



Dibujo de una niña víctima de violencia de género, cedido por *Save The Children*.

SUMARIO

- Editorial (Pág. 2)
- **La Estrategia Europea de Lucha Integral contra la Violencia hacia los Niños**, por Elda Moreno, Consejo de Europa (Pág. 4)
- Trabajo en Red contra el Maltrato Infantil: **Observatorio de la Infancia (España)**, por Ma. Carmen Puyó y José L. Castellanos (Pág. 7)
- Buenas Prácticas: **Registro de casos: la experiencia de la Comunidad de Madrid - Ámbito Sanitario**, por Miguel A. Ruiz (Pág. 11)
- **Medición del Maltrato Infantil propuesta por RICHE (Comisión Europea)**, un proyecto para el Futuro de la Investigación en la Salud Infantil en Europa, por Anders Hjern (Pág. 16)
- **El Maltrato Infantil en México: atención integral de un problema médico-social-legal**, por Arturo Loredó Abdalá (Pág. 21)
- En la Violencia de Género: **Los Niños y las Niñas, los Grandes Olvidados**, por *Save the Children España* (Pág. 24)
- **Formación Continua y Maltrato Infantil**, por Jordi Pou (Pág. 26)
- **Protección de la Infancia y el Código ECPAT**, por Ana Moilanen, UNICEF España (Pág. 28)
- Entrevistas: **Antoni Martínez Roig / Juan Casado Flores / Ignacio Gómez de Terreros** (Pág. 34)
- Libros: **Maltrato Infantil en la Familia en España. Centro Reina Sofía** (Pág. 39)

NOTICIA FUE NOTICIA FUE NOTICIA FUE NOTICIA FUE NOTICIA FUE NOTICIA FUE

ALGUNOS TITULARES SOBRE MALTRATO INFANTIL

Son tantas y tan diversas las Noticias que los Medios de Comunicación reflejan sobre el drama real y cotidiano del Maltrato Infantil, que hemos optado por ofrecer en esta sección una selección de Titulares, conscientes de que esta lacra alcanza a todos los países, todas las culturas, y que también el abusador se puede encontrar en todas las clases, géneros y profesiones.

DETENIDA LA MADRE QUE ABANDONÓ A SU BEBÉ EN UN PORTAL

(El País) Madrid, 24/03/2011

La acusada de maltratar a un bebé dice que creyó que vomitaba manzanilla, no sangre

• Según la acusación, mantenían a la pequeña, de solo siete meses de edad, aislada en una habitación a oscuras.

(EFE) Comunidad de Madrid, 02/11/2011

CONDENAN POR PEDERASTIA A UN PSICÓLOGO ESPECIALISTA EN ABUSOS SEXUALES

(El Mundo). Buenos Aires, 01/01/ 2012

El maltrato infantil modifica el sistema que regula el estrés en la vida adulta

(EFE) Ginebra, 13/01/2012

UN PADRE QUE GOLPEÓ A SU HIJO POR LLEGAR TARDE HA SIDO CONDENADO A OCHO MESES DE CÁRCEL

(Europa Press) Cantabria, 19/01/2012

Efectos del maltrato infantil cuestan 124 millones de dólares al año a EEUU

(www.abc.com.py) Washington, 02/02/ 2012.

UNOS PADRES DEJAN SOLO A SU HIJO DE 12 AÑOS DURANTE DOS MESES EN VALENCIA

▪ El matrimonio dice que se fue a Marruecos a arreglar unos papeles

(El País) Valencia, 07/01/2011

Buscan a mujer que Arrojó a Bebé a una Letrina

(Diario Noticias) México, 22/02/2012

CHINA DUDA SOBRE SUS VALORES POR LA DESIDIA EN EL ATROPELLO A UNA NIÑA

• Dos vehículos arrollan a la pequeña, muerta cerebralmente, y nadie la auxilia

(La Vanguardia) China, 18/10/2011

EL 44% DE ESCOLARES VASCOS ADMITE QUE HA ACOSADO A COMPAÑEROS POR INTERNET

▪ Tres de cada diez menores sufren amenazas o insultos a través de la red, o son grabados en situaciones humillantes, revela una investigación de Deusto

(ElCorreo.com) Vizcaya, 19/02/12

Y así podríamos seguir indefinidamente.....

Esta publicación cuenta con
International Standard Serial
Number ISSN 1989-9793

CONSEJO EDITORIAL:

Director: Jesús García Pérez

Coordinador: Víctor Ruiz

Equipo Editorial:

Maite de Aranzabal
M^a Teresa Benítez
Concepción Brugera
Joaquín Callabed
José A. Díaz Huertas
Gabriel Galdó
Isabel Junco Torres
Raúl Mercer
Antonio Muñoz Hoyos
Carlos Redondo Figuero
Bárbara Rubio Gribble
Carmen Vidal

Edita:

Sociedad de Pediatría Social
c/ Alcalde Sáinz de Baranda, 34
28009 Madrid

Contacto con la redacción:
pediatriasocial@gmail.com

Cuadernos de Pediatría Social es una publicación plural, que respeta las opiniones que sus colaboradores manifiestan en los artículos publicados, aunque no necesariamente las comparte.

Patrocinado por:

EDITORIAL

El maltrato infantil (MI) es un problema sociosanitario que la Organización Mundial de la Salud reconoce como una prioridad en salud y que requiere de respuestas en consonancia con la gravedad del mismo.

La Pediatría y la vertiente que más específicamente estudia este problema, la Pediatría Social, siempre ha considerado fundamental la defensa de los derechos de los niños y la prevención y atención al Maltrato Infantil, como uno de los problemas más importantes.

En este número de la revista CPS hemos pretendido presentar algunos de los avances logrados y problemas existentes en la lucha contra el MI, concluyéndose como consecuencia de los mismos que es necesario continuar avanzando en la formación, sensibilización, coordinación, registro de casos, y puesta en marcha de los sistemas de prevención que definitivamente erradiquen el problema.

Queremos destacar el papel de los Observatorios y concretamente el que ha tenido en España los últimos años el **Observatorio de la Infancia** del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el realizado por el Grupo de Trabajo sobre Maltrato Infantil, entidad que requiere a nuestro juicio la potenciación de su valioso trabajo.

Las diferentes administraciones regionales y municipales también deben potenciar sus actuaciones y programas que se iniciaron en la década de los 90, pues la preocupación política no puede ser sólo qué cosas nuevas hay que hacer, sino también cómo se puede mejorar lo que estamos haciendo.

El modelo de atención a la infancia en riesgo social y/o maltratada en España tiene de alguna manera su piedra angular en la conocida Ley 21/1987 que, modificando el Código Civil en materia de adopción, inició en la práctica la transformación y modernización del Sistema de Protección a la Infancia en España. Esta ley definía el desamparo, introducía el acogimiento como medida de protección, desjudicializaba la protección de menores, propugnaba la integración y normalización en la atención a la infancia en situación de riesgo y maltrato, etc.

En este año, en que celebramos el 25 aniversario de la aprobación de esta Ley, queremos destacar la importancia de este modelo que, adelantándose a la Convención de los Derechos del Niño de 1989, se centraba en las necesidades y derechos de los niños, con la desjudicialización como un elemento clave en el que el fiscal tiene las funciones de superior vigilancia en la protección a la infancia.

Según el lema de una Asociación, la Madrileña para la Prevención del Maltrato Infantil, "*Prevenir el maltrato infantil es un esfuerzo común*", de toda la sociedad en general, pero especialmente de los profesionales e instituciones del campo de atención a la familia e infancia.

Las asociaciones de infancia tenemos una responsabilidad en la atención y prevención del maltrato infantil, en que el considerar el bienestar de la infancia, el buen trato, no debe alejarnos de otros objetivos fundamentales: en el caso de los malos tratos a la infancia, el hacer visible este problema, las buenas prácticas en su atención y mostrar las carencias en su prevención y atención. También desde la exigencia de que las ayudas que reciben/recibimos las Asociaciones-ONG por parte de la Administración, deberían estar condicionadas a criterios de utilidad social, y de responsabilidad en la gestión del dinero público. Siempre, pero especialmente en épocas de crisis, el esfuerzo que realiza la sociedad debe tener una repercusión clara en la misma.

La Sociedad Española de Pediatría Social, por su compromiso con todos los niños, colabora en proyectos y actividades del Consejo de Europa, de la Comisión Europea, y difunde éstos y otros internacionales -como en esta ocasión el artículo sobre MI en México- habiendo en otras ocasiones reflejado experiencias y actividades desarrolladas en Iberoamérica, como Colombia, Guatemala, etc., en las que también hemos intervenido.

El Consejo Editorial



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

DIRECCIÓN GENERAL
DE SERVICIOS PARA LA FAMILIA
Y LA INFANCIA



La estrategia europea de lucha integral contra la violencia hacia los niños

Elda Moreno

**Jefa del Servicio de Dignidad Humana e Igualdad
Consejo de Europa**

Albert Einstein pensaba que el mundo era un sitio peligroso. No a causa de las personas que hacen el mal, sino por las que no hacen nada contra la maldad.

Para el Consejo de Europa, la lucha contra el maltrato infantil comienza con una labor de sensibilización y de responsabilización de todos y cada uno de los adultos que rodean a los 150 millones de niños que viven en sus 47 países miembros.

Para alcanzar este objetivo, el Consejo de Europa necesita afianzar el compromiso de sus Estados miembros con los derechos del niño. El punto de partida es que los niños no son "mini seres humanos" con "mini derechos humanos". El niño es sujeto de derecho y no simplemente un ser desvalido, objeto de protección. La lucha contra el maltrato infantil se inscribe pues en una política más amplia que abarca la promoción y la protección de los derechos del niño.

Con el lanzamiento en 2006 de su programa "Construyendo Europa para y con los niños", el Consejo de Europa define los dos objetivos principales de su acción.

El primer objetivo es el de **promover y proteger los derechos del niño y el interés superior del menor** en toda circunstancia. Esto se realiza sobre todo mediante la inclusión de la perspectiva de la infancia en todas las políticas sectoriales (como la justicia, la educación, la salud, el deporte, la emigración, la familia, las tecnologías de la información y la comunicación, etc.). Es preciso igualmente

facilitar el acceso de los niños al conocimiento y defensa de sus derechos, así como a mecanismos de participación infantil.

El segundo objetivo es el de **eliminar todas las formas de violencia** hacia los niños. El número de niños víctimas de violencia en Europa se cuenta por millones. En todos los países de Europa sin excepción, los niños son víctimas de negligencia, abandono, explotación, exclusión, discriminación, abuso y torturas. La violencia es un fenómeno complejo que puede tomar formas muy diversas. Para erradicarla, el Consejo de Europa sigue dos vías paralelas. Por un lado, promueve la adopción de estrategias nacionales integrales contra la violencia. Por otro lado, estudia algunas formas específicas de violencia (como el acoso escolar, la violencia sexual o el castigo físico) y promueve las medidas necesarias para combatirlas.

Las cinco herramientas de la construcción europea

Para alcanzar los dos objetivos mencionados, el Consejo de Europa cuenta con **cinco herramientas importantes**.

La primera herramienta es el **marco normativo**, compuesto de convenios internacionales y de recomendaciones dirigidas a los Estados. El Convenio Europeo de los Derechos Humanos, el Convenio sobre la adopción, la Carta Social Europea, el Convenio sobre el ejercicio de los derechos del niño, el Convenio para la protección del niño de la explotación y

del abuso sexual o el Convenio para la prevención y la lucha contra la violencia de género y la violencia doméstica, son algunos ejemplos de los más de 200 tratados adoptados en el seno del Consejo de Europa. A través de la ratificación, los Estados se comprometen a tomar todas las medidas enunciadas en el Convenio, que a menudo exige la modificación de la legislación nacional, posibilitando la armonización de los marcos jurídicos de los diferentes países y la cooperación internacional.

La segunda herramienta sirve para comprobar si los países realmente respetan los compromisos suscritos y para indicarles cómo hacerlo. Se trata de **sistemas de seguimiento** entre los que se encuentran el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, el Comité Social Europeo o el Grupo de expertos contra el tráfico de seres humanos. A través de ellos vemos cómo los convenios se aplican a las realidades concretas de, por ejemplo,



un niño víctima de las palizas de su padrastro en Gran Bretaña, de una niña emigrante sola mantenida en prisión en compañía de adultos en Bélgica, de los niños víctimas de explotación laboral en Portugal, o de los niños víctimas de la trata en Eslovaquia.

Todos los países en Europa se enfrentan a desafíos comunes, que a menudo atraviesan fronteras y sólo podemos afrontar aunando esfuerzos. Para posibilitar el intercambio de experiencias y opiniones, el Consejo de Europa ha creado espacios donde representantes de sus países miembros encuentran soluciones a los problemas comunes, **desarrollando políticas** en los ámbitos de la educación, cultura, justicia, juventud, salud, familia, deporte etc. A este trabajo contribuyen igualmente expertos independientes, investigadores, representantes de la sociedad civil, defensores del menor y, desde 2009, también niños y jóvenes. La recomendación sobre la parentalidad positiva, las líneas directrices sobre la salud enfocada en la infancia, los programas de educación a los derechos humanos, o la recomendación sobre los derechos de los niños en centros de acogida, son algunos de los resultados obtenidos gracias a este trabajo en equipo.

La cuarta de nuestras herramientas nos permite ayudar a los países a tomar las medidas necesarias para asegurar el respeto de las normas y el desarrollo de políticas y prácticas respetuosas de éstas. Los **programas de cooperación o asistencia técnica** nos permiten intervenir en la redacción de nuevas leyes (e incluso de constituciones), examinar la compatibilidad de leyes y de los mandatos o prácticas de las instituciones democráticas, y analizar en profundidad la situación de un país, identificando también soluciones eficaces que podrían ser exportadas a otros países.

En fin, el Consejo de Europa considera que, además de los cambios en las leyes y las políticas, es importante obtener un cambio en las mentalidades y actitudes. La quinta herramienta permite **infor-**



Uno de los carteles de la Campaña "Levanta la mano contra el castigo físico".
Carolia Melis/Saatchi&Saatchi - © Consejo de Europa

mar, sensibilizar y empoderar a las familias, a los niños y a los profesionales que trabajan con ellos. A través de la formación de profesionales y de la difusión de información y de materiales de sensibilización, intentamos llegar a un máximo de instituciones y personas posible. Gracias a campañas como "Yo tengo derecho, tú tienes derecho", "Levanta la mano contra el castigo físico", o "UNO de cada CINCO" contra la violencia sexual, nuestro mensaje penetra juzgados, hospitales, escuelas, centros de acogida, televisiones, periódicos y hogares en toda Europa.

La actual campaña "UNO de cada CINCO" contra la violencia sexual ofrece un ejemplo perfecto de cómo el Consejo de Europa utiliza las diversas herramientas de las que dispone para erradicar la violencia. Partiendo del marco normativo creado por el *Convenio de Lanzarote contra la explotación y el abuso sexual*, la campaña moviliza gobiernos, parlamentos, autoridades locales, medios de comunicación, redes profesionales y la sociedad civil, proporcionándoles las ocasiones, informaciones y materiales necesarios para contribuir de manera eficaz a la prevención y a la denuncia de la violencia, así como a la protección de las víctimas. Gracias a "*La regla de Kiko*", padres, madres y cuidadores

pueden abordar este tema delicado con los más pequeños, ayudándoles a identificar y denunciar el abuso.

Las estrategias integrales contra el maltrato: más que una opción, una necesidad

El fruto de más de 60 años de trabajo del Consejo de Europa, los principios que lo inspiran, así como las claves de acción futura, se encuentran recogidos en un texto de referencia: las líneas directrices del Consejo de Europa sobre estrategias nacionales integrales para la protección de la infancia contra la violencia.

La idea de preparar estas directrices surge de una de las recomendaciones del estudio que el profesor Paulo Pinheiro realizó en 2005 para el Secretario General de Naciones Unidas. La recomendación pide a los países que adopten estrategias o planes nacionales integrales de lucha contra la violencia. Con ayuda de los mejores expertos a nivel internacional, redactamos un documento que, además de proponer soluciones a problemas existentes, explica cómo crear las condiciones necesarias para la renovación de las estrategias una vez adoptadas, haciendo de los derechos del niño una constante que no se vea debili-

tada por las variables de los contextos económicos, sociales o políticos.

Las directrices se basan en **ocho principios generales** (protección contra la violencia; derecho a la vida, a la supervivencia y el desarrollo en la máxima medida posible; no discriminación; igualdad de género, participación del niño; obligaciones de un Estado; obligaciones y participación de otros actores, e interés superior del niño) y en **cuatro principios operativos** (naturaleza multidimensional de la violencia, enfoque integrado, cooperación transectorial y enfoque multi-actores). Estos principios se han generalizado en todos los

ámbitos, incluyendo las secciones sobre la acción nacional, regional y local integrada; las medidas educativas y de sensibilización; los marcos jurídico, político e institucional, la investigación y la recopilación de datos.

Las directrices impulsan la promoción de una cultura de respeto de los derechos del niño, basada en el conocimiento profundo de los derechos del niño y en el entendimiento de las vulnerabilidades y capacidades de los niños. Estas directrices están destinadas principalmente a todos los profesionales que están en contacto con los niños y fomentan el establecimiento de servicios y mecanismos adaptados

a los niños, creados para defender los derechos del niño y velar por su interés superior. En una recomendación importante se prevé imponer a todos los profesionales pertinentes la obligación de presentar informes sobre los incidentes de violencia contra los niños.

En las recomendaciones fundamentales de las directrices se hace un llamamiento para la **elaboración de una estrategia nacional integral** dirigida a proteger a los niños contra la violencia. Esta estrategia se entiende como un marco multidimensional y sistemático integrado plenamente en una política nacional para la promoción y protección de los derechos del niño, con un margen de tiempo específico, con objetivos realistas, coordinados y supervisados por un organismo único (cuando sea posible, y de conformidad con la legislación nacional), apoyado por unos recursos humanos y financieros adecuados, y basado en los conocimientos científicos actuales.

Aunque las directrices iban dirigidas en primer lugar a quienes toman las decisiones a nivel nacional, regional y local, éstas también están destinadas a todos los profesionales que trabajan con y para los niños, así como a las familias, a la sociedad civil, a las comunidades, los medios de comunicación y a los niños mismos. En fin, las directrices recomiendan reforzar la cooperación internacional para prevenir la violencia contra los niños en toda Europa.

Para Albert Einstein existía una fuerza motriz más poderosa que el vapor, la electricidad y la energía atómica: la voluntad. El Consejo de Europa nació de la voluntad de construir una Europa basada en los derechos humanos, la democracia y el estado de derecho. El progreso ha sido inmenso. Pero, como también decía Einstein, la palabra progreso no tiene ningún sentido mientras haya niños infelices .

Para más información:

www.coe.int/children
www.coe.int/oneinfive
www.laregladekiko.org

HABLE CON SUS HIJOS Y ASEGÚRESE DE QUE PUEDEN HABLAR CON USTED.

Se estima que uno de cada cinco niños es víctima de abusos sexuales. Por lo general, por alguien que conocen. Impida que esto le suceda a su hijo. Escuche a sus hijos y sea receptivo a sus sentimientos. Enséñeles "La Regla de Kiko": una regla sencilla que explica claramente dónde los niños y las niñas no deberían permitir que les toquen.

Enséñe a su hijo "La Regla de Kiko".
www.laregladekiko.org

URO DE CIBES CIBICO COUNCIL OF EUROPE CONEIL DE L'EUROPE

Ilustraciones: Punga - © Consejo de Europa - EJP

Cartel con "La regla de Kiko", parte de la actual campaña "Uno de cada Cinco". Punga/Grey - © Consejo de Europa

TRABAJO EN RED CONTRA EL MALTRATO INFANTIL: EL OBSERVATORIO DE LA INFANCIA (ESPAÑA)

M^a del Carmen Puyó Marín. Jefa de Servicio del Observatorio de Infancia y Cooperación

José Luis Castellanos. Coordinador del Área de Infancia

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia

(Madrid, 22 de Febrero de 2012)

Sólo desde el abordaje integral y multidisciplinar, que es la esencia del trabajo en red, se puede intervenir ante un fenómeno también multifacético como es el maltrato infantil. Nos encontremos en un momento en que cada vez es más necesario que las autoridades públicas coordinen sus acciones entre las distintas Administraciones, con el propósito de establecer compromisos eficaces en defensa de los derechos y del bienestar de los ciudadanos y garantizar que se satisfagan las necesidades de los más débiles.

Dentro del ámbito de las competencias del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en materia de infancia en dificultad social, la Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia asume el compromiso de contribuir al diseño de las políticas que aseguran la protección de los niños y niñas y de sus familias, que promuevan calidad de vida y que eviten situaciones de desigualdad social, así como que faciliten la participación de las Organizaciones sociales y la sensibilidad de toda la sociedad para la defensa de los derechos de la infancia.

Las actuales políticas de infancia están basadas en la Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989 y ratificada por España en 1990, así como en su Protocolos Anexos a la Convención y las que se derivan de los acuerdos y convenios internacionales en materia de promoción y protección de los derechos de la infancia y adolescencia.

Las Comunidades Autónomas, por su parte, de acuerdo con sus respectivos Estatutos de Autonomía, han regulado la atención a la infancia en situación de dificultad social en sus respectivas Leyes de Servicios Sociales y en otras normas específicas para la infancia, en las que se recogen y regulan, con mayor o menor amplitud y precisión los supuestos y medidas de protección a la infancia y a la familia, la ordenación, régimen y funcionamiento de las instituciones y establecimientos de protección y tutela de menores.

EL OBSERVATORIO DE LA INFANCIA

El Observatorio de la Infancia de España, fue creado por Acuerdo del Consejo de Ministros el 12 de Marzo de 1999 como Grupo de Trabajo. Tiene por objeto la construcción de un Sistema de Información centralizado y compartido con capacidad para conocer el bienestar y calidad de vida

de la población infantil y de las políticas públicas que afectan a la infancia en relación a su desarrollo, implantación y efectos de las mismas en dicha población. Este Grupo de Trabajo está integrado en la actualidad en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, cuya Presidencia ostenta el Secretario de Estado de Servicios Sociales e Igualdad.

El Observatorio lo integran los representantes de los Departamentos Ministeriales con competencias en materia de infancia, así como los Directores Generales del ámbito de infancia y servicios sociales de las Comunidades Autónomas, y cuatro representantes de las Corporaciones Locales, a través de la FEMP; así como representación de las Organizaciones de Infancia y de la Plataforma de Organizaciones de Infancia.

Su funcionamiento es en Pleno y en Grupos de Trabajo, que se crean en función de la necesidad de profundizar en temas técnicos y de estudio sobre problemas y retos sociales relativos a la infancia y adolescencia. En ellos participan también expertos e investigadores universitarios, además de las Asociaciones con mayor experiencia en el ámbito que corresponda.

Algunas de las funciones que tiene encomendadas el Observatorio son:

- Actuar como órgano permanente de recogida y análisis de la información disponible en diferentes fuentes nacionales e internacionales sobre infancia.
- Formular recomendaciones y propuestas tendentes a mejorar los indicadores y sistemas de información.
- Recibir información sobre medidas y actividades que pongan en marcha las Administraciones Públicas en esta materia.
- Evaluar el impacto en la sociedad de las políticas y medidas que afecten a la población infantil y juvenil.
- Constituir un foro de intercambio y comunicación entre los organismos públicos y la sociedad.

Este espacio de encuentro y debate, además de cumplir el objetivo previsto, posibilita el intercambio dinámico de propuestas tendentes a desarrollar mejoras en los **diversos** ámbitos que afectan a nuestra población infantil. El proyecto del Observatorio es el trabajo en red, desde la perspectiva de colaboración y coordinación intersectorial de todas las Instituciones públicas y privadas, destinadas a la defensa y promoción de los derechos de la infancia.

En el año 2000 se constituyó en el Observatorio el Grupo sobre **Maltrato Infantil**, en el que participan representantes de las Comunidades Autónomas, la FEMP, Departamentos Ministeriales, la Fiscalía, y diversas Organizaciones de Infancia.

Hasta el año 2002 la coordinación de este Grupo fue llevada a cabo con la Dirección General de Familia, Menor y Adopción de la Conselleria Bienestar Social de la Generalitat Valenciana, y desde ese año ha sido el Instituto Madrileño del Menor y la Familia de la Comunidad de Madrid quien ha ostentado esta responsabilidad.

Se estableció como objetivo general del Grupo: "*Analizar la problemática del maltrato infantil en general en nuestro país, en sus distintas tipologías y manifestaciones, proponiendo la elaboración de estudios o documentos de interés común para todos los agentes que intervienen, dirigidos a suministrar datos para determinar la dimensión del problema, establecer mecanismos de coordinación interna para su notificación y mejorar la intervención*".

Desde ese momento las acciones más relevantes llevadas a cabo desde este modelo de trabajo en red en el Observatorio de la Infancia han sido las siguientes:

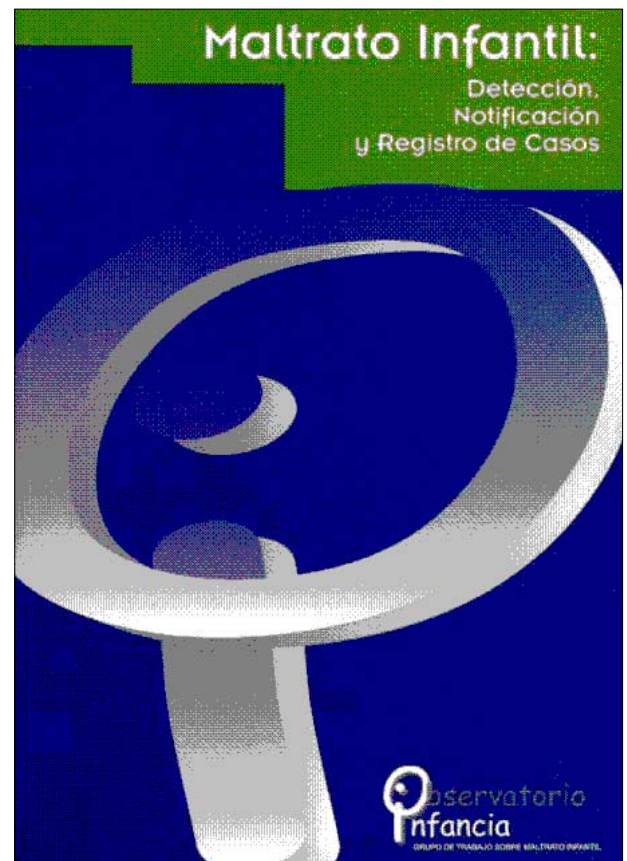
1. Hojas de Detección, Notificación y Registro de casos de maltrato infantil

Bajo la necesidad de impulsar acciones que permitan incrementar y facilitar la detección y notificación de los casos de maltrato infantil en las Comunidades Autónomas y la consecuente activación de los Sistemas de Protección, se elaboró en el Observatorio de la Infancia, en el año 2001, un documento de referencia sobre **Maltrato infantil: Detección, Notificación y Registro de casos**, que va acompañado de Hojas de detección del maltrato infantil en las tipologías clásicas y en los diferentes ámbitos: **sanitario, escolar, de servicios sociales y policial**, con el propósito de lograr una atención más directa y eficaz a los mismos y, además, mantener sistemas de vigilancia que nos acerquen a conocer con más precisión el fenómeno de los malos tratos a la infancia.

En este documento se consensó una definición de maltrato infantil como "*Acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño o la niña de sus derechos y bienestar, que amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad*".

En la sesión del Pleno del Observatorio de diciembre del 2001, se aprobó la puesta en marcha de estas hojas de notificación en cada ámbito competencial, con las mejoras que pudieran ser desarrolladas por cada Institución, pero manteniendo los compromisos mínimos consensuados, con el objeto de poder disponer de registros unificados y homogéneos en cada una de las Comunidades Autónomas. Sus objetivos podíamos resumirlos en:

- Reforzar el consenso sobre el concepto de maltrato y su tipología.
- Implicar y sensibilizar directamente a los profesionales de distintos ámbitos.
- Incrementar las fuentes de notificación.



- Facilitar la notificación de profesionales sin formación inicial.
- Unificar el material de notificación.
- Integrar y facilitar la coordinación entre las distintas fuentes de notificación, facilitando el trabajo en red.

Algunas Comunidades Autónomas fueron pioneras en el establecimiento de este sistema, gozando actualmente de gran experiencia y resultados en su implantación. Otras, han desarrollado hojas de detección "ómnibus", más generalistas, que posteriormente tendrían la oportunidad de conocer y debatir en las mesas redondas siguientes.

Hay que reconocer que este trabajo supuso un gran esfuerzo y representó la primera acción de conjunto, de la cual se derivó la incorporación de las Hojas, edición de guías y materiales, sensibilización y formación de los profesionales, etc.; pero también hay que indicar que el camino recorrido ha sido un tanto desigual en las Comunidades Autónomas.

De una u otra forma supuso seguir investigando en la detección y notificación de casos, con el objetivo de crear **Registros**, que recogieran estas hojas de detección y notificación en los servicios sociales, policía, en el ámbito sanitario y educativo.

En paralelo con este trabajo se aprovechó esta concordancia de intereses para elaborar un módulo de Maltrato Infantil en los Servicios Sociales e introducir la Hoja de detección, con el objetivo de actualizar y homologar el módulo existente en su momento en el SIUSS (Servicio de Información de Usuarios de Servicios Sociales). Se desarrolló un manual de aplicación y se pilotó en varias Comunidades Autónomas.

2. Programas de protección contra el maltrato infantil

Con el fin de mejorar y garantizar en todo el territorio nacional servicios básicos de atención a la infancia en situación de maltrato, se vienen financiando desde el año 1991 programas innovadores para la protección contra el maltrato infantil en el ámbito de las Comunidades Autónomas. El pasado año 2011 el importe era de 805.860 € anuales, cantidad que las Comunidades Autónomas deben financiar en la misma cuantía.

En este sentido y en coordinación con el trabajo realizado en el Observatorio de Infancia, en el año 2005 se consideró la conveniencia de homogeneizar los sistemas de Detección, notificación y registros de casos de Maltrato Infantil, potenciando la implantación de estos instrumentos a través de la financiación de los citados **Programas de Protección contra el maltrato Infantil**, *incluyéndose esta prioridad entre sus objetivos, llevando a cabo este trabajo en colaboración con las Comunidades Autónomas*, sensibilizando e implicando a todos los profesionales y facilitando la coordinación entre las distintas fuentes de notificación.

3. Registro Unificado de casos de Maltrato Infantil

La Comisión Interautonómica de Directores Generales de Infancia, aprobó la creación y puesta en marcha de una base de datos estadísticos "online de todo el territorio nacional" sobre notificaciones de casos de Maltrato Infantil, que tengan lugar en el ámbito de cada Comunidad Autónoma. Esta base de datos online ha sido creada y ubicada en la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad y actualmente la mayoría de las Comunidades Autónomas están introduciendo sus registros de notificaciones de sospecha de maltrato.

Las variables recogidas son las genéricas que en su día se aprobaron: Comunidad Autónoma y provincia donde se ha detectado el hecho; las cuatro tipologías clásicas de maltrato infantil (maltrato físico; emocional, negligencia y abuso sexual); sexo; fecha de nacimiento; Nivel de gravedad (leve; moderado y grave); ámbito de procedencia (sanitario; educativo, servicios sociales y policial); y un número de orden, para evitar duplicidades.

Con estos datos se podrá cruzar esta información y elaborar estadísticas básicas pero fundamentales, tanto nacionales como por Comunidades Autónomas. En ningún caso estos datos tendrán información de carácter personal. El soporte informático en el que se ha realizado, permitirá que desde cada Comunidad Autónoma se facilite la información de forma más ágil, facilitando también la actualización sin que ello suponga un exceso de carga en la gestión.

4. Protocolo de intervención coordinada en casos de maltrato infantil.

Otra herramienta importantísima en cuanto a facilitar la coordinación interinstitucional de todos los agentes en la detección, notificación y posterior intervención de los niños y niñas víctimas del maltrato es la aprobación por el Pleno del Observatorio de la Infancia, en su reunión de 22 de noviembre de 2007, del **Protocolo de intervención**

coordinada en casos de maltrato infantil.

Sus objetivos son:

- Crear un instrumento básico para garantizar la coordinación interinstitucional en la intervención en casos de maltrato infantil, una vez detectados y notificados. El mismo será complementario de los protocolos sectoriales en cada ámbito profesional relacionado con la detección, notificación e intervención sobre casos de maltrato infantil que se vienen realizando.
- Garantizar unos estándares mínimos en la atención a los niños y niñas víctimas de maltrato, independientemente de su sexo, raza, condición social o ubicación territorial.
- Mejorar la atención a los menores víctimas de maltrato para reducir la victimización primaria y secundaria.

Este "**Protocolo de intervención en casos de maltrato infantil**" ha sido elaborado por un grupo de trabajo en el participaban representantes de diferentes Comunidades Autónomas, ONG's, Fiscalía General del Estado, Consejo General del Poder Judicial, Ministerio de Educación, Ministerio de Sanidad, Ministerio del Interior y del antiguo Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Su aplicación práctica y desarrollo depende de la adaptación que, en cada territorio, hará la correspondiente Comunidad Autónoma.

Finalmente señalar que la actuación referida al ámbito judicial que se contempla en el Protocolo de Maltrato Infantil ha quedado totalmente desarrollada en la **Circular 3/2009, de la Fiscalía General del Estado**, sobre Protección de los Menores Víctimas y testigos en los procesos penales, dada la particular vulnerabilidad de éstos que reclaman especial protección según su edad y nivel



de madurez, a fin de evitar los traumas o minimizar el impacto que puede ocasionar su participación en este tipo de procesos, con el objetivo final de evitar la revictimación o victimación secundaria. En este sentido, la Circular cita en numerosas ocasiones la referencia hacia el Protocolo del Observatorio de Infancia.

Actualmente, nos encontramos en la fase de incorporar en el citado Protocolo las situaciones de maltrato que pudieran sufrir todos aquellos niños y niñas que viven en un entorno de violencia en el contexto familiar (violencia de género) y mejorar la cooperación entre las instituciones competentes de las Comunidades Autónomas y otras instituciones y/o agentes intervinientes.

5. III PLAN DE ACCIÓN CONTRA LA EXPLOTACIÓN SEXUAL A LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

En primer lugar, es importante señalar que éste es un problema de difícil definición y concreción numérica, derivado de la complejidad de un fenómeno que suele ser ocultado por el miedo de las víctimas a no ser creídos o vergüenza de los propios familiares. A pesar de los intentos realizados de estudiar y conocer la realidad, la verdad es que sólo contamos con los datos extraídos de las denuncias formuladas ante los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado de menores de 18 años víctimas de delitos contra la libertad e indemnidad sexual, correspondiente al año 2009, alcanzando la cifra de 3.459 menores víctimas.

En la actualidad, una vez aprobado por el Pleno del Observatorio de la Infancia en diciembre de 2010, está vigente el **III Plan de Acción contra la Explotación Sexual de la infancia y adolescencia (2010-2013)**.

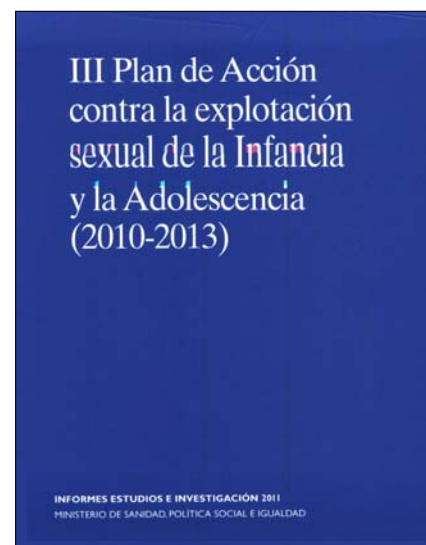
Este Plan pretende continuar con el compromiso del Estado en la defensa y protección de los Derechos de los Niños y las Niñas frente a la Explotación Sexual, iniciado con los **dos planes anteriores**.

Centrado en la Explotación sexual de la Infancia y la Adolescencia, el Plan incluye acciones para prevenir y combatir todas sus manifestaciones: Imágenes de abuso sexual de la infancia y adolescencia; trata de niños, niñas y adolescentes con fines de explotación sexual, actividades sexuales remuneradas con niños, niñas y adolescentes o explotación sexual de la infancia en los viajes. Consta de 5 objetivos, que son los siguientes:

- **Objetivo 1. Conocimiento de la realidad sobre la explotación sexual de la infancia y la adolescencia en España.**
- **Objetivo 2. Prevención y Sensibilización social.**
- **Objetivo 3. Protección e intervención con los niños/niñas, y adolescentes que sufre explotación, así como tratamiento de los agresores.**
- **Objetivo 4. Desarrollo y adecuación del marco legislativo/jurídico idóneo para combatir la explotación sexual de menores.**
- **Objetivo 5. Cooperación Internacional.**

A efectos de propiciar el conocimiento de este III Plan, del mismo modo que pretendemos cumplir la Recomendación que formula el Comité de los Derechos del Niño al examen presentado por España en relación con el **Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño, relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía**, respecto a su difusión y ejecución, reclama de todas las Instituciones interesadas y de los profesionales que trabajan con y por los niños un alto grado de participación, así como de la sociedad civil, propiciando la incorporación y cooperación de la infancia y adolescencia en las actividades del propio plan, así como de su evaluación.

Las lecciones aprendidas durante estos años nos hacen recordar que este trabajo y los productos que han generado (informes, estudios e investigaciones, formación, etc.) no se puede concebir desde el ámbito de una sola Institución, sino que requiere de la motivación y del esfuerzo de todos los agentes implicados en el bienestar de la infancia y la adolescencia, por ser uno de los compromisos más loables que podemos asumir •



Los documentos citados en este artículo se pueden obtener en:
<http://www.observatoriodelainfancia.msp.es>

Buenas Prácticas

REGISTRO DE CASOS: la experiencia de la Comunidad de Madrid - Ámbito sanitario

Miguel A. Ruiz Díaz.*

El maltrato infantil es un problema de gran complejidad que requiere la puesta en marcha e impulso de programas integrales que faciliten el abordaje de todos sus aspectos: la detección y diagnóstico de los casos, la atención social y legal, la intervención de los servicios de protección a la infancia y el desarrollo de sistemas de notificación y de registro de los casos que permitan el conocimiento epidemiológico de este problema¹.

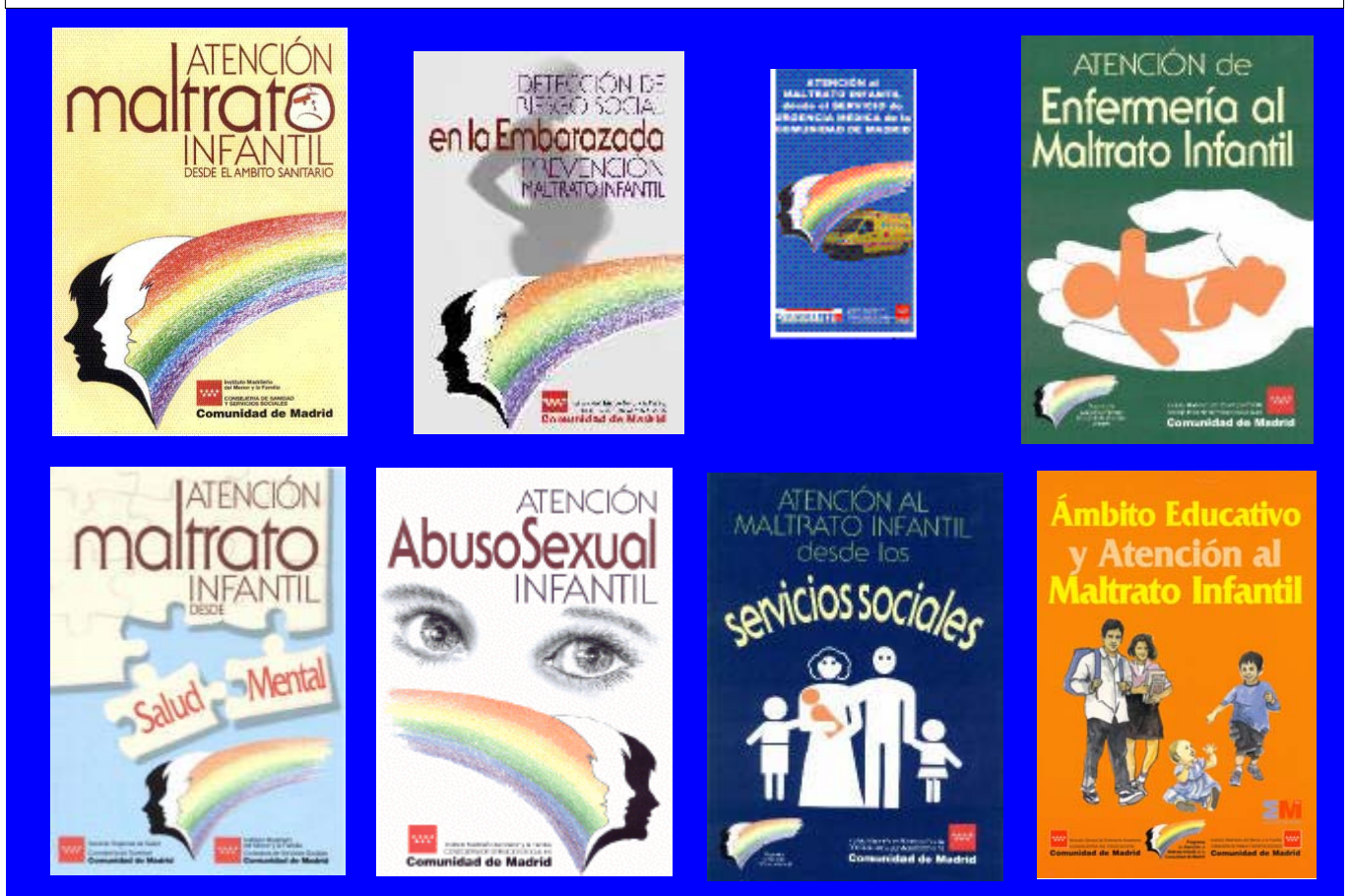
En la Comunidad de Madrid, la entidad responsable de la protección a la infancia es el Instituto Madrileño del Menor y la Familia (IMMF). El Instituto comenzó en

1998 el "Programa de atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario"² que incluía dentro de sus actividades, entre otras, la identificación de las tipologías de maltrato infantil, el desarrollo de indicadores de maltrato consensuados entre los profesionales sanitarios, establecer un protocolo de actuación estandarizado, la puesta en marcha de un programa de formación para profesionales, la edición de un manual de intervención, y la creación de un registro de casos de maltrato infantil.

La importancia y buena aceptación del programa en el ámbito sanitario, así como las propuestas y

demandas tanto de los participantes como de las instituciones que fueron tomando contacto con el programa, motivó que se fueran desarrollando progresivamente programas específicos adicionales en otros ámbitos profesionales (educativo, servicios sociales), partiendo de los mismos elementos seminales del programa original desarrollado en el ámbito sanitario, y también el abordaje de algunos problemas particulares relacionados con su prevención en distintas especialidades (salud mental, obstetricia, enfermería, servicios de urgencias) y tipologías particulares (abuso sexual; ver Figura 1).

Figura 1. Publicaciones de los distintos Programas desarrollados.



La implantación de los diferentes programas fue progresiva en los distintos años subsiguientes, pero a lo largo del desarrollo del programa se ha mantenido constante el interés por las actividades de formación como un elemento imprescindible (Tabla 1). Ya en la concepción inicial del programa se hizo evidente la necesidad de llevar aparejada la formación continuada para su correcta implementación, por una parte para sensibilizar a los diferentes profesionales sobre la gravedad del problema, por otra para enseñar a acometer su detección temprana, y por otra para difundir la protocolarización automatizada de las intervenciones y agilizar la puesta en marcha de medidas correctoras o paliativas.

Registro de Casos detectados de maltrato infantil desde el ámbito sanitario

Otro aspecto del programa pionero en España fue la creación y apertura del "Registro de casos de riesgo y maltrato infantil detectados desde el ámbito sanitario", iniciado el 1 de

Tabla 1. Actividades formativas y programa impulsado por el IMMF.

Programa	Año de inicio	Cursos Ediciones
Ámbito sanitario	1998	5
Riesgo social en la embarazada y el recién nacido	1999	4
Salud mental	2000	3
Abuso sexual infantil	2000	4
Enfermería	2002	4
SAMUR - PC	2001	3
Servicios sociales	2002	4
SUMMA - 112	2003	4
Educativo	2005	1

enero de 1999. Al margen de la necesidad de este tipo de recursos para poder realizar estudios epidemiológicos, su establecimiento permitió anticipar muchas cuestiones relativas a las garantías de privacidad y seguridad que luego serían evidentes en el desarrollo legislativo sobre protección de datos y sistemas de registro. Ya en los dos primeros años de recopi-

lación de información se hizo patente la utilidad de los resultados obtenidos³.

Hoja de Notificación

La hoja de notificación fue concebida como un instrumento de recogida de información para la detección de casos, de manera rápida y fiable. No se trata de un instrumen-

Figura 2. Hoja de notificación y registro de maltrato infantil detectados desde el ámbito sanitario de la Comunidad de Madrid.

HOJA DE NOTIFICACIÓN DE MALTRATO FÍSICO Y ABANDONO
 L = Leve M = Moderado G = Grave
 Para una explicación detallada de los indicadores, véase el dorso

Sospecha
 Maltrato

MALTRATO FÍSICO

- Magulladuras o moretones¹
- Quemaduras²
- Fracturas óseas³
- Heridas⁴
- Lesiones viscerales⁵
- Moraduras humanas⁶
- Intoxicación forzada⁷
- Síndrome del niño zarandado⁸

NEGLIGENCIA

- Escasa higiene⁹
- Falta de supervisión¹⁰
- Cansancio o apatía permanentes
- Problemas físicos o necesidades médicas¹¹
- Es explotado, se le hace trabajar en exceso o no va a la escuela¹²
- Ha sido abandonado

MALTRATO EMOCIONAL

- Maltrato emocional¹³
- Retraso físico, emocional y/o intelectual
- Intento de suicidio
- Cuidados excesivos / Sobrepotección¹⁴

ABUSO SEXUAL

- Sin contacto físico
- Síntomas comportamentales¹⁵
- Con contacto físico y sin penetración
- Dificultad para andar y sentarse
- Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada
- Dolor o picor en la zona genital
- Cortaduras o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal
- Deviceo/válvula hinchados o rojos
- Explotación sexual
- Semen en la boca, genitales o ropa
- Enfermedad venérea¹⁶
- Apertura anal patológica¹⁷

Tamaño hendidura himenal (en postura de rana) _____ mm

IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Tache o rellene lo que proceda)

Identificación del niño: Causa Falso (delimitado del niño)

Das primeras iniciales del Primer apellido _____ Das primeras iniciales del Segundo apellido _____

Sexo V M Fecha de Nacimiento (sólo días mes año) _____

Compañero/a: Padre Madre Tutor Policía Vecino Otro(a) _____

Fecha de Notificación (sólo días mes año) _____

Identificación del notificador

Centro: _____

Servicio/Consulta: _____ Área Inicial: _____

Profesional: Médico Enfermera Trabajador Social Matrona Psicólogo Nº Colegiado: _____

Sospecha: No existen datos objetivos, solo la sospecha, que se deduce de su historia clínica no creíble o contradictoria, o de la excesiva detección en la consulta.

¹ Magulladuras o moretones en diferentes fases de cicatrización, en rostro, labios o boca, en zonas externas del torso, espalda, brazos o muslos, con formas no normales, agudizados o como seña o marco del objeto con el que han sido infligidos, en varias áreas diferentes, indicando que el niño ha sido golpeado desde distintas direcciones.

² Quemaduras de punto o sigaritas. Quemaduras que cubren toda la superficie de las manos (en guantes) o de los pies (como un calcetín) o quemaduras en forma de burbujas en narices, genitales, indicativas de inmersión en líquido caliente. Quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas. Quemaduras con coqueles que dejan seña claramente definida (garras, pinchas, etc.).

³ Fracturas en el cráneo, nariz o mandíbula. Fracturas en espina de los huesos largos (brazos o piernas), en diversas fases de cicatrización. Fracturas múltiples. Cualquier fractura en un niño menor de 3 años.

⁴ Heridas o rasaduras en la boca, labios, cejas u ojos. En los genitales externos, en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.

⁵ Lesiones viscerales (abdominales, torácicas y/o cerebrales). Hinchazón del abdomen. Dolor localizado. Vómitos constantes. Son sugestivos los hematomas duodenales y las hemorragias pancreáticas, o alteraciones del seno sin causa aparente.

⁶ Señales de mordeduras humanas, especialmente cuando parecen ser de un adulto (más de 3 cms de separación entre las huellas de los caninos) o son recurrentes.

⁷ Intoxicación forzada del niño por ingestión o administración de fármacos, heces o venenos.

⁸ Hemorragias retinianas e intracraniales, sin fracturas.

⁹ Constantemente sucio. Escasa higiene. Hacinamiento o sediento. Inapropiadamente vestido para el clima o la estación. Lesiones por exposición excesiva al sol o al frío (quemadura solar, congelación de las partes expuestas).

¹⁰ Constante falta de supervisión, especialmente cuando el niño está realizando acciones peligrosas o durante largos periodos de tiempo.

¹¹ Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (ej. heridas sin curar o infectadas) o ausencia de los cuidados médicos necesarios: no seguimiento del calendario de vacunación, ni otros indicadores terapéuticos, caries dental extensa, angiecta localizada por asfixia prolongada en la misma posición, oteas avanzadas -proliferadas.

¹² Incluye a niños que acompañan a adultos que "piden", venditores en semáforos y a todos aquellos sin escolarizar debidamente.

¹³ Situaciones en las que el adulto responsable de la tutoría actual, priva o provoca de manera crónica sentimientos negativos para la autoestima del niño. Incluye menoscabo continuo, desvalorización, insultos verbales, intimidación y discriminación. También están incluidos amenazas, coacción, intromisión o prohibición de las relaciones sociales de manera continua.

¹⁴ Retraso del crecimiento sin causa orgánica justificada. Incluye retraso psíquico, social, del lenguaje, de la motilidad global o de la motilidad fina.

¹⁵ Sobrepotección que priva al niño del aprendizaje para establecer relaciones normales con su entorno (adultos, niños, juego, actividades escolares).

¹⁶ Incluye síntomas comportamentales de tipo sexual: conductas sexuales, conocimientos sexuales o afirmaciones sexuales inapropiadas; y de tipo no sexual: trastornos funcionales (trastornos del sueño, desórdenes del apetito), problemas emocionales (depresión, ansiedad, fobias), conductas regresivas), problemas conductuales (agresiones, fugas, conductas autolesivas), problemas de desarrollo cognitivo (retardo del habla o académicos, problemas de atención y concentración) y problemas afectivos (culpa, vergüenza).

¹⁷ Enfermedad de transmisión sexual por abuso sexual. Incluye gonococia y sífilis no neonata. Son sospechosos de abuso sexual: Chancras, condilomas acuminados, eritemas vaginales, herpes tipo 1 y 2.

¹⁸ Incluye fístulas anales (no siempre son abusos), cicatrices, hematomas y desgarros de la mucosa anal, cambios de la coloración o dilatación excesiva (>15 mm), explorado el ano decubierto lateral, especialmente con ausencia de heces en la ampolla rectal). La presencia de condilomas acuminados es altamente sugestivo de abuso sexual.

La información aquí contenida es confidencial. El objetivo de esta hoja es facilitar la detección del maltrato y posibilitar la atención. Los datos que se recogen se tratarán informáticamente, con las garantías que establece la Ley 13/1996, de protección de datos de la Comunidad de Madrid. Para cualquier cuestión relacionada con esta materia puede dirigirse al teléfono de Información Administrativa 012.

to diagnóstico, sino de una herramienta que permite la comunicación de casos (identificando si existe certeza o sospecha de maltrato infantil) de una forma cómoda, detallada y estandarizada para todos los centros. La hoja de registro recoge los principales indicadores de maltrato de tipo físico, emocional, sexual o por negligencia, con un repertorio mínimo de indicadores consensuados. Con ello se consigue el registro rápido y preciso de las tipologías de maltrato y, también, recordar cuáles son los indicadores más evidentes y habituales en cada una de las tipologías.

La hoja de notificación forma parte también del Registro de Casos de Sospecha o de Maltrato, ya que la propia hoja de notificación es a su vez una hoja de registro que debe ser cumplimentada por el profesional sanitario que detecta el caso en cualquiera de los distintos dispositivos sanitarios (atención primaria, hospital, salud mental, servicios municipales de salud, etc.) y remite una copia al Registro.

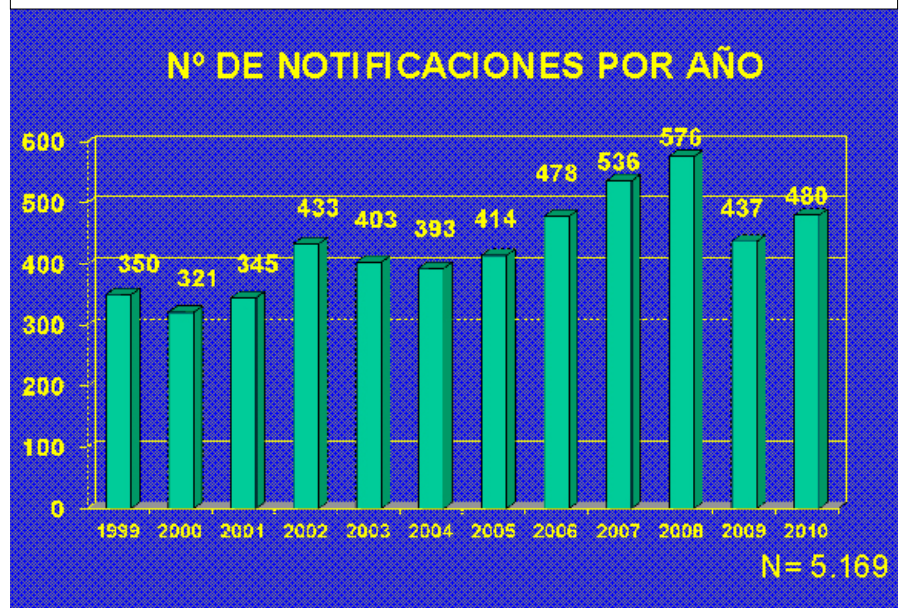
El diseño de la hoja de notificación vino regido por el requerimiento de que fuera autocontenida, sin que necesitara la referencia de materiales externos adicionales. Sin embargo, el cuadernillo de hojas va acompañado de un manual explicativo.

Las notificaciones se realizan mediante hojas autocopiativas de tres ejemplares: uno para ser conservado en la Historia Clínica, otro para ser derivado al trabajador social, y el tercero dirigido al registro de casos, mediante franqueo en destino a un apartado de correos establecido al efecto por el IMMF.

Datos del Registro de Casos

A lo largo de estos 13 años (1999-2011) se han recibido un total de 5.572 notificaciones. A continuación presentamos algunos datos correspondientes al periodo 1999-2010, ya que los de 2011 se encuentran todavía en proceso de recopilación y explotación estadística. (Figura 3)

Figura 3. Numero de notificaciones por años.



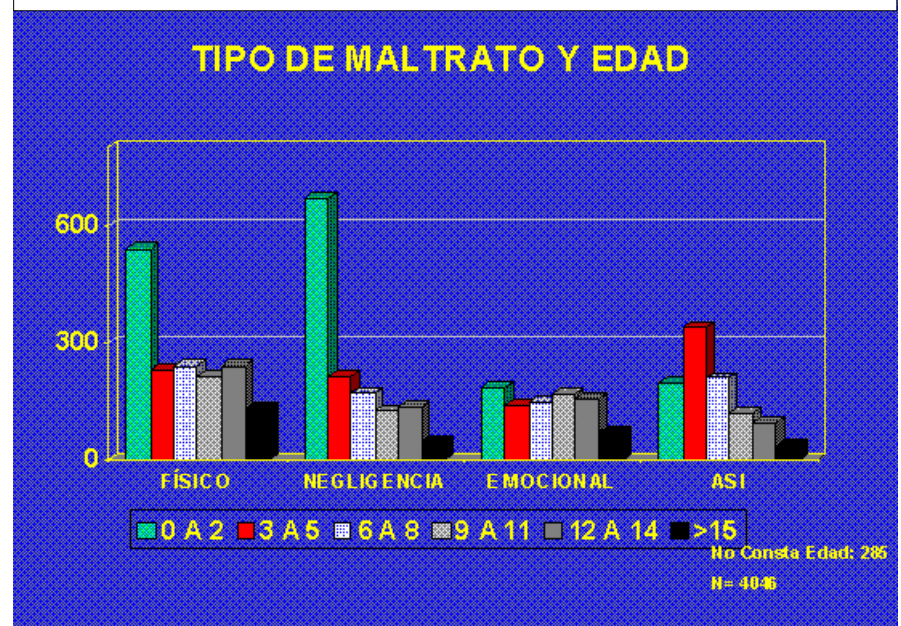
De las 5.169 notificaciones registradas hasta el año 2010, en 245 casos hubo repeticiones del mismo niño al haber sido notificado el caso por distintos dispositivos sanitarios o por tratarse de varios episodios sufridos por el mismo niño, por lo que las notificaciones recibidas corresponden a 4.924 niños, siendo el 25% de las notificaciones identificadas como maltrato infantil evidente y el 75% como sospecha de maltrato.

Referente al tipo de maltrato infantil notificado, 2.153 fueron maltrato físico (43,72%), 1.723 de maltrato por negligencia (34,99%), 1.109 de maltrato emocional (22,52%) y

1.251 de abuso sexual (25,4%). En algunos casos se notifican varias tipologías de maltrato, siendo la combinación más frecuente maltrato físico y negligencia.

El 45,24% corresponde a niños menores de 5 años. Atendiendo a los diferentes grupos de edad, 1.172 (23,8%) corresponden a niños de 0 a 2 años, 1.051 (21,34%) de 3 a 5 años, 728 (14,78%) de 6 a 8 años, 618 (12,55%) de 9 a 11 años, 615 (12,48%) de 12 a 14, y 382 (7,75%) corresponden a mayores de 15 años. En 358 casos (7,27%) no consta la fecha de nacimiento en la notificación. (Figura 4)

Figura 4. Según tipo de maltrato y edad.

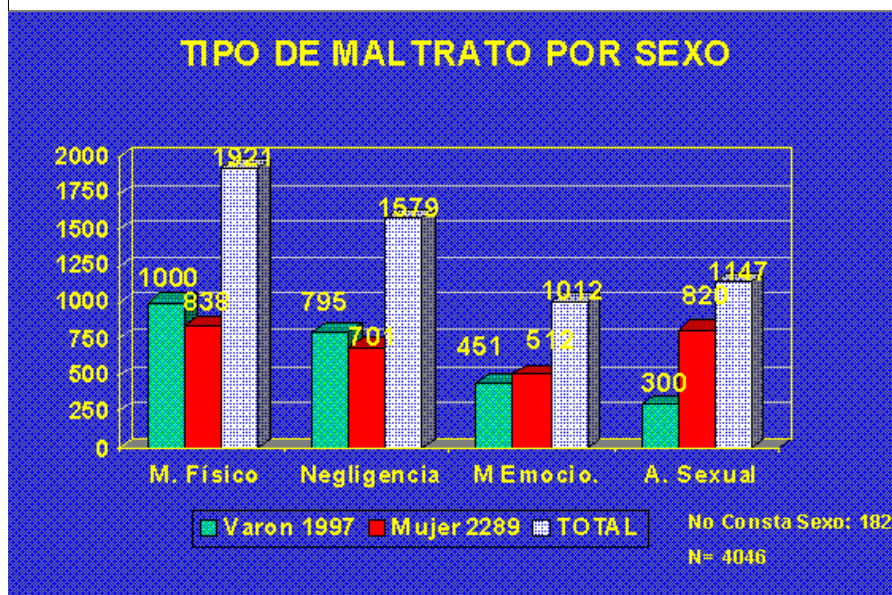


En lo que respecta al sexo, el 47% eran niños y el 53% niñas. En la figura puede apreciarse que mientras en el maltrato físico, la negligencia y el maltrato emocional no hay diferencias significativas respecto al sexo, en el caso de abuso sexual, de las 1.147 notificaciones recibidas el 26,71% (300 casos) corresponden a niños y 820 (73,21%) a niñas, no constando el sexo en 27 notificaciones. (Figura 5)

Los hospitales son los centros sanitarios que más notificaron, con un 42% de las notificaciones, seguidos de los centros de atención primaria (18,08%), del SAMUR-PC (20,87%), el SUMMA-112 (0,63%), el IMMF (3,01%), los centros de salud mental (1,78%) y en el 0,42% de los casos la procedencia es otra distinta. No consta la procedencia de la notificación en el 1,56% de las notificaciones recibidas (incluyendo las repetidas). (Figura 6)

La respuesta heterogénea entre los diferentes profesionales y dispositivos sanitarios (hospitales, centros de salud, urgencias médicas extrahospitalarias, salud mental, etc.) nos hace pensar que el alcance del programa ha sido desigual y que la implicación de los centros todavía no se ha generalizado lo suficiente. A título de ejemplo, del total de las 2.771 notificaciones del ámbito hospitalario y de un total de 24 hospitales notificadores, el 85,52% corresponden a 4 hospitales: Niño

Figura 5. Tipo de maltrato y sexo.



Jesús (1.002 notificaciones; 36,16%), La Paz (873; 31,5%), Infantil Gregorio Marañón (287; 10,35%) y 12 de Octubre (208; 7,5%).

Repercusión del Programa

El Programa iniciado por la Comunidad de Madrid en 1998 ha sido objeto de interés a nivel nacional e internacional y ha suscitado la invitación de instituciones de diferentes países para su presentación, tanto en Europa como en Latinoamérica.

Por su parte, el Observatorio de la Infancia del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, en con-

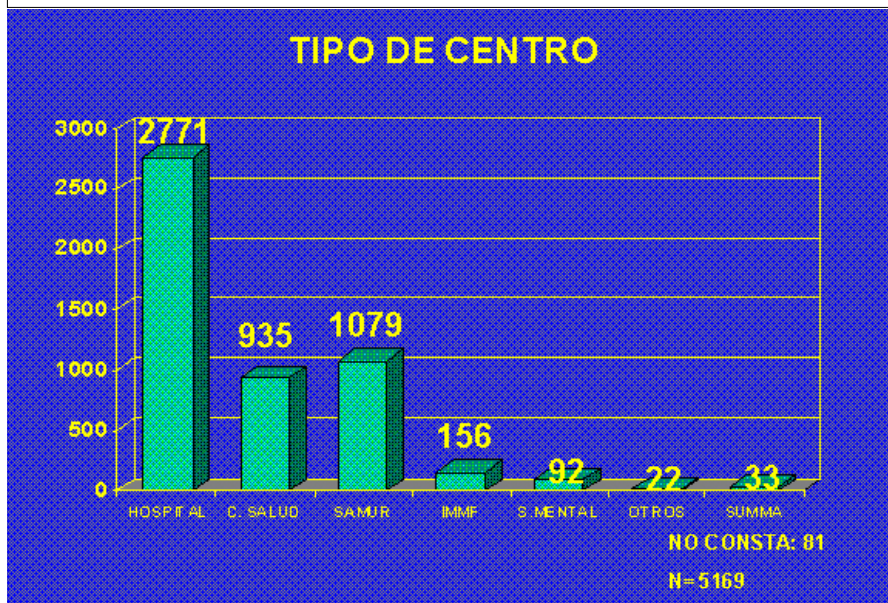
creto en el Grupo de Trabajo sobre Maltrato Infantil, puso en marcha el Registro Unificado de Casos de Maltrato Infantil (RUMI) basado en el trabajo que venía desarrollándose en la Comunidad de Madrid, elaborando a su vez hojas de notificación para los ámbitos de los servicios sociales, policía y educación, y difundiendo la correspondiente al ámbito sanitario⁴ adaptada a las distintas comunidades autónomas.

Así mismo, a nivel internacional la experiencia de la Comunidad de Madrid ha sido destacada como una *experiencia de buena práctica* por la implantación de este sistema de notificación y registro de casos de maltrato infantil⁵.

Conclusiones

- La importancia de este programa desde sus inicios ha supuesto poder introducir el maltrato infantil como un problema más de salud y el impulso de otros programas similares.
- El registro de casos de maltrato se ha asentado como una herramienta útil de carácter epidemiológico.
- El conocimiento del sistema de protección infantil por los profesionales sanitarios ha contribuido a una mejor atención a la infancia y a una mayor implicación en los casos de riesgo o maltrato infantil.

Figura 6. Tipo de Centro.



■ La respuesta desigual entre los diferentes profesionales y dispositivos sanitarios indica la necesidad de continuar con actividades de sensibilización y formación, así como la necesidad de completar la cobertura en toda la red sanitaria •

* **Miguel A. Ruiz Díaz** es profesor titular de la Universidad Autónoma de Madrid y Asesor Metodológico del Programa de Atención al Maltrato infantil

Dirección del Programa: **José A. Díaz Huertas**, IMMF (Instituto Madrileño del Menor y la Familia)

Dirección adjunta: **Juan Casado Flores** y el/la **Director/a Gerente del IMMF**

Coordinador técnico: **Joaquín Esteban Gómez**, IMMF

Referencias bibliográficas

1. Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez González MC. Niños maltratados. Díaz de Santos. 1997
2. Díaz Huertas JA, Casado Flores, Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. 1998
3. Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García E, Ruiz Díaz MA, Esteban Gómez J. Maltrato infantil. Registro de casos detectados desde el ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid. Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2001; 12:30-40
4. Díaz Huertas JA, Esteban J, Romeu J, Puyo C, et al. Maltrato infantil: detección, notificación y registro de casos. Observatorio de la Infancia. 2001
<http://www.observatoriodelainfancia.msps.es/documentos/HojasDeteccion.pdf>
5. Childone Europe. Pautas sobre sistemas de recogida de datos y seguimiento del maltrato infantil. Instituto degli Innocenti. 2009
<http://www.observatoriodelainfancia.msps.es/productos/docs/recogidaDatosMaltratoInfantil.pdf>



Foto: Escultura en Bronce de José de las Casas, realizada en exclusiva para los Premios Ciudadanos.

El Programa de atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario ha recibido diferentes distinciones, la primera de ellas dentro de los Premios Ciudadanos, en su primera edición celebrada el año 2003. Le fue concedido el Premio Especial del Jurado, que se entregó en la Casa Encendida por el entonces el Consejero de Asuntos Sociales, José María Alonso Seco, a José Antonio Díaz Huertas y a Joaquín Esteban Gómez, ambos del Instituto Madrileño del Menor y la Familia, a Juan Casado Flores, Jefe del Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Universitario Niño Jesús, y Miguel A. Ruiz Díaz, del Departamento de Metodología y Psicología Social Universidad Autónoma de Madrid, como impulsores y promotores del Programa.

Medición del Maltrato Infantil propuesta por RICHE (Comisión Europea)

Un proyecto para el futuro de la Investigación en la Salud Infantil en Europa >>>

Anders Hjern, Centre for Health Equity Studies Karolinska Institutet. Stockholm University (Suecia)

El proyecto RICHE (*Research Into Child Health in Europe*), **Investigación Sobre la Salud Infantil en Europa**, fue fundado por el FP7 de la Comunidad Europea en 2010, con el fin de crear una comunidad y hoja de ruta para la investigación sobre salud infantil en Europa. A RICHE se le ha asignado la tarea de identificar y caracterizar las diversas investigaciones sobre los niños europeos, y basados en este análisis, desarrollar un proceso, basado en la evidencia, para la identificación de lagunas en estas estadísticas.

El proceso de analizar estas lagunas tiene su base en un sitio web - <http://www.childhealthresearch.eu/> - donde se va almacenando la información sobre investigación europea presente y pasada. Por el momento la información accesible sobre investigación en salud infantil en España es bastante limitada y por lo tanto la incorporación de datos españoles resulta de mucho valor. Basándose en el análisis de las lagunas y una valoración de la capacidad actual de la investigación en salud infantil en

Europa, RICHE desarrollará una hoja de ruta para las futuras prioridades para dicha investigación.

Mediciones e Indicadores de RICHE

El *Grupo de Trabajo 2 (WP2)* del proyecto RICHE se ocupa de las mediciones y los indicadores de salud infantil. Tiene su punto de partida en el informe final de otro proyecto anterior sobre indicadores de salud infantil en Europa sostenido por la Comisión Europea, el proyecto CHILD (Rigby et al 2003; Rigby & Köhler, 2004). El objetivo de este Grupo WP2 es compendiar los progresos más importantes que se hayan realizado en el conocimiento de los indicadores y mediciones de salud infantil europea desde que se publicara el Informe CHILD en 2002, y mostrar la dirección a tomar al identificar los vacíos más importantes que queden por llenar desde una perspectiva de salud pública infantil.

Medición de Maltrato Infantil

Uno de los objetivos a los que apunta RICHE es la medición del maltrato infantil y sobre salud de los niños atendidos por el sistema de protección infantil, en el que participa la Sociedad Española de Pediatría Social. En un informe para RICHE realizado por Anders Hjern y José A. Díaz Huertas, se perfila el estado actual del conocimiento sobre maltrato infantil (ref Hjern, A. Diaz Huertas, J.A. Child Maltreatment. RICHE, March 2011). Presentamos aquí un resumen de este informe.

La **Tabla 1** ofrece una panorámica de algunos conceptos importantes en maltrato infantil, según la definición de los Centros para Control de Enfermedades (*Centers for Disease Control, CDC*) de los Estados Unidos en 2006 (*US Department of Health and Human Services, 2006*). Se reconocen ampliamente cuatro formas de maltrato: maltrato físico, maltrato sexual, maltrato psicológico (algunas veces llamado emocional) y negligencia.

Tabla 1.
Definiciones de maltrato infantil
Fuente: US Department of Health and Human Services, 2006

Maltrato Infantil	Cualquier acto u omisión realizado por un padre/madre o cuidador/a que resulte un daño, daño potencial o amenaza de daño, para un niño/a. El daño no tiene que ser necesariamente intencionado.
Maltrato/Abuso físico	Uso intencionado de fuerza física o instrumentos contra un niño, que resulte o tenga el potencial de resultar un daño físico.
Maltrato/Abuso sexual	Cualquier acto sexual, contacto sexual o interacción sexual sin contacto, que se intente o se complete, con un niño por parte de su cuidador.
Maltrato/Abuso psicológico o emocional	Comportamiento intencional que lleve a un niño/a a sentirse despreciado, defectuoso, no amado, no querido, en peligro, o valorado sólo en cuanto a satisfacer las necesidades de otro.
Negligencia	No ser capaz de satisfacer las necesidades básicas físicas, emocionales, médicas/dentales o educativas de un niño; no ser capaz de proveer nutrición, higiene o vivienda adecuadas; o no poder garantizar la seguridad a un niño.

Existen dos tipos distintos de fuentes de datos que se utilizan para medir el maltrato infantil (Gilbert et al, 2009) en la población:

- Estadísticas oficiales de autoridades para la protección infantil y registros de policía, hospitales y de causas de muerte - **Datos Administrativos.**
- **Datos de encuestas.** Encuestas municipales/comunitarias sobre niños que tienen la edad suficiente para responder encuestas, encuestas municipales/de distrito con padres y datos retrospectivos en encuestas con adultos jóvenes.

Datos Administrativos

Un número apreciable de distintas instituciones sociales, tales como los seguros médicos, servicios sociales, policía y escuelas, se encuentran con casos de maltrato infantil en su práctica diaria. La Red Europea de Observatorios de Infancia Nacionales (European Network of National Observatories on Childhood, 2009), basados en gran medida en las experiencias del Observatorio de Infancia Español (Observatorio Infancia, 2001), han sugerido métodos para hacer la detección y registro de casos de maltrato infantil más comprensibles a partir de los datos administrativos producidos en estos

servicios.

Existe, no obstante, una laguna importante entre las tasas de casos de maltrato detectados por los servicios de protección infantil y otros servicios de sociedades, respecto a las tasas mucho más altas que ofrecen las víctimas o los padres. Esto indica que la mayoría de los niños que son maltratados no reciben atención oficial (MacMillan et al, 2003). Estudios que han vinculado los informes personales a las estadísticas oficiales para protección infantil, ponen más en evidencia esta ausencia de informes. Menos del 10% de los casos de maltrato infantil han sido detectados por parte de las autoridades de protección infantil, según un estudio de EEUU (Everson et al, 2008), mientras que un estudio sistemático del Reino Unido (Woodman et al, 2008) estima que los servicios de protección infantiles tuvieron conocimiento se sólo alrededor de 1 de cada 30 niños que sufrieron maltrato físico por parte de los padres.

Las discrepancias entre las estadísticas oficiales y los estudios comunitarios son incluso más sustanciales cuando se los examina según edad y maltrato (Gilbert et al, 2009). Las estadísticas nacionales de las agencias de protección infantil del Reino Unido y de EEUU indican que estos servicios son especialmente pobres

a la hora de detectar maltrato infantil en los más mayores. A la fecha, no existen comparaciones entre naciones o de tendencia temporal en la tasa de detección de maltrato infantil, pero no obstante, la dependencia en estas tasas de detección, por parte de las políticas contra el maltrato infantil y los recursos que se destinan a estos servicios, sugiere que este tipo de datos no se adecuan a los análisis inter países o de tendencias temporales.

Los registros de hospitales son otra fuente potencial de información sobre maltrato físico (O'Donnell et al, 2010). Woodman et al (2008) encontraron en una revisión sistemática que una considerable proporción de las heridas que se habían causado en niños por maltrato físico no habían sido detectadas en el hospital. La amplia proporción de maltrato no detectado, y la proporción de niños con daños de maltrato físico que no reciben cuidados hospitalarios, puede que cambie según el momento y las regiones o sociedades, haciendo de ésta una fuente poco fiable de datos de maltrato y para las comparaciones entre naciones.

La Mortalidad procedente del maltrato infantil es probablemente el indicador más robusto en el transcurso del tiempo y la comparación entre países, y resulta ser el único indicador internacional de maltrato infantil disponible actualmente en la base de datos de OMS (Janson et al, 2007). Aunque cada muerte infantil debida al maltrato es una tragedia en sí misma, la cifra de muertes es demasiado baja como para permitir un estudio efectivo en muchos países, o una comparación eficiente de maltrato infantil entre países (Istituto degli Innocenti, 2003). Un problema significativo con este indicador es la dificultad, en las estadísticas oficiales de muchos países, para identificar cuándo el perpetrador del homicidio es uno de los padres, y cómo separar los homicidios



Pantalla principal del sitio web de RICHE, para recopilar las investigaciones en salud infantil de toda Europa: www.childhealthresearch.eu

infantiles como consecuencia de suicidios de padres con enfermedad mental de aquellos fruto de un maltrato infantil progresivo (Janson et al, 2007).

Datos de Encuestas

Los informes personales y los informes de los padres están probablemente más cerca de la verdadera e invisible tasa de maltrato que los informes oficiales a los servicios.

Los estudios que miden el maltrato físico en niños pequeños utilizan los informes de los padres sobre violencia física, y los informes de padres y de adolescentes se pueden utilizar en niños mayores (Fergusson et al, 2000). La medición de abusos sexuales se basa en informes personales retrospectivos sobre episodios que se recuperan años después por parte de adolescentes y adultos.

Pocos estudios han examinado la prevalencia del maltrato psicológico. La medición de la negligencia dentro de la comunidad es más difícil que el maltrato manifiesto, en parte debido a que existen tantos aspectos diferentes en la provisión de cuidados que son dañinos o pueden situar a un niño en riesgo de sufrir daños. Otro problema es que no es poco común que los padres no sean conscientes de su comportamiento negligente, lo cuál es probablemente la razón por la que la negligencia ha recibido tan poca atención en los estudios de informes de padres, al margen de que sean la categoría más frecuente de maltrato infantil entre las regis-

tradas por las agencias de protección infantil (Gilbert et al, 2009).

Estudios que utilizan entrevistas retrospectivas con jóvenes adultos han sido más prometedoras a este respecto (May-Chahal et al, 2005).

Una interesante encuesta sobre maltrato infantil se realizó en Reino Unido entre 1998-99, en una muestra representativa a nivel nacional de edades entre 18 -24 años (May-Chahal et al, 2005). En esta encuesta retrospectiva se estimaron con éxito tasas de prevalencia de todos los tipos de maltrato infantil definidos por el CDC (ver Tabla 1). El mayor inconveniente del método utilizado en esta encuesta es la falta de información confiable sobre maltrato en las edades más tempranas.

Estudios de re-testeo han mostrado que hay una coincidencia moderada entre los sucesivos auto-informes entre los adultos jóvenes víctimas de maltrato sexual o físico realizados años después de los sucesos, mientras que hay mucha más coincidencia en todo tipo de victimización semanas después de lo ocurrido (Fergusson et al, 2000, Bifulco et al, 1997). Se han investigado falsedades en los auto-informes de abusos sexuales, si bien problemas como el olvido, negación, mala comprensión y vergüenza se relacionan también con otras formas de maltrato (Melchert et al, 1997). Todos estos problemas suelen llevar más a informar de forma escasa que al exceso a la hora de informar de maltratos sexuales en niños (Fergusson et al, 2000).

Diferencias entre países

Las comparaciones de prevalencia o incidencia de maltrato entre distintos países exigen estudios de informes de padres o auto-informes que utilicen métodos similares. Se han publicados pocos de estos estudios. Un solo meta-análisis de estudios de auto-informes (Andrews et al, 2004) indica unas tasas de abusos sexuales un 30% mayor en EEUU que en Europa, aunque estas tasas no pueden compararse completamente debido a diferencias metodológicas. El maltrato infantil es una preocupación especial en los estados post-comunistas del Este de Europa, debido a la rápida transición económica de los últimos 15 años, que a menudo se ha asociado al incremento de las tasas de muertes violentas y por alcoholismo (McKee et al, 2000). El estudio de prevalencia del maltrato infantil de la OMS, muestra en las familias rumanas que la negligencia física estaba presente en el 46% de los adolescentes encuestados, la negligencia emocional en un 44%, y la educacional en un 34% (Browne et al, 2002). Estas tasas son mucho más elevadas que las registradas en la Europa Occidental (May-Chahal et al, 2005).

El camino a seguir

Actualmente, el homicidio infantil reflejado en las estadísticas oficiales es el único indicador disponible de maltrato infantil a un nivel internacional. Se trata de un indicador muy insatisfactorio en la mayoría de contextos. No obstante, durante los años recientes se han realizado progresos

Reuniones del Grupo de trabajo RICHE, en las que participan miembros de la ESSOP (European Society for Social Pediatrics), se han celebrado: en 2009 en la Escuela Nórdica de Salud Pública (Goteborg, Suecia), en 2010 en el Royal College of Paediatrics and Child Health (Londres, Reino Unido), en 2011 en la Universidad de Masaryk (Brno, República Checa), y en febrero de 2012 en el Palazzo Delle Stelline (Milán, Italia).

La próxima y última reunión será en Lisboa (Portugal) en noviembre de 2012.



Miembros del Grupo de trabajo RICHE, en Febrero 2011, camino de la Universidad de Masaryk (Brno, República Checa). Temperaturas bajo cero y 2 kms de calzada con hielo, Lennart Köhler, seguido de Hein Raat, Anthony Staines y Ane Mc Carhty.

considerables en cuanto a métodos para medir la incidencia de las distintas formas de maltrato infantil en las encuestas de población. Combinar las encuestas basadas en informes de padres y escolares ha resultado ser bastante exitoso en la medición del maltrato físico y (en encuestas de escolares) también de abusos sexuales.

El maltrato psicológico y la negligencia son más difíciles de medir en encuestas, pero las encuestas en jóvenes adultos utilizando preguntas retrospectivas ha resultado ser una manera relativamente eficiente de estimar esta clase de abuso, así como todas las otras formas de maltrato, en la población infantil sobre la edad de 5 años.

La diversidad de contextos sociales en Europa respecto a las condiciones de vida, estilo de vida, prácticas de apoyo a la infancia y políticas de protección infantil, hacen que sean probables considerables diferencias en las tasas de maltrato infantil, entre sociedades europeas diferentes y que estas varíen a lo largo del tiempo. Los escasos datos nacionales disponibles respaldan esta presunción. Un sistema europeo de seguimiento del maltrato infantil podría mejorar grandemente las posibilidades de desarrollar unas estrategias de prevención eficientes, y por sí mismo serviría como un instrumento de cambio. Esta diversidad plantea buen número de cuestiones metodológicas trans-culturales en la medición del maltrato infantil a lo largo del continente (*European Network of National Observatories on Childhood*, 2009). Los comportamientos de los padres que se consideran maltrato puede variar según las distintas sociedades europeas, e igualmente pueden cambiar en el transcurso del tiempo (*European Network of National Observatories on Childhood*, 2009). Por tanto, el primer paso en el desarrollo de un seguimiento europeo del maltrato infantil sería encontrar definiciones universales del maltrato infantil que sean relevantes para todos los estados miembros de la UE.

A la hora de escoger un método de prospección en una amplia escala europea, la baja tasa de detección y la esperable variación inter-social que también afecta a esta tasa, hacen que los datos administrativos

sean una opción poco satisfactoria. Un método de breve encuesta, que pudiera incluirse en las encuestas que lleva a cabo Eurostat, parece ser una mejor opción para detectar variaciones inter países y tendencias temporales del maltrato infantil. Tal método podría basarse en unas preguntas retrospectivas a jóvenes adultos, así como en informes de comportamientos parentales en adultos mayores. El desarrollo de tal instrumento supondría todo un reto en una perspectiva trans-cultural, pero que está lejos de ser imposible, considerando la experiencia que ya existe en este terreno •

Referencias

Andrews G, Cory J, Slade T, Issakidis C, Swanston H. Child sexual abuse. Comparative quantification of health risks. Geneva: WHO2004.

Bifulco A, Brown GW, Lillie A, Jarvis J. Memories of childhood neglect and abuse: corroboration in a series of sisters. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997 Mar;38(3):365-74.

Browne K. National prevalence study of child abuse and neglect in Romanian families. Copenhagen: WHO European office, 2002.

Butchart A, Kahane T, Phinney Harvey A, Mian M, Furniss T. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva WHO and International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect, 2006.

European Network of National Observatories on Childhood. Guidelines on data collection and monitoring systems on child abuse. Firenze:ChildONEurope, 2009.

Everson MD, Smith JB, Hussey JM, English D, Litrownik AJ, Dubowitz H, et al. Concordance between adolescent reports of childhood abuse and Child Protective Service determinations in an at-risk sample of young adolescents. *Child maltreatment*. 2008 Feb;13(1):14-26.

Fergusson DM, Horwood LJ, Woodward LJ. The stability of child abuse reports: a longitudinal study of the reporting behaviour of young adults. *Psychol Med*. 2000 May;30(3):529-44.

Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009 Jan 3;373(9657):68-81.

Istituto degli Innocenti. A league table of child maltreatment. Deaths in rich countries. Firenze: UNICEF, 2003.

Janson S, Moniruzzaman S, Hjern A. [Can child homicides be prevented? New law concerning child fatality review proposed to be instituted in July]. *Lakartidningen*. 2007 Mar 7-13;104(10):776-8, 80-1.

MacMillan HL, Jamieson E, Walsh CA. Reported contact with child protection services among those reporting child physical and sexual abuse: results from a community survey. *Child abuse & neglect*. 2003 Dec;27(12):1397-408.

May-Chahal C, Cawson P. Measuring child maltreatment in the United Kingdom: a study of the prevalence of child abuse and neglect. *Child abuse & neglect*. 2005 Sep;29(9):969-84.

McKee M, Zwi A, Koupilova I, Sethi D, Leon D. Health policy-making in central and eastern Europe: lessons from the inaction on injuries? *Health Policy Plan*. 2000 Sep;15(3):263-9.

Melchert TP, Parker RL. Different forms of childhood abuse and memory. *Child abuse & neglect*. 1997 Feb;21(2):125-35.

Observatorio Infancia. Grupo de trabajo sobre maltrato infantil. Child Abuse: Detection, notification and registration of cases. Madrid: Ministry of Work and Social Affairs, 2001.

http://www.observatoriodelainfancia.msps.es/documentos/Child_Abuse.pdf

O'Donnell M, Nassar N, Leonard HM, Mathews RP, Patterson YG, Stanley FJ. The use of cross-jurisdictional population data to investigate health indicators of child maltreatment. *The Medical journal of Australia*. Aug 2;193(3):142-5.

Rigby MJ, Kohler LI, Blair ME, Metchler R. Child health indicators for Europe: a priority for a caring society. *European journal of public health*. 2003 Sep;13(3 Suppl):38-46.

Rigby M, Kohler L(eds)(2004). Indicadores de Vida y Desarrollo en Salud Infantil (Proyecto CHILD) - Informe a la Comisión Europea (Estudios para la Salud 11); Escuela Valenciana de Estudios de la Salud; Valencia.).

US Department of Health and Human Services Ao, Families' Cya. *Child Maltreatment 2006*.: Washington, DC: US Government Printing Office. 2008.

Woodman J, Pitt M, Wentz R, Taylor B, Hodes D, Gilbert RE. Performance of screening tests for child physical abuse in accident and emergency departments. Health technology assessment (Winchester, England). 2008 Nov;12(33):iii, xi-xiii 1-95.

**En la Página siguiente (20) :
Poster explicativo del
Proyecto de RICHE**

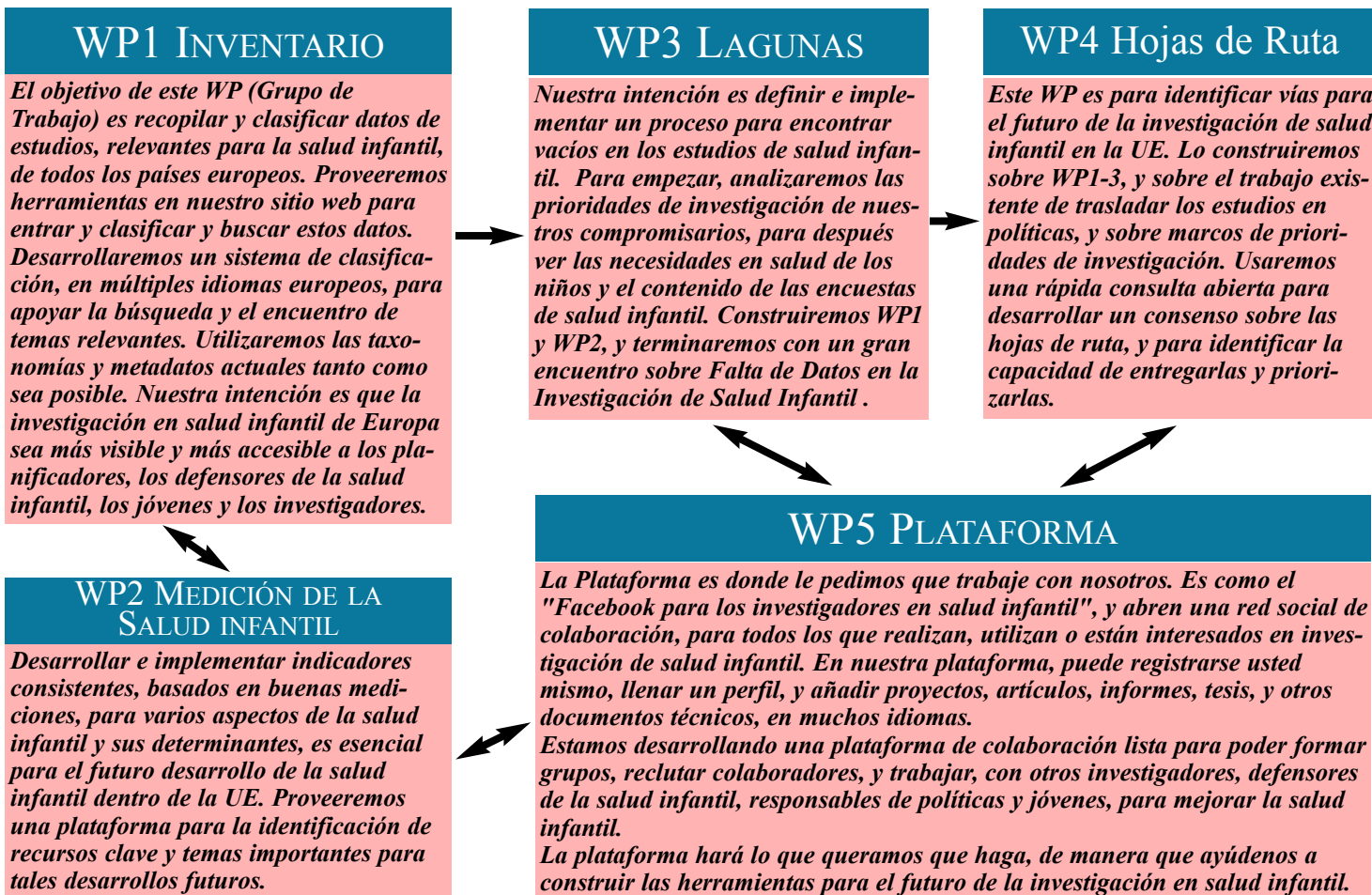
Investigación Sobre la Salud Infantil en Europa

Antecedentes

LA SALUD INFANTIL EN EUROPA ES BUENA, PERO HAY SERIOS PROBLEMAS, POR EJ.: OBESIDAD, SALUD MENTAL, ABUSO DE ALCOHOL Y DESARROLLO DE LA SEXUALIDAD. PARA ARREGLAR ESTO SE REQUERIRÁ DAR RESPUESTA A CUESTIONES COMPLEJAS, CRUZANDO LAS FRONTERAS DE LAS DISCIPLINAS Y LOS SECTORES POLÍTICOS. CONSTRUIREMOS UNA RED DE INVESTIGADORES, FINANCIADORES, RESPONSABLES DE POLÍTICAS, DEFENSORES Y JÓVENES EN EUROPA, PARA APOYAR LA COLABORACIÓN EN EL DESARROLLO DE LA FUTURA INVESTIGACIÓN EN SALUD INFANTIL.

OBJETIVOS TÉCNICOS

- * IDENTIFICAR Y CLASIFICAR ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN INFANTIL RECIENTES Y EN MARCHA, A NIVELES NACIONAL Y EUROPEO (WP1)
- * IDENTIFICAR TRABAJOS DE MEDICIÓN EN SALUD INFANTIL E INDICADORES DE SALUD INFANTIL (WP2)
- * DESARROLLAR Y APLICAR UN PROCESO, BASADO EN EVIDENCIAS FORMALES, PARA LA IDENTIFICACIÓN DE VACÍOS EN INVESTIGACIÓN DE SALUD INFANTIL (WP3)
- * DESARROLLAR Y APLICAR UN PROCESO CONSULTIVO Y FORMATIVO PARA REALIZAR HOJAS DE RUTA PARA LA FUTURA INVESTIGACIÓN EN SALUD INFANTIL (WP4)
- * DISEÑAR, DESARROLLAR Y DESPLEGAR UNA PLATAFORMA SOSTENIBLE PARA APOYAR ESTAS ACTIVIDADES, DURANTE EL PROYECTO Y POSTERIORMENTE (WP5)
- * DISEMINAR LOS RESULTADOS A NUESTROS COMPROMISARIOS, INCLUYENDO JÓVENES, DEFENSORES, INVESTIGADORES, FINANCIADORES Y RESPONSABLES DE POLÍTICAS (WP5)
- * PROVEER UN ESPACIO EN EL QUE LOS INVESTIGADORES Y OTROS PUEDAN REGISTRAR SUS COMPETENCIAS E INTERESES, PUBLICAR DETALLES DE ESTUDIOS, E INTERACTUAR DENTRO DE UNA COMUNIDAD DE INVESTIGACIÓN Y CON POTENCIALES ENTIDADES COMISIONADAS.



OBJETIVOS CIENTÍFICOS (ESTRATÉGICOS)

- * IDENTIFICAR Y CARACTERIZAR LA DIVERSIDAD DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA INFANCIA EUROPEA.
- * DESCRIBIR Y CARACTERIZAR LA FRAGMENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD INFANTIL EUROPEA.
- * DESARROLLAR UN PROCESO, BASADO EN EVIDENCIAS, PARA IDENTIFICAR LAS CARENCIAS EN INVESTIGACIÓN DE LA SALUD INFANTIL EUROPEA.
- * DESARROLLAR UN PROCESO RAZONADO PARA DETERMINAR PRIORIDADES EN INVESTIGACIÓN DE SALUD INFANTIL.
- * PROPONER ÁREAS CLAVE EN LAS QUE LA INVESTIGACIÓN DEBIERA REALIZARSE.
- * PROVEER UNA PLATAFORMA DONDE LOS JÓVENES, DEFENSORES DE LOS NIÑOS, Y OTRAS ONG, PUEDAN CONECTAR CON LOS INVESTIGADORES PARA REVISAR Y DESARROLLAR PRIORIDADES EN INVESTIGACIONES DE SALUD INFANTIL.
- * EVALUAR EL RENDIMIENTO ACTUAL DE LA INVESTIGACIÓN DE LA SALUD INFANTIL, Y PROPONER Y FACILITAR FORMAS PARA IRLA DESARROLLANDO.



Por favor, encuéntranos en <http://childhealthresearch.eu/>

EL MALTRATO INFANTIL EN MÉXICO: Atención integral de un problema médico-social-legal

Arturo Loredó Abdalá

Académico.

Fundador y Coordinador de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM-INP-UNAM) de México.

Introducción

Aunque la temática que se conoce actualmente como maltrato infantil (MI) fue precisado en los años 40 del siglo pasado, por Caffey, y posteriormente por Kempe en los EE UU a nivel mundial, en México se inició su conocimiento a partir de señalamientos de Gómez F en 1974, en su libro "La Salud y la Familia: Puericultura práctica". Simultáneamente los radiólogos Rojas Dávila y Manzano Sierra, los psiquiatras Focerrada Moreno y Saucedo García, así como los pediatras Espinosa y de León y Espinosa Moret, con diferentes artículos médicos, enfatizaron sobre el tema. En ese sentido Marcovich Kuba contribuyó con sus libros "Tengo derecho a la vida " y " Prevención e identificación del Niño maltratado". Prácticamente toda la información vertida en dichos trabajos fue consecuencia de revisiones bibliográficas o de artículos periodísticos.

Se puede considerar que el estudio integral de esta problemática se inicia en la década de los años 80 en el Instituto Nacional de Pediatría (INP) y específicamente en el Dpto. de Medicina Interna (MI) por los pediatras Loredó Abdalá y Reynés Manzur, quienes señalan los aspectos médicos y sociales de niños diagnosticados en la institución pero que ingresaron por otras patologías médicas o quirúrgicas. El estudio exhaustivo de cada caso permitió el establecimiento de este diagnóstico, las formas de MI, las expresiones clínicas características y las condiciones sociales ambientales de los pacientes. Poco tiempo después, aparecen diversas publicaciones de Baeza Herrera y cols., básicamente sobre los aspectos quirúrgicos del problema.

Evolución

Las autoridades médicas del INP, conscientes de la importancia de esta patología, favorecen en 1997, la instauración y desarrollo de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM-INP). Simultáneamente se contó con el reconocimiento de la División de Estudios Superiores de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. La actual (CAINM-INP-UNAM), coordinada por un servidor, está integrada por médicos pediatras, trabajadores sociales, psicólogos y Licenciados en Derecho, a los que posteriormente se ha agregado un Lic. en enfermería y otro en nutrición.

Así, se plantearon estrategias de asistencia, docencia e investigación, que permitieran conocer mejor las diferentes formas de MI y casi todas las facetas clínicas, familiares y sociales del problema. Es pertinente señalar que la Clínica no es un centro de referencia nacional de

pacientes para la atención integral de dicha patología. En el país existen diversas instituciones gubernamentales (OGs) y no gubernamentales (ONGs) que tienen la responsabilidad de atender esta problemática, a nivel nacional.

Un primer objetivo fue sensibilizar al grupo médico y paramédico pediátricos de la Institución, y en general de toda la comunidad pediátrica, sobre este problema. Así, se planteó el desarrollo de acciones de asistencia, docencia e investigación. Todas ellas, dentro de un marco de intervención interdisciplinaria (médico, trabajador social, psicólogo, enfermera, nutriólogo, etc), interinstitucional, mediante la interacción con diversas OGs y ONGs, e internacional (relación con grupos afines de América Latina, España y EEUU).

Acciones Básicas

El enfoque básico fue establecer y desarrollar una ACCION INTEGRAL enfocada no solamente a resolver el problema médico, quirúrgico o médico-quirúrgico del paciente. Se enfatizó en la necesidad de atender también a la familia y frecuentemente al agresor.

Simultáneamente se desarrolló una definición del problema, que reuniera el mayor número de elementos inmersos en esta problemática. Después de hacer una revisión exhaustiva de 46 definiciones publicadas en la literatura internacional, se trabajó en una que actualmente rige todo nuestro accionar.



Logo de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado.



Instituto
Nacional
de Pediatría

Definición de MI

"Toda agresión u omisión física, sexual, psicológica o de negligencia intencional, contra una persona de la menor edad, en cualquier etapa de la vida y que afecte su integridad biopsicosocial.

Esta acción puede ser realizada habitual u ocasionalmente dentro o fuera de su hogar; por una persona, institución o sociedad en función a su superioridad física, intelectual o económica".

Formas de Maltrato Infantil y Registro

En el grupo se precisó que esta es una patología médico-social-legal y que, por el impacto físico y emocional en la víctima, emocional y económico en la familia, así como el social y económico en la comunidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la ha catalogado desde 1999 como un problema de Salud Pública Mundial. Ante esta evidencia, se entiende la necesidad de considerar esta problemática en el campo pediátrico de México.

Con objeto de registrar adecuadamente cada caso, se utilizó la nomenclatura internacional de las enfermedades (CIE-10), que define el problema como MALTRATO INFANTIL y considera cuatro grandes grupos, a saber: Abuso físico, abuso sexual, abuso psicológico y negligencia.

A pesar de esta limitante, en CAINM-INP-UNAM se han considerado otras formas de maltrato, que se han clasificado como: "Formas poco consideradas" (abuso fetal, Síndrome de Munchausen por poder, ritualismo satánico, maltrato étnico) y "Formas poco conocidas" (Niño inmigrante, niño trabajador, niño en situación de guerra, *bullying*, síndrome de alienación parental).

Ello es debido a que, aunque los pacientes pueden sufrir cualquiera de las cuatro formas de MI, requieren para su atención integral una estrategia diagnóstica y de atención específicas.

Asistencia

La atención de cada paciente se realiza conjuntamente con todos los miembros de la clínica y una vez que el menor es dado de alta, se mantiene una vigilancia como paciente externo. Para este fin, todos los casos son notificados a la autoridad correspondiente, y al mismo tiempo se busca y establece una red de apoyo como la mejor opción para el paciente. A diferencia de lo que ocurre en otros países, y considerando el insuficiente recurso gubernamental, se precisa, si algún o algunos miembros de la familia cubren las mayores posibilidades de atención del menor, que se les otorgue la custodia del menor, siempre bajo una vigilancia constante al paciente. En un seguimiento de 150 niños agredidos durante un período de 1-3 años, se pudo establecer que en el 66% no se ha repetido la agresión.

Para el establecimiento de una "red de apoyo familiar" ha sido necesario que el trabajador social haya realiza-

do una "visita domiciliaria", así como una entrevista con los familiares, y de ésta el equipo está en condiciones de sugerir a la autoridad competente otra opción de atención integral con un mínimo efecto psicológico en el menor, como es el que tenga que abandonar su hogar, a sus familiares, su escuela, etc.

Una manera de medir el impacto asistencial que esta problemática tiene en el INP es contabilizando el número de consultas que los diferentes servicios del hospital solicitan a la Clínica. Hace 12 años eran una o dos por mes, para el año 2011 se rebasó la cifra de 150. De esta manera, el trabajo se incrementa año con año, en virtud de que es indispensable hacer en todos los casos diagnóstico diferencial, y ello permite insistir que no todas las solicitudes atendidas corresponden a MI, aunque para los médicos solicitantes así les parezca.

De este análisis se desprende la enorme responsabilidad que el grupo de profesionales de CAINM-INP-UNAM tiene para descartar otras condiciones que pueden confundirse con MI, como accidentes, pobreza, ignorancia, estrategias educativas, estrategias disciplinarias y "usos y costumbres", condiciones o situaciones que en un momento dado pueden semejar un cuadro clínico parecido a las consecuencias del MI.

Docencia

En el INP se desarrolla la especialidad en pediatría y de esta manera existe, desde hace tres años, una intervención de un mes con el tema de MI en dicho curso, con los médicos residentes de primer año. En esta acción se establece una comuni-



Sede del Instituto Nacional de Pediatría en Ciudad de México.

cación con ellos para precisar la importancia del tema, las diversas variantes clínicas del mismo, la estrategia que se debe desarrollar en cada paciente, desde que llega al Instituto hasta su egreso, así como su vigilancia como externos.

Conscientes de la necesidad que existe para preparar mas médicos pediatras sobre esta patología, se ha establecido desde el año 2000 el Curso de Postgrado para Médicos Especialistas "Maltrato Infantil", con beca y duración de un año. Este curso es reconocido por la División de Postgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM y es el único que existe en el país con estas características. A su egreso, los médicos habitualmente inician o mantienen un programa similar al de CAINM-INP-UNAM en los centros hospitalarios donde desarrollan su trabajo profesional.

La acción asistencial conjunta permite transmitir la información al personal paramédico del INP. Ello ayuda a incrementar la red de apoyo profesional para enfrentar con posibilidades de éxito esta patología.

Investigación

Una vez que se han consolidado las dos acciones antes señaladas, se establece la necesidad de abrir y desarrollar líneas de investigación clínica, epidemiológica, social y básica entre otras, para conocer mejor cuáles son las condiciones y características predominantes del problema. Esta necesidad emerge, ya que México es un país multifacético cultural, social y económicamente. De esta manera, no es lo mismo enfrentar el problema en el área urbana, suburbana o rural, así como en el norte, centro o sur del país; cada área presenta una gran diversidad.

Conocer las características básicas de las diferentes formas de MI, así como los diversos elementos sociales, económicos y educacionales, permite no solamente la resolución del problema, sino también la ayuda al desarrollo de estrategias de PREVENCIÓN.

Síntesis de Resultados

Con los resultados asistenciales, de docencia e investigación, desarrollados durante 12 años, queda estable-

cido lo importante que resulta el que el INP cuente con CAINM-INP-UNAM.

La publicación de 73 artículos en las revistas pediátricas mas prestigiadas del país y cuatro libros sobre el tema, independientemente de intervenciones en la prensa escrita y electrónica, han permitido la difusión del tema, no solamente al cuerpo médico y paramédico, sino a la sociedad civil que se interesa por el tópico.

El egreso de 15 médicos pediatras con esta especialidad y el apoyo académico para 35-40 futuros pediatras cada año, así como a un grupo creciente de enfermeras y trabajadoras sociales, nos alientan a seguir trabajando en este campo de la pediatría.

Esta propuesta de intervención integral ha demostrado su utilidad en nuestro medio. La adaptación de estrategias similares depende de las posibilidades económicas y profesionales con las que cuente cada institución hospitalaria •

Referencias

- Loredó Abdalá A, Reynés Manzur J, Martínez C.S y cols. Maltrato al menor: Una realidad creciente en México. Bol Med Hosp. Infant Mex 1986; 43: 425-433.
- McMennemy MC. WHO recognises child abuse as a major problem. Lancet 1999; 353: 1340
- Loredó Abdalá A, Cisneros Muñoz L, Rodríguez Herrera R y cols. Multidisciplinary care for the battered child. An appaisal of three years of action in Mexican children. Ol Med Hosp Infant Mex 1999; 56: 483-489.
- Loredó Abdalá A, Baez-Medina V, Perea Martínez A. Historia del maltrato infantil em México: revisión de la literatura pediátrica. Bol Med Hosp Infant Mex 2001; 58: 205- 215.
- Loredó Abdalá A. Maltrato en niños y adolescentes. Ed Editores de Textos Mexicanos, México. 2004.
- Perea Martínez A, Loredó-Abdalá A, Trejo-Hernández J . El maltrato al menor: propuesta de una definición integral. Bol Med Hosp. Infant Mex 2001; 58: 251-258.
- Loredó Abdalá A, Trejo Hernández J Villa Romero A y cols. Child abuse: Risk factors associated with the madro and microenvironment in a suburban zone within Mexico City. Bol Med Hosp Infant Mex 2003; 60: 252-262
- Loredó-Abdalá A Trejo-Hernández J- Castilla-Serna L. Children injured : abuse or accident? Diagnosis through indicators. Bol Med Hosp Infant mex 2003, 60: 368-379.
- Loredó Abdalá A, Trejo Hernández J, García Piña C. La Clínica de Atención Integral Niño Maltrato: Implementación de una estrategia de aplicación nacional en investigación, docencia y asistencia. Bol Med Hosp. Infant Mex 2009; 66: 283- 292.
- Martín Martín V, Loredó Abdalá A. Estado de nutrición en niños víctimas de abuso físico y abuso sexual. Rev Invest Clin 2010; 62: 524-531
- Trejo Hernández J, Loredó Abdalá A Orozco Garibay JM. Munchausen syndrome by Proxy in mexican children: medical, social, psychological and legal aspects. Rev Invest Clín 201; 63: 253-262.

En la Violencia de género: los niños y las niñas, LOS GRANDES OLVIDADOS



Un artículo de **Save the Children España**

para CPS, con ilustraciones de una niña víctima de violencia de género.

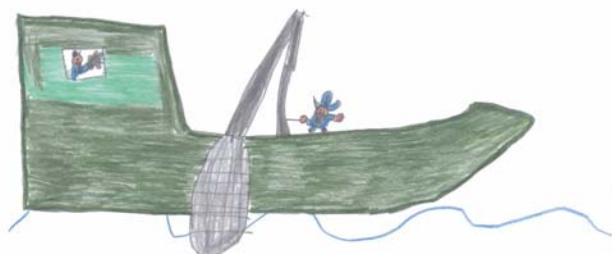
En los últimos años, y en especial a partir de la promulgación de la Ley de medidas integrales contra la violencia de género, de 2004, se han producido en el Estado Español significativos avances en materia de protección y atención a las mujeres que sufren violencia a manos de sus parejas o exparejas. Sin embargo, ni esta Ley, ni la posterior legislación adoptada por las Comunidades Autónomas, ni las políticas públicas, tanto de ámbito estatal como autonómico, han tenido suficientemente en cuenta los efectos que esta violencia tiene sobre los niños y niñas que viven expuestos a la violencia que se ejerce sobre sus madres, ni han previsto medidas suficientes para protegerles y atenderles en tanto que víctimas, ellos también, de este tipo de violencia.

Se ha calculado que **anualmente entre 100 y 200 millones de niños y niñas en el mundo presencian violencia de género** entre sus progenitores de manera frecuente, normalmente peleas entre sus padres o entre la madre y su pareja. Sin embargo, al tratarse de una realidad generalmente invisible, el alcance real del problema de la violencia de género y el número concreto de mujeres, niños y niñas víctimas de estas situaciones es difícil de conocer.

En cualquier caso, las estimaciones son alarmantes, y a pesar del elevado número de niños y niñas víctimas, se ha dejado a un lado la situación de los mismos, considerándoles meros apéndices de su madre, creyendo erróneamente que cuando la madre se recupera, también ellos y ellas lo hacen. Sin embargo, las consecuencias de presenciar durante un largo período de tiempo este tipo de violencia puede dejar en los niños y niñas secuelas de por vida.

Según el Observatorio de Violencia de Género, en 2010, el número de niños y niñas que han perdido a su madre por causa de la violencia de género asciende a 48, y son 4 niños los asesinados en el marco de este tipo de agresiones. Pese a no contar con información sobre su situación, merecen una atención especial. De estar otorgándose la atención debida, ésta debería prolongarse en el tiempo y superar la etapa inicial, resultado de la conmoción e, incluso, de la presión mediática.

Las previsiones legislativas, aún en los casos en los que se tiene en cuenta a los hijos y las hijas como posibles víctimas de la violencia de género, carecen de un enfoque de derechos de la infancia y suelen considerar a los niños y a las niñas como meros apéndices de sus madres, sin derechos y necesidades propias. En general, en la atención asistencial a mujeres víctimas de violencia de género los esfuerzos se han centrado en su atención social, psicológica y jurídica, desatendiendo la situación específica que viven sus hijos o hijas, bajo la consideración de que cuando la madre se recupera, también ellos se recuperan, por lo que no se han previsto ni desarrollado suficientes recursos específicos para atenderles de manera integral y adecuada. También en el ámbito judicial es preocupante la ausencia de consideración y atención a los efectos que la exposición a la violencia de género tiene sobre los menores de edad. Muchas de las decisiones judiciales, en contextos de violencia de género, aún cuando afectan a los niños y a las niñas (tutela, régimen de visi-



tas) no tienen en cuenta los efectos que la violencia ejercida contra las madres haya tenido o pueda tener en el desarrollo de los hijos, ya que en muchas ocasiones ni se les escucha ni se valora su situación con el fin de garantizar sus derechos y su interés superior.

Diferentes formas de violencia

Los niños y las niñas pueden estar expuestos y sufrir la violencia de género de diferentes maneras. Los efectos que esto provoca dependen de una serie de factores como la intensidad y la duración de la violencia, la edad, el sexo, el grado de exposición y el nivel de desarrollo psíquico y emocional del niño.

Los síntomas que generalmente presentan estos niños son similares a los de otra forma de maltrato infantil: tristeza, aislamiento, agresividad, baja autoestima, miedo, pesadillas, enuresis, problemas de socialización y de aprendizaje, entre otros.

Además, vivir en un hogar donde la madre es maltratada significa estar expuesto a un modelo de relación basada en el abuso de poder y la desigualdad, que condiciona el desarrollo emocional de los niños y puede afectarles muy negativamente en su vida adulta.

A la hora de trabajar con situaciones de violencia de género e infancia es crucial la especialización de los y

las profesionales, siendo imprescindible que conozcan su significado y que tengan una formación específica sobre desarrollo infantil y correcto manejo de herramientas acordes al estado evolutivo de los niños y las niñas.

Aceptar que ellos también son víctimas

Aceptar que los niños y las niñas que conviven en hogares donde existe violencia de género son también víctimas hace necesario desarrollar criterios de atención específicamente dirigidos a ellos. Es conveniente que el servicio se integre en el sistema de recursos ya existente en la zona y que se coordinen servicios sociales, judiciales, policiales, sanitarios y educativos.

Los gastos de Protección Social en la Unión Europea han supuesto en los últimos años un 25% del Producto Interior Bruto, mientras que en el Estado Español, ha supuesto el 20%.

Los poderes públicos deben entender que en la violencia de género no hay una sola víctima y adoptar las medidas necesarias para detectar estas situaciones, valorarlas adecuadamente y ofrecer respuestas eficaces en todos los ámbitos y de acuerdo con la Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas •

Save the Children, Febrero 2012



Formación Continuada y Maltrato Infantil

por Jordi Pou Fernández

El maltrato infantil es una patología que provoca múltiples dudas e inseguridad en el pediatra. Es curioso que a pesar de que, por su incidencia, casi todos los pediatras deberán enfrentarse en alguna ocasión o en más de una, a un caso de maltrato, cuando lo hacen es con sensación de inseguridad y con muchas dudas.

Varias son las razones que pueden explicar este hecho, pero seguramente entre las principales están las consecuencias no médicas de un diagnóstico de este tipo. En realidad las dificultades diagnósticas no son muy superiores a las de otras patologías, pero todo lo que puede suceder después del diagnóstico, el manejo del niño y la situación tras el diagnóstico, son poco conocidos para el pediatra. Por si esto no fuese poco, la ausencia de profesionales especializados en todos los ámbitos (sanitario, judicial, social, policial, etc.) da lugar a diferentes decisiones, a diferentes actitudes, a diferentes y a veces contradictorias actuaciones, que ayudan aún más a la desorientación.

En este contexto, siendo poseedor por mi actividad, de una cierta experiencia profesional sobre el tema, me planteé escribir un libro, que a modo de pauta, pudiese servir de apoyo a los pediatras que se encontrasen frente a un caso de maltrato: cómo diagnosticarlo, qué hacer luego, cómo actuar en el juicio, etc.

Durante el período en que estaba escribiendo el texto del libro entré en contacto con laboratorios Ferrer, con los que ya había colaborado anteriormente, quienes estaban buscando una manera de acercarse más a los pediatras. He de decir que, a diferencia de otras veces y de otras casas comerciales, en ésta ocasión el laboratorio buscaba una manera de apoyar a los pediatras con algo que les pudiese ser realmente útil, aunque no estuviese directamente relacionado con ningún producto. Previamente el laboratorio había hecho una prospección y pensaban que la formación en el maltrato era una necesidad y que podía ser de utilidad para los pediatras.

La coincidencia de ideas fue lo que nos hizo iniciar un trabajo para ver cómo se podía materializar esta formación. Establecimos pues unas premisas para hacer un programa de formación continuada sobre maltrato que llegase al mayor número posible de pediatras y que además fuese útil y práctico.

Con esta finalidad pues se diseñó el curso siguiendo los siguientes pasos:

- 1) Se acabó la redacción del libro, ya que creímos que si, además de la formación oral, había un documento base que se podía consultar posteriormente, la utilidad sería mayor.
- 2) Se preparó un material en diapositivas, basado en el libro, para poder impartir las charlas. Con este material pretendíamos alcanzar dos objetivos. El primero era el de dar uniformidad a las charlas, es decir que cualquier profesor, dijera aproximadamente lo mismo en cualquier sesión que se hiciera. En segundo, proporcionar suficiente material clínico de pacientes para que cualquier profesor tuviese suficientes ejemplos gráficos.



En la Presentación del libro "El pediatra y el Maltrato Infantil" (de Izq. a Drcha): D. José Luis Lirio, director marketing Ferrer; Dr. Carles Luaces, presidente de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP); Dr. Jordi Pou, autor de la obra y jefe de los Servicios de Pediatría y Urgencias del Hospital Universitario Sant Joan de Déu; Dña. Ana Aliaga, jefa de marketing de Dermatología y Gastroenterología de Ferrer; Dr. José A. Díaz Huertas, presidente de la Sociedad Española de Pediatría Social (SEPS) y Marco Fernández Barroso, Product Manager - Novalac Infant Formulas de Ferrer.



Portada del libro escrito por el Dr. Pou, utilizado para la formación de los profesiniales y posteriormente como documento de consulta.

3) Se diseñaron las charlas en jornadas no demasiado largas y a horarios asequibles para facilitar la asistencia del máximo número de pediatras.

4) Se solicitó la Acreditación a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias que concedió 0,9 créditos de Formación Continuada a cada una de la sesiones.

5) Se elaboró un pequeño test que se contestaba al inicio de la sesión y se auto corregía al final, con los comentarios del profesor que razonaba el porqué y el por qué no de las respuestas. Los asistentes podían hacer así una autovaloración de su aprendizaje.

6) La Sociedad de Pediatría Social (SPS) y la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP), ambas de la Asociación Española de Pediatría, valorado el proyecto y los materiales, avalaron este proyecto.

7) Finalmente se celebró una sesión en Barcelona que dí yo mismo, a 27 pediatras expertos en el tema del maltrato infantil, seleccionados de todos los puntos de España, y cuyos objetivos eran:

- a.- Poner en contacto todos los conocimientos e intercambiarlos entre los asistentes.
- b.- Conocer la "charla tipo" que constaba de 4 partes, dos teóricas referidas una al maltrato en general y otra al abuso sexual, y dos de casos clínicos (una de maltrato y otra de abuso general). La sesión estaba calculada para 4 horas de duración.
- c.- Conocer el material del que dispondrían para dar las charlas.
- d.- Consensuar el test y sus respuestas.

Al término de la jornada los 27 asistentes disponían pues del material, igual para todos, del libro "El pediatra y el maltrato infantil" y habían participado activamente en el desarrollo de la sesión.

A partir de aquí, cada uno de los expertos impartió diferentes sesiones en su área de influencia intentando así, en forma de círculos concéntricos como los que genera una piedra al caer en el agua, llegar al máximo número posible de pediatras.

Gracias al enorme esfuerzo de los profesores y a la ayuda y esfuerzo de Laboratorios Ferrer el curso fue impartido por los 27 expertos en 54 sesiones realizadas en un gran número de puntos diferentes de la geografía española. Asistieron a la formación un total de 1530 pediatras que, además, una vez terminadas las sesiones, dispusieron de

un documento en forma de libro para consultar.

Aunque queda mucho por hacer, la experiencia vivida ha sido muy satisfactoria, tanto por los que hemos impartido el curso como para quienes lo han recibido, ya que a través de sus encuestas de satisfacción han reflejado que el curso les había sido de utilidad para su trabajo diario, que era el objetivo principalmente perseguido. Otro de los objetivos, el de llegar al mayor número posible de pediatras españoles, fue también conseguido.

Sabemos que la formación continuada en el maltrato infantil, y en otros muchos temas, pero en este en especial, es aún necesaria. Que hay que ir reinventándola continuamente, por los cambios que pueden surgir en el manejo de estos niños, pero también porque, por suerte, son casos poco frecuentes y por tanto cogen al pediatra poco habituado. En este sentido hemos de decir que estamos preparando, para cuando la coyuntura económica lo permita, una segunda parte del curso, en esta ocasión aún mucho más práctica que la anterior.

Queremos desde aquí agradecer a todos los profesores del curso el esfuerzo realizado, a nuestro sponsor, Laboratorios Ferrer, la ayuda recibida, y a todos los pediatras participantes, su asistencia a las diferentes charlas •

Jordi Pou Fernández
Cap del Servei de Pediatría
Profesor Titular de la U.B.
Hospital Universitario Sant Joan de Déu

Protección de la Infancia y el Código de ECPAT

(End Child Prostitution, Child Abuse and Trafficking of Children for Sexual Purposes)

por Ana Moilanen Jaakola,
Sensibilización y Políticas de Infancia, UNICEF España

La protección de la infancia es uno de esos temas indiscutibles sobre el que mayor acuerdo internacional se ha logrado. Los **8 Objetivos de Desarrollo del Milenio** (ODM) inciden en ella, así como la mayoría de las legislaciones en materia de Derechos Civiles, Sociales y Culturales, y sobre todo la **Convención sobre los Derechos del Niño** (1989), específicamente en sus artículos 1, 11, 21, 32, 33, 34, 35 y 36, como también en su **Protocolo facultativo**, relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía (2002). Igualmente indiscutible es la necesidad de herramientas eficaces para garantizar esa protección de modo efectivo; y ese es el objetivo con el que se creó en 1996 el **Código de Conducta para la Erradicación de la Explotación Sexual Comercial Infantil en la industria del Turismo**, más conocido como el **Código de Conducta ECPAT**.

Ninguna acción por sí sola consigue resultados de mejora integral a menos que se plantee dentro de un enfoque holístico, con otras acciones complementarias, en sinergia y con un objetivo claramente establecido y compartido por toda la sociedad. Por ello es necesario una breve introducción, antes de exponer el trabajo realizado en el sector turístico español como contribución a la erradicación de la explotación sexual comercial infantil, especialmente con los menores empleados en prostitución en el marco de la industria del turismo.

Para enmarcar la temática es conveniente ser consciente de las buenas noticias; según el nuevo informe de UNICEF y *Save the Children Reino*

Unido (2011), **los niños del mundo están hoy en mejor situación que nunca antes en la historia**. En comparación con solamente unas décadas antes, muchos menos niños mueren cada día, menos niños viven en la pobreza, y hay más niños bien alimentados y escolarizados.

Actualmente hay más niños en la escuela primaria y secundaria - al igual que más niñas. El objetivo de la Educación Primaria Universal (ODM 2) ha tenido un rápido avance. Desde 1999 a 2009, unos 58 millones de niños nuevos se han matriculado en la escuela primaria y el número de niños de esa edad fuera de la escuela ha disminuido a 39 millones; el 80% de esta disminución se ha producido en África Subsahariana y Asia Meridional y Occidental. La tasa de finalización del ciclo de primaria también se ha incrementado en más de la mitad de los países de bajos y medios ingresos. Además, la brecha global de género en la matriculación escolar se ha reducido. En todo el mundo, actualmente las niñas representan el 53% de la población fuera de la



© UNICEF/SRLA2009-0067/Asselin
(Sierra Leona, 2 de Marzo de 2009). Una niña que dice tener 15 años, trabajó durante 2 años en la prostitución infantil, hasta que entró en contacto con la Fundación Lady Felicia, donde la ayudaron a inscribirse en una escuela donde la enseñan peluquería.

escuela, en comparación con el 60% de 1990. La proporción de los adolescentes que no asistían a la escuela secundaria disminuyó a nivel mundial un 21% de 1999 a 2009.

Del mismo modo, los niños en general también están mejor protegidos. Aproximadamente tres cuartas partes de los Estados han firmado, ratificado o se han adherido al **Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la participación de niños en los conflictos armados**, y el **Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la pornografía infantil, demostrando así su compromiso oficial con la protección de los niños**. Las Directrices sobre el Cuidado Alternativo de los Niños, que han sido aprobadas por la Asamblea General de la ONU, se están ajustando a los marcos y acciones nacionales para llegar a los niños que necesitan un cuidado alternativo o que están en riesgo de necesitarlo. Se han realizado progresos en varias áreas clave, incluyendo el registro de nacimientos, un aumento en la edad media del matrimonio de niños, y una reducción del trabajo infantil en la mayoría de los países (incluidos los de tamaño considerable, como Brasil, India y México). También ha disminuido considerablemente el apoyo a la mutilación genital femenina / ablación en algunas partes del África Subsahariana.

Por todo lo anterior es importante concluir que las acciones emprendidas tanto a nivel global como local dan buenos resultados. Sin duda, logros mejorables en tiempo y calidad, pero que suponen avances visibles y contundentes. Aún a pesar de estos avances, cada logro trae consigo nuevos retos, y ciertas cifras son inadmisibles:

- Más de 70 millones de jóvenes en edad de cursar los primeros años de Secundaria no asisten a clase, y las niñas aún no alcanzan a los chicos en acceso a Secundaria. Si los adolescentes no reciben educación no pueden adquirir los conocimientos y las aptitudes que necesitan para eludir los peligros de explotación, abuso y violencia a los que están expuestos,

especialmente en la segunda década de sus vidas. En Brasil, por ejemplo, entre 1998 y 2008 se salvaron las vidas de 26.000 niños menores de un año, lo que determinó una notable reducción de la mortalidad infantil. Pero en ese mismo decenio fueron asesinados 81.000 adolescentes brasileños de entre 15 y 19 años.

- Cerca de 200 millones de niños menores de 5 años sufren de desnutrición crónica en el mundo.

Definición del Término ESCI

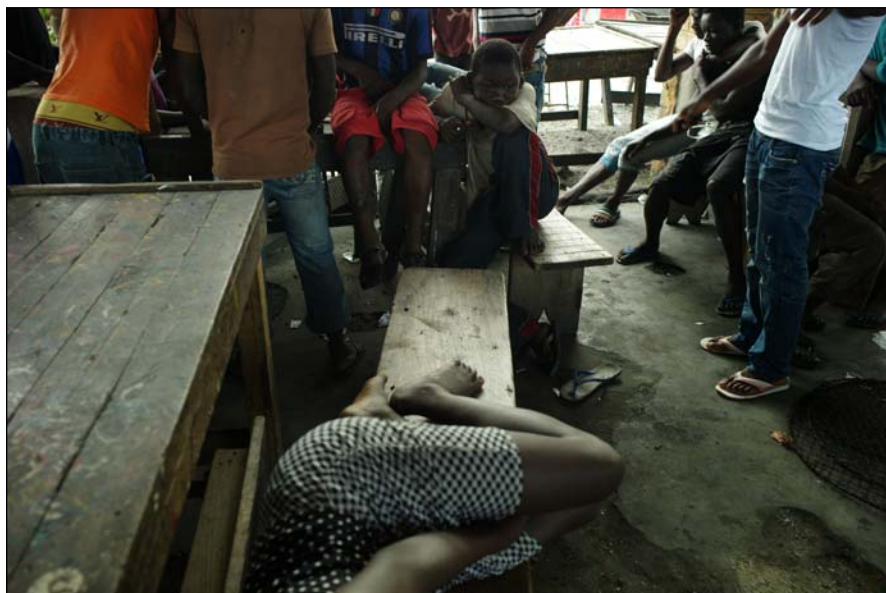
Para tratar el tema en términos propios, definimos la **explotación sexual comercial infantil (ESCI)** como una forma de **maltrato infantil** y una grave **violación de los derechos de la infancia**, condenada por diferentes instrumentos internacionales y por las legislaciones de numerosos países. Comprende el **abuso sexual** por parte de un adulto y la explotación económica del menor a través de una remuneración económica o en especie, tanto para el propio niño o niña, como para terceras personas. Es una forma específica de maltrato sexual.

Se identifican cuatro formas principales de ESCI, todas ellas interconectadas:

1. **Prostitución infantil** entendiéndolo como un menor empleado en la prostitución, ya que no implica el consentimiento del menor a esta práctica.
2. Prostitución infantil asociada al turismo (también llamada **turismo sexual infantil**).
3. Imágenes de abuso sexual infantil grabadas también conocida como **"pornografía infantil"**.
4. **Trata infantil** con fines sexuales.

El abuso sexual que los menores empleados en prostitución sufren va, desde el abuso sexual sin contacto físico, como obligarles a ver pornografía o a presenciar relaciones sexuales entre otras personas, hasta relaciones coitales completas con el menor.

La pornografía infantil y adolescente significa cualquier representación, **por cualquier medio**, de un niño o niña realizando actividades sexuales explícitas, reales o simuladas, o cualquier representación de un niño o una niña, el niño puede salir desnudo o en alguna pose y no sacan sólo sus órganos sexuales con un objetivo pri-



© UNICEF/NYHQ2010-2479/Kamber (Noviembre 2010, Costa de Marfil) Una trabajadora sexual de 15 años duerme sobre un banco rodeado de adolescentes en Marcory, un barrio de Abidjan. Sus clientes son mayormente adultos y ella busca la protección de los niños, que a su vez se buscan la vida entre los restaurantes de la zona y suelen dormir entre los bancos y mesas de las terrazas de esos locales.

mordialmente sexual. Incluye las actividades de producción, distribución, divulgación por cualquier medio, importación, exportación, oferta, venta o posesión de material en el que se utilice a una persona menor de edad o su imagen en actividades sexuales.

La trata de niños y adolescentes con fines de explotación sexual ocurre cuando una persona menor de edad es trasladada dentro de su mismo país o región, de una región a otra o de un país a otro, para someterle a cualquier forma de explotación sexual, situación en la que se encuentra un gran número de los niños soldados, según los estudios de Save the Children (2011). La realidad es que este hecho se está transformando en una nueva forma de esclavitud, en su forma más cruel, en pleno siglo XXI.

Volumen de un Negocio Ilegal

En cuanto al negocio ilegal de la prostitución infantil, según las estimaciones de UNICEF en 2009, cerca de tres millones de niños se ven obligados anualmente en todo el mundo a entrar en el mercado de la explotación sexual comercial. Los datos son aproximados por la dificultad de recopilar cifras fidedignas. La mayoría de estos niños existen fuera de cualquier registro oficial, y muchos de los registrados constan con datos falsos reportados por sus "protectores" o "tutores" o directamente proxenetas.

Aproximadamente **30 millones de niños** han perdido su infancia en la explotación sexual comercial en las últimas 3 décadas. Para tener mayor consciencia de lo que subyace detrás de las cifras globales, se calcula que:

- El 90% de los niños forzados a la explotación sexual comercial son obligados a consumir drogas o actúan bajo su efecto.
- Por ejemplo, en Guatemala cada año entre 1.000 y 1.500 bebés y niños son objeto de trata de menores.
- La trata de personas afecta a niñas de tan sólo 13 años -procedentes principalmente de Asia y Europa del Este-, que son enviadas a otros países como "novias a la carta". Su situación es de soledad e indefensión, lo que aumenta el riesgo de sufrir violencia y abusos.
- En África Occidental y Central hay una gran cantidad de niños que son víctimas de la trata de menores y cuyo destino es principalmente el trabajo doméstico, aunque también son explotados sexualmente o empleados para trabajar en comercios o en granjas. Casi el 90% de estos trabajadores domésticos procedentes de la trata de personas son niñas.
- Los niños y niñas de Togo, Malí, Burkina Faso y Ghana son "exportados" a Nigeria, Costa de Marfil, Camerún y Gabón. Benin y Nigeria "importan y exportan" niños y niñas,

algunos de los cuales son enviados a puntos tan remotos como Oriente Medio y Europa.

- En muchas partes del **Sudeste Asiático, más de un tercio** de los trabajadores sexuales son menores de 18 años.
- En **India, 400.000** niños trabajan en el mercado del sexo - algunos de ellos de tan sólo 6 años de edad.
- **La mitad** de los trabajadores del sexo en **Lituania** tienen menos de 18 años.

Un Negocio en Expansión

Geográficamente, la explotación sexual infantil es un fenómeno emergente en todo el mundo. Constituye el **tercer negocio ilegal a escala mundial**, por detrás del tráfico de armas, del tráfico de estupefacientes y seguido por el tráfico de antigüedades. La tendencia es que se acabe situando en el primer lugar, pues las ganancias que genera anualmente y las facilidades de infraestructura que presenta hacen de ella una actividad cada vez más atractiva para las mafias internacionales. Tan sólo en la prostitución infantil asociada al turismo se calcula que se gene-

ran cada año **más de 5.000 millones de dólares** en todo el mundo, aunque los últimos datos de UNGIFT (*United Nations Global Initiative to Fight Human Trafficking* 2008) elevan la remuneración ilícita a 31 mil millones de dólares, situando así este negocio como segundo después del tráfico de armas.

España, como parte integrante del llamado grupo de "países occidentales", tiene un lugar concreto asignado dentro de la cadena que hace posible la existencia de la explotación sexual comercial infantil. Por una parte, **dentro de sus fronteras** existen víctimas infantiles de prostitución, pornografía y trata, tanto víctimas españolas como extranjeros, y, por la otra, España es un país de destino y tránsito de las redes de trata y exportador de clientes de prostitución infantil dentro y fuera de nuestras fronteras. Así mismo España se sitúa como el segundo país del mundo, consumidor de pornografía infantil después de Estados Unidos. Así, el llamado "turismo sexual", con o sin intención inicial de abuso del menor, sólo es una clientela más para el negocio de la prostitución y explotación sexual comercial infantil.

Causas

La pobreza sin duda es la primera causa que hace a los niños vulnerables ante la explotación sexual de forma directa o indirecta, pero no es la única. Durante los conflictos armados, con sus grandes movimientos de población, los niños/as son a menudo separados de sus padres y muchos de ellos se convierten en huérfanos. Asimismo, se propicia el reclutamiento de niños en los grupos armados, lugares proclives a la esclavitud sexual. Los menores no acompañados son especialmente vulnerables al riesgo de abuso sexual y explotación. Los menores huérfanos del VIH/SIDA, que a menudo se ven obligados a cuidar solos de sus hermanos más pequeños, son claramente mucho más vulnerables a cualquier forma de abuso sexual. Los niños de la calle, que viven y trabajan en las calles de la mayoría de las ciudades de los países pobres, sin ningún tipo de protección adulta, adoptan la prostitución como una expresión más de su condición de vida en la calle, junto al uso de las drogas, desnutrición, abuso y violencia, etc. Un contexto sociocultural discriminatorio hacia la mujer, así como la condición socioeconómica o los índices de criminalidad, favorecen la existencia de la explotación sexual infantil.

Consecuencias de la Explotación Sexual Infantil en el Desarrollo de sus Víctimas

En cuanto a las víctimas, la explotación sexual infantil provoca enormes consecuencias que interfieren en el correcto desarrollo físico, psicológico - mental, espiritual, moral y social de los niños. Esto para señalar **algunas** de las consecuencias desde la vivencia del abuso, (sin entrar a clasificarlas), teniendo en cuenta que cuánto más frecuente y más prolongado en el tiempo es el abuso, más graves son sus consecuencias. Igualmente influyen la identidad de la víctima, la relación afectiva entre el abusador y la víctima, características personales de la víctima, etc.

Físicas

- Retrasos orgánicos del desarrollo
- Trastornos en la alimentación
- Dolores crónicos generalizados
- Trastornos del sueño
- Embarazos no deseados y/o en edades prematuras
- Enfermedades como el VIH/SIDA y otros de transmisión sexual
- Conductas auto lesivas o suicidas
- Consumo de tóxicos

Psicológicas/Mentales

- Alteraciones afectivas; sentimiento de culpa y vergüenza paralizante, agresividad, depresión, miedo, ataques de pánico y de ansiedad, etc.
- Alteraciones de conducta; fobias, trastornos de conducta, hiperactividad o abatimiento excesivo, conductas auto destructivas, trastornos de alimentación (anorexia - bulimia), conductas antisociales, etc.
- Alteraciones cognitivas; confusión, desorientación, pérdida de memoria, pérdida de la capacidad de concentración, problemas de aprendizaje, etc.
- Alteraciones sexuales; rechazo del propio cuerpo, problemas de la identidad sexual, fobias sexuales, dolores crónicos en las relaciones sexuales, falta de satisfacción sexual o incapacidad para el orgasmo, disfunciones sexuales, etc.
- Síndrome de estrés postraumático cronicado.

La recuperación de estos niños es costosa y complicada. Una vida en la que violencia sexual ha sido inducida y obligada, unida al estado narcótico y el maltrato físico constante, las amenazas, el aislamiento y la exclusión social y otros muchas vulneraciones de sus derechos que sufren estos niños y niñas, hace difícil su recuperación. Entrar en los tratamientos o las soluciones de forma específica sería plantear otro artículo, y lo que aquí se trata de manifestar es el importante papel del sector turístico en la eliminación de la explotación sexual comercial infantil.

Perfil del Explotador

Los explotadores sexuales de niños no son exclusivamente los pederastas (personas quienes llevan el abuso a la práctica) o pedófilos (personas que sufren una desviación o trastorno sexual), como tradicionalmente se ha pensado, sino que la mayoría son "abusadores sexuales ocasionales", o que desean experimentar el sexo con menores, o clientes de prostitución adulta que rompen con el límite de la minoría de edad de sus víctimas. Muchos de los explotadores son clientes locales de los propios países. Sin embargo, está creciendo el número de extranjeros, que llegan a ciertos destinos mediante viajes vacacionales o de negocios. Con frecuencia los turistas sexuales infantiles viajan desde un país de origen más rico a otro menos desarrollado, o puede también tratarse de viajeros dentro de su propio país o región. Es importante entender que es imposible hablar de un único tipo de persona, con características claramente definidas, para referirse al explotador sexual y es que los explotadores pueden ser hombres o mujeres, adultos, adolescentes, de cualquier estrato social y cualquier raza o cultura.

Las investigaciones demuestran que rara vez el explotador sexual de niños se reconoce como tal. Los explotadores sexuales de niños y niñas, en el marco de los viajes, aparentemente adoptan la consigna de que "fuera de casa, no se aplica la misma moral", y con frecuencia se convencen a ellos mismos de que "todo es más aceptable en el país de destino y la gente no tiene los mismos prejuicios que en casa". Algunos explotadores sexuales intentan convencerse de que la explotación sexual de los niños/as es una buena acción, porque de esta forma les ayudan a obtener dinero para comida y les facilitan la mejora de sus condiciones de vida. Para muchos, el hecho de que los niños/as sean fácilmente accesibles puede tentarlos a considerar el sexo con menores como una experiencia exótica. Muchos hombres buscan niños/as por la simple razón de que ellos creen, erróneamente, que el riesgo de contraer el VIH / SIDA es más bajo manteniendo sexo con menores que con adultos. En algunas zonas, más del 50% de los niños/as están infectados de VIH / SIDA, lo que significa que ellos extienden más ampliamente la enfermedad. En cualquier caso el poder de autoengaño es sorprendente

ante la confrontación con la explotación sexual, y las excusas inapropiadas para llevarlo a cabo, de lo más variadas.

El Sector Turístico y la ESCI

La responsabilidad en el problema de la explotación sexual comercial infantil específicamente en la industria del turismo es extremadamente compleja. En ningún caso la industria turística ha sido acusada de fomentar el comercio sexual con niños, pero sí se ha solicitado su colaboración y su oposición explícita y pública a la explotación sexual infantil y, dentro de ésta, especialmente a la prostitución infantil.

El nivel de responsabilidad del sector turístico ha sido definido en los siguientes términos:

- La responsabilidad directa corresponde a aquéllos quienes **conscientemente** difunden, organizan, transportan y alojan viajes de turismo sexual infantil.
- Tener conocimiento de este tipo de actividades y permitir que sigan ocurriendo sin denunciarlas implica complicidad.

- Una responsabilidad indirecta corresponde a los operadores turísticos, agencias de viajes, transportistas, y especialmente aerolíneas y establecimientos hoteleros, si éstos son conscientes de que están siendo utilizados como vehículos para conducir a los turistas sexuales declarados o potenciales a los destinos. O de que en sus establecimientos ocurre este tipo de explotación.



Ante este reconocimiento de la gravedad de la problemática, el propio sector turístico se puso en acción creando el **Código de Conducta para la Eliminación de la Explotación Sexual Infantil**, acción que ha dado lugar a una red de miembros particulares, empresas, ONG, etc, unidos por la lucha contra la explotación sexual infantil. Citando la fuente de la propia red (www.ecpat.net): "ECPAT comenzó como una campaña en contra de la prostitución infantil en el turismo asiático. Desde inicios de los años 90, ECPAT Internacional y diversos grupos miembros de la red de ECPAT alrededor del mundo han trabajado



© UNICEF/NYHQ2006-1488/Pirozzi

Cubao, suburbio de Quenzon, cerca de Manila (Filipinas). A sus 20 años, Maila, ha sobrevivido como prostituta durante muchos años. Ha sido agredida muchas veces y violada por un policía, pero no tuvo el valor de denunciarlo. Ahora ella habla a otras adolescentes sobre los peligros del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, e intenta ayudar a otras niñas desescolarizadas y en riesgo para que eviten su estilo de vida. Sueña con encontrar un buen trabajo para poder abandonar su peligrosa actividad. Le encantaría casarse y tener niños a quienes criar con amor.

junto con la industria de viajes y turismo para incrementar la conciencia y tomar medidas prácticas contra el abuso sexual infantil. Se han establecido alianzas con la industria hotelera, operadores turísticos y otros miembros del sector turismo para la prevención del turismo sexual infantil. ECPAT provee asistencia técnica a la industria turística, así como a organismos gubernamentales e internacionales".

En el Primer Congreso Mundial de Estocolmo 1996, el turismo era considerado como potencial vehículo para el abuso a los niños a nivel mundial, no solamente por parte de pederastas o pedófilos, sino también por abusadores "situacionales" que viajaban a lugares en donde el sexo con menores gozaba de una mayor impunidad social y legal.

En ECPAT Internacional, además de trabajar con y apoyar a los miembros de su red, el programa contra el turismo sexual infantil desarrolla varias iniciativas con gobiernos, autoridades nacionales del sector turístico, la industria de viajes y turismo, otras instituciones de defensa de los derechos del niño, organizaciones internacionales, ONGs y grupos locales de base. Estas iniciativas varían desde la incidencia política (específicamente para crear políticas y legislación en la materia) hasta desarrollar campaña de sensibilización y programas de formación para actores clave.

Una de las principales actividades de este programa es la firma del Código de Conducta. Aunque originalmente este era un proyecto de ECPAT, hoy en día el Código de Conducta es una organización independiente financiada por UNICEF Japón, apoyada por la Organización Mundial de Turismo y que recibe asistencia técnica de muchos grupos ECPAT alrededor del mundo. Esta iniciativa es considerada como **la herramienta más eficaz de la industria turística para combatir la explotación sexual infantil en su sector**. Los operadores turísticos y las organizaciones del sector turismo que adoptan y firma el Código de Conducta se comprometen a informar a sus clientes sobre su política de protección infantil, a entrenar a su personal, denunciar los casos de abuso sexual de los que tengan conocimiento a las autoridades y aplicar otras medidas para proteger a los niños y niñas.



© UNICEF/BANA2008-00686/Noorani (2008, Bangladesh). Shireen Afroj, asesora a una menor dedicada al comercio sexual en un Centro de la Coalición para la Salud de Mujeres de Bangladesh para la Salud existente frente al Burdel de Kandhapara en la ciudad de Tangail.

El Código es un instrumento para la auto-regulación y responsabilidad social corporativa y comprende un conjunto de criterios que las empresas del turismo deben cumplir para proporcionar protección a niños y adolescentes vulnerables en los destinos turísticos.

1. Establecer una política corporativa ética en contra de la explotación sexual comercial de niños.
2. Educar y formar a su plantilla tanto en el lugar de origen como en los destinos de viaje.
3. Introducir una cláusula en los contratos con proveedores, en la que se rechaza conjuntamente la explotación sexual de niños.
4. Ofrecer información a los viajeros mediante catálogos, trípticos, carteles, videos informativos a bordo de los aviones, billetes, páginas web, u otros canales que se consideran oportunos.
5. Ofrecer información a los agentes locales "clave" en los destinos.
6. Elaborar un informe anual sobre la aplicación de estos criterios.

UNICEF y el Sector Turístico

UNICEF, fiel a su mandato y misión, trabaja por el efectivo cumplimiento del artículo 34 de la Convención sobre los Derechos del Niño, que establece

el derecho del niño a estar protegido de la explotación y los abusos sexuales, incluidas la prostitución y la participación en espectáculos o materiales pornográficos. Las líneas principales de atención se centran en; EDUCACIÓN, PROTECCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN CONTRA LA ESCI, así como en la PREVENCIÓN. Atacando sus causas, por medio de:

- Educación: impulsando el acceso a una educación básica de calidad para todos los niños, y las niñas en particular.
- Protección: creando un entorno protector para la infancia, donde las personas de todos los niveles de la sociedad se comprometan a aplicar leyes protectoras, desarrollar los servicios necesarios y dotar de información para combatir y actuar ante cualquier forma de explotación.
- Sensibilización: atacando los falsos mitos y las excusas que alimentan la demanda de sexo con niños en los viajes.

Como principal medida de prevención, UNICEF impulsa el Código de Conducta para la protección de los niños frente a la explotación sexual en la industria del turismo y de los viajes. Un trabajo conjunto con la OMT, la Red de Erradicación de la Prostitución, Pornografía Infantil y Trafico de niños (ECPAT) y sobre todo el sector privado de la industria del turismo.

En España el año 2011 ha sido relevante en cuanto a las acciones hacia la eliminación de la explotación sexual infantil. El pasado 16 de septiembre 2011 once empresas españolas líderes del sector turístico firmaron el Código de Conducta, en el marco del I CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE ÉTICA Y TURISMO organizado por el Ministerio de Industria, Turismo y Comercio, la Secretaría general de Turismo y Comercio Interior, y la Organización Mundial del Turismo de Naciones Unidas.

Actualmente el Código ha sido firmado por 1.030 empresas de 42 países, a las que ahora se suman 11 nuevas empresas españolas, además de las tres empresas anteriormente adheridas (Meliá Hotels, Viajes Barceló y Viajes Mogador 2006-2007).

UNICEF ESPAÑA ha impulsado y coordinado la adhesión de las empresas turísticas españolas al Código de Conducta, contando para ello con la colaboración de Meliá Hotels International, así como con la organización ECPAT en España. Además se ha trabajado estrechamente con la Administración Pública y con la Organización Mundial del Turismo. Este trabajo se mantendrá en el futuro, con el fin de seguir sumando empresas del sector turístico español en este esfuerzo.

Es importante subrayar el protagonismo adquirido por el Código de Conducta ECPAT en este Congreso ante la Unión Europea, diversas instituciones sociales, ONG y ante representantes de más de 60 países y empresarios del sector turístico.

Como conclusión; hasta este momento el trabajo ha culminado con la firma de compromiso del cumplimiento del Código de Conducta de las empresas: AGRUPACIÓN DE CADENAS HOTELERAS DE BALEARES, AMADEUS, ASHOTEL, FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE AGENCIAS DE VIAJES, FEDERACIÓN HOTELERA DE MALLORCA (FEHM), GRUPO BARCELÓ, GRUPO IBE-ROSTAR, GRUPO LOPESAN - IFA, IBERIA, LORO PARQUE, S.A. (LORO PARQUE / SIAM PARK), MELIÁ HOTELS INTERNATIONAL, NATIONAL ATESA, NH HOTELES y ORIZONIA. Para el presente año 2012 se prevé la entrada de al menos diez empresas más al proceso de adhesión.

Esperamos un impacto a corto plazo en cientos de destinos turísticos, sus comunidades, países donde operan y, sin duda, en la vida de miles de niños y niñas. En un plazo máximo de un año las empresas deberán presentar su Plan de Acción para la implementación de los seis objetivos del Código; establecer una política corporativa contra la explotación infantil, formar a la plantilla en la temática, introducir una cláusula que recoja la problemática en el contrato con proveedores, ofrecer información a los viajeros, a los agentes locales claves y por último elaborar un informe anual sobre la aplicación de estos criterios. Las empresas estarán acompañadas en su proceso por el representante local de ECPAT en España, la Federación de Asociaciones de Prevención del Maltrato Infantil en España (FAPMI).

UNICEF es consciente de que todas estas medidas desarrolladas por el sector del turismo y los viajes ha de venir acompañada por una conciencia social y un compromiso individual. Del resto de la sociedad, además de los gobiernos, depende asegurar -cada uno desde su responsabilidad individual- que las medidas tomadas impacten de forma real en la vida de la infancia que sufre los abusos. La obligación de los profesionales de la educación, los sistemas de salud, administraciones públicas y privadas, es conocer los protocolos de coordinación y actuación de su Comunidad en relación con el abuso y maltrato, siendo consecuentes con su implementación, de forma que se garantice la actuación eficaz ante los casos de abuso sexual y la protección de los niños y niñas de una de las vulneraciones de sus derechos más graves que pueden darse, además de un sufrimiento inimaginable •

Fuentes y bibliografía:

- The CODE. www.thecode.org
- Convención sobre los Derechos del Niño. 1989. Naciones Unidas
- ECPAT www.ecpat.net
- Horno Pepa., 2009. Amor y violencia: la dimensión afectiva del maltrato
- ILO/ OIT
- Informe UNICEF en colaboración con Save the Children Reino Unido y Overseas Institute. 2011. UNICEF
- INWA, Intervida World Alliance., 2006. Vidas Invisibles La explotación sexual infantil
- O'Connell Davidson J. 1998. Prostitution, power and freedom
- O'Connell Davidson J. 2005. Children in the Global Sex Trade
- Save The Children
- Svensson, B., 2000. Victims and perpetrators on Sexual Abuse and treatment. Save the Children Sweden

ENTREVISTA x 3**Tres Pediatras Pioneros en Lucha contra el Maltrato Infantil en la Pediatría Española:**

- Antoni Martínez Roig**
- Juan Casado Flores**
- Ignacio Gómez de Terreros**

En los años 80 hubo un grupo numeroso de pediatras que impulsaron la prevención y la atención al maltrato infantil Joseba Garate (Bilbao), Xavier Querol (Barcelona), Francesc Domingo i Salvany (Lérida), José Calvo Rosales (Las Palmas de Gran Canaria), Raúl Trujillo (Tenerife), Miguel García Fuentes (Santander) y un largo etcétera.

Entre ellos hemos considerado a Antoni Martínez Roig (Barcelona), Juan Casado Flores (Madrid) e Ignacio Gómez de Terreros (Sevilla).

Los 3 han respondido, con su propio estilo, al mismo cuestionario de 4 preguntas. Y una idéntica actitud queda patente, en todos ellos, frente a un enemigo común: Es necesario dar lo mejor y superarse constantemente en la lucha sin cuartel contra la lacra más humillante de la humanidad: el Maltrato Infantil.

Antoni Martínez Roig:**1) ¿Cómo estaba la situación de partida en los años 80?**

En aquel momento había una realidad que no era compartida por los profesionales que trabajaban con la infancia. Se detectaban casos de maltrato, principalmente en los centros sanitarios y en centros de atención social. Los profesionales que trabajaban en estos centros no todos tenían ni la misma sensibilidad, ni la misma formación en el tema, cosa que motivaba que no se valorasen todos por un igual.

Diríamos que existían unos profesionales muy motivados y otros escépticos en cuanto al tema. Probablemente este escepticismo venía motivado por la respuesta que las Administraciones hacían sobre los casos, cómo actuaba la Justicia, así como por las dificultades que el diagnóstico comportaba al profesional. Su denuncia o diagnóstico del caso conllevaba que fuera abordado por la familia y debían acudir a los Juzgados donde veían unas medidas de protección que no creía las idóneas.

Los Tribunales Tutelares de Menores no daban una respuesta protectora, o cuando la daban era demasiado tajante. No había mentalidad de recuperación del entorno familiar, las medidas eran separadoras. Se valoraban poco las situaciones de riesgo y para llegar a actuar en casos de maltrato físico, que era el que en aquel momento mayoritariamente se detectaba, era necesario que fuera repetido.

Profesionales que trabajaban con la infancia, como maestros, policía, psicólogos, psiquiatras, se puede decir que en poco número se implicaban en las denuncias de casos.



La formación sobre el tema en las universidades o escuelas profesionales era testimonial. Los recién graduados carecían del conocimiento preciso para detectar o actuar preventivamente. La formación se adquiría con la experiencia vivida y con el interés personal sobre el tema.

Los políticos que debían promover las actuaciones desde su departamento y modificar leyes, desconocían la realidad del problema. Al ser pobre la presión social su interés no era grande. La infancia no daba votos y esto limitaba que se actuase en su protección. Los derechos de la infancia preocupaban para salir en las cabeceras de los periódicos, pero no en el día a día.

Se puede decir que en cada grupo profesional, como enfermería, enseñanza, medicina, justicia, trabajo

social, educadores, psicología, policía, periodismo, psiquiatría, había un mínimo grupo interesado y sensibilizado por el tema, pero la gran mayoría no.

Los medios de comunicación estaban interesados en el caso escandaloso, pero no en la realidad del problema. Cuando se publicaba o emitía algún programa de formación o sensibilización, no era en formato u horarios de máxima audiencia.

La población conocía lo que pasaba, pero callaba. Venía de años de silencio, en los que opinar sobre temas sociales escabrosos era mal visto o incluso sancionable, y probablemente adoptaba la táctica de esconder la cabeza bajo el ala. No escuchaba, no hablaba.

El número de profesionales en el área de trabajo social era escaso y los recursos materiales también, con centros de acogida, que no hacían buen uso de su nombre. No eran muy acogedores. Existían centros dependientes de órdenes religiosas que trabajaban con buena voluntad pero sin líneas de profesionalidad.

2) ¿Qué cosas destacaría de las que se hicieron?

Intentar sensibilizar a los distintos grupos profesionales, así como a los políticos a través de charlas, entrevistas o pequeñas publicaciones según los casos. Se intentaba dar a conocer las experiencias vividas profesionalmente y las necesidades que se creían importantes para el tema del maltrato.

Se organizaban charlas formativas y se intentaba agrupar a todos los profesionales en una mesa de trabajo.

En mayor o menor grado, propiciar encuentros, cursos de formación, talleres con expertos, a través de las ayudas de las administraciones...

3) ¿Qué habría que considerar para la formación de los profesionales sanitarios (médicos, MIR, enfermeras/os,...) respecto al maltrato infantil?

Considerar el maltrato infantil como un problema de salud como cualquiera de los otros. Propiciar el trabajo en equipo. La actuación frente al maltrato nunca debe ser vista desde una única óptica profesional. Ha de serlo desde una visión multidisciplinaria. Al personal sanitario se le ha de enseñar a trabajar en equipos formados con profesionales con visiones diferentes de un mismo problema. Según los casos será el sanitario quien dirigirá el trabajo, pero otras serán los otros profesionales.

Desde el mundo sanitario ha existido y existe aún la idea que el maltrato es un problema social y de trabajo social o de la justicia. Nada más falso. Es un problema de salud en el que el sanitario tiene su papel importante, que quizás tampoco se le ha reconocido desde los campos de trabajo social y justicia.

4) Papel de las asociaciones para la prevención del maltrato infantil.

Las asociaciones han de actuar como integradoras de las distintas disciplinas, sensibilizando y formando a los profesionales.

A la vez que han de ser las defensoras de la infancia y las interpeladoras de los políticos y las administraciones.

Juan Casado Flores:

1) ¿Cómo estaba la situación de partida en los años 80?

En los años 80 y mucho antes, existían los adultos que maltrataban a los niños. Los niños gravemente maltratados acudían a los servicios de urgencias, hospitales o no, en donde eran atendidos de sus lesiones físicas. En esa época ya existía el programa de formación y especialización médica supervisada (programa MIR) en donde el estudio, la investigación clínica y la elaboración de protocolos diagnóstico-terapéuticos eran la rutina en los nuevos hospitales que aparecían en territorio español.

En los años 80 existían niños maltratados, pero los médicos en general y los pediatras en particular teníamos escasos conocimientos de la epidemiología, clínica y manejo de estos pacientes. Solo diagnosticábamos los gravemente maltratados que acudían con múltiples hematomas, fracturas, quemaduras o signos claros de abandono. Los otros niños maltratados, probablemente no eran detectados desde los servicios sanitarios. Además, carecíamos de formación, no solo para el diagnóstico, también para el tratamiento no



médico, el social y psicológico. En esos años los pediatras hospitalarios ya teníamos adecuados conocimientos en infectología, neonatos, respiratorio o digestivo, pero no en pediatría social. Los niños con problemas sociales estaban huérfanos de facultativos preocupados de investigar en estas patologías.

Además en los años 80 crecía un movimiento de médicos jóvenes, residentes y adjuntos jóvenes, con gran sensibilidad social, profesionales interesados en mejo-

rar las condiciones de vida de la población en general e infantil en particular, no solo porque es humano y justo, también porque ello incide directamente en la prevención de la mayoría de las enfermedades infecciosas, carenciales, digestivas, malformativas, etc.

2) ¿Qué cosas destacaría de las que se hicieron?

En mi medio de trabajo y en mi caso, lo primero fue preocuparse por los niños que eran diagnosticados desde urgencias o ya hospitalizados con la certeza o sospecha de haber sido maltratados. Estos no tenían unidad ni especialistas en esta patología, mientras que los neonatos y los niños con enfermedades pediátricas generales, digestivas o neurológicas ya disponían de recursos humanos y materiales. Los niños maltratados estaban no solo desprotegidos por sus familias o tutores, también por el sistema sanitario. La primera medida fue por tanto humana a la vez que asistencial, preocuparse por unos pacientes concretos que sufrían entonces unas enfermedades poco conocidas.

Simultáneamente se inició un proceso de autoformación a través de investigación en la literatura médica, escasa entonces, meditación y contacto con otros profesionales implicados como trabajadores sociales, enfermeras, psicólogos, maestros y policía. Este proceso de formación creó lentamente un cuerpo de doctrina que sirvió para conocer qué hacer y como actuar en cada caso. Se formaron grupos multidisciplinarios de trabajo, inicialmente solo médicos y enfermeras de hospitales, después con trabajadores sociales hospitalarios y de barrio, ampliándose posteriormente a otros profesionales.

Algo después se elaboraron protocolos de diagnóstico y de actuación con los padres, agresores y autoridad judicial. Los primeros años por tanto fueron de aprendizaje y de divulgación de estos conocimientos.

En esta época se inició el embrión de las asociaciones interesadas en la prevención de las enfermedades sociales de los niños, asociaciones de profesionales sanitarios, de barrios y escuelas.

Posteriormente, debemos destacar el Programa de atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario iniciado en la Comunidad de Madrid en 1998 por el Instituto Madrileño del Menor y la Familia que, entre otras cosas, instauró el sistema de notificación y registro de casos, unificó criterios de actuación, desarrolló un programa de formación, etc.

3) ¿Qué habría que considerar para la formación de los profesionales sanitarios (médicos, MIR, enfermeras/os,...) respecto al maltrato infantil?

Todos los profesionales implicados en la curación, protección y educación de los niños deberían tener una formación específica, un entrenamiento en la detección de los problemas sociales en general, y del maltrato en particular. Además de la detección de la situación de riesgo social, deberían estar entrenados en la solución. Por tanto, desde mi punto de vista se debería elaborar:

a) Programa dirigido a: pediatras de hospitales, pediatras de asistencia primaria, médicos de estabilización y transporte (SAMUR), médicos de familia, enfermeras, matronas y trabajadores sociales, consistentes en:

- Talleres de entrenamiento
- Cursos de casos prácticos multiprofesionales
- Sesiones clínicas
- Cursos de contenido teórico

b) Proyectos de investigación para conocer la epidemiología y características del maltrato local, autonómico o nacional. Esto es imprescindible para elaborar programas de prevención basados en la realidad. Estos proyectos de investigación deben ser financiados de manera pública o privada.

c) Divulgar, mediante la participación en todos los foros científicos posibles, los conocimientos sobre pediatría social en general y los nuevos avances en particular. Esto representa no solo en presentar casos de maltrato en las sesiones clínicas de los hospitales, también en los centros de salud. Aportar comunicaciones y ponencias en las reuniones científicas de cada especialidad, no solo en los congresos de Pediatría social o de Pediatría (Congresos de la AEP). El número de publicaciones relativas a la pediatría social es muy escaso, probablemente debido a la poca investigación que se realiza. Por ello sugiero, divulgar más, ser más activo y participativo en los foros científicos locales, nacionales e internacionales, investigar más.

d) En nuestra Comunidad Autónoma debería darse continuidad, con la intensidad que el problema y el Programa en si mismo requieren, a las actividades iniciadas en 1998.

4) Papel de las asociaciones para la prevención del maltrato infantil.

Yo creo que las asociaciones han sido poco activas, poco militantes, han tenido poca influencia real en la sociedad, probablemente porque se han basado en el impulso motor de un número pequeño de asociados, generalmente integrados en la junta directiva de la SEPS o su entorno. Creo que la AEP y las sociedades integradas dentro ella, deberían realizar guías protocolos conjuntos de actuación (detección del maltrato desde las urgencias SEUP-SEPS; desde los intensivos pediátricos SECIP-SEPS; neonatología-madres con factor de riesgo; papel del abandono en las infecciones, etc.).

Los miembros de las asociaciones científicas deberían crear proyectos de investigación, bien diseñados, que compitan con otras áreas del conocimiento, en la obtención de fondos públicos (locales, autonómicos, nacionales, europeos) o privados para la investigación de temas relacionados con la pediatría social. La explotación de los resultados, mediante una divulgación adecuada, daría un valor añadido, un peso más científico, a la pediatría social. Esto atraería residentes estu-
diosos, recursos y valor a la SEPS que al final redundaría en beneficio de los niños •

Ignacio Gómez de Terreros:

1) ¿Cómo estaba la situación de partida en los años 80?

El tratamiento científico del grave problema del maltrato infantil tiene su antecedente más adelantado, y a su vez más sobresaliente, en el trabajo que Henry Kempe publica, en el año 1962, en la revista *Journal of the American Medical Association* (JAMA 1962; 181;105-12) donde propuso el término "*síndrome del niño golpeado*" (Battered child syndrome), en referencia a aquellos pacientes que presentaban una lesión ósea asociada a una lesión cutánea de tipo equimosis, magulladura, quemadura, en la misma región y cuya causa no hubiera podido ser especificada.

En España comienza a tomarse conciencia del maltrato infantil a partir de los trabajos, en 1977, de la Sociedad Internacional para la Prevención del Abuso y Negligencia al Niño (ISPCAN), a los que siguen las actuaciones de la Asociación Catalana (1988), seguida de la Madrileña (1989), del País Vasco, de Andalucía y de Murcia (1990). Con anterioridad existía una falta de sensibilización social y una total carencia de datos, aunque fueran aproximativos, de la realidad existente; tampoco los profesionales estaban especialmente sensibilizados por el grave problema del maltrato infantil y consecuentemente sus conocimientos y recursos para intervenir en un asunto tan complejo eran muy deficientes.

En el I Congreso Estatal Infancia Maltratada de Barcelona, celebrado en 1989, despertó nuestro interés el trabajo que en este sentido venía realizando el Dr. Antoni Martínez Roig. Por entonces trabajábamos en el Centro Provincial Infantil (antigua Casa Cuna) de Sevilla -en pleno proceso de desinstitucionalización- un grupo de profesionales muy sensibilizado con la infancia vulnerable; los cuales, junto con otra personas competentes de otras instituciones, formamos un *grupo motor inicial* del que surgió la Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y Prevención del Maltrato (ADIMA) de la que me cupo el honor de ser su primer presidente.

2) ¿Qué cosas destacaría de las que se hicieron?

En la década de los 90 desde el entonces Ministerio de Asuntos Sociales cuyo Director General era Juan Mato Gómez es de destacar la labor del Centro de Estudios del Menor, el desarrollo del Sistema para la Mejora de la Atención a la Infancia (SASI), las reuniones de presidentes de asociaciones de infancia que serían el germen de la Plataforma de Asociaciones de Infancia,...

De sobra es conocido que asistencia, docencia e investigación, van de la mano. Por eso procuramos desde su inicio encuadrar el movimiento asociativo en un ámbito científico que al mismo tiempo facilitara su estrecha conexión europea e internacional. Dan fe de ello múltiples investigaciones, publicaciones, congresos, seminarios, etc.



Su Majestad la Reina D^a. Sofía entregó el 9 de marzo de 2009 en el Palacio de la Zarzuela al Dr. I. Gómez de Terreros la Cruz de Oro a la Solidaridad Social por su trayectoria dentro de la Pediatría Social: Casa Cuna de Sevilla, Unidad de Pediatría Social del Hospital Universitario Virgen del Rocío, maltrato infantil y las asociaciones para su prevención, y un largísimo etcétera.

Un hito destacable de ADIMA fue la publicación en 1993 de la *Guía de atención al maltrato infantil*, que pronto se convirtió en referente de muchos profesionales en este asunto en un momento en que no existían protocolos de intervención relacionados con la legislación existente de protección a la infancia.

3) ¿Qué habría que considerar para la formación de los profesionales sanitarios (médicos, MIR, enfermeras/os,...) respecto al maltrato infantil?

Es imprescindible la inclusión de los temas relacionados con el maltrato infantil en los programas formativos pre y postgrado de todos los actores profesionales que de una u otra forma intervienen en estos procesos. Las Autoridades educativas son responsables de ello.

En el momento actual la formación de los profesionales sanitarios en esta materia no se encuentra estructurada y depende más bien de la sensibilización mayor o menor del área educativa correspondiente. En este sentido, deseo reflejar, en lo que se refiere a la formación MIR, el programa pionero establecido por la Unidad de Pediatría Social del Hospital del Niño Jesús de Madrid, junto con el Instituto Madrileño del Menor y la Familia, del que se han beneficiado y a plena satisfacción residentes del Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío, con frutos demostrados en sus actuales quehaceres profesionales. Sin duda es un modelo a tener en cuenta y a seguir por los tutores responsables de la formación MIR, buscando con ello que en la planificación de la enseñanza los problemas sociales y comunitarios tengan el peso preciso y reciban la atención debida.

4) Papel de las asociaciones para la prevención del maltrato infantil.

En el momento actual vivimos en nuestra sociedad una etapa de verdadera "revolución asociativa". En el área profesional de salud de Andalucía en que desarrollamos nuestro trabajo están registradas más de 1200 Asociaciones. La Consejería de Salud en Andalucía está procediendo a impulsar nuevos aspectos a través de una sensibilización y formación de sus profesionales, contando con los movimientos asociativos de defensa de los derechos de la infancia y entidades científicas de nuestra Comunidad Autónoma.

El desarrollo de Asociaciones como ADIMA en nuestro entorno andaluz, se esfuerza en potenciar las buenas prácticas de los derechos de la infancia desde el presente concepto estructural de "tercer sector", con programas precisos en el que el sector público reconoce sus limitaciones y, a través de subvenciones, conciertos o convenios, llama a la puerta de los movimientos asociativos.

El movimiento asociativo, entre las que se encuentran las Asociaciones para la prevención del maltrato infantil, ha vivido un cambio radical del que he sido testigo, que va desde un comienzo reivindicativo a una actitud claramente participativa, sin dejar de lado un continuo impulso por nuestra parte de la concienciación profesional, institucional y comunitaria en esta materia.

Somos conscientes de que es preciso descubrir las potencialidades que tenemos como colectivo y tejer una red de relaciones y de apoyos mutuos. Urge potenciar la coordinación en el ámbito Institucional, Profesional, Asociativo (Federaciones) y Comunitario.

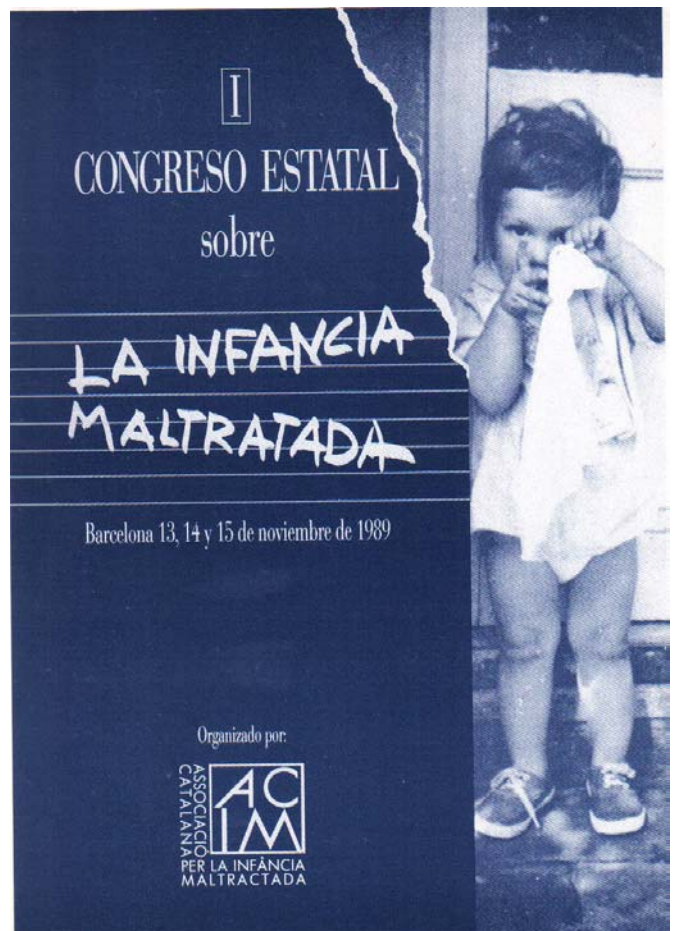
Esta situación coincide con un contexto de crisis económica que impone límites a los recursos públicos, con lo que sus repuestas se ven obligadas a ser complementadas con otros recursos, ya sean privados o sociales. Al fin de cuentas, hacer uso del "capital social" existente.

En la estrategia actualizada, previo al inicial enfoque preventivo, se establece el de la *promoción*; apartado que incluye el reconocimiento del valor de la infancia, la parentalidad positiva (promoción del buen trato), potenciar el derecho de participación de los menores, y el de las relaciones positivas intergeneracional, familiar y entre iguales.

En lo referente a la asistencia, se da una nueva visión al enfoque de la intervención, incluyendo lo que se denomina *recuperación integral*, entrando en consideración aspectos como la resiliencia, la convivencia y la consideración en cada caso de la mejor forma de redefinir su proyecto vital.

Todo ello pone en evidencia el importante reto de futuro que tienen ante sí estas asociaciones para la prevención del maltrato infantil, que sin duda y coordinadas

por la FAPMI que como federación de asociaciones para la prevención del maltrato infantil se constituyó como clave para proceso del desarrollo asociativo, darán los mejores frutos. A ello les animo •



Cartel del 1er. Congreso estatal sobre Infancia Maltratada, celebrado en Barcelona en Noviembre de 1989, presidido por el Dr. Antoni Martínez Roig.

LIBROS

Sección coordinada por Gabriel Galdó Muñoz, Catedrático de Pediatría (Universidad de Granada)

Maltrato Infantil en la familia en España

Informe del Centro Reina Sofía

Equipo de elaboración del informe

Dirección de la investigación: José Sanmartín Esplugues

Coordinación y redacción del informe: Ángela Serrano Sarmiento

Apartado de legislación: Yolanda García Esteve

Apartado de investigaciones realizadas: Ana Rodríguez Martín

Análisis estadísticos: Pilar Martínez Sánchez

Edición: Helen Blundell e Isabel Iborra Marmolejo

Publica: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad
Informes, Estudios e Investigación 2011

Imprime: IMGRAF Impresores S.L.

Reseña de: **Juan Gil Arrones**

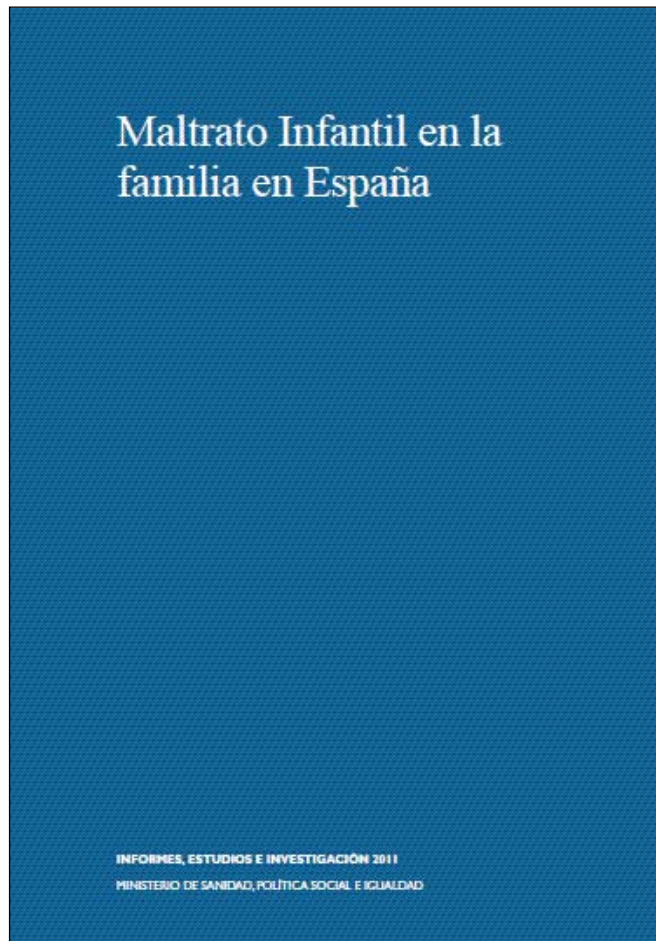
Pediatra. Coordinador del programa de Pediatría Social. Hospital de Valme (Sevilla)

El presente informe que elabora el Centro Reina Sofía sobre "El maltrato Infantil en la Familia, en España" constituye una aportación inestimable por su utilidad para todos los profesionales que, de alguna u otra forma, participan en el abordaje del maltrato infantil.

Si bien debemos considerar que ningún estudio puede por sí mismo ofrecer una respuesta a todos los aspectos y factores que intervienen en la génesis, en la expresión y en el tratamiento del maltrato infantil, este informe constituye una aproximación multifocal, que aporta estrategias investigadoras muy innovadoras para el mejor conocimiento de un problema que ya no es tan reciente como para que se nos resista, como se nos resiste, en la aplicación de fórmulas eficaces de valoración y de tratamiento integral.

Metodológicamente, con un meticuloso sistema de selección muestral, recoge la apreciación de las propias víctimas y la de los que se reconocen como agresores. Incorpora la valoración del maltrato infantil y de sus consecuencias que hacen profesionales no sanitarios, como son psicopedagogos y profesores de las víctimas en el tramo de edad de los más pequeños; lo que, inevitablemente, lo distancia de la visión sanitaria, de la del sistema de protección y de la del judicial, con cuyos criterios se le suele tratar de dimensionar y definir.

Con este planteamiento, ofrece una visión diferente de la realidad del maltrato infantil que se produce en el ámbito familiar en España, vista por sus actores princi-



pales. Evidentemente puede echarse de menos que no profundice en otras formas de maltrato como el maltrato prenatal o el acoso escolar, y que no aparezcan en la dimensión esperada algunas formas de abuso sexual y corrupción de menores, o nuevas formas como la difusión de imágenes a través de las redes de comunicación, lo que no reduce un ápice el interés de este trabajo de investigación.

También, como ocurre con otros colectivos profesionales, la capacidad de detección del maltrato está en función del conocimiento que tengan del problema y de los síntomas que presentan las víctimas; por lo que es probable que el 6,36 % de profesionales que detectaron casos de maltrato en los menores de 8 años, sea solo un pequeño reflejo de la realidad.

A nivel conceptual, el estudio integra el maltrato infantil en el propio concepto de la violencia que se produce en el contexto de la familia, aplicándole un criterio de intencionalidad del autor; lo que no es una cuestión menor, sobre todo en las frecuentes formas de negligencia y abandono de cuidados en los que no siempre sería posible poner de manifiesto esa actitud, de intencionalidad en el daño, por parte del agresor. Pero avanza en considerar el maltrato infantil como un concepto basado más en la insatisfacción de las necesidades y del respeto a los derechos de la infancia, que en criterios clínicos médicos o psicológicos.

En el marco teórico que desarrolla, simplifica la definición de los diferentes tipos de maltrato que contempla: negligencia, maltrato físico, psicológico y abuso sexual. Clarifica los factores de riesgo que intervienen o pueden intervenir en la aparición del maltrato, incorporando, entre otros, los estilos de crianza autoritarios y la falta de red de apoyo social como predisponentes o desencadenantes de maltrato en las familias.

Entre los resultados, las consecuencias del maltrato establecidas como el daño físico o psicológico producido en el menor, son las que perciben y valoran profesionales no sanitarios y las propias víctimas; lo que, desde mi punto de vista, debe ser considerado como un valor y una aportación del estudio y nunca una falta de rigor técnico.

Establece que, el maltrato llega a producir un efecto de mayor o menor "importancia" en función de la vulnerabilidad del menor, en la que intervienen, entre otros, la vinculación existente entre el agresor y la víctima, y la presencia de factores protectores, como la resiliencia del menor o la existencia de una adecuada red de apoyo social, que vincula con calidad de vida.

Introduce, con respecto a otros estudios, la producción de daño neurobiológico por las lesiones y el estrés crónico del maltrato, lo que, a su vez, puede ser causa de alteraciones en la capacidad de resolución de conflictos, trastornos del lenguaje o limitación de las capacidades cognitivas.

Hace un recorrido actualizado a través de la legislación y de las investigaciones desarrolladas a nivel nacional e internacional. Las fuentes de los diferentes estudios son diversas, basadas en registros o en muestras poblacionales, lo que pone de manifiesto la dispersión metodológica y la distancia a la que estamos de tener un conocimiento exacto de la situación real del maltrato infantil.

A pesar de ser un estudio cuantitativo, estudia variables, como la resiliencia de la víctima y las distorsiones cognitivas del agresor o la existencia de un "locus de control externo", que profundizan cualitativamente en el modelo explicativo del problema.

En su conjunto, da respuestas a las hipótesis planteadas, con la limitación que puede condicionar cada planteamiento metodológico.

Las consecuencias que presenta del maltrato constituye un resultado, que permite orientar nuestra respuesta a los efectos sentidos y manifestados por las víctimas y por los profesionales psicopedagógicos: la tristeza y la depresión, sobre todo en los de mayor edad, la presencia de lesiones físicas, de alteración en el rendimiento escolar, rebeldía y trastornos en el control de impulsos, conductas violentas o problemas de atención que, si se desconoce su relación como consecuencia del maltrato puede, incluso, justificar y culpabilizar al menor del trato, del mal trato, que recibe.

Las medidas que se mostraron más eficaces en la resolución de estas situaciones han sido el apoyo familiar, de la familia extensa, la actuación de los Servicios Sociales y, en menor medida, la adopción de medidas de protección con la salida del menor a centros o familias de acogida.

Este estudio, por su diseño ambicioso y por los resultados que ofrece, justifica por sí mismo la existencia de organismos destinados a la observación, al registro y al conocimiento del maltrato infantil, que indiscutiblemente es una responsabilidad de las instituciones públicas.

Por ampliar la acogida que tiene este trabajo de investigación, quizás eche de menos la propuesta de iniciativas de mejora. Desde mi punto de vista, sugiere la necesidad de disponer de un sistema de registro de casos que, como un censo de personas, sea un instrumento indispensable para darles la respuesta individualizada que requieren.

AGENDA AGENDA AGENDA AGENDA AGENDA AGENDA

9 y 10 Marzo 2012**XXI Congreso Nacional de Medicina de la Adolescencia** en Santiago de Compostela (España)

Organizado por SEMA (Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia)

Programa e inscripciones: <http://xxicongreso.adolescenciasema.org/>**22 a 24 de Marzo 2012****II CURSO DE PEDIATRÍA SOCIAL PARA RESIDENTES Y PEDIATRAS** en Sevilla (España)Organizado por la **SEPS**, está dirigido por las Dras. Andrea Campo Barasoain, Virginia Carranza Parejo y Mercedes Rivera Cuello.**Programa:**http://pediatriasocial.com/Agenda/ii_curso_residentes_marzo_2012.pdfInformación e inscripciones: p.social2012@hotmail.com**17 a 20 de Mayo 2012****2nd Global Congress for Consensus in Pediatrics & Child Health** en Moscú (Rusia).Organizado por *Global Initiative for Consensus in Pediatrics* (CIP)

Información general Congreso:

Sitio web: <http://www.cipediatrics.org>The 2nd Global Congress for Consensus in Pediatrics & Child Health
17-20 May, 2012, Moscow, Russia**25 de Mayo 2012****I Jornada Estatal de Intervención Social en Salud Materno-Infanto-Juvenil**, en Barcelona (España)

Organizada por el Hospital Materno-infantil Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona. Tres mesas redondas intentarán reflejar la realidad cotidiana de la cronicidad, el riesgo social y la salud mental infanto-juvenil.

Programa e Inscripciones: <http://isesmij.org/programa.asp>**31 de Mayo- 2 de Junio 2012****61 Congreso de la AEP**, en Granada (España)**Organiza:** Asociación Española de Pediatría**Sede:** Palacio de Congresos y Exposiciones de Granada (Pso. del Violón, s/n)Toda la Información en: <https://www.congresoaepe.org>**9 a 12 de Septiembre 2012****XIX ISPCAN International Congress on Child Abuse and Neglect**, en Estambul (Turquía)Organizado por la *International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect*,bajo el lema "Promoción de alianzas locales, nacionales e internacionales para la protección de la infancia". Información: www.ispcan2012.org**17 a 19 de Octubre 2012****XI Congreso Estatal de Infancia Maltratada**, en Oviedo (España)

Organizado por la Asociación Asturiana para la Atención y Cuidado de la Infancia (ASACI), bajo el lema "Construyendo puentes entre investigación y práctica".

Avance de Programa: www.congresofapmi.es**14 a 18 de Noviembre 2012****XVI Congreso Latinoamericano de Pediatría**, en Cartagena de Indias (Colombia)

Convocado por ALAPE, este Congreso se llevará a cabo con la participación de la Sociedad Colombiana de Pediatría.

Información e inscripciones: <http://www.congresosalape.com>