

LA PROTECCIÓN A LA INFANCIA ¿CONTRIBUYE A MANTENER LA HOMEÓSTASIS SOCIAL?

**Consideraciones sobre la
intervención en zonas de alto
riesgo social**

JOSÉ-MANUEL ALONSO VAREA
Psicólogo

Consultoria, Projectes i Formació

www.alonsovarea.com

josem@alonsovarea.com

INDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCION	4
SOBRE LOS EAIA	5
HOMEOSTASIS SOCIAL Y PROTECCION A LA INFANCIA	7
HOMEOSTASIS SOCIAL Y MALTRATO INSTITUCIONAL	11
TERRITORIO Y FACTORES DE RIESGO	13
PROPUESTAS SOBRE EL PROCESO DE INTERVENCION	16
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS CITADAS	21

RESUMEN¹

En los últimos años en Catalunya, desde las diferentes Administraciones Públicas y a diferentes niveles de intervención, ha aumentado el interés y la atención hacia la infancia en alto riesgo social. Esto ha permitido una mejora en la detección, conocimiento y atención de las necesidades no cubiertas de dichos menores y sus familias. Sin embargo, en las zonas de alto riesgo social y desde los equipos de atención especializada a estas problemáticas (EAIA), las actuaciones protectoras son aún claramente insuficientes.

Así pues, a pesar del aumento de recursos respecto al pasado y de un discurso político progresista sobre infancia, si ambos no se aplican progresiva y consecuentemente, se puede estar favoreciendo el mantenimiento de cierta **homeostasis social** en este tipo de zonas, perpetuadora de la desigualdad y la marginación.

La cuestión sería: "o hacemos lo que decimos queremos hacer o decimos solo lo que hacemos". El artículo intenta dar respuesta a la pregunta: ¿Qué puede hacer un equipo cuando se le hace un encargo institucional imposible de realizar?. En el artículo también se contrasta el diseño original del EAIA con su aplicación y se señalan algunos factores para su mejor adaptación.

¹ Un texto similar ha sido publicado en la **Revista de Treball Social** (RTS), nº 125, març 1992),

El autor cuando elaboró este artículo trabajaba en el Equip d'Atenció a la Infància i la Adolescència (EAIA). Districte Ciutat Vella. Ajuntament de Barcelona.

INTRODUCCION

En las últimas décadas, en las sociedades occidentales se asiste a un aumento de la valoración social de la infancia y a un incremento de la sensibilización social hacia los malos tratos, de manera que éstos comienzan a ser planteados como un tema más por la opinión pública. Sin embargo, "a pesar de las realizaciones hechas en los últimos años frente al gran déficit infraestructural heredado por la democracia queda mucho camino para recuperar los 20-30 años de desfase respecto a los países de nuestro entorno y para asumir los niveles de atención que nuestra sociedad reclama" (16). También se ha señalado que: "los servicios sociales de atención a la infancia han mejorado sus recursos y ofertas, pero aún no se ha conseguido ni equilibrar la oferta con la demanda ni la especialización que ciertas zonas urbanas, rurales o determinadas edades necesitan" (11).

Paralelamente a lo anterior, la situación de la infancia y de la adolescencia en alto riesgo social sigue siendo especialmente grave en las zonas donde los factores de riesgo social están más presentes y tienen una mayor frecuencia, y su situación continuará siendo grave en la medida en que nuestra sociedad no alcance **mayores niveles de justicia social**. La situación de la infancia en zonas de alto riesgo social (en adelante, ZARS) por su propia gravedad ha de ser afrontada con **actuaciones decididas y progresivas**. Se ha de recordar, por otro lado, que el fenómeno de los malos tratos a menores, se da en todas las zonas y niveles sociales y no sólo en las ZARS (10).

El artículo intenta dar respuesta a la pregunta: ¿Qué puede hacer un equipo cuando se le hace un encargo institucional imposible de realizar?. Intento contribuir al debate desde mi experiencia de trabajo de dos años en el EAIA del Distrito de Ciutat Vella. Un EAIA es un lugar privilegiado para observar e intervenir, pero no es ni el único ni necesariamente el mejor para diagnosticar la realidad de estos menores y de sus familias.

A veces los profesionales que trabajamos en la atención a un sector de la población y/o centrados en una temática, tenemos tendencia a sobrevalorar en exceso nuestro objeto de trabajo y pensar que ha de ser el centro de interés de la opinión pública y de los decisores políticos. Esta tendencia se acentúa cuando pensamos que la dedicación de atenciones al bienestar de las familias y menores puede prevenir muchas disfunciones.

Para evitar dicho sesgo no se ha de perder de vista la **política de servicios sociales** que se realiza globalmente en Catalunya. Desde planteamientos progresistas (p.e.: 14), se plantea el seguir avanzando en políticas de Bienestar Social basadas en la defensa de derechos y oportunidades, en la prevención del riesgo social, en la promoción de la autonomía personal y en la integración social. Igualmente se dice que "no se puede afirmar que el derecho a los servicios sociales en Catalunya esté garantizado en estos momentos" debido a que el sistema de prestaciones públicas y servicios está en proceso de estructuración y desarrollo. Se señala una falta de recursos en los servicios sociales para

asegurar una cobertura de las necesidades de la población, así como una falta de homogeneización de los diferentes servicios y prestaciones así como la necesidad urgente de dotarse de elementos racionalizadores.

Pienso que profesionales, equipos y asociaciones de profesionales de diferentes temáticas, han de contribuir a este debate social junto con el resto de interlocutores. Es desde esta situación no óptima de los servicios sociales que hemos de valorar lo que se ha comenzado a hacer y lo que se puede seguir haciendo, concretamente en los temas de infancia y familia. Es obvio que nunca se alcanzarán niveles perfectos de cobertura y de recursos pues éstos, por definición, son limitados. Además no por tener muchos recursos se puede garantizar una mejor intervención.

Por otro lado, resulta interesante tener presente la reciente Convención de las Naciones Unidas sobre la Infancia, la cual entró en vigor para España en 1991, y respecto a la cual estamos de acuerdo cuando se señala el riesgo de verla como que "...se ocupa solo de los países del Tercer Mundo, lo cual tranquiliza bastante..." (9), o cuando se afirma que ..."no son normas para el Tercer Mundo únicamente, sino para nuestro mundo y para Catalunya"(9). Dichos derechos se han de llenar de contenido **aquí**, y hemos de responder como sociedad a la pregunta: ¿Qué es para nosotros un niño y cual es el interés que prevalece por encima de ideologías y de las diferentes situaciones?

SOBRE LOS EAIA

A continuación se realiza una síntesis de la definición que el Programa de Infancia del Ayuntamiento de Barcelona (13) realiza de los EAIA. Estos equipos técnicos fueron creados mediante el Decret 338/1986 (8), implantándose en Barcelona en 1990. Están integrados por un/a psicólogo/a, un/a pedagogo/a y un/a asistente social. Son un servicio social público especializado. En el caso de la ciudad de Barcelona, son equipos municipales cuya gestión es delegada por la Generalitat de Catalunya al Ayuntamiento a través de la Direcció General d'Atenció a la Infància (DGAI) del Departament de Benestar Social de la Generalitat.

Atienden a los **menores en alto riesgo social y a sus familias**. Esto significa que se trabaja no sólo con la situación 'de riesgo', sino que son **ya** situaciones de grave problemática y conflictividad psico-social para los niños y sus familias.

Los EAIA son equipos muy cercanos a los Servicios Sociales de Atención Primaria (SSAP), actuando desde un **segundo nivel en la intervención** con las familias, asumiendo simultáneamente un doble rol: a) De contención e intervención, para que las familias puedan ofrecer una adecuada atención a los menores, y b) de control, poniendo límites a las situaciones que provocan desatención, informando a la familia de sus derechos, obligaciones y necesidades del niño, de sus posibles repercusiones, etc. El EAIA valorada la

situación de la familia y del menor puede proponer a la DGAI la declaración de desamparo de un menor de cara a que ésta asuma la tutela automática (Ley 21/87), igualmente puede proponer situaciones de inicio y finalización de guardas administrativas, etc. Estos equipos asumen en parte la función protectora de los antiguos Tribunales Tutelares de Menores.

Las funciones de estos equipos se pueden agrupar en cuatro vertientes: atención individualizada, apoyo a profesionales, colaboración institucional y apoyo a programas comunitarios. Estas son funciones suficientemente amplias en su definición como para admitir tanto una cierta diversificación en su plasmación práctica, como una importante dedicación de profesionales y recursos si se quieren cumplir en su totalidad (13). En otro documento (4) hemos expuesto cuales son los criterios de trabajo que utilizamos en nuestro trabajo cotidiano con los menores y sus familias.

Algunos aspectos positivos de la existencia de los EAIA son:

- Desjudicialización inicial de estas situaciones.
- Mayor profesionalización de la intervención con menores en ARS y mayor dotación de profesionales.
- Gestión municipal, a través de una coordinación de los EAIA de la ciudad.
- Territorialización, ubicándose cada equipo en su Distrito, lo cual implica un mejor conocimiento de las problemáticas y de los recursos; un aumento de la detección de casos, así como una mayor comunicación con los profesionales que hacen la atención primaria.

Por otro lado, el diseño de los EAIA, aún habiendo supuesto un avance importante respecto a la situación anterior, no acaba de funcionar en zonas donde los menores y sus familias están sometidos a situaciones graves de alto riesgo social. En los EAIA de estas zonas se acentúan las deficiencias que en otras no quedan tan manifiestas. Podemos entender al EAIA en ZARS como un equipo proporcionalmente menos dotado de recursos que otros, con problemáticas mucho mas graves en intensidad y cantidad de casos, poco ágil, con tendencia a centrarse casi exclusivamente en valoraciones e internamientos, y con dificultades para intervenir globalmente sobre la familia. O sea, hay un intento de **adaptación de la realidad al EAIA y no al revés.**

A este respecto refiriéndose a los EAIA en general, la memoria del Sindic de Greuges señala que "...éstos equipos de profesionales ven muy reducida su capacidad operativa por el hecho de ser pocos y tener que asumir un gran volumen de trabajo" (16). No es un problema solo de recursos sino también de otros aspectos (organización, funciones, tareas, etc.).

HOMEOSTASIS SOCIAL Y PROTECCION A LA INFANCIA

Si entendemos por políticas de bienestar y de servicios sociales de las administraciones la respuesta institucional para atender a las necesidades de los ciudadanos y hacer frente a las diferentes formas de desigualdad y marginación (14), y por **homeóstasis** la tendencia general al mantenimiento constante de las condiciones de equilibrio del medio social, dichas políticas tendrían que modificar la homeóstasis social inicial existente antes de las intervenciones.

En el cuadro 1 se esquematiza como la homeóstasis social es un continuum a lo largo del cual se pueden situar las sociedades en función de los niveles de conciencia social y atención adecuada a la infancia y la familia.

CUADRO 1

CONTINUUM DE HOMEOSTASIS SOCIALES POSIBLES EN ZARS PARA MENORES Y FAMILIAS

	NEGATIVAS	POSITIVAS
Situación	<ul style="list-style-type: none"> - Desequilibrio social - Importante nivel de problemática - Poca solidaridad/ Conformismo 	<ul style="list-style-type: none"> - Tendencia hacia un equilibrio social mas justo. - Reducción niveles de problemática. - Solidaridad/ Sensibilidad social
Tipo de respuesta institucional	<ul style="list-style-type: none"> - Poco decidida y poco eficaz - Asistencial y sólo centrada en la infancia - Incoherencia entre teoría y práctica. - Maltrato institucional 	<ul style="list-style-type: none"> - Mas ágil y completa. - Centrada en todo el grupo familiar. - No sólo penalizadora sino también preventiva. - Políticas integrales.
Efectos	<ul style="list-style-type: none"> - Mantenimiento de la situación inicial 	<ul style="list-style-type: none"> - Cambio sustancial de la situación inicial

Ya que la homeóstasis (situación de equilibrio social) de partida es negativa, basándose en el conformismo y en el determinismo social y perpetuadora de la desigualdad y la marginación, las políticas de bienestar social tendrían que invertir de signo dicha tendencia posibilitando homeóstasis sociales más favorecedoras para los menores y sus familias.

Sin embargo, en las zonas de alto riesgo social y desde los equipos de atención especializada a éstas problemáticas (EAIA), las actuaciones protectoras de la infancia y de la familia son aún claramente insuficientes. Paradójicamente, pues, en éstas zonas **el hecho de intervenir puede mantener la acomodación y el conformismo social** hacia el tema entre el conjunto de la población al dar una sensación de "solución del problema", cuando en realidad ni tan siquiera se pueden llegar a atender todas las situaciones de mayor gravedad.

Así pues, a pesar del aumento de recursos respecto al pasado y de un discurso político progresista sobre infancia, si ambos no se aplican progresiva y consecuentemente se puede estar favoreciendo en muchas ocasiones el mantenimiento de cierta homeóstasis social negativa en este tipo de zonas. En el caso de las políticas y actuaciones dirigidas a familias y a la protección de la infancia en ZARS, hay un riesgo de que se mantengan dichas desigualdades a nivel micro y macrosocial, si no se introduce una **evaluación social, política y profesional crítica y constante**.

Esta tendencia hacia el mantenimiento de esta homeóstasis negativa podría observarse en el tratamiento de diferentes temáticas y quizá en diferentes EAIA. Mi experiencia en el EAIA de Ciutat Vella hasta 1992 me sugiere que el mecanismo que mantiene esta homeóstasis social negativa en la intervención de la Administración pública sobre menores y familias en ZARS desde un EAIA, puede ser similar al que se esquematiza en el cuadro 2 de la página siguiente. Como se observará todos los factores están interrelacionados. No hay de momento señales claras de que tal situación vaya a mejorar. A continuación detallamos los diez factores identificados:

1. Ausencia de una política general de infancia coherente entre intenciones y realizaciones, que tuviera el apoyo de las diferentes Administraciones y reconociera las particularidades del territorio, para poder así poner en marcha, por ejemplo, programas especiales con carácter piloto. Esta ausencia se ha denunciado a nivel de todo Catalunya, y no sólo respecto a los menores en ARS sino respecto a toda la infancia (9).

2. Al ser los niveles de problemática diferentes para las diferentes zonas de la ciudad, las demandas tienen también características cualitativas diferentes. Al comparar los datos de **demandas** sobre menores recibidas en nuestro EAIA, parece que **no se valora adecuadamente las diferencias que estas tienen respecto a un número igual de demandas de otros Distritos**. En Ciutat Vella la mayoría de las demandas son de situaciones en alto riesgo social muy elevadas; hay un número mayor de factores de riesgo presentes en un mismo menor; mayor cantidad de demandas de intervenciones urgentes y en crisis; generalmente son demandas que precisarían de una actuación urgente; muchas demandas que inicialmente son de asesoramiento y que en otras zonas suelen implicar sólo esa intervención, en éste Distrito suelen necesitar de una intervención posterior directa por parte del EAIA.

CUADRO 2

FACTORES QUE POTENCIAN LA TENDENCIA HACIA UN EQUILIBRIO SOCIAL (HOMEOSTASIS) NO FAVORECEDOR PARA LOS MENORES EN ALTO RIESGO SOCIAL Y SUS FAMILIAS

FACTORES SOCIO-ECONOMICOS	POLITICA INSTITUCIONAL	PRACTICA PROFESIONAL
<ul style="list-style-type: none"> - Familias y menores en ARS en el Distrito Ciutat Vella, con mayores necesidades cuantitativas y necesidades cualitativamente distintas a otras zonas. - Poca solidaridad social - Conformismo 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de coherencia en políticas de infancia - Inadecuada planificación y valoración inadecuada (cualitativa/cuantitativamente) de las demandas de menores y familias en ZARS. - Ausencia de planes piloto - Pocos recursos y distribución desequilibrada de éstos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Posibilidad de mala praxis
<p>⇓</p> <p>HOMEOSTASIS SOCIAL NEGATIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> - SATURACION EQUIPOS - FALTA DE CUMPLIMIENTO DE LAS DEMANDAS INSTITUCIONALES DEL EAIA - RIESGO DE "BURN-OUT" DE LOS PROFESIONALES 		
<p style="text-align: center;">ALGUNAS CONSECUENCIAS DE LA HOMEOSTASIS SOCIAL NEGATIVA EN ZONAS DE ALTO RIESGO SOCIAL PARA LA INFANCIA:</p> <p>Falta de atención a todas las demandas detectadas, lo cual potencia la frustración profesional de los derivantes.</p> <p>Falsa sensación de reducción de la problemática:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disminución derivaciones y nuevas demandas. - Aumento del umbral de lo que se considera riesgo social. - Situaciones se derivan muy deterioradas y que se podrían evitar. <p>A veces, por escasez de recursos y profesionales penalización injusta de familias</p> <p>Sobredimensión de la asistencia individual.</p> <p>Excesivo hincapié en detección, y menos en tratamiento y seguimiento.</p> <p>Planteamiento escasamente preventivo y comunitario</p> <p>Se potencia demasiado como solución el internamiento en centros.</p> <p>Internamientos prolongados por falta de evaluación y alternativas.</p> <p>Incluso los menores y familias atendidas desventaja de menor dedicación</p>		

3. Dedicación de recursos profesionales claramente insuficientes. En la ciudad hay 8 EAIA, generalmente uno por Distrito. Estadísticamente, el de Ciutat Vella habría de recibir, por tanto, el 12,5% de todas las demandas de la ciudad. Sin embargo, recibe el 33,3%. Este elevado porcentaje coincide con los datos de la DGAI, de la Policía de Menores de la Generalitat y de la Guardia Urbana de la ciudad.

4. En este Distrito, al igual que en otros, **se está muy lejos de llevar a cabo las funciones** que establece el Decret 338/1986, para su realización por los EAIA: "Información; orientación, diagnóstico y elaboración de programas individuales de tratamiento; desarrollo de los tratamientos y medidas asistenciales; seguimiento y control de los mismos; colaborar con las Corporaciones locales y entidades públicas y privadas en las tareas de detección, prevención, información, valoración, tratamiento e integración del menor; elaboración de informes de carácter técnico; colaborar con los servicios del Departamento de Justicia que atienden al menor que se encuentra bajo medida judicial" (...)

5. Falta de atención a todas las demandas de menores en alto riesgo social detectadas por los profesionales que están en la atención directa a estos menores y a sus familias. Sobre más de 300 menores, que son más del 50% de las demandas realizadas al EAIA, no se ha podido realizar ningún tipo de intervención desde la puesta en marcha del EAIA en mayo de 1990. Esto ha sido reconocido por el propio Programa Municipal de Infancia: "A partir de julio de 1990 quedó evidenciado que el volumen de la demanda no permitía la absorción y abordaje de la misma por el equipo de tres profesionales" (3). Además, al estar ahora el EAIA ubicado en el mismo Distrito, **se detectan muchos más casos**, en comparación con la situación anterior cuando el equipo que hacía sus funciones estaba ubicado en los servicios centrales de la DGAI.

6. Escasa potenciación de la información y sensibilización social sobre estos temas en estas zonas, a nivel tanto de grupos específicos como de toda la comunidad. Sigue priorizándose la atención individual respecto al resto de funciones. Además, dentro de ésta atención individual se hace, proporcionalmente, **excesivo hincapié** (tanto en la legislación como en las directivas de las Administraciones) **en la detección de casos y poco en el tratamiento, seguimiento, sensibilización, etc.** Estas últimas tareas quedan como un terreno de nadie y a la vez de todos. Detectar por detectar y no ayudar, y además no potenciar el trabajo comunitario sigue perpetuando la homeóstasis negativa y no apunta a romper el círculo. Este **planteamiento escasamente preventivo** potencia las separaciones familiares de los niños de sus familias y, en consecuencia, el ingreso en centros residenciales en detrimento de otras medidas protectoras posibles.

7. Respecto a los profesionales que ponen en conocimiento del EAIA tales situaciones, **se potencia su frustración profesional** al no poderse atender a todas ellas. Con esto se producen tres riesgos igual de negativos: que disminuyan las derivaciones; que consideren situaciones de riesgo para los

menores solo las más urgentes, aumentando el umbral de lo que se entiende por riesgo, desprotegiendo al resto de niños cuyas situaciones en otro territorio serían derivadas al EAIA de inmediato; y que cuando se deriven los menores, las situaciones de éstos ya estén más deterioradas de lo que lo estaban si se hubieran derivado antes. A consecuencia de todo lo anterior **el volumen total de demandas que habría de recibir el EAIA no refleja adecuadamente las realidades que necesitarían de su intervención.**

8. Otra consecuencia de la enorme lista de espera es la presión que han de enfrentar los profesionales al hacer las valoraciones y los seguimientos de las situaciones de los menores y sus familias en las cuales se trabaja. Esta presión produce, se quiera o no, una menor dedicación a cada caso y una imposibilidad de un análisis auténticamente interdisciplinar; con lo cual, **incluso los menores que son atendidos, pueden sufrir la desventaja** de vivir de este Distrito respecto a si viviesen en otro de menor problemática.

9. Es necesario que los equipos de protección infantil asuman su papel de control social cuando, tras haberse ofrecido una ayuda adecuada a la familia, ésta la rechaza o no la aprovecha suficientemente, debiéndose entonces proponer intervenciones más drásticas. Sin embargo, en algunos casos se produce una **penalización injusta** a la situación social de las familias (pobreza, enfermedad, miseria...), al no poderse ofrecer a éstas la posibilidad de un trabajo intensivo previo y/o posterior a las medidas administrativo-judiciales. Atender a éstas situaciones, por otro lado, no ha de ir en detrimento de la atención urgente a las necesidades de protección de infantil.

10. No se pueden valorar las situaciones de todos los menores actualmente **internados** para valorar su retorno a la familia u otro tipo de medidas. Muchos de estos menores llevan mucho tiempo internados, sin poderse beneficiar, en bastantes casos, de decisiones que acorten ese tiempo (retorno a la familia de origen, familia sustituta, etc.).

HOMEOSTASIS SOCIAL Y MALTRATO INSTITUCIONAL

Este análisis evidentemente no se ha de ver como una acusación ni contra una Administración concreta, ni contra los profesionales que trabajan en ellas, pues nos consta que hay muchos profesionales y personas con capacidad de decisión en las diferentes Administraciones que intentan mejorar la oferta institucional, y a la vez, son conscientes de muchas de las carencias anteriores.

La mencionada tendencia hacia una homeóstasis social negativa no es solamente atribuible a la Administración (por lo que no se ha de proyectar en ella todas las responsabilidades) sino que refleja una realidad social, política y profesional. Sería pues la sociedad en su conjunto la que mantendría esa

tendencia. Sin duda, **los análisis sobre los derechos de la infancia están, en nuestro país, mas avanzados que la aplicación de los mismos**, siendo pues necesaria una puesta en marcha de políticas de infancia mas ajustadas a dichos análisis y a la realidad de las problemáticas.

La infancia tiene unas necesidades y derechos que son y deberían ser cubiertos por la sociedad (a través de las instituciones públicas, la legislación y la atención profesional) la cual habrían de procurar un correcto desarrollo, maduración, educación y protección del niño como individuo y de su grupo social, la infancia.

Hablar de homeóstasis social permite una **re-interpretación del maltrato institucional** (MTI), el cual pese a su gran variedad de manifestaciones ha sido poco estudiado y difundido. Este tipo de maltrato se ha definido, como "cualquier legislación, programa, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o bien derivada de la actuación individual del profesional o funcionario de las mismas que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño y/o la infancia".

En todas las áreas institucionales de la actuación política (sanidad, enseñanza, justicia, fuerzas de seguridad y servicios sociales), pueden darse situaciones de maltrato institucional (11).

Si al maltrato institucional le añadimos los fenómenos sociales señalados (conformismo, desequilibrio social, etc.) tendríamos el **concepto amplio** que he llamado homeóstasis social negativa. Sugiero pues utilizar el concepto homeóstasis social (HS) para englobar el término MTI, así como el interés de una línea de investigación en éste sentido.

El maltrato institucional se centra en lo "institucional" y su terminología proviene del modelo clínico individual del maltrato. Frente a ello, la HS:

- Amplia la responsabilidad al conjunto de la sociedad.
- Es un enfoque más sociológico, y por tanto, mas adecuado a los fenómenos sociales que designa.
- Permite pensar en términos de un continuum que va de lo negativo hacia lo positivo, y puede señalar una situación actual injusta y una deseable hacia la cual tender, mientras el MTI señala sólo la vertiente negativa,
- Permite interpretar el resultado de la intervención social bajo la óptica de si ésta intervención contribuye o no a una modificación global de la problemática sobre la que se actúa. Habitualmente, para evaluar un servicio de atención se utilizan sólo indicadores del tipo: nº de personas atendidas, nº de intervenciones..., sin relacionarlo ni con la pertinencia de los recursos que se emplean ni con la situación cualitativa y cuantitativa del problema antes y tras la intervención.

Afortunadamente, hoy en día, los profesionales ya no asumen que tan solo con sus intervenciones han de conseguir influenciar los fenómenos de maltrato y de patología psicosocial, pues "el rol de los profesionales consiste en demostrar a los políticos y a los medios de comunicación la inmensa importancia, actualmente todavía negada, que tienen los factores contextuales en el devenir humano y en la

protección eficaz a través de intervenciones precoces, coherentes y continuadas a los menores que les son confiados " (12). Los profesionales hemos de demostrar también la eficacia, aunque relativa, de nuestras intervenciones.

Creo importante hacer mención aquí, por otra parte, el impulso desde las Administraciones de determinadas actuaciones que debieran ser la norma y no la excepción. Por ejemplo, en el caso del Ayuntamiento de Barcelona se pueden señalar iniciativas como el **Plan de Infancia** (1988); siendo sus objetivos "el unificar el programa y criterios del Ayuntamiento en su intervención sobre infancia, promover nuevas respuestas a las necesidades constatadas, y que las líneas aprobadas se concreten en programas sectoriales y queden reflejadas en los programas y presupuestos que gestionen los distritos" (6).

Para su desarrollo se proponen actuaciones interesantes y se identifican como subsectores prioritarios de actuación a los barrios con mayores índices de necesidad social (1). Tenemos pues, en la ciudad de Barcelona desde 1989 **instrumentos para poder desplegar una acción urgente** en las ZARS para familias y menores. Faltaría completar los recursos y las orientaciones técnicas concretas. Sin embargo, en esta como en otras iniciativas, existe el riesgo de que las recomendaciones queden relegadas por la propia inercia del funcionamiento de la Administración.

TERRITORIO Y FACTORES DE RIESGO

En Ciutat Vella hay "una pérdida progresiva de la población de derecho, que en los últimos diez años ha disminuido en un 33% sus habitantes censados. Pero eso no significa que haya habido un descenso real de la población, sino al contrario: ésta ha aumentado por la presencia de transeúntes e inmigrantes, sobre todo magrebíes (25%) y africanos en general" (2). Resumiremos algunos datos sobre la población censada, por lo cual la problemática real puede ser mayor, al no estar generalmente incluidos en los censos transeúntes e inmigrantes:

- La esperanza de vida más baja de la ciudad y los índices de mortalidad más elevados.
- Las tasas de paro (tanto adulto como juvenil) más elevadas de la ciudad.
- Analfabetismo muy elevado (5,2% frente al 2,3% de media de la ciudad, en 1986).
- Elevadísimo porcentaje de absentismo escolar.
- Las disminuciones representan el porcentaje mas alto de la ciudad.
- El mayor porcentaje de mayores de 65 años de la ciudad, y menor de menores de 14 años.
- Entre 1-4 años la mortalidad infantil es casi el triple de la media de la ciudad.
- Mayor porcentaje de la ciudad en embarazos en la adolescencia.
- El porcentaje de familias monoparentales, los índices de desestructuración familiar y el índice de problemática social son los mas elevados de la ciudad, y el de problemática de infancia es el segundo mas elevado, siendo el Distrito

con un índice mas elevado de situaciones problemáticas en relación con los servicios personales (sociales, educativos, sanitarios...).

Los menores derivados al EAIA suponen casi el 4% de la población de 0-18 años del Distrito. Para tener una perspectiva mas real sobre el porcentaje de menores en riesgo, se habrían de añadir a los del padrón los de menores no censados, y se habrían de añadir al 4% los menores en ARS que no llegan al EAIA y los que están contenidos en centros abiertos (casals, esplais, etc.) u otros servicios.

Han ido mejorando muchas cosas en los últimos años en Ciutat Vella (a nivel urbanístico, de recursos de atención y promoción social dirigidos a sectores por edad o por otras características, etc.), mientras otros aspectos han mantenido o aumentado su gravedad. La actuación municipal sobre las problemáticas mencionadas se presta sobre todo desde los **servicios personales**, cuyos equipos están territorializados en las diferentes zonas del distrito. Podríamos concluir valorando que en infancia y adolescencia en riesgo social, la atención en Ciutat Vella está mas planificada y desarrollada desde la atención primaria que desde los equipos especializados, como es el caso del EAIA.

Los **factores de riesgo** son situaciones que se producen en entornos socio-familiares y comunitarios que pueden incidir negativamente sobre el proceso de socialización y que se presentan con bastante frecuencia entre los menores y familias que nos son derivadas, afectando a las condiciones básicas para su desarrollo y bienestar. La agudeza y abundancia de éstas situaciones junto con otros indicadores nos definen las ZARS. En Ciutat Vella cada familia derivada al EAIA (menor incluido) presenta una media de cinco factores de riesgo (ver cuadro siguiente).

CUADRO 3

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO (detallados de forma jerárquica)

FACTORES DE RIESGO FAMILIARES

1. Adultos con conflictos internos violentos o grave desestructuración del núcleo familiar.
2. Prostitución.
3. Familias monoparentales con dificultades económicas o por el trabajo.
4. Drogodependencia (alcohol u otras drogas), en uno o los dos progenitores.
5. Residentes en viviendas insalubres o muy deficientes.
6. Familia con acumulación de dificultades personales o especial incapacidad para la relación educativa.
7. Familia con algún hijo institucionalizado o con expediente abierto en TTM o DGAI.
8. Familias numerosas con especiales dificultades económicas.
9. Algún familiar preso o bajo medida judicial.
10. Ambos progenitores o adultos de referencia con paro de larga duración . No ingresos mínimos.

FACTORES DE RIESGO DE LOS MENORES

1. Abandono, desatención.
2. Falta de escolaridad o alto nivel de absentismo.
3. Acogimiento parental sin regularizar.
4. Maltrato físico o psíquico.
5. Problemas emocionales o de carácter importantes.
6. Bloqueo del aprendizaje no por limitaciones propias.
7. Desnutrición. Falta de higiene.
8. Abuso sexual. Prostitución infantil.
9. Menores con cuidadoras sin garantías de atención adecuada.
10. Adolescentes embarazadas. Madres prematuras.

PROPUESTAS SOBRE EL PROCESO DE INTERVENCIÓN

1. Necesidad de que las instituciones junto con el equipo **redefinan la demanda** que se le hace a éste, y la planteen en términos más reales, en la **perspectiva de adaptar el trabajo del EAIA a la realidad del Distrito**, a partir del reconocimiento de que se realizó inicialmente al EAIA de Ciutat Vella una demanda imposible ("funcionar interdisciplinariamente como EAIA con un equipo de tres profesionales para una demanda tres veces mayor que el resto de los equipos").

2. Delimitación más clara de las **competencias** de las Administraciones respecto a los EAIA, p.e.: dependencia institucional, funcional, territorial. Clarificación de las **funciones** de los EAIA. Es necesario, especialmente en ZARS, un **desarrollo simultáneo de las funciones de los EAIA** para lograr mayor eficacia y coherencia en el trabajo cotidiano, y asegurar la atención a todas las demandas de casos graves detectados.

3. **Desarrollo de un modelo propio de los EAIA de la ciudad de Barcelona**, sobre la base de las especificidades de la misma (tamaño, territorios que la componen...) y a un acuerdo de criterios mínimos con la DGAI. Este modelo habría de partir del reconocimiento de las realidades diferentes en infancia y familia en alto riesgo social entre las diferentes zonas de la ciudad, sin perder de vista y asumiendo la necesidad de una planificación global sobre éstos temas desde una perspectiva de ciudad.

4. Un **sistema de información actualizado y permanente** al nivel de ciudad sobre indicadores e informaciones cualitativas sobre las problemáticas generales que afectan a los menores y a las familias en alto riesgo social, junto con los datos que aporten los propios EAIA, puede contribuir a una comprensión de los fenómenos y a una asignación de recursos más correcta. Como consecuencia de lo anterior, se habrían de asignar **mayores recursos** a las ZARS, sobre todo de servicios sociales de atención primaria (SSAP), para evitar derivaciones al EAIA.

5. La necesidad de compaginar estudio e intervención, contemplando a toda la infancia y adolescencia del Distrito de Ciutat Vella y aprovechando la experiencia de los interventores públicos y de otras iniciativas, podría realizarse a través de la elaboración y aplicación de un **Plan Integral de Infancia y Familia** que tenga el soporte de las diferentes administraciones, que integre aspectos de atención primaria y secundaria, que pueda avanzar más en las líneas programáticas y actuaciones del Pla d'Infància, etc. con un carácter experimental y formando el EAIA parte de dicho Plan. La atención a la familia habría de ser la base de los programas de atención a la infancia, siendo la infancia en alto riesgo social parte importante de los mismos.

Algunos ejemplos de temáticas sobre las que realizar estudios en nuestro Distrito y posibles intervenciones específicas serían: prostitución de menores y otras formas de abuso sexual, acogimientos con "cuidadoras" y familia extensa, embarazos en la adolescencia, seguimiento a medio y largo plazo de menores atendidos con medidas de protección, drogadicción en menores, absentismo y otros factores de riesgo para los mismos.

6. Plantear la interdisciplinariedad en los EAIA en ZARS solo si no hay una atención previa a los factores que dificultan su utilización como metodología. El funcionamiento interdisciplinar, teóricamente y con las condiciones institucionales favorables, puede ser mas completo y satisfactorio que otros modelos de funcionamiento, pero mientras no se producen las condiciones adecuadas, quizá es menos frustrante y más eficaz, un buen **funcionamiento multidisciplinar tendente a la interdisciplinariedad** a medida que las condiciones del trabajo lo permitan.

7. Apoyo técnico suficiente a los equipos, tanto desde la DGAI como desde el Ayuntamiento, contemplando la necesidad de supervisión externa centrada en todos los aspectos relacionados con la tarea, etc. Es igualmente necesario, que se potencie institucionalmente en los EAIA, un **proceso permanente de acción-reflexión**, de cara al mejor conocimiento de la realidad de los menores en ARS y a la adecuación de las intervenciones y recursos que se utilizan para atenderlos.

8. Tras haberse desarrollado por los EAIA diferentes formas de colaboración con los SSAP, se habría de **desarrollar en el ámbito de Distrito conjuntamente con los SSAP criterios técnicos** (acuerdos mínimos) de atención sobre el mismo objeto de trabajo, y también desarrollarlos con las entidades que igualmente trabajan con infancia y familias.

9. Al comenzar a funcionar los EAIA en Barcelona, existían grandes expectativas y una percepción en muchos casos equivocada por parte de los SSAP, pensando que los EAIA se harían cargo de "todo lo relativo a la infancia y adolescencia en alto riesgo social", o sea, podríamos decir que se esperaba unos "SSAP especializados en infancia". En realidad los EAIA "no quitan trabajo" (evidentemente sí en cuanto tienen algunas funciones específicas y exclusivas), sino que ayudan a que este trabajo se realice de forma mas completa y con mayor calidad. Esto supone coordinación y clarificación de los tipos de intervención a desarrollar. En nuestro equipo se opta por una negociación con SSAP sobre el papel de cada servicio en la intervención posterior a la valoración del EAIA en función de las características del caso y de los recursos necesarios y/o disponibles.

En un EAIA en ZARS de las características ya citadas, en la coyuntura actual, nuestra experiencia nos hace plantear las siguientes **consideraciones técnicas respecto a las funciones de los EAIA en ZARS:** El tipo de intervención que los EAIA han de realizar siempre es la de **valoración** de los menores en situaciones de alto riesgo social. El proceso de valoración del EAIA, es un **tipo de intervención profesional determinante** para el futuro de las orientaciones y

desarrollo del plan de trabajo, si éste se ve necesario y factible. Es importante que la valoración no la realice el propio derivante, aportando el EAIA objetividad y un análisis interdisciplinar. Además, durante este proceso puede haber un cambio no desdeñable en las relaciones familiares, en su organización y en otros aspectos, así como también se puede motivar para los cambios a realizar o valorar la disposición y/o capacidad para los mismos. La intervención en crisis y de urgencias suele ser parte de ese proceso.

Evidentemente, es absurdo el no continuar la intervención si ésta es necesaria una vez valorado el caso, pues puede provocar que al poco tiempo se haya de valorar de nuevo debido a un empeoramiento. Igualmente absurdo, me parece el no realizar o infravalorar la importancia de una valoración completa, sin la cual el seguimiento, por muy completo que sea, se encontrará lastrado por una valoración inadecuada. En el caso en que no se haya realizado la valoración no habrá lugar a un seguimiento especializado, ya que dicha valoración sólo la puede realizar el EAIA.

El mismo EAIA difícilmente puede ser en los casos de tutela y en algunos casos de guarda, valorador de la situación inicial de los factores de riesgo, proponentor de medidas administrativas si son necesarias, y a la vez "ayudador" terapéutico y valorador de la respuesta final de la familia. Quizá lo mas pertinente sería en estos casos que una parte del EAIA realizara las dos primeras tareas y otra las dos últimas combinando ayuda y control.

Los equipos en ZARS tienden a realizar seguimientos sobre todo de algunos casos valorados por ellos, teniendo dificultades para asumir casos que ya se encontraban bajo medida administrativa o legal antes del comienzo de los EAIA. **Las administraciones habrían de presentar proyectos de atención** para que pudiera ser cubierta esta vertiente en todos los casos en que fuera necesario, potenciándose el trabajo de intervención con las familias y los menores, por ejemplo en la evitación de internamientos y en la facilitación de desinternamientos.

Partiendo de la existencia de los EAIA, tal como señala el ordenamiento legal vigente, una *primera alternativa* sería el reforzar a estos EAIA con nuevos profesionales **que formaran parte del EAIA** y asegurada la valoración de todos los casos se dedicaran específicamente a dicha función de seguimiento, asumiéndola totalmente con la colaboración de los SSAP. Una *segunda alternativa* sería mantener los EAIA como equipos básicamente de valoración y **que los SSAP asumieran los seguimientos** con un aumento de recursos y especialización en el tema, y con un seguimiento indirecto del EAIA. En ésta perspectiva pienso que tendría cabida la propuesta de los Centros de Familia (15), que serían unidades de atención familiar globalizada.

10. Encontramos pocas palabras tan repetidas como centrales y luego tan relegadas a segundo plano como la **prevención**. Se ha hablado, por ejemplo, de prevención y co-responsabilización del ciudadano ante estas problemáticas, y no sólo a las familias de riesgo social, de informar a los padres de las necesidades

de atención al niño, y de informar a técnicos y ciudadanos para ayudarlos en la formulación de demandas. El Sindic de Greuges (16) reflexiona sobre la política seguida por las Administraciones públicas en lo relativo a la protección de la infancia, y plantea al Parlament de Catalunya "la necesidad del despliegue eficaz de acciones preventivas, globales y puntuales, en relación con los niños en situación de riesgo. Esta eficacia necesita obligatoriamente la coordinación de todos los recursos (personales y materiales) utilizables de acuerdo con planes y programas concretos", pues actualmente ésta coordinación "deja mucho que desear"; "práctica inexistencia de colaboración eficaz, derivada, no tanto de actitudes de los profesionales como de actitudes políticas"... "Esta descoordinación se traduce en un mayor gasto global y una menor eficacia"... "El resultado final es que no se incide con la contundencia necesaria en éste entorno y en las causas de la marginación del niño".

Algunos ejemplos de proyectos comunitarios a impulsar, especialmente, desde el EAIA en colaboración con otros servicios son:

- formación de las "cuidadoras" que reúnan unos requisitos mínimos,
- trabajo grupal con padres maltratantes para su entrenamiento en habilidades sociales,
- programas escolares de educación sobre la seguridad de los niños, que incluyan la prevención del abuso sexual, etc.

11. Potenciar el acogimiento familiar temporal desde las Administraciones y la sensibilización social sobre este tipo de recurso, pues hay un potencial de familias dispuestas a solidarizarse y colaborar de forma voluntaria, y por otro lado, con dicha sensibilización se podrían reducir algo las resistencias que tienen a menudo familias que podrían beneficiarse de esta alternativa.

12. Potenciar la colaboración con los recursos privados y de voluntariado así como su actividad, dada su importancia y su conocimiento del medio social y como forma de complementación y mejora de la intervención, no comprometiendo la profesionalidad de la intervención y sus límites, contemplando críticamente algunos de los aspectos técnicos de su trabajo e intentando que su potenciación asegure colaboración y criterios similares a los de la Administración.

13. Los profesionales han de entender y asumir los aspectos de la dinámica institucional que influyen en la implementación de los programas de ayuda a la infancia y a la familia para poder trabajar con mayor claridad. Las expectativas que pueden generar los cambios y mejoras a introducir en los EAIA, han de contar con las limitaciones que se derivan del ejercicio exclusivo de la Administración de las competencias en esta materia.

Los psicólogos nos hemos planteado a menudo preguntas como: ¿Qué sucede para que sea tan difícil la renovación y el cambio en la Administración pública? ¿Existen elementos que la hagan realmente diferente de otras organizaciones?. Se han apuntado algunas explicaciones: la falta de competidores de la Administración, confusión entre producto y proceso, y la dispersión a la hora de

La protección a la infancia ¿contribuye a mantener la homeóstasis social?

asumir responsabilidades (5). Además, suele preocupar más el proceso de incorporación y selección de personal que el producto de esas personas una vez son parte de la Administración y, además, suele haber poca preocupación en ésta en la prevención del 'quemado profesional' ("burn-out")².

Hay, pues, dificultades de fijación de objetivos, de reordenamiento recursos y de control de resultados (5). En éste sentido las empresas de servicios contratadas por la Administración suponen, por múltiples motivos, una agilización de la gestión (la Administración está obligada entonces a definir objetivos y controlar resultados), aunque no son evidentemente, la única alternativa.

² Se ha definido al "quemarse física y emocionalmente, como el desarrollo de una autoevaluación y de unas actitudes profesionales negativas, a la vez que se da una pérdida de implicación y de los sentimientos hacia los clientes" (A. Pines y C. Maslach -1978- citados por 12).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS CITADAS

1. **AJUNTAMENT DE BARCELONA. Comissió de Benestar Social:** Pla d'Infància. 1991. 39 pàgs.
2. **ID. Districte Ciutat Vella. Serveis Personals :** Pla d'Actuació 89-91.
3. **ID. Programa d'Atenció a la Infància:** Informe sobre la situació del EAIA de Ciutat Vella amb demanda d'ampliació. Febrer 1991.
4. **ALONSO VAREA, J.M.:** "Entre la homeostasi social y la protecció a la infància" II Congreso Estatal sobre Infància Maltratada. Vitoria 1991.
5. **BELTRI, F.:** "L'Administració és diferent?" Psicologia.Text i Context. nº 2, juny 1991.
6. **COLOMER, J.:** "El Pla d'Infància" Cuadernos de Pedagogía. nº 170, 1989, pàgs. 57-65.
7. **CONVENIO** de col·laboració entre la DGAI y Ajuntament de Barcelona (31-1-90)
8. **GENERALITAT DE CATALUNYA. DEP. DE SANITAT I SEG. SOCIAL. ICASS :** "Què són els EAIA". 1988. 37 pàgs.
9. **GENERALITAT DE CATALUNYA. DEP. DE BENESTAR SOCIAL:** La atenció a la infància a Catalunya. Colecció "Debats per al Benestar Social", nº 1. 1991.
10. **GENERALITAT DE CATALUNYA. DGAI :** Els maltractaments infantils a Catalunya. Generalitat, 1991.
11. **MARTINEZ ROIG, A./ SANCHEZ MARIN, J.J.:** "Malos tratos institucionales" I Congreso Estatal sobre la Infància Maltratada. Barcelona, 1989. pàgs. 193-211.
12. **MASSON, O.:** "El síndrome del quemarse profesional: Burn-out". Revue de Therapie Familiale. Geneve, 1990, vol.II, nº 4, pàgs. 355-370.
13. **PAMIES, N.:** "Els Equips d'Atenció a la Infància i l'Adolescència de Barcelona" Fer Ciutat (en premsa).
14. **P.S.C.:** Desenvolupament i organització dels Serveis Socials a Catalunya a la dècada dels 90. març 1991. Barcelona. 62 pàgs.
15. **RIPOL-MILLET, A.:** Proyecto de creación del Servicio de Atención a Familias e Infància. INTRESS. (sin fecha) 55 pàgs.
16. **SINDIC DE GREUGES DE CATALUNYA:** Informe al Parlament 1990. 1a edició. abril 1991.