

# Servicios sociales e infancia: análisis comparativo de casos en el Reino Unido y España \*

Tamyko Ysa \*\*

## Introducción

En este estudio de caso se analizan dos organizaciones que prestan servicios de atención y protección a la infancia de forma descentralizada, la primera de ellas en el Reino Unido (que denominaremos caso A) y la segunda en el Estado español (que identificamos como caso B). Ambas instituciones se ubican geográficamente en barrios los cuales, por un lado, a medida que las ciudades se extendían y se desarrollaban se convertían en barrios marginados y, por otro, las sucesivas crisis urbanas se fueron sumando de forma acumulativa a los problemas ya existentes. Estos barrios se caracterizan porque han podido revertir el proceso de degradación que arrastraban desde hacía décadas dado que en la actualidad están pasando por un proceso de regeneración integral.

El objetivo de este trabajo es analizar cómo servicios sociales de atención a la infancia en estos barrios, con culturas organizativas distintas, padecieron en sus estructuras la existencia de casos de pederastia y de abuso a menores. Hace falta recordar y constatar que la pederastia es una conducta humana que se ha manifestado a lo largo de la historia, en todo el mundo y afectando de forma similar a los diferentes estratos sociales. Se trata de un fenómeno distinto de los casos de abuso sexuales y de explotación sexual infantil que pueden tener mayor incidencia en lugares y sectores de la población en situación de precariedad, desigualdad o pobreza.

En los dos casos que se analizan se llegó a una situación en la cual individuos pederastas lograron infiltrarse en sendas organizaciones, pasando a formar parte de los recursos humanos de

estas instituciones, con un resultado de abuso de algunos menores a su cargo. En el caso A la estructura de la organización se basaba, en ese período (1992), en un diseño desde arriba de políticas de igualdad de oportunidades y dirección y gestión por parte de las asociaciones de vecinos de los servicios sociales. En el caso B, también dentro de un modelo de servicios sociales descentralizados, a diferencia del anterior caso la estructura dominante de la organización semipública era jerárquica. Este artículo compara cómo en ambos casos existió un colapso en la estructura organizativa desde la cúspide a la base, debido a las filtraciones no detectadas de los pederastas.

Este accidente (en lenguaje de PERROW) fue debido a distintos factores, entre los cuales destaca el que ambas organizaciones tuvieran una falta de cultura, filosofía e infraestructura de gestión para trabajar e intervenir en materias de alta sensibilidad como la protección de menores. Esta situación generó la posibilidad de un gran número de «puertas traseras» que los pederastas pudieron usar para acceder a los niños. En estos casos, la estrategia de protección de los menores no formaba parte de una estrategia global de cooperación entre los niños y sus familias; y la prevención se centró sólo en tratar a «los niños con necesidades» en lugar de perseguir su desarrollo global. Como consecuencia, existió en primer lugar un error para entablar una agenda más amplia con instituciones bien situadas para realizar progresos en estas materias, como las escuelas y los servicios sanitarios, y, en segundo lugar, los gestores *senior* perdieron distintas oportunidades de colaboración estratégica debido a la falta de familiaridad con cada uno de estos otros sectores. Tampoco existió una visión multisectorial desarrollada de necesidades y recursos, motivo que derivó en que diferentes agencias asignaron recursos sin paquetes de

tratamientos individuales. Estos casos carecieron de un sistema de prevención contra el abuso que condujo a que los recursos fueran utilizados ineficientemente en lugar de haber sido orientados hacia trabajos preventivos.

El problema en el caso A y en el B surge dentro de las propias organizaciones, y existió durante años sin que hubiera una reacción administrativa debido a la falta de controles, comunicación y fijación de unos estándares adecuados. El objetivo de conseguir unos servicios de fácil acceso, responsables y orientados al consumidor sólo fue iniciado a raíz de la confrontación con la alarma social y las noticias de los medios de comunicación, como una política de reacción al escrutinio público y político, que requirió del reemplazo de casi toda la plantilla en funciones. Este hecho condujo, en ambos casos, al recambio en las organizaciones desde sus formas previas.

## El caso A (Reino Unido)

El *Evening Standard* publicó en 1992 diversos artículos aseverando que niños bajo el cuidado residencial de la institución A no estaban completamente seguros, debido a que el personal que les debía proteger no estaba actuando de manera apropiada frente a un posible caso de pederastia. El periódico afirmaba que en algunas ocasiones la misma plantilla del centro era directamente responsable de los abusos de los menores a su cargo. Tras la investigación judicial que siguió a estas denuncias se realizaron imputaciones contra 32 trabajadores por los siguientes cargos: acoso sexual sobre otros trabajadores, inducción a la prostitución de menores, conducta sexual impropia con residentes, venta de drogas, desatención a los niños, participación en redes de pederastas y pornografía infantil, entre otras. El número de niños identificados como víctimas de abusos, negligencia o bajos estándares de asistencia computaron un total de 26 *dossiers*. La organización había sido infiltrada por pederastas, y éstos fueron capaces de ir infiltrándose en otros establecimientos de protección a la infancia.

Los estatutos de esta organización vecinal, de los últimos años ochenta, derivaron del deseo del Ayuntamiento laborista de construir políticas sobre ideas basadas en los servicios a la comunidad. El mecanismo para la consecución de este objetivo fue la creación de Oficinas de Servicios Vecinales, y la máxima descentralización en la toma de decisiones, en un entorno de oportunidades iguales para todos. La consecuencia final de esta estructura sobre los hechos acaecidos fue que en la institución A, muchos de los trabajadores sobre los que recaían sospechas, dejaron sus puestos antes de que la investigación se cerrara sobre ellos, y por tanto escaparon a la acción disciplinaria o criminal, y retuvieron la capacidad para trabajar en el mismo campo

en otro lugar. Hoy la institución A es una agencia completamente distinta a la que era en 1992.

## Caso B (España)

La sucesión de hechos en el caso B en 1997 puso de manifiesto la existencia de casos de pederastia y de abuso a menores, con una amplia resonancia en la opinión pública, en los medios de comunicación y en los propios habitantes del resto de la ciudad, que volvieron a situar al barrio en el centro de preocupación social. Algunos fantasmas de la historia del barrio volvieron a manifestarse, pudiendo proyectar una imagen que ya no se correspondía con la realidad.

El ayuntamiento de la ciudad inauguró su red descentralizada de servicios sociales precisamente en este barrio. Esta red de servicios sociales se complementaba con otros servicios de atención a la infancia, como el centro de día en el que se enfoca este análisis. Este centro se caracterizaba por una cooperación público-privada que ampliaba las prestaciones sociales a partir de la organización de los diferentes programas sectoriales. La institución operaba como un centro de atención de día, creado en 1983 por una asociación vecinal en cooperación con las Administraciones públicas, para compensar las deficiencias socioculturales de los niños en un barrio estigmatizado de la ciudad. Este centro se financiaba a través de las Administraciones públicas, y trabajaba con profesionales de la atención social, médicos, pedagogos, y voluntarios de la comunidad. Dado que su labor fue considerada como altamente loable, la organización consiguió obtener sustanciosos fondos de sus patronos.

En 1997, en medio de un clima de preocupación que se vivía entonces en Europa ante la aparición de casos de abusos sexuales y asesinatos de menores, se detectó la existencia de irregularidades en el centro. Inicialmente se llegó a filtrar que al menos 85 niños que acudían al mismo habían sido víctimas de pederastas. Las actividades de estas personas, de acuerdo con los materiales que la policía incautó, habían empezado diez años antes. Los sujetos activos de los abusos eran trabajadores y gestores del centro de atención a la infancia. La acción judicial concluyó con tres personas imputadas.

Las víctimas resultaron ser niños de hogares rotos o con problemas familiares. Los archivos de la institución, con información médica y social sobre los niños, fueron encontrados en las manos de estos individuos. Gracias a los informes del centro seleccionaban a las víctimas de entre quienes sufrían malos tratos o falta de atenciones. La Administración tenía sospechas sobre la posible existencia de abusos infantiles desde 1990, y en 1995 Bienestar Social puso el caso en manos de la fiscalía, pero

no se pudo llevar a cabo ningún tipo de acción debido a la falta de pruebas con las que acusar.

## Contraste

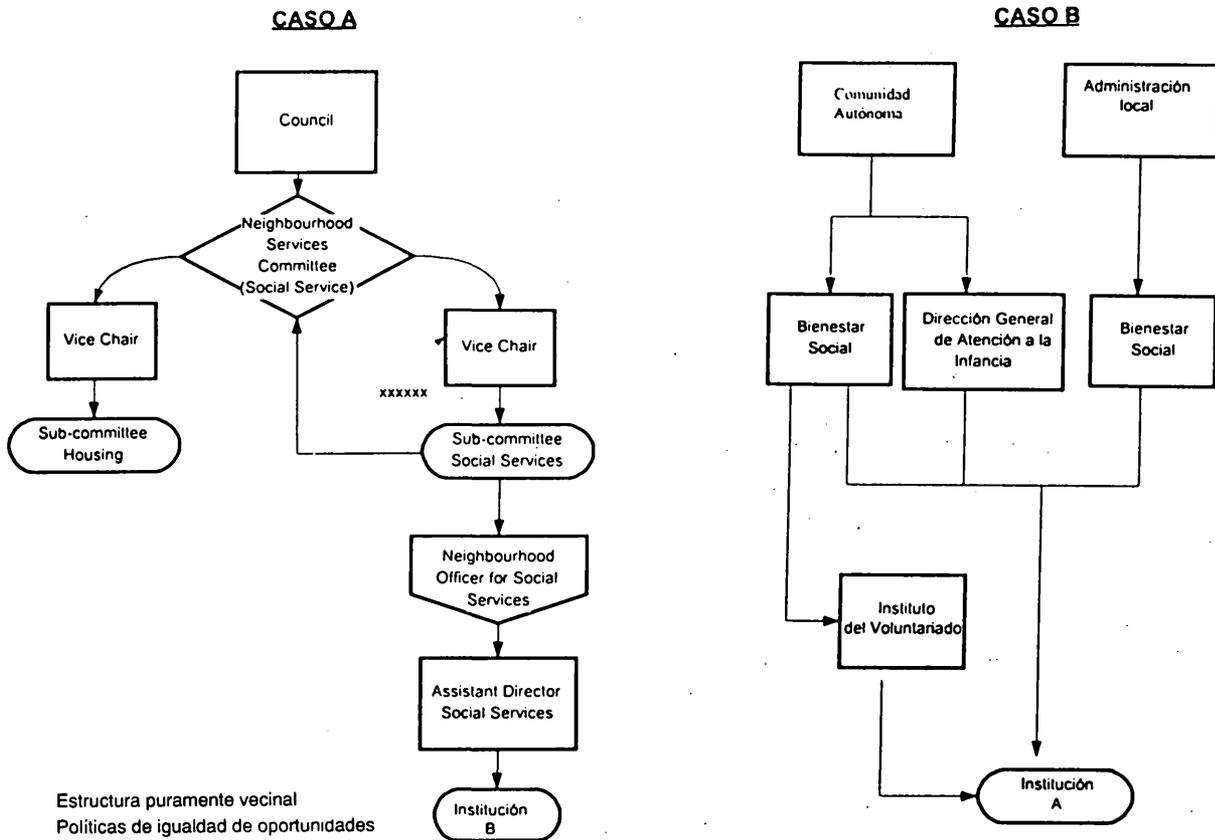
Cinco elementos pueden ser analizados para contrastar ambas organizaciones: actividad y resultados, responsabilidad, controles, experiencia previa de los trabajadores, organizaciones de voluntarios y servicios de atención. En el caso A la introducción de la política de Oficinas Vecinales sobre la anterior organización jerárquica conllevó un cambio de personal, con niveles de formación más bajos y una gerencia débil. Existió una desintegración en las comunicaciones y en la credibilidad, que permitió el desarrollo de prácticas pobres y de gerencia ne-

gligente. La nueva estructura fue incapaz de garantizar unos mínimos de experiencia, consistencia, controles y estándares profesionales.

En el caso B, la estructura jerárquica de esta organización semi-pública tampoco proveyó de los controles necesarios para evitar el conflicto. La falta de una gestión estratégica de recursos humanos, la ausencia de experiencia de los gestores, la ausencia de contrastes con los antecedentes policiales y la utilización de organizaciones voluntarias sin unos estándares mínimos de resultados condujeron al fracaso de la organización. Los procedimientos jerárquicos llevaron a los trabajadores a seguir los procesos al pie de la letra, utilizándolos en su propio provecho y evitando cualquier tipo de control.

La siguiente figura identifica los sistemas dentro de los cuales prestaban sus servicios las dos organizaciones de atención a la infancia que estamos analizando:

### ORGANIZACIONES DE ATENCIÓN A LA INFANCIA



## Actuación y resultados

En el caso A, el objetivo que se perseguía al implementar las Oficinas Vecinales en el área de servicios sociales era el de obtener servicios de fácil acceso, responsables a nivel local y orientados al consumidor. Se suponía que las prioridades iban a estar mejor determinadas por el usuario que las iba a utilizar, en lugar de por los propios trabajadores sociales. Como resultado de la política la concentración básica en los estándares y los controles organizacionales se resintieron. La imposición de una estructura basada en el vecindario por encima de la tradicional estructura funcional condujo a una situación de diferencia de opiniones entre aquellos que debían tomar las decisiones de implementación. Existieron problemas de comunicación, así como para que los trabajadores entendieran sus roles, y también en la consecución de estándares comunes de práctica profesional y de respuesta organizacional a las distintas cuestiones.

Tanto en el caso A como en el caso B la cultura de las organizaciones crearon un entorno de fragmentación creciente y poca cohesión interna, en las cuales la estructura de gestión era débil, y se sentía poco apoyada al tener que tratar con investigaciones potenciales y acciones disciplinarias. Una estructura puramente vecinal fue incapaz de proveer de experiencia, consistencia, controles y estándares profesionales requeridos por una función competente de los Servicios Sociales. Pero, tampoco la estructura jerárquica en el caso B consiguió obtenerlos. El fracaso en las comunicaciones y la credibilidad fueron creando las condiciones en las cuales la mala praxis y demás consecuencias pudieron florecer. En el caso B algunos trabajadores conocían los abusos (así como algunos de los vecinos) y nadie mencionó el hecho por miedo a la falta de apoyo.

## Responsabilidad

La estructura consistente en una falta de niveles en el proceso de toma de decisiones en el caso A, y la ausencia de controles en el caso B condujeron a organizaciones débiles e inefectivas, que fueron utilizadas en beneficio propio por determinados individuos. La inexistencia de un sistema de gestión de monitoraje y la falta de una revisión del proceso de toma de decisiones en casos críticos, junto a la confusión de roles entre los trabajadores y los departamentos, llevó a una difuminación en la responsabilidad. El resultado fue un desincentivo para poner en duda las prácticas. Las líneas para informar resultaban poco claras y la responsabilidad se perdió. Un sistema sin seguimiento del trabajo del departamento, y sin fijación de estándares de calidad, fue el caldo de cultivo que posibilitó *a posteriori* la explotación de los niños, la desmotivación e inhibición de los trabajadores, así como el deslizamiento de la calidad del trabajo por debajo de estándares mínimos.

## Control

La falta de controles *ex ante* y *ex post* en el caso A fueron dos de las principales condiciones que condujeron al fracaso. *Ex ante*, la formación de la plantilla no fue adecuadamente contrastada con información de tipo penal y policial, permitiendo que la organización se infiltrara de pederastas. *Ex post*, una vez los abusos habían ocurrido, no se inició la investigación de forma inmediata, ni se tomaron medidas provisionales, y la plantilla engranada en el comportamiento abusivo pudo seguir trabajando en otros lugares con potenciales serias consecuencias. Simultáneamente, debido a la falta de fijación de estándares profesionales, o cualquier otro medio de conseguirlos, junto a la política de igualdad de oportunidades, se creó una «puerta trasera» que permitió a los trabajadores actuar sin profesionalidad. Ningún control o supervisión provino de la propia desmoralizada gerencia, que se sentía falta de apoyos y con un liderazgo fragmentado. Pocos controles organizacionales se desarrollaban, y cualquier acción en este sentido fue difusa y acabó perdiéndose.

Tampoco el caso B fue muy distinto al caso A. A pesar de que la organización trabajaba sobre la base de ser un centro de atención de día, semi-privadamente gestionado, los trabajadores conocían la situación de los menores mejor que los asistentes sociales o los psicólogos debido a su imbricación en la vida del vecindario. No existía control sobre el uso de información y los expedientes de la institución con información médica y social sobre los niños fueron encontrados en las manos de los individuos acusados de pederastia. El problema en este caso fue que las Administraciones públicas estuvieron financiando el trabajo de la institución y colaborando activamente, pero sin controlar el uso que se hacía de los fondos. Después de los dramáticos sucesos, la Administración local y la autonómica editaron un código de normas y estándares para la prestación de servicios de atención a la infancia, y el Ministerio de Justicia reformó el Código Penal, reforzando las penas en los delitos de abusos a menores. Existía una necesidad de reforzar los controles de las organizaciones semi-privadas que prestaban servicios sociales.

## Experiencia

En ambos casos faltaba la experiencia previa en asistencia social. En el caso A la plantilla estaba formada por individuos sin formación en servicios sociales, y los gestores del vecindario no eran ni profesionales cualificados, ni experimentados en trabajo social. La gestión en línea era muy pobre, y los gestores medios no desempeñaban sus responsabilidades de un modo profesional o informado. Los conocimientos para superar problemas complejos eran inexistentes (especialmente en el abuso

de niños), y existió una falta de actualización en los métodos y mecanismos de protección de menores. En el caso B, de acuerdo con los estatutos, la institución debía ser dirigida por grupos de profesionales competentes compuestos por psicólogos, educadores y asistentes sociales. La realidad era distinta. De los tres fundadores de la organización (dos de ellos fueron arrestados), uno era fotógrafo, el otro formaba parte de la plantilla de administrativos de un sindicato y al tercero no se le conocía profesión. La organización jerárquica, las normas y los estatutos no sirvieron como mecanismo de control capaz de prevenir que estos individuos dirigieran la organización, controlando a los genuinos expertos y profesionales.

### Organizaciones de voluntarios y servicios de atención

Los sistemas en los cuales las organizaciones estaban trabajando deben ser analizados como parte del problema que se confrontó posteriormente. En primer lugar, analizaremos las organizaciones de voluntarios y a continuación la relación entre los departamentos en los servicios de atención social. Los servicios sociales en ambos países confían en asociaciones de voluntarios para cooperar con ellos en la prestación de servicios, debido a la economización que suponen y los servicios complementarios que pueden proveer a la comunidad. Pero en estos dos casos de estudio, las organizaciones de voluntarios con las que trabajaban habían sido infiltradas por pederastas. Y una vez en estas instituciones, fueron capaces de darse apoyo para introducirse en otras organizaciones que trataban con niños, extendiendo el problema a través del sistema. El Departamento de Salud en el Reino Unido, y el Departamento de Bienestar Social de la Comunidad Autónoma, deberían haber definido cómo las organizaciones de voluntarios debían enmarcarse en controles policiales y consultoría para evitar este gran problema. Existe una necesidad de revisión del uso de las organizaciones de voluntarios, y una mejor comunicación para establecer con ellas cómo reclutan, supervisan y monitorizan la calidad del trabajo de su personal.

El segundo aspecto a ser analizado es la relación con otras agencias o departamentos. En el caso A la comunicación entre agencias era muy pobre. No existía una relación de confianza, ni de relación de trabajo objetiva entre los Servicios Sociales del centro en cuestión y otras agencias. Estas dinámicas fueron el caldo de cultivo para el desarrollo de los problemas. Las insuficiencias de la institución A de Servicios Sociales podían concretarse en la falta de comunicación entre agencias, y en el aislamiento de la corriente central de la gestión política y corporativa del Ayuntamiento. Consecuentemente sentían una ausencia de respaldo. Existía una cultura de fragmentación social en la cual cada vecindario, debido a la política adoptada por el Ayunta-

miento, tenía su particular aproximación en relación a la prestación de protección social. Se incrementó la cercanía al usuario, pero la falta de indicadores para la evaluación derivó en una heterogeneidad sin control.

En el caso B existía una especial importancia del rol de los padres y el vecindario. La institución trabajaba como un centro de día, y los menores regresaban a sus casas terminadas las actividades, a diferencia del centro del caso A. Algunos de los vecinos reconocen ahora que sospechaban esta situación, pero nadie hizo mención a este hecho durante diez años. El rol informativo del vecindario y los procesos de control estuvieron segmentados en este caso.

## Análisis

En los casos A y B no existieron estrategias de prevención. Las organizaciones no desarrollaron unos criterios umbrales para prevenir que ocurrieran los abusos. Existía una necesidad de crear una cultura positiva de aprendizaje que permitiera una práctica basada en los principios de efectividad y economía, y en su lugar lo que encontramos es un seguimiento estricto de los procedimientos predefinidos. El trabajo en lugar de ser riesgo preventivo fue reactivo y la protección de los menores no funcionó.

En ambos casos hubiese sido necesario desarrollar prácticas de calidad no basadas en la inspección o supervisión localizada. De entre estas prácticas de calidad resalta el rol de los gerentes como comisionados efectivos que determinen estándares de actividad y la presencia de indicadores que permitan evaluar los resultados. Se debería haber promovido una cohesión a través del trabajo en equipo, y una clarificación de roles y funciones de los recursos humanos, así como una definición del trabajo por objetivos (en lugar de un seguimiento de normas weberiano). Las organizaciones adolecieron de una falta de apoyo desde el vértice jerárquico hacia la base en relación a aspectos centrales de sus funciones, y también respecto a sus aspiraciones para conseguir estándares de calidad. En la consecución de este objetivo tiene un gran potencial el establecimiento de indicadores internos.

Un cambio cultural fue necesario para superar esta situación, así como la introducción de sistemas de apoyo. Igualmente importante es el desarrollo de una cultura receptiva que se concentre en conferir poderes a los profesionales, así como de aprender de la práctica. Una correcta combinación de creatividad y control por objetivos es necesaria para una prestación de atención social de calidad. El reto de la gestión de la atención a la infancia reside en desarrollar un sistema que permita complementar el aprendizaje con la prestación de servicios profesiona-

les y de calidad. Una mezcla de experiencia y permisividad en la cual los trabajadores puedan demostrar iniciativa y tomar riesgos controlados.

La siguiente tabla es orientativa de las propiedades que faltaron en el caso A y en el B, y que una asociación en el ámbito de la atención social debería poseer para ser eficaz y eficiente en la prestación de servicios.

Condiciones	Resultados
<i>Revisión y fortalecimiento de la gestión de los recursos humanos</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respaldo.</li> <li>• Sistemas adecuados de supervisión.</li> <li>• Asegurar un control de conjunto y verificaciones de calidad.</li> <li>• Cumplir los requisitos de una gestión centrada en el niño.</li> </ul>
<i>Provisión de formación, apoyo y experiencia</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Provisión del entorno adecuado.</li> </ul>
<i>Auditar</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posibilidad de <i>feedback</i>.</li> </ul>
<i>Necesidad de volver a trabajar en los procesos en lugar de abandonarlos</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crítica.</li> <li>• Prestar más atención a las personas que al proceso.</li> </ul>
<i>Enfoque de partenariado multidepartamental</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una más amplia aproximación a la cuestión.</li> <li>• Involucración de la comunidad.</li> <li>• Trabajo interdepartamental en lugar de responsabilizar a una sola agencia.</li> <li>• Una forma «especial» de prevención del crimen/seguridad de la comunidad.</li> </ul>
<i>Establecer estándares interdepartamentales explícitos para el trabajo con la infancia</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una sólida base de cooperación interdepartamental.</li> <li>• Un cambio de énfasis de la protección a la prevención; de ser reactivo a ser proactivo.</li> </ul>

Los profesionales de la atención a la infancia precisan de instrucciones claras de que pueden tomar riesgos para innovar, pero en condiciones controladas y con estándares mínimos especificados. Sin esta dirección, los trabajadores o bien se apegarán a los procedimientos o desarrollarán una visión estrecha de sus funciones. Un sistema posible de organizar el trabajo que permita esta combinación puede residir en una combinación de estrategias que permitan a los profesionales ser creativos trabajando en pequeños grupos, pero asegurando un control interno a través de una composición aleatoria de los grupos en los cuales la supervisión de los pares previene a los individuos de acciones corruptas. Estos grupos deberían estar dirigidos por un especialista, que sería quien conocería al niño al que se está tratando. De esta forma se perseguiría obtener capacidad de innovación en la práctica cotidiana, combinada con una supervisión interna grupal que evite comportamientos abusivos. Desde esta perspectiva la experiencia es una cualidad imprescindible, capaz de reunir estándares profesionales que cierren las puertas traseras a los pederastas.

Otra posible medida preventiva consiste en relacionar las organizaciones vecinales con otros departamentos (a través de una colaboración multidepartamental) relacionados con el desa-

rollo de los niños (como, por ejemplo, la sanidad y la educación), que pudieran estar alerta de las mejoras o de los abusos a los niños al conectarles con distintas áreas de su desarrollo personal y permitiendo diferentes vías de comunicación de sus situaciones. Estos «Comités de protección de menores por áreas» tienen un rol en permitir el desarrollo global y la implementación de estrategias preventivas para la protección de menores, enlazando la protección de los menores con servicios más amplios a la infancia, y promocionando comisiones conjuntas de servicios a la infancia y el desarrollo de servicios de información.

Por otra parte, las organizaciones deben revisar sus procedimientos para asegurar que existan salidas próximas en la investigación en caso de abusos (en el sentido de posibilitar la comunicación, y frenar procesos a tiempo en caso de error o acusaciones falsas), y que exista acuerdo sobre los criterios umbral que determinen el inicio de una investigación, para evitar empañar el prestigio de una institución en funcionamiento en caso de rumores falsos. Existe una necesidad de normas claras y objetivas, que dirijan a las organizaciones a trabajar creativamente, pero dentro de un marco para prevenir que estos casos vuelvan a repetirse.

## Conclusiones

Después de analizar las condiciones organizacionales que derivaron en abusos a niños y niñas en dos instituciones distintas, una en el Reino Unido (caso A), la otra en España (caso B), las siguientes conclusiones pueden ser trazadas. Las distintas culturas de las organizaciones no evitaron la infiltración de individuos con comportamiento pederasta. En este caso, dos países distintos y dos tipos diferentes de organizaciones estaban involucrados: una organización jerárquica semi-privada, por una parte, y una asociación pública basada en el vecindario, por otra. Los accidentes tuvieron su origen en individuos pederastas (situación incontrolable y de difícil solución) que consiguieron obtener acceso a instituciones de atención a la infancia, infiltrándolas con otros miembros (que es el elemento de crítica y al que las instituciones deberían encontrar una solución). En ambos casos los problemas de la organización pueden resumirse en que fueron reactivos, en lugar de tener un comportamiento proactivo y por tanto las organizaciones no estaban preparadas para la prevención de este tipo de compor-

tamiento, y sólo reaccionaron (si lo hicieron) cuando fue demasiado tarde.

Una gran parte del cambio hacia la prevención reside en un cambio de la cultura organizativa, en la cual la política y la acción deben fundirse en un único *continuum*. Ninguna de las organizaciones tenía controles eficaces sobre los trabajadores, o sobre los archivos de los niños; tampoco existía un intercambio de comunicaciones internas o externas con otras agencias o departamentos. Faltaron en ambos casos elementos de supervisión, y determinación de estándares mínimos de trabajo. Ambas organizaciones, a pesar de tener distintas estructuras, compartieron las mismas deficiencias. Y el resultado fue idéntico: los mecanismos de control no funcionaron y lo que se suponía que iba a ser un trabajo de reintegración social se transformó en un problema social.

Ningún departamento de atención a la infancia, o ley de protección de menores, podrá eliminar completamente la posibilidad de abusos graves. Existe una necesidad por tanto de construcción de servicios de nueva y mejor calidad para la infancia bajo la tutela de la Administración; así como la necesidad de introducir poderes preventivos para actuar contra la desatención de la infancia y contra la delincuencia.

### Notas

\* Agradezco a la Generalitat de Catalunya la concesión de la Beca Batista y Roca, para la realización del MSc in Public Administration and Public Policy, en The London School of Economics and Political Science (UK), que ha permitido desarrollar esta investigación.

\*\* Profesora asociada de Ciencia Política. Universitat de Barcelona.

### Bibliografía

FLYNN, N., HURLEY, D. (1994) *The Market for Care*. Public Sector Management, London School of Economics and Political Science, London.

FOX HARDING, L. (1997, 2ª edición) *Perspectives in Child Care Policy*. Longman, London.

NATIONAL INSTITUTE FOR SOCIAL WORK (1995) *Prevention and Child Protection: Making the Most of What Exists*. Office for Public Management, London.

SOCIAL SERVICES INSPECTORATE DEPARTMENT OF HEALTH. *Management Development of Chief Officers and their Deputies in Social Services Departments and the Independent Sector. An Exploratory Study*. Office for Public Management, London.

WHITE, I.A., HART, K. (1995) *Report of the Inquiry into the Management of Child Care in the case B. A report commissioned by the Council following serious allegations about child care practices in the borough*. Nimeo, London.

WISTOW, G., KNAPP, M., HARDY, B., ALLEN, C. (1994) *Social Care in a Mixed Economy*. Open University Press, Public policy and management series, Buckingham.

