència i diagnòstic i per tant, aprofundir en l'aferrament primerenc, el trencament del qual serà més estressant i potencialment patògen quan més llarga sigui l'estada; o bé realitzar un segon acolliment amb una família diferent de la qual caldrà que l'infant es separi novament quan la família d'origen es recuperi, enfrontant-se a un nou trencament i a una nova vinculació.

Q/4/001

En el cas que la proposta de simple tingui una previsió de més llarga durada i no es consideri adequat, pels riscos que hem assenyalat, la continuació de la convivència amb la família acollidora -o perquè aquesta no pugui assumir-lo-, l'acolliment l'assumirà una nova família.

Veient la taxa de retorns efectius des d'un acolliment simple⁹⁵, podem afirmar que també en aquest punt es passa per alt la indicació legal:

...s'entén que no és factible la reintegració de l'infant o l'adolescent en la seva família biològica quan, tot i que existeix una possibilitat de reintegració, aquesta requeriria el transcurs d'un període de temps durant el qual es podria produir un major deteriorament psicosocial en el desenvolupament evolutiu de l'infant...

LI 14/2010, Art.147.2

Per tant, es faria una proposta a una família acollidora compromesa amb la finalitat d'acompanyar l'infant, en un període indeterminat de temps, en el camí de retorn cap a al seva pròpia família. Una prova que això és, en la majoria de casos, una fal·làcia professional, quan no la projecció d'un simple desig -o una estratègia perversa de mantenir la família d'origen en un estat poc bel·ligerant- és l'escàs nombre d'acolliments simples amb règims de visites intensos i progressius, com correspondria a una proposta real d'acostament al nucli original. La conseqüència d'aquesta fal·làcia, a banda de la situació d'incertesa indefinida en què queda l'infant, és que la proposta que es fa a la família acollidora conté, si no es fa amb la màxima transparència, una certa dosi de perversió, en tant que els professionals que la fan *saben* que l'infant no *tornarà*, i que per tant l'encàrrec real a la família és d'assumir la seva creixença i, fins i tot, haver-se de plantejar la possible adopció. Paradoxalment, aquesta és la segona proposta més utilitzada, en un 17% de les finalitzacions.

Jo crec que si la proposta és un Acolliment Simple (és) com una perversió de la situació d'un allargament "encubierto" d'una situació d'Urgència i Diagnòstic perquè estiguis tranquil, i si ha trigat 6 mesos, és pitjor, és generar un enorme problema ètic al tècnic: jo sé que Vostè que m'està fent una proposta de Simple "para que me calle!". Èticament, el trec d'aquella família, a la criatura, i el passo a una segona família, on potser d'aquí a un any i mig li hauré de buscar una família de Permanent, potser una tercera família en dos anys, i jo no sé...

⁹⁵ Lamentablement, a Catalunya no disposem d'informació sobre aquesta qüestió. L'extrapolació és, doncs, en base a l'experiència professional de l'autor, i el contrast realitzat amb altres professionals i equips de l'àmbit de l'acolliment familiar.

... en l'inici de l'aplicació de la Llei, sí que percebíem, que potser ràpidament serien propostes de simple (...) trobo que és la doble perversió: la perversió que crèiem inicial era: els acolliments ara passaran a durar (només) sis mesos; i, "dios mío!" me faran propostes de simple a tot. Però duren un any i mig i me fan propostes de simple de tots. Bueno..., de tots no.

E/3/002-01.02.50

A banda, cal tenir en compte que, atesa l'actual sobrecàrrega dels equips d'estudi, és possible entendre que si la ubicació de l'infant en un recurs familiar genera una certa *tranquil·litat professional*, la urgència d'aportar recursos al nucli d'origen que afavoreixin la seva recuperabilitat i fins i tot la valoració de les circumstàncies que possibilitarien el retorn, poden quedar en un segon terme.

El pas de acolliment d'Urgència i Diagnòstic a Acolliment Simple de llarga durada o Permanent en infants molt petits representa més que una dificultat, una perversió dels termes. Tenint en compte la necessitat de donar un recurs el més estable possible a aquests infants, que nens/es de menys de 3 anys finalitzin acolliment d'Urgència i Diagnòstic amb una proposta de llarga durada o permanent no els garanteix el dret a què la possible recuperabilitat de la seva família d'origen sigui valorada amb la major celeritat possible, donades les necessitats dels infants d'aquesta franja d'edat.

Q/7/007

La proposta d'**acolliment permanent** d'entrada ens fa pensar amb una voluntat de donar garantia d'estabilitat a la situació de l'infant. En aquest cas -i recordem que sempre ens estem referint a infants de molt curta edat, majoritàriament nadons-, apareixen almenys dos aspectes a tenir en compte: a) si el manteniment de la relació amb el nucli d'origen té suficient justificació, quan s'està descartant a llarg termini la reintegració, i b) els motius pels quals no es contempla la possibilitat d'un acolliment preadoptiu -d'acord amb l'Art. 126.2 de la Llei 14/2010. La consideració d'aquests dos aspectes ha de donar una certa claredat sobre el futur que s'està dissenyant per a l'infant.

Aquesta modalitat apareix com a *disfunció*, per una banda, quan s'utilitza com a una mesura que, més que respondre a les necessitats de l'infant, té a veure amb les dificultats de qui ha de prendre una decisió de separació definitiva -sigui un professional o un equip- o amb la presumpció que -com hem vist que pot passar amb els *simples*-, evitant aquesta separació, la família no bel·ligerarà amb el sistema, o se

suavitzarà l'impacte en una família extensa que, davant de la possibilitat de seguir veient l'infant, no es veurà abocada a oferir-se forçadament a fer-se'n càrrec.

Personalment penso que nadons que inicialment arriben en mesura d'Acolliment d'Urgència i Diagnòstic, que la mesura que es planteja després de l'estudi sigui un Acolliment de llarga durada o Permanent, és una disfunció, doncs sovint respon a dificultats per part dels EAIA de proposar una mesura més definitiva.

Q/4/ 002

Pot sorprendre que els professionals es pronunciïn amb l'èmfasi amb què ho fan, si tenim present que el volum real de casos en què es proposa és molt residual (2%). Però del discurs professional destaca l'esforç tècnic que els representa argumentar, davant dels equips que fan els estudis, la inconveniència del permanent quan no s'ajusta a l'interès de l'infant. Aquest podria ser un motiu pels quals finalment se n'acaben acordant menys dels que semblaria.

Per altra banda, apareix com a disfunció quan respon a la impossibilitat -de vegades, només a títol preventiu- de promoure altres mesures, especialment l'acolliment preadoptiu.

A vegades aquestes mesures d'acolliment permanent i tal, no tenen a veure ni tant sols amb una aposta tècnica d'un EAIA que digui: "No, és que fem un acolliment perquè és el millor per a aquest nen, perquè no sé què ..." sinó per la impossibilitat jurídica de fer una altra cosa, ...és com un cercle tancat, ... hi haurà un nen amb un acolliment permanent, amb un EAIA que haurà de treballar... res, perquè ell volia fer una adopció. Llavors, clar, el nen està encadenat aquí, perquè ni tant sols hi haurà un EAIA que faci cap treball, perquè si l'EAIA apostava per una adopció, és a dir..., queda aquest nen enganxat en aquest cercle, per mesures ni tan sols tècniques, sinó judicials, o administratives, sense que ningú no treballi res, aquí.

E/1/003-01.22.55

4 L'Acolliment Preadoptiu.

De totes les mesures possibles, aquesta és potser la menys *incerta*. Es fa una aposta radical de nova filiació, amb tot el que això comporta, amb una persona o família amb qui s'ha pogut treballar a fons la seva idoneïtat⁹⁶. L'acolliment preadoptiu, tret que ho

⁹⁶ Acceptem aquí que els processos de preparació i valoració de les sol·licituds de famílies adoptants aporten la informació suficient. Com en altres qüestions, no disposem a dia d'avui, a Catalunya, de les taxes -i les causes que les generarien- d'interrupcions en adopció nacional.

sol·licitin els progenitors o els titulars de la tutela, es pot acordar només quan no és factible la reintegració de l'infant amb la seva família, o si fins que ho sigui passarà un temps perjudicial per a l'infant, com hem vist més amunt que assenyala l'Article 147.2 de la LI 14/2010. Tal com hem vist a partir de les dades de FEDAIA, és la mesura més proposada, en un 37% dels casos.

La dificultat a què han de fer front aquí els equips responsables de la proposta és la d'establir amb rigor i imbatibilitat la inviabilitat de la reintegració. Però no és possible *demostrar* que uns determinats progenitors no es recuperaran en un temps x. Com no és possible *demostrar* el contrari. Però a algunes propostes se'ls exigeix aquesta *prova irrefutable*. Els professionals de l'àmbit de l'acolliment refereixen abundants experiències en què no s'ha arribat a proposar un acolliment preadoptiu per la prevenció que seria fàcilment *tombat* per l'administració o per l'àmbit judicial, amb una mirada exclusivament judicialista.

Hi ha nens de dos anys que veuran els seus pares (en visites) la resta de la seva vida, a vegades amb trasbalsos importants, perquè la proposta de l'EIA de preadoptiu no va ser acceptada, perquè no havien signat..., i perquè el jutge els la tombaria. Però quina classe de criteri és, aquest? És que això està passant, està passant cada dia. Jo vull creure que els EIA's ens diuen la veritat, per què ens han de mentir? Diuen "no, és que la proposta era de preadoptiu, però al final és d'acolliment."

E/1/001-36.40

...ara recordo dos casos, casos que impacten i que potser poden seguir passant, en situacions d'Urgència i Diagnòstic, que l'equip de l'EIA fa una proposta d'adopció, la defensa, nosaltres la sentim coherent, 'Infància' ho tomba, i penses: "bueno, potser serà un permanent..., però acaba sent un simple, perquè els juristes l'han qüestionat. Però "si esto iba para adopción!!". Si hi ha una situació de diagnòstic de clara irrecuperabilitat dels pares: malalties mentals, disminucions, ...trastorns greus i molt instaurats en la família d'origen, sense possibilitat d'altres cuidadors...

Però diuen: "Hi ha una vinculació, i encara podria ser..., doncs deixem-ho encara un any o dos en simple". (...) Com deixen els nens? I com deixes els nens amb la família acollidora? Poden començar com una Urgència i Diagnòstic, i si damunt... que aquest també és un problema ètic per a nosaltres: si durant el creixement d'aquell nano amb la família surt una discapacitat del nano, què passa? És un altre conflicte.

E/3/001-01.03.40

Veiem, doncs, que precisament per ser una mesura definitiva, és la que té més dificultat per ser aplicada, i només quan no s'entreveuen possibles oposicions es contempla com

a una possibilitat viable. Tanmateix, la Llei sembla reservar-li un caràcter de no-impugnabilitat en determinades condicions: un cop s'ha constituït, els progenitors no poden sol·licitar que es deixi sense efecte la mesura per canvis substancials de les circumstàncies, com sí que es pot fer amb altres mesures (Art. 115.1). Però la mateixa Llei deixa una porta oberta a possibles interpretacions personalíssimes de l'àmbit judicial. Afegeix: *sempre vetllant per l'interès superior de l'infant o l'adolescent*.

5 L'Acolliment Residencial

Hem deixat aquesta opció en darrer terme perquè, especialment procedint d'una acolliment d'Urgència i Diagnòstic, és extremament difícil pensar que la millor proposta sigui l'acolliment en una institució. Les dades ho confirmen: en els anys 2010 i 2011 ha representat només el 0,8% de les mesures proposades. En tot cas, en la immensa majoria de situacions, es tractarà de l'única viable o possible, per una greu manca de recursos alternatius. A l'edat en què pot fer-se la transició -entre els sis i els quinze mesos- en què madurativament correspon un arrelament vincular diferenciat, l'entrada en un règim institucional, per més personalitzat i familiar que aspiri a ser, significa una desorientació important i una empremta duradora en el desenvolupament emocional.

Per altra banda, les famílies acollidores tenen una gran dificultat a comprendre que la continuació del seu esforç d'acolliment sigui la institució, ja que treu qualsevol sentit que pogués tenir allò que han fet com a acollidors. Això, juntament amb l'afectació per a l'infant, explica que els equips tècnics facin mans i mànigues per evitar-ho, i forcin durades excessives, si cal, a la recerca de qualsevol altra sortida. Tanmateix, en casos en què sorgeixen necessitats especials dels infants, pot arribar a ser absolutament insalvable.

Quan hi ha discrepància tècnica en la proposta, pot passar que l'opció de l'entrada a centre s'utilitzi com a forma de pressió: "si no hi altres possibilitats, i la família acollidora no pot sostenir l'acolliment un temps més, queda l'opció del centre". Els equips de les

ICIF saben que això és difícilment acceptable per cap família, i que per tant l'acolliment *serà sostingut fins on calgui*. Malauradament, aquestes situacions es donen, i poden significar la pèrdua d'un recurs tan valuós com una família acollidora.

Nosaltres ho portàiem fatal, doncs imagina't la família! D'entrada, fatal. Bueno, és que això és una situació totalment anòmala. Ha de ser una situació anòmala, i per sort no n'hem tingut cap. Però com que no ho hem vist tot, encara...

E/1/002-24.40

4.5 LES FAMÍLIES ACOLLIDORES. DIFICULTATS I CONFLICTES INTERNS.

Tractarem, en aquest apartat, de recollir les posicions dels professionals sobre tres punts que apareixen en relació amb les famílies acollidores de la modalitat d'Urgència i Diagnòstic: les dificultats a què han de fer front, els conflictes interns que es poden trobar i el fet que *el sistema* podria aprofitar-se – en direm abús- de l'afectivitat i els llaços creats amb els infants acollits.

Sembla rellevant poder destacar aquests aspectes, en la mesura que puguin ser tinguts en consideració pels diferents equips de professionals que intervenen en l'acolliment, a fi d'activar amb més energia aquells mecanismes capaços de minimitzar-los o, si més no, de fer-los més comprensibles i assumibles a les famílies que acullen: la formació i preparació inicial, els dispositius d'acompanyament, la prevenció...

Naturalment - l'advertiment ja l'hem formulat a l'inici del treball-, aquesta només és la percepció del conjunt de professionals. L'oportunitat de contrastar-la amb la posició manifesta de les pròpies famílies acollidores haurà de correspondre a alguna altra proposta d'estudi.

1 Les dificultats

Com podem veure en el Gràfic 8, les principals dificultats assenyalades pels professionals en relació amb allò a què les famílies acollidores han de fer front són, ordenades de major a menor:

1.1 La durada excessiva de l'acolliment

L'excés en el temps apareix com a causa generadora d'altres dificultats, de patiment en l'infant per la vivència d'abandonament de les figures d'aferrament, i de trasbals en les pròpies famílies, pels llaços creats. Fins a 28 professionals, dels 38 que han respost al Questionari en aquesta qüestió, situen aquest punt en primer lloc de les dificultats, Els altres 10 el situen entre el segon (7) i el tercer lloc (3). La visió dels coordinadors i coordinadores és absolutament coincident: de les sis respostes obtingudes, 5 li atorguen el primer lloc en les dificultats, i l'altre li atorga el segon lloc.

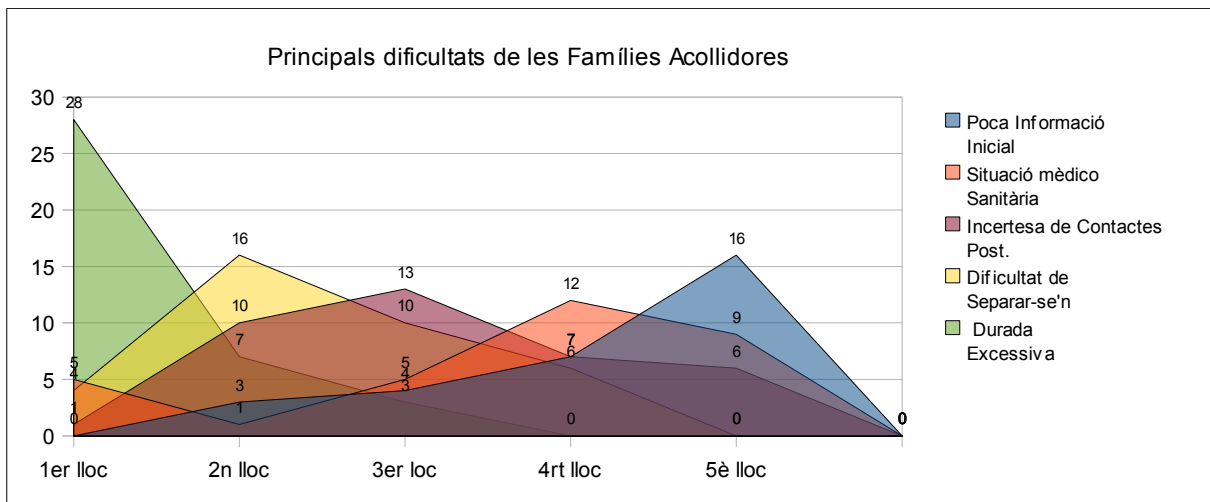
Una de les repercussions d'aquesta excessiva durada és que altera l'oferiment de les famílies: un oferiment acotat a uns mesos, amb la possibilitat d'un període de *descans* posterior, que permetrà recomposar i recuperar la dinàmica familiar habitual. Si tenim en compte que la majoria de nadons que entren en Urgència i Diagnòstic no disposen de cap documentació personal, s'entendrà que en el moment que aquests acolliments s'allarguen excessivament, impossibiliten que la família pugui realitzar activitats que li poden ser habituals, com viatjar durant les vacances. Per banal que pugui semblar la situació, és rellevant en la mesura que pot reduir el nombre de famílies que repeteixen la realització d'un acolliment després d'un altre.

1.2 Les dificultats de separar-se de l'infant

La dificultat apareix progressivament quan ja hi ha una proposta de mesura, i s'acosta el moment del comiat. De les 36 respostes obtingudes, 16 situen aquest punt en segon lloc, i 16 més entre el tercer (10) i quart lloc (6). Entre els coordinadors i coordinadores també hi ha coincidència: de les 5 respostes obtingudes, 5 li atribueixen el segon lloc, i les altres 2 el tercer i cinqué lloc.

Destaquen, entre aquestes dificultats: a) aquelles que l'equip d'estudi (la ICIF) no hauria previst en la valoració inicial de la sol·licitud (Q/3/1-004, Q/5b/4-003)); la família es veu desbordada, sense haver-ho pogut anticipar, per un fort sentiment envers l'infant, i subratlla els obstacles, reals o no, per a la nova mesura proposada; b) quan

hi ha fills a la llar acollidora, és especialment delicat el procés de finalització i comiat (Q/1/004). Hi ha coincidència entre els professionals, lògicament, a assenyalar que la dificultat de separació augmenta a mesura que s'allarga l'acolliment més enllà dels sis mesos.



Gràfic 8

1.3 La incertesa de poder mantenir contactes posteriors

Apareix en 13 respostes assenyalada com a tercer lloc. Unes altres deu li atribuïrien la segona posició, i la resta, fins a 37 respostes, li assignen el quart (7) i el cinquè lloc (6). La visió dels coordinadors difereix: li atribueixen el tercer lloc (només 2 respostes) de manera compartida amb la situació mèdico-sanitària (2 respostes). En canvi, li atribueixen el cinquè lloc 4 respostes de les 7.

Algunes famílies acollidores poden sentir, durant tot l'acolliment i especialment quan s'acosta el comiat, un cert temor envers la *qualitat* de la nova situació que s'ha previst per a l'infant que han acollit. Es creen expectatives tant del *tipus* de família que tindrà -tant si és la d'origen com si és d'adopció o d'acolliment: com serà, quins valors...-, com dels contactes posteriors (Q/3/9-003). El *no saber* si el tornarà a veure seria una de les principals fonts de preocupació en aquesta qüestió (Q/4/7-001), i alguns professionals (Q/4/4-003) assenyalen la necessitat de consensuar criteris, entre els equips intervinents, de conveniència i possibilitat de relació posterior entre la família acollidora

– infant – família *destinatària* (origen, acolliment o adopció)

1.4 La situació mèdico-sanitària

L'estat de salut amb què arriben els infants a l'inici de l'acolliment apareix en quart lloc per a 12 respostes. Les altres es reparteixen entre el cinquè lloc (9), el tercer (5), el primer (5), i el segon (1). Entre els coordinadors, aquesta qüestió és considerada en igualtat numèrica en segon lloc (2), tercer (2) i quart lloc (2).

En algunes situacions, aquesta qüestió apareix, malgrat que aquí la trobem en el quart lloc de les dificultats, amb un gran conflicte: quan l'acolliment s'allarga i no es troba recurs familiar a causa de necessitats especials de l'infant per malalties o trastorns no identificats en el moment d'inici de l'acolliment, la família pot quedar atrapada, com hem vist en apartats anteriors⁹⁷, entre la impossibilitat d'assumir la creixença de l'infant i la duresa que comporta el passatge -viscut sovint com un abandonament- a la institucionalització (Q/13b/7-007).

1.5 La poca informació inicial

En el moment d'assumir l'acolliment, la informació -sobretot mèdica- sol ser molt reduïda. Entre els professionals aquesta qüestió apareix clarament en cinquè lloc: 16 de les 30 respostes obtingudes; 7 respostes la situen en quart lloc, 4 en tercer lloc i 3 en segon. Pel que fa als coordinadors, la situen en quart lloc 4 respostes, 1 en cinquè lloc, 1 en tercer i 1 en primer lloc.

2 *Els Conflictes interns*

A la quarta hipòtesi formulàvem que: ***les famílies acollidores d'urgència i diagnòstic poden trobar-se davant el dilema moral d'haver de col·laborar amb un maltractament institucional o negar-se a complir l'obligació d'acompanyar el nen***

⁹⁷ Vegi's L'acolliment residencial, pàg.117.

a la nova mesura proposada. Per tal de respondre a la hipòtesi, veurem els conflictes a què s'enfronten les famílies, sempre a partir de la percepció dels professionals.

Els professionals de l'acolliment familiar troben que al voltant d'aquesta qüestió apareixen cinc tipus de conflictes amb què les famílies acollidores s'enfronten. S'enuncien a continuació, ordenades pel volum d'incidència en les respostes dels professionals, les situacions amb les quals estarien relacionats aquests cinc tipus de conflictes:

1. Les mesures posteriors proposades
2. La manca de recurs posterior a l'acolliment.
3. Les ingerències de la família d'origen
4. La constatació d'una possible injustícia amb la retirada de l'infant de la seva família d'origen.
5. Les visites de l'infant amb la família d'origen.

2.1 Conflictes relacionats amb les propostes de mesura.

Cal matisar que és obligat tenir en compte, en les situacions que es descriuen a continuació, els factors que poden portar una família a tenir grans dificultats per a comprendre i acceptar la mesura i la nova situació de l'infant, com ara una afectació emocional desbordada, els prejudicis cap a determinats models familiars, un projecte d'acolliment mal assumit, expectatives de filiació, etc. Aquests són aspectes que, per la incidència que tenen en la posició de les famílies acollidores, han de ser treballats eficaçment en el procés de preparació de les famílies, posteriorment durant tot l'acolliment i encara d'una forma especial després del primer acolliment finalitzat.

Una primera situació identificada és el *dubte* sobre la mesura que es proposa: no sentir la convicció que l'infant passarà a tenir les condicions que la família creu indispensables per a un desenvolupament saludable, malgrat els esforços dels tècnics per convèncer-los. El conflicte apareix sobretot quan les propostes són d'acolliment

simple -la família pot percebre que el nen passarà per *moltes mans*- i d'acolliment en família extensa en un país estranger -per les poques garanties de poder comprovar la bona evolució de l'infant.

Li has de dir a la família: "Jo no li podré dir com està aquest nen d'aquí a dues setmanes, perquè no tindrè manera de saber-ho". I segons quins països, en molts tècnics, famílies, poden generar connotacions negatives: "A Romania, a Romania la fan retornar??" Clar, Romania, país de la comunitat europea,... " A Romania...??" Per una família que ha tingut una criatura un any, des de nadona, que veu com són els pares, que veu que els pares vénen perquè allà no tenen possibilitats reals de vida...

E/3/002-31.50

Diguem de passada que el paper dels professionals que acompanyen la família és en aquest punt delicat, perquè a més de detectar el posicionament de la família, no sempre explícit, sovint han de dirimir si preserven la *tranquil·litat* de la família reservant-se la informació que podria generar dubtes, o si preserven la confiança aconseguida, i comparteixen els propis dubtes.

... potser no és tan senzill per la família acollidora dir-ho, però en aquest no-verbal de vegades també veus dubtes en passatges a l'adopció, o a la mesura que sigui : "Ah, no són tan joves com em pensava..., ah, no tenen fills..., ah, sí que tenen fills..., ah, no viuen aquí..., ah, són d'allà.... Hi ha també un remanent que queda a l'aire, que és més complex, també. (És més fàcil) quan te vénen de cara, quan aquesta família et diu. " A Rússia..., anirà!??... Però la valoració d'aquesta família ... quan se va fer!?"

E/3/002-30.00

Un risc, un problema ètic que pot haver-hi és: tranquil·litat aquesta família donant una visió idíl·lica del que es trobarà aquell nen, o sóc sincer i ètic i els explico alguns dels dubtes que jo pugui tenir?

E/3/002-22.45

Però encara apareix en major grau el conflicte quan la proposta és de retorn a la família d'origen i la família acollidora té informació negativa -de vegades arran del mateix Pla de Passatge- o indicis de fragilitat en la família d'origen, de les possibilitats reals d'atendre l'infant adequadament... La família pot alimentar el sentiment de contribuir a un sistema poc protector, que deixa els infants en situacions de risc, sense recursos ni seguiment.

Sí. Més que un dilema, pot ser una gran inseguretat, en algun retorn a la família d'origen en situacions en què la millora o la recuperació és molt fràgil o es veuen poques garanties de

que l'atenció a l'infant sigui adequada.
Q/14/8-001

Una segona situació es produeix quan hi ha un clar *desacord* amb la mesura proposada. La família pot considerar, per raons que li semblen objectives i evidents, que la proposta no s'adequa a les necessitats de l'infant, i aleshores pot trobar-se en diferents escenaris: **a)** contenir el desacord i col·laborar amb la mesura: perquè comprèn que sostenir la seva posició i negar-se a col·laborar és crear més trasbalsos a l'infant, perquè comprèn que malgrat tot la decisió no li compet a ella, o perquè vol seguir fent acolliments i no es vol posar l'equip *en contra*; **b)** sostenir la postura d'enfrontament i no col·laborar amb el procediment, fins i tot fent oposició judicial a la mesura i proposant-se com a *millor alternativa*, sigui com a acollidora de llarga durada, sigui com a adoptant. En qualsevol escenari, la família ha de decidir si actua d'acord amb la seva posició, com afecta això l'infant i en quin grau la seva actuació respon al *benefici* de l'infant o al propi interès de la família.

La família d'acollida veia molts riscos, igual com els tècnics de la ICIF, i tot i això, van col·laborar, acompanyar i portar la nena amb la família que des de l'EAIÀ s'havia decidit. Va causar un gran patiment a la família d'acollida i això va afectar també la marxa de la nena, com no podia ser d'una altra manera.
Q/14/3-003

Apareix també el conflicte per desacord en algunes famílies quan la proposta, d'acolliment o d'adopció, es fa a una família homoparental. Encara avui hi ha famílies que, havent fet la preparació inicial temps enrere, no contemplaven aquesta possibilitat -ni els equips tècnics ho anticipen suficientment-, i es troben que han de fer l'acompanyament de l'infant cap a un entorn familiar les característiques del qual els genera un gran malestar, per la seva convicció que *no és un bon model*.

2.2 Conflictes relacionats amb la manca de recurs posterior a l'acolliment.

Es produeixen particularment quan es tracta de propostes d'acolliment preadoptiu en infants amb necessitats especials. La dificultat de comptar amb famílies adoptants d'aquestes característiques col·loca les famílies acollidores en el triangle d'escollir entre

sostenir un acolliment que va perdurant -amb el que això comporta d'enfortiment del vincle- o bé d'acompanyar l'infant a un centre residencial, sabent que hi ha una alta probabilitat que no tingui cap més oportunitat de viure en família. Apareixen no solament sentiments de neguit i preocupació, sinó també de culpa. Sovint passa que, deixant passar *una mica més* de temps, a l'espera de trobar una família adoptant d'aquest perfil, cada cop es fa més difícil l'opció de *deixar* l'infant en un centre.

Un nen amb dificultats especials amb orientació de preadoptiu però que no hi ha família adoptiva: La família acollidora haurà d'acompanyar el nen a un recurs de centre després de cuidar-lo durant 3 anys, des de que tenia 6 dies de vida.

Q/14/4-001

Vam tenir un menor en família monoparental. A mida que creixia, es va anar veient que el petit presentava greus dificultats de comunicació. El petit va ser diagnosticat d'autisme. La seva proposta era preadoptiu però no es va trobar família per aquest nen, ni com a preadoptiu ni com a acolliment simple. L'alternativa era un centre. Finalment la família d'urgència, amb el consentiment de l'administració, va decidir quedar-se amb el petit. La proposta final va ser d'acolliment familiar simple.

Q/13/6-001

Quan es tracta de germans acollits en una mateixa família d'acollida d'Urgència i Diagnòstic, amb presència d'alguna característica o necessitat especial, la dificultat és doble. La família, que ha hagut d'assumir l'esforç per aquest acolliment⁹⁸, pot trobar-se que, passant el temps sense que es disposi de recurs familiar posterior, l'esforç i la dedicació que requereix la criança de dues criatures de curta edat superin les seves capacitats i l'abast del seu oferiment. Però no tindrà alternativa si no és el centre o, com a molt, el passatge a una nova família temporal o la separació dels germans, coses aquestes molt difícils d'acceptar per la majoria de famílies sense que els suposi un enorme trencament intern.

Un acolliment d'urgència de dues germanes, amb una situació mèdica complexa, va suposar un esforç logístic, emocional i desgast físic important. El desig de la família (acollidora) era que totes dues poguessin marxar amb la mateixa família adoptiva, però l'administració té dubtes importants sobre poder trobar una família que pugui assumir les dues germanes. Tot l'esforç, el desgast, el reforç del vincle entre germanes establert durant el temps de

⁹⁸ Aquests oferiments són, de partida, escassos; però algunes famílies, per tal que no s'hagin de separar els germans, sobretot quan són bessons, o perquè d'entrada es considera que podran accedir a un recurs o mesura posterior de forma conjunta, accepten l'acolliment de germans. Recordem que les dades de FEDAIA situen en un 40% les propostes que no es van poder constituir per tractar-se de grups de germans.

convivència... era necessari?
Q/14/1-001

2.3 Conflictes relacionats amb les ingerències de la família d'origen

Les respostes dels professionals situen aquest tipus de conflictes en dues situacions diferents:

a) Quan els progenitors aconseguixen localitzar el domicili de la família acollidora⁹⁹. En alguna ocasió, les pressions i amenaces, a vegades telefòniques, de famílies que focalitzen contra la família acollidora el seu desacord amb la retirada del seu fill per l'administració, poden col·locar les famílies acollidores en la posició d'haver de triar entre finalitzar l'acolliment per la seva tranquil·litat i, fins i tot, per la seva seguretat, o mantenir-lo en interès de l'infant.

Finalització d'un Acolliment d'Urgència i Diagnòstic d'un grup de dos amb un ingrés a Centre d'Acollida d'Urgències. La família d'origen és bel·ligerant, localitzen la d'acollida, que és monoparental. Aquesta situació genera en l'acollidora angoixa i patiment, vers ella i la seva filla, i es sent incapaç de continuar amb l'acolliment. No es disposa de (altra) família acollidora i cal ingressar l'infant al Centre d'Acollida.
Q/13/3-001

Si s'opta per mantenir l'acolliment, la percepció que la família acollidora s'ha creat de la d'origen, enterboleix greument la possibilitat d'un acompanyament en un retorn, impedit un passatge de qualitat. Per estranya que pugui semblar aquesta situació de retorn, els professionals relaten que això, quan es produeix, sol ser per una ordre judicial.

b) Una altra situació de conflicte apareix quan les dues famílies han mantingut relació un cop finalitzat l'acolliment, i la situació de la família d'origen empitjora. El mer coneixement d'aquesta situació empeny la família que havia acollit l'infant a decidir si ajuda en allò que pugui la família d'origen, contenint el dubte de la qualitat d'entorn de l'infant, o bé posar-ho en coneixement d'algun equip o servei d'intervenció, traïnt així la confiança de la família.

⁹⁹ Aquestes situacions són infreqüents, atès que la confidencialitat de les dades d'ambdues famílies és un fet molt tingut en compte. Esporàdicament, tanmateix, es produeixen errors: un jutjat o la pròpia administració trameta un document que conté dades de l'altra família, ...

...també un cas en què es va mantenir la relació entre la família d'acollida i la família biològica després d'un retorn, aquesta es va trobar amb la demanda continuada de diners o aliments per l'infant, arribant fins al xantatge i la necessitat de denunciar.

Q/14/8-001

2.4 Conflictes relacionats amb la constatació d'una possible injustícia en la retirada de l'infant.

En els casos en què la família acollidora percep, a través de la relació amb la família d'origen durant el Pla de Passatge en un retorn, que la retirada de l'infant no tenia raó de ser, poden aparèixer sentiments de complicitat amb un maltracte institucional. La família, havent contribuït a mantenir l'infant separat de la seva família, qüestiona per tant la seva funció en un tal sistema.

... la menor va retornar a la família biològica. Durant el temps que va durar l'Acolliment d'Urgència i Diagnòstic, les dues famílies feien l'intercanvi directament (a les visites). Des de l'EAI s'insistia que era un cas atípic, entrat al sistema de protecció per error, i que la família biològica, tot i les dificultats que presentava, tenia recursos per a fer-se'n càrrec. A la família d'Urgència i Diagnòstic li van trontollar els plantejaments dels infants deseparats, i què allò podia passar a qualsevol família, fins i tot a ells.

Q/14/2-002.

2.5 Conflictes relacionats amb les visites de l'infant amb la família d'origen.

Finalment, la darrera situació de conflictes apareix al voltant de les visites dels infants amb les seves famílies d'origen, especialment quan els infants fan mostra reiteradament d'indicadors de malestar en els moments previs a la visita o en tornar-ne. Les famílies acollidores saben, per funció, que no els correspon a elles la valoració de la conveniència d'aquests contactes. Tanmateix, quan es donen aquests indicadors de malestar, algunes famílies es troben en la disjuntiva d'obeir el sistema i acompanyar-hi l'infant, tot i sent observadors d'un cert patiment, o *protegir* l'infant -segons el seu criteri- i negar-se a facilitar els contactes.

La presència d'aquests conflictes assenyalats pels professionals ens porta a concloure que la hipòtesi segons la qual **les famílies acollidores d'urgència i diagnòstic**

podrien trobar-se davant el dilema moral d'haver de col·laborar amb un maltractament institucional o negar-se a complir l'obligació d'acompanyar el nen a la nova mesura proposada quedaria confirmada i complementada per la diversitat de situacions conflictives expressades pel conjunt de professionals. Un cop més, correspondrà a un altre treball ocupar-se de contrastar aquesta hipòtesi amb la percepció directa de les pròpies famílies acollidores.

4.4 QÜESTIONS ÈTIQUES IDENTIFICADES

Plantejàvem a l'inici, com a **cinquena hipòtesi**, que **es podria produir un abús, per part del sistema, de la disponibilitat i emotivitat de les famílies acollidores d'Urgència i Diagnòstic**. Com veurem a continuació, es pot afirmar, a través del discurs dels professionals, que es produeixen situacions en què la família acollidora es veu atrapada en un entramat emocional complex, sovint ambivalent, en què la pèrdua de l'objectivitat i del sentit de la seva funció afectivo-assistencial pot fer-se fàcilment present. Principalment, trobem 4 aspectes que incideixen a crear aquest entramat:

a) la dificultat per a la separació envers l'infant, sobretot a causa d'un allargament excessiu de l'acolliment. La manca de resposta de l'administració, en forma d'agilitat o de recursos adequats a cada situació i en el moment en què són necessaris, pot provocar que la família es senti obligada a modificar el seu oferiment, atesa la relació afectiva que estableix -i que se li exigeix que estableixi- amb l'infant.

És dur quan veig que la família i el nen han arribat al seu límit i no hi ha resposta. La situació sobrepassa a la família i no tenim cap resposta..... em posa realment nerviosa veure com cada família té la seva temporalitat i quan aquell acolliment el supera. Com més temps, acaba sent negatiu perquè els nens estan bé, i quant més temps passa, també s'hi enganxen més.

E/4/002-52.00

b) la dificultat de proposar una mesura definitiva. Com veurem més endavant, genera un trasbals important a les famílies, fins al punt de dubtar dels equips tècnics que han de prendre la decisió, i fins i tot de la pròpia funció, que s'acaba percebent que contribueix a un sistema poc curós amb els infants. En aquest context, les famílies es poden sentir abocades, també, a modificar el seu oferiment, inicialment acotat en una

temporalitat definida. A falta de recursos adequats, l'*amença* que el nen pugui haver d'entrar en un centre, després d'un llarg acolliment, esdevé un gran dilema que s'*espera* que resolgui la pròpia família.

"És Vostè (a la família acollidora), si no, el causant que el nen vagi a un centre"
E/3/002-05.58

...i les persones que estan més allunyades de les famílies et poden dir: "que es quedin un temps més... si ja hi està, si a més ens dieu que està bé la criatura allà, no?" I els costa molt d'entendre que hi ha famílies que fan molt bé la feina en el sentit d'acompanyar una criatura durant un temps, però que un excés d'implicació en la creixença d'una criatura, ni la poden, ni volen ... això els costa molt d'entendre. O sigui, quan un nen està en una família, moltes vegades tranquil·litzen consciències: "però si ja està en un entorn familiar, facilitador, el nen agafa confiança, vosaltres ens ho dieu, el nen està molt bé..."
E/3/001- 06.00

c) l'exigència d'una alta disponibilitat de la família, acompanyada d'una poca comprensió dels efectes que es produeixen en l'interior del nucli familiar. Es demana a les famílies que s'adaptin a tot, a l'excés de temps, a no saber quan es podrà concretar una nova mesura, a facilitar el canvi quan s'ha fomentat una gran vinculació... (Q/13b/4-001)

El tema horaris, compatibilitzar..., si hi ha plans de retorn, a les visites hi ha molt de joc, són setmanals i són un desgast per a les famílies . No es facilita massa a les famílies acollidores, (...) els últims que mirem per la conveniència dels horaris de la família som nosaltres, i jo ara m'he trobat que m'he hagut de barallar moltíssim perquè diuen; home, és la feina de la família acollidora estar disponible i ajustar-se als horaris. I hem hagut de fer una sentada aquest estiu i dir que tenen dret a fer vacances, per a ells es important, estan fent molts acolliments, i als EAIA els molesta bastant que la família acollidora no estigui disponible. Ens hem hagut de discutir; Si la família acollidora fa un esforç, tots hem de poder fer un esforç, i això crema bastant.
E/4/002-54.00

d) una certa desconfiança cap a les motivacions i expectatives de les famílies acollidores, per part d'alguns equips tècnics responsables dels estudis diagnòstics i d'alguns equips de l'administració.

Tanmateix, i tot i l'agudesia amb què són viscudes algunes d'aquestes situacions, no es dedueix del discurs dels professionals que hi hagi l'*abús*, en el sentit estricte, que

implicaria l'existència de voluntat, que es plantejava a la Hipòtesi. Sí que es recull que el conjunt d'aquestes situacions fa que es doni per descomptat que les famílies arriben -o han d'arribar- allà on no arriba *el sistema*, i que han de suplir amb el sosteniment -o adequació- del seu oferiment les mancances i dificultats dels procediments i recursos administratius.

Descartada, doncs, la hipòtesi cinquena, almenys en la forma absoluta en què la plantejàvem, veurem en aquest apartat les qüestions ètiques que apareixen en el discurs dels professionals. Anomenarem "qüestió ètica" a totes aquelles situacions a les quals els professionals atribueixen una dimensió ètica. Les expressions utilitzades espontàniament en el discurs, probablement sense massa discriminació semàntica, pel conjunt de professionals, són: conflicte ètic, problema ètic, dubte ètic, respecte ètic, confusió ètica, risc ètic, punt ètic, ... Necessàriament hem de passar per alt la pulcritud semàntica que en un altre context seria desitjable, atès que el que ens interessa aquí no és establir el grau de coneixement dels professionals *sobre* l'ètica, sinó identificar quines parts o procediments d'una modalitat concreta d'acolliment familiar han de ser revisades *des de* l'ètica. Massa sovint, els processos per establir les problemàtiques ètiques en un àmbit professional ens duen a una identificació de la dimensió ètica de les professions com un *element aliè al dia a dia, que s'identifica amb reflexions filosòfiques distants de la realitat professional o s'associa a idees massa etèries i poc operativitzables*¹⁰⁰.

Per no caure, doncs, en aquesta abstracció filosòfica, prescindirem momentàniament de les distincions entre els termes utilitzats. Independentment de l'expressió utilitzada, les *qüestions* formulades en el discurs tenen a veure amb allò que inquieta els professionals, que qüestiona la pròpia intervenció o una part del procés de la qual són testimonis, fins i tot amb una obligada i ineludible complicitat, o que els posa davant una disjuntiva la solució de la qual sempre implicarà la percepció d'un perjudici. Amb l'exposició, a continuació, d'aquestes qüestions ètiques identificades en la intervenció dels professionals, confirmariem la formulació de la **Hipòtesi sisena**, en què es plantejava que ***els i les professionals viuen com a problemes ètics algunes***

100 Vilar, J. (2001) L'ètica en la pràctica quotidiana de les professions socials. Educació Social, N. 17, pgs. 10-25.

difficultats de la intervenció.

La primera qüestió que destacarem, amb un cert caràcter previ, és que no hi ha una manera *absoluta* de treballar, sinó que cada situació concreta requereix una resposta professional, acurada i reflexiva. Per molt que les situacions ens puguin aparèixer com a idèntiques, les persones que s'hi troben tenen procedències, trajectòries, contextos... tan distants, que difícilment la resposta del professional pot ser idèntica. Això col·loca el professional -i els equips- en la tessitura d'una elecció constant de la intervenció adequada, de la intensitat adequada, del moment adequat..., que pot comportar una exigència i una autoexigència d'alt nivell. Posem dos exemples: la prevenció de determinats problemes en l'acolliment passa per la detecció prèvia dels factors de risc en l'estudi inicial de les sol·licituds de famílies; el pronòstic de recuperabilitat d'uns progenitors passa pel càlcul hipotètic de la evolució de determinats indicadors en un determinat context. Cal trobar maneres de tendir a l'excel·lència, sense que impliqui taxativament associar "treballar bé" a "risc zero".

Hem de fer tots un exercici d'humilitat. I de modèstia. I no envalentonar-nos en què hi ha maneres impecables de treballar. És a dir, sí que hi ha maneres ètiques i cuidades de treballar; però no podem pretendre saber i controlar-ho tot. Hi ha coses que simplement no se saben, i ho hem d'acceptar.

E/1/001-12.10

Aquest risc, la dificultat de treballar amb ponderables no-absoluts, forma part de la feina dels professionals dels diferents equips que intervenen en els processos d'acolliment. Per tal que els marges d'error, o d'incertesa, tinguin el menor impacte en les persones implicades, especialment en els infants, és imprescindible un treball de concert, d'entesa, entre els equips i entre els professionals, fins i tot -o sobretot- quan hi ha discrepàncies en els criteris d'intervenció.

Penso que a vegades cal més treball en xarxa, cal que millorem, que ens acostumem a entendre'ns, a compartir els criteris, que a vegades poden ser tan diferents per les mirades que es tenen: per la família biològica, per la realitat que tenen els EAIA, amb la realitat que ens trobem nosaltres, amb la realitat que puguin tenir els CRAE's, en el cas que un nen hagi passat per un CRAE... Poder conjugar millor aquestes maneres de

treballar. (...) Tenir aquestes dificultats forma part de la nostra feina. El que hem de mirar sempre és que tingui el menor impacte pel nano i per les famílies. Hi ha decisions que les hem d'entomar, i el que hem de fer és reconvertir o redefinir aquesta mirada per fer-la més comprensible, per nosaltres i sobretot pels nans i per les famílies.

E/2/001-00.45

Veiem doncs quines són aquestes qüestions, ordenades segons el procés lineal de l'acolliment d'Urgència i Diagnòstic¹⁰¹.

1 La separació infant-família.

Situem la primera part del procés en el moment en què es pren la decisió de separació infant-família. Ja ens hem referit anteriorment a l'absència actual de paràmetres i indicadors clars i consensuats per a la presa d'aquesta decisió. No ens hi tornem a referir, si no és per dir que la manca d'aquest mapa contribueix a generar situacions que són vistes com a èticament problemàtiques i, en algun cas, jurídicament denunciabls: tant si es tracta de negligència administrativa permetent el manteniment d'infants en situacions d'alta negligència o de risc greu¹⁰², com si es tracta d'executar separacions infant-progenitors de forma injustificada.

Més propera a aquesta segona possibilitat, apareix en el discurs dels professionals la preocupació pel **temps que passa entre el moment de la separació** -i per tant de l'inici de l'acolliment- i **l'inici de l'estudi diagnòstic de la família d'origen** de l'infant. La necessitat dels progenitors d'un interlocutor, d'una explicació consistent i raonada, d'una informació acurada del procés, situa els professionals dels equips d'acolliment, úniques figures referencials de la família durant aquest temps de silenci, durant els acompanyaments en les visites infant-família, en la posició d'haver de donar una

101 No caldria dir – perquè s'hi ha anat insistint en apartats anteriors- que força d'aquestes qüestions tenen una característica comuna: estan relacionades causalment en l'excessiva durada dels acolliments.

102 Cal esmentar aquí la preocupació que transmeten alguns professionals sobre la possibilitat gravíssima que per motius econòmics s'estigui tendint a no efectuar separacions en situacions clarament nocives, sabent que això, si més no sense els recursos de suport i control adequats, implicarà un major deteriorament de la situació de l'infant i la imprescindible retirada, potser quan el dany serà menys recuperable i els recursos més escassos, sobretot si es pensa en una alternativa familiar: per damunt d'una determinada edat i si s'hi afegixen problemàtiques conductuals o del desenvolupament, les oportunitats d'accedir a un acolliment familiar cauen en picat.

explicació que els és impossible. La família de l'infant es veu indefensa davant d'un sistema *que no respon*, assistint a l'allunyament envers el seu fill i sense pautes sobre com orientar el procés de retorn. La dificultat és més gran si tenim en compte que desenvolupar mecanismes de queixa -instàncies, oposicions judicials, presència constant a les dependències de l'administració, queixa al Síndic...- sovint l'equipara a "família problemàtica", fet que pot incidir negativament en la valoració de la seva situació i de les seves capacitats¹⁰³.

*...els pares feien de tot i més per intentar avançar en aquest estudi perquè volien recuperar el seu fill i aquí, el que va 'brillar por su ausencia' va ser la part professional i administrativa. Aquest nen ha estat -no recordo ara els mesos, però molts- en acolliment d'Urgència i Diagnòstic. Ha tornat amb els pares, però és que no es va començar a fer l'estudi fins que ja tenia sis mesos, ...Llavors això, si no és ètic... si no és un problema ètic...no sé què és. ... En aquest cas, absoluta negligència. Primer, un problema de cara al nen, perquè es va haver de separar de la família, perquè s'entenia que era necessari. Però la segona negligència va ser per part de l'administració. Un cop presa la mesura, negligeixes tu. Llavors això és més greu que l'anterior. (...)
O sigui, tot professional té un codi ètic, deontològic, que l'has de complir. Llavors, si tu no fas bé aquestes funcions en l'exercici de la teva professió, ja estàs entrant en un problema de no compliment d'un codi deontològic i ètic, perquè no estàs fent bé la teva funció. (...)*

E/1/002-01.09

Una segona qüestió que apareix és **la forma com es fa la separació**, tenint en compte les vegades en què es tracta de retencions hospitalàries en el moment mateix del naixement. Tret de les situacions de renúncia, en què a priori hi hauria el consentiment i la demanda de separació -fet que no exclou la possibilitat del patiment i la dificultat del moment-, la manera com s'informa els progenitors, especialment la mare, per les característiques del moment, com es tenen en compte aspectes com el possible alletament matern, o l'atenció en l'impacte a tot el nucli familiar i la família extensa, com s'informa de la situació a la qual passarà l'infant..., tenen un pes específic, i contribuiran d'una o altra manera al mateix procés d'estudi i d'acolliment. I, encara que en un segon terme, és important que la informació sobre aquest moment de la separació sigui compartida amb els professionals de l'acolliment.

103 No deixa de ser paradoxal que la defensa dels propis drets familiars, i exhaurir qualsevol possibilitat per a recuperar el propi fill, en si mateixa, arribi a ser percebut per determinats tècnics com a indicador de conflictivitat, en comptes d'interpretar-se com a indicador de recuperabilitat.

Crec que estem en un punt de desinformació total, però penso que èticament pot preocupar com es pot fer la separació de la família, quina informació té la mare, quina no té, ...és una informació que hauríem de tenir, perquè sabem que després acompanyarem el nen a les visites, amb aquella mare..., Tota la informació que es pugui tenir és necessària, perquè tindrà a veure amb com funcionarà l'acolliment i com es relacionarà el nen amb la seva família. Èticament és preocupant si no es fa de manera cuidada, atesa, i tothom té la informació, tot està coordinat. Però jo crec que no tenim la informació.

E/1/003-01.37.55

La darrera qüestió que apareix pel que fa a les separacions, fa referència al que podria ser un cruel esforç d'alguns professionals a **imposar una relació forçada** a progenitors que han manifestat clarament la seva voluntat, o la seva decisió, de no mantenir contacte amb els seus fills. Aquesta situació sembla més freqüent en mares joves: la idea de la família i la vinculació per sangunitat semblaria primar sobredimensionadament a la voluntat i capacitats parentals. La bona intenció d'intentar un cop i un altre de recompondre una parentalitat no volguda, pot ser viscuda com un acte impregnat de paternalisme injustificat i generador de patiment. Semblantment es podria dir de quan aquesta relació és imposada als infants que no volen, no poden o no necessiten el contacte amb els progenitors i els és perjudicial.

... una visita que es va fer amb una mare, que no s'havia d'haver fet mai de la vida. La mare havia renunciat pràcticament a aquell nen i van ser els professionals que van animar-la, estimular-la, a què havia de tenir una visita... El dolor d'aquella senyora no s'oblida, vull dir... allò va ser duríssim.

Jo crec que (...) això té una dimensió ètica amb majúscules. Aquesta senyora no se l'havia d'haver empès, perquè els que ho van fer -jo crec que en aquest cas ho puc dir-, uns professionals sense cap mena de criteri, no sabien el què estaven fent, em fa l'efecte. Una senyora que havia renunciat, que ... I en aquest cas no va ser un EAIA, eh? Que sempre sembla que es carrega contra els EAIA's i a vegades... No, en aquest cas va ser directament des de l'Administració. No van atinar el què s'estava fent. Aquella senyora mai no se l'havia d'haver fet passar per això, i de retruc el nen. Però qui ho va patir més va ser la mare. El nen tenia molt poc temps, i per a ell va ser un tràsabals logístic, d'anar amunt i avall, i de passar una estona en els llims, diguéssim, doncs, no? Per a la mare..., aquesta senyora no ... no el va poder mirar, i va marxar corrents com va poder. Això va ser forçat. Molt bones intencions? Sí, però treballem d'una altra cosa..., això., això no ho oblidaré mai. Com altres coses, però això... aquell dolor, t'asseguro que si no ho veus no t'ho creus.

Però jo crec que ni veient-ho hi ha gent que no ho entén. Perquè no crec que aquelles persones que van decidir fer-ho així ho calibressin de la mateixa manera que ho vaig calibrar jo. No sé qui té raó. Però jo em quedo amb la meua, en aquest cas.

E/1/002-01.04.12

2 La proposta d'acolliment a la família acollidora

En el moment de fer la proposta a la família acollidora trobem també algunes qüestions èticament problemàtiques. La primera té relació amb **les renúncies**: quan els progenitors -generalment la mare- fan renúncia de les seves responsabilitats parentals. La legislació exigeix el termini de trenta dies per a la ratificació. Passat el termini, l'infant es podria considerar adoptable. Durant aquest període, atesa la inseguretat de la situació, es disposa que els infants siguin atesos en famílies d'Urgència i Diagnòstic. Alguns professionals assenyalen que aquest procediment va en contra dels interessos de l'infant, ja que preventivament se l'estaria fent passar per tres famílies -la pròpia, l'acollidora i l'adoptant- quan en la majoria de casos no seria necessari, simplement si s'agilitessin els procediments burocràtics i es treballés més intensament amb les famílies adoptants la seva capacitat de comprendre la situació de l'infant, i la seva capacitat de contribuir al seu interès, fins i tot quan aquest fos la reunificació amb els progenitors.

La segona qüestió pot aparèixer no solament en el moment de fer la proposta, sinó que en algunes ocasions pot produir-se durant l'acolliment, quan aquest excedeix els terminis previstos: **quan els infants acollits tenen germans**, especialment si aquests tenen mesura d'acolliment institucional. La família acollidora atén un dels germans -poques famílies tenen condicions necessàries per atendre més d'un infant d'aquestes edats, i menys encara si ja són més grans i no corresponen al perfil d'Urgència i Diagnòstic-, conscient de l'existència dels altres, i sap la discriminació que precisament la seva atenció individualitzada representa, i que significa a més la separació entre ells.

S'intenta preservar les famílies sempre, s'intenta donar..., es fa un treball amb elles de manera que ho passin el menys pitjor possible. Això no vol dir tapar-ho tot, ni vol dir que les famílies no es col·loquin en un conflicte ètic, perquè les famílies saben que aquell nen té germans, amb qui es visita, i que aquests nens es quedaran en un centre mentre el nen que ells han acollit anirà amb un altra família o amb la seva pròpia. I és un conflicte ètic bèstia. Inclús saber que aquests germans són nens de curta edat, que estan en un centre mentre ells tenen el seu germà, això també col·loca en un conflicte ètic a les famílies, de dir: 'jo estic ajudant aquest nen, però té dos germans que estan en un centre, no?
E/1/004-01.08.18

Per als professionals, el rigor amb què cal **informar les famílies acollidores sobre la durada** de l'acolliment d'Urgència i Diagnòstic també esdevé una qüestió ètica: ja hem vist que els sis mesos inicialment previstos com el màxim possible, esdevenen en molts casos -les dades ens diuen que quasi la meitat- la durada mínima. Però davant d'una família que s'ofereix per a una durada acotada, ¿és lícit fer una proposta quan no és possible establir amb seguretat que no excedirà, potser, els dos anys? Davant una molt probable situació de no comptar amb altres famílies *disponibles*, és lícit preservar l'oferiment de la família sabent que implica la institucionalització de l'infant?

El nostre discurs és de sis mesos, però la meua casuística i la meua realitat dels últims deu anys me diu que té una durada al voltant d'un any, de mitjana, però potser que vostè (a la família acollidora) sigui el de de dos anys i mig. I és, èticament, una altra perversió.

E/3/002-49.56

Encara al voltant de la proposta, trobem les qüestions que afectarien **la forma com es fa el passatge de l'infant** a la família acollidora. Des del temps que es disposa perquè la família pugui acceptar la proposta – quasi sempre amb caràcter d'urgència- i preparar la rebuda de l'infant, fins a l'adequació de l'entorn on es farà el passatge, passant per les qüestions d'informació mèdica, de documentació i tràmits burocràtics. A grans trets, les característiques que haurien de configurar aquests aspectes serien:

- sempre que sigui possible, permetre un temps de preparació a la família;
- disposar de protocols amb l'àmbit hospitalari que facilitin l'atenció de la família a l'infant durant els períodes que aquest ha de romandre-hi més enllà dels dies habituals de postpart, i quan es considera necessari l'acompanyament de figures referencials;
- entorns de passatge càlids, condicionats a les necessitats del moment i respectuosos amb l'infant i les famílies;
- informació mèdica precisa i acurada;
- diferenciació dels espais destinats als tràmits de signatura i documentació

- sempre que sigui possible, disposar de la documentació imprescindible de l'infant;

Sí que m'he trobat la pressa, que hem detectat des de l'ICAA , DGAIA, que es faci l'acoblament immediatament, d'un dia per l'altre, sense la possibilitat d'esperar gairebé ni un dia, no? Ens hem trobat algun cas puntual que el nadó ha de sortir de l'hospital i "s'ha de fer ja". Llavors, amb una falta d'informació mèdica, amb una pressa, que de vegades també la família d'acollida l'exposem a una situació d'un dia per l'altre, que et plantejes: bé, si aquest nano està dos dies més a l'hospital, que es pugui tenir més informació, que la família la puguem anar preparant..., tot això facilitarà l'entrada d'aquest nadó amb la família, i per tant la relació serà millor? La meua resposta és que sí. Però tot i això no es dona. I ens hem trobat respostes que pot semblar, encara que no es digui del tot, com "bé, doncs si no pot anar amb una família, que vagi a un centre", o "si aquesta família no està disposada, que per això és d'Urgència i Diagnòstic, i per això cobra, ...doncs que vagi a un centre".

E/2/001-00.45

És una cadena de xantatge emocional. Però hi ha una part que també és culpa nostra, i crec que n'hem après, d'això. Crec que, com a tècnics, (...) també ens hem de quadrar, i dir: "doncs, si avui és dilluns, d'acord, la família ho accepta, però dimecres, no demà. I a més volem la informació mèdica, com a molt tard demà..." I en això ens hem de quadrar. Perquè quan els convé - ens hi hem trobat...- aleshores es pot quedar a l'hospital. Ens hem de fer valdre més, perquè en el fons estem protegint la família, perquè sabem que com comenci aquell acolliment serà molt determinant, molt, molt determinant.

E/2/003-50.02

3 La tardança en els estudis

En apartats anteriors ja ha aparegut la tardança en els estudis, causa principal de l'allargament dels acolliments d'Urgència i Diagnòstic. Ara ens hi referim per tal d'identificar les qüestions ètiques que es produeixen arran d'aquesta durada excessiva. Com hem vist, l'excessiva durada de l'acolliment comporta dificultats diverses per a tots els agents que intervenen en un acolliment, i especialment per als infants i les famílies. Algunes d'aquestes dificultats són percebudes pels professionals com qüestions ètiques, per tant com impliquen alguna mena de conflicte que va més enllà de la pura dificultat de la intervenció. L'acolliment té com a base dos grans pilars: la necessitat d'un entorn familiar per part de l'infant, i l'oferiment de les famílies acollidores de proporcionar aquest entorn familiar. El conflicte apareix quan algun d'aquests dos pilars, si no tots dos, trontollen o perillen: quan la necessitat de l'infant no és satisfeta

adequadament, o quan l'ofertament de la família no se sosté o és forçat fins a l'extrem. L'equilibri entre un i altre és necessari, i es requereix que els professionals atenguin adequadament i garanteixin les condicions en què és possible i satisfactori l'acolliment. La durada, la justa durada, es configura com un dels principals factors que entren en aquest joc d'equilibris.

Per a mi Un problema ètic és quan... quan es trenquen les regles del joc, o sigui quan els que proposen un acolliment a una família que s'ha ofert amb una sèrie de requisits, que els coneixen, que nosaltres els informem, quan això no es respecta, nosaltres som els interlocutors d'aquella família. I clar, nosaltres permetem la perversió de la mesura perquè també estem allà atrapats, i llavors hem de seguir exigint a la família que no perdin el rigor.

Es trenquen les regles del joc quan parlem amb una família, els preparem, els expliquem les característiques d'una urgència, què significa una urgència, quin és l'objectiu, quin és el benefici, i tot això després queda només en aquell moment, perquè de tot això es poden rescatar poques coses quan el temps fins i tot es triplica.

En canvi, hem d'anar recordant en aquella família que 'es van comprometre'. Llavors la gent ha d'anar fent processos que jo penso que han de ser molt difícils de fer, no només la família, sinó tota l'estructura familiar; els fills d'aquella família, i han d'exposar-se i exposar els seus fills a fer processos que potser no haguessin permès si haguessin estat informats amb coneixement de causa inicialment. També veig que nosaltres hem fet un procés interessant en aquest sentit, però clar, això també ho hem après a partir de l'experiència. Per mi això és un cert conflicte ètic.

E/1/006-10.00

És comprensible, només en certa mesura, que els equips responsables de prendre una decisió sobre la mesura més adequada per a un infant que es troba en una situació provisional, a l'espera d'aquesta decisió, prioritzin els infants que estan en medi institucional per davant dels que es troben en acolliment familiar.

... I penso que hi ha un problema ètic, amb tot el carinyo, amb les persones que han de fer aquestes propostes, tècnics de l'EIA, davant d'aquesta idea de (...)” si he de triar entre donar més rapidesa a un nen que estigui en un centre o un nen que estigui en una família, èticament me quedo més tranquil·la amb aquell que està en la família encara que trigui una mica més de temps, “... no passa res, està molt ben atès, segur, no sé com és aquell nen ni la família que han triat aquests, però segur...”, perquè donen per segur que és així, que està millor que aquell que està en un centre, “amb el qual he de dedicar més esforç, perquè èticament s'ho mereix, aquella criatura”. Penso que aquí caiem en una roda on..., és això, “no passa res, si duren un any, els acolliments d'Urgència i Diagnòstic, si m'allargo en el 50 per cent any i mig, estem dintre els paràmetres”. I nosaltres mateixos podem caure a normalitzar l'anormalitat aquesta.

E/3/002-49.56

Sigui com sigui, per uns i altres, la demora no ajuda al procés. Cal diferenciar, però, quan es tracta d'endarreriments que poden estar d'alguna manera causats per motius que en algun cas poden ser inevitables, i quan es tracta d'excedir el temps sense que res no ho justifiqui. No és la mateixa situació que calgui assegurar uns terminis precisos per tal que la família d'origen vegi reconeguts els seus drets i tingui possibilitats efectives de presentar les seves al·legacions, tal com reconeix la Llei, que quan l'endarreriment es produeix per **negligència administrativa** o per causes inexplicables o fàcilment resolubles.

Preservar èticament la família d'origen, que tingui el dret a fer això és fantàstic, el que no pot ser és això, que si jo envio una carta 'en pleno siglo XXI', per correu ordinari, no arriba, està a correus parada tres setmanes, i que me diguin: "no et preocupis, que jo ho controlo per ordinador..., com va el certificat..."

E/3/002-52.00

O bé quan, passats els terminis raonables d'estudi, i amb presència d'indicadors suficients per a la presa de decisions, aquestes no es prenen fins molt més enllà, amb el perjudici i el patiment per a la mateixa família d'origen, per a l'infant, i molt sovint també per a la família acollidora. I en els casos de proposta d'adopció, probablement també per a la família adoptant, ja que hauria pogut fer-se càrrec de la filiació de l'infant en un moment molt més apte que no pas passat un determinat temps.

Èticament, amb la família acollidora no hem estat en global del tot correctes, amb la família d'origen penso que no s'ha estat èticament correctes, aquella nena amb 48 hores de vida, tenia la mateixa situació que avui, 18 mesos després. I amb la nena, no hem estat èticament adequats, i amb la família adoptiva, que en el seu dia decideixin, tampoc no ho haurem sigut.

E/3/002-13.40

Pel que fa a les **visites dels infants amb les seves famílies**, també poden quedar afectades negativament quan s'excedeixen els terminis. Les situacions que assenyalen els professionals són:

Per als infants, mantenir un règim de visites durant un període llarg, tret que hi hagi un procés clar i progressiu de reintegració a la família, pot contribuir a generar malestar i desconfiança. Independentment, si el règim de visites s'utilitza per a finalitats que no

tenen res a veure amb l'interès de l'infant, no solament s'estaria produint una situació contrària a la Llei, sinó que seria èticament qüestionable, atesa l'**objectalització de l'infant**.

I estem fent igual que les famílies que estan amb dificultat, perquè el nano no el veuen com a nano, sinó pel que a mi em pugui servir. Moltes d'elles, (les famílies d'origen) quan estem parlant d'aquestes situacions cròniques, l'han tingut perquè ho necessiten elles, no pensant en el nano. I els equips estan caient en el xantatge: "casi si no lo puedo ver, me tienes que dar más visitas".

E/4/003-30.30

Per a les famílies d'origen, mantenir un règim de visites quan s'ha descartat la possibilitat que se'n facin càrrec i es proposa una adopció, pot ser d'una crueltat innecessària, que no respon, probablement, a cap altra justificació que la d'ajornar el moment difícil de comunicar la finalització dels contactes, o deixar passar el temps necessari per als tràmits posteriors.

En aquesta situació que era tan clara, una situació d'una malaltia mental d'una mare sense suport de família extensa, i des del primer dia de vida de les criatures,...) fins a la presa de decisions al cap d'un any i mig no hi havia hagut cap variació de res. Aleshores, tampoc no és lícit ... També hi ha un problema ètic d'allargar aquestes (visites) i com els pares biològics, o la família d'origen, ha d'anar d'acompanyant a les visites setmanals, veient créixer des de la distància unes criatures que sap que no tindrà. A mi també em genera molt de malestar, ... perquè al cap d'un any i mig o dos acabis decidint que no poden tornar.

E/3/001-05.40

Per a algunes famílies, aquesta situació pot significar el manteniment d'unes expectatives que no es compliran, i que augmentaran el dolor de la separació al final del procés.

... i estàs generant falses expectatives a la família d'origen. "Vostè me va dir que aquestes nenes no podrien continuar amb mi. Però ha passat un any i mig, potser creu que sí..." Penso que, èticament, també -i hi pensem moltes vegades com a equip- el mal que fem a la família d'origen, generant-li una falsa expectativa, allargant aquell temps, que trigui un temps a prendre aquella decisió que al principi semblava tan clara, "potser és que s'estan repensant que tornin amb mi..."

Nosaltres observem en els acompanyaments a les visites, on els pares biològics, la família d'origen dels nens, sí que pot tenir un 'equivoco' entre el que escolten i el que realment està passant: "Jo tinc les mateixes visites que tenia fa vuit mesos, eren quinzenals, continuen sent quinzenals, o setmanals..., continuen igual. Ha passat el

temps, vostè me diu que no hi ha novetats, doncs home, potser vol dir que podran tornar amb mi...” I si..., i realment penso que les persones que no prenem la decisió, que no som l'equip que farà la proposta, però que veiem, a lo millor setmanalment, aquells pares, també tens el problema ètic de dir-li: “senyora, que no...”.

E/3/001-55.40

Torna a ser un dolor brutal per a aquella família d'aquella criatura, a qui ja li han comunicat que serà un preadoptiu. Tres mesos després,... “I potser encara estic fent visites mensuals amb aquell nen que m'han dit que... home, si faig una quarta potser em diran que ja no marxa”. Jo aquesta la trobo molt dolorosa. I penso que amb la família d'origen, aquest punt ètic en alguns casos no existeix (...) Si per a mi que faig l'acompanyament o supervisió és dolorós, continuar portant aquella criatura amb un pare que fa tres mesos li han dit que serà una adopció, ¿me puc imaginar per un segon com se pot sentir aquella persona,...amb aquest allargament?

E/3/001-52.04

Per a les famílies acollidores¹⁰⁴, ser testimonis d'indicadors de malestar de l'infant al voltant de les visites, pot representar un conflicte en la mesura que els pot fer dubtar dels beneficis del servei que estan oferint com a família acollidora. I els fa anticipar la probable dificultat del moment del comiat, en comprovar que els llaços afectius s'estrenyen entre l'infant i la família.

...dubten de la seva pròpia tasca com a acollidors i dubten de si el que estan oferint és en el benefici del nen o en el perjudici del nen. En un cas que el nen estigui un any i pico a casa, i el nen ja reconegui els acollidors, i ja els tingui referenciats, i que els acollidors no entenguin per què, per exemple, aquell nen no ha marxat abans, i marxa ara, això implica: “clar, si hagués marxat abans, hagués estat molt més fàcil, però ara hem allargat una situació, hem ofert aquesta estabilitat, però a tant llarg plaç que ara estem participant del patiment d'aquest nen”. Jo crec que això és un conflicte ètic important, no? Una cosa que havia de ser per a protegir un nen... amb un moment un acollidor el que pot fer és plantejar-se : “ostres, ara el que estic fent és col·locar-lo en una situació de patiment” En el moment d'acomiar-se d'aquell nen, o en el moment d'acompanyar-lo a una visita quan saps que hi ha hagut altres visites que el nen va plorant, torna plorant, ...d'alguna manera es poden plantejar que estan col·laborant, participant de tot això, no? Jo entenc que pot passar, que en algun moment s'ho plantegin, (...) Sí que és veritat que després hi ha tots els aspectes positius que segurament poden donar-li la volta a aquest conflicte, però que segurament en algun moment pot aparèixer, quan les coses s'allarguen o quan apareixen aquests tipus de dificultats.

E/1/003-01.05.40

Per als mateixos professionals, el conflicte rau, per una banda, en la seva posició

¹⁰⁴ Ens referim aquí a les situacions en què les famílies conserven una sana objectivitat i una col·locació adequada en la seva funció. Una altra cosa és quan l'impacte emocional distorsiona les percepcions i tenyeix la mirada de qui observa.

d'acompanyants a les visites, i la percepció que l'infant, passant el temps, se'n pot anar fent. L'associació possible a una situació de malestar, quan és així, pot generar en el professional, de qui no depèn la decisió dels contactes, la inseguretat professional d'actuar d'acord o no a l'interès de l'infant. Quan la situació de visites no és estressant per a l'infant, la percepció del professional com a figura associada a les figures adultes -sovint el professional ha de facilitar o dinamitzar els contactes, i actua com un agent canalitzador- amb qui es retroba periòdicament, pot generar un cert sentiment de traïció quan finalment es talla la relació.

D'altra banda, aquesta funció dinamitzadora dels contactes pot contribuir a facilitar i, en algunes ocasions, a suavitzar l'estona de la visita. I el conflicte pot aparèixer quan això és utilitzat pels equips responsables de la proposta de mesura com a indicador de vinculació, un *pretext* que justificarà que s'exclouin de la presa de decisions les mesures de separació definitiva.

Et genera conflicte ètic cap a la criatura. Jo seré el que li diré "prou", el trencament tan bestial amb la teva família, quan t'hi he anat conduint, construint amb tu...?
E/3/001-01.06

I te genera un conflicte ètic, (...) de quina és la nostra posició en l'acompanyament de les visites amb els seus pares, quan potser després ...si faran de manera gratuïta la utilització de la paraula 'vinculació afectiva', quan realment nosaltres hem estat generadors de la vinculació afectiva, en les vistes, durant el temps que tu has trigat. O potser la vinculació afectiva és, com sovint ens passa, que aquells nens.. relacionen aquella visita amb el dia que te veig a tu, tu ets qui m'acompanyes i tu ets el que estàs sempre, la meva imatge és tu amb el meu pare, tu amb la meva mare, i acabem ... Èticament, (...), què faig en la visita? Me converteixo en el facilitador de la vinculació? I si hem tingut tres anys, quatre anys fent...? (...) la paraula vinculació es fa servir de manera gratuïta. I en ocasions els tranquil·litza: "Ara ja no, ara ja fem tard..."
E/3/002-01.05.50

4 La proposta de mesura

En un apartat anterior hem vist que la *incertesa de les mesures* constituïa una de les disfuncions o qüestions problemàtiques assenyalades pels professionals. Per recordar breument el que hem formulat anteriorment:

- les propostes han de respondre a les necessitats i interessos de cada infant;
- una bona part dels professionals consideren que la incertesa d'algunes mesures és un dels aspectes de més difícil gestió;
- quan es tracta de nadons és quan els professionals reclamen amb més èmfasi que les mesures garanteixin la màxima estabilitat a curt i llarg termini.

Quan se'ls demana que assenyalin allò que consideren que té una dimensió ètica, tal com passa amb la durada de l'acolliment, apareix amb alta freqüència també aquesta qüestió. Si bé quan ho hem demanat als professionals, han tendit a situar la *incertesa de les mesures* com a un problema inherent a l'acolliment, en les converses mantingudes arran de les entrevistes, es fa palès que la dificultat d'apostar per mesures de caràcter definitiu pertany al món de la intervenció: la sensibilitat dels professionals, el coneixement de la implicació de cada mesura, la coordinació amb altres equips, inclòs l'àmbit jurídic, etc. Amb l'objectiu de no ser massa reiteratius, centrarem el discurs dels professionals al voltant de tres aspectes: **a)** la capacitat de les mesures d'aportar estabilitat i continuïtat, **b)** la posició dels professionals quan discrepen de les mesures proposades, i **c)** el treball d'acompanyament a l'infant i a les famílies acollidores malgrat el dissens tècnic.

Pel que fa a la **capacitat de les mesures d'aportar estabilitat i continuïtat**, el primer problema apareix sobretot en territoris en què treballa una sola ICIF: les situacions en què des del primer moment es percep que molt difícilment es podrà proposar una adopció, i no es compta amb perfils de famílies acollidores d'altres modalitats que, en finalitzar la Urgència i Diagnòstic, puguin assumir l'acolliment. Els professionals saben, aleshores, que l'acolliment s'allargarà per la manca d'alternatives, i que finalment les úniques opcions seran l'entrada en un centre, o la continuïtat de l'acolliment en la mateixa família d'Urgència i Diagnòstic. L'entrada en centre suposarà un dilema important per a la família acollidora, i un pas enrere per a l'infant, com ja hem vist anteriorment. I la continuïtat de l'acolliment comportarà la progressiva vinculació infant-

família que dificultarà i condicionarà qualsevol altra possibilitat de mesura posterior.

.. Si accepto la proposta d'Urgència i Diagnòstic -i ens ha passat-, quan això mai acabarà sent una adopció, i acabarà sent simple o permanent, i d'aquí a 1 o 2 anys, no tindrè família que me doni resposta, què faig, èticament? El porto a la fam d'Urgència, que avui la tinc, i els mantinc, o me pesa tant la proposta posterior i el dolor del nen, meu i de la família, d'haver d'anar a un centre..., Llavors, no li permeto aquests dos anys de família? Encara avui tenim discussions i diferències d'opinió...
E/3/002-01.06.

El segon aspecte problemàtic apareix quan, en nadons, es fa proposta d'acolliment permanent. Hi ha grans dificultats per acceptar que una proposta així tingui suficient justificació, atès que s'associa a deixar l'infant en una *incertesa permanent*, que posaria traves al desenvolupament de la seva identitat i la seva pertinença. Es reclama, quasi unànimement, que si no és viable el retorn al nucli d'origen, es prioritzin mesures definitives com l'adopció, per tal de garantir a l'infant un arrelament segur i realment permanent, i -sense ignorar que l'adopció no és tampoc una solució sense dificultats- que li asseguraria tant els drets de filiació com els hereditaris. La proposta d'acolliment permanent apareix així com una solució intermèdia, el camí còmode per als adults, que no han d'assumir la responsabilitat d'una separació definitiva ni el risc de tornar-los a un nucli d'origen incapaç de fer-se'n càrrec.

Tinc la impressió que s'estan prenent moltes menys decisions, que s'està posant fre sobretot a propostes de preadoptiu i que el camí del mig més còmode i que aparentment porta menys problemes són acolliments del tipus que sigui, perquè llavors qui dia passa any empeny, i ningú té problemes: ni les famílies es confronten, ni l'EAI ha de batallar amb els juristes de DGAIA, ni... Per què és així, no ho sé. M'agradaria saber per què està passant.

E/1/001-32.36

També és un conflicte ètic que en un nen ...el fet que en un nen de mesos s'hagi de fer una proposta d'acolliment permanent, que a vegades ens ha passat. (...) És un conflicte ètic perquè va en contra de la pròpia finalitat de la mesura d'urgència, que és poder fer un diagnòstic de la situació d'aquest nen i oferir-li un nucli familiar estable, segur i definitiu. Un acolliment és una mesura incerta. I un acolliment permanent és més definitiu, però està col·locant aquell nen amb la doble vinculació. Com que no se sap el pronòstic d'aquesta família d'origen, què farà, però sembla ser " potser podrà mantenir el contacte; mai se'n podrà fer càrrec, però sí que..." Penses: "Per què ha de mantenir el contacte un nen de sis mesos, amb els seus pares, si no sap que són els seus pares? Quin sentit té?

E/1/005-1.20

En moltes ocasions, l'acolliment permanent significa que l'infant estarà a disposició dels alts-i-baixos d'uns adults -la família d'origen- que molt difícilment podran assegurar ni tan sols la constància dels contactes i, lamentablement, passat el temps, ni una explicació -verbal o afectiva- raonable i consistent, quan l'infant sigui capaç de demanar-los "per què?".

Sí, incertesa i dualitat. I posar el nen molt a mercè del què faci la pròpia família: si passa per un bon moment, es veuran; o potser la família, els pares, 'desapareixen'; llavors estarà un temps que no es veuen, però ja hi ha una vinculació, una relació creada... Per al nano, diguem que és més difícil elaborar la pèrdua i l'abandonament o la separació, perquè tu pots treballar – bueno, lo real sempre ajuda-, però has de poder definir si unes persones hi són o no hi són. (...) Algú que va i ve no t'ajuda, tampoc, a saber on col·locar-te. Crec que també això és un gran conflicte ètic.: col·laborem a què aquests nens... a donar perpetuïtat a la sensació d'incertesa...

E/1/005-01.22.55

De vegades, aquesta proposta de permanent no es pren perquè hi hagi la convicció que és la més adequada, sinó que respon a la impossibilitat d'aplicar una altra mesura millor. En aquest terreny té una gran importància la diferència de llenguatges dels àmbits tècnics i jurídics. Els temps dels procediments i tràmits jurídics i judicials no és el temps dels infants, ni els criteris jurídics semblen fets pensant en ells. Aquest allunyament pot provocar que es proposin mesures de permanent quan correspondria un preadoptiu, amb l'esperança que amb el temps la pressió opositora de la família d'origen desapareixerà, i fins i tot *desapareixerà* d'escena la pròpia família, donant pas *de forma natural* a la possibilitat de l'adopció. Aleshores, però, la situació de l'infant -o ja del jove, potser- com de la família que se n'haurà fet càrrec fins al moment, serà idònia o no per a fer el pas a la filiació. No sempre, llavors, serà possible, com ens fa veure l'experiència.

Si mirem per l'infant, és evident que el millor és la màxima continuïtat. Això no hi ha color. Si mirem altres paràmetres, que moltes vegades és això el que passa, el tema judicial, per exemple, que ens està arribant, no? Decisions judicials que et plantejes: per qui estan mirant? Pel nano? Per la família biològica? Per qui estan mirant? Jo penso que aquest també és un component ètic, que si mirem la Llei de protecció dels infants, alguns cops tinc la sensació que s'està cuidant més la família biològica -o nosaltres també, que protegim molt la d'acollida -, i l'infant queda...desenfocat.

E/2/001-40.31

El tercer aspecte problemàtic és la proposta d'un d'acolliment simple -recordem que aquesta proposta és adequada, segons la Llei, quan *es preveu que el desemparament serà transitori* (L14/2010, Art. 126)-, quan *simplement* no s'ha acabat l'estudi, i l'única justificació és l'allargassament indefinit d'una situació provisional a l'expectativa de com evoluciona la situació de la família d'origen. Una vegada més, es força la continuïtat de l'acolliment d'Urgència i Diagnòstic, amb les dificultats i riscos que ja hem identificat, o bé es fa la proposta a una nova família amb oferiment de simple, sense que sigui possible acotar l'abast temporal d'allò que se li està proposant. En el cas que la recuperabilitat dels progenitors, finalment, no sigui suficient¹⁰⁵, es tornarà a repetir la situació: o es força a modificar l'ofertament inicial de la família -que s'havia ofert per a un simple, és a dir, per a una durada limitada-, o l'infant haurà de canviar novament de família -potser una de permanent, potser al capdavant una d'adopció...-. Si l'aferrament segur és necessari per al desenvolupament emocional dels infants, els professionals es qüestionen la pròpia contribució a aquest procés de vinculacions i ruptures consecutives.

De vegades la proposta de simple es fa, tot i considerant que la mesura més adequada a l'interès de l'infant seria l'adopció, arran d'una probable oposició judicial dels progenitors. En aquests casos, la idea de fons, un cop més, és que *potser* el temps ajudarà a calmar la disconformitat dels pares, i la natural evolució acabarà permetent l'acolliment preadoptiu de l'infant. Per als professionals, aquestes situacions són problemàtiques en tant que sovint no és possible formular-les amb tota la claredat que seria necessària a les famílies, atès que la incertesa del pronòstic pot incloure des de la possibilitat d'un retorn -per ordre judicial, per exemple-, fins a l'adopció. I, a la pràctica, molt escasses famílies poden sostenir un oferiment tan ample, i pot obrir-se la porta a unes expectatives, en un sentit o en un altre, que no s'acabin acomplint, i afegint així més dificultats al sosteniment de l'acolliment.

Pel que fa a la **posició dels professionals davant de les mesures proposades**,

¹⁰⁵ Recordem també que les taxes de retorn a la família d'origen, un cop s'han constituït els acolliments simples, semblen preocupantment baixes.

trobem una reduïda representació dels professionals que defensen una necessària distància envers la responsabilitat de la presa de decisió, i se situen com a mers transmissors i executors de la proposta. S'associen a aquesta posició el respecte inter-professional, la comprensió de les dificultats de la presa de decisions, i la manca de suficient informació per prendre posició.

A l'altra banda d'aquesta posició, trobem coincidència entre nombrosos professionals que viuen la discrepància cap a les mesures proposades amb un sentiment de complicitat, forçada i involuntària, i d'una certa impotència. Durant el treball de coordinació tècnica és quan els professionals poden dur fins a l'extrem els seus esforços per intentar que es revisi una proposta que consideren contrària als interessos de l'infant, o perversa vers la família acollidora: la formulació dels arguments, l'aportació dels indicadors observats, la promoció de reunions amb altres instàncies i serveis per ampliar la mirada i la informació, etc. Però quan finalment la decisió és validada per l'òrgan competent, les possibilitats es redueixen a la minimització dels riscos, almenys durant el procés cap a la nova mesura proposada.

...tu pots plantejar-te un problema ètic sobre la teva pròpia acció, la teva responsabilitat, intentar analitzar-ho, i si s'escau corregir-ho. Però això és un problema ètic amb una actuació que no depèn de tu, amb lo qual no pots fer res. Però n'ets testimoni actiu. Per això quan veus una negligència que és un conflicte ètic, el que et surt, si en formes part, el que et surt és, d'entrada, frustració i mala llet. O sigui, no ho pots viure d'una manera tranquil·la. Ara, com canalitzes això? Doncs cadascú ho farà com cregui convenient. Però la ràbia i la frustració de veure que s'està negligint i que això és un tema que forma part..., -no sé, jo no sé què és l'ètica en el sentit ampli-, però que m'imagino que és un conflicte ètic, en el sentit que s'està negligint, no sé com dir-ho, s'està jugant amb la vida de les persones... més conflicte ètic que aquest, no sé si n'hi ha cap. I que no pots fer res més enllà de..., bé, sí que pots fer, et dona tranquil·litat anar bombardejant, anar preguntant, preguntant, preguntant, anar escrivint, anar buscant, anar parlant... Això és un desgast enorme d'energia, però és molt més coherent que dir: "Com que no hi puc fer res, miro cap a un altre costat, i alabat sigui Déu".

E/1/001-55-27

Aquestes posicions davant de la discrepància són especialment doloroses en tant que els professionals són conscients de la importància de no transmetre la conflictivitat a les famílies acollidores, fet que repercutiria molt negativament en la capacitat de les famílies de fer un adequat acompanyament a l'infant i en la pròpia percepció de les

famílies com a instruments de benestar dels infants.

Clar, el que no podem fer és, si hi ha discrepància entre els dos equips, i una decisió ja està presa i avalada per l'Administració – o encara no però ja es veu que sí- , el que no podem fer és agafar una pancarta i anar en contra d'això, perquè això no portarà enlloc, sobretot el nen. Aquell nen, s'ha de mirar que amb aquesta decisió, encara que tu puguis pensar -i ens podem equivocar, eh?- però encara que puguem pensar que està equivocada, hem d'acompanyar-lo amb què aquesta decisió pugui ser el més viable possible.

E/1/002-54.07

Així, el **treball d'acompanyament als infants i a les famílies**, en el procés de transició a la nova mesura, és viscut com a problemàtic, quan hi ha dissens, perquè en aquestes ocasions s'ha de fer *malgrat* la pròpia convicció.

Treballar amb els acollidors, quan estàs professionalment o personalment en desacord amb una proposta de futur; crec que també és un conflicte ètic, o professional, o personal, no ho sé...

E/1/004-1.15.30

Sovint, això significa haver no solament de convèncer la família acollidora que la mesura que es proposa és adequada i assegurarà la continuïtat de la bona evolució de l'infant, sinó també respondre a les seves preguntes, i tranquil·litzar-la en allò que la pugui neguitejar en relació amb el futur de l'infant. Es tracta d'un *engany*, des de la perspectiva del professional, que es justificaria per la voluntat de no perjudicar el procés, i ajudar la família a realitzar l'acompanyament de l'infant.

O sigui, jo els enganyo des de la meva creença i percepció, ... en aquest sentit, seria una mentida piadosa, sí... Clar, hem d'ajudar a què aquella família estigui tranquil·la.

E/1/004-55.41

...llavors et qüestiono: jo què he de permetre, que el nen faci una bona marxa de la família i facilitar l'entrada i haig de callar moltes coses, o menteixo, o disfresso la realitat?

E/3/001-23.00

Per a alguns professionals, en canvi, "ser ètic" s'acostaria a no enganyar, a ser absolutament transparents amb la família:

...tranquil·litzo aquesta família donant una visió idíl·lica del que es trobarà aquell nen, o sóc sincer i ètic i els explico alguns dels dubtes que jo pugui tenir?

E/3/002-22.45

Hi ha també la convicció de no traspassar a la família allò que no els correspondria, que és haver d'assumir la funció tècnica de valorar les mesures, ni traspassar-li la responsabilitat de la decisió.

... jo, com a professional, em toca ajudar les famílies fent un servei, cuidar-les, animar-les i donar una serie d'idees... d'eines, per afrontar aquesta situació el màxim de tranquils; ells no s'han de preocupar de coses que no els hi toquen. Jo crec que sí que ens toca que no tinguin tant ells el problema ètic -que evidentment tindran els seus-. Tu, ajudar-los a què en tinguin els menys possibles.

E/4/002-41.57

Però, com es pot preveure, aquesta posició no és ni còmoda ni fàcil. Superat el possible dilema entre afavorir la inevitable transició de l'infant i ser coherent i transparent amb la pròpia convicció, apareix encara la dificultat d'arriscar la confiança de la família acollidora, sobretot quan la proposta de mesura té altes probabilitats de no reeixir -segons la valoració del professional de l'acolliment-. La percepció d'alguns professionals és que si la família acollidora arriba a valorar negativament la mesura proposada, o hi veu excessius riscos, i en canvi rep del professional l'intent de convèncer-la del contrari, es pot perdre la confiança en el professional, que deixa de ser, al seus ulls, un referent segur de la defensa dels interessos de l'infant. En conseqüència, els posteriors acolliments d'aquesta família estaran indefectiblement tenyits d'aquesta desconfiança.

... en deu dies, en dotze dies, hem de fer el millor que puguem, però també trobo que si nosaltres, davant d'aquesta irracionalitat, no li mostrem (a la família acollidora) que allò és irracional, també deixen de creure en nosaltres. Si nosaltres ens passem tota la vida valorant-los, acompanyant-los, i dient-los que el nostre objecte d'atenció és el nen i considerem que el millor és que tinguin les millors possibilitats, davant d'un universal que no és correcte, si variéssim absolutament el nostre posat davant de la família, perdriem tota la credibilitat.

E/3/002-24.28

La **confiança** és un tema àmpliament recorregut pels professionals. Precisament pels nombrosos components d'incertesa que configuren l'acolliment d'Urgència i Diagnòstic, apareix com a una condició imprescindible del treball tècnic: establir una aliança confiada entre el professional i la família.

Si una cosa s'ha de fer amb aquest i amb tots els acolliments, però amb la Urgència i Diagnòstic més, és treballar amb confiança amb la gent, perquè estarem treballant des del desconegut. Si en lo conegut necessitem molt de la confiança, quan treballem el desconegut es necessita una confiança gairebé cega uns amb els altres en el sentit de poder treballar conjuntament, no?
E/1/002-51.58

Per aquest motiu, apareix com un dels aspectes en què els equips fan èmfasi durant les sessions de formació inicial de les famílies, anticipant-lo i preparant les famílies per a aquelles situacions en què caldrà confiar en el criteri del professional i de l'equip, i transmetent a les famílies la garantia de la confiança del professional cap al bon fer i el compromís de les famílies acollidores.

El tema de la confiança en l'equip tècnic, l'acceptació del seguiment. En la Urgència el seguiment és com molt intens i has de tenir confiança cega en els tècnics que t'envolten, perquè...bueno, el tema de la desinformació, ... que d'un dia per l'altre et diuen que el nen va cap allà, i tu has de confiar en el criteri tècnic, d'alguna manera.
E/1/004-41.48

5 La separació i el comiat

Una primera qüestió que apareix, aquí, és el fet de no disposar d'elements de coneixement que donin seguretat a la intervenció professional: no hi ha constància d'estudis que avalin amb precisió la innocuïtat dels traspassos, ruptures, separacions, noves vinculacions, pels quals passen els infants acollits en Urgència i Diagnòstic. La majoria de professionals tenen presents les prescripcions de la teoria de l'aferrament i l'ordenament legal dels terminis màxims, però constaten la falta de coneixement científic en relació a la concreció d'aquestes situacions.

També em fa plantejar a nivell ètic, o de cara als infants, quin és el temps necessari, no?, perquè la llei parla de sis mesos però també em fa plantejar si és lo correcte estar sis mesos amb una família per a fer el canvi, o quant més temps més s'ajuda el nen, però també és més difícil per a la família. Penso que cal tenir en compte diversos factors: on posem l'èmfasi? És evident que quants menys canvis a nivell de vinculació i d'afectivitat tingui un nen, doncs millor. Nens que han de passar d'una família d'urgència a una família aliena per després tornar a passar a la família biològica, són tres canvis, tot i que tinguin contactes, estem parlant dia a dia, l'estem acostumant a què s'hagi d'acostumar als canvis cada cert temps.

E/ 2/001-42.00

Intervenir, prendre posicionament, donar indicacions a les famílies acollidores, en base a unes hipòtesis més o menys consensuades, però sense la referència precisa de la base en què se sustenten, crea en els professionals un cert neguit, especialment quan apareixen en els infants indicadors d'estrès o de patiment arran d'un procés de separació.

... els dubtes m'apareixen quan aquell bebè, que està tan bé amb la família, i la família et diu: me'l voldria quedar. Et dius: per què l'hem de treure? Perquè la família acollidora no el pot adoptar? Però és que tots (la família i l'infant) estan molt bé, per què hem de trencar això? Com afecta això a aquests nens? Perquè el problema és que si foren 6 mesos, d'acord. Però és un any, un any i mig, dos anys... en urgència i diagnòstic, i llavors, a més a més, fer el canvi, a nivell de salut mental, m'agradaria saber, als 20-30 anys, com afecta? No tinc resposta. I a l'hora d'acompanyar les famílies amb això: com els acompanyes? quins missatges els hi dones? Perquè clar, ells estan fent una tasca i a tu et toca que puguin col·locar al màxim de bé tot aquest comiat. Com ho fas perquè es quedin tranquils, sense dir mentides i sense dir coses que tu no tens clar, sense transmetre aquest dubte i que puguin fer bé aquest pas? És això, m'agradaria saber, tenir un estudi, pam pam: està comprovat què passa a l'any, a l'any i mig.

E/4/002-26.00

El **dubte davant la bondat de la separació** s'intensifica quan es percep que la mesura que s'aplicarà a continuació no garanteix la suficient estabilitat i permanència. No cal dir, que, en totes aquestes situacions, el factor *durada* té un pes molt significatiu, com s'ha anat recollint anteriorment. I es posen en dubte els criteris per a les mesures, la possible rigidesa del sistema, etc.

...en la situació en què s'allarga l'acolliment, es produeix una incertesa en la proposta, i la família es planteja si continua cuidant el nen o no...és un dels grans conflictes, que és un conflicte ètic, també: per què hem de sotmetre un nen...? S'hauria de revisar: Una cosa és que tinguem els conceptes de les mesures, com han de ser, i tal... però després la

vida et col·loca en posicions on tu no et pots aferrar... Perquè si no, tots els nens que arriben als sis mesos d'urgència haurien de passar a una altra família d'acolliment, no? Perquè la llei diu sis mesos, però aquí no n'hi ha cap que duri sis mesos. Si fóssim estrictes, als sis mesos tots els nens passarien a una altra família seleccionada, i s'ha proposat potser per acolliment de curta durada. Clar, una cosa és la visió tècnica, i una altra cosa, una vegada més, és pensar en quina és la trajectòria vital d'aquest nen. Que és el que han acabat fent molts equips tècnics: o sigui, davant la desesperació que allò s'allarga, doncs hi ha hagut casos en què tècnicament i èticament s'ha dit: Bé, aquest nen, ara, l'hem de canviar de família? Jo no sé si s'ha fet, però em consta que algú s'ha col·locat a dir: Bé, doncs jo èticament o lo que sigui, jo no puc sotmetre aquest nen a un altre procés de vinculació quan el més calent és a l'aiguera, quan no se sap res. Per tant, una família d'urgència es podria allargar fins a dos anys, per exemple, o dos anys i mig...? Jo no ho sé, però no sóc qui per dir que no. Ara, el tema és: és millor passar per tres espais curts, o per un de llarg i després ajudar-lo a desvincular-se? No ho sé, si és millor o no.

E/1/001-19.50

Alguns professionals, en aquesta posició insegura sobre quin és realment el benefici per a l'infant, o, en tot cas, el menor perjudici, poden optar per sotmetre'l als mínims canvis possibles, i per tant prioritzar l'opció de donar continuïtat a l'acolliment d'Urgència i Diagnòstic si no hi ha una proposta clara i definida, i si la família ho consent. Però **la capacitat d'una família per a aquest consentiment és relativa**, atès l'atrapament emocional en què pot trobar-se. I a mig i llarg termini, no sembla que aquesta opció hagi donat bon resultat, pel fet de confirmar-se que, finalment, l'oferiment de la família era un altre.

Me genera tranquil·litat... el no-canvi, però me genera un dubte ètic molt important el fet que amb el temps aquella situació pot variar, i pot convertir-se en allò que aquella família inicialment no desitjava, i sento que som unes persones que podem tenir un grau d'influència molt important en la decisió de si realment es queda amb aquella família o ha de marxar. I hem fet les dues realitats, en diferents moments. I tant si fem una com si fem l'altra jo tinc problemes ètics. (...) Jo, més aviat, els tinc en l'opció de deixar-lo. L'hem de deixar perquè en aquell moment pot semblar més ecològic?, generem menys estrès de canvi, però potser aquella família que va arribar aquí amb la idea de fer un acolliment d'Urgència i Diagnòstic, d'estar un cert temps, que no es plantejaven creixences de nens, me trobo que deu anys després, aquell nen està allí, i que en el moment inicial, vuit anys enrere, quan se va haver de prendre aquella decisió... Tinc dubtes, tinc dubtes de si és bona idea no generar el canvi en aquell moment. Per mi, això se fa en moltes ocasions per la poca contundència i fermesa de les propostes posteriors.

E/3/002-01.20

S'afegeix, encara, la possibilitat que durant aquest acolliment **forçat** sorgeixin dificultats no previstes, com és el cas d'alguns trastorns del desenvolupament, limitacions

sensorials o cognitives o altres característiques no detectades en els moments inicials. Aleshores el professional pot sentir-se responsable d'haver contribuït a generar una convivència i uns llaços afectius que condicionen la capacitat de la família de prendre una decisió de no-continuïtat, en un moment en què la possibilitat de trobar un recurs alternatiu que no sigui la institucionalització serà molt remota.

També, pel que fa a la separació i comiat, els professionals recullen, en el seu discurs, com ja hem vist, alguns aspectes problemàtics amb els quals es troben les famílies acollidores. De forma genèrica -ja ha anat sortint en les formulacions anteriors- trobem la dificultat per a la separació, que pot aparèixer especialment en el primer acolliment que fa la família, o quan la durada és excessiva. El sentiment d'ambivalència pot fer acte de presència, fins i tot en famílies que, ben col·locades en la seva funció, que saben que són un recurs pont per a l'infant, comencen a dubtar arran dels primers indicis d'arrelament que poden observar en el nen: unes primeres paraules, el reconeixement referencial de les persones properes, les expressions de rebuig de l'infant cap a altres persones, etc. Les famílies acollidores en aquesta situació senten que han de donar seguretat i estabilitat a l'infant, però alhora conduir-lo cap a la separació, cap a un altre entorn.

És com una ambivalència molt bèstia, perquè tu per una banda et posicionas com una família pont, aquest nen ha de marxar, però aquest nen ja t'està dient 'mama', o 'papa', i sobretot si hi ha fills a casa... És que aquesta paraula té una càrrega emocional molt important, llavors això fa plantejar-te moltes coses, no? Què estic fent? En què estic participant? Quan de sobte els has de començar a parlar, que al cap d'un any o de quinze mesos, que ... li has d'explicar que vindrà un papa i una mama, el papa Joan i la mama... no sé, doncs, Maria, no? I com ho faig, això? Si el nen m'està dient d'aquesta manera...
E/1/005-01.07.02

És freqüent que en aquests casos la família magnifiqui els indicadors de patiment de l'infant, i suggereixi la possibilitat d'ajornar el moment del comiat, o fins i tot que manifesti la voluntat o l'expectativa que no s'arribi a contemplar la possibilitat d'una adopció, amb l'esperança que l'infant podrà quedar-se amb la família. Quan la família entra en aquests atrapaments emocionals, que de vegades comporten la percepció d'estar col·laborant en un abandonament institucional, fàcilment pot perdre la noció de la funció per la qual s'havia proposat de fer un acolliment. El resultat sol ser l'obertura

d'un procés de conflictivitat amb els professionals o amb *el sistema* en general, o bé la incapacitat per continuar acollint. En alguns casos, les dues coses, consecutivament.

També ens trobem amb famílies que aquest conflicte ètic, per a elles, és tan brutal, que després d'un primer acolliment d'Urgència i Diagnòstic no en fan més, i es retiren, i tenim un número de famílies que han fet un únic acolliment d'Urgència i Diagnòstic i han desaparegut del nostre servei.

E/3/001-17.22

En alguns casos extrems, la família es pot sentir justificada, en nom del benestar de l'infant, a adoptar posicions *de segrest*, impeding la informació i l'accés dels professionals a l'infant. Aquestes situacions solen ser resultat d'un sumatori de factors, entre els quals trobem: una excessiva durada, una proposta de mesura poc clara o percebuda com poc indicada per al benestar de l'infant, una falta de detecció prèvia dels factors de risc associats a les capacitats de la família i les seves expectatives de filiació, etc. Però el denominador comú és que sol tractar-se del primer acolliment de la família. No cal afegir que les famílies que es veuen abocades a aquests extrems, no poden reprendre la seva funció com a acollidores.

Alguna família no ha repetit, després del primer. Una, amb un intent quasi de segrest. En general, el que sí és clar és que la primera experiència és d'un impacte brutal, la que més. A nivell emocional és molt impactant i hi ha molta més preocupació, més clarament, de cap on anirà el nen, com estarà, què hem fet, si ha tingut sentit, com ens ha omplert la vida, com... És un impacte molt clar. El nom del primer acolliment queda gravat a sang i foc. Segur. I tard o d'hora, a la conversa, surt. Quan en fan d'altres, tard o d'hora surt el nom del primer. És que és un impacte, tenir un nadó a casa durant mesos i després...això trasbalsa molt, a nivell emocional. Seria la causa principal del fet que les famílies no repeteixin per voluntat pròpia. Perquè fins que no ho fan, clar; tot és mental, tot són suposicions; fins que no ho fan no saben realment de quina dimensió estan parlant. I les que no repeteixen és perquè consideren que no tenen o no poden assumir aquell impacte una altra vegada, perquè és excessiu, per ells, pel que sigui...

E/1/001-9.30

Pel que fa al tipus de mesura concreta, alguns professionals assenyalen que pot donar-se una certa preferència de les famílies acollidores per l'adopció, mentre que les propostes de retorn a la família d'origen despertarien més recels.

Accepten més la família adoptiva que la família d'origen, en general és així. Hi ha excepcions però són comptades, sempre veuen millor la família adoptiva perquè "estan

més bé, no han tingut dificultats, se l'estimen molt, fa temps que l'esperen...", i es queden més tranquils. La família d'origen "mai està prou bé com per a tenir aquest nano", sempre hi ha aquesta idea. "Jo per lo que m'heu dit no estic convençuda, mira que he sentit l' EAIA , no us entereu però ja els hi he vist això i això altre, mira que no anirà bé, que no heu treballat bé", tot això surt.

E/4/003-24.05.

Però també es dona la posició contrària, amb famílies que desenvolupen actituds d'empatia cap als progenitors, es dibuixen escenaris idealitzats, o fins i tot poden sentir-se culpables d'estar contribuint a la separació de l'infant vers la seva família. Aquestes situacions solen donar-se amb més intensitat quan, proposat el retorn, arriba el moment de fer la presentació entre les famílies -si això és possible i adequat.

"La seva mare s'ha perdut el primer somriure, la primera paraula, quan ha sortit la primera dent..." Això ho diuen les famílies, amb sentiment de culpa, fins i tot de dir: "això no em toca a mi de viure-ho, sinó que li tocaria a ..."

E/1/004-01.10

En totes aquestes posicions pot tenir un paper molt rellevant la informació que es transmet a les famílies des del mateix moment de la proposta inicial de l'acolliment, així com la cura que es tingui en el traspàs de les informacions posteriors, sobretot al voltant dels contactes de l'infant amb la seva família. Però, especialment, són importants els criteris de valoració de les sol·licituds i la preparació inicial de les famílies. I, quan s'acosta el període de la separació, l'acompanyament del professional a la família acollidora ha de ser d'una extrema delicadesa. És necessari que el professional pugui entendre el moment pel que passa la família, emocionalment, i ajustar-hi la seva intervenció, aportant allò que pugui ajudar, sense deixar-se arrossegat per l'emotivitat ni trivialitzant o minimitzant els sentiments de la família.

L'important és reconèixer el dolor, saps?, reconèixer que ho estan passant malament, que això és una realitat i que és normal que passi això. Quan hi ha un reconeixement del dolor i es fa una previsió que se'n sortiran, crec que això ajuda, i no minimitzar el dolor pel qual estan passant, no minimitzar que no és important el temps que han passat amb aquell nen crec que ajuda bastant, sentir-se reconeguts, no només en la feina sinó en el dolor que senten. Quan et diuen : "és que he plorat tots els dies...", doncs no m'estranya que ploris...

E/2/002-37.00

6 **La continuïtat de la relació**

La possibilitat que l'infant pugui mantenir algun tipus de contacte o de relació amb els que han estat els seus cuidadors durant l'acolliment, un cop aquest ha finalitzat, és vist per alguns professionals com una qüestió a la qual es dóna poca importància, que es deixa, d'alguna manera, a l'atzar, i que en canvi té una certa dimensió ètica, ja que **són els adults els que prenen una decisió que afecta la trajectòria vital de l'infant.** I sovint aquesta decisió té més a veure amb els sentiments i dificultats dels adults que no pas amb els interessos de l'infant, que *tindria dret* a no perdre la relació afectiva de qui ha estat el seu nucli familiar de referència en un període importantíssim de la seva vida.

A mi em sembla, a vegades, que depèn de la mesura, hi ha una situació per als nens...ètica, que a mi em sembla ètica, que és el fet de la continuïtat de les seves vides. Quan han viscut amb una fam d'Urgència i Diagnòstic, el fet de mantenir el contacte mínimament és positiu per als nens, no?, en la majoria dels casos: saber qui els va cuidar, que els van estimar, que quan els van cuidar ho van fer bé, les persones que el van cuidar al principi, ..., això impacta directament en la percepció de la seva pròpia persona, en el seu desenvolupament. És una de les grans mancances que hi ha: depèn de la mesura, posteriorment això es pot treballar molt bé o es pot treballar molt malament.
E/2/002-01.00

La continuïtat de la relació és un aspecte que ha evolucionat amb el temps. Des de postures radicalitzades que negaven la bondat d'aquests contactes, sota la idea que interferien negativament en la relació que l'infant *havia d'establir* amb els nous referents -incloem aquí els progenitors, en tant que són *nous* a l'hora de tenir cura de l'infant- ha anat evolucionant cap a la comprensió d'aquests contactes, entenent majoritàriament que no només és possible per als infants mantenir-los, sinó que, en la mesura i ritmes adequats, els són molt beneficiosos.

Jo ho veig positiu, si és un contacte mesurat. Aquestes persones formen part de la seva vida. Jo no ho veig malament..., sí que hi ha tècnics més reticents... jo no, t'han cuidat, aquelles persones, és important per a tu... mesuradament, clar.
E/9/001-15.17

Una altra cosa és la capacitat de les famílies per encaixar la relació a les seves expectatives, i la disponibilitat dels professionals per a col·laborar en la seva modulació, la recerca d'alternatives i recursos que hi ajudin, i en la detecció i anticipació dels

possibles riscos, que també hi són.

Es un tema molt i molt complicat ... A vegades en alguna família en què ja tenim identificat que li costa això, el que fem és una intervenció amb no tanta presència de la família acollidora, ho estem assajant així, ens dóna més bons resultats, ho fem més a través dels equips tècnics. (...) Quan és un retorn a família d'origen treballem la família acollidora i la d'origen, i és bo, però hi ha alguns perfils de família acollidora que pateixen molt, i ho hem de fer d'alguna altra manera. Les famílies no es veuen, s'escriuen, fem altres mitjans de comunicació i ho farem (la presentació) cap al final, quan ja veiem que la família acollidora comença a dir "uf, mira què m'ha escrit", i aleshores potser ja ens asseurem, però amb molta cura perquè els hi costa molt i no deixen el nano.

E/4/003-26.20

Els professionals saben, també, que la possibilitat de continuïtat, per a les famílies acollidores, és un factor tranquil·litzador, quan l'evolució de l'infant és positiva. I que també, quan va bé, és un factor estimulante per a seguir fent nous acolliments. Però que sempre és arriscada, sobretot quan la mesura té possibilitats d'involucionar, o quan apareixen indicadors negatius, com ja hem vist anteriorment.

Tanmateix, hi ha circumstàncies en què no és possible la continuïtat. Ni tan sols és possible, de vegades, el contacte directe entre les famílies en el moment de la transició, sigui cap a la família d'origen o cap a una família adoptant. És responsabilitat dels professionals valorar la conveniència o no de presentar les famílies entre sí, en funció de les respectives posicions, recels, pors, ... Quan no és possible la presentació, difícilment es podrà pensar en la continuïtat de la relació entre l'infant i la família acollidora, almenys en un primer període. Però també depèn dels criteris i de la voluntat tècnica.

Una de les mesures que és inviable treballar això és el retorn a la família biològica. Ni es contempla, en molts casos. Els EAIA no tenen la percepció d'aquesta continuïtat. Hipòtesi?: perquè es treballa amb diferents paràmetres, l'EAIA i els equips d'acolliment. Amb diferents paràmetres i diferents prioritats, cap al nen. (...) Quan tu, com a equip d'acolliments, parles de la relació amb la família d'origen, molts equips se sorprenden que tu estiguis obert a la família biològica... I quan parles de continuïtat, no es veuen capaços de treballar això com a equip, a mi em dóna aquesta sensació.. Que diuen que no, no perquè no ho vegin, també, sinó perquè no tenen les eines per treballar-ho, aquesta continuïtat. No sé si tenen les eines per poder fer que la família biològica visqui la vida dels seus fills com una continuïtat.

E/2/002-01.20

La família acollidora, que passa per un moment de pèrdua i de dolor, pot sentir, com hem vist anteriorment, innombrables recels cap al nou entorn. Tanmateix, si hi ha hagut una bona preparació inicial, un bon acompanyament professional i si és possible introduir elements que permetin a la família una millor comprensió de la situació dels progenitors, de la semblança dels sentiments que, en el fons, es produeix, pot ser possible un canvi d'actituds i que es produeixin les circumstàncies favorables a una certa continuïtat.

...vam fer un retorn. Va haver-hi molt de dolor, era la primera Urgència i Diagnòstic d'aquesta família, i el comiat va ser molt difícil. Estaven enfadats amb tot: amb les dates d'acoblament, amb els horaris... el que hi havia era un dol terrible. Al final, va ser possible una trobada..., i tenim constància que hi ha contacte.
E/9/001-15.19

No sempre, però, és possible. També la família *receptora* de l'infant pot tenir els seus recels. I la dificultat dels tècnics de treballar-ho amb elles és comprensible. En un retorn a la pròpia família, la situació viscuda de separació amb el fill és un record dolorós per a moltes famílies que el recuperen, i la continuïtat dels contactes, per bé que positius per a l'infant, són per a elles un recordatori constant de la separació. En aquests casos, forçar la continuïtat amb l'argument dels beneficis per a l'infant arriba a ser-li perjudicial, atès que pot introduir un factor d'estrès emocional en els progenitors.

La família biològica, quan no ha pogut cuidar els seus fills, quan hi ha hagut la retirada, i després torna amb ells, hi ha molts recels, cap a la família acollidora, tot aquell temps en què no han estat presents, crec que es pot fer la hipòtesi que hi ha una dificultat d'entendre el que altres han fet quan ells no han pogut. Potser si s'hagués treballat de forma diferent des dels EALA's, seria diferent, seria possible la continuïtat. Però hi ha un primer trencament. I per part de la família acollidora, quan el nano retorna a la família biològica, també hi ha una dificultat per entendre que si ha estat retirat aquest nen, ...com és que ara torna, quines coses han canviat en aquest temps...?
E/2/001-01.30

Per part de les famílies adoptants, els professionals destaquen que progressivament hi ha més famílies que promouen la continuïtat de forma espontània, i ja no és estrany que, finalitzat el període de transició, siguin les pròpies famílies que mantinguin la relació entre elles i facilitin la continuïtat de la relació de l'infant amb els seus antics

cuidadors. A això contribueix que les famílies acollidores tinguin una actitud poc invasiva i permetin el seu lloc a la família adoptant.

També hi ha famílies adoptants, però, que tenen necessitat de tallar amb tot allò que els situa a ells *fora* del món de l'infant: el propi origen de l'infant, els seus cuidadors...

En aquestes situacions, que no sempre es poden reconduir, és important que els professionals despleguin més que mai els recursos que permetin a l'infant, assolida la majoria d'edat i si així ho vol, accedir a la informació sobre el seu origen -avui la legislació així ho recull-, i també accedir al coneixement de l'entorn en què va ser cuidat durant l'acolliment. A aquest efecte, són útils les *caixes de records*, els *àlbums de fotos*, els *llibres de vida*, els escrits dels acollidors, etc, que es traspassen a les famílies *receptores*, però que també alguns equips comencen a incloure -en format fotogràfic o digital- en els expedients administratius de l'infant.

Nosaltres tenim sort: com que treballem amb adopcions i acolliments, veiem les dues parts, la part de la família adoptant quan es fa un passatge de família (U/D) a família. Treballem molt la continuïtat com a equip d'adopcions. Amb les famílies adoptants és al·lucinant, és aquest "quilòmetro 0" que sembla que tenen, no?, és brutal. És com que hi ha dues famílies que estan vivint dos sentiments completament diferents, uns entren en un dol directe, que a mesura que passen els dies d'acoblament es van endinsant en aquest dol i és un sentiment de tristor, de connectar amb la marxa d'aquest nen, ...malgrat tinguin molts recursos, eh? I els altres, que cada cop estan més alegres. És així. Clar, congeniar això és d'una complexitat... O estàs en sintonia amb l'altre equip, o ... Perquè després la relació posterior quedarà minada per això, totalment.
E/2/002/00.20

Sigui com sigui, la continuïtat de la relació sembla percebre's, en totes les situacions, com un dret del propi infant, que pot ser-li beneficiosa i adequada al seu desenvolupament afectiu, i que li permetrà accedir a un retrobament no traumàtic de la seva història vital. Però aquest dret, com tants aspectes que hem volgut abordar en aquest treball, depèn de la voluntat i la capacitat dels adults que envolten l'infant en aquest moment de la seva vida. Depèn d'ells, -de la seva sensibilitat i capacitat de renúncia als propis interessos i desitjos- doncs, que decidiran en nom seu, que això sigui possible.

* * *

CONCLUSIONS

L'Acolliment d'Urgència i Diagnòstic, malgrat la seva poca concreció formal, legal i tècnica, és una modalitat d'acolliment familiar àmpliament reconeguda i valorada pels professionals que treballen en acolliment familiar, capaç de satisfer òptimament les necessitats dels infants a qui va destinada. Tanmateix, per les seves característiques, és un acolliment altament delicat, on fàcilment s'hi poden produir un conjunt de disfuncions que poden generar un maltracte institucional no solament als infants, sinó també a les seves famílies d'origen i a les famílies acollidores.

Aquestes disfuncions apareixen en totes les fases i procediments d'aquest tipus d'acolliment. Els professionals assenyalen que algunes disfuncions contenen una problemàtica ètica que, sense invalidar aquesta mesura de protecció, en qüestionen determinats aspectes, i obliguen a repensar alternatives. Així cal, imperiosament, revisar els terminis temporals -en la seva pràctica efectiva-, el tipus de mesura protectora que es proposa en finalitzar l'acolliment, i el grau de compliment de la Llei i la seva interpretació, que no sempre sembla fer-se en l'interès superior dels infants.

A partir de les hipòtesis plantejades, i a la llum del discurs dels professionals, es podrien considerar les següents proposicions:

1. En l'acolliment d'Urgència i Diagnòstic es produeixen qüestions problemàtiques i disfuncions, bé inherents a la pròpia modalitat, bé a causa de mala praxi. Algunes d'aquestes disfuncions i qüestions problemàtiques poden generar conflictes ètics en els professionals i en les famílies acollidores. Tanmateix, les condicions i les aportacions avantatjoses d'aquesta modalitat impediria pensar que les qüestions problemàtiques que conté puguin invalidar-la.
2. L'excessiva durada que es produeix en nombrosos acolliments d'aquesta modalitat és una de les disfuncions majoritàriament identificada, sense que pugui

establir-se un moment concret a partir del qual s'hagi incrementat la seva temporalitat. Es dona una certa dispersió entre un sector de professionals que percep que, efectivament, "de fa uns anys cap aquí" els acolliments d'Urgència i Diagnòstic duren més, sense acotar un fet causal; un altre sector que atribueix l'allargament a fets relacionats amb sentències indemnitzatòries contra l'administració; un altre sector subratlla que és una qüestió merament perceptiva, i que és tan sols la sensació que "n'hi ha que duren més perquè ara se'n fan més". Caldrà anar a les dades objectives per a comprovar si existeix o no una tendència progressiva a fer durar cada cop més aquesta modalitat d'acolliment.

3. Exisiteix una tendència a l'increment de la incertesa en els tipus de mesures protectores proposades després del període d'Urgència i Diagnòstic. La preocupació dels professionals és especialment aguda quan es tracta de nadons o infants molt petits. S'apunta a una gran dificultat per a prendre decisions *definitives*, sense que puguem establir si aquesta dificultat ha estat estable en el temps o si es produeix també una tendència creixent en aquest sentit. En qualsevol cas, la percepció d'un lleuger increment s'atribueix a la cada vegada més complexa situació de les famílies d'origen -de vegades amb familiars en països estrangers – i a causes relacionades amb els equips responsables de les propostes.
4. Les famílies acollidores s'enfrontarien a determinats conflictes, alguns de caràcter dilemàtic, que tindrien a veure, per ordre d'incidència en el discurs dels professionals, amb les següents situacions:
 - Les mesures posteriors proposades
 - La manca de recurs posterior a l'acolliment.
 - Les ingerències de la família d'origen
 - La constatació d'una possible injustícia amb la retirada de l'infant de la seva família d'origen.
 - Les visites de l'infant amb la família d'origen.

5. Els conflictes produïts al voltant de les situacions anteriors col·loquen les famílies acollidores, en determinades situacions, davant el dilema moral d'haver de col·laborar amb un maltractament institucional o negar-se a complir l'obligació d'acompanyar el nen a la nova mesura proposada. Un cop més, correspondrà a un altre treball ocupar-se de contrastar aquesta proposició amb la percepció directa de les pròpies famílies acollidores.
6. Els i les professionals viuen com a problemes ètics algunes de les qüestions problemàtiques detectades, així com determinades dificultats de la intervenció.

D'entre les qüestions problemàtiques, destaca en primer lloc, com ja s'ha anunciat, l'excessiva durada que tenen aquests acolliments. Les dades a què hem tingut accés informen que al voltant del 55% estarien dintre dels sis mesos, mentre que els acolliments que sobrepassen els 12 mesos de durada arriben a un 22%. La percepció del col·lectiu professional és que aquest acolliment tingui una durada habitual d'entre 10 i 15 mesos, i coincideix a valorar com a altament problemàtic que se sobrepassi el termini dels sis mesos. Considera aquest fet com a causa generadora d'importants dificultats i perjudicis: dificultats per a la funció de les famílies acollidores, que arriben a qüestionar-se si contribueixen a millorar el benestar dels infants acollits o participen d'un sistema poc protector per a ells; perjudicis per als infants, que es veuen obligats a passar per processos de vinculació i separació inadequats per al seu moment evolutiu; i dificultats per a la gestió professional d'aquestes situacions;

Les causes directes que s'atribueixen a la durada excessiva són, en primer lloc, la demora o tardança en els estudis -que la Llei estableix que no haurien de sobrepassar els sis mesos-. A la vegada, aquesta demora vindria originada per la complexitat de les situacions de les famílies d'origen dels infants, però també per aspectes com la divergència entre els àmbits tècnics i jurídics, la poca uniformitat de criteris, o la sobrecàrrega dels equips d'estudi-diagnòstic, entre d'altres. En segon lloc, contribuirien a l'excessiva durada les dificultats especials d'alguns infants i, en tercer lloc, la dificultat

de disposar del recurs familiar posterior.

I què es podria fer per reduir aquesta excessiva durada, i minimitzar-ne l'impacte? Els professionals de l'àmbit suggereixen un conjunt de propostes que tindrien a veure, principalment, amb:

1. Una major dotació, especialització i coordinació dels equips d'estudi i diagnòstic, que poguessin actuar amb uniformitat de criteris i amb major suport tècnic de l'Administració.
2. Un millor treball en xarxa dels equips d'acolliment familiar
3. L'agilitació i priorització de tràmits judicials, i la limitació efectiva dels temps per als estudis, l'elaboració de propostes i la seva aplicació.
4. Formació adreçada a la millora del coneixement de les necessitats vinculars de l'infant, de caire interprofessional i amb inclusió de l'àmbit jurídic.

Com a altres qüestions problemàtiques a les quals els professionals atribueixen una dimensió ètica, trobem: la forma com tenen lloc algunes separacions infant-progenitors; la situació de les famílies d'origen quan, després de la retirada de l'infant, no es comença l'estudi-diagnòstic; els règims de visita injustificats; la incertesa de les mesures posteriors a l'acolliment, que aporten poca estabilitat i permanència als infants; les dificultats i conflictes interns a què han de fer front les famílies acollidores; el patiment de l'infant per la separació, que augmenta a mesura que s'allarga l'acolliment; i la posició del professional com a acompanyant del procés quan hi ha dissens tècnic.

Davant d'aquesta situació, sembla imprescindible el desplegament d'accions que condueixin a la revisió i optimització d'aquesta mesura de protecció. Del discurs dels professionals, podem extreure, a títol de punt de partida, les següents propostes:

- Disposar d'indicadors i paràmetres de valoració de les situacions de risc i desamparament, que responguin adequadament a les situacions i contextos en què s'originen les necessitats d'aquests infants i a les possibilitats d'intervenció dels equips específics. Indicadors contrastats, consensuats,

adaptables i exigibles, que permetin la uniformitat de criteris.

- Desplegar accions formatives entre la xarxa professional d'intervenció en protecció infantil, sobre l'acolliment familiar i, específicament, sobre l'acolliment d'Urgència i Diagnòstic.
- Promoure el diàleg entre els àmbits tècnics, jurídics i de l'administració. Especialment a fi de donar resposta a les greus repercussions que per als infants poden tenir les propostes d'acolliment preadoptiu aturades a l'espera d'una resolució judicial, o que no es poden aplicar per l'existència -o la previsió- d'una oposició dels progenitors, allunyant els infants de les oportunitats d'accedir a un recurs familiar.
- Promoure la formació específica en infància entre el col·lectiu professional del món judicial i jurídic, per tal d'aconseguir que pugui tenir una mirada menys adultista en la seva funció de vetllar pels drets dels infants.
- Promoure entre els professionals de la protecció infantil la formació en el coneixement d'eines i recursos per a la resolució de qüestions dilemàtiques, i del coneixement de l'ètica aplicada a les seves disciplines professionals.
- Treballar intensament perquè en els models de formació de les famílies acollidores, tinguin un paper preponderant els abordatges de les expectatives de filiació de les famílies, la contenció emocional, l'autoconeixement de possibles prejudicis sobre models familiars, la comprensió de les situacions d'origen dels infants, etc.
- Disposar de dades actualitzades sobre l'evolució de l'acolliment familiar en les seves modalitats, i de sistemes d'avaluació sistemàtica que permetin la millora dels procediments i la reducció de factors contraris als objectius de l'acolliment.
- Promoure la realització d'estudis longitudinals que puguin informar de l'impacte que les mesures de protecció infantil tenen en els infants.

Més específicament, des de la mirada de l'ètica aplicada, es desprèn del discurs dels professionals una gran dificultat -o potser és millor dir-ne despreocupació- per a discriminar entre la fina línia que separa els aspectes tècnics dels que correspondrien

estrictament a l'àmbit de l'ètica. Però no era l'objectiu d'aquest treball establir el grau de coneixement *de l'ètica* que tenen els professionals de l'acolliment, sinó fer una mirada *des de l'ètica* a la seva acció professional.

Més enllà dels objectius, l'elaboració d'aquest treball ha estat una magnífica ocasió -és la meua visió, si més no- per a conversar amb els i les professionals sobre el que fan, sobre el com ho fan, sobre allò que es troben en la seva feina, què els preocupa... Un exercici d'acostar l'ètica a la intervenció a peu de carrer, o potser a la inversa: contribuir a pensar la pròpia intervenció amb una mirada ètica de rerefons; donant veu als professionals, contribuir a descobrir l'ètica com a un camí per a millorar l'acció humana que hi ha dintre de cada acció professional; a pensar la intervenció tècnica sense dissociar-la de la humanitat necessària:

*Conegueu totes les teories, domineu totes les tècniques,
però en tocar una ànima humana,
sigueu simplement
una ànima més.*

CG Jung.

AGRAÏMENTS

Als meus tres fills,
la generositat dels quals els permet comprendre
que el seu pare s'hagi ocupat d'altres pèrdues,
capficat, ara sí i ara també, davant d'un rival ordinador.

A la Núria,
que no només m'ha acompanyat i encoratjat en aquest projecte,
sinó que, després d'assumir tot allò que m'hauria de correspondre,
encara ha trobat el temps d'ajudar-m'hi.

I a tots els companys i companyes de professió,
amb qui aprenc cada dia
que no hi ha expectativa si no hi ha esperança,
ni objectius si no hi ha il·lusió,
ni resultats sense esforç.

TAULES I GRÀFICS

índex

QUADRE 1	Professionals participants – funcions	26
QUADRE 2	Professionals participants – experiència	26
TAULA 1	Tabulació qüestionaris – professionals /síntesi	27
TAULA 2	Relació Hipòtesis - Respostes	29
TAULA 3	Distribució de les mesures de protecció	42
FIGURA 1	Seqüències en A. d'Urgència i Diagnòstic	54
GRÀFIC 1	Propostes d'A. Familiar – FEDAIA	63
GRÀFIC 2	Propostes d'Urgència i Diagnòstic	64
GRÀFIC 3	Constitució de les propostes dU/D	64
GRÀFIC 4	Durada de l'A. D'Urgència i Diagnòstic	65
GRÀFIC 5	Mesures proposades	66
TAULA 4	Durada excessiva	87
TAULA 5	Incertesa de les mesures posteriors	87
TAULA 6	Patiment dels infants per la separació	88
GRÀFIC 6	Durada excessiva	88
GRÀFIC 7	Percepció de la durada mitjana	89
GRÀFIC 8	Principals dificultats de les famílies acollidores	120

BIBLIOGRAFIA

- Abril Moreno, I., Català Galofré, C., et alt. (2007) Infància i adolescència en situacions de risc i maltractament. Protocol tècnic. Estudi, Diagnòstic i Valoració. Ajuntament de Barcelona, Direcció de Benestar Social.
- Alföldi, F. (2005). *Évaluer en protection de l'enfance. Théorie et méthode*. Paris: Dunod.
- Almirall, N., Forns, M., Torné, R., Curt del Prado, G. (2004) Maltractaments físics greus a nadons i menors de quatre anys. Generalitat de Catalunya, Dpt. Benestar i Família.
- Amorós, P. i Equipo de Acogimiento Familiar del Servicio de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia del Instituto Cántabro de Servicios Sociales. *Manual Cantabria. Procedimientos y criterios de actuación de los Programas de Acogimiento Familiar*. Gobierno de Cantabria. Març 2011. Recuperat: gener 2012, des de : [http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/09.%20Manual%20Cantabria%20\(ACOG.FAMILIAR\).pdf](http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/09.%20Manual%20Cantabria%20(ACOG.FAMILIAR).pdf)
- Anderson, G. (2009). Foster children: a longitudinal study of placements and family relationships. *International Journal of Social Welfare*, 18: 13-26. *School of Social Work*. Lund University, Suècia.
- Andréu Abela, J. (sense datar) Las técnicas de Análisis de Contenido; una revisión actualizada. Dpt. Sociología Univ. Granada. Recuperat: 16 de febrer de 2012, des de : <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>
- Arruabarrena, M.J. i de Paul, J. (1994) *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Arruabarrena, M.J. (1996) *Maltrato infantil. Detección, notificación, investigación y evaluación*. M.A.S.
- Arruabarrena M., M^a I. (2009). Procedimiento y criterios para la evaluación y la intervención con familias y menores en el ámbito de la protección infantil. *Intervención psicosocial en protección a la infancia. Papeles del Psicólogo*. Vol. 30 (1) 13-23
- Barbero, JM. (2011) Posiciones sociales y paradojas en trabajo social. *Pedagogía i Treball Social*, Vol. 1, Núm. 2, pp 4-23.
- Barudy, J.(1998). *El dolor invisible de la infancia*. Barcelona: Paidós
- Barudy, J. (2010) Guía para la regulación de visitas a niños. Article no publicat.
- Bazán, J. E. (2010), *Modo de vida en la infancia*. Save the children Canadà.
- Blanc, D. (2006) Reflexions sur l'éthique de la decision administrative (à travers l'exemple de service Protection Enfance et Famille du Conseil Général des Hautes Alpes). Mémoire pour le Diplôme Inter-universitaire d'éthique et pratiques médicales. Université de Marseille. Recuperat: febrer 2012, des de: <http://www.2em.org/memoire/BLANC-DIU-2005.pdf>
- Berger. M. (2001) Quand faut-il un placement? Les jalons d'évaluation de l'Hôpital Bellevue pour les situations de défaillance parentale. *Érès-Dialogue*, n. 152, 33-62. Recuperat: febrer 2012, des de <http://www.cairn.info/revue-dialogue-2001-2-page-33.htm>
- Berger, M.(2003) *L'enfant et la souffrance de la séparation. Divorce, adoption, placement*. (2na. Ed.).Paris: Dunod.
- Berger, M. (2004) *Les séparations à but thérapeutique*. Paris: Dunod.
- Berger, M . (2005) *Ces enfants qu'on sacrifie... au nom de la protection de l'enfance*. Paris: Dunod.
- Beytrison. Ph. (2010). L'encadrement parental: un concept méconnu plus que jamais actuel. *Thérapie familiale*, 31 (4), 451-464.
- Boisset, Y. (2002) Ethique et politique : un nouvel enjeu pour la gouvernance contemporaine. *Télescope*, vol. 9, (1), nov. 2002. Recuperat: febrer 2012 des de: <http://archives.enap.ca/bibliotheques/telescope/Telv9n1p1.pdf>
- Bonnefoy, C. (2007) De l'exercice du pouvoir entre parents et professionnels dans le cadre de la

- protection de l'enfance: études des conditions d'exercice du pouvoir, entre contrainte et négociation, quelle place pour le conflit. Rhône-Alpes. Recuperat: febrer 2012, des de: <http://www.cedias.org/pdf/62372.pdf>
- Bueno Abad, J. R. , Pérez Cosín, J. V. (1999) Acogimiento familiar: estudio de las interacciones ante las visitas familiares. *Alternativas*, n. 07, oct 1999, 135-155. Universitat d'Alacant. Escola Universitària de Treball Social. Rcuperat: febrer 2012, des de: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5792/1/ALT_07_08.pdf
- Bravo, A., Fernández del Valle, J. I López, M. (2009). El acogimiento familiar en España: implantación y retos actuales. *Intervención psicosocial en protección a la infancia. Papeles del Psicólogo*. Vol. 30 (1) 33-41.
- Canimas, J. (2011-a) Los retos de la ética aplicada a la intervención social, *RES-Eduso, Ética y Educación Social*, 10.
- Canimas, J. (2011-b) Repensar la intervenció social, conrear l'ètica de l'hospitalitat, a L'Ètica en els Serveis Socials. Quaderns d'Acció social i Ciutadania. N. 6., pg. 85 – 99. Generalitat de Catalunya
- Cano Vilà, E. (2011) Tendències judicials en matèria de protecció de menors. *Butlletí d'Infància*, n. 53., Generalitat de Catalunya.
- Chapponais, M. (2005) Placer l'enfant en institution. Paris: Dunod
- Chapponais, M. (2007) Le bon usage de la séparation. A: *Les cahiers de l'Actif* N. 368/369, 87 – 98.
- Charlane, D. (Director) (2010) L'exercice de l'autorité parentale dans le cadre du placement. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Anesm. Recuperat: febrer 2012, des de: http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_autorite_parentale_anesm.pdf
- Colombie, M. (2002) Les conséquences psychiques de la séparation parents enfants en situation de placement. Mémoire de DESS de Psychologie de l'enfance et de l'adolescence. *UFR de Psychologie*, Université de Toulouse-Le Mirail.
- David, M. (2004) *Le placement familial. De la pratique à la théorie*. 5ena edició. Dunod, Paris.
- Darmon, T. (2005). L'accompagnement éducatif sous mandat judiciaire: Le Placement Familial en Questions... (Recherche) Université de Toulouse-Le Mirail
- de Becker, E., Cabillau, E., Chapelle, S. (2011). Pratique de réseau et maltraitance d'enfants. *Thérapie familiale*, 32, (2) 231-251.
- Dufourg, M., Périssé, J., et Chaix, Y. (2007) Éthique des soignants face à la maltraitance infantil. Unité Hospitalière Enfance en Danger. Recuperat: febrer 2012, des de: http://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/DU_Ethique_medicale_du_15-03-2007.pdf
- Escots, S. (2009) Accueil familial: structure, dynamique et accompagnement. Institut d'Anthropologie Clinique, Toulouse. Recuperat: febrer 2012, des de: <http://www.i-ac.fr/assets/Documents/Articles-and-documents/Accueil-familial.pdf>
- Esterni-Coggia, M. B. (2002) Pour une éthique de l'enfance déplacée. Mémoire DIU d'éthique médicale, faculté de médecin de Marseille.
- Fernández Chaves, F. (2002) El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación. *Ciencias Sociales, Juny*, Vol. II, N. 96, 35-54 Univ. Costa Rica.
- Fernández i Barrera, Josefa. (2005) Els infants com a ciutadans. Anàlisi de la participació dels infants en la vida social i de la confrontació que aquesta planteja en el món dels adults. Tesi Doctoral . Dpt. De Sociologia i anàlisi de les Organitzacions. Universitat de Barcelona.
- García, J. (1989): El acogimiento familiar en el interior de los servicios sociales. *Revista de Servicios Sociales*, 2º época, 3i4, pg. 7-20
- Gómez Mendoza, M. A. (2000) Análisis de contenido cualitativo y cuantitativo: Definición, clasificación y metodología. *Revista de Ciencias Humanas*, N. 20. Recuperat: 16 de febrer de 2012, des de: <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev20/gomez.htm>
- Gutiérrez Casares, J. R. , Pérez Rodríguez, A. () Detección precoz de los Trastornos Psicopatológicos de la infancia. Notas introductorias. Recuperat: febrer 2012, desde: <http://www.svnps.es/Documen/psicopat.pdf>
- Hernanz Manrique, M. (2000). Problemas éticos en el trabajo con niños y adolescentes. XII Jornadas de Pedatría en atención Primaria. Ecuperat: febrer 2012, des de: <http://www.svnps.es/Documen/Etica.pdf>
- Kilkelly, U. (2003) Le droit au respect de la vie privée et familiale. Un guide sur la mise en oeuvre de l'article 8 de la Convention européenne des Droits de l'homme. Précis sur les droits de l'homme, n. 1. Conseil d'Europa. Strasbourg
- Kruk, E., (2008) Garde d'enfants, droit de visite et responsabilité parentale: à la recherche d'une norme juste et équitable. Université de Colombie Britanique. Recuperat febrer 2012, des de: http://www.fira.ca/cms/documents/201/Custody_Acse.Fr.Exec.Sum.pdf
- Lani (1985) Placement familial chez l'enfant: les repercussions psychologiques des séparations,

- Journal des psychologues*, N. 32, 31-33.
- Lattion, S. et Sandini, K. (2002) La procédure de placement de l'enfant maltraité. Mémoire. Faculté de Psychologie et sciences de l'éducation de l'Université de Genève. Recupérat: febrer 2012, des de: <http://tecfa.unige.ch/perso/staf/lattion/Papiers/Placement.pdf>
- Laurent, C. (2004) Le placement d'enfants et le droit au respect de la vie familiale. *Revue d'action juridique et sociale*, n. 233.
- Lavoué, J. L'aemo (1996) Une éthique de la responsabilité. *Sauvegarde de l'enfance*, n°1, 50-55.
- La Chance, M. (2007) Éthique de l'enfance: entretien avec Charles Juliet. *Cahiers littéraires*, n. 12, 25-38. Recupérat: febrer 2012, des de: <http://id.erudit.org/iderudit/413ac>
- Ledoux, M-H.(Décembre 1998/Janvier 1999), Mélanie Klein, Françoise Dolto: technique ppsychanalytique avec les enfants, *Le journal des psychologues*, N. 163. 28-32
- Lemay, M. (1979) *J'ai mal à ma mère*. 2na ed.: 1984 Col. Psychopédagogie. Fleurus: Paris
- León, E. i Palacios, J. (2004) Las visitas de los padres y la reunificación familiar tras el acogimiento. *Portularia: Revista de Trabajo social*, Vol 4, 241-248. Recupérat: febrer 2012, des de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=860440>
- Lyons-Ruth, Karlen (2006). The interface betwin attachment and intersubjectivity: Perspective from the longitudinal study of disorganized attachment. *Psychoanalytic inquiry*, n. 26, 595-616. Traducció de González Baz, M., (2008). La interfaz entre el apego y la intersubjetividad: perspectiva desde el estudio longitudinal de apego deorganizado. *Aperturas psicoanalíticas, revista Internacional de psiocoanálisis*, n. 29. Recupérat febrer 2012, des de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000533&a=La-interfaz-entre-el-apego-y-la-intersubjetividad-perspectiva-desde-el-estudio-longitudinal-de-apego-desorganizado>
- Marre, D., Bestard, J. (2004). *La adopción y el acogimiento: Presente y perspectivas*. Barcelona: Universitat de Barcelona, Departament d'Antropologia Cultural i Història d'Amèrica i d'Àfrica.
- Martineau, Stéphane, Ph.D. (2007) L'éthique en recherche qualitative : quelques pistes de réflexion, Université du Québec à Trois-Rivières. Recherches qualitatives – hors série – numéro 5 – pp. 70-81. Actes du colloque Recherche Qualitative : les questions de l'heure. issn 1715-8702 . Recupérat: 16 de febrer de 2012, des de: <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>.
- Martínez, A-M. i Chalubert, J. (2002) Chercher, trouver, "donner une famille", et en plus la payer... Les interrogations de responsables de placement. A Bass, D. i Pelle, A., a *Le placement familial, une vieille histoire à réinventer*. ERES, les Recherches du Grape, 93-95. Recupérat: 6 maig 2012, des de: <http://www.cairn.info/le-placement-familial-une-vieille-histoire---page-93.htm>
- Martínez G., C. (coord.), Carretero G., C. et alt. (2007). *Los Sistemas de protección de menores en la España de las autonomías: situación de riesgo y desamparo de menores, acogimiento familiar y acogimiento residencial*. Madrid: Dykinson.
- Matile, P-A., (1989) Les conséquences psychiatriques et psychologiques des placements substitutifs chez les enfants. Recupérat: febrer 2012, des de: http://www.psycom.ch/public/download/placements_substitutifs.pdf
- Mayoral S., J. (2009). Ètica en els serveis socials: infància i adolescència. *Papers d'Acció social*, n. 8. Dpt. d'Acció Social i Ciutadania, Generalitat de Catalunya.
- Mayoral i S., J. (2010) Primeres Orientacions per a la implementació del nou model de protecció de la infància i l'adolescència previst en la llei dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència. Butlletí d'Infància, n. 38, maig de 2010. Recupérat: 2 de juny de 2010 des de: <http://www.gencat.cat/dasc/publica/butlletiDGAIA/num38/primeres-orientacions-per-a-la-implementacio-del-model-nou-de-proteccio.htm>
- Mazet P., Gabel M., Lebovici S.,(1995) *Maltraitance: maintien du lien*. Paris: Fleurus.
- Messerchmitt, P. (1992). Éthiques de la responsabilité dans les procédures de l'enfance maltraitée. Recupérat: febrer 2012, des de: [http://www.ethique.inserm.fr/inserm/ethique.nsf/ViewAIDocumentsByUNID/D0633D1CF71E5F3DC12570A500515067/\\$File/DEA+Messerschmitt+synthese.pdf?OpenElement](http://www.ethique.inserm.fr/inserm/ethique.nsf/ViewAIDocumentsByUNID/D0633D1CF71E5F3DC12570A500515067/$File/DEA+Messerschmitt+synthese.pdf?OpenElement)
- Mialocq, H. (2002.)L'origine et le placement, a Bass, D. I Pelle, A., Le Placement familial, une vieille histoire à réinventer. *Ères. Les recherches du rape*. 11-14. Recupérat: febrer 2012, des de: <http://www.cairn.info/le-placement-familial-une-vieille-histoire---page-11.htm>
- Mignot, C. (2003) Éloigner? Séparer? Placer? Une scène à trois. A: Debourg, A., Séparation précoce: rapt, échec ou soin? *Ères, 1001 bébés*, n. 61, 39-46. <http://www.cairn.info/separation-precoce-rapt-echec-ou-soin---page-39.htm>
- Minnicelli, M. (2004) *Infancias públicas. No hay derecho*. Buenos Aires: Novedades educativas.
- Naves, P., et Cathala, B. (2000) Accueils provisoires et placements d'enfants t d'adolescents: des décisions qui mettent à l'épreuve le système français de protection l'enfance et de la famille.

- Paris: La Documentation française. Recuperat: febrer 2012, des de:
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/004001642/0000.pdf>
- Neirinck, C. (sense datar) Visites médiatisées et présence d'un tiers : Quelles incidences sur les droits des familles. Université de Toulouse. Recuperat: febrer 2012, des de:
<http://www.espaces-rencontre-enfants-parents.org/uploads/CNeirinck.PDF>
- Ollivet, C. (2010) Éthique d'en haut, éthique d'en bas: l'indispensable complémentarité. Espace National de réflexion éthique sur la Maladie d'Alzheimer. EREMA. Recuperat: febrer 2012, des de:
http://www.espace-ethique-alzheimer.org/bibliotheque_rte/pdf/C._Ollivet_-_Ethique_d'en_haut_ethique_d'en_bas_l'indispensable_complementarite.pdf
- Palacios, J. (2010) : Protección de la infancia en España: la transición que no llega. A López Serrano, R (coord) , El derecho a la protección de los niños y niñas en la Comunidad de Madrid (2010), *Trabajo Social hoy*, p. 13-34. Madrid: Ed. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Madrid.
- De Palma , A. (2006) *Administraciones públicas y Protección de la infancia. En especial, estudio de la tutela administrativa de los menores desamparados*. Ministerio de Administraciones Públicas, Estudios y Documentos. Madrid.
- Paugam, S. Zoyem, J-P, et alt. (2009) le placement durant l'enfance: quelle influence à l'âge adulte? Rapport final pour l'ONED. ÉRIS- equipe de recherche sur les inégalités sociales. Recuperat: febrer 2012, des de:
<http://www.oned.gouv.fr/docs/production-interne/recherche/rapport%20final%20paugam%20ao2008.pdf>
- Penalva V., C., i Mateo P., M. A. (2006) *Tècniques Qualitatives d'Investigació. Materials de suport a la docència en valencià*. 77. Univ. D'Alacant.
- Pieret, J. (2005) . Quelle place occupent les droits de l'enfant dans les avis de la Commission de déontologie de l'aide à la jeunesse? *Journal droits des jeunes*, n. 247, 37-48.
- Piñuel Raigada, J.L. (2002) Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido. *Estudios de sociolingüística*, 3 (1), pàg. 1-42. Univ. Complutense de Madrid.
- Pita Fernández, S., Pértegas Díaz, S. (2002) Investigación cuantitativa y cualitativa. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. Recuperat: 16 de febrer de 2012, des de:
http://www.ecominga.uqam.ca/ECOMINGA_2011/PDF/BIBLIOGRAPHIE/GUIDE_Lecture_2/4/2.Pita_Fernandez_y_Pertegas_Diaz.pdf
- Plantet, J. (2000) Comment améliorer l'accueil de l'enfant maltraité?. *Lien Social. Dossiers*. N. 547, 12 oct. Recuperat: febrer 2012, des de:
<http://archive.lien-social.com/dossiers2000/541a550/547-1.htm>
- Porta, I. I Silva, M. (2003) La investigación cualitativa: El análisis de contenido en la investigación educativa. Recuperat: 16 de febrer de 2012, des de:
<http://www.uccor.edu.ar/paginas/REDUC/porta.pdf>
- Quénart, A. Et Fournier, F. (1996) Les pères "décrocheurs": au-delà des apparences et des discours, a: *Comprendre la Famille, sous la direction de J. Alary et L. Éthier*, Tome 3, PUQ, 65-79.
- Reed Shaffer, D., i Kipp, K., (2007) *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia*. 7ena edició. Thomson: Mèxic.
- Ribas, S., Aguado, H., Tella, M, Márquez, I., Viñas, P., Jiménez, J. I Asens, G. (2005). Comité de Ética Asistencial de Referencia para la Atención Sociosanitaria. Región Sanitaria Costa de Ponent. Servei Català de la Salut (CatSalut). L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. Identificación de los conflictos éticos en la atención sociosanitaria. Un estudio exploratorio. *Calidad Asistencial*, 20 (1), 30-34.
- Ripoll i T., J., Juanola, A., et alt.. (2010). Cruz Roja Española. Manual de Buena práctica en Acogimiento Familiar. Madrid.
- Rodríguez Borrajo, E. (relatora) i Comissió d'Acolliments Familiars de Creu Roja Espanyola. (2012) Bases conceptuales y metodológicas para el uso del Acogimiento en Familia Ajena. Cruz Roja, Madrid, -pendent de publicació. Recuperat : 20 d'abril 2012, des de:
http://plataformadeinfancia.org/system/files/cruz_roja_familia_ajena.pdf
- Román i Maestre, B. (2011) La importància de l'ètica a les polítiques públiques d'infància. *Butlletí d'Infància*. Núm. 47. Recuperat febrer 2012, des de:
<http://www.gencat.cat/bsf/publica/butlletiDGAlA/num47/la-importancia-de-letica-a-les-politiques-publicas-dinfancia.htm>
- Sacchi, J-C. (2008). Quelle éthique pour le travail social? Une approche éthique de la relation d'aide dans le cadre du travail social. Recuperat: febrer 2012, des de:
http://www.clicdes3cantons35.fr/synthese_de_la_journee_p_ar_jean2dcharles_sacchi.pdf
- Sadurní, M. (2005) Incògnites de futur per als professionals d'atenció a la Infància . Comunicació a les Jornades de la Fundació Plataforma Educativa. Recuperat: febrer 2012, des de:
http://www.plataformaeducativa.org/www/adjunts/ponencia_marta_sadurni.pdf

- Sala, M. E. (2009), Fer de l'Ètica una Guia Professional en serveis socials, a L'Ètica en els Serveis Socials. Quaderns d'Acció social i Ciutadania. N. 6., pg. 14 – 20. Generalitat de Catalunya.
- Salas Martínez, M.D. (2009). Acogimiento en familia ajena y visitas de los menores con sus padres biológicos. Escritos de Psicología, Vol. 2, N. 2., abril, 35-42. Universitat de Màlaga. Abril 2009 http://www.escritosdepsicologia.es/descargas/revistas/vol2_2/escritospsicologia_v2_2_5salas.pdf
- Salhi, N. (2007). Dilemmes en protection de l'enfance. Les dimeensions éthiques des suivis judiciaires. Mémoire. Université paris XII – Val de Marne.
- Sandoval Casilimas, C. A. (1996) *Investigación cualitativa. Programa de Especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación*. Instituto Colombiano para el fomento de la educación superior, ICFES, Bogotá.
- Sanchez Moro, C et coll. (2000) El acogimiento familiar de los menores hijos de padres toxicómanos. Col. INTRES 8, Barcelona
- Sánchez-Valverde, C. (2009) *La Junta Provincial de Protecció a la Infància de Barcelona: 1908-1985. proximitat i seguiment històric*. Dpt. d'Acció Social i Ciutadania, Generalitat de Catalunya.
- Sautu, R., Boniolo, P., dalle, P. Et alt. (2005) Algunas sugerencias acerca de los contenidos de una ponencia/artículo en ciencias sociales, a *Manual de Metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. CLACSO, Colección Campus Virtual, Buenos Aires. Recuperat: febrer 2012, des de: http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/metodo/RSAnexo_2.pdf
- Simmat-Durand, L. (2007) La mère toxicomane et le placement de l'enfant: des temps inconciliables, *Drogues, santé et société*, vol. 6 (2), 11—45, Université René Descartes, CESAMES, Paris.
- Simón Lorda, P, Barrio, I M. (1997) La capacidad de los menores para tomar decisiones sanitarias: un problema ético y jurídico. *Revista Española de Pediatría*, N. 53, 314, 107- 118
- Tange, C., Levy, L. (2003) *Le placement des enfants: une bientraitance à risque*. Col. Perspectives criminologiques. Bruxelles. De Boeck.
- Toutain , S. Chabrolle, R. M., et Chabrolle, J-P (2007) Prise en charge précoce d'enfants porteurs de syndrome d'alcoolisation foetale. *Psychotropes*, 13, 49 – 68
- Tremblay-Leveau, H., Viaux, J-L. (1999/Primer trimestre). Enfants de moins de trois ans et personnalité : les conséquences de la maltraitance. A *Lien Familial, Les Cahiers de sécurité intérieure*, N. 35, 91-109.
- Verdier, P. (1997) *L'enfant en miettes. L'aide sociale à l'enfance: bilan et perspectives*. Paris: Dunod.
- Vilagrasa, C., Collado, Y. (2003). *Criterios de la Audiencia Provincial de Barcelona sobre protección de menores*. Barcelona: CEDECS.
- Vilar, J. (2001) L'ètica en la pràctica quotidiana de les professions socials. Educació Social, N. 17, pgs. 10-25.
- Viñas Maestre, D. (2011) La impugnació de les resolucions administratives en matèria de protecció de menors. *Butlletí d'Infància*. N. 49. de juny de 2010. Recuperat: 16 de març de 2012. Des de: <http://www.gencat.cat/bsf/publica/butlletiDGAIA/num49/la-impugnacio-de-les-resolucions.htm>
- Ward, John (sense datar) Ethique de la responsabilité et éthique du "care" : quelles logiques pour fonder une éthique de l'intervention sociale ? Accessible a: http://www.editions-harmattan.fr/auteurs/article_pop.asp?no=14495&no_artiste=18389
Recuperat: 29.09.12
- Yvarel J.J. (dir) (2004), La protection de l'enfance : un espace entre protéger et punir. *Études et recherches n°7, Vauresson, CNFE PJJ*.
- Zamanillo, T. et alt. (2011). *Ética, teoría y técnica. La responsabilidad política del trabajo social*. Col. Ágora. Madrid: Talasa Ediciones.

Altres documents:

- Accueil Familial d'Urgence. (Bèlgica) Recuperat: febrer 2012, des de: www.afu.be
- Balora. Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo y desamparo en los Servicios Sociales de atención y protección a la infancia de la Comunidad Autónoma Vasca. Observatorio de Servicios Sociales, Departament de Empleo y Asuntos Sociales, Eusko Jaularitza, Govern Basc. Gasteiz 2011. <http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.net/r45-observat/es/>
- Convenció sobre els drets dels Infants. Nacions Unides, 1989.
- Convenció Europea dels Drets Humans. Conveni per a la Protecció dels Drets Humans i de les Llibertats fonamentals, Modificat pels Protocols 11 i 14, i completat pel Protocol addicional i els protocols 4,, 6, 12, i 13. Consell d'Europa, 1950.
- Catalunya, Llei 14/2010, de 27 de maig, dels Drets i de les Oportunitats de la Infància i de l'Adolescència. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 5641 – de 2 de juny de 2010, p. 42475-42536.
- Catalunya, Llei 25/2010, de 29 de juliol, del Llibre II del Codi Civil de Catalunya. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 5686, de 5 d'agost de 2010, p. 61162 – 61260.
- Catalunya, Decret 2/1997, de 7 de gener, d'aprovació del Reglament de protecció de menors desamparats i de l'adopció. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 2307, de 13 de gener de 1997, p. 283.
- Catalunya, Decret 127/1997, de 27 de maig, pel qual es modifica parcialment el Decret 2/1997. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, 2402, de 30 de maig de 1997, p. 5937.
- Code d'éthique. Centre de la Petite Enfance St-Édouard (1996).
- Code éthique de la famille d'accueil. Fédération des familles d'accueil et ressources intermédiaires du Québec. Recuperat: febrer 2012: [Http://www.ffa.q.ca/_img/acc_haut.jpg](http://www.ffa.q.ca/_img/acc_haut.jpg)
- Comité Consultatif National d'Étique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. France. Avis N. 110. *Problèmes éthiques soulevés par la gestation pour autrui (GPA)*. (2010)
- Comitè de Bioètica de Catalunya. La persona menor en l'àmbit de la salut. Informe aprovat a la 67ena reunió plenària, 8 de juliol de 2009.
- Consideraciones y recomendaciones en relación con la agilización de los procedimientos en materia de protección de menores. Grupo de trabajo sobre adopción y acogimiento familiar. (sense datar). Obsevatorio de la infancia.
- Declaració de Mònaco: reflexions sobre la bioètica i els drets del nen. Col·loqui Internacional sobre Bioètica i Drets del Nen, Mònaco 28-30 d'abril de 2000, organitzat per l'Associació Mundial d'Amics de la Infància (AMADE) i la UNESCO.
- FEDAIA.(2012) Estudi: Les propostes d'acolliment 2010-2011. Comissió d'Acolliments Familiars. Document Intern, pendent de publicació.
- França: Loi 2005-706, de 27 de juny, relative aux assistants maternels et aux assistants familiaux. *Journal Officiel de la République Française*, 149, de 28 de juny de 2005.
- Guide départementale des procédures d'agément des assistants maternels et familiaux.* – Actions de santé. (2010) Direction départementale de la Solidarité et de la prévention.França. Pôle PMI
- Informe sobre els drets de l'Infant. Síndic de Greuges de Catalunya. (2011).
- L'accueil du mineur et du jeune majeur, a L'accueil de l'enfant et de l'adolescent protégé. Guide Pratique Protection de l'enfance. Ministère de la Santé et des Solidarités (2007) ..França. Recuperat: febrer 2012, des de: http://www.horizonparrainage.com/storage/pdf/Guide_accueil.pdf?phpMyAdmin=S2Un%2CVGJa91IBmGxUm2rryQEwN2_
- Manual de intervención de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid para la protección de menores.* (2008) Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales. Dirección General de Familia, Infancia y Voluntariado. Ayuntamiento de Madrid.
- Observatori d'ètica aplicada a la intervenció social. Campus Arnau d'Escala (2011). *Proposta de reglament intern de la Comissió d'ètica aplicada de...*
- Orientations éthiques du Centre de la petite enfance – Québec-Centre. 2006

ANNEX 1. QÜESTIONARI PROFESSIONALS

La informació recollida en aquest qüestionari és confidencial i d'acord amb la Llei 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal, i té per objectiu contribuir a la recerca **La separació infant-família i la proposta de mesura com a recurs de protecció infantil en l'Acol·liment d'Urgència i Diagnòstic: qüestions ètiques**, que s'emmarca en la Primera edició del Màster d'Ètica Aplicada a la Intervenció Social, Psicoeducativa i Sòciosanitària.

Num

Àmbit territorial de la teva ICIF:

Titulació/ons acadèmica/ques

Funcions actuals :T. Social, Ed. Social, Psicol....

Experiència laboral en Acol·liment F. (n. anys): A la ICIF actual:

Experiència lab. anterior en Infància (n. anys)

En quins centres/serveis d'Infància? (X)	☐	C. Acollida	☐	CRAE
	☐	CREI	☐	EAIA
	☐	Altres:		

Experiència de fills propis (X)	☐	Sí: edat/s:
	☐	NO

1. Quina seria, al teu parer, la manera més adequada de definir l'acolliment d'Urgència i Diagnòstic?

2. Si haguessis d'assenyalar els avantatges de l'acolliment d'Urgència i Diagnòstic en referència a l'estada d'un nadó/infant en un centre d'acollida, quins aspectes destacaries?

1.
2.
3.

3. Creus que hi ha aspectes que, tot i fent les coses bé, són especialment "problemàtics" en l'acolliment d'Urgència i Diagnòstic"? En podries assenyalar alguns?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

4. Quines principals disfuncions (coses que no es fan / que no fem prou bé) es donen actualment en l'acolliment d'Urgència i Diagnòstic?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

5. De les respostes anteriors (preguntes 3 i 4):

a) què pot perjudicar els nens/es?

b) què pot perjudicar les famílies acollidores?

6. Segons la teva opinió, quina és la durada mitjana dels acolliments d'Urgència i Diagnòstic que realitzeu a la vostra entitat? (X)

☐	Menys de sis mesos	☐	Entre deu i quinze mesos
☐	Al voltant de sis mesos	☐	Més de quinze mesos
☐	Entre sis i deu mesos	☐	Altres (especifica):

7. Pel que tu recordes, quina és la durada que ha tingut l'acolliment d'Urgència i Diagnòstic més llarg, a la teva entitat?

8. I la durada del més curt?

9. Segons la teva opinió, quines són les principals causes que determinen que un acolliment s'allargui en el temps? Posa-les per ordre d'importància:

1.

2.

3.

4.

10. Què creus que contribueix o contribuiria a fer que els acolliments d'urgència i diagnòstic no s'allarguin més del necessari?

1.

2.

3.

4.

11. Hi ha algun aspecte relacionat amb les propostes de mesura amb què finalitzen els acolliments d'U/D,(retorn a la família d'origen, adopció, acolliment simple o permannet, ...) que et sembli que representa una dificultat o una disfunció? Pots explicar-lo/s?

12. Per la teva experiència, quin/s és/són els principals factors de dificultat per a les famílies acollidores d'aquesta modalitat d'acolliment? Numera'ls per ordre d'importància:

☐	La poca informació inicial
☐	La situació mèdico-sanitària
☐	La dificultat de separar-se'n, en finalitzar l'acolliment
☐	Una durada excessiva
☐	La incertesa de mantenir o no el contacte posterior
☐	Altres:
☐	Altres:

13. Des del teu punt de vista, quines qüestions de l'acolliment d'Urgència i Diagnòstic són les més difícils de gestionar com a professional? En definiries alguna com a conflicte o problema ètic?

14. Recordes alguna situació, en acolliment d'Urgència i Diagnòstic, en què la família acollidora s'hagi trobat davant d'algun tipus de dilema? Pots explicar-la o explicar-les?

15. Vols afegir alguna altra qüestió?

Moltes gràcies per la teva col·laboració.

ANNEX 2. QÜESTIONARI COORDINADORS/RES

La informació recollida en aquest qüestionari és confidencial i d'acord amb la Llei 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal, i té per objectiu contribuir a la recerca **La separació infant-família i la proposta de mesura com a recurs de protecció infantil en l'acolliment d'urgència i Diagnòstic: qüestions ètiques**, que s'emmarca en la Primera edició del Màster d'Ètica Aplicada a la Intervenció Social, Psicoeducativa i Sòciosanitària.

Núm.

A

Àmbit territorial de la teva ICIF:

La/es teva/es titulació/ons acadèmica/ques:

Experiència laboral en Acolliment F. (n. anys)	
Experiència a la coordinació/direcció (n. anys)	
Experiència lab. anterior en Infància (n. anys)	

En quins centres/serveis d'Infància? (X)	☐	C. Acollida	☐	CRAE
	☐	CREI	☐	EAIA
	☐	Altres:		

Experiència de fills propis (X)	☐	Sí: edat/s:
	☐	NO

B

Any d'inici del Servei / Centre d'Acolliment familiar

Àmbits en què treballa la ICIF _(x)	☐	Família Aliena	☐	Família extensa
	☐	Simple i Permanent	☐	Preadoptiu ☐ Adopció

C

Nombre total de professionals que integren l'Equip Tècnic d'Acolliment Familiar				
Composició de l'equip t. (nombre, per gènere, inclòs/a coord.)	☐	Dones	☐	Homes
	☐	T. Social	☐	Ed. Social
Composició de l'equip t. (nombre, per titulacions contractades, inclòs/a coord.)	☐	Psicologia	☐	Psicopedag
	☐	Altres	☐	
Composició de l'equip (nombre, per edats, inclòs/a coordinació)	☐	20-25	☐	41-45
	☐	26-30	☐	46-50
	☐	36-40.	☐	+ de 50

D

1. Quina seria, al teu parer, la manera més adequada de definir l'acolliment d'Urgència i Diagnòstic?

2. Si haguessis d'assenyalar els avantatges d'aquesta modalitat d'acolliment en referència a l'estada d'un nadó/infant en un centre d'acollida, quins aspectes destacaries?
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
3. Creus que hi ha aspectes que, tot i fent les coses bé, són especialment "problemàtics" en l'acolliment d'Urgència i Diagnòstic"? En podries assenyalar alguns?
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____
4. Quines principals disfuncions (coses que no es fan / que no fem prou bé) es donen actualment en l'acolliment d'Urgència i Diagnòstic?
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
5. De les respostes anteriors (preguntes 3 i 4):
 - a) què pot perjudicar els nens/es?

 - b) què pot perjudicar les famílies acollidores?

6. Del total de casos finalitzats, quina és la durada mitjana dels acolliments d'Urgència i Diagnòstic que realitzeu a la vostra entitat?

☐	Menys de sis mesos	☐	Entre deu i quinze mesos
☐	Al voltant de sis mesos	☐	Més de quinze mesos
☐	Entre sis i deu mesos	☐	Altres (especifica):

7. Quina és la durada que ha tingut l'acolliment d'Urgència i Diagnòstic més llarg, a la teva entitat? Quan s'ha produït (situa'l en el temps)?

8. I la durada del més curt?

9. Segons la teva opinió, quines són les principals causes que determinen que un acolliment s'allargui en el temps? Posa-les per ordre d'importància:

1.

2.

3.

4.

10. Què creus que contribueix o contribuiria a fer que els acolliments d'urgència i diagnòstic no s'allarguin més del necessari?

1.

2.

3.

4.

11. Per la teva experiència, quin/s és/són els principals factors de dificultat per a les famílies acollidores d'aquesta modalitat d'acolliment? Numera'ls per ordre d'importància:

☐	La poca informació inicial
☐	La situació mèdico-sanitària
☐	La dificultat de separar-se'n, en finalitzar l'acolliment
☐	Una durada excessiva
☐	La incertesa de mantenir o no el contacte posterior
☐	Altres:
☐	Altres:

12. Quines qüestions de l'acolliment d'Urgència i Diagnòstic són les més difícils de gestionar pels/per les professionals de l'Equip tècnic? I pèr a la Coordinació?

Per a l'Equip Tècnic:

1. _____
2. _____
3. _____

Per a la Coordinació:

1. _____
2. _____
3. _____

13. Recordes alguna situació, en acolliment d'Urgència i Diagnòstic, en què la família acollidora s'hagi trobat davant d'algun tipus de dilema? Pots explicar-la o explicar-les?

14. Vols afegir alguna altra qüestió?

Moltes gràcies per la teva col·laboració.

ANNEX 3. GUIÓ PER A L'ENTREVISTA A PROFESSIONALS I COORDINADORES/DORS.

Data:

ICIF	À. Territorial

Nom	Perfil Professional

Funcions	

(presentació, objectius i propòsit de la recerca)

1.- Experiència laboral en infància: àmbits, serveis, anys de dedicació.

☐	C. Acollida	☐	CRAE
☐	CREI	☐	EAIA
☐	Altres:		

2.- Experiència laboral en acolliment familiar: serveis, funcions anteriors, anys de dedicació.

3.- Experiència en acolliment d'U/D:

- has portat el seguiment de casos, directament? Com a referent o com a co-referent? De quants?
- A la teva entitat, quants acolliments d'U/D heu portat des de l'inici o des que tu ho recordes?
- Quants acolliments d'U/D iniciu cada any?
- Quantes famílies especialitzades en U/D teniu en aquest moment?
- Quines durades recordes que ha/n tingut l'els acolliments que heu portat a la teva entitat?
- Quins tipus de finalitzacions han tingut els acolliments d'U/D? N'hi ha cap que predomini? En tens alguna explicació o hipòtesi?
- Coneixes els terminis legals de la U/D?
- Creus que els acolliments d'U/D s'allarguen més del compte? Com ho valores?
- Creus que els acolliments d'U/D s'allarguen més des de l'entrada en vigor de la L14/2010?
- Quines causes creus que estan al darrere del fet que els estudis s'allarguin tant? De qui és responsabilitat?
- Cap família ha hagut de modificar el seu oferiment, i iniciar un nou tipus de relació amb l'infant acollit? Per quines causes? Com ho valores?
- Quina preparació oferiu a les famílies que volen fer U/D?
- En quins aspectes feu més èmfasi?
- Quins requisits mínims exigiu, a la teva entitat, per a què una família pugui fer U/D?

4.- Valoració de l'acolliment d'U/D. (1)

- a) Com valoren la U/D per als nens que hi passen?
- b) Les famílies acollidores, fan més d'un acolliment?
- c) Alguna família no ha repetit l'experiència després d'un primer acolliment?
Per què?
- d) Les que repeteixen necessiten deixar passar un temps entre un i altre
acolliment? Per què?
- e) Els tipus de finalitzacions, tenen cap incidència en les famílies acollidores?
- f) Quants acolliments sol fer una família acollidora a l'any? Com ho valoren?
- g) Quin és el màxim d'acolliments que ha fet una mateixa família, a la seva
entitat?
- h) Aquesta família, està activa, o ha finalitzat com a acollidora
definitivament? Si ha finalitzat, per què?

5.- Valoració de l'acolliment d'U/D. (2)

- a) Quines dificultats creus que han d'afrontar les famílies acollidores d'U/D?
- b) Què creus que els preocupa més, o que els posa en algun tipus de
conflicte?
- c) Els professionals sempre esteu d'acord amb la proposta de mesura dels
Equips que en fan l'estudi? Com ho porteu?
- d) Creus que les mesures s'adeqüen a les necessitats reals dels nens?
- e) Creus que les propostes tenen en compte suficientment aspectes com
l'estabilitat, i la necessitat de situacions definitives?
- f) Has/heu viscut alguna experiència especialment difícil, dolorosa,
preocupant...?
- g) Per als professionals, quines qüestions són més difícils de gestionar?
- h) Hi ha algun/s aspecte/s que et sembli/n preocupant/s, relatiu als infants en
acolliment d'U/D? Perquè?
- i) S'ha produït mai cap situació que hagi suposat algun tipus de problema ètic
per a les famílies?
- j) I per als professionals, tens present alguna situació que t'hagi impactat
especialment?
- k) Què assenyalaries com a principals qüestions ètiques?

6.- Pots relatar algun cas que et/us plantegés algun tipus de problema ètic?

7.- Podries assenyalar algunes possibles propostes de millora?

8.- Vols afegir alguna altra qüestió?
