

PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTO-JUVENIL DESDE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD APORTES A PARTIR DE UNA EXPERIENCIA LOCAL

PREVENTION OF CHILD MALTREATMENT FROM THE PROMOTION OF HEALTH CONTRIBUTIONS FROM LOCAL EXPERIENCE

MARÍA VALERIA PÉREZ-CHACA

CONSEJO NACIONAL DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS Y TÉCNICAS. ARGENTINA

RESUMEN

Desde hace décadas se afirma que la salud no es sólo la mera ausencia de enfermedad, por lo que su análisis exige un nivel de comprensión integral, en el que se involucren distintas áreas. En lo que respecta al maltrato infanto-juvenil, J. De Paúl Ochotorena (1996) considera a la prevención como "la única alternativa de abordaje del problema que realmente es efectiva que permitiría evitar el sufrimiento y las consecuencias negativas a corto y largo plazo para muchos niños y sus familias". Frente a un creciente aumento de las estadísticas que dan cuenta de los casos cada vez más numerosos de violencia hacia niños/as y adolescentes, es necesario pensar estrategias socio-políticas, económicas, institucionales, tendientes si no a revertir al menos a atenuar este flagelo. En economías vulnerables como las de los países en vías de desarrollo, en los que los recursos destinados a programas de salud no suelen ser suficientes, y por tanto hay que optimizarlos, las estrategias centradas en la promoción de la salud constituyen una herramienta fundamental en tanto habilita al abordaje de una problemática tan compleja como el maltrato infanto-juvenil como así también el aprovechamiento de los recursos físicos, materiales, financieros y humanos con acciones multiplicadoras de mayor alcance poblacional. Es importante analizar aquellas problemáticas que producen situaciones de stress y que, asociadas, son factibles de constituirse en potenciales detonadores de hechos de violencia, siendo la población más vulnerable y plausible de recibir estos impactos los niños/as y adolescentes. Para reflexionar sobre esto tomamos el caso del Programa de Prevención y Atención del Maltrato a la Niñez y Adolescencia de la provincia de Mendoza (Argentina).

ABSTRACT

In the last few decades, the common belief is that health is not just the mere absence of illness. As a consequence, its analysis requires a high level of comprehension, which should involve the different areas in which human beings grow and develop. It requires taking into account the health aspects that affect quality of living, and that directly or indirectly, prevent harmful or traumatic situations from happening. The present article analyses these aspects in relation with child abuse. Prevention involves the various actions and activities that might prevent the appearance of child and teenage abuse, as well as diminish the damage and "chronification" of the problem once it appears. De Paúl Ochotorena (1996) considers prevention to be "the only truly effective approach to this problem to avoid the suffering, and the short and long-term negative consequences for many children and their families". Statistics show that cases of violence against children increase in number and also in cruelty, which shows the need for socio-political, economic and institutional policies to try to reduce the incidence of these phenomena. In vulnerable economies, the resources for health care programs are usually scarce and therefore, it is very important to optimize resources in the fields of intervention and research. In this context, strategies focused on health promotion become a fundamental tool, because they approach an issue as complex as child abuse and extend the material, financial, and human resources to actions with a broader range of beneficiaries. Daily chronicles show an increase in the number of cases of social violence but also an evolution in the way these cases happen and become public. Also, the conjunction of all the situations capa-

Recibido: 2010.09.13. Revisado: 2010.11.09. Aceptado: 2011.03.01. Publicado: 2010.04.29.

Correspondencia: María Valeria Pérez-Chaca. Pedro Vargas 4197, B° La Madera, Villa Nueva. Guaymallén. Mendoza, Argentina. CP 5521. Tel. (54-261) 4265579. Celular: 0261-156210573. E-mail: valeperezchaca@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN

“*Más vale prevenir que curar*”...viejo adagio cuya vigencia no sólo sigue intacta sino que, por el contrario, en la actualidad reviste singular importancia. Sobre todo, teniendo en cuenta que la salud es un derecho prioritario e inherente al ser humano (así lo expresa el art. 1 de Declaración de Alma-Ata), y condición indispensable para el goce del derecho primero y fundamental: la vida. Partimos de entender la ‘salud’ no sólo en tanto implica contar con condiciones físicas saludables, sino que involucra e integra todas las características del bienestar humano, es decir, vivir, crecer y desarrollarse en un ambiente y condiciones saludables, a nivel familiar y social, e involucra también aquello relacionado con la paz y las gratificaciones personales y sociales.

Pero, cuando nos encontramos con situaciones de violencia social en general y de el maltrato infanto-juvenil (MIJ) en particular, todo lo antes dicho requiere una pronta y crítica revisión y puesta en marcha de acciones integrales orientadas a restituir los derechos, tanto el de la salud como todos aquellos establecidos en numerosas herramientas jurídicas en relación a la niñez y adolescencia y sus derechos costosamente conquistados (La Convención Internacional de los Derechos del Niño de 1989, la Ley Nacional 26.061 de Argentina de 2005, entre otros).

Las crónicas diarias dan cuenta del aumento y cada vez más atroces casos de violencia hacia los niños/as y adolescentes. A ello es necesario agregar las estadísticas específicas sobre este tema con que cuentan algunas instituciones y organismos¹, que no hacen más que demostrar que esta realidad es cada vez más arremetadora en nuestra sociedad, cual fiel espejo de lo que a diario vivimos en materia de (in)seguridad y violencia social. Por su parte, si tenemos en cuenta que los costos que demandan acciones destinadas a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades son bastante menos onerosos que los que deben destinarse a paliar y atender enfermedades y problemáticas psico-sociales ya instaladas², aumenta el requerimiento de reflexionar acerca de la prevención y la promoción de la salud en el campo del maltrato infanto-juvenil en la actualidad.

Por ello, en el presente trabajo proponemos reflexionar, desde un enfoque de derechos, acerca de estos aspectos. Pensar estrategias que apunten a aumentar las condiciones saludables de los diferentes contextos en que se desarrollan los niños/as y adolescentes, en particular de aquellos que sufren distintos tipos de abusos y malos tratos; como así tam-

bién, las herramientas necesarias que se requieren disponer una vez que esta problemática ha salido a la luz o se ha desencadenado hacia el interior de la familia. Para tal fin, también se tomará, a modo de ejemplo, el caso del Programa de Prevención y Atención del Maltrato Infanto-juvenil de la Provincia de Mendoza³ (Argentina), a fin de visualizar formas de acciones sistematizadas por parte del Estado en coordinación y articulación con las comunidades, organizaciones de la sociedad civil y la propia familia, tendientes a abordar esta problemática; cumpliendo así con los principios de co-responsabilidad (Familia-Estado-Sociedad) que propugna la Convención Internacional de los Derechos del Niño.

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD COMO ESTRATEGIA SANITARIA FRENTE AL MALTRATO INFANTO-JUVENIL

Pensar en estrategias y acciones orientadas tanto a la promoción de la salud como a la prevención del MIJ requiere una mirada integral que abarque todos los niveles de análisis, diagnóstico y tratamiento del maltrato infanto-juvenil desde una perspectiva ecológica: el nivel *ontogenético* (herencia que los padres que maltratan a sus hijos traen consigo a la situación familiar y al rol parental); *Microsistema* (familia, es decir, al contexto inmediato donde tiene lugar el maltrato); *Exosistema* (estructuras sociales, tanto formales como informales, que rodean y afectan el contexto inmediato en el que se encuentra la persona y, por lo tanto, influye, delimita y/o determina lo que allí ocurre); *Macrosistema* (valores culturales y sistema de creencias que permiten y fomentan el maltrato a través de la influencia que ejercen en los otros tres niveles). (Pérez Chaca, Giunchi y Mollo, 2008:92)

La conveniencia de este enfoque radica en que es un diseño prospectivo y dinámico, poniendo énfasis en el análisis de la circularidad de los procesos sociales y las características que parecen facilitar el desarrollo del maltrato. Así mismo, también en la actualidad algunos estudios consideran a la salud como un fenómeno histórico-social y por tanto multiterminado que requiere un abordaje integral basado en dos ejes fundamentales: la *heterogeneidad* y la *diversidad de la trama social*. Incluyendo por tanto en el ámbito de la salud las contradicciones, conflictos e incertidumbres inherentes a toda relación humana (Carro, 2009:19). Esta propuesta no se sostendría por oposición al modelo ecológico, sino por el con-

trario, como un aporte superador a lo propugnado por aquel.

Es importante reconocer que, aunque suelen usarse indistintamente, promoción y prevención no son lo mismo. Es este sentido, la promoción de la salud (PS) tiene por objeto o foco aquello considerado “saludable”, es decir, lo directamente vinculado con el cuidado y protección de la salud (entendida en su concepción integral). Por su parte, la prevención de la enfermedad, impulsa acciones orientadas a atender los procesos de enfermar, sus causas, efectos, consecuencias como así también los procedimientos adecuados para la restitución de la salud, como veremos más adelante.

Así, a partir de esto, podemos decir que la P.S., en relación con el MIJ, son aquellas acciones orientadas a disminuir la incidencia del problema, es decir, a evitar la aparición de casos nuevos, o sea, de que se produzca el maltrato. Tiene como población objetivo no sólo a los grupos vulnerables sino a toda la población en su conjunto. Trabaja tanto con los factores considerados de riesgo como así también con los factores protectores inespecíficos o indirectos, o sea, dirigidos a situaciones psicosociales asociadas, en general, con el bienestar social y la calidad de vida. Así lo establece la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986) cuando afirma que para alcanzar el completo estado de bienestar físico, mental y social, el individuo y la población deben contar con la condiciones para desarrollar la capacidad de identificar y realizar aspiraciones, satisfacer necesidades y cambiar o adaptarse al ambiente.

Algunas de las estrategias orientadas a la promoción de la salud y que inciden directa o indirectamente sobre la prevención del MIJ pueden ser:

- Uso adecuado de los servicios de salud a través del servicio de admisión y las consultas a todos los profesionales, preferiblemente de tipo interdisciplinarias.
- Destinar parte del tiempo de la consulta a hacer educación sanitaria individual que fomente los autocuidados y mejore la salud.
- Notificar la presencia de factores de riesgo para la salud ante instituciones o programas responsables.
- Crear consejos de salud en comunidades (con la participación del municipio).
- Crear consejos de salud escolares y/u otras modalidades con la participación activa de los padres y los alumnos.
- Fomentar los grupos de autoayuda, de apoyo, de reflexión, entre otros.

- Extender la cobertura de los servicios preventivos a través de una estrategia activa en grupos de riesgo.

- Adaptar los programas preventivos a las características culturales de la población.

- Formarse y capacitarse en Promoción de la Salud.

- Investigar la estructura de la comunidad.

- Resolver ágilmente las demandas.

- Investigar las necesidades sentidas de la población en relación con los programas preventivos.

- Ponerse en contacto (motivar, abogar, impulsar) con los servicios sociales de la zona, municipios y escuelas constituyendo mecanismos estables de relación: redes institucionales.

- Potenciar, construir, descubrir y/o reforzar las redes de contención y apoyo familiar: redes familiares.

- Utilizar las redes sociales de apoyo para ejecutar los programas de salud.

- Trabajo con voluntariado. Formación de agentes y promotores de salud.

- Trabajo con líderes y referentes comunitarios.

- Trabajar y fortalecer redes solidarias juveniles, fundamentalmente en y a través de los ámbitos educativos.

- Elaborar una planificación estratégica desde los centros de salud, hospitales, etc. Ajustando los servicios ofrecidos a las necesidades de la población.

- “Cuidar al que cuida”: implementar políticas institucionales destinadas a la preservación del personal y el equipo profesional responsable de la atención de niños/as y adolescentes y sus familias. Este aspecto es fundamental y transversal no sólo como pauta para la promoción de la salud sino también en relación todos los niveles de prevención.

PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTO-JUVENIL Y LA VIOLENCIA FAMILIAR. UNA PRIORIDAD IMPOSTERGABLE EN LA AGENDA PÚBLICA Y SOCIAL

Cuando hablamos de prevención lo hacemos pensando en *aquel conjunto de acciones y actividades tendientes a evitar tanto la aparición de un problema, en este caso el MIJ, como así también a disminuir el daño y la cronificación de la problemática una vez producida la misma.*

De Paúl Ochotorena considera a la prevención como “la única alternativa de abordaje del proble-

ma que realmente es efectiva que permitiría evitar el sufrimiento y las consecuencias negativas a corto y largo plazo para muchos niños y sus familias” (De Paúl Ochotorena y Arruabarrena Madariaga, 1996: 327)

De este modo, las acciones, estrategias y políticas orientadas tanto a la promoción de la salud como a la prevención deberán estar acorde a las características sociales, culturales, demográficas, geográficas de la población hacia las que están destinadas. Es decir, en vistas a lograr una efectiva prevención del MIJ deberán diseñarse en función de los niveles de prevención en los que se quiere y requiere actuar. Esto es porque dichos niveles determinan “el momento u oportunidad de la intervención de acuerdo al grado de evolución del fenómeno” (Abarca, Chacón, Leiva y Vergara, 1997).

NIVEL DE PREVENCIÓN PRIMORDIAL

Comúnmente asociado a la promoción de la salud (y de hecho algunos autores la utilizan indistintamente). Tiene por objetivo modificar y/o establecer nuevos patrones sociales, económicos y culturales que procuren mejorar la calidad de vida, y con ello disminuir aquellos factores conocidos que contribuyan a la presencia de la problemática (en este caso el MIJ) y sus riesgos específicos.

En la actualidad, algunos autores incluyen también en este nivel lo concerniente al nacimiento y las condiciones de la gestación.

PREVENCIÓN PRIMARIA

Si bien está dirigida a la población general, apunta más específicamente a los grupos de alto riesgo o vulnerables. Se centra en la erradicación de aquellas variables o factores de riesgo⁴ o estresores que facilitan la aparición o consumación del MIJ. Como así también potencia y trabaja con los factores protectores⁵ que se hallan asociados en forma más estrecha al maltrato a niños/as y adolescentes.

En este nivel lo que se busca es evitar la existencia de aquellas situaciones sociales, formas de relación socio-familiar, que provocan o favorecen la aparición ya sea del maltrato como de otros problemas que se hallan íntimamente relacionados con la violencia intrafamiliar y que, por lo tanto, ubica a determinados grupos y/o sujetos en situación de vulnerabilidad frente a la problemática.

En este sentido, podemos decir que las acciones orientadas al nivel de prevención primario deben

apuntar a: reducir situaciones que favorecen conductas adictivas (alcoholismo, consumo de sustancias tóxicas, entre otras); apuntar a erradicar situaciones de pobreza; disminuir embarazos no deseados; disminuir situaciones de aislamiento social; conocer las necesidades reales –físicas, psíquicas y sociales- de los niños/as y/o adolescentes. También, apuntar a los niveles de atención primaria de la salud (APS) en cuanto a la sensibilización y formación en la detección y prevención del MIJ, de sus profesionales y del personal vinculado a la atención de directa de personas; intervenir y acompañar en los procesos de psicoprofilaxis obstétrica (embarazo y puerperio), propiciando e incrementando las habilidades de los padres en el cuidado de los hijos/as, favoreciendo pautas de maternidad/paternidad responsables. Así mismo, promover espacios de apoyo, orientación y contención familiar en comunidades con población vulnerable y/o donde se hayan detectado situaciones directa o indirectamente ligadas al MIJ y/u otras formas de violencia familiar (en este sentido, la propuesta de las “escuelas de padres”, talleres de padres, u otros centros comunitarios han dado cuenta que pueden ser una modalidad favorecedora para estos objetivos). Finalmente, identificar los puntos valiosos y positivos de los padres, alabar sus esfuerzos, reforzar la autoestima y la competencia (Soriano Faura, sin fecha)

Algunas de las características de la prevención primaria son: Enfoque comunitario. Interdisciplinaria. Ser proactiva e interconectar los diferentes aspectos de la vida de las personas. Orientación ecológica-ecosistémica. Usar la educación y técnicas sociales (grupales) más que las individuales. Dotar a las personas de los recursos ambientales y personales para afrontar por sí mismas los problemas y promover la existencia de contextos sociales justos.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

La planificación y las acciones en este nivel de prevención están dirigidas a los grupos vulnerables y que presenten factores de riesgo. El objetivo está orientado a reducir daños y atenuar estos factores de riesgo, fortaleciendo los factores protectores. En otras palabras, tiende a la disminución de la prevalencia del maltrato, es decir, la cantidad de casos acumulados.

Cuando hablamos de prevención secundaria, lo hacemos teniendo ya en cuenta la existencia del MIJ,

o sea, se trabaja con casos en los que se ha producido esta situación, por lo tanto, el objetivo de este nivel es detectar y tratar en forma precoz el problema para evitar su profundización y cronificación.

Algunas características generales de este nivel de prevención son: a) Detectar y abordar situaciones vinculadas a abandono, negligencia hacia niños/as; violencia doméstica; y cualquier otra forma compatible con MIJ. Para ello es fundamental contar con instituciones preparadas y especializadas en el diagnóstico y tratamiento de estas problemáticas. b) Apuntar a hacer una propuesta de trabajo con las familias en las que se detectaron factores de riesgo, en base a un modelo teórico-metodológico de MIJ. c) Tener en cuenta dos recursos fundamentales: la participación de las madres/padres/adultos a cargo en grupos de apoyo (de autoayuda o de enseñanza ubicados en centros de salud, escuelas, entre otros); y los “educadores familiares”, que pueden ser profesionales de la salud, de servicios sociales, educativos, agentes comunitarios. También esta figura suele ser asumida por los “promotores de derechos” u “operadores comunitarios”, cuya denominación puede variar según regiones, provincias o países. d) Realizar apoyo y acompañamiento de aquellas familias que se encuentran en etapa de formación (llegada de hijos), fundamentalmente en lo que respecta a la enseñanza de los cuidados del/a niño/a, el desarrollo y las exigencias de la maternidad/paternidad. Esto tiene como fin potenciar y reforzar las habilidades de los padres para hacer frente a las situaciones, muchas veces estresantes, que conlleva el cuidado de niños/as y adolescentes. f) Diseñar estrategias tendientes a lograr la permanencia de las familias con presencia de factores de riesgo en los programas y tratamientos durante el período de estos. Fundamentalmente de aquellas en las que se han detectado situaciones de MIJ u otras formas de violencia familiar. g) Poner énfasis en la promoción de las competencias individuales, para lo cual el trabajo preventivo debe apuntar a modificar el ambiente socio afectivo del niño/a o adolescente víctima de MIJ, reduciendo aquellos factores condicionantes que favorecen la aparición y/o profundización de esta problemática; y potenciar las capacidades del sujeto para que pueda hacer frente a situaciones negativas y superarlas. Es decir, que los sujetos elaboren estrategias que les permitan adaptarse a las exigencias múltiples y cambiantes del contexto en el cual se encuentran insertos. h) Apuntar a la replicabilidad.

PREVENCIÓN TERCIARIA

Comúnmente es definida como la “rehabilitación”. En este nivel de prevención se trata de reducir la duración y gravedad del problema y sus secuelas físicas y psicosociales, evitando reincidencias y la cronificación de las situaciones de MIJ una vez que éste se encuentra en un estado avanzado de desarrollo o lleva un período extenso de tiempo siendo ejercido sobre un/a niño/a o adolescente.

PREVENCIÓN CUATERNARIA

Algunos autores más recientemente han incorporado este nivel para hacer referencia a los procesos y formas de (bien) morir o de acceder al derecho de una muerte digna⁶.

Esto difiere de acuerdo al campo específico en el que se aplique el concepto ya que, por ejemplo, quienes trabajan en adicciones, o áreas relacionadas con las capacidades especiales, o en violencia, en este nivel incluyen los procesos de reinserción social y/o integración (socialización)

PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS

En todos los niveles, incluida la promoción de la salud, es importante tener clara el posicionamiento teórico-epistemológico desde donde se piensa. El trabajo con niños/as y adolescentes víctimas de MIJ requiere partir y situarse desde un *enfoque de derechos*. Esto es, desde una perspectiva inclusiva pero superadora de los enfoques centrados en las necesidades.

Pues desde un enfoque de derechos, entendiendo estos como necesidades objetivadas, implica obligaciones morales y legales además de responsabilidad por parte de todos los actores sociales. Igualmente, exhorta y faculta a los poseedores de derechos a exigir los mismos, esto significa que no son vistos como objetos de caridad (como es el caso del enfoque basado en necesidades), sino como individuos que exigen sus derechos legales (Save the Children, 2002) y por tanto requiere asumir las correspondientes obligaciones. Esto pone a los miembros de la sociedad, incluidos los/as niños/as y adolescentes, en el lugar de *sujetos de derechos* y no ya en objetos de la tutela del Estado. De este modo, estos sujetos devenidos en ciudadanos, son los verdaderos actores sociales, sujetos activos de los procesos orientados a una vida y una sociedad cada vez más saludables. Expre-

sa Carlos Madariaga (2008:4) “La salud y la salud mental comunitarias con pertinencia cultural tienen en los derechos humanos un principio fundante. No hay salud posible en un contexto sociopolítico, económico y cultural en el que estos derechos se encuentren restringidos. El concepto de ciudadanía es el eje rector de esta perspectiva. La satisfacción del derecho a la salud es uno de los componentes de mayor potencia en la construcción de ciudadanía; las políticas públicas en esta materia pueden ser potenciadoras o debilitantes de la ciudadanía”.

EL ABORDAJE Y TRATAMIENTO DEL MALTRATO INFANTO-JUVENIL DESDE UN MODELO DE POLÍTICA PÚBLICA. EL CASO DEL PROGRAMA PROVINCIAL DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL MALTRATO INFANTO-JUVENIL DE LA PROVINCIA DE MENDOZA (ARGENTINA)

En el año 1998 se crea, a través de la sanción de la Ley 6551 de la provincia de Mendoza (Argentina), el Programa Provincial de Prevención y Atención Integral del Maltrato a la Niñez y Adolescencia. El mismo incorpora, a través de efectores de salud distribuidos en toda la provincia, un modelo de intervención distinto, novedoso y pionero en todo el país en cuanto a la modalidad de organización y estructuración en todo el territorio provincial.

Tanto en Argentina, y más precisamente en la provincia de Mendoza, antes de la sanción de dicha ley, el abordaje del maltrato infanto-juvenil se realizaba teniendo como base teórica y metodológica diversos modelos de intervención⁷, con distintos fundamentos epistemológicos que poco hacían hincapié explícitamente en la promoción de la salud y en una mirada integral y compleja del fenómeno.

Así, en el tratamiento de esta problemática desde una concepción tradicional, se abordaba al niño/a presuntamente víctima de maltrato, se le realizaban estudios principalmente médicos (estudio de lesiones evidentes o sospechosas de maltrato; examen físico y pedido de estudios complementarios); y eventualmente se agregaba una encuesta socio-ambiental. Habitualmente las estrategias de solución terminaban en la judicialización del caso y la posible institucionalización del niño/a víctima de esta situación, quedando a merced de las políticas públicas y del criterio del juez-padre que llevara su caso⁸. A esta intervención excepcionalmente se realizaba un seguimiento y estudios psicológicos, tanto del niño/a como de su familia; y comúnmente quedaba acotado a los tipos de maltrato físico y abuso sexual.

Cabe agregar que este proceso generalmente se daba a partir de la captación de pacientes que concurrían a hospitales públicos por lo que el conocimiento de casos de maltrato quedaba prácticamente circunscripto a los sectores más pobres o desprotegidos, detectándose entonces un ínfima parte de los casos reales de maltrato infanto-juvenil en la provincia.

La propuesta entonces a partir de la creación de este programa, parte del abordaje interdisciplinario del niño/a y/o adolescente en situación de maltrato y su grupo familiar, apuntando a un diagnóstico, tratamiento y seguimiento integral de la situación; priorizando alternativas de solución en la que se garanticen la mayor cantidad de derecho y la restitución de los mismos teniendo como última opción la judicialización e institucionalización de los mismos; y agregando a los tipos de maltrato ya conocidos otros como el maltrato institucional.

Por otra parte, también asume el manejo del código telefónico 102, línea gratuita destinada a recibir denuncias de maltrato infanto-juvenil. Todo lo cual permitió ampliar la mirada, mejorar sustancialmente la intervención y poder llegar a todos los sectores de la sociedad. A su vez, apuntando a generar un compromiso real de todos los actores sociales (Estado, familia, sociedad civil) frente a una de las situaciones más denostables en lo que a vulneración de derechos se refiere y que tan claro deja en su texto la Convención Internacional de los Derechos del Niño como así también la Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de Niñez y Adolescencia de Argentina.

Este programa trabaja con un enfoque de redes, asumiendo el espíritu que le dio origen y entendiendo que la complejidad y multicausalidad de problemáticas como el MIJ y la violencia familiar exige un trabajo aunado, coordinado y articulado de todos los sectores y en todos los niveles de prevención y atención. Esto implica la constitución de equipos interdisciplinarios ubicados en efectores o unidades especializadas distribuidos en toda la provincia fundamentalmente en centros sanitarios de referencia (Hospital pediátrico; hospitales zonales y centros de salud), como así también en instituciones de la comunidad; poniendo énfasis tanto en las acciones asistenciales propiamente dicha como en las preventivas y comunitarias.

Algunas acciones que se realizan desde este programa son:

1°. Atención de pacientes y sus familias: a través de los equipos interdisciplinarios distribuidos en toda la provincia, tanto a nivel individual, como fa-

miliar y grupal (tanto con padres en talleres y/o grupos terapéuticos; como con grupos de hermanos).

2°. Prevención: a partir de actividades comunitarias y de la inserción en jardines maternos efectuando talleres hacia grupos inespecíficos y docentes

de las instituciones a los fines de brindar información y herramientas acerca de cómo actuar en situaciones de violencia intrafamiliar. También se realiza atención y orientación a madres en los servicios de maternidad y neonatología.

Tabla 1. Total de casos atendidos en el 2009 en las UDES y el Área de Prevención según efectores

PROGRAMA PROVINCIAL DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DEL MALTRATO
A LA NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y FAMILIA (LEY 6551)

ÁREA DE BIOESTADÍSTICA Y EPIDEMIOLOGÍA

ATENCIÓN EN UDES (Total De Casos)	
Total de personas atendidas por los equipos interdisciplinarios del Programa de Prevención y Atención Integral del Maltrato Infanto Juvenil , en los distintos efectores de la Provincia	11509
AREA DE PREVENCIÓN (Total De Casos)	
Maternidad Y Neonatología De Hospital Paroissiens	1462
Jardín Maternal "AMANECER"(Rodeo De La Cruz-Guaymallen); Red Cuna;	
Jardín Pasitos Traviesos; Jardín Cumelen.	326
B° Suyai Y B° La Palaya	156
Jardines Maternales Y Comisión De Derechos	543
Talleres Y Consultorías "Huellitas De Amor" B° Belgrano- Gllén Y Estrellita	
Luminosa - B° Lihue	26
Taller Con Grupo De Padres De Niños Código GAR 5.1-5.2	56
Jardín "Mi Tiempo Feliz", "Pasitos Traviesos" , "Mi Pequeño Hogar"	227
Encuentro Mujeres Valle De Uco- Equipos De Valle De Uco	265
Total de personas bajo programa en talleres de prevención	3061

Fuente: Programa Provincial de Prevención y Atención del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia. Ley 6551. Provincia de Mendoza, República Argentina. 2009. Nota: UDES hace referencia a las Unidades Departamentales Especializadas.

3°. Capacitación Externa: se realizan en forma continúa un curso presencial de MIJ y problemáticas asociadas destinados a público en general, y en particular a docentes y profesionales vinculados a la niñez y adolescencia. Capacitación On line en Violencia intrafamiliar utilizando la plataforma de la Universidad Nacional de Cuyo. La misma está orientada a docentes y profesionales de gabinetes educativos de todos los niveles y capacitación interna: se ha desarrollado desde la creación del programa distintos cursos y espacios de capacitación para los profesionales que integraran dicho programa. Además de fomentar la participación activa en distintos eventos científicos.

4. Estadística y Epidemiología, Investigación.

5. Aplicación de la Ley 26.061: estudio y análisis de esta ley como así también en la coordinación interinstitucional con el Órgano de Aplicación de la Ley 26061 y los otros componentes del Sistema de Protección de Derechos establecidos por esta ley.

6. Constitución y afianzamiento de redes: trabajo en diferentes departamentos de la provincia con el objeto de lograr el afianzamiento de redes con las instituciones que trabajan vinculadas a niñez, adolescencia y familia y mas específicamente en aquellas que se desempeñan en la atención y prevención de la violencia intrafamiliar.

7. Línea 102: a través de esta línea telefónica gratuita, se reciben la totalidad de las denuncias

que tengan que ver con la vulneración de derechos de niños y adolescentes, sean estas de maltrato infantil o no y se derivan a aquellas instituciones pertinentes en cada materia.

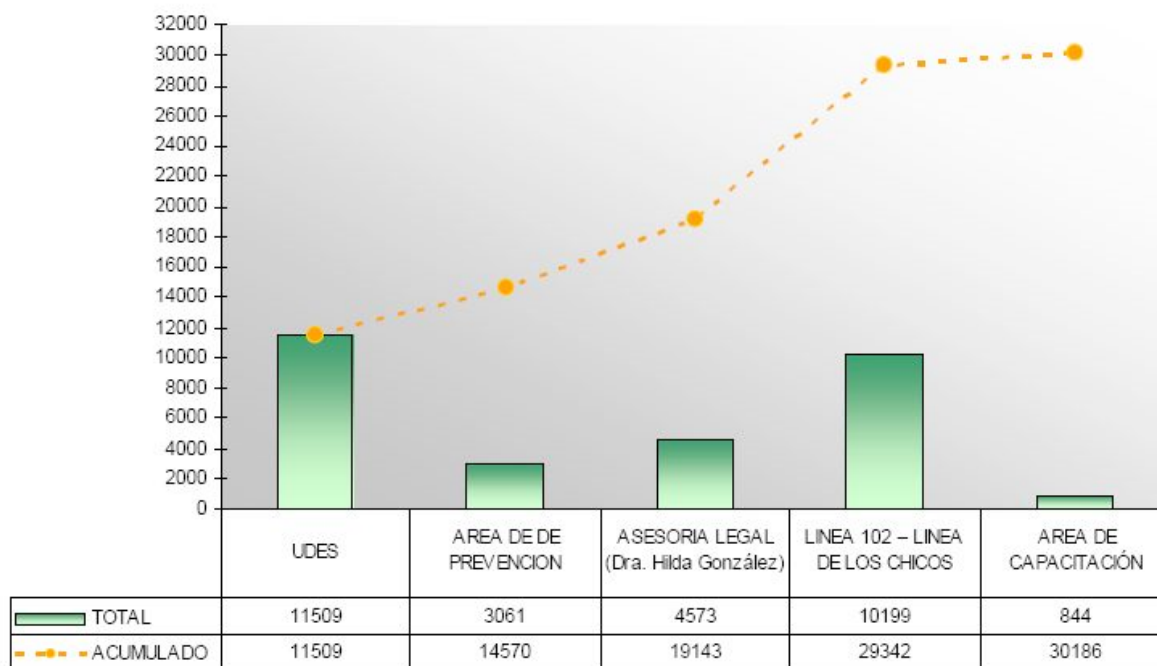
8. Pagina web www.hastalasmanos.com destinada a los jóvenes que abordan temáticas específica

de maltrato y otras problemáticas como las adicciones, trastornos alimentarios, depresión, diversión nocturna, contando con espacios para la consulta, supervisados permanentemente por profesionales especializados del Programa y de otras áreas del Gobierno.

Figura. 1. Número total y acumulado de personas atendidas (niños/as y adultos) en las distintas áreas del Programa Provincial de Prevención y Atención del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia. Ley 6551. Año 2009

AREAS DE INTERVENCION DEL PROGRAMA

CANTIDAD DE PERSONAS A LAS QUE SE HA LLEGADO A TRAVEZ DE LAS DISTINTAS AREAS, EN EL AÑO 2009.



Fuente: Programa Provincial de Prevención y Atención del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia. Ley 6551. Provincia de Mendoza, República Argentina. 2009. Nota: UDES hace referencia a las Unidades Departamentales Especializadas.

CONSIDERACIONES FINALES

Como podemos observar a partir de lo que hemos planteado precedentemente, trabajar y diseñar acciones tendientes a promover la salud y prevenir el MIJ requiere un compromiso de todos los sectores, fundamentalmente del Estado. Pero sobre todo, propender a una formación teórica y metodológica en los aspectos referidos al campo de la salud en ge-

neral y del MIJ en particular; generando estrategias y herramientas que aborden las distintas esferas del desarrollo de los/as niños/as y adolescentes y sus familias sin perder de vista la mirada en la comunidad y las instituciones.

Así, ¿podríamos pensar entonces que cualquier intervención es –o puede ser– siempre preventiva? Y por otra parte, si es menos onerosa para el Estado, ¿por qué no son priorizadas y fortalecidas las

acciones tendientes a la promoción de la salud y prevención (sobre todo primaria) de las problemáticas como el MIJ?

Pues, es cada vez más conocido a través de los medios de comunicación y por numerosos trabajos científicos (provenientes de las ciencias humanas,

jurídicas, sociales, de la salud), el aumento de casos de maltrato de lo que muchos de nuestros/as niños/as y adolescentes son víctimas, como en el caso de Mendoza cuya proyección nos obliga al menos a una mirada atenta de la situación.

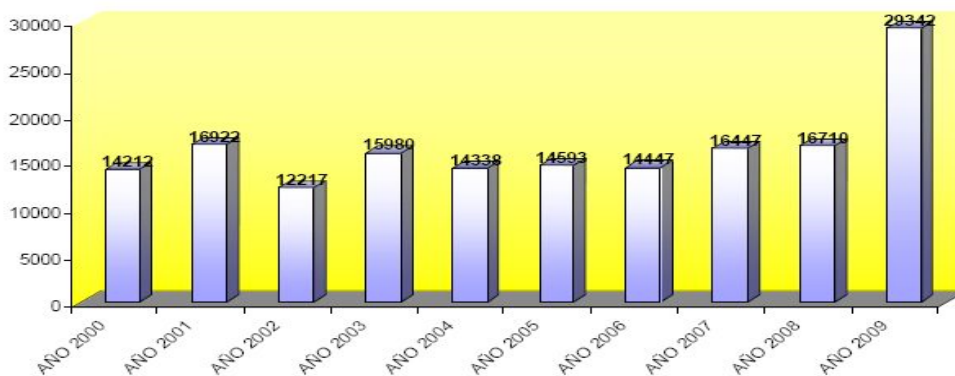
Pero también frente a ello nos interrogamos:

Figura 2. Gráfica comparativa de los casos atendidos en el Programa Provincial de Prevención y Atención del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia. Ley 6551. Período 2000-2009

PROGRAMA PROVINCIAL DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL DEL MALTRATO
A LA NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y FAMILIA (LEY 6551)

ÁREA DE BIOESTADÍSTICA Y EPIDEMIOLOGÍA

GRAFICA COMPARATIVA CON AÑOS ANTERIORES



Fuente: Programa Provincial de Prevención y Atención del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia. Ley 6551. Provincia de Mendoza, República Argentina. 2009

¿han aumentado los casos reales de MIJ o ahora son factibles de ser medidos debido a pueden ser diagnosticados con mayor precisión? Algunos autores coinciden en que puede deberse a ambos fenómenos. Según Bringiotti (1999:79), *el aumento de casos para la atención, no debe interpretarse como un real aumento de la ocurrencia, sino del conocimiento sobre el mismo, la mayor capacitación para detectar adecuadamente, el aumento de servicios especializados de atención y un cambio, aunque lento, pero progresivo de los patrones culturales respecto a cómo educar un niño y los límites de tolerancia respecto a la violencia y el castigo.*

En Argentina (y como una forma de graficar la realidad global, considerando matices y particularidades), tanto las cifras que dan cuenta del número

de casos como de la gravedad de los mismos han significado en este último tiempo por un lado, un confrontación abrupta con una realidad que no puede ya ser más invisibilizada (por el Estado, las familias, las instituciones), y por otro, una muestra del compromiso y del intento denodado de muchos actores por librar acciones y políticas en pos de construir verdaderos espacios para la garantía y/o restitución de los derechos de una infancia vulnerada.

Es por ello que, dentro de las políticas orientadas tanto a la promoción de la salud como a la prevención del MIJ, debe tenerse en cuenta a los profesionales y actores directamente involucrados en la detección y tratamiento de esta problemática. La misma exige un constante compromiso personal, ético y profesional, y un esfuerzo diario en el que

se ponen en juego permanentemente el saber y el hacer, la cabeza y el cuerpo. Si esto no es tenido en consideración, corremos el riesgo de convertirnos (como personas, profesionales y como funcionarios públicos) en reproductores de aquellas situaciones violentas que intentamos remediar o paliar en vez de ser agentes que promuevan la protección, garantía y restitución de los derechos de los/as niños/as y sus familias que consultan y son atendidos en los distintos ámbitos institucionales y que sufren esta problemática. Sin mencionar el efecto que puede producir sobre la vida personal y familiar de quienes son responsables de llevar a cabo esta tarea (basta ver la cantidad de licencias por enfermedad, psiquiatría, stress, burnout de los profesionales y personal que se desempeñan en áreas consideradas de riesgo o de alto impacto –emocional-, como en el campo de la salud).

Entendemos que pensar acciones desde la promoción de la salud es el camino más conveniente, en todos los aspectos, a fin de lograr metas saludables en el camino de la prevención del MIJ y garantizar así un mejor presente para nuestra infancia y adolescencia. El maltrato infantil deja huellas, no sólo en los/as niños/as y/o adolescentes, sino, también en la familia, las instituciones y los ámbitos de desarrollo de aquellos/as.

El objetivo del presente trabajo ha sido contribuir a la discusión teórica sobre el tema en cuestión y ser un aporte más con elementos para problematizar o revisar la práctica profesional. Pensar la distintas formas de intervención, de construcción de acciones posibles a partir de la presentación de una experiencia local, apunta a pensar(nos) como actores involucrados, comprometidos frente a una problemática compleja. En cuyos intersticios se lleva también a cabo la inserción profesional, que en particular para los trabajadores sociales, ha significado y significa aún hoy una ardua construcción de un espacio profesional sostenido y fundamentado teórica y epistemológicamente en arenas como la de salud con, todavía, vestigios de la preeminencia del modelo médico-hegemónico.

AGRADECIMIENTOS

El artículo se inscribe en la beca de posgrado Tipo II otorgada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) de la República Argentina.

BIBLIOGRAFÍA

- Abarca, M.; Chacón, H.; Leiva, E. y Vergara, A. (1997). Una propuesta de Atención en Maltrato Infantil. Chile: Programa de Atención e Intervención en Maltrato Infantil, Servicio Nacional de Menores.
- Bringiotti, M. I. (1999). Maltrato infantil. Factores de riesgo para el maltrato físico en población infantil. Buenos Aires: Miño y Dávila editores.
- Carro, S. (2009). Psicología de la Salud. Introducción a los rasgos generales de una ontología de la simplicidad en relación; una mirada desde la complejidad. En: Perspectivas psicológicas en salud (pp. 11-27). Equipo docente de Introducción a las Teorías Psicológicas Corrientes Teórico Técnicas, Facultad de Psicología, Universidad de la República. Montevideo (Uruguay): Editorial Psicolibros universitarios - ConyTriun.
- De Paul Ochotorena, J. y Arruabarrena Madariaga, M. I. (1996). Manual de Protección Infantil. Barcelona: Masson.
- Madariaga, C. (2008). Interculturalidad, salud y derechos humanos: hacia un cambio epistemológico. Reflexión, 36, 15-19.
- Pérez Chaca, M.V.; Giunchi, V. y Mollo, S. (2008). Familia(s) y maltrato infanto-juvenil. Una mirada desde el campo social. Revista Escenarios, 13, 90-100.
- Restrepo, H. y Málaga, H. (2001). Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable. Colombia: Editorial Médica Panamericana S.A.
- Save the Children. (2002). Programación de los Derechos del Niño. Cómo aplicar un enfoque de derechos en la programación. Manual para los miembros de Save the Children: Alianza Internacional Save the Children, Suecia. http://www.scslat.org/web/noticias_detalle.php?id=E&tip=P&cod=6&rae=&sare=&rgc=&rgc=&rani= (12 Marzo 2010)
- Soriano Faura, FJ. (sin fecha). Prevención y Detección del Maltrato Infantil. <http://personal.telefonica.terra.es/web/als/prevencion.html#MAGNITUD>. (12 Marzo 2010)
- World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISP-CAN). (2006). Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Suiza.

DOCUMENTOS

- Declaración de Alma-ata. (1978). URSS: OMS; UNICEF

- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. (1986). Ginebra: OMS,
- Convención Internacional de los Derechos del Niño. (1989.). ONU. Disponible en <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm> (08 Febrero 2010)
- Ley Nacional N° 26.061 de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes. Buenos Aires, Argentina, 2005. Disponible http://www.derhuman.jus.gov.ar/normativa/pdf/LEY_26061.pdf (23 Mayo 2010)
- Ley Provincial 6354 de Niñez y Adolescencia de la Provincia de Mendoza. Mendoza, Argentina, 1995. Disponible en <http://www.fam.org.ar/FAM.asp?id=264> (27 Abril 2010)
- Ley Provincial 6551 de Creación del Programa Provincial de Prevención y Atención Integral del Maltrato a Niños y Adolescentes. Mendoza, Argentina, 1998. Disponible en <http://www.tribunet.com.ar/tribunet/ley/6551.htm> (27 Abril 2010)
4. Entendemos por *Factores de Riesgo* a aquellas condiciones del niño, su familia u otros grupos sociales en que se desenvuelve el niño, como así también su entorno macrosocial en su conjunto que influyen en el fenómeno, aumentando la probabilidad de su ocurrencia (Abarca, Chacon et al. 1997), favoreciendo la aparición del maltrato. Pero, una vez que el maltrato se ha llevado a cabo, es conveniente hablar de *Factores Condicionantes*, es decir, aquello que permite la continuidad y el agravamiento o no de la situación de maltrato de la cual es víctima el niño o adolescente. Sugerimos la lectura del artículo “Familia(s) y maltrato infanto juvenil. Una mirada desde el campo social” (Perez Chaca, Ma. Valeria; Mollo, Silvina; Giunchi, Verónica, 2008. En *Revista Escenarios*, 13. Buenos Aires: Espacio, 93) e “Intervención en casos de maltrato infantil” (Intebi, Irene; 2009. Cantabria: Dirección Gral. De Políticas Sociales, 22-23. Disponible en la web <http://www.serviciosocialescantabria.org/index.php?page=documentos-e-informes>)

NOTAS

- Hay distintas fuentes para consultar sobre estadísticas de maltrato infanto-juvenil, tanto a nivel nacional en Argentina, como en algunas provincias como es el caso de Mendoza. También organismos internacionales dan cuenta de información relacionada con esta problemática. Lo cierto es que, al menos en Argentina, aún no hay un registro unificado que integre datos locales y nacionales, con criterios estadísticos comunes. Se están haciendo intentos para disminuir estas diferencias de información estadística como puede ser el caso de la Provincia de Mendoza, donde, por ejemplo, se ha implementado el uso del CIE 10 en todas las instituciones que abordan problemáticas de salud mental y de la implementación de una base de datos en red (que a la fecha se encuentra en etapa experimental).
- Un estudio realizado en USA en 2001 en el cual se analizó los costos directos e indirectos derivados del maltrato infantil, arrojó la suma de U\$S 94 billones, de cuales correspondían por ejemplo: U\$S 3 billones en hospitalización; U\$S 425 millones de costos de tratamientos de salud mental; U\$S 14,4 billones en gastos de bienestar infantil, por citar algunos. (Fromm S., 2001. Citado por: World Health Organization and ISPCAN, 2006:13).
- La provincia de Mendoza se ubica en la región centro-oeste de la República Argentina. Limita con Chile y dista de aproximadamente 1000 km. de la provincia de Buenos Aires, capital del país.
- Definimos a los *Factores Protectores* como las condiciones, recursos, potencialidades, etc. Existentes tanto en la familia como en los grupos, comunidades e instituciones que favorecen la disminución de la probabilidad de que se genere o profundice el maltrato, ya sea modificando o aminorando la influencia de los factores de riesgo o condicionantes.
- Este tema ha abierto en la actualidad, no sólo en Argentina, distintos puntos de debate en diversos niveles de la esfera pública y privada ya que, entre otras cosas, se discuten asuntos ligados a la ética, la bioética, la eutanasia, entre otros.
- Distintos modelos de abordaje de la problemática del maltrato infanto-juvenil se han sucedido a lo largo de la historia pero que, por la extensión y objetivos de este trabajo no desarrollaremos. Entre los mismos se pueden mencionar: el modelo médico o psiquiátrico; el modelo sociológico; el modelo psico-social, modelo socio-cultural, entre otros. Sugerimos la lectura de los textos de María Inés Bringiotti, de Irene Intebi, de Norberto Garrone, entre otros.
- Estas acciones se observaron sobre todo cuando aún regía el paradigma de la situación irregular, previo a la sanción de la Convención Internacional de los Derechos del Niño en 1989 que genera un giro en la doctrina hacia el paradigma de la protección integral de los niños, niñas y adolescentes.