

PROTOCOLO DE FUNCIONAMIENTO DE COMITÉS DE PROTECCIÓN DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA (CPIA)

Subsecretaría de Redes Asistenciales
Subsecretaría de Salud Pública
2023



Responsables Técnicos Ministerio de Salud

<p>Dr. Iván Paul Espinoza Jefe de la División de Gestión de las Redes Asistenciales, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.</p>	<p>Dr. Johan Álvarez Leiva Jefe de Departamento de GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas, División de Gestión de las Redes Asistenciales.</p>
--	--

Coordinación y Edición General de la Propuesta

<p>Dra. Elisa Sepúlveda Alvarado Depto. de GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas, División de Gestión de las Redes Asistenciales.</p>
--

Profesionales de la Subsecretaría de Redes Asistenciales

<p>Dra. Paola Ciocca Barraza Depto. de GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas, División de Gestión de las Redes Asistenciales.</p>	<p>E.U. Maria Paulina Torrealba Depto. de GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas, División de Gestión de las Redes Asistenciales.</p>
<p>E.U. Marlene Valenzuela Montenegro Depto. de GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas, División de Gestión de las Redes Asistenciales.</p>	<p>E.U. Pamela Gallardo Depto. de GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas, División de Gestión de las Redes Asistenciales.</p>
<p>Dr. Felipe González Díaz Depto. de GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas, División de Gestión de las Redes Asistenciales.</p>	<p>E.U. Lorena Vera Angulo Depto. De Gestión de los Cuidados, División de Atención Primaria.</p>

Profesionales de la Subsecretaría de Salud Pública

<p>Dra. Carolina Orellana Campos Depto. Ciclo Vital, División de Prevención y Control de Enfermedades.</p>

Mesa de Expertos y Expertas en Materias de Protección de Infancia y Adolescencia

<p>Dra. Pamela Sanhueza González Ginecología Pediátrica y de la Adolescencia. Jefa Unidad Ginecología Pediátrica Adolescente e Identidad de Género. Hospital Provincial de Ovalle.</p>	<p>T.S. Mauricio Meneses Matus Unidad de Protección Infante Adolescente. Hospital Luis Calvo Mackenna.</p>
<p>T.S. Mónica Santander Maturana Coordinadora de Red de víctimas de violencia sexual. Servicio de Salud Tarapacá.</p>	<p>T.S. Romina Bustos Cerda Referente Programa Infantil y Chile Crece Contigo - SSMSO.</p>

CONTENIDO

Presentación	4
Introducción	5
Conformación del Comité Protección de Infancia y Adolescencia (CPIA)	9
Marco operativo	12
Descripción de funcionamiento	14
Anexo 1: Formulario de presentación de casos a Comité de Protección de Infancia y Adolescencia	17
Anexo 2: Informe de recomendación del Comité de Protección de Infancia y Adolescencia	18
Anexo 3: Formato de acta	19
Anexo 4: Formato para base de datos y reporte a referente de Servicio de Salud	20
Anexo 5: Formato propuesto para Compromiso de Confidencialidad	21

PRESENTACIÓN

Siendo el maltrato infantil un fenómeno multicausal y universal, consideramos que la divulgación, instrucción y educación de la población en general sobre el mismo, son estrategias prioritarias que pueden permitir hacer conciencia a todos; es necesario dar a conocer que no sólo el trauma físico lesiona a un NNA (Niños, Niñas y Adolescentes), sino que también, los otros tipos de maltrato, como el emocional, el psicológico y la negligencia, que deterioran la personalidad, y de aquí la importancia de identificar cada una de estas áreas¹, dado a que, generalmente las situaciones de maltrato no son el motivo de consulta directa, se requiere que los equipos busquen, en forma activa, signos y síntomas que puedan dar cuenta de estas situaciones, los exploren y los consideren en el diagnóstico clínico y la resolución terapéutica. Los integrantes del equipo de salud se relacionan con madres, padres u otros adultos responsables, así como con NNA, a través de todos los programas vigentes, especialmente en el control de salud, desde la etapa pre-concepcional hasta los 18 años. En este contexto, se espera que los equipos tengan una particular sensibilidad, una alta disposición y comprensión frente a situaciones de maltrato. Por otro lado, la conformación interdisciplinaria de los equipos de salud facilita la interrelación y coordinación, no sólo al interior del equipo de salud, sino que abre la posibilidad de relacionarse con organismos del extrasistema que se encuentran trabajando en esta problemática, propiciando un abordaje integral y multisistémico, indispensable para detener el maltrato, proteger a las víctimas y reparar el daño².

En este sentido, se ha observado que el acceso a asesorías de equipos especializados en protección infantil aumenta la detección de maltrato.³ En ese contexto, y como parte de las acciones comprometidas en Plan de acción Nacional de Niñez y Adolescencia 2018-2025, se establece que los hospitales de la Red con atención infantoadolescente conformen un Comité de Protección. El principal objetivo de éstos, es asesorar a los equipos tratantes sobre el abordaje de casos de NNA en quienes se sospeche o se confirme una situación de maltrato infantil, considerando el impacto sobre su salud física y mental, además de establecer mecanismos preventivos. Así, el documento pretende dar los lineamientos generales del funcionamiento de dichos comités, proponiendo un estándar, que se reevaluará periódicamente.

¹ Santana-Tavira R, Sánchez-Ahedo R, Herrera-Basto E. El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud Publica Mex* 1998;40:58-65

² Guía Clínica "Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores". Ministerio de Salud de Chile. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF 2013

³ Tiyyagura G, Emerson B, Gaither JR, Bechtel K, Leventhal JM, Becker H, Della Guistina K, Balga T, Mackenzie B, Shum M, Shapiro ED, Auerbach MA, McVane C, Morrell P, Asnes AG. Child Protection Team Consultation for Injuries Potentially Due to Child Abuse in Community Emergency Departments. *Acad Emerg Med*. 2021 Jan;28(1):70-81. doi: 10.1111/acem.14132. Epub 2020 Oct 9. PMID: 32931628.

INTRODUCCIÓN

La exposición temprana al maltrato puede tener consecuencias durante todo el ciclo vital, afectando las bases de la salud física y mental.⁴

La asociación entre la adversidad infantil acumulada y los resultados en salud, fue examinado en uno de los primeros estudios, conocido como el Estudio de Experiencias Adversas en la Infancia [ACE (Adverse Childhood Experiences), por sus siglas en inglés]. Las ACE se refieren a eventos traumáticos experimentados por niñas, niños y adolescentes (NNA) menores de 18 años edad, tales como: maltrato físico o psicológico, abuso sexual, negligencia, ser testigo de violencia intrafamiliar, consumo de sustancias por parte de un miembro de la familia, enfermedad mental, encarcelamiento de un miembro de la familia, entre otros. Allí se encontró una relación dosis-respuesta entre las ACE y muchas de las principales causas de muerte en adultos, como enfermedades respiratorias crónicas, accidentes cerebrovasculares, enfermedades cardíacas, cáncer y diabetes.⁵ Desde entonces, un creciente cuerpo de investigación ha confirmado que la adversidad infantil está asociada con enfermedades crónicas y muerte prematura.^{6,7}

En una publicación en el 2022, donde se describe el impacto sobre la salud mental y las conductas de riesgo de hombres y mujeres chilenos que estuvieron expuestos a ACE, se reporta que por cada ACE aumenta en un 22% la aparición de problemas de salud mental a lo largo de la vida. Del mismo modo se reporta correlación respecto al número de ACE y abuso de sustancias, conductas criminales y violencia intrafamiliar en la adultez. La importancia de estos hallazgos ha llevado a definir las ACE como un foco relevante de la prevención en salud y de las políticas públicas.⁸

Se han documentado las consecuencias biológicas del maltrato, incluyendo las alteraciones estructurales y funcionales en el cerebro en desarrollo.⁹ Las consecuencias negativas en salud que aparecen a lo largo del ciclo vital, reflejan las consecuencias fisiológicas, epigenéticas y cognitivas que tanto el cerebro como el cuerpo sufren por adaptarse al estrés tóxico que significan las experiencias traumáticas.¹⁰ A través de mecanismos que están influenciados por factores genéticos, sociales y biológicos, la exposición a adversidad temprana se ha relacionado con la desregulación del circuito neuroendocrino, lo cual resulta en alteraciones en la arquitectura cerebral y otros sistemas durante periodos sensibles del desarrollo.¹¹

⁴ Shonkoff JP. Leveraging the biology of adversity to address the roots of disparities in health and development. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2012; 10.1073/pnas.1121259109.

⁵ Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*. 1998;14(4):245-258. doi: 10.1016/S0749-3797(98)00017-8

⁶ Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, Jones L, Dunne MP. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2017 Aug;2(8):e356-e366. doi: 10.1016/S2468-2667(17)30118-4. Epub 2017 Jul 31. PMID: 29253477.

⁷ Gilbert LK, Breiding MJ, Merrick MT, et al. Childhood adversity and adult chronic disease: an update from ten states and the District of Columbia, 2010. *Am J Prev Med*. 2015; 10.1016/j.amepre.2014.09.006.

⁸ Ramírez Labbé S, Santelices MP, Hamilton J, Velasco C. Adverse Childhood Experiences: Mental Health Consequences and Risk Behaviors in Women and Men in Chile. *Children (Basel)*. 2022 Nov 28;9(12):1841. doi: 10.3390/children9121841. PMID: 36553287; PMCID: PMC9776590.

⁹ Harden BJ, Buhler A, Parra LJ. Maltreatment in Infancy: A Developmental Perspective on Prevention and Intervention. *Trauma Violence Abuse*. 2016 Oct;17(4):366-86. doi: 10.1177/1524838016658878. PMID: 27580663.

¹⁰ Bucci M, Marques SS, Oh D, Harris NB. Toxic stress in children and adolescents. *Advances in Pediatrics*. 2016; 10.1016/j.yapd.2016.04.002.

¹¹ Lupien SJ. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nat Rev Neurosci*. 2009; 10.1038/nrn2639.

La adversidad temprana afecta el cerebro en desarrollo y múltiples sistemas corporales, y sus manifestaciones fisiológicas pueden ser detectadas en la infancia. Antecedentes de adversidad temprana deben ser considerados en presencia de retraso del desarrollo, infecciones recurrentes que requieran hospitalización, quejas somáticas y trastornos del sueño.¹² Aquellas personas que han sufrido maltrato, tienden a desarrollar trastornos de salud mental a edades tempranas, tienen un curso más complejo, más comorbilidades, más severidad de los síntomas y responden de peor manera a los abordajes terapéuticos, en comparación con aquellas personas con igual diagnóstico, pero sin antecedentes de maltrato.¹³

Por lo tanto, la detección e intervención temprana puede tener un impacto positivo de por vida en la salud y el bienestar de una persona.

En este sentido, se ha observado que el acceso a asesorías de equipos especializados en protección infantil, aumenta la detección de maltrato.¹⁴ Por otro lado, la presencia de equipos orientados a la protección de la infancia, han mejorado el cuidado de pacientes con lesiones no accidentales y provisto de una mejor comunicación entre salud y el intersector involucrado en la temática. Además, mejora el proceso de atención de dichos pacientes y otorga una oportunidad de aprendizaje para el equipo de salud.¹⁵

Contexto Nacional

Según el 4to estudio de maltrato infantil en Chile, publicado por UNICEF en 2015, que hace un análisis comparativo entre los años 1994, 2000, 2006 y 2012, demuestra que, si bien hay un innegable avance hacia el mejoramiento del trato hacia la infancia entre el primer año de estudio y el último, la disminución de maltrato infantil sigue siendo moderada. Este estudio revela altos índices de violencia intrafamiliar hacia los NNA, señalando que el 71% recibe algún tipo de violencia de parte de su padre o madre y sólo un 29% no es víctima de maltrato en su hogar. Asimismo, establece que un 25,9% de los NNA recibe violencia física grave, un 25,6% violencia física leve y un 19,5% violencia psicológica. El estudio señala que un 20,7% y un 23% de los niños y niñas que sufren violencia tienen una relación mala o regular con su madre y con su padre, respectivamente. Mientras que aquellos que no viven violencia, sólo un 3,3% tiene una relación regular o mala con su madre y un 5,3% con su padre¹⁶.

En cuanto al rendimiento escolar, un 27,8% de los niños y niñas que son víctimas de maltrato físico grave han repetido algún curso, un 21% han consumido medicamentos para mejorar su rendimiento y/o comportamiento, un 13,2% se ha emborrachado una o más veces en el mes y un 7,2% ha consumido drogas una o más veces en el mes. Según el estudio, los NNA que sufren algún tipo de violencia, poseen mayores porcentajes de tener padres que pelean hasta golpearse, y que, en aquellos que sufren violencia grave el porcentaje de padres que agreden alcanza el 29,8%, cifra seis veces superior al 5% de los niños y niñas que no viven violencia¹⁷.

¹² Oh DL, Jerman P, Silvério Marques S, Koita K, Purewal Boparai SK, Burke Harris N, Bucci M. Systematic review of pediatric health outcomes associated with childhood adversity. *BMC Pediatr*. 2018 Feb 23;18(1):83. doi: 10.1186/s12887-018-1037-7. PMID: 29475430; PMCID: PMC5824569.

¹³ Teicher MH, Gordon JB, Nemeroff CB. Recognizing the importance of childhood maltreatment as a critical factor in psychiatric diagnoses, treatment, research, prevention, and education. *Mol Psychiatry*. 2022 Mar;27(3):1331-1338. doi: 10.1038/s41380-021-01367-9. Epub 2021 Nov 4. PMID: 34737457; PMCID: PMC8567985.

¹⁴ Tiyyagura G, Emerson B, Gaither JR, Bechtel K, Leventhal JM, Becker H, Della Guistina K, Balga T, Mackenzie B, Shum M, Shapiro ED, Auerbach MA, McVane C, Morrell P, Asnes AG. Child Protection Team Consultation for Injuries Potentially Due to Child Abuse in Community Emergency Departments. *Acad Emerg Med*. 2021 Jan;28(1):70-81. doi: 10.1111/acem.14132. Epub 2020 Oct 9. PMID: 32931628.

¹⁵ Draus JM Jr. A Multidisciplinary Child Protection Team Improves the Care of Nonaccidental Trauma Patients. *Am Surg*. 2017 May 1;83(5):477-481. PMID: 28541857.

¹⁶ Fuente: 4to estudio de maltrato infantil en Chile, UNICEF. Marzo 2012.

¹⁷ Fuente: 4to estudio de maltrato infantil en Chile, UNICEF. Marzo 2012.

Según la Encuesta de Polivictimización de NNA del año 2017 realizada por la Subsecretaría de Prevención del Delito, el 8% de los niños, niñas y adolescentes han sufrido 9 o más victimizaciones durante el último año¹⁸.

De acuerdo a la información aportada por el Estudio de Opinión de NNA realizado por la Defensoría de la Niñez el año 2019, un 57% de los NNA menciona que el acoso escolar o bullying es el principal problema para ellos.

La Tercera Encuesta Nacional de Violencia en el contexto escolar muestra que un 23,3% de los/las estudiantes sostienen haber sido agredidos en el colegio en el último año, principalmente con violencia psicológica (20,5%) y violencia física (18,2%). El 28 % de los y las estudiantes declara haber agredido a alguien en el contexto escolar.¹⁹

A partir de la información emitida por la Subsecretaría de Prevención del Delito, se han logrado visibilizar los datos de denuncias por violencia intrafamiliar que afecta a niños, niñas y adolescentes, siendo las más afectadas las niñas y adolescentes mujeres entre 14 y 17 años, aunque es una tendencia que ha venido disminuyendo desde el año 2015. Para el año 2018 las denuncias por este tipo de violencia en NNA fueron en total de 4.279 a nivel nacional. De este total, un 53,6% corresponde a denuncias de víctimas niñas y adolescentes mujeres mientras que un 46,4% corresponden a niños y adolescentes hombres. Los niños exhiben una proporción menor de involucramiento como víctimas en denuncias por violencia intrafamiliar. No obstante, la tasa señala que son más de 200 denuncias de niños y adolescentes hombres afectados por este tipo de violencia por cada 100.000 niños²⁰.

Respecto a las víctimas de delitos de mayor connotación social (DMCS) y violencia intrafamiliar, los delitos que afectan principalmente a mujeres son: violación en un 88,3% y violencia intrafamiliar en un 78,6%. Respecto de las víctimas mujeres de violencia intrafamiliar, es posible observar una mayor participación en las regiones de: Tarapacá (81,3%), Magallanes (80,6%), Valparaíso (80,5%), O'Higgins (80,2%) y Los Ríos (80,1%). Respecto del 1er trimestre 2019, los delitos que más disminuyeron su tasa durante el 1er trimestre 2023 corresponden a: hurtos (-30,7%), robo en lugar habitado (-24,5%) y robo de objetos de o desde vehículo (-8,2%). En contraste, los mayores aumentos se registran en violaciones (32,9%) y robo de vehículo motorizado (24,3%)²¹.

Según el Quinto Informe del Observatorio Niñez y Adolescencia, durante el año 2017 las tasas de denuncia por delitos sexuales, violaciones y abuso sexual fueron considerablemente mayores cuando se trató de NNA entre 14 y 17 años, alcanzando una tasa de 185,1 denuncias por cada 100.000 NNA. Esta situación casi se duplica cuando se refiere a adolescentes mujeres alcanzando una tasa de 350,6 denuncias. En el caso de los niños, la mayor tasa de denuncia es de 36,5 cuando hace referencia al rango de edad entre 1 y 13 años. La situación de denuncias por violencia sexual a nivel regional oscila entre tasas de 64,4 a 131,3 denuncias por cada 100 mil NNA. Asimismo, once regiones se ubican bajo la tasa promedio de denuncias por violencia sexual del país (115,1); la tasa más alta de denuncia se presenta en la Región Metropolitana (131,3) y la menor tasa de denuncia en la región de Aysén (64,4). En esta última región se observa una situación particular, ya que cuando se trata de violencia intrafamiliar se posiciona como una de las regiones con mayores tasas de denuncias, situación que se invierte cuando se analizan las denuncias por violencia sexual.²²

¹⁸ Primera Encuesta de Polivictimización de NNA, año 2017. Subsecretaría de Prevención del Delito.

¹⁹ Tercera Encuesta Nacional de Violencia en el ámbito escolar. Ministerio del Interior 2009

²⁰ Subsecretaría de Prevención del Delito.

²¹ Fuente: Portal CEAD: Centro de estudios y análisis del delito de la División de Estudios de la Subsecretaría de Prevención del Delito.

²² Observatorio Niñez y Adolescencia (2020). Infancia Cuenta en Chile 2020. Santiago, Chile.

Se conoce como *cifra negra* a aquellas situaciones que nunca llegan a denunciarse. Por ejemplo, el Reporte sobre Violencia Sexual publicado por el Observatorio Niñez y Adolescencia (2018) hace el ejercicio de calcular la cifra negra de casos de abuso sexual no denunciados, indicando que esta oscilaría entre el 70% y 80%; vale decir que 7 de cada 10 situaciones de abuso sexual nunca llegan a denunciarse. Producto de la cifra negra entonces, no es posible saber si el aumento de denuncias se debe al aumento de la ocurrencia de situaciones de violencia, o bien, responde a situaciones como la creciente concientización sobre el tema o a la mayor accesibilidad de los sistemas de denuncia, entre otras. Pese a ello, las tasas de denuncia constituyen una alternativa de aproximación a las situaciones de violencia que viven los NNA, y desde la perspectiva del Observatorio, representan la posibilidad de monitorear las situaciones de violencia y maltrato que sufre la niñez.²³

Según el Reporte estadístico 2022 de delitos sexuales contra NNA de Amparo y Justicia, que analiza datos emanados del Ministerio Público sobre delitos sexuales contra NNA, la evolución de la cantidad de víctimas observadas anualmente en los tres delitos de mayor prevalencia ha aumentado en un 42% el 2022 y la cifra se duplica en los últimos 11 años. En el caso del abuso sexual con contacto corporal a menor de 14 años, se observa que entre 2015 y 2021 se duplican la cantidad de víctimas, habiendo un incremento sostenido en el periodo, sólo interrumpido por la pandemia en 2020. En cuanto al abuso sexual sin contacto corporal a menor de 14 años se observa que este delito se mantiene relativamente estable en el tiempo pasando de 3.230 víctimas en 2015 a 3.469 en 2021. Finalmente, en el caso de la violación de menor de 14 años, se visualiza un aumento en el periodo analizado, desde 1.922 víctimas en 2015 a 2.629 en el año 2021. Al igual que en cifras discutidas previamente, en estos tres delitos analizados se observa una disminución de las denuncias durante el año 2020 producto, probablemente, de las restricciones ejercidas en el contexto de la pandemia por COVID-19. Sin embargo, estas vuelven a aumentar a un nivel similar a sus máximos históricos en 2021. Al observar la tasa de victimización por región, se observa que ésta oscila entre las cinco y ocho víctimas por cada 1.000 niños, niñas y adolescentes. No obstante, en las regiones extremas del país, como Arica y Parinacota y la región de Magallanes, esta tasa aumenta a 11,1 y 9,3 víctimas, respectivamente. Por el contrario, en la Región Metropolitana cae a 4,51 NNA víctimas por cada 1.000 NNA en general, siendo la más baja a nivel nacional. Con respecto al sexo de las víctimas denunciadas en 2021, un amplio porcentaje de los NNA son de sexo femenino (84,75%), fenómeno que se repite a lo largo de los años. Mientras, de acuerdo con su edad, dos tercios de las víctimas son niños y niñas de menos de 14 años (67,11%).²⁴

²³ Cifra negra de Violencia Sexual contra niñas, niños y adolescentes: Ocultamiento social de una tragedia Reporte I de Monitoreo de Derechos. Autores: Daniela Díaz, Dimas Santibáñez, Alejandra Cortés, Georg Raczynski, Nicolás Contreras y Natalia Bozo. 2018 Observatorio Niñez y adolescencia

²⁴ Fundación Amparo y Justicia (2021) Reporte estadístico de niños, niñas y adolescentes víctimas de delitos sexuales y otros delitos graves. Disponible online en: <https://amparoyjusticia.cl/biblioteca/reporte-estadistico-delitos-sexuales-contra-nna-en-chile-2021/>

CONFORMACIÓN DEL COMITÉ PROTECCIÓN DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA (CPIA)

Se definirá como “Comité de protección de Infancia y Adolescencia (CPIA)” a la instancia coordinada y gestionada a nivel de hospitales y atención secundaria, conformada por diversos profesionales del área psico-sociosanitaria, que tendrá como objetivo organizar y asesorar a equipos clínicos y directivos del establecimiento en el proceso de sospecha, confirmación y abordaje de situaciones de vulneración de derechos de NNA.

Las principales funciones del comité serán:

- a. Asesoramiento clínico y psicosocial en el manejo del caso: en relación a la conducta terapéutica y psicosocial a seguir, primando el interés superior del niño, niña o adolescente.
- b. Apoyo jurídico y facilitador para los procesos de notificación al Ministerio Público y Tribunal de Familia.
- c. Coordinación con equipo tratante: entrega oportuna de la recomendación del comité al equipo tratante para su posterior comunicación al NNA, según su nivel de desarrollo y autonomía progresiva, a sus cuidadores/acompañantes.
- d. Desarrollar acciones de Sensibilización y/o capacitación a la comunidad del centro asistencial correspondiente para la oportuna pesquisa y derivación casos de sospecha de vulneración de NNA.
- e. Difusión local de normativas y protocolos ministeriales, para la evaluación y selección terapéutica de cada caso.
- f. Articulación intra e intersectorial: coordinar con otros dispositivos de salud de la red y del intersector para evitar la sobre intervención, optimizando el uso de los recursos disponibles.

Actores claves con los cuales se deberá vincular el comité para el cumplimiento de su rol:

ACTORES INTRASECTORIALES	ACTORES INTERSECTORIALES
Chile Crece Contigo: Subsistema Salud	Chile Crece Contigo
Comité Ética Asistencial	Tribunales de Familia
Centros de Atención Primaria	Servicios de Protección Especializada
Hospitales de la propia red	
Hospitales de la macrored	
Servicio de Salud	

- g. Registro de casos: caracterización de los casos de NNA evaluados por riesgo o vulneración efectiva de sus derechos, pesquisados en el contexto de la atención de salud.
- h. Seguimiento: El comité, según el número y complejidad de los casos analizados, deberá, realizar de forma semestral un análisis de los casos resueltos y la evolución de las estrategias sugeridas, velando por su cumplimiento o su efectividad respecto a la protección de NNA.

Conformación del Comité:

- Deberá ser respaldada con un acto administrativo (Resolución exenta) que formalice la organización, estructura y objetivos del mismo, validado por el director del establecimiento.²⁵ Frente al cambio de algunos de sus participantes deberá actualizarse oportunamente.
- Este comité depende directamente del director del establecimiento.
- Esta resolución deberá contener como mínimo los participantes, su función, horario y periodicidad de las sesiones.
- Deberá conformarse por un equipo interdisciplinario, para poder tener una visión general del caso y entregar un abordaje integral. Los profesionales que deben participar son del área de la pediatría, ginecología pediátrica, adolescencia, área psicosocial y jurídica, con un horario protegido para su funcionamiento (Ord. 530 año 2023).

Rol de los miembros del Comité (Tabla N°1).

TABLA 1: ROLES DE LOS PARTICIPANTES DEL COMITÉ DE PROTECCIÓN DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA

NOMBRE DEL CARGO	FUNCIONES
Coordinador/a*	<p>Integrante del panel, quien preside, modera y resume las acciones propuestas y deliberaciones del comité para el abordaje de los casos presentados.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Será responsable de recibir los casos desde los equipos tratantes a través de los medios y formatos definidos para este fin, resguardando siempre la privacidad de la información manejada. ▸ Responsable de distribuir previamente la información de los casos clínicos a tratar al resto de las y los integrantes del comité. ▸ En caso de ser requerido, será la persona responsable de convocar a otros profesionales o especialistas relacionados/as con el caso específico a tratar en la sesión del comité. ▸ Coordinación del espacio físico o telemático para la sesión del comité, asegurando la privacidad y seguridad en el manejo de la información a tratar, de acuerdo a la ley 20.584 de derechos y deberes de los pacientes. ▸ Será responsable de completar y firmar, como representante del comité, el informe con las recomendaciones para el caso. ▸ Responsable de participar como representante del comité en instancias de coordinación entre la red de salud y el intersector en la temática de Protección de derechos de NNA. ▸ Responsable de dirimir una alternativa de recomendación cuando no se logra consenso entre las y los participantes del panel, al momento de concluir la sesión. ▸ Responsable de coordinar a los integrantes del comité para las actividades de capacitación y difusión de la temática de vulneración de derechos en NNA dentro de la comunidad hospitalaria.

²⁵ DECRETO 38 REGLAMENTO ORGANICO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE MENOR COMPLEJIDAD Y DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE AUTOGESTION EN RED. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?i=245619&f=2006-04-28&p=>

Secretario/a*	<p>Profesional responsable de registrar la actividad del comité, gestionar agenda, tomar acta, consolidar y enviar resoluciones.</p> <p>Las funciones del o la secretario/a serán las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Mantener registro de asistencia de las y los participantes en cada sesión. ▸ Tomar acta de las principales ideas discutidas en cada caso analizado en la sesión y las recomendaciones acordadas por el comité. ▸ Remitir Informe de Recomendaciones firmado por el/la Coordinador/a al equipo tratante, a través de los medios establecidos, en un plazo no mayor a 48 hrs. hábiles y acorde a la severidad del caso. ▸ Mantener resguardo de las actas de resolución procurando la privacidad y seguridad de la información contenida. ▸ Mantener actualizada la base de datos de los casos analizados, considerando el conjunto mínimo de datos a registrar para una adecuada caracterización de la población atendida, bajo las normativas de seguridad de la información (anexo N°4). ▸ Reportar mensualmente la casuística evaluada a la persona encargada de la temática en el Servicio de Salud correspondiente.
Panel	<p>El panel podrá estar compuesto por profesionales estables que participarán en todas las sesiones y otros que solo participarán si son convocados por la persona coordinadora a una sesión específica.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Su principal función es la revisión, discusión y resolución de casos, desde su experiencia técnica y sensibilidad hacia la temática, primando siempre el interés superior del niño, niña o adolescente. ▸ Deberán mantener la privacidad y el resguardo de la información sensible a tratar. <p>Las especialidades médicas con requerimiento de interconsultas para las sesiones de este comité son: Oftalmología, Ginecología Infanto-juvenil, Infectología, Dermatología, Traumatología infantil, Cirugía Infantil, Psiquiatra Infanto-juvenil, Neurología pediátrica, Urología, Medicina familiar, Adolescencia, entre otras según sea el requerimiento y cartera de prestaciones disponibles en el establecimiento.</p>
Equipo Solicitante	<p>Corresponde al equipo tratante del niño, niña o adolescente, representado por un/a profesional de la salud, quien detecta la presencia de factores de riesgo o signos y síntomas de vulneración de derechos que requieren del análisis del comité.</p> <p>El o la representante, será responsable de presentar el caso al comité a través de los medios convenidos, de manera verbal y/o escrita, de preferencia participando en la sesión del comité donde se analice el caso. Será quien, además, reciba conforme el acta de resolución.</p>
<p>*Según definición local del comité, ambos roles pueden ser rotados entre los miembros estables del comité para evitar carga administrativa adicional a un único/a funcionario/a.</p>	

Fuente: Elaboración Equipo Infancia y Adolescencia, MINSAL, 2023.

MARCO OPERATIVO

Sesiones

Las sesiones se realizarán con la presencia de los y las integrantes del comité. Internamente se deberá definir el quórum de participación mínimo, en consideración, con las probables faltas y formas de subsanarlas.

Las sesiones podrán ser de manera presencial y/o telemáticas. En el caso de realizarse de forma telemática, se deberán resguardar las medidas de seguridad de la información, según Política de Seguridad de la Información para la Subsecretaría de Salud Pública y Redes Asistenciales.²⁶

Se propone que el CPIA sesione durante 2 horas semanales, con un rendimiento de 1 a 2 casos/hora. Se espera que en este espacio de tiempo se discuta el caso, se complete y firme el acta de resolución.

La periodicidad de las sesiones dependerá del número de casos a abordar por cada establecimiento. Se sugiere el resguardo de una sesión semanal. Se deberá sesionar como mínimo 1 vez al mes, manteniendo la posibilidad de realizar sesiones extraordinarias frente a casos que requieran de la asesoría del comité para su adecuada resolución.

Análisis de casos

En las sesiones a discutir se analizarán los casos que sean presentados de forma interna según los protocolos del centro asistencial. Se deberá contar con la participación de un integrante del equipo tratante.

Tanto los participantes estables como los ocasionales del panel del CPIA, deberán realizar una declaración de intereses y acuerdo de confidencialidad interna que permita un correcto funcionamiento de éste (Anexo N°5), la cual deberá ser completada anualmente por todos los y las profesionales que participen de este comité y resguardadas según se defina localmente.

El análisis del caso clínico debe incluir:

- Presentación del tratante en donde debe definir claramente el motivo de la presentación del caso al CPIA.
- Revisión de antecedentes, cuadro actual, red de apoyo, estudio de laboratorio e imágenes y todos los antecedentes que puedan ser necesarios.
- Revisión de bibliografía, jurisprudencia u otros casos revisados previamente.
- Discusión por equipo del comité en base a la experiencia de los miembros.
- Determinar tipo de vulneración, factores de riesgo o amenazas inmediatas o futuras.
- Recomendación del CPIA al equipo tratante acordes a cada caso y considerando el bien superior de los NNA.
- Definir la necesidad o no de seguimiento y el objetivo de éste.

Posterior al análisis del caso y la discusión de éste, se confeccionará un acta de resolución con las recomendaciones para el caso presentado. El acta deberá ser resguardada en formato PDF y remitido al equipo tratante, para que pueda adjuntarlo a la ficha clínica del usuario o usuaria (física o electrónica según corresponda).

²⁶ <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/08/POL%C3%8DTICA-GENERAL-DE-SEGURIDAD-DE-LA-INFORMACI%C3%93N-RES.-EXE.-889-26.11.2019.pdf>

Registros

Toda actividad del CPIA debe ser registrada oportunamente, garantizando que la información de cada caso sea confidencial, completa, y fidedigna a la condición clínica de cada paciente. En la tabla N°2 se describen los documentos que serán utilizados por el comité.

TABLA 2: REGISTROS

DOCUMENTO	CARACTERÍSTICAS	RESPONSABLE
Formulario de presentación de casos	Incluye identificación completa del paciente, antecedentes mórbidos, exámenes e historia clínica recientes (motivo de presentación) Ver formato en Anexo N°1.	Equipo tratante completa formulario Equipo tratante revisa y envía información a CPIA a través de los medios definidos localmente.
Acta de recomendaciones CPIA	Informa recomendación terapéutica del CPIA a equipo tratante. Debe contar con la aprobación de los participantes del panel y la firma de la persona coordinadora. Ver formato en Anexo N°2.	Panel del comité que determina la recomendación terapéutica. Persona coordinadora firma. Secretario/a envía y chequea recepción de la información por equipo tratante.
Acta de cada sesión	Resumen de los casos evaluados en cada sesión. Resume recomendaciones por caso, individualiza especialistas que participaron de la evaluación, fecha y hora de la sesión. Ver formato en Anexo N°3.	Secretario/a toma acta de la sesión y mantiene archivo interno.
Registro de actividad	Base de datos que resume información de los casos evaluados (identificación, diagnóstico, hospital de origen), fechas y recomendaciones del panel. Ver formato en Anexo N°4.	Secretario/a mantiene actualización de la base de datos después de cada sesión.
Seguimiento de las estrategias propuestas en las recomendaciones	Monitoreo de los casos evaluados en Comité y de las acciones propuestas en el informe de recomendaciones.	Persona coordinadora del Comité

Fuente: Elaboración Equipo Infancia y Adolescencia, MINSAL, 2023.

DESCRIPCIÓN DE FUNCIONAMIENTO

La estrategia de protección de niños, niñas y adolescentes en los establecimientos de salud se iniciará cuando cualquier profesional relacionado con la atención clínica o psicosocial del usuario o usuaria pesquise alguna situación que genere sospecha de vulneración de derechos de NNA.

La asesoría del CPIA es respecto a los pasos a seguir para un abordaje integral y multidisciplinario de los casos presentados. Sin embargo, es el equipo clínico solicitante quien debe realizar, según los antecedentes recolectados, los procedimientos necesarios para proteger al NNA. En casos excepcionales la denuncia al Ministerio Público la podrá efectuar algún miembro del Comité como representante del Establecimiento.

La derivación al comité no debe limitar la participación activa de otros actores relevantes que puedan apoyar en el proceso de resguardo de los derechos de niños y niñas. En el protocolo local deberá definirse el documento a completar con la información requerida (Anexo 1) y el medio por el que deberá derivarse (vía papel, correo electrónico, otro sistema), considerando el resguardo de la información sensible del usuario/a y su familia.

El proceso se inicia cuando un caso es presentado al CPIA a través de los documentos y medios previamente establecidos. A continuación, se describen cada una de las etapas del proceso, las que además se ilustran en el flujograma N°1 de este documento.

Etapas del proceso:

1. **Solicitud de Evaluación:** Equipo tratante completa formulario de presentación de caso y solicita a través del/la coordinador/a del comité una evaluación (por las vías establecidas localmente).
2. **Agendamiento:** los casos presentados son ordenados en base a criterios definidos localmente y agendados por el secretario o secretaria del comité para cada sesión. El rendimiento sugerido es de 1-2 caso/hora, pudiendo el/la Coordinador/a del comité autorizar su modificación según necesidad. A cada caso le corresponde una Identificación local dada por el comité con el fin de resguardar la identidad del NNA
3. **Convocatoria de la Sesión:** El/la secretario/a del comité recoge todas las solicitudes recibidas y en conjunto con el/la coordinador/a, agenda los casos a revisar. Además, de invitar a especialistas según sea el requerimiento, pertinencia y la cartera de prestaciones disponibles en el establecimiento.
4. **Celebración de la Sesión:** Durante la sesión se revisan sucesivamente todos los casos presentados. El/la secretario/a toma nota de las recomendaciones de cada caso y comentarios adicionales, con lo que se registra el acta de cada reunión y el informe de recomendaciones para cada caso.

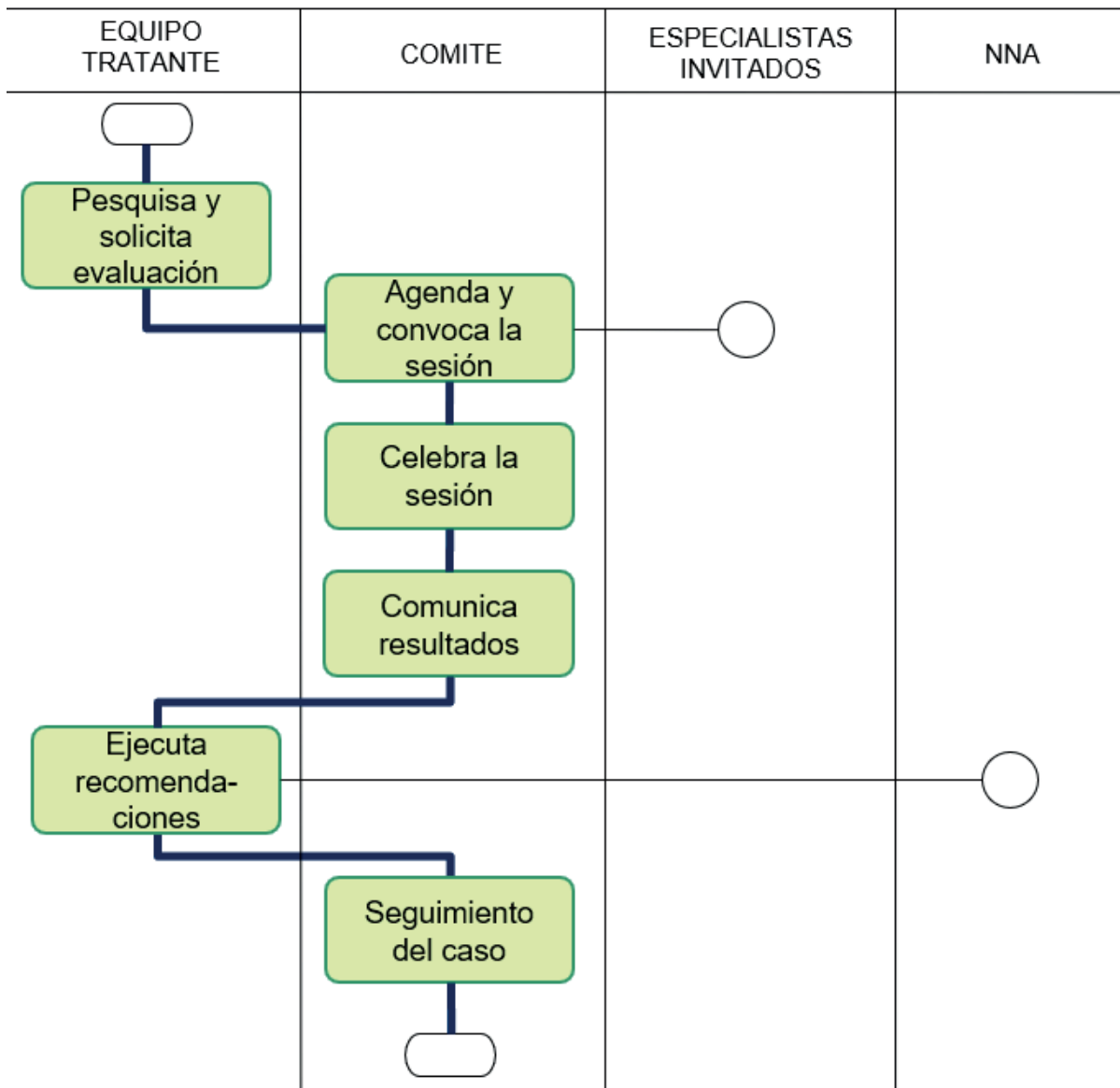
Las recomendaciones del panel hacia el equipo tratante pueden incluir una o más de las siguientes opciones:

- Se requieren mayores antecedentes para una resolución: Comité deberá sugerir las estrategias a realizar, por ejemplo, visita domiciliaria o contacto con otros establecimientos de la red. Es conveniente que el equipo tratante presente de nuevo el caso al CPIA una vez ampliados los antecedentes solicitados.
- En presencia de vulneración de derechos de NNA y según el tipo de vulneración detectada, las acciones a realizar por el equipo solicitante deben incluir como mínimo:

1. Denuncia en policía- fiscalía si no se ha realizado.
 2. Activación de medidas cautelares y/o de protección en tribunal de Familia.
 3. Hospitalización para protección de ser necesario y cautelar que las atenciones de salud se realicen de manera oportuna, favoreciendo la continuidad de los cuidados a través de la red con derivaciones asistidas en caso de ser pertinentes.
- Derivación a atención de especialidad para seguimiento.
 - Seguimiento por parte de equipo psicosocial del caso para mantener pesquisa precoz de otros factores de riesgo.
 - Presentación del caso a otro comité de la red del Servicio de Salud correspondiente y que cuente con especialidades no disponibles en CPIA de origen o para solicitar una segunda opinión.
 - Presentación de caso en telecomité Nacional de expertos de Protección de Infancia y Adolescencia: Para evaluar por especialista no disponible en comité o para solicitar una segunda opinión en casos con mayor complejidad.
 - Seguimiento por Comité de acciones indicadas si fuese necesario, el cual puede ser agendado por el CPIA o solicitado por el equipo tratante.
4. **Registro:** El/la secretario/a del comité debe consolidar las decisiones o propuestas acordadas en la sesión y dejar un registro escrito y firmado del Informe de Recomendaciones. Este documento deberá reflejar detalles relevantes de las deliberaciones del caso, de manera que permita auxiliar al equipo responsable en las actuaciones asistenciales y psicosociales subsiguientes.
 5. **Envío de Informe de Recomendaciones:** Secretario/a envía recomendaciones sugeridas por el CPIA a equipo tratante por el medio definido según protocolo local.
 6. **Recepción de Informe:** Equipo tratante recibe acta de recomendaciones y la adjunta a la ficha clínica correspondiente, así como, articula las acciones con los equipos que deberán participar en la gestión de las estrategias indicadas: trabajo social, psicología, asesoría legal, atención clínica, entre otros.
 7. **Comunicación a persona usuaria:** Es responsabilidad del equipo tratante comunicar oportunamente al paciente y su familia la resolución del comité, explicar las acciones a seguir, considerando que el establecimiento debe resguardar el interés superior del niño, niña y adolescente en todo momento, como garante de sus derechos.
 8. **Seguimiento:** El comité, según el número de casos analizados, deberá luego de un periodo definido, realizar un análisis de los casos resueltos y la evolución de las estrategias sugeridas, su cumplimiento o su efectividad respecto a la protección de NNA.
 9. **Registro Mensual:** Para registro estadístico mensual (REM) local, las reuniones del CPIA se registrarán como acciones de Comité clínico (referencia: Anexo Glosario de actividades clínicas 152022)
 10. **Reporte mensual de información:** El/la secretario/a del CPIA enviará a referente del Servicio de Salud.

FLUJOGRAMA 1: EVALUACIÓN DE PACIENTES POR COMITÉ DE PROTECCIÓN DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Proceso Operativo Comité de protección Infanto Adolescente



Fuente: Elaboración propia. Equipo Infancia y Adolescencia MINSAL, 2023.

ANEXO 1: FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE CASOS A COMITÉ DE PROTECCIÓN DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Equipo Derivador	
Nombre de profesional que deriva:	
Cargo:	
Unidad/Servicio:	
Fecha de derivación:	

Datos de identificación del paciente			
Rut:		Fecha nacimiento:	
Sexo / Género:		Edad:	
Servicio de Salud de origen:		Hospital origen:	
Centro de APS (Atención Primaria Salud) inscrito:		Comuna residencia actual	
Nombre del o la Cuidador/a Principal:		Otros Adultos Significativos	

Antecedentes mórbidos	
Enfermedades crónicas (¿Cuáles?):	
Otros diagnósticos:	
Escolaridad actual	
Otros antecedentes relevantes:	

Historia clínica reciente (motivo por el que presenta a comité)			
Diagnóstico:		Fecha del diagnóstico:	
Clasificación CIE10:			
Comité previo (resumen):			
Antecedentes judiciales:			
Exámenes de imagen (informe):		Otros exámenes:	
Historia clínica (breve):			

ANEXO 2: INFORME DE RECOMENDACIÓN DEL COMITÉ DE PROTECCIÓN DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:		ID COMITÉ XXDDMMAA	
Rut		Fecha nacimiento	
Sexo		Género	
Edad		Dirección	
Nº Ficha clínica		Representante Equipo Tratante	

COMITÉ	
Motivo de derivación:	
Antecedentes Diagnósticos:	
Recomendación comité:	

ESPECIALISTAS DEL COMITÉ	
Nombre	Especialidad

COORDINADOR DE COMITÉ	
Nombre	Firma
Fecha	

ANEXO 3: FORMATO DE ACTA

SESIÓN	
Fecha /hora	Responsable acta
PARTICIPANTES DEL COMITÉ	
Nombre	Profesión
EVALUACIÓN DE CASOS	
ID comité	Principales Recomendaciones*
OBSERVACIONES Y/O COMENTARIOS	
* Se pueden emplear abreviaturas para las acciones utilizadas con mayor frecuencia	

ANEXO 4: FORMATO PARA BASE DE DATOS Y REPORTE A REFERENTE DE SERVICIO DE SALUD

SERVICIO DE SALUD	ESTABLECIMIENTO	FECHA	ID CASO	DIAGNÓSTICOS (CIE-10)	PROCEDENCIA EQUIPO SOLICITANTE	PRINCIPALES RECOMENDACIONES (3)

Fecha: De la sesión del comité en la que se presenta el caso.

ID Caso: Identificación interna dada por el comité para el caso en particular con el fin de resguardar la identidad del MNA

Diagnósticos: Incluir también códigos CIE 10 de aquellos diagnósticos relacionados a la posible vulneración y otros pertinentes según estado de salud.

Procedencia: Origen del equipo solicitante: Urgencia, Servicio clínico (Atención cerrada), atención abierta.

Principales Recomendaciones: Pudiendo utilizar abreviaturas para referirse a recomendaciones más frecuentes, con un máximo de 3.

ANEXO 5: FORMATO PROPUESTO PARA COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Compromiso de Confidencialidad

El carácter público que, en principio y en forma general, la Constitución Política y la ley otorgan a los actos de la Administración del Estado y a la información relacionada con los mismos, imponen al Ministerio de Salud el deber de publicidad y transparencia sobre unos y otra; obligación que no pesa sobre la persona de los expertos y asesores que quienes establece vínculos o a quienes invita a conocer su contribución profesional mediante su participación en grupos de expertos, o de asesores en materias determinadas.

En consecuencia, la persona que suscribe este documento contrae con el Ministerio de Salud el compromiso de guardar confidencialidad y reserva sobre todo dato, información o antecedente del que tome conocimiento con ocasión de su desempeño o participación, sea que dicha información o antecedentes tengan o no el carácter de información de carácter oficial o extraoficial, así como el carácter de información institucional o no.

En virtud de lo indicado, la persona que suscribe este documento se obliga a:

- No divulgar ni reproducir dicha información con fines de divulgación.
- No dar publicidad a la información.
- No entregar a terceros dicha información.
- Limitar el uso de la información a la que acceda al objeto y finalidad del trabajo o asesoría para el que ha intervenido o colaborado.

La persona que firma este documento declara con ello su aceptación y total conformidad con el compromiso de confidencialidad que asume, según el mismo.

Nombre completo del experto o experta:	
Nombre de la comisión o reunión de expertos:	
Profesión:	
RUT, Cédula de Identidad o Pasaporte:	
Correo electrónico:	
Domicilio:	
Fecha:	
Firma:	

