AUDITORIA GENERAL
DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Informe Final de Auditoría

Con Informe Ejecutivo

Proyecto Nº 3.23.01

SERVICIO VIOLENCIA FAMILIAR EN EL HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE

Auditoría Relevamiento

Período 2022

Buenos Aires, Abril 2024

Jean Jaures 220 (C1215ACD) - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

JEAN JAURES 220 - CIUDAD DE BUENOS AIRES

Presidenta

Dra. Mariana Inés GAGLIARDI

Auditores Generales

Dr. Juan José CALANDRI

Dra. Jorgelina Marisa CARNEVALE

Lic. Patricia Alejandra CASERES

Dr. Pablo CLUSELLAS

Lic. José Luis GIUSTI

Dr. Lisandro Mariano TESZKIEWICZ

CÓDIGO DEL PROYECTO: 3.23.01

NOMBRE DEL PROYECTO: “Servicio de Violencia Familiar en el Hospital General de Niños Pedro de Elizalde”

TIPO DE AUDITORÍA: Relevamiento

PERÍODO BAJO EXÁMEN: 2022

EQUIPO DESIGNADO:

Directores de Proyecto: Dra. Agustina Zorrilla (hasta 09/12/23)
Lic. Freddy Gabriel Bolumburu (desde 10/12/23)

Supervisor: Cdor. Raúl Marcelo Cao

Objetivo: Relevamiento de la estructura orgánica funcional, misiones y funciones.

FECHA DE APROBACION DEL INFORME: 03 DE ABRIL DE 2024
APROBADO POR: UNANIMIDAD

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 3 de abril de 2024

Código de Proyecto: 3.23.01

Denominación del Proyecto: "Servicio de Violencia Familiar en el Hospital General de Niños Pedro de Elizalde"

Tipo de Auditoría: Relevamiento

Dirección General: Salud

Período bajo examen: Año 2022

Objeto de la Auditoría: Servicio de Violencia Familiar en el Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Objetivo de la Auditoría: Relevamiento de la estructura orgánica funcional, misiones y funciones.

Alcance: El examen se realizó de conformidad con el siguiente marco normativo:

- Normas de Auditoría Externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires aprobadas por el artículo 6º del Anexo I de la Ley 325, y las Normas Básicas de Auditoría Externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires aprobadas por Resolución Nº 161/00-AGCBA.
- Marco Normativo detallado en Anexo I.

Las tareas de auditoría se desarrollaron entre el 28 de junio y el 16 de noviembre de 2023, aplicándose los Procedimientos de Auditoría detallados en VI) TAREAS Y PROCEDIMIENTOS.

Limitaciones al Alcance: No existieron.

Debilidades:

1. Funcionamiento del área.

    a. No son informados, a las víctimas de violencia familiar, los derechos que le asisten conforme la Ley 1688.

    b. No se escanea la documentación para ser incorporada a la historia clínica digital.

c. Ausencia de generación de un mecanismo que impida la visualización irrestricta, sin previa autorización, de la información sensible de la historia clínica, derivando en la utilización de mayores recursos por duplicidad de tareas.

d. No son elaborados indicadores y/o datos estadísticos para ser utilizados en el análisis de la gestión y los elaborados, a partir del pedido de un Organismo, se basan en un registro manual y no en la información contenida en el sistema, donde adicionalmente, la información carece de uniformidad en la elaboración y no abarca la totalidad del período (ausencia de integridad).

e. Ausencia de presentación ante Defensa Civil del plan de autoprotección y consecuente aprobación del mismo.

f. El depósito de Historias Clínicas no posee detectores contra humo / incendio ni elementos extintores contra incendio.

2. Aspectos administrativos y legales.

2.1. Recursos humanos

Pese a los requerimientos de ampliación de la dotación del Servicio, el mismo no cuenta con los recursos necesarios para dar cumplimiento a lo establecido en el Art. 25 de la Ley Nº 1688 (rotación de profesionales) y/o cubrir las licencias.

2.2. Organigrama y Manuales de Normas y Procedimientos

No se obtuvieron evidencias que el Organismo, objeto del presente Proyecto, cuente con Manuales de Procedimientos ni desarrollo de circuitos administrativos, con sus respectivos controles, formalmente implementados.

La situación planteada da lugar a vacíos sobre los circuitos administrativos a seguir, los niveles de control y los responsables de su ejecución, afectando la uniformidad en la ejecución de los procesos, a la vez que puede originar eventuales demoras u omisiones en el desarrollo de las tareas y sus respectivos controles.

El presente comentario, asimismo, deriva en la falta de cumplimiento de lo establecido en los artículos 7 y 122 de la ley 70 de administración financiera de la CABA.

Conclusiones:

En el año 2020 tanto el Estado Nacional, como la Ciudad de Buenos Aires, declaran la emergencia sanitaria, es por ello que el período auditado en el presente Proyecto se enmarca en el contexto pandemia COVID-19.

Conforme lo relevado, el Servicio que fuera creado en 1988, ha desarrollado su actividad, en el período auditado, en el marco de lo descripto en el primer párrafo y con las limitaciones derivadas de tal situación.

De la tarea realizada surgieron las Debilidades, expuestas en el Capítulo VII, y que se refieren fundamentalmente a la necesidad de desarrollar la elaboración de indicadores e implementar controles que aseguren tanto el cumplimiento del marco legal y la integridad y confiabilidad de la información.

Palabras Claves: maltrato, violencia, protección, niñas, niños, adolescentes, Servicio de violencia, Hospital Elizalde.

INFORME FINAL DE AUDITORÍA
"SERVICIO DE VIOLENCIA FAMILIAR EN EL HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE"
PROYECTO N° 3.23.01

DESTINATARIO

Señora
Presidenta
Legislatura Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Dra. Clara Muzzio
S / D

En uso de las facultades conferidas por los artículos 131, 132 y 136 de la Ley 70 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y conforme a lo dispuesto en el artículo 135 de la Constitución de la Ciudad, la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires ha procedido a efectuar un exámen en el ámbito del Ministerio de Salud, con el objeto detallado en el apartado siguiente.

I) OBJETO

Servicio de Violencia Familiar en el Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

II) OBJETIVO

Relevamiento de la estructura orgánica funcional, misiones y funciones.

III) ALCANCE

El examen se realizó de conformidad con el siguiente marco normativo:

- Normas de Auditoría Externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires aprobadas por el artículo 6º del Anexo I de la Ley 325, y las Normas Básicas de Auditoría Externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires aprobadas por Resolución Nº 161/00-AGCBA.
- Marco Normativo detallado en Anexo I.

Las tareas de auditoría se desarrollaron entre el 28 de junio y el 16 de noviembre de 2023, aplicándose los Procedimientos de Auditoría detallados en VI) TAREAS Y PROCEDIMIENTOS

IV) LIMITACIONES AL ALCANCE

No existen.

V) ACLARACIONES PREVIAS

A modo de describir los orígenes del servicio, la Dra. Diana Goldberg en 1982 presenta el "Programa de Promoción de la Crianza Normal: Atención integral de niños y adolescentes maltratados", a modo de respuesta a la problemática de Maltrato Infantil que se comienza a observar en la consulta de los Servicios de Salud Mental. Se crea como unidad especializada en la temática con un abordaje interdisciplinario, como consecuencia del mismo se crea el Centro Piloto para la atención del niño maltratado que se instala en 1988 en el Hospital Pedro de Elizalde, funcionando como Unidad de Violencia Familiar. Según se refiere, este plan piloto debía extenderse a otros hospitales. Lo que no ha ocurrido, siendo esta la única Unidad de Violencia Familiar del GCABA, cuyos miembros se dedican de manera exclusiva a las situaciones de violencia hacia niños y niñas. Los otros hospitales cuentan con profesionales dedicados a esta temática repartidos en diferentes servicios (Área niños de Salud Mental, Servicio Social, internación o consultorio de pediatría). En varios de ellos hay Comités de Violencia y forman una red, dependiente de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud del GCABA. Estos Comités de Violencia, ubicados en hospitales generales, atienden temáticas no solo relacionadas con niños y adolescentes sino con situaciones de violencia de género y a la tercera edad. No se atienden situaciones de violencia laboral, ni entre colegas, ni de género en el ámbito laboral.

La Unidad de Violencia Familiar y maltrato Infantil se crea en el año 1987, como respuesta a la problemática de Maltrato Infantil que se comienza a observar en la consulta de los Servicios de Salud Mental. Dicha área se crea como unidad especializada en la temática con la mirada de abordaje interdisciplinario.
La atención está orientada a niños, niñas y adolescentes víctimas de situaciones de maltrato infantil y abuso sexual, mediante un equipo interdisciplinario de diagnóstico y tratamiento.

Desde la creación de la Unidad hasta la fecha han cambiado los patrones de intervención en los casos de violencia hacia niños, niñas y adolescentes desde el modelo de patrocinio al de sujetos de derechos con la incorporación de otros Organismos (Consejo de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes - CDNNA) y de otros profesionales como las Guardias de Salud Mental (equipo de guardia interdisciplinario compuesto por médico psiquiatra, trabajador social y psicólogo).

La Ley Nacional 24417, denominada “Protección contra la violencia familiar” (promulgada en 1994) establece que: *“Art. 1. Toda persona que sufriese lesiones o*

maltrato físico o psíquico por parte de alguno de los integrantes del grupo familiar podrá denunciar estos hechos en forma verbal o escrita ante el juez con competencia en asuntos de familia y solicitar medidas cautelares conexas. A los efectos de esta ley se entiende por grupo familiar el originado en el matrimonio o en las uniones de hecho. Art. 2. Cuando los damnificados fuesen menores o incapaces, ancianos o discapacitados, los hechos deberán ser denunciados por sus representantes legales y/o el ministerio público". También estarán obligados a efectuar la denuncia los servicios asistenciales sociales o educativos, públicos o privados, los profesionales de la salud y todo funcionario público en razón de su labor. El menor o incapaz puede directamente poner en conocimiento de los hechos al Ministerio Público.

En 1999, con la Ley 114 de la CABA (Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes) y desde 2005 con la Ley Nacional 26061 (promulgada el 21 de octubre) se instituyen los organismos de protección de derechos y se indica la necesidad de comunicación de las situaciones de violencia a estos organismos. Por lo cual en las situaciones de violencia detectadas por la Unidad se da intervención a dichos organismos administrativos teniendo en cuenta el centro de vida del paciente y su familia. Cuando las consultas son provenientes del conurbano bonaerense, las comunicaciones son efectuadas a los Servicios Locales de Promoción y Protección de Derechos del domicilio correspondiente en la Provincia de Buenos Aires. En los casos con domicilio en CABA se da intervención en la urgencia a la Guardia permanente de Abogados del CDNNA y/o a las Defensorías comunales del CDNNA si ya se encuentran trabajando con el grupo familiar.

La Ley 1688 de CABA (sancionada el 28/04 y publicada el 08/06 del 2005), sus modificatorias y complementarias, de "Prevención y Asistencia a las Víctimas de Violencia Familiar y Doméstica, establece en su Art. 2 " *La presente ley tiene como objetivo principal la prevención de la violencia familiar y doméstica, y la definición de acciones para la asistencia integral de sus víctimas, sean estas mujeres, varones, niñas, niños, adolescentes, adultos mayores o personas con necesidades especiales, de acuerdo con lo establecido por el artículo 20 de la Ley N° 1.265. Para el cumplimiento de dicho objetivo, se promoverán acciones que tiendan a:*

a) Generar una cultura de prevención de las acciones de violencia familiar y doméstica a través de la educación e información;
b) Detectar en forma temprana las posibles víctimas de violencia familiar;
c) Asistir a las víctimas de violencia familiar y doméstica desde una perspectiva física, psíquica, económica y social, incluyendo alojamiento cuando se considere necesario;
d) Fortalecer la autoestima de las víctimas de violencia familiar y doméstica;
e) Posibilitar el intercambio de experiencias con otras víctimas en situación similar;
f) Difundir modelos de convivencia alternativos a los vividos de manera conflictiva;

g) Proveer atención psicológica a los/las agresores/as;
h) Promover la independencia social y económica de las víctimas;
i) Sostener la protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia familiar.

La mencionada Ley 1688 establece, en el Art. 9, que la asistencia a las víctimas de violencia familiar y doméstica se desarrollará desde centros de atención inmediata (CAI) y desde centros integrales de atención (CIA).

En su Art. 10 determina que los CAI, funcionarán durante las veinticuatro horas del día, en los hospitales públicos de la ciudad, desde una perspectiva interdisciplinaria, integrando los actuales servicios de salud mental especializados en la problemática de la violencia familiar y doméstica y complementando las funciones de los centros de información y asesoramiento de acuerdo al art. 1° del Decreto N° 235/96 de reglamentación de la Ley N° 24.417. Conforme el Art. 10 tendrán como función la atención médica, psicológica, jurídica y social de la víctima durante las primeras veinticuatro horas desde el momento de su presentación. A partir de allí tramitarán la derivación de las víctimas a los centros integrales de atención, donde se continuarán las acciones iniciadas. Dichos centros deberán contar con profesionales en medicina, en trabajo social y psicología. De acuerdo al Art. 14, en caso que las víctimas de maltrato fueran niños, niñas y adolescentes, los empleados públicos actuantes, tendrán la obligación de dar intervención al Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes o al organismo que en el futuro desempeñare sus atribuciones.

La mencionada Ley dispone, en su Art. 16, la creación de los Centros integrales de atención que funcionarán en los centros integrales de la mujer que se encuentren actualmente trabajando en la temática de violencia familiar, ampliando la estructura de acuerdo a la demanda, u otros centros que en el futuro se creen. Los centros integrales de atención se ocuparán de la atención, el seguimiento y la recuperación de la víctima, ofreciendo un espacio de seguridad y un tratamiento integral sobre los orígenes de la violencia sufrida y la reparación de los daños que la violencia les hubiere generado.

De acuerdo al Art. 16 los centros integrales de atención deberán contar con:

- Atención psicológica y tratamiento para la víctima, especializada en mujeres, niños/as y adolescentes.
- Asesoramiento jurídico gratuito.
- Asistencia social, facilitando el acceso de la víctima a albergues y a los beneficios de programas de empleo y vivienda existentes en caso de ser necesario. Las víctimas de agresiones tendrán preferencia para la adjudicación de viviendas públicas y empleo, con los requisitos de acceso que determine la autoridad de aplicación.

- Servicio de asistencia psicológica y tratamiento para los/as agresores/as, en días y horarios diferentes de manera de evitar el contacto con las víctimas, en los casos en que ello sea necesario.

Según el Art. 17, tanto los centros de atención inmediata como los centros integrales de atención deberán articular sus acciones con todas aquellas autoridades competentes para recibir denuncias por violencia familiar y doméstica y con los tribunales donde tramiten los procesos. Asimismo, deberán asesorar a las víctimas sobre los trámites, etapas y recursos disponibles. También deberán procurar la información solicitada por autoridad judicial.

A partir de esta ley se crean, en la CABA, en las guardias de todos los hospitales los Equipos de Guardia de Salud Mental. En el Hospital objeto del presente, la Guardia cuenta con un Equipo de Guardia de Salud Mental, donde al igual que en el Hospital Gutiérrez, los equipos se conforman con médico psiquiatra, trabajador social y psicólogo especializados en niños.

Cabe destacar, que de acuerdo al Art.26, debe crearse el Registro de víctimas de Violencia Familiar, el que funcionará en el ámbito de la Secretaría de Desarrollo Social del GCABA, de carácter público y de acceso restringido. Consultado, el Jefe del Servicio de Violencia Familiar del Hospital, indica que el mismo no ha sido creado.

En fecha posterior al período auditado, mediante el dictado de la Resolución firma conjunta RESFC-2023-1-GCABA-MDHYHGC[1], del 29 de mayo de 2023, se aprueba el "Protocolo de Actuación Conjunta para la Protección y Resguardo ante situaciones de presunción o vulneración de derechos de niñas, niños y adolescentes" (IF-2023-17979494-GCABA-CDNNYA) (Anexo IV). En ella se detalla las acciones que deben realizar cada uno de los actores y procedimientos que deben implementarse por parte de cada uno de ellos.

En la actualidad el servicio consta de los siguientes profesionales:

El área de Admisión 2 profesionales psicólogas, una de planta permanente y otra de planta transitoria.

El área de Ambulatorio 5 profesionales, 4 psicólogas de planta y una de planta transitoria.

[1] Firmada por la Presidente del Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y adolescentes, el Secretario de Deportes, la Ministra de Educación, el Ministro de Cultura, el Ministro de Salud y la Ministra de Desarrollo Humano y Hábitat

El área Interconsulta cuenta con 4 profesionales, 2 psicólogas, 1 trabajadora social y 1 médica pediatra.

Las mencionadas áreas son coordinadas por un jefe de Unidad, profesional médico pediatra. Esta cantidad de profesionales es el esquema actual de trabajo.

A continuación, se definen[2] las formas de maltrato infantil y las intervenciones a realizar en el Hospital ante situaciones de violencia, situaciones donde desde el hospital se debe realizar denuncia penal y aquellas donde se debe informar a los organismos administrativos de protección de derechos.

Maltrato infantil

Definición

Toda acción u omisión que lesione o pueda lesionar potencialmente al/la niño/a, e interfiera en su desarrollo psicofísico emocional y social.

Etiología

La aparición de los fenómenos violentos hacia el/la niño/a en el entorno familiar es multifactorial. Están involucradas las características individuales de cada uno de los componentes de la estructura familiar y la modalidad interactiva entre estos. También se incluyen los aspectos relacionados con la esfera del trabajo, las relaciones sociales establecidas por los integrantes de la familia con su medio, los factores socioculturales que marcan las características del funcionamiento social.

Formas clínicas

- Abandono emocional.
- Maltrato emocional.
- Maltrato físico.
- Maltrato por negligencia o abandono físico.
- Abuso sexual.
- Otras formas: explotación laboral, corrupción, maltrato prenatal, síndrome de Münchaussen por poder, intoxicación, sustitución de identidad, adopción maligna y la incapacidad parental de control de la conducta de los hijos. Las manifestaciones clínicas según el cuadro sospechado se desarrollan a continuación.

[2] Capítulo 12 “Maltrato infantil” del libro “Criterios de diagnóstico y tratamiento en pediatría”, de los Dres. Garrote N y Indart de Arza Miguel J. (páginas 235-241), 2da edición, Ediciones Journal, Voyer L. editor, Buenos Aires, 2012. ISBN 978-987- 1259-68-7.

Abandono emocional

Falta persistente de respuesta a las señales (llanto, sonrisas), expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño, y falta de iniciativa de interacción y contacto por parte de alguna figura adulta estable. El abandono emocional comparte las características de la sintomatología vinculada al maltrato emocional y habitualmente acompaña al maltrato por negligencia o abandono físico.

Maltrato emocional

Hostilidad verbal crónica en forma de insulto, burla, desprecio, crítica y amenaza de abandono y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar. Se manifiesta por:

- Problemas conductuales.
- Sintomatología psicosomática y emocional.
- Trastornos del desarrollo.
- Déficit del rendimiento escolar.

Será asistido ambulatoriamente en los consultorios externos del Servicio de Psicopatología

Maltrato físico

Cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o lo coloque en grave riesgo de padecerlo. Se manifiesta por:

- Versión contradictoria entre el relato de los padres y las lesiones que presenta el niño.
- Retraso en la búsqueda de asistencia médica.
- Lesiones en la piel en diferente estadio evolutivo.
- Hematomas y contusiones localizadas en zonas no prominentes.
- Mordeduras, alopecia traumática, lesiones en mucosa bucal (quemaduras, hematomas, pérdida o fracturas de dientes).
- Quemadura en periné, genitales, nalgas o extremidades (simétricas o en espejo) y en cualquier ubicación cuando sea de cigarrillo.
- Lesiones óseas en diferente estadio evolutivo, fracturas diafisarias en “espiral”, fracturas metafisarias en “asa de cubeta”, despegamiento perióstico por hemorragia subperióstica, fractura de cráneo asociada o no a hematoma

subdural; fractura múltiple de costillas, adyacentes, en general de la región posterolateral.

- Asociación de lesiones cutáneas, óseas, oculares o viscerales.
- Lesiones oculares: hemorragias retinianas unilaterales o bilaterales,
- desprendimiento de retina, hemorragia vítrea, cataratas traumáticas, etc.
- Lesiones intracraneales: edema cerebral, hemorragia subaracnoidea, hematoma subdural y epidural, dilatación del sistema ventricular, etc.
- Lesiones viscerales o torácicas: hematoma duodenal intramural, seudoquiste pancreático, pancreatitis hemorrágica; ruptura gástrica, duodenal, yeyunal, ileal, o ilíaca; hematoma retroperitoneal, contusión y hematoma pulmonar.
- Asociación de fracturas de huesos largos con hematoma subdural.
- Recidiva de patología lesional y asistida en distintos centros asistenciales.

Merece una mención el síndrome del bebé sacudido (shaking baby) que se presenta generalmente en lactantes con edema cerebral, hemorragia retineana y hematoma subdural.

Maltrato por negligencia o abandono físico

Aquella situación en que las necesidades físicas básicas del menor (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en situaciones potencialmente peligrosas o cuidados médicos) no son atendidos temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño. Se sospecha en los siguientes casos:

- Niño mal vestido, con falta de higiene, palidez, tristeza, apatía.
- Talla y peso por debajo del tercer percentil, por déficit nutricional o caída del percentil.
- Falta de interacción madre-hijo.
- Desarrollo no acorde con la edad cronológica.
- Mejoría manifiesta y rápida durante en internación.

Maltrato por abuso sexual

Según la definición de H. Kempe, se trata de “la implicación de niños y adolescentes dependientes e inmaduros en cuanto a su desarrollo, en actividades sexuales que no comprenden plenamente y para las cuales son incapaces de dar su consentimiento informado; o que violan los tabúes sociales o los papeles familiares”.

Situación abusiva extrafamiliar:

- Por un extraño en forma única e imprevista.
- Por un conocido de manera reiterada.

Situación abusiva intrafamiliar:

- Por alguno de los progenitores convivientes.
- Por alguno de los progenitores separados.
- Por otros familiares (abuelos, tíos, primos, hermanos).

También hay que diferenciar si el abuso sexual infantil es:

- Con contacto físico: violación, masturbación o caricias.
- Sin contacto físico: presenciar actos sexuales, exhibición de pornografía.

El abuso sexual es mayoritariamente intrafamiliar, predomina el secreto y el ocultamiento y se sospecha por diversos indicadores:

- Manifestaciones conductuales (juegos sexuales inapropiados para la edad, miedos específicos, fracaso escolar inexplicable, fugas del hogar, aislamiento social).
- Manifestaciones psicosomáticas (trastornos del sueño, dolor abdominal, cefaleas, enuresis, encopresis, masturbación compulsiva, trastornos de la alimentación).
- Infecciones de transmisión sexual, infecciones urinarias recidivantes.
- Lesiones anales o vulvares.
- Embarazo.

Síndrome de Münchaussen por poder

Simulación por parte del padre, madre o tutor (especialmente por parte de la madre) de síntomas físicos patológicos, mediante la administración de sustancias a manipulación de excreciones o sugerencia de sintomatologías difíciles de demostrar que conducen a internaciones o estudios complementarios innecesarios.

- Síntomas referidos por el progenitor que no admiten explicación (hemorragias, síntomas neurológicos, hipertermia, alteraciones en exámenes complementarios).
- Recurrencia inexplicable de enfermedades.
- Los supuestos síntomas o signos no se evidencian en ausencia de la madre o el padre.
- Las manifestaciones clínicas no se condicen con la historia del paciente.
- Madre o padre excesivamente "atento" que no admite separarse del hijo supuestamente enfermo.
- Se presentan a veces cuadros neurológicos graves de difícil explicación y de evolución no habitual.

Intoxicación o maltrato químico

Siguiendo a otros autores (Molina Cabañero, 1997) puede agregarse esta forma específica de maltrato, que implica la ingestión de compuestos o sustancias químicas por acción de los padres. Suelen reconocerse los siguientes tipos: intoxicación intrauterina, a través de la lactancia, por descuido o negligencia e intoxicación violenta (con la finalidad de que "no moleste" a la persona a cuyo cargo está el niño).
Este tipo de abuso puede tener graves consecuencias para la salud del niño, que puede llegar a la emergencia pediátrica presentando somnolencia, depresión del sistema nervioso central o coma superficial, que requiere en casos extremos internación en unidad de cuidados intensivos.

Diagnóstico

Anamnesis

Descripción del hecho, cómo se produjeron las lesiones, dónde se produjeron, quienes estaban con el niño, día y hora del episodio traumático, día y hora en que lo trajeron al hospital, si existen acusaciones, variaciones en la narración, discrepancias entre la historia clínica y las lesiones.
Antecedentes personales:

- Consignar circunstancias de la familia y pareja en las que acaecen.
- Antecedentes de abortos previos.
- Depresión por el embarazo.
- Preocupación por el sexo del bebé.
- Reacción frente al nacimiento.
- Niño prematuro.
- Niño malformado o discapacitado.
- Niño llorón, difícil o rebelde.

En los padres es importante indagar estos antecedentes hereditarios familiares:

- Golpeados o carentes de afecto en la niñez.
- Maltrato físico o sexual.
- Portador de enfermedad mental.
- Alcohólico o drogadicto.
- Antecedentes médicos de la familia.
- Aislamiento.

Antecedentes socioambientales:

- Tipo de unión de pareja parental.
- Grupo conviviente con el niño.
- Situación laboral de los adultos.
- Ingreso mensual.
- Características de la vivienda.
- Relación entre los padres (tipo de comunicación).
- Causas para la agresión.
- Quién toma el mayor número de decisiones acerca de los hijos.
- Cómo es un día de rutina en el ámbito familiar en el cual participa el niño.

Examen físico

Realizar examen completo para detectar lesiones, haciendo mención a la forma, tamaño, coloración, ubicación y demás características que contribuyan al correcto diagnóstico.
En caso de abuso sexual infantil se realizará el examen urgente de la región genital y anal en los siguientes casos:

- Agresión reciente (menos de 72 horas), donde es posible tomar muestras para analizar, evitar la pérdida de pruebas y realizar el tratamiento médico o preventivo que corresponda.
- Necesidad de tratamiento médico o quirúrgico por las lesiones halladas.
- Si no es una urgencia médica el examen se implementará con la preparación adecuada y el consentimiento del niño, ya que, de no ser así, el procedimiento resultaría revictimizante.

En el caso de una violación, se deberá precisar el tiempo transcurrido entre el hecho traumático y la consulta médica, así como el conocimiento de las medidas de protección y profilaxis.

Exámenes complementarios

Laboratorio

- Por sospecha de maltrato físico: hemograma, eritrosedimentación, coagulograma, urea, glucemia, orina (químico y sedimento) y ante la sospecha de afectación abdominal, lipasa o amilasemia (para pancreatitis), calcemia, fosfatemia, fosfatasa alcalina (si hay fracturas múltiples).
- En abuso sexual infantil, sacar sangre para realizar serologías (antes del inicio del tratamiento).

- Si la niña ha alcanzado la menarca, debe considerarse la realización de una prueba de embarazo. Si el resultado es negativo, se debe repetir a las tres semanas.
- Análisis de orina: se puede visualizar de manera directa en el microscopio la presencia de espermatozoides.
- Intentar siempre, si es posible, el rescate microbiológico antes de cualquier tratamiento profiláctico. Cultivo de flujo vaginal, anal o bucal (según antecedentes).
- Serología para hepatitis B, VDRL, VIH.
- Sobre la base de los primeros resultados, en los casos de infecciones se procederá de la siguiente manera según el agente causante:

    - Gonorrea: inicialmente y a las tres semanas, se tomarán muestras de endocérvix (víctimas sexualmente activas), uretra, ano y faringe en niñas vírgenes. Los exámenes se solicitarán en forma directa por coloración de Gram o por método ELISA, o prueba de anticuerpos monoclonales y policlonales por sonda de ADN.
    - Chlamydia: inicialmente y a las tres semanas, se tomarán muestras de orina, vagina y endocérvix (víctimas sexualmente activas). Se solicitará cultivo en líneas celulares de McCoy y HELA o estudio por prueba de ELISA, inmunofluorescencia directa o indirecta por sonda de ADN. En orina, se estudiará mediante ligasa.
    - Tricomonas: se solicitará mediante hisopado de uretra, vagina y ano conservado en medio de Stuart.
    - Sífilis: inicial y a las seis semanas. Estudio directo con microscopio de fondo oscuro de las muestras obtenidas. En sangre, FTA-Abs, HTP y VDRL.
    - VIH-Sida: inicial, a las seis semanas y a los cuatro y seis meses (con autorización consentida). Solicitar detección de anticuerpos mediante la prueba de ELISA. Carga viral sólo se pedirá en pacientes VIH (+), al igual que el recuento de linfocitos CD4.
    - Hepatitis B, inicial y al mes. Se solicitará la búsqueda de Ag. de superficie (Ag HBs) y en niños vacunados antígeno anti-Core.
    - Hepatitis C y D (IgM e IgG).

- Búsqueda de elementos no vitales (manchas, pelos) siempre que exista intervención judicial y a solicitud de esta. Se deben guardar en tubo seco (de ser posible) e introducirlos en sobres de papel madera rotulados correctamente con los datos de la víctima.

Diagnóstico por imágenes

- Cráneo: radiografía de frente y perfil, Towne (sospecha de fractura de base de cráneo), ecografía cerebral en menores de un año, eventual TC y RM.
- Osteoarticular: radiografía comparativa de huesos largos, centellograma (de rutina en niños menores de tres años con lesiones traumatológicas o con sospecha de lesiones costales), eventual TC o RM de cadera, rodilla, columna.
- Tórax: radiografía simple, eventual tomografía lineal, TC o RM.
- Abdomen: radiografía simple, ecografía, eventualmente TC.

Diagnóstico de certeza

Se obtiene mediante la realización de:

- Examen clínica general y según orientación diagnóstica.
- Examen ginecológico, proctológico, oftalmológico, traumatológico, neurológico.
- Batería de laboratorio y radiodiagnóstico.
- Psicodiagnóstico.
- Diagnóstico social.

Diagnóstico diferencial

Dependerá de las lesiones encontradas:

- Enfermedades que cursan con hematomas y hemorragia: hemofilia, púrpura trombocitopénica idiopática, síndrome de Ehlers-Danlos, leucosis.
- Enfermedades óseas que cursan con fracturas múltiples u osteoporosis: osteogénesis imperfecta, raquitismo, hipofosfatasia, leucemia, neuroblastoma, osteomielitis, insensibilidad congénita al dolor.
- Enfermedades óseas con alteraciones metafisarias: enfermedad de Menkes, escorbuto, lúes congénita, traumatismo obstétrico.
- Enfermedades óseas de reacción perióstica: lúes y escorbuto, hiperostosis cortical infantil, osteoma osteoide, leucemia y neuroblastoma metastásico.
- Enfermedades con vulvovaginitis o hemorragia genital.
- Congénitas: hemangioma congénito, bandas periuretrales, malformaciones de genitales, diástasis del ano, variación del músculo bulbocavernoso, carúnculas uretrales y prolapso.
- Dermatológicas: liquen escleroartrófico, irritación por jabón, otros productos o ropa.
- Infecciosas: infección estreptocócica, infección por otros agentes, vulvovaginitis hemorrágica por Shigella, dermatitis por Candida albicans.
- Otras: enfermedad de Crohn, síndrome hemorragíparo, lesión baja de médula espinal, constipación crónica, hemorroides.

Criterios de internación

- Ser menor de tres años con lesiones sospechosas de maltrato.
- Ser mayor de tres años con lesiones físicas o riesgo valorado por los médicos asistentes o la Unidad de violencia familiar:

➢ Alto riesgo: internación obligada
➢ Mediano riesgo: la internación dependerá de la seguridad que brinde el contexto
➢ Bajo riesgo: atención ambulatoria.

Internación consumada

Solicitud inmediata de interconsulta a la Unidad de Violencia Familiar. El pediatra de la Unidad realizará el examen físico completo, incluido el ginecológico (si fuera necesario).

Procedimientos en la unidad de violencia familiar

- Registro de admisión:
    - Datos del niño (nombre, DNI, sexo, edad)
    - Identidad de los padres
    - Domicilio, lugar de trabajo, obra social.
- Evaluación del grado de riesgo al ingreso: se establecerá luego de las entrevistas de admisión y el examen clínico.

- Denuncia:

✓ Policial o penal en forma inmediata, en traumatismos o intoxicaciones, que pongan en peligro la vida o puedan provocar secuelas invalidantes.
✓ Guardia permanente de derechos de niños y adolescentes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires u organismos similares en otras ciudades, provincias o países.
✓ Al cabo de la finalización de la batería diagnóstica y a los fines de transmitir el diagnóstico situacional: a la Defensoría de derechos de niños y adolescentes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires o a los organismos zonales y locales de protección de derechos, para el seguimiento del caso.

Secuencia de entrevistas:

- En maltrato físico o negligencia:

✓ Individuales a cada padre.

- ✓ Entrevista de la pareja parental.
- ✓ Entrevista familiar.
- ✓ Entrevistas al niño (vincular con madre, hora de juego, entrevista individual).
- ✓ Entrevistas sociales.

- En abuso sexual infantil:

- ✓ Individual a la madre.
- ✓ Entrevista al niño.
- ✓ Entrevista familiar.
- ✓ Entrevistas sociales.
- ✓ En última instancia, al padre si estuviese sospechado o al supuesto abusador.

Se debe elaborar el diagnóstico situacional con la participación de cada uno de los profesionales intervinientes (pediatra, psiquiatra, psicólogo, asistente social, abogado y jefe de la Unidad).

Reunión del equipo para delimitar objetivos y elaborar estrategia terapéutica. El informe se realizará en forma clara, transmitirá la impresión diagnóstica del equipo interdisciplinario y sugerirá las medidas terapéuticas que permitan una asistencia integral al niño y su familia.

Tratamiento

Desde el punto de vista clínico el tratamiento seguirá la norma establecida según las lesiones o el compromiso de órganos, aparatos o sistemas involucrados. Merece una especial atención la prevención de infección por VIH en caso de ataque sexual o situación de abuso con exposición producida dentro de las 48 a 72 horas del suceso.
Es necesario evaluar la magnitud del riesgo de transmisión y si ha tenido agravantes (coito anal receptivo, sangrado, cantidad de violadores, etc.).
El tiempo transcurrido desde que sufrió la agresión y la posibilidad que se pueda iniciar la profilaxis pos exposición. Es importante saber que el tiempo ideal para iniciar el tratamiento es antes de las dos horas desde la exposición y que disminuye la eficacia a medida que pasa el tiempo. (ver detalle de tipos de tratamiento y medicación sugerida en Anexo II).

Transmitir a la víctima y su familia la significación de los hallazgos y su implicancia futura. En el caso de tener que comunicar al órgano administrativo de derechos de los niños o a la Justicia, elaborar el informe firmado por el profesional actuante y por el responsable del área. Se debe enviar con la hoja de salida correspondiente y a través del despacho del hospital (no entregar en mano al paciente ni al familiar).

Condiciones de alta

Se decidirá el alta cuando desde el punto de vista clínico haya superado la necesidad del cuidado y tratamiento intrainstitucional y además existan las condiciones aceptables de seguridad para el niño, tales como para que se eviten las recidivas (reaparición de una enfermedad algún tiempo después de padecida). Por lo tanto, esta medida debe surgir del común acuerdo del Jefe de la Unidad de violencia familiar, del Jefe de la Unidad de internación y de la Guardia permanente de derechos, si estuviera interviniendo.

Pronóstico

Dependerá de la evaluación diagnóstica y de la capacidad de reconocimiento de los hechos:

- Favorable: reconocimiento y capacidad de cambio.
- Desfavorable: falta de reconocimiento de los hechos y rigidez o persistencia de las conductas violentas.

Factores de mal pronóstico: negación de hechos, aislamiento social persistente, patología psiquiátrica grave y marginalidad.

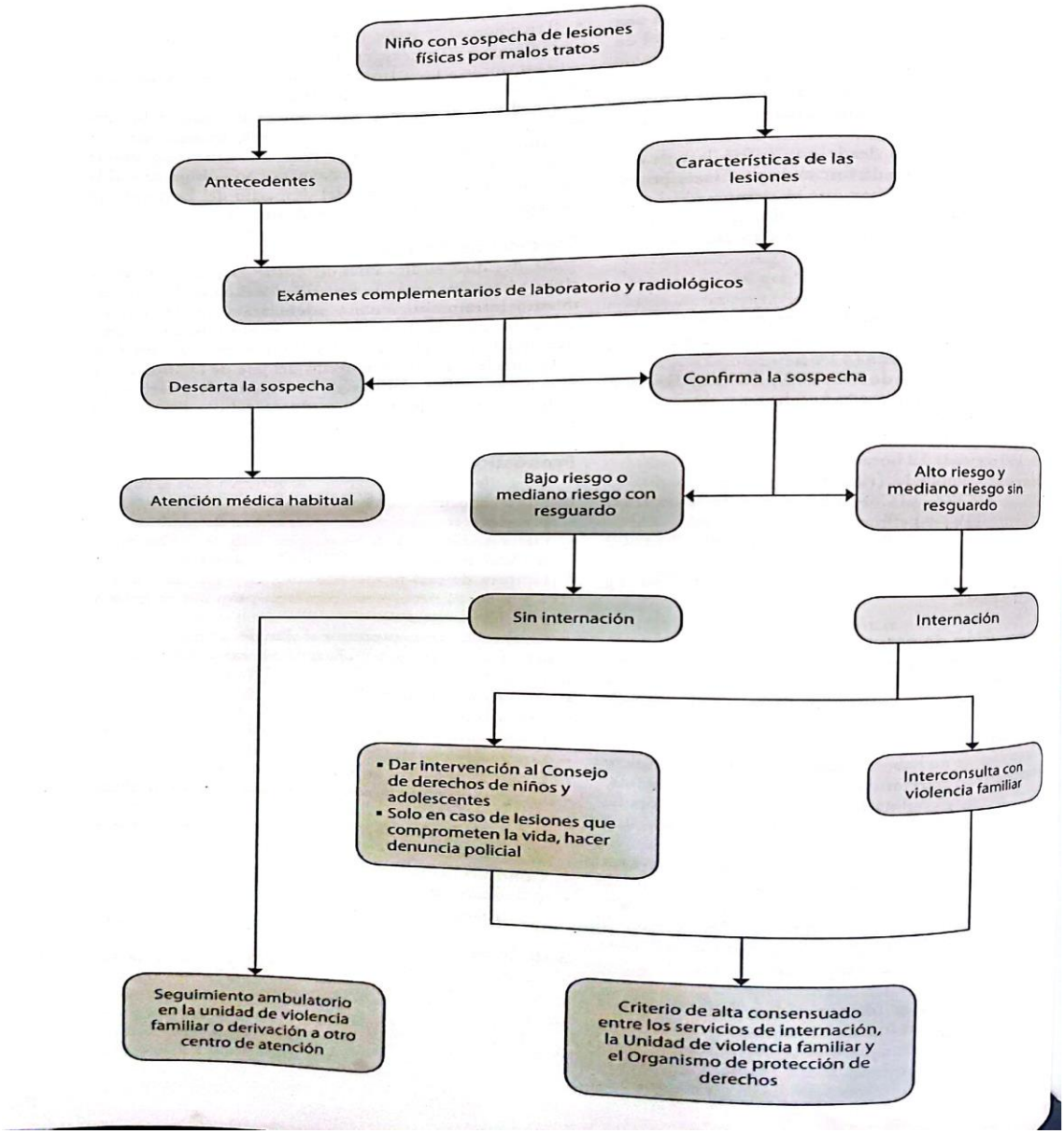
En el tratamiento posterior al alta, de acuerdo con cada caso particular, se puede indicar uno o varios recursos psicoterapéuticos:

- Psicoterapia individual.
- Psicoterapia familiar.
- Psicoterapia de pareja.
- Grupo de crianza.
- Grupo para padres de niños maltratados.
- Grupos de niños y adolescentes que sufrieron abuso sexual.
- Grupo de madres de niños y adolescentes que sufrieron abuso sexual.
- Controles pediátricos periódicos.
- Asesoramiento legal.
- Controles psicofarmacológicos.

Seguimiento

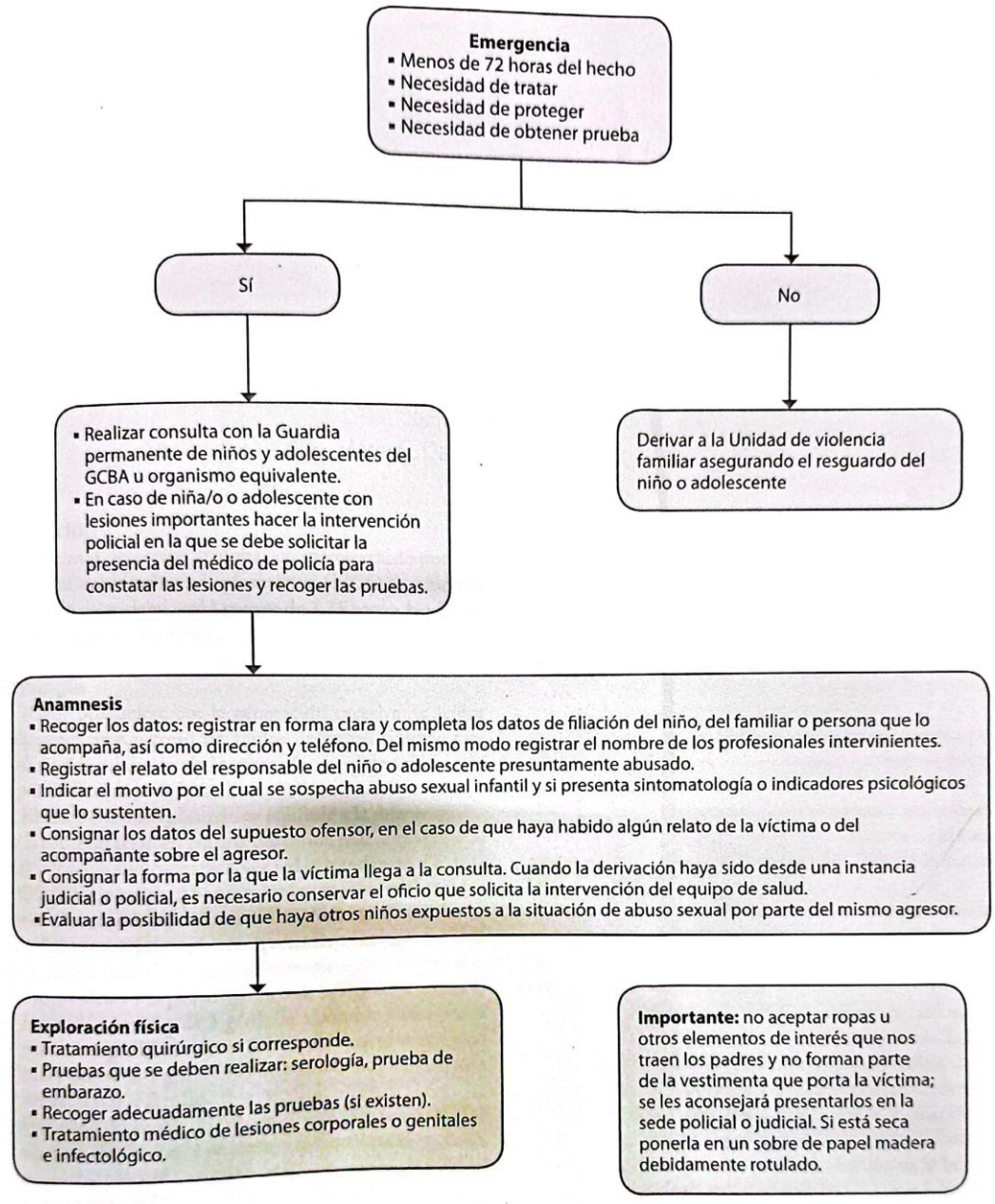
La periodicidad de los tratamientos psicoterapéuticos y los controles pediátricos dependerá de la estrategia terapéutica.

Algoritmo 12.1 Niño con sospecha de lesiones físicas por malos tratos.



Fuente: Información suministrada por el auditado.

Algoritmo 12.2 Niño víctima de abuso sexual infantil.



Fuente: Información suministrada por el auditado.[3]

[3] Los flujogramas no se condicen con lo relevado en el CapítuloVI.3 Relevamiento, Análisis de Información y Obtención de Evidencias, no estando vigentes a la fecha.

Ley Lucio

Con fecha 13/04/2023 es sancionada la Ley 27709 (publicada en el Boletín Nacional el 03/05/2023), que tiene por objeto la creación del Plan Federal de Capacitación de carácter continuo, permanente y obligatorio, en Derechos de Niñas, Niños y adolescentes.

El origen está inspirado en la muerte de Lucio Dupuy, de 5 años, que fue abusado sexualmente y asesinado a golpes por su madre y la pareja de ella, en noviembre de 2021 en La Pampa.

Tras su muerte se determinó que el niño había sido asistido al menos cinco veces en un lapso de tres meses por politraumatismos en distintos centros asistenciales de La Pampa.

No obstante, no había denuncias de ningún profesional sobre los golpes que presentaba, como así tampoco de las autoridades del jardín de infantes al que asistía.

Este último motivo fue uno de los principales argumentos por los que se impulsó la Ley Lucio, para que los profesionales de la salud, docentes y funcionarios, puedan advertir y detectar situaciones de violencia intrafamiliar.

La ley establece las siguientes tres nuevas herramientas que refuerzan la Ley 26.061 de “Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes”:

- **Capacitación obligatoria para los agentes del Estado que trabajan en relación a la niñez:** se trata de detectar indicios en las víctimas de maltrato, abuso, descuido o abandono que pueden pasar desapercibidos, como cambios de comportamiento o los dibujos que realiza.
- **Reserva de identidad**: se trata de una modificación de la legislación que apunta a preservar la autoría de los denunciantes de actos de violencia.
- **Campañas de concientización en medios de comunicación y redes sociales:** la ley establece una difusión de carácter semestral de las iniciativas para informar sobre los derechos de los niños y cómo evitar las situaciones abusivas.

Marco normativo

De conformidad con la manda establecida por el artículo 21 de la Constitución de la Ciudad, en el año 1999 la Legislatura Porteña sancionó la ley 153, conocida como Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, cuyo objeto es garantizar el derecho a la salud integral de todas las personas sin excepción, sean o no residentes de la Ciudad

de Buenos Aires, mediante la regulación y ordenamiento de todas las acciones conducentes a tal fin.

En lo que respecta a su composición, el artículo 10 de la Ley Básica de Salud prescribe que el Sistema de Salud está integrado por tres subsectores: el estatal, el de la seguridad social y el privado, cuando los mismos se desempeñan en el territorio de la Ciudad.
El artículo 13 establece que el subsector estatal de la Ciudad está compuesto por todos los recursos de salud dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por medio de los cuales se planifican, ejecutan, coordinan, fiscalizan y controlan planes, programas y acciones destinados a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de la población.

Posteriormente, en el año 2009, el Honorable Congreso de la Nación sancionó la ley 26.529 que rige los derechos del paciente, en lo que respecta a la autonomía de la voluntad, la información y la documentación clínica. Tal como establece su artículo 23, la ley 26.529 es de orden público, por lo que su aplicación es obligatoria en todo el territorio de la Nación.

En lo referente a la definición de orden público, tal como ha señalado la doctrina, los derechos personalísimos – entre los que se encuentra el derecho a la salud integral - se hallan impregnados de orden público, no sólo porque participan del género de los derechos humanos, sino porque tienen el carácter de ser irrenunciables e imprescriptibles[4]. En el caso que nos ocupa, la ley 26.529, al regular los derechos esenciales en la relación entre el paciente y los profesionales de la salud, es de alcance nacional y debe aplicada en el ámbito de nuestra ciudad.
En lo referente al régimen jurídico aplicable a los trabajadores del Estado, la Constitución de la Ciudad en su artículo 43 garantiza un régimen de empleo público que asegura la estabilidad y la capacitación de sus agentes y que se basa en la idoneidad funcional. La Carta Magna también reconoce y organiza carreras por especialidad a las que se ingresa por la modalidad de concurso público.
En lo concerniente a los derechos de los trabajadores con necesidades especiales, la Norma Fundamental asegura un cupo no inferior al cinco por ciento (5 %) a aquellas personas que ostenten dicha condición, coyuntura que generó la sanción de la ley 1502 que establece la obligatoriedad de incorporar al Sector Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, como trabajadores de Planta Permanente, personas con necesidades especiales.
En consonancia con lo señalado en los párrafos precedentes, el 5 de agosto de 2000, la Legislatura Porteña sancionó la ley 471 que instituye el régimen aplicable al personal de la Administración Pública del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, dependiente del Poder Ejecutivo, inclusive entes jurídicamente descentralizados, y

[4] “El Orden Público en el Sistema Jurídico” de Salerno, Marcelo U.. Revista Colegio de Abogados de la Ciudad de Buenos Aires. 15-07-1998 Cita: IJ-XXXVI-947

sociedades estatales y el personal dependiente de las comunas. La misma norma instituye que el ingreso de los trabajadores que presten servicios se formaliza mediante concurso público.
En lo que respecta al régimen de estabilidad, la ley 471 prescribe como principio general que los trabajadores de planta permanente de la CABA tienen derecho a la estabilidad y que la misma es entendida como el derecho de los mismos a conservar el empleo hasta que se encuentren en condiciones de jubilarse.
Cabe destacar que, el 1 de noviembre de 2018 la Legislatura de la Ciudad sancionó la ley 6035 que constituye el régimen aplicable a los profesionales de la salud que desarrollen servicios con carácter permanente, de planificación, ejecución, coordinación, fiscalización, docencia, y control y gestión de planes, programas y acciones destinados a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de la población en el Sistema Público de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Se encuentran incluidas en la ley 6035 los Médicos, Odontólogos, Licenciados en Obstetricia y Obstétricas, Bioquímicos, Licenciados en Bioquímica, Farmacéuticos, Licenciados en Física Médica, Licenciados en Psicología, Licenciados en Psicopedagogía, Licenciados en Musicoterapia y Musicoterapeutas, Licenciados en Terapia Ocupacional, Licenciados en Fonoaudiología, Licenciados en Kinesiología, Fisioterapeutas, Licenciados en Nutrición, Licenciados en Trabajo Social y Licenciados en Servicio Social, Veterinarios, Licenciados en Ciencias Antropológicas y/o Antropólogos, Licenciados en Sociología, Licenciados en Biología, Licenciados en Ciencias de la Educación, Licenciados en Sistemas de Información para la Salud, Licenciados en Estadísticas para la Salud, y Licenciados en Comunicación Social y/o en Ciencias de la Comunicación.
Cabe señalar que, al igual que se establece en la ley 471, la ley 6035 determina que el ingreso al Sistema Público de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires tiene que formalizarse a través de acto administrativo emanado de autoridad competente, previa realización de concurso público abierto.

Emergencia Sanitaria

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara el brote del nuevo coronavirus como una pandemia. En virtud de ello, el 12 de marzo de este mismo año, el Poder Ejecutivo Nacional dicta el Decreto de Necesidad y Urgencia N° 260-PEN/20 que amplía la emergencia pública en materia sanitaria establecida por Ley N° 27.541, por el plazo de un (1) año a partir de la entrada en vigencia del mencionado Decreto. El 19 de marzo de 2020, el Poder Ejecutivo Nacional, por medio del Decreto de Necesidad y Urgencia Nacional Nº 297-PEN/20, establece a partir del 20 de marzo de 2020, para todas las personas que habitan en el país o se encuentren en él en forma temporaria, la medida de “aislamiento social, preventivo y obligatorio”, prorrogándose este plazo por el tiempo que se considere necesario en atención a la situación epidemiológica. En ese contexto, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, mediante el

Decreto de Necesidad y Urgencia Nº 1/20 y normativa complementaria, se declara la Emergencia Sanitaria para el ámbito local hasta el 15 de junio de 2020, prorrogándose por sucesivos Decretos de Necesidad y Urgencia, donde el N° 17/20 la extiende hasta el 31 de enero 2021. Posteriormente, mediante los Decretos Nº 11, 12 y 13/21, se prorroga la emergencia sanitaria, declarada por Decreto de Necesidad y Urgencia Nº 1/20 y sus modificatorios, hasta el 31 de diciembre de 2021. Finalmente, el Decreto de Necesidad y Urgencia 5/22, prorroga la vigencia de la Emergencia Sanitaria hasta el 31 de diciembre de 2022.
En el contexto detallado precedentemente, y en pos de asegurar la continuidad de las actividades de trabajo de los agentes, se promulgó el Decreto N° 147/20 por el cual se facultó a las autoridades superiores con rango no inferior a Director General o equivalente, cuyas reparticiones no sean de máxima esencialidad e imprescindibilidad, para organizar el desempeño de las tareas de sus áreas, adoptando las medidas necesarias para que los trabajadores afectados presten servicios de forma remota, transitoriamente, debiendo establecer las condiciones en que dicha labor será realizada. Mediante el Decreto N° 290/21, se dispone la vuelta progresiva y responsable al trabajo de forma presencial en el ámbito del Poder Ejecutivo del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a partir del 1° de septiembre de 2021 de los/as trabajadores/as.

VI) TAREAS Y PROCEDIMIENTOS

VI.1 ENVÍO DE NOTAS:

Se enviaron Notas a:

- Procuración General de la Ciudad de Buenos Aires.

  Informa que no obran reclamos, sumarios, dictámenes, recursos administrativos, expedientes o juicios relacionados con el Proyecto.

- Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires.

  La respuesta producida indica que no obran relevamientos, investigaciones, denuncias, actuaciones y/o trámites relacionados con el tema referido, realizados durante 2022.

- Sindicatura de la Ciudad de Buenos Aires.

Indica que no se emitieron por parte de ese órgano de control Informes de Auditoría u otra documentación, en relación al Proyecto mencionado durante el período 2022.

- Dirección Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

VI.2 ENTREVISTAS:

Se realizaron entrevistas con las siguientes autoridades, con el objeto de relevar los circuitos de información establecidos:

- Director del Hospital
- Jefe del Servicio de Violencia Familiar del Hospital.

VI.3 RELEVAMIENTO, ANÁLISIS DE INFORMACIÓN Y OBTENCION DE EVIDENCIAS

A través de los procedimientos implementados se obtuvieron evidencias: documentales, testimoniales y analíticas del funcionamiento del área, cantidad y distribución de los recursos disponibles y cumplimiento de aspectos legales y presupuestarios.

1. Funcionamiento del área

   El Servicio de Niños y Adolescentes Maltratados, integra la estructura organizacional del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, con nivel de Unidad, dependiendo del Departamento de Medicina, dependiente del Sub Director del Hospital.

   La Unidad está formada por tres áreas: Admisión, Atención ambulatoria e Interconsulta.

   Admisión es el lugar de ingreso de los pacientes de primera vez, que consultan de manera ambulatoria. Estos pacientes pueden surgir de la consulta espontánea, ya sea de situaciones surgidas en otros servicios del Hospital o principalmente de personas que realizan consultas externas al mismo. Otra forma frecuente de consulta es a través de pedidos de los juzgados nacionales con intervención en familia o los entes administrativos de protección de derechos de la CABA. En este caso, previo a la admisión se realiza la lectura de los antecedentes enviados donde se detalla lo actuado a la fecha, las medidas

cautelares vigentes, los informes de Cámara Gesell, etc. Estos Organismos solicitan evaluaciones diagnósticas o intervenciones terapéuticas especializadas en la temática de maltrato o violencia hacia niños, niñas y adolescentes.

La ley 1688, en su Art.11 indica que todos los empleados que se desempeñen, entre otros, en hospitales públicos y que reciban una víctima de violencia familiar, tendrán la obligación de informarle acerca de los derechos reconocidos en la dicha ley. Conforme lo relevado, si bien se cumplen con los derechos que le asisten a la víctima, los mismos no son informados, ni de manera verbal o escrita, a dicha víctima o sus familiares (ver debilidad 1.a.).

El área de Atención ambulatoria realiza estas prácticas, elabora informes preliminares y luego, de los resultados de las evaluaciones solicitadas.

El área de Interconsulta se aboca a los pacientes internados, tanto los que se internan directamente por situaciones de violencia grave sin resguardo como los que se internan por alguna causa física médica (bronquiolitis, cetoacidosis diabética, etc.) o de salud mental (intento de suicidio, trastorno de conducta alimentaria, etc.) y se detectan situaciones de violencia. La intervención en la internación implica realizar una evaluación inicial, determinando grado de riesgo, evaluación de los cuidadores y de la familia ampliada; y proponer estrategias de egreso en resguardo a los organismos de protección de derechos o a los juzgados intervinientes. Esta área elabora también informes tanto iniciales, como sugerencias de estrategias de externación cuando en la evaluación se detectan vulneraciones de derechos.

Los pedidos formales de atención de pacientes, como los pedidos de informes, de historias clínicas, evaluación integral, evaluación de situación de padres, evaluación de coparentalidad, realizar reevaluación de diagnóstico y / o revinculación, entre los más frecuentes, provenientes de Juzgados Civiles Nacionales, Fiscalías, Organismos de protección de derechos (entre otros) se reciben por email y se derivan a despacho del Hospital para el ingreso formal. Una vez ingresados a la Unidad se registran y se escanean.

En caso de solicitud de turnos se les asigna un turno para admisión. En la misma se realiza una orientación y se determinan las estrategias a seguir, que pueden ser la derivación a otros efectores o la atención en la Unidad de Violencia Familiar por parte del equipo de atención ambulatoria (Ver Procedimientos en la unidad de violencia familiar en Pág. 15).

Cuando la situación lo amerita puede estar indicada la internación por la gravedad del caso y la falta de resguardo ante una situación de violencia. Ante la ocurrencia

de lo mencionado se deriva a la Guardia del Hospital para internación y se articula con el área de interconsulta su seguimiento en la misma.

Dada la cantidad de solicitudes de atención y la especificidad de la Unidad, del total de las consultas se prioriza para la asignación de turnos ambulatorios las situaciones de abuso sexual intrafamiliar, los pacientes que se encuentran en hogares convivenciales, los que puedan asistir a las citas programadas (cercanía, disponibilidad de traslados), los pacientes que sufren Enfermedad inducida por cuidadores (Síndrome de Munchaussen por poderes), los pacientes que son atendidos en el hospital por alguna patología, los pedidos especiales de juzgados fundamentalmente.

A su vez las evaluaciones y los resultados de los diagnósticos son enviados a despacho en papel; y a través de despacho del Hospital, que escanea la información en papel, vía mail institucional, a los organismos intervinientes, sean estos de la justicia, administrativos, tanto de CABA como de PBA.

La Unidad de Violencia cuenta con computadoras colocadas en red. Las mismas han sido provistas por el Hospital y cuentan con el sistema operativo Windows. Se utilizan los programas Word para el escrito de informes; y Excel para guardar los datos de oficios administrativos y judiciales recibidos, lista de pacientes atendidos por la Unidad.

El registro de las historias clínicas de los pacientes atendidos en la Unidad es mixto. Sigue siendo de papel, en la que se incorporan los dibujos realizados por los pacientes y los oficios judiciales, dado que los mismos no son escaneados para ser incorporados en la historia digital (ver debilidad b.); y se realiza un registro en la historia clínica digital, Historia Integral de Salud 2.0, que se encuentra dentro del Sistema Operativo SIGEHOS, en todos los casos. También los Centros de Salud de atención primaria escriben en estas historias clínicas, lo que permite compartir información de los pacientes. Por lo mencionado, adicionalmente a la posibilidad de visualización, de la información referida al tipo de maltrato, por parte de cualquier integrante del sistema de salud y que esté habilitado a la consulta de historias clínicas, y considerando lo sensible y confidencial de la información (casos judicializados) y que el mecanismo de evolución de contenido reservado[5] no impide la visualización del contenido (quedando si registrado quien ha efectuado la visualización), y que se debería desarrollar e implementar otro mecanismo que impida la visualización sin previa autorización (por parte del Servicio de Violencia Familiar) de dicho campo (ver debilidad 1.c.), es que en papel se realiza un mayor detalle (por ejemplo datos

[5] La información es visualizada por el profesional que la carga. En el caso que otro usuario desee acceder a esta evolución deberá justificar su ingreso (Instructivo Historia Integral de Salud – SIGEHOS).

íntimos del caso), generando la utilización de mayores recursos por duplicidad de tareas.

Se encuentran en proceso de estandarización, mediante siglas, del registro de los casos por tipo de maltrato, facilitando la obtención de indicadores por tipo de maltrato.

No hay conexión con los datos de salud de la Provincia de Buenos Aires, los sectores privados de atención médica, ni los nacionales (entre ellos Hospitales Garraham y Posadas). Cabe agregar que aún no se ha informatizado la historia clínica, de los pacientes internados, de manera completa. Sin embargo, se escribe en la historia clínica digital de los pacientes internados, HIS 2.0, las intervenciones realizadas por esta Unidad. Se utiliza el correo de Google para recibir y enviar información. A su vez las notas son enviadas al despacho del Hospital, quien utiliza el sistema de administración de documentos electrónicos SADE. La Unidad no cuenta con un sistema informático contratado de manera individualizada para la misma.

Los pacientes atendidos por primera vez son registrados por escrito en un Libro de Actas: Registro de pacientes. Este libro está rubricado. A su vez se guardan los datos, en un archivo formato Excel, en una la computadora central de la Unidad. Durante el año 2022 se atendieron por primera vez 244 pacientes. Los oficios judiciales y administrativos recibidos por la Unidad se digitalizan en forma de archivos PDF y se guardan en la mencionada computadora. También se registran en un formulario Excel. Durante el año 2022 se recibieron 601 oficios.

Los informes enviados a los distintos Organismos se guardan en la computadora y dado que se envían por email a través de Despacho del Hospital se anota en un cuaderno los informes entregados a ese sector para su salida oficial de parte del Hospital.

Los organismos con los cuales interactúa la Unidad de manera frecuente son los Juzgados nacionales civiles con competencia en familia, los juzgados penales y correccionales, las fiscalías, el Ministerio Público tutelar, defensoras públicas nacionales y de la ciudad, la Defensoría del Pueblo de la Nación y de CABA, las oficinas de acceso a la justicia, los diferentes organismos dentro del CDNNA (Guardia del CDNNA, defensoras comunales, oficina de atención niñas niños y adolescentes, admisión de hogares, servicio de acompañantes hospitalarios, entre los principales), los organismos de protección de derechos de PBA tanto zonales, locales como provinciales y la OVD (Oficina de Violencia Doméstica).

Datos estadísticos e indicadores

La Ley 1688 establece, en su Art. 6, que el Poder Ejecutivo de la Ciudad, a través de las áreas competentes, impulsará acciones para la prevención, entre las cuales se encuentra la descripta en el inc. f), referida a la Formación y Capacitación sobre los aspectos tratados en la presente ley a los empleados públicos pertenecientes a las áreas del Gobierno de la Ciudad que sean y/o tengan relación con víctimas de violencia familiar. Asimismo, se los capacitará sobre los servicios de atención a las víctimas de violencia familiar, y sobre la elaboración y uso de indicadores y estadísticas desagregados por género.

Se solicitó mediante Nota N° NO-2023-00013956-AGCBA-DGSA indique la existencia de informes de Auditoría Interna del Ministerio de Saludo y de otros Organismos de control, vinculados al objeto del Proyecto de referencia.

En respuesta a lo solicitado, el auditado, remitió la Nota N° NO-2023-28206917-GCABA-HGNPE informando que en abril de 2023 en respuesta a la solicitud de información realizada por la Defensoría del Pueblo de la CABA sobre atención de pacientes atendidos en los años 2021 y 2022 y la relación con el CDNNA se elevó un informe al Director General de Hospitales, del Ministerio de Salud del GCABA, donde se detallaba cantidad de pacientes atendidos, edades, sexo, domicilio (CABA o PBA), tipo de violencia sufrido y las dificultades de comunicación con el CDNNA.

El archivo, que el auditado adjuntó, contiene la siguiente información:

En la Unidad de Violencia Familiar del Hospital Elizalde en el 2021 se realizaron 261 admisiones mientras que en el 2022 se realizaron 245 admisiones, vinculadas a vulnerabilidad de niños, ya que fueron consultas por sospecha de maltrato infantojuvenil en todas sus formas.

En cuanto a la distribución etaria informaron lo siguiente:

2021		*2022*	
Varones	*Mujeres*	*Varones*	*Mujeres*
113	148	60	119

	2021	*2022*
De O a 4 años	88	68
De 5 a 8 años	75	46
De 9 a 12 años	55	31

	2021	*2022*
De 13 a 16 años	35	30
De 17 a 18	4	2
Sin datos	4	2

Fuente: Información suministrada por el auditado.

Cabe aclarar que la información del año 2022 es con fecha de cierre 04/10/2022, por lo cual está incompleta (179 admisiones).

Las situaciones de violencia en 2021 fueron derivadas por:

Derivado por:	*Casos*
Guardia de salud mental	9
Consultorios externos	14
Demanda espontánea	6
Juzgados	43
Interconsultas	116
Salud mental	6
Consejo de los Derechos de Niños	5
Servicio local	2
No se pudo contabilizar el origen de la derivación.	60

Fuente: Información suministrada por el auditado.

Para el año 2022 no figuraban datos.

En cuanto a los motivos de intervención para el año 2021 indican lo siguiente:

Motivos de intervención	*Casos*
Maltrato físico	35
Abuso sexual	86
Negligencia	40
Niños expuestos a violencia de género	10
Síndrome de Munchaussen por poderes	2

Fuente: Información suministrada por el auditado.

La información es parcial, ya que sólo figuran los datos hasta el 30/09/2021. Para el año 2022 no mencionaron datos.

En lo que respecta al domicilio de los pacientes indicaron lo siguiente:

Domicilio de los pacientes	*Casos*
CABA	81
Provincia de Buenos Aires	81
Sin domicilio preciso	7

Fuente: Información suministrada por el auditado.

Cabe aclarar que la información es parcial, sólo figuran datos hasta el 30/09/2021. Para el año 2022 no se hizo mención a los datos.

Lo expuesto en los cuadros anteriores indican falta de uniformidad en la elaboración de la información y que la misma se encuentra incompleta (los datos del 2022 se encuentran sólo hasta el 04/10/2022 no contando con información adicional, de acuerdo a lo ratificado por el Jefe del servicio y; tanto para los motivos de intervención como para el domicilio de los pacientes; la información del 2021 se encuentra hasta el 30/09/2021) (ver debilidad 1.d.).

Al respecto, conforme lo indicado por el responsable del servicio, los indicadores y/o estadísticas son elaborados a pedido dado que no cuenta con personal para hacerlos de manera frecuente (ver punto 2.1 b. Dotación - Recursos Humanos). Asimismo, también de acuerdo a lo indicado por el Jefe del Servicio, ante la solicitud de datos estadísticos, los mismos son elaborados a partir del Registro de Admisión (de anotación manual) y no del sistema (ver debilidad 1.d.), obteniéndose soló información de las altas del período (nuevos casos), no resultando factible la identificación en los casos de seguimiento, internación o tratamiento ambulatorio.

Recursos físicos:

El Servicio cuenta con espacios físicos, aunque reducidos, bien acondicionados. Dispone de un office de cocina, sala de reunión de médicos que también se utiliza como consultorio, junto a éste se encuentran dos consultorios, un baño y un depósito de Historias Clínicas (ver Anexo III). Dicho depósito, que posee una carga de fuego elevada (papel y elementos combustibles), no dispone de detector de humo o fuego como así tampoco elementos extintores de incendio (ver debilidad 1.f.).

Adicionalmente, se pudo observar que se utiliza un consultorio en la planta inmediata superior, que se encuentra en buenas condiciones y se accede al mismo por una escalera metálica.

Asimismo, mediante Nota NO-2023-00013956-AGCBA-DGSAL, fue solicitada copia de la documentación del plan de emergencia evacuación – sistema de autoprotección y pruebas / simulacros, realizados durante el año 2022, del Hospital. En respuesta a dicha solicitud, mediante Nota NO-2023-28218729-GCABA-DGRFISS, la Dirección General Recursos Físicos En Salud indica *"… el plan se encuentra en proceso de ser presentado según ley vigente."* (ver debilidad 1.e.).

2. Aspectos administrativos y legales

2.1. Recursos humanos

a. Capacitación

Se solicitó mediante Nota N° NO-2023-00013956-AGCBA-DGSA informen los cursos de capacitación y formación profesional realizados durante el año 2022 dirigidos a los trabajadores que presten servicios en las dependencias objeto del presente, y la cantidad de trabajadores que participaron de los mismos.

En respuesta a lo solicitado, el auditado, remitió la Nota N° NO-2023-28206917-GCABA-HGNPE informando que en el año 2022 se realizó, como todos los años, el "Curso semestral de Maltrato Infantil, un modelo de intervención". El mismo fue dado de manera sincrónica mixta: virtual para alumnos externos y presencial para los profesionales de la Unidad de Violencia y rotantes que concurren al Servicio a realizar un período de formación. La mayoría de los profesionales ingresados en la Unidad antes de 2021 participaron como docentes.

En octubre de 2022 se realizó una Jornada Anual de la Unidad de Violencia Familiar con la temática: "Complejidades en el abordaje interinstitucional en situaciones de maltrato infantil", de la misma participaron todos los profesionales de la Unidad como organizadores y realizando distintas tareas.

Los días viernes se realizaron ateneos, clases y supervisiones de pacientes. En esta instancia de formación y discusión participó todo el Servicio.

También concurrieron y participaron del Primer congreso internacional: Abusos sexuales contra las infancias. Estuvo organizado por la Universidad Nacional de La Plata y la Asociación Civil de Altos Estudios en Violencias y Abusos Sexuales (AEVAS). A dicho congreso asistió la mayoría del equipo de la Unidad y varios miembros presentaron disertaciones en mesas redondas.

b. Dotación

Se solicitó mediante Nota N° NO-2023-00013956-AGCBA-DGSAL la cantidad de trabajadores que prestaron servicios, con apertura por área, en caso de ser aplicable, durante el año 2022, especificando nombres, números de documento, cargos, categorías, números de legajo, fecha de ingreso y de egreso, el acto administrativo de designación y la modalidad a través de la cual prestan servicios (planta permanente, planta transitoria, locación de servicios, locación de obra u otra). En el caso de los egresos ocurridos en el año auditado, se solicitó que se informe el motivo de los mismos. Respecto del control de presentismo, se solicitó el sistema implementado. También que se informe la cantidad de trabajadores con necesidades especiales que prestan servicios en las áreas involucradas, de conformidad con la Ley 1502.

En respuesta a lo solicitado, el auditado, remitió la Nota N° NO-2023-28206917-GCABA-HGNPE informando que el servicio de violencia familiar del hospital contaba en el año 2022 con 11 trabajadores en Planta Permanente (8 cumplen 30 hs. semanales, 2 realizan 35 hs. y el Jefe del servicio 40 hs.) y 3 en Planta Transitoria (24 hs.).

Uno de los trabajadores que figura en planta permanente a diciembre del 2022, trabajó inicialmente en planta transitoria hasta que el 05/12/2022 ganó el concurso como psicóloga de planta.

Cuentan con un administrativo en tiempo parcial, durante el año 2022 desempeñó funciones también en el Plan Sumar.

Si bien no pertenece al plantel de personal de la Unidad, cuentan con un abogado que brinda asesoramiento legal muy necesario dada la temática del servicio.

El control de presentismo se realiza mediante planillas de asistencia diaria, las cuales se reciben en la Subgerencia Operativa de Recursos Humanos, al finalizar la jornada laboral, con la rúbrica del jefe de servicio, avalando lo informado en el documento mencionado.

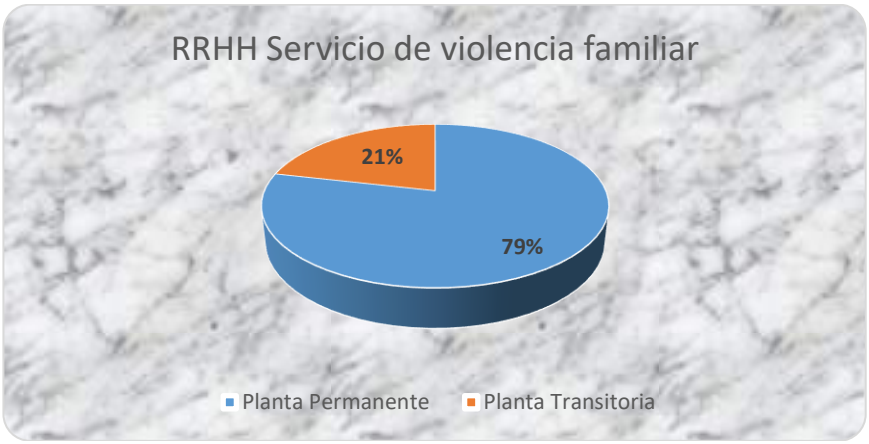
Informaron que no cuentan con trabajadores/as con necesidades especiales.

En los años previos al 2022, solicitaron a la Dirección General de Hospitales la ampliación de dotación del servicio dado el aumento de la demanda de situaciones de violencia y el aumento de requerimientos por parte de juzgados de la atención de los mismos. Los pedidos se realizaron bajo los expedientes Ex 2018 - 16059028 – MGEYA - HGNPE, Ex 2019 – 36069224 – GCABA – HGNPE,

Ex 2020 – 29943552 – GCABA – HGNPE y se repitió el pedido en el año 2021 pero no indicaron el expediente donde se tramitó.

Personal Servicio de violencia familiar año 2022	
Planta Permanente	11
Planta Transitoria	3

Fuente: Elaboración propia en base a información suministrada por el auditado.



Fuente: Elaboración propia en base a información suministrada por el auditado.

El personal de Planta Permanente se distribuye por cargo de la siguiente manera:

Personal por cargo	
Jefe de Unidad	1
Psicólogo/a	10
Asistente social	1
Médica pediatra	1
Abogado	1
Administrativa	1

Fuente: Elaboración propia en base a información suministrada por el auditado.

Fuente: Elaboración propia en base a información suministrada por el auditado.

Según el Art. 25 de la Ley N° 1688 de la Ciudad de Buenos Aires, se debe realizar una rotación de los profesionales a fin de evitar un alto nivel de exposición continua en el tiempo[6]; el recurso humano con que cuenta el Servicio impide dar cumplimiento a la rotación mencionada (ver debilidad 2.1.). Asimismo, el Art. 27 de la misma Ley dice que el Poder Ejecutivo deberá afectar los recursos humanos necesarios para el cumplimiento de la presente Ley, contando todos los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires con los profesionales especializados para el abordaje y tratamiento de la problemática de la violencia familiar.

Pese a los reiterados pedidos, a la Dirección General de Hospitales, de recurso humano por parte del servicio de violencia familiar, a la fecha del presente, no han obtenido los recursos adicionales necesarios[7], derivando adicionalmente en la ausencia de cumplimiento de lo normado en el Art. 27 mencionado.

[6] Art. 25 – Rotación de los profesionales. El Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires asegurará la rotación periódica de los profesionales involucrados en la atención de víctimas de violencia familiar y doméstica a fin de evitar un alto nivel de exposición continua en el tiempo….

[7] Conforme lo relevado, con el Jefe del Servicio, para contar con la dotación mínima se deberían incorporar 2 Lic. en Psicología y un/a Trabajado/a Social. Para arribar a la dotación óptima se deberían incorporar 5 profesionales en Psicología, 2 Trabajadores/as Sociales, 1 Médico/a Pediatra y un Abogado/a.

2.2. Organigrama y Manuales de Normas y Procedimientos

La Unidad objeto del presente utiliza normas intrahospitalarias de intervención en situaciones de maltrato infantil, contenidas en el Capítulo 12 “Maltrato infantil” del libro “Criterios de diagnóstico y tratamiento en pediatría”[8] (descripto en el Capítulo V) ACLARACIONES PREVIAS). (ver debilidad 2.2.)

En dicho texto se definen de manera sucinta las formas de maltrato infantil y las intervenciones a realizar en el Hospital ante situaciones de violencia. Asimismo, define situaciones donde desde el Hospital se debe realizar denuncia penal y aquellas donde se debe informar a los organismos administrativos de protección de derechos.

VII) DEBILIDADES

1. Funcionamiento del área.

   a. No son informados, a las víctimas de violencia familiar, los derechos que le asisten conforme la Ley 1688.

   b. No se escanea la documentación para ser incorporada a la historia clínica digital.

   c. Ausencia de generación de un mecanismo que impida la visualización irrestricta, sin previa autorización, de la información sensible de la historia clínica, derivando en la utilización de mayores recursos por duplicidad de tareas.

   d. No son elaborados indicadores y/o datos estadísticos para ser utilizados en el análisis de la gestión y los elaborados, a partir del pedido de un Organismo, se basan en un registro manual y no en la información contenida en el sistema, donde adicionalmente, la información carece de uniformidad en la elaboración y no abarca la totalidad del período (ausencia de integridad).

[8] De los Dres. Garrote N y Indart de Arza Miguel J. (páginas 235-241), 2da edición, Ediciones Journal, Voyer L. editor, Buenos Aires, 2012. ISBN 978-987- 1259-68-7.

e. Ausencia de presentación ante Defensa Civil del plan de autoprotección y consecuente aprobación del mismo[9].
f. El depósito de Historias Clínicas no posee detectores contra humo / incendio ni elementos extintores contra incendio.

2. Aspectos administrativos y legales.

2.1. Recursos humanos

Pese a los requerimientos de ampliación de la dotación del Servicio, el mismo no cuenta con los recursos necesarios para dar cumplimiento a lo establecido en el Art. 25 de la Ley Nº 1688 (rotación de profesionales) y/o cubrir las licencias.

2.2. Organigrama y Manuales de Normas y Procedimientos

No se obtuvieron evidencias que el Organismo, objeto del presente Proyecto, cuente con Manuales de Procedimientos ni desarrollo de circuitos administrativos, con sus respectivos controles, formalmente implementados.

La situación planteada da lugar a vacíos sobre los circuitos administrativos a seguir, los niveles de control y los responsables de su ejecución, afectando la uniformidad en la ejecución de los procesos, a la vez que puede originar eventuales demoras u omisiones en el desarrollo de las tareas y sus respectivos controles.

El presente comentario, asimismo, deriva en la falta de cumplimiento de lo establecido en los artículos 7 y 122 de la ley 70 de administración financiera de la CABA.

VIII) RECOMENDACIONES

1. Funcionamiento del área.

a. Desarrollar e implementar un mecanismo de comunicación, a las víctimas de violencia familiar, de los derechos que le asisten conforme la Ley 1688.

[9] Mediante Nota, NO-2023-46749848-GCABA-DGRFISS en referencia al Informe Preliminar, la Dirección General de Recursos Físicos en Salud indica: “En respuesta al punto e, el plan se encuentra presentado en proceso de subsanación, tramita por EX2023-44397961-GCABA-DGDCIV”. Dicha situación será verificada en oportunidad de una futura auditoría.

b. Escanear la documentación para ser incorporada en la historia cínica digital.

c. Generar e implementar un mecanismo que impida la visualización irrestricta sin previa autorización.

d. Implementar el circuito administrativo, con sus respectivos controles, de elaboración de indicadores y/o datos estadísticos.

e. Intensificar las acciones a fin de contar con la aprobación de Defensa Civil.

f. Instalar detectores de humo / incendio y elementos extintores.

2. Aspectos administrativos, legales y presupuestarios.

2.1. Recursos humanos

Intensificar las acciones formales a fin de obtener la dotación necesaria.

2.2. Organigrama y Manuales de Normas y Procedimientos

Desarrollar acciones a fin de contar tanto con un Manual de Procedimientos, como con circuitos administrativos (con sus respectivos controles), formalmente implementados y que cuenten con la aprobación de un nivel superior.

IX) CONCLUSIONES

En el año 2020 tanto el Estado Nacional, como la Ciudad de Buenos Aires, declaran la emergencia sanitaria, es por ello que el período auditado en el presente Proyecto se enmarca en el contexto pandemia COVID-19.

Conforme lo relevado, el Servicio que fuera creado en 1988, ha desarrollado su actividad, en el período auditado, en el marco de lo descripto en el primer párrafo y con las limitaciones derivadas de tal situación.

De la tarea realizada surgieron las Debilidades, expuestas en el Capítulo VII, y que se refieren fundamentalmente a la necesidad de desarrollar la elaboración de indicadores e implementar controles que aseguren tanto el cumplimiento del marco legal y la integridad y confiabilidad de la información.

ANEXO I

MARCO NORMATIVO

TIPO DE NORMA	Publicada	Sancionada	Síntesis
Constitución Nacional	10/01/1995 Boletín Oficial N° 28057	15/12/1994	Ley Fundamental. Principios Generales. Pactos internacionales.
Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires	01/10/1996 Boletín Oficial (BOCBA) N° 47	29/12/2016	Ley Fundamental. Principios Generales.
Código Civil y Comercial de la Nación	02/01/2017 Boletín Oficial N° 5038	01/10/2014 Entrada en vigencia: 01/08/2015	Establece las bases del ordenamiento jurídico en materia civil y comercial en la República Argentina.
Ley Nacional 19587 Decreto Nº 351/79	22/05/79 Boletín Oficial Nº 24170	21/04/72	Higiene y Seguridad en el Trabajo
Ley Nacional 17557	05/12/67 Boletín Oficial Nº 21328	27/11/67	Disposiciones para la instalación y utilización de equipos específicamente destinados a la generación de “Rayos X”.
Ley Nacional 25506	14/12/2001 Boletín Oficial N° 29796	14/11/2001.	Reconoce el empleo de la firma electrónica y de la firma digital y su eficacia jurídica.
Ley Nacional 24417	03/01/1995 Boletín Oficial N° 28052	07/12/1994	Protección contra la violencia familiar.
Ley 70	29/09/1998 Boletín Oficial (BOCBA) N° 539	27/08/1998	Fija los sistemas de Gestión, Administración Financiera y Control del Sector Público de la Ciudad de Bs. As. Y establece la organiz. Y el funcionam. De sus órganos.
Ley 114	03/02/1999	03/12/1998	

TIPO DE NORMA	Publicada	Sancionada	Síntesis
	Boletín Oficial (BOCBA) N° 624		
Ley 153	28/05/1999 Boletín Oficial (BOCBA) N° 703	25/02/1999	Básica de salud del GCBA
Ley 448	07/09/2000 Boletín Oficial (BOCBA) N° 1022	27/07/2000	Salud mental
Ley 471	13/09/2000 Boletín Oficial (BOCBA) N° 1026	05/08/2000	Establece el régimen aplicable al personal de la Administración Pública del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, dependiente del Poder Ejecutivo, inclusive entes jurídicamente descentralizados, y sociedades estatales y el personal dependiente de las comunas.
Ley 5920	02/01/2018 Boletín Oficial (BOCBA) Nº 5285	07/12/2017	Plan de evacuación y simulacros del GCBA
Ley 1502	26/11/2004 Boletín Oficial (BOCBA) N° 2076	21/10/2004	Regula la incorporación, en una proporción no inferior al cinco (5) por ciento, de personas con necesidades especiales al Sector Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Ley 1688	08/06/2005 Boletín Oficial (BOCBA) N° 2212	28/04/2005	C.A.B.A. Violencia familiar. Prevención. Asistencia a las víctimas. Régimen
Ley 1845	Publicación: BOCBA N° 2494 del 03/08/2006	24/11/2006	Regula el tratamiento de datos personales referidos a personas físicas o de existencia ideal, asentados o destinados a ser asentados en archivos, registros, bases o bancos de datos del sector público de la Ciudad de Buenos Aires, a los fines de garantizar el

TIPO DE NORMA	Publicada	Sancionada	Síntesis
			derecho al honor, a la intimidad y a la autodeterminación informativa.
Ley 2095	02/11/2006 Boletín Oficial (BOCBA) N° 2557	21/09/2006	Determina las normas básicas que contienen los lineamientos que tiene que observar el Sector Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en los procesos de compras, ventas y contrataciones de bienes y servicios, y regular las obligaciones y derechos que se derivan de los mismos.
Ley 3304	07/01/2.010 Boletín Oficial (BOCBA) N° 3.335	26/11/2009	Crea el Plan de Modernización de la Administración Pública del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
Ley 4764	08/01/2014 Boletín Oficial (BOCBA) N° 4313	14/11/2013 Promulgada de hecho el 11/12/2013	Modifica la ley 2095
Ley 6017	25/10/2018 Boletín Oficial (BOCBA) N°5485	25/10/2018 Boletín Oficial (BOCBA) N°5485	Aprueba la Segunda Actualización del Digesto Jurídico de la C.A.B.A. -Listado de Normas de Alcance General y Carácter Permanente Consolidadas al 28/02/18 – Vigentes –. (El anexo de la presente norma puede ser consultado en la separata del Boletín Oficial N 5485)
Ley 6025	21/11/2018 Boletín Oficial (BOCBA) N° 5503	25/10/2018	Modifica la ley 471
Ley 6035	28/11/2018 Boletín Oficial (BOCBA) Nº 5508	01/11/2018	Profesionales de la salud
Ley 6101	27/12/2018 Boletín Oficial	06/12/2018	Habilitaciones

TIPO DE NORMA	Publicada	Sancionada	Síntesis
	(BOCBA) Nº 5526		
Ley 6384	28/12/2020 Boletín Oficial (BOCBA) N° 6024	10/12/2020	Aprueba Presupuesto 2021, promulgada por Decreto Nº 460/GCABA/2020
Decreto 1510/1997	27/10/1997 Boletín Oficial (BOCBA) N° 310	22/10/1997	Aprueba las disposiciones del procedimiento administrativo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Decreto 1843/1998	29/09/1998 Boletín Oficial (BOCBA) N° 539	21/09/1998	Promulga la ley 70.
Decreto 1000/1999	31/05/1999 Boletín Oficial (BOCBA) N° 704	19/05/1999	Reglamenta la ley 70.
Decreto 1567/2000	13/09/2000 Boletín Oficial (BOCBA) N° 1026	08/09/2000	Promulga la ley 471
Decreto PEN 2628/2002	20/12/2001 Boletín Oficial N° 30052	19/12/2002	Reglamenta la ley 25.506
Decreto PEN 3110/1970	21/01/1971 Boletín Oficial N° 22098	30/12/1970	Reglamenta Ley 17.622
Decreto 2120/2004	26/11/2004 Boletín Oficial (BOCBA) N° 2076	27/10/2004	Promulga la ley 1502
Decreto 812/2005	13/06/2005 Boletín Oficial (BOCBA) N° 2210	06/06/2005	Reglamenta la ley 1502
Decreto 1772/2006	02/11/2006	26/10/2006	Promulga la ley 2095

TIPO DE NORMA	Publicada	Sancionada	Síntesis
	Boletín Oficial (BOCBA) N° 2557		
Decreto 741/2010	23/09/2010 Boletín Oficial (BOCBA) N° 3.510	22/09/2010	Reglamenta el Capítulo 1, Título II, del Anexo I de la Ley 3.304.
Decreto 823/2010	11/11/2010 Boletín Oficial (BOCBA) N° 3.542	29/10/2010	Reglamenta el punto 5, Archivo electrónico, del punto 6.3, Digitalización de procesos administrativos, contenido en el Capítulo III, Título II del Anexo de la Ley 3.304.
Decreto 95/2014	11/03/2014 Boletín Oficial (BOCBA) Nº 4355	06/03/2008	Aprueba la reglamentación de la ley 2095. Deroga Decretos 754/08, 232-10, 547/12, 386/13, 45/10
Decreto 326/2017	31/08/2017 Boletín Oficial (BOCBA) N° 5202	30/08/2017	Aprueba la reglamentación de la ley 2095. Deroga Decreto 95/2014.
Decreto 301/2019	12/09/2019 Boletín Oficial (BOCBA) Nº 5698	10/09/2019	Crea Centros de Especialidades Médicas Ambulatorias de Referencia CEMAR I Y II - Modifica responsabilidades primarias - Subsecretaría de Atención Primaria Ambulatoria y Comunitaria
Decreto 123/2020	04/03/2020 Boletín Oficial (BOCBA) N° 5.813	28/02/2020	Modifica la estructura organizativa del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Decreto PEN 16/2019	07/01/2.019 Boletín Oficial N° 34.028	04/01/2109	Aprueba la reglamentación de la ley 27.447.
Decreto PEN 182/2019	12/03/2019 Boletín Oficial N° 34072	11/03/2019	Reglamenta la ley 27.446

ANEXO II

TRATAMIENTOS / PRESCRIPCIÓN

Tratamiento antirretroviral

- Tratamiento básico con inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa (riesgo menor, sexo oral): zidovudina (AZT) + lamuvidina (3TC):
    - AZT: comprimidos de 100, 200 y 300 mg. Dosis: 2 comprimidos de 100 mg cada 8 horas o tres comprimidos cada 12 horas.
    - 3TC: comprimidos de 150 mg. Dosis: 1 comprimido de 150 mg cada 12 horas.
- Tratamiento ampliado (riesgo mayor, sexo vaginal o anal) con AZT + 3TC + inhibidores de la proteasa (indinavir IDV + neffinavir NFV):
    - IDV: cápsulas de 200 y 400 mg. Dosis de 400 a 8002 mg. cada 8 horas.
    - NFV: comprimidos de 250 ms. Dosis de 750 mg. cada 8 horas.

Anticoncepción de emergencia

En pacientes pospuberales y antes de las 72 horas: 1,5 mg. de levenorgestrel, dosis única (dos comprimidos juntos) o 0,75 mg. cada 12 horas (total: dos comprimidos).

Antihepatitis B

Sólo en caso de no haber recibido el esquema completo de vacunación con anterioridad se deberá administrar 0,06 mL/kg de gammaglobulina hiperinmune (frasco ampolla de 3 y 5 mL) + vacuna antihepatitis B en tres dosis (0, 1 y 6 meses).
Aplicar vacuna antitetánica solamente si no hubiera recibido vacunación en los últimos 10 años.

Antibioticoterapia preventiva para ETS

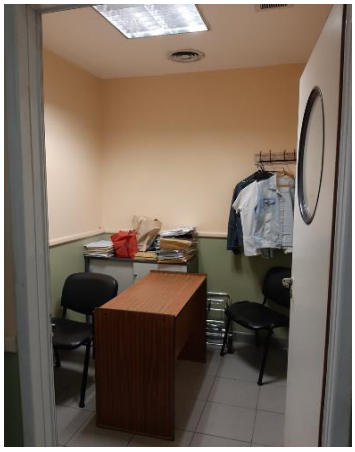
- Sífilis: 2400000 U o 50000 U/kg de penicilina benzatínica en dosis única o 250 mg. de ceftriaxone.
- Gonococo/clamidia:
    - Azitromicina: 1 g. (comprimidos de 500 mg.) o 20 mg/kg. en dosis única.
    - Ciprofloxacina: 500 mg.

- Cefixima: 400 mg. o 8 mg/kg + 100 mg. de doxicilina o 2 mg/kg. cada 12 horas por 7 días.

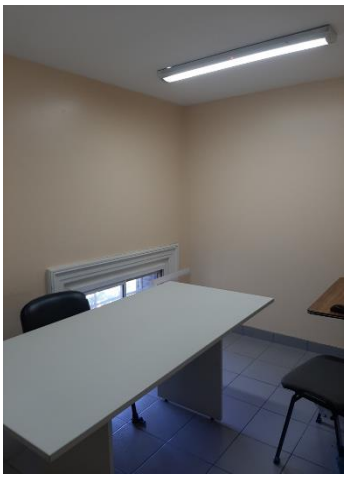
- Tricomonas: 2 g. de metronidazol (comprimidos de 500 mg.) o 30 mg/kg. en dosis única.

ANEXO III

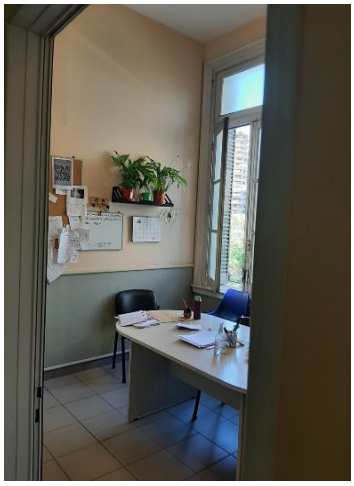
ANEXO FOTOGRÁFICO



Consultorio

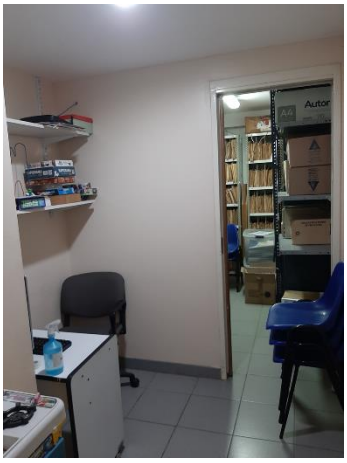


Consultorio superior



Sala de Médicos

Office de cocina



Consultorio y entrada al depósito

Depósito de HC

Consultorio

Baño

ANEXO IV

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN CONJUNTA PARA LA PROTECCIÓN Y RESGUARDO ANTE SITUACIONES DE PRESUNCIÓN O VULNERACIÓN DE DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES.

1. INTRODUCCIÓN

El presente protocolo tiene como objetivo detallar cada uno de los procedimientos que deben implementarse, por cada una de las dependencias intervinientes, a partir de la detección de una situación de vulneración o presunción de vulneración de derechos hacia algún niño, niña o adolescente (NNoA).

En el marco del presente protocolo se entiende por vulneración de derechos a aquellas situaciones que por acción u omisión provoquen en el NNoA una restricción, limitación o perjuicio del ejercicio de sus derechos establecidos en la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y en las legislaciones nacionales y locales vigentes en la materia. Dichas situaciones afectan la integridad y el desarrollo físico, sexual, emocional, cognitivo y/o social de los NNoA, y pueden ser ejercidas por personas, grupos de personas o instituciones.

Todas las dependencias del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (GCABA), en el marco de la corresponsabilidad, realizarán las acciones destinadas a prevenir las situaciones de vulneración de derechos y a efectivizar mecanismos de restitución de los mismos, a favor del interés superior del niño, niña o adolescente. Ante ello, se delimita a continuación la responsabilidad que poseen los distintos efectores de comunicar y/o denunciar la situación detectada según corresponda.

Deber de Comunicación: conforme a lo establecido en el Art. 30 de la Ley Nacional 26.061 y el Art. 39 de la Ley 114 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), toda persona que tomase conocimiento de la existencia de una situación de vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes debe comunicarlo inmediatamente al Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (CDNNyA), bajo apercibimiento de incurrir en responsabilidad por dicha omisión.

Deber de Denunciar: los servicios asistenciales sociales o educativos, públicos o privados, los profesionales de la salud y todo funcionario público en razón de su labor, que tomará conocimiento de una situación de vulneración de derechos donde se presuma la comisión de un delito ejercida contra un/a NNoA, tendrá el deber de denunciar el hecho ante la autoridad judicial competente. Ante dichas

situaciones, donde se presuma la comisión de un delito, el efector siempre podrá solicitar asesoramiento al CDNNyA sobre la pertinencia de la radicación de dicha denuncia.

En todos los casos en que se comunique al CDNNyA la presunción de vulneración de derechos de un/a NNoA, este organismo evaluará la pertinencia de su intervención a partir de la verificación de si las personas adultas a cargo de su cuidado personal se encuentran en condiciones de adoptar las medidas de resguardo correspondientes ante los hechos comunicados.

En el presente protocolo se distinguen las acciones a seguir según el nivel de riesgo detectado, sea una emergencia, urgencia u otras situaciones que no requieran atención inmediata. A su vez, se detallan los actores responsables, temporalidades y medidas que debe llevar adelante cada una de las dependencias intervinientes y la vinculación entre las mismas.

Áreas involucradas del GCABA:

- Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes
- Ministerio de Cultura
- Ministerio de Educación
- Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat
- Ministerio de Justicia y Seguridad
- Ministerio de Salud
- Secretaría de Deportes

2. ÁMBITOS DE APLICACIÓN Y ACTORES INTERVINIENTES

Las situaciones que pueden ser analizadas y evaluadas en el marco del presente procedimiento, son aquellas que vulneren o puedan vulnerar derechos de NNoA que hayan sucedido, o se tome conocimiento, a través de los espacios y/o programas que se detallan a continuación:

- Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes
  - Ámbito de aplicación
    - Abordaje Territorial Especializado en Niñas, Niños y Adolescentes (ATENNA)
    - Defensorías Zonales (DZ)
    - Servicio de Atención e Intervención en la Urgencia
    - Línea 102
  - Actores intervinientes

- Operadores/as telefónicos
- Operadores/a
- Equipos multi e interdisciplinarios
- Jefes/as de Departamentos y/o Responsables de Equipos
- Direcciones o Subdirecciones operativas (DO/SubDO)

- Ministerio de Cultura
  - Ámbito de aplicación
    - Bibliotecas
    - Teatros
    - Museos
    - Espacios Culturales
    - Institutos de formación
    - Talleres

  - Actores intervinientes
    - Direcciones generales
    - Equipos de producción
    - Coordinadores/as
    - Atención al Ciudadano
    - Equipos Técnicos

- Ministerio de Educación
  - Ámbito de aplicación
    - Establecimientos educativos de gestión estatal
    - Establecimientos educativos de gestión privada
    - Centros o espacios donde se desarrollen proyectos/programas socioeducativos

  - Actores intervinientes
    - Direcciones Generales, Direcciones de área de los distintos niveles y modalidades educativas y Gerencias Operativas.
    - Supervisores/as
    - Equipos de conducción
    - Personal docente y no docente
    - Equipos técnicos de todas las áreas del Ministerio de Educación

- Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat
  - Ámbito de aplicación
    - Casas de Niñas, Niños y Adolescentes
    - Centros de Acción Familiar
    - Centros de Desarrollo Infantil

- Centros de Primera Infancia
- Juegotecas Barriales
- Programa Adolescencia
- Escuela de Formación Profesional (COOPA)
- Escuela de Líderes Socio-Comunitarios.
- Puerto Pibes
- Programa “Reconstruyendo Lazos”
- Talleres del “Bajo Flores”
- Jardines de Integración Comunitaria

  - Actores intervinientes
    - Subsecretarías
    - Direcciones Generales
    - Gerencias Operativas
    - Equipos de conducción

- Ministerio de Salud
  - Ámbito de aplicación
    - SAME
    - Hospitales
    - CeSAC

  - Actores intervinientes
    - Direcciones Generales
    - Directivo del hospital
    - Jefe de guardia o pediatría
    - Médicos/as
    - Personal de salud mental
    - Trabajadores/as sociales
    - Servicio Social

- Secretaría de Deportes
  - Ámbito de aplicación
    - Colonias de verano
    - Colonias de invierno
    - Parques/Polideportivos
    - Actividades dirigidas

  - Actores intervinientes
    - Equipo de orientación social
    - Dirección Pedagógica
    - Personal docente y no docente

3. IDENTIFICACIÓN DE NIVEL DE RIESGO

Se presenta una descripción detallada de los componentes que integran los tres niveles de riesgo detallados. No obstante, en todos los casos en que se comunique al CDNNyA sobre la presunción de vulneración de derechos de un/a NNoA, es este organismo el que evaluará la pertinencia de su intervención a partir de la verificación de si las personas adultas a cargo de su cuidado personal se encuentran en condiciones de adoptar las medidas de resguardo correspondientes ante los hechos comunicados.

1. Emergencia: Situación que implica una amenaza inmediata para la vida y/o la integridad psicofísica, siendo necesario convocar, en esos casos, al efector correspondiente del Ministerio de Salud (Ejemplos: desmayo, ideación suicida, caída de altura, sangrado grave de una herida, cuadro de crisis o excitación psicomotriz, agresión física, etc). a. En el marco del presente protocolo, se contemplan los pasos que se deben llevar adelante en aquellas situaciones de emergencia en las cuales, además de advertirse el riesgo de vida, también se detecte o se presuma, la vulneración de derecho/s.
2. Urgencia: Análisis de situaciones que presentan la asociación de las siguientes tres variables a. Temporalidad: actualidad. La vulneración o presunción de vulneración de el/los derechos del NNoA es actual, se encuentra ocurriendo en el presente. b. Riesgo: del relato recibido en consulta o ante la existencia de indicios donde el efector detecta factores de riesgo moderado o grave y que por su magnitud se interpreta que se requiere intervenir de forma inmediata. c. Factores de protección: del relato recibido en consulta o ante la existencia de indicios, no se detectan factores de protección adecuados por parte del progenitor, progenitora o persona adulta responsable a cargo.
3. Atención no inmediata: a. Riesgo: del relato recibido en consulta o ante la existencia de indicios que le hacen presumir al efector la no existencia de un riesgo grave o moderado en relación con la integridad psicofísica del NNoA y que por su magnitud interpreta que no requiere intervención inmediata. b. Temporalidad: La vulneración o presunción de vulneración de el/los derechos del NNoA puede estar o no ocurriendo en el presente. c. Factores de protección: del relato recibido en consulta o ante la existencia de indicios, se advierte en primera instancia, cierta capacidad de la persona adulta responsable a cargo, familia ampliada o referentes comunitarios, de poder revertir la situación a través del acompañamiento y pautas de intervención, a fin de garantizar los derechos de NNoA.

4. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

A) EFECTOR (EDUCACIÓN | MDHyH | DEPORTES | CULTURA | SALUD)

1. Identificación del nivel de riesgo: EMERGENCIA (toda circunstancia que implica riesgo de vida que fueran actuales o inminentes, tal como se profundiza en el apartado 3.1).
2. Inicio del caso: Detección de vulneración o presunción de vulneración de derechos.
3. Se realiza un contacto inmediato a diferentes áreas en el siguiente orden:

   a. Contactar al Sistema de Atención Médica en la Emergencia (SAME) (Línea 107) al advertir indicadores físicos y/o emocionales, considerando que solo personal médico está habilitado para verificar los signos de maltrato, riesgo de vida o integridad del NNoA. En caso de que el efector fuera una escuela de gestión privada, procederá a contactar al SAME y/o a un servicio médico privado según correspondiera.
      i. En caso de que la vulneración de derechos sea detectada en un efector de salud, se procede al paso 3b y se continúa con el protocolo pautado para el área de salud

   b. Contactar al Servicio de Atención e Intervención en la Urgencia del CDNNyA (a través del 0-800-333-1182, o el número que en futuro correspondiera) en situaciones donde se detecte o presuma una situación de vulneración de derechos a los fines de informar la situación y recibir asesoramiento.
      i. Es el equipo responsable de realizar una evaluación integral del caso con un equipo interdisciplinario de abogados/as, psicólogos/as y trabajadores/as sociales.

   c. Contactar al progenitor, progenitora o persona adulta responsable a cargo
      i. En caso de que la persona adulta a cargo sea o se presuma la responsable de la vulneración de derechos, el Servicio de Atención e Intervención en la Urgencia asesorará al responsable del efector sobre los pasos a seguir respecto de la comunicación con la misma o con un/a referente.

   d. En caso de requerir la fuerza pública, contactar al 911 (por ejemplo, ante la existencia de una persona adulta externa a la escuela que pueda poner en riesgo la integridad de quienes se encuentran en el establecimiento o terceros).

4. Un/a responsable del efector deberá acompañar a el/la NNoA en el traslado hacia el hospital realizado por el SAME o el servicio médico privado.

5. El/la responsable designado/a del efector deberá permanecer en el hospital junto a el/la NNoA hasta ser relevado por un/a responsable del Equipo de Acompañamiento y Cuidado (operador/a perteneciente al CDNNyA que realizará el acompañamiento al NNoA durante los primeros momentos de atención y evaluación en hospital)

a. El relevo por parte del/la operador/a será efectuado en un máximo de tres (3) horas, de acuerdo a la lejanía del centro de salud desde la sede del CDNNyA o desde el hospital más cercano donde se encuentre el/la operador/a (aclaración: el servicio de acompañamiento y cuidado solo se dará en situaciones donde se presuma o se advierta vulneración de derechos).

B) SALUD

1. Recepción del caso a partir del llamado del efector al SAME.
2. Análisis de situación por parte del equipo médico (SAME) en el efector. Traslado de SAME.
3. Evaluación clínica en el hospital.
4. Contacto desde el /la Jefe/a de Guardia, pediatría o Servicio Social a directivo del hospital. Activación del sistema de alerta basado en el flujograma a cargo del servicio de salud interviniente.
5. Evaluación biopsicosocial por parte del Servicio Social (se realizan entrevistas a el/la NNoA y a las personas adultas responsables).
6. Evaluación sobre necesidad de internación.
   a. Si se precisa internación:
      i. En caso de contar con una persona adulta responsable a cargo apta para realizar la tarea de cuidado, aquella es quien realiza el acompañamiento hospitalario durante la internación del NNoA y no se solicitará a un acompañante externo.
      ii. En caso de no contar con una persona adulta responsable a cargo apta, el hospital solicitará, mediante un breve informe situacional, el servicio de acompañante hospitalario al Programa de Acompañamiento Hospitalario de NNoA perteneciente al CDNNyA. A partir de la recepción de la solicitud, el CDNNyA acusa recibo y se realiza la asignación del/la responsable del acompañamiento durante la internación.

b. Independientemente de la necesidad o no de internación, el CDNNyA procede a la evaluación del caso y la definición de estrategias y medidas correspondientes.

      i. En caso de que se disponga una Medida de Protección Excepcional de Derechos (profundización de la misma en el apartado 4.C.6.a), el equipo

médico tratante deberá garantizar un apto médico/físico del NNoA para presentar a las instituciones de alojamiento para proceder a su ingreso.

C) CONSEJO DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES (CDNNyA)

1. Inicio del caso a partir de la recepción de llamado de alerta por parte del efector al número telefónico del Servicio de Atención e Intervención en la Urgencia a través del 0-800-333-1182, o el número que en futuro correspondiera.

2. Constancia del inicio del caso en el sistema de gestión, asignación de número de consulta y del equipo interdisciplinario que será responsable de intervenir y dar seguimiento al mismo.

3. De ser necesario, se establece contacto con las autoridades o responsables correspondientes del efector que detectaron la situación para solicitar mayor información

4. Activación de protocolo para el Equipo de Acompañamiento y Cuidado. Derivación del/la operador/a hacia el hospital donde es trasladado el/la NNoA para su acompañamiento durante la evaluación integral en el hospital.

- Relevo al responsable del efector que acompañó al NNoA durante el traslado y primeros momentos de atención en el hospital.
- El tiempo máximo de demora hasta la llegada al hospital será de unas tres (3) horas de acuerdo a la lejanía del centro de salud desde la sede del CDNNyA o el hospital más cercano donde se encuentre el/la operador/a.

5. En caso que el NNoA requiera de una internación y el/la mismo/a no cuente con una persona adulta responsable apta para realizar su acompañamiento, el CDNNyA recibirá por parte del hospital un breve informe situacional solicitando el servicio de acompañante hospitalario del Programa de Acompañamiento Hospitalario de NNoA. A partir de la recepción de la solicitud, el CDNNyA acusa recibo y se realiza la asignación del/la responsable del acompañamiento durante la internación.

6. Evaluación integral del caso por parte del Equipo Interdisciplinario del Servicio de Atención e Intervención en la Urgencia del CDNNyA y definición sobre medidas de protección a llevarse a cabo.

a. Cuando la situación amerite la separación del NNoA de su medio familiar, dado el riesgo evaluado en el marco de la emergencia, se procederá a disponer una Medida de Protección Excepcional de Derechos (MEX) en los términos del artículo 39 de la Ley Nacional 26.061, procediendo al alojamiento del NNoA en un domicilio alternativo

ya sea con referentes familiares o afectivos o en dispositivo alternativo y/o de una familia inscripta en el 10 Registro del Sistema de Acogimiento Familiar Transitorio del CDNNyA o un Hogar Terapéutico del Ministerio de Salud (dependiendo de las necesidades y características de cada NNoA):

i. Una vez firmada la MEX, las/los profesionales letrados del Equipo proceden a la realización de un escrito judicial a fin de sortear ante la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil la cual asignará un Juzgado Civil para el Control de Legalidad de la MEX.

ii. El Servicio de Atención e Intervención en la Urgencia del CDNNyA es el responsable de acompañar al NNoA en el traslado al dispositivo convivencial asignado.

iii. Para designar el dispositivo convivencial asignado se realizará un relevamiento de referentes del medio familiar con posibilidad de acogimiento del NNoA: ○ Si cuenta con un/a referente apto para el cuidado se recurre a la familia ampliada y/o a un/a referente socio-comunitario.

- Si no cuenta con un/a referente apto para el cuidado se recurre a:

  a) El Registro del Sistema de Acogimiento Familiar Transitorio (SAFT).

  - Accionar: Modalidad de alojamiento en un medio familiar alternativo hasta que se resuelva la situación que le dio origen a la MEX. Es una práctica que, por el plazo legal establecido, permite la convivencia en familias de la comunidad a niños y niñas que no pueden vivir en su propio entorno

  b) Institucionalización: Ingreso a un Centro de Atención Transitoria (CAT), Hogar propio u Hogar de gestión asociada.

  - Se solicitará que el equipo médico hospitalario realice un apto médico/físico del NNoA para presentar ante las instituciones de alojamiento a fin de proceder a su ingreso.

iv. Notificar al progenitor, progenitora o persona adulta responsable a cargo.

- El aviso por el dictado de una MEX se realiza personalmente a través de un acta de notificación o envío de telefonograma al domicilio denunciado por el efector de origen, llegado el caso de que el progenitor, progenitora o persona adulta responsable a cargo no se presente.

v. Notificar al Efector.

- Al momento de la comunicación del caso, el/la operador/a solicitará un correo electrónico institucional del efector, al cual le será remitida una planilla de devolución con una descripción de las medidas adoptadas, destino del NNoA, y equipo al que será derivado el caso para su seguimiento (ANEXO A).
- La temporalidad óptima de la notificación sería el mismo día de la intervención o al día siguiente.

vi. En todos los casos en donde se haya corroborado la vulneración de derechos y se haya adoptado una MEX, se realiza un seguimiento por parte de la Defensoría Zonal (DZ) que depende del CDNNyA o del organismo de protección con jurisdicción en el centro de vida del NNoA. En el caso de las DZ, los equipos interdisciplinarios están compuestos por un/a abogado/a, psicólogo/a, trabajador/a social y operador/a, que realizan el seguimiento directo del caso.

- En el caso de que el/la NNoA no resida en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se dará intervención al organismo de protección con jurisdicción en el centro de vida del NNoA, dado que el CDNNyA no posee competencia para intervenir por fuera de dicha jurisdicción.
- En el caso de las DZ, a partir de la recepción del caso por parte del/la Jefe/a del Departamento, se le asignará un Equipo Técnico Interdisciplinario (ETI) para el análisis del caso y determinación de las primeras acciones que serán llevadas a cabo con el objeto de restituir y garantizar los derechos. La DZ asignada es responsable de contactar al equipo técnico correspondiente de cada Ministerio respecto de las medidas a llevarse adelante para que el mismo pueda reportar el seguimiento de la situación al efector que detectó la vulneración de derecho/s. En el plazo máximo de una semana se notificará al equipo técnico, a través de un correo electrónico institucional por parte de la DZ interviniente en el que explicite: la DZ y ETI asignado, días y horarios de atención, y medios de contacto disponibles.

b. En caso de tomar una Medida de Protección Integral:

i. Notificar al Efector

- Al momento de la comunicación del caso, el/la operador/a solicitará un correo electrónico institucional del efector, al cual le será remitida una planilla de devolución con una descripción de las medidas adoptadas,

destino del NNoA, y Equipo al que será derivado el caso para su seguimiento (ANEXO A).
- La temporalidad óptima de la notificación sería el mismo día de la intervención o al día siguiente.

ii. En caso de que amerite, notificar y realizar un acuerdo con el progenitor, progenitora o persona adulta responsable a cargo (compromisos sobre las medidas y responsabilidades a llevar a cabo sobre la intervención del/la NNoA).

iii. En todos los casos en donde se haya corroborado la vulneración de derechos, se realiza un seguimiento por parte de la DZ que depende del CDNNyA o el organismo de protección con jurisdicción en el centro de vida del NNoA. En el caso de las DZ, los equipos interdisciplinarios están compuestos por un/a abogado/a, psicólogo/a, trabajador/a social y operador/a, que realizan el seguimiento directo del caso.

- En el caso de que el/la NNoA no resida en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se dará intervención al organismo de protección con jurisdicción en el centro de vida del NNoA, dado que el CDNNyA no posee competencia para intervenir por fuera de dicha jurisdicción.
- En el caso de las DZ, a partir de la recepción del caso por parte del/la Jefe/a de Departamento, se le asigna un Equipo Técnico Interdisciplinario (ETI) para el análisis del caso y determinación de las primeras acciones que serán llevadas a cabo con el objeto de restituir y garantizar los derechos. La DZ asignada es responsable de contactar al equipo técnico correspondiente de cada Ministerio respecto de las medidas a llevarse adelante para que el mismo pueda reportar el seguimiento de la situación al efector que detectó la vulneración de derecho/s. En el plazo máximo de una semana se notificará al equipo técnico, a través de un correo electrónico institucional por parte de la DZ interviniente en el que explicite: la DZ y ETI asignado, días y horarios de atención, y medios de contacto disponibles. 12

c. Existen situaciones en las que, si bien no se evalúa la necesidad de separación del NNoA de su medio familiar, deviene necesario garantizar un marco de protección y cuidado temporal por no poder brindarlo adecuadamente las personas adultas responsables de su cuidado personal, o por no contar con una red familiar y comunitaria continente. Son ejemplos de estos caso: el/la NNoA cuyo/a progenitor/a o adulto/a a cargo requiere una intervención quirúrgica y durante el tiempo de internación no existen personas adultas del grupo familiar y/o comunitario que puedan cuidarlo; NNoA que requieren de un tratamiento de salud específico y en su domicilio no se cuenta con la infraestructura para poder desplegarlo; el NNoA cuyo/a progenitor/a o adulto/a a cargo debido a problemáticas de salud mental no puede brindarle los cuidados necesarios y

se considera poner su cuidado personal en cabeza de otro familiar. En estos casos podrá adoptarse transitoriamente una Medida de Protección Especial, en los términos de la Ley 114.

i. Una vez firmada la Medida de Protección Especial, las/los profesionales letrados del Equipo proceden a ponerla en conocimiento de la Asesoría General Tutelar del Poder Judicial de la CABA.

ii. El Servicio de Atención e Intervención en la Urgencia del CDNNyA es el responsable de acompañar al NNoA en el traslado al dispositivo convivencial asignado.

iii. Para designar el dispositivo convivencial asignado se realizará un relevamiento de referentes del medio familiar con posibilidad de acogimiento del NNoA:

- Si cuenta con un/a referente apto para el cuidado se recurre a la Familia Ampliada y/o a un/a referente socio-comunitario.
- Si no cuenta con un/a referente apto para el cuidado se recurre a:

a) Registro del Sistema de Acogimiento Familiar Transitorio (SAFT)

- Accionar: Modalidad de alojamiento en un medio familiar alternativo hasta que se resuelva la situación que le dio origen a la MEX. Es una práctica que, por el plazo legal establecido, permite la convivencia en familias de la comunidad a niños y niñas que no pueden vivir en su propio entorno

b) Institucionalización: Ingreso a un Centro de Atención Transitoria (CAT), Hogar propio u Hogar de gestión asociada.

- Se solicitará que el equipo médico hospitalario realice un apto médico/físico del NNoA para presentar ante las instituciones de alojamiento para proceder a su ingreso.

iv. Notificar al progenitor, progenitora o persona adulta responsable a cargo.

- El aviso por el dictado de una Medida de Protección Especial se realiza personalmente a través de un acta de notificación o envío de telefonograma al domicilio denunciado por el efector de origen, llegado el caso de que el progenitor, progenitora o persona adulta responsable a cargo no se presente.

v. Notificar al Efector.

- Al momento de la comunicación del caso, el/la operador/a solicitará un mail institucional del efector, al cual le será remitida una planilla de devolución 13 con una descripción de las medidas adoptadas, destino del NNyA, y equipo al que será derivado el caso para su seguimiento (ANEXO A).
- La temporalidad óptima de la notificación sería el mismo día de la intervención o al día siguiente.

vi. Finalizada la situación que motivó la medida, el caso se cierra y se procede a notificar a la Asesoría General Tutelar (AGT).

vii. En todos los casos en donde se haya corroborado una situación de vulneración de derechos, se realiza un seguimiento por parte de la DZ que depende del CDNNyA o el organismo de protección con jurisdicción en el centro de vida del NNoA y debe dictarse una MEX que sustituirá la Medida Especial. En este caso se procede de acuerdo al punto 4.C.6.a.

d. Si de la evaluación interdisciplinaria realizada se determina la inexistencia de derechos vulnerados se procede al cierre del caso, y por ende, finaliza la intervención del CDNNyA. ○ Se notificará sobre el cierre del caso al efector que dio inicio a la intervención a través de un mail institucional brindado por el mismo al momento del llamado inicial. Se les enviará una planilla de devolución con una descripción del diagnóstico realizado (ANEXO A).

5. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN CASO DE URGENCIA

A) EFECTOR (EDUCACIÓN | MDHYH | DEPORTES | CULTURA | SALUD)

1. Inicio del caso: Detección de vulneración o presunción de vulneración de derechos.

2. Identificación del nivel de riesgo: URGENCIA

3. Se realiza un contacto inmediato a diferentes áreas en el siguiente orden:

a. Contactar al Servicio de Atención e Intervención en la Urgencia del CDNNyA a través del 0-800-333-1182, o el número que en futuro correspondiera.

i. A partir del análisis de la situación, el Servicio de Atención e Intervención en la Urgencia del CDNNyA definirá si se requiere una evaluación médica. En dicho caso, se dará aviso al efector para que se contacte con el SAME

(107). Si el efector fuera una escuela de gestión privada, procederá a contactar al SAME y/o a un servicio médico privado según corresponda.

ii. En caso de que el Servicio de Atención e Intervención en la Urgencia del CDNNyA determine que no se requiere revisión médica inmediata y/o evaluación por parte de Ministerio de Salud, pero se considere o se presuma una situación de vulneración de derechos del/la NNoA, se atenderá el caso en el efector o en la sede del CDNNyA:

- Siempre se prioriza el traslado de algún/a responsable del CDNNyA hacia el efector de origen, pero en el marco de las intervenciones desarrolladas por cualquiera de las áreas del CDNNyA, puede suceder que a fin de agilizar la misma o bien brindar un espacio adecuado y acorde para sostener entrevistas con NNoA, se indique al efector que se hagan presentes en la sede del organismo junto con el/la NNoA. En dichas situaciones, en caso que el efector no contara con movilidad propia, se pone a disposición del efector y del NNoA, un móvil perteneciente al servicio de transporte que el CDNNyA contrata en el marco de sus intervenciones para el traslado y acompañamiento de/la NNoA, contando con los seguros correspondientes.
- Un/a responsable del efector acompaña a el/la NNoA en el traslado hacia la sede del CDNNyA.
- El/la responsable designado/a del efector deberá permanecer junto a el/la NNoA hasta ser relevado por un/a responsable del Equipo de Acompañamiento y Cuidado (operador/a perteneciente al CDNNyA que realizará el acompañamiento al NNoA)

b. Contactar al progenitor, progenitora o persona adulta responsable a cargo

- En caso de que la persona adulta a cargo sea o se presuma la responsable de la vulneración de derechos, el Servicio de Atención e Intervención en la Urgencia del CDNNyA asesorará al responsable del efector sobre los pasos a seguir respecto de la comunicación con la misma o con un/a referente.

4. En caso de haber contactado al SAME o a un servicio médico privado.

a. Si el equipo médico determina que se debe realizar un traslado al hospital:

i. Un/a responsable del efector acompaña a el/la NNoA en el traslado hacia el hospital realizado por el SAME o el servicio médico privado.

ii. El/la responsable designado/a del efector deberá permanecer en el hospital junto a el/la NNoA hasta ser relevado por un/a responsable del Equipo de Acompañamiento 15 y Cuidado (operador/a perteneciente al CDNNyA que realizará el acompañamiento al/la NNoA durante los primeros momentos de atención y evaluación en el hospital)

- El relevo por parte del/la operador/a será en un máximo de tres (3) horas, de acuerdo a la lejanía del centro de salud de la sede del CDNNyA o el hospital más cercano donde se encuentre el/la operador/a (aclaración: el servicio de acompañamiento y cuidado solo se dará en situaciones donde se presuma o advierta vulneración de derechos).

b. Si el equipo médico determina que no se debe realizar un traslado al hospital, pero se considere o se presuma una situación de vulneración de derechos del NNoA, se atenderá el caso en el efector o en la sede del CDNNyA:

- Siempre se prioriza el traslado de algún/a responsable del CDNNyA hacia el efector de origen, pero en el marco de las intervenciones desarrolladas por cualquiera de las áreas del CDNNyA, puede suceder que a fin de agilizar la misma o bien brindar un espacio adecuado y acorde para sostener entrevistas con NNoA, se indique al efector que se hagan presentes en la Sede del organismo junto con el/la NNoA. En dichas situaciones, en caso que el efector no contara con movilidad propia, se pone a disposición del efector y del NNoA, un móvil perteneciente al servicio de transporte que el CDNNyA contrata en el marco de sus intervenciones para el traslado y acompañamiento de NNoA, contando con los seguros correspondientes.
- Un/a responsable del efector acompaña a el/la NNoA en el traslado hacia la sede del CDNNyA.
- El/la responsable designado/a del efector deberá permanecer junto a el/la NNoA hasta ser relevado por un/a responsable del Equipo de Acompañamiento y Cuidado (operador/a perteneciente al CDNNyA que realizará el acompañamiento al NNoA). El relevo por parte del/la operador/a será en un máximo de tres (3) horas.

B) SALUD

1. Recepción del caso a partir de llamado del efector al SAME

2. Análisis de situación por parte del equipo médico (SAME) en el efector

3. En caso de requerir traslado al hospital, lo realiza el SAME:

a. Un/a responsable del efector debe acompañar al NNoA en dicho traslado y permanecer junto a el/la mismo/a hasta ser relevado por un/a operador/a del Equipo de Acompañamiento y Cuidado brindado por el CDNNyA.

b. Evaluación clínica en el hospital

c. Contacto desde Jefe/a de Guardia, pediatría, o Servicio Social a directivo del hospital. Activación del Sistema de Alerta basado en el flujograma a cargo del servicio de salud interviniente.

d. Evaluación biopsicosocial por parte del Servicio Social (se realizan entrevistas a el/la NNoA y a las personas adultas responsables)

e. Evaluación sobre necesidad de internación:

i. Si se precisa internación:

- En caso de contar con una persona adulta responsable a cargo apta para realizar la tarea de cuidado, aquel es quien realiza el acompañamiento hospitalario durante la internación del/la NNoA y no se solicitará a un/a acompañante externo.
- En caso de no contar con una persona adulta responsable a cargo apta, el hospital solicita, mediante un breve informe situacional, el servicio de acompañante hospitalario al Programa de Acompañamiento Hospitalario de NNoA perteneciente al CDNNyA. A partir de la recepción de la solicitud, el CDNNyA acusa recibo y se realiza la asignación del/la responsable del acompañamiento durante la internación.

ii. Independiente de la necesidad o no de internación, desde el CDNNyA se procede a la evaluación del caso y la definición de estrategias y medidas correspondientes.

- En caso de que se disponga una Medida de Protección Excepcional de Derechos (profundización de la misma en el apartado 5.C.5), el equipo médico tratante deberá garantizar un apto médico/físico del NNoA para ser presentado ante las instituciones de alojamiento para proceder a su ingreso.

4. En caso de no requerir traslado al hospital, la atención del caso continúa bajo el flujo de intervención por parte de CDNNyA.

C) CONSEJO DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES (CDNNyA)

1. Inicio del caso a partir de la recepción de llamado de alerta por parte del efector al número telefónico del Servicio de Atención e Intervención en la Urgencia a través del 0-800-333-1182, o el número que en futuro correspondiera.

2. Constancia del inicio del caso en el sistema de gestión, asignación de número de consulta y del equipo interdisciplinario que será responsable de intervenir y dar seguimiento al mismo.

3. De ser necesario, se establece contacto con las autoridades o responsables correspondientes del efector que detectaron la situación para solicitar mayor información.

4. A partir del análisis de la situación, el Servicio de Atención e Intervención en la Urgencia del CDNNyA definirá si se requiere una evaluación médica:

a. En caso de que el Servicio de Atención e Intervención en la Urgencia determine que no se requiere revisión médica inmediata, la misma atenderá la situación en el efector de origen o en la sede del CDNNyA. Se procede directamente al paso 5.C.5.

b. En caso de que se requiera evaluación médica se dará aviso al efector para que se contacte con el SAME (107) o un servicio médico privado, según corresponda:

i. Si el equipo médico no determina la necesidad de traslado al hospital, se atenderá el caso en el efector o en la sede del CDNNyA. Se procede directamente al paso 5.C.5.

ii. Si el equipo médico determina la necesidad de traslado al hospital:

1. Activación de protocolo para el Equipo de Acompañamiento y Cuidado. Derivación del/la operador/a hacia el hospital donde es trasladado el NNoA para su acompañamiento durante la evaluación integral en el hospital.

- Relevo al responsable del efector que acompañó al NNoA durante el traslado y primeros momentos de atención en el hospital.
- El relevo por parte del/la operador/a será en un máximo de tres (3) horas, de acuerdo a la lejanía del centro de salud de la sede del CDNNyA o el hospital más cercano donde se encuentre el/la operador/a (aclaración: el servicio de acompañamiento y cuidado solo se dará en situaciones donde se presuma o advierta vulneración de derechos).

2. En caso que el NNoA requiera de una internación y el/la mismo/a no cuente con una persona adulta responsable apta para realizar su acompañamiento, el 17 CDNNyA recibirá por parte del hospital un breve informe situacional solicitando el servicio de acompañante hospitalario del Programa de Acompañamiento Hospitalario de NNoA. A partir de la recepción de la solicitud, el CDNNyA acusa recibo y se realiza la asignación del/la responsable del acompañamiento durante la internación.

5. Evaluación integral del caso por parte del Equipo Interdisciplinario del Servicio de Atención e Intervención en la Urgencia y definición sobre medidas de intervención a llevarse a cabo.

a. Cuando la situación amerite la separación del NNoA de su medio familiar, dado el riesgo evaluado en el marco de la urgencia, se procederá a disponer una Medida de Protección Excepcional de Derechos (MEX), procediendo al alojamiento del NNoA en un domicilio alternativo ya sea con referentes familiares o afectivos o en un dispositivo alternativo y/o de una familia inscripta al Sistema de Acogimiento Familiar Transitorio del CDNNyA o un Hogar Terapéutico del Ministerio de Salud (dependiendo de las necesidades y características de cada NNoA):

i. Una vez firmada la MEX, las/los profesionales letrados del equipo proceden a la realización de un escrito judicial a fin de sortear ante la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil la cual asignará un Juzgado Civil para el Control de Legalidad de la MEX.

ii. El Servicio de Atención e Intervención en la Urgencia es el responsable de acompañar al NNoA en el traslado al dispositivo convivencial asignado.

iii. Para designar el dispositivo convivencial asignado se realizará un relevamiento de referentes del medio familiar con posibilidad de acogimiento del NNoA:

- Si cuenta con un/a referente apto para el cuidado se recurre a la Familia Ampliada y/o a un/a referente socio-comunitario.

- Si no cuenta con un/a referente apto para el cuidado se recurre a:

  a) El Registro del Sistema de Acogimiento Familiar Transitorio (SAFT)
  - Accionar: Modalidad de alojamiento en un medio familiar alternativo hasta que se resuelva la situación que le dio origen a la MEX. Es una práctica que, por el plazo legal establecido, permite la convivencia en familias de la comunidad a niños y niñas que no pueden vivir en su propio entorno
  b) Institucionalización: Ingreso a un Centro de Atención Transitoria (CAT), Hogar propio u Hogar de gestión asociada.
  - Se solicitará que el equipo médico hospitalario realice un apto médico/físico del NNoA para presentar ante las instituciones de alojamiento para proceder a su ingreso.
  - En caso de que la evaluación interdisciplinaria se haya realizado en el efector o en la Sede del CDNNyA, la obtención del apto médico/físico para el ingreso a un dispositivo de alojamiento será a partir de la revisión del NNoA involucrado/a por parte del Gabinete de Salud del CDNNyA o tendrá atención en cualquiera de los Hospitales Públicos del GCBA, según corresponda la situación.

iv. Notificar al progenitor, progenitora o persona adulta responsable a cargo.

- El aviso por el dictado de una MEX se realiza personalmente a través de un acta de notificación o envío de telefonograma al domicilio denunciado por el efector de origen, llegado el caso de que el progenitor, progenitora o persona adulta responsable a cargo no se presente.

v. Notificar al Efector

- Al momento de la comunicación del caso, el/la operador/a solicitará un correo electrónico del efector, al cual le será remitida una planilla de devolución con una descripción de las medidas adoptadas, destino del NNoA, y equipo al que será derivado el caso para su seguimiento. (ANEXO A)
- La temporalidad óptima de la notificación sería el mismo día de la intervención o al día siguiente.

vi. Finalizada la situación que motivó la medida, el caso se cierra y se procede a notificar a la Asesoría General Tutelar (AGT).

vii. En todos los casos en donde se haya corroborado la vulneración de derechos, se realiza un seguimiento por parte de la DZ que depende del CDNNyA o el organismo de protección con jurisdicción en el centro de vida del NNoA. En el caso de las DZ, los equipos interdisciplinarios están compuestos por un/a abogado/a, psicólogo/a, trabajador/a social y operador/a, que realizan el seguimiento directo del caso.

- En el caso de que el/la NNoA no resida en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se dará intervención al organismo de protección con jurisdicción en el centro de vida del NNoA, dado que el CDNNyA no posee competencia para intervenir por fuera de dicha jurisdicción.
- En el caso de las DZ, a partir de la recepción del caso por parte del/la Jefe/a de Departamento, se le es asignado un Equipo Técnico Interdisciplinario (ETI) para el análisis del caso y determinación de las primeras acciones que serán llevadas a cabo con el objeto de restituir y garantizar los derechos. La DZ asignada es responsable de contactar al Equipo técnico correspondiente de cada Ministerio respecto de las medidas a llevarse adelante para que el mismo pueda reportar el seguimiento de la situación al efector que detectó la vulneración de derecho/s. En el plazo máximo de una semana se notificará al equipo técnico, a través de un correo electrónico institucional por parte de la DZ interviniente en el que explicite: la DZ y ETI asignado, días y horarios de atención, y medios de contacto disponibles.

b. En caso de tomar una Medida de Protección Integral:

i. Notificar al Efector

- Al momento de la comunicación de la alerta, el/la operador/a solicitará un mail institucional del efector, al cual le será remitida una planilla de devolución con una descripción de las medidas adoptadas, destino del NNoA, y equipo al que será derivado el caso para su seguimiento (ANEXO A).
- La temporalidad óptima de la notificación sería el mismo día de la intervención o al día siguiente.

ii. En caso de que amerite, notificar y realizar un acuerdo con el progenitor, progenitora o persona adulta responsable a cargo (compromisos sobre las medidas y responsabilidades a llevar a cabo sobre la intervención del/la NNoA).

iii. En todos los casos en donde se haya corroborado la vulneración de derechos, se realiza un seguimiento por parte de la DZ que depende del CDNNyA o el organismo de protección con jurisdicción en el centro de vida del NNoA. En el caso de las DZ, los Equipos interdisciplinarios están compuestos por un/a abogado/a, psicólogo/a, trabajador/a social y operador/a, que realizan el seguimiento directo del caso.

- En el caso de que el/la NNoA no resida en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se dará intervención al organismo de protección con jurisdicción en el centro de vida del NNoA, dado que el CDNNyA no posee competencia para intervenir por fuera de dicha jurisdicción.
- En el caso de las DZ, a partir de la recepción del caso por parte del/la Jefe/a de Departamento, se le es asignado un Equipo Técnico Interdisciplinario (ETI) para el análisis del caso y determinación de las primeras acciones que serán llevadas a cabo con el objeto de restituir y garantizar los derechos. La DZ asignada es responsable de contactar al equipo técnico correspondiente de cada Ministerio respecto de las medidas a llevarse adelante para que el mismo pueda reportar el seguimiento de la situación al efector que detectó la vulneración de derecho/s. En el plazo máximo de una semana se notificará al Equipo técnico, a través de un correo electrónico institucional por parte de la DZ interviniente en el que explicite: la DZ y ETI asignado, días y horarios de atención, y medios de contacto disponibles.

c. Existen situaciones en las que, si bien no se evalúa la necesidad de separación del NNoA de su medio familiar, deviene necesario garantizar un marco de protección y cuidado temporal por no poder brindarlo adecuadamente las personas adultas responsables de su cuidado personal, o por no contar con una red familiar y comunitaria continente. Son ejemplos de estos caso: el/la NNoA cuyo/a progenitor/a o adulto/a a cargo requiere una intervención quirúrgica y durante el tiempo de internación no existen personas adultas del grupo familiar y/o comunitario que puedan cuidarlo; NNoA que requieren de un tratamiento de salud específico y en su domicilio no se cuenta con la infraestructura para poder desplegarlo; el NNoA cuyo/a progenitor/a o adulto/a a cargo debido a problemáticas de salud mental no puede brindarle los cuidados necesarios y se considera poner su cuidado personal en cabeza de otro familiar.

En estos casos podrá adoptarse transitoriamente una Medida de Protección Especial, en los términos de la Ley 114.

i. Una vez firmada la Medida de Protección Especial, las/los profesionales letrados del Equipo proceden a ponerla en conocimiento de la Asesoría General Tutelar del Poder Judicial de la CABA.
ii. El Servicio de Atención e Intervención en la Urgencia es el responsable de acompañar al NNoA en el traslado al dispositivo convivencial asignado.
iii. Para designar el dispositivo convivencial asignado se realizará un relevamiento de referentes del medio familiar con posibilidad de acogimiento del NNoA:
    - Si cuenta con un/a referente apto para el cuidado se recurre a la Familia Ampliada y/o a un/a referente socio-comunitario.
    - Si no cuenta con un/a referente apto para el cuidado se recurre a:

        a) El Registro del Sistema de Acogimiento Familiar Transitorio (SAFT). - Accionar: Modalidad de alojamiento en un medio familiar alternativo hasta que se resuelva la situación que le dio origen a la MEX. Es una práctica que, por el plazo legal establecido, permite la convivencia en familias de la comunidad a niños y niñas que no pueden vivir en su propio entorno
        b) Institucionalización: Ingreso a un Centro de Atención Transitoria (CAT), Hogar propio u Hogar de gestión asociada - Se solicitará que el equipo médico hospitalario realice un apto médico/físico del NNoA para presentar ante las instituciones de alojamiento para proceder a su ingreso. - En caso de que la evaluación interdisciplinaria se haya realizado en el efector o en la Sede del CDNNyA, la obtención del apto médico/físico para el ingreso a un dispositivo de alojamiento será a partir de la revisión del NNoA involucrado/a por parte del Gabinete de Salud del CDNNyA o tendrá atención en cualquiera de los Hospitales Públicos del GCBA, según corresponda la situación.
iv. Notificar al progenitor, progenitora o persona adulta responsable a cargo. ○ El aviso por el dictado de una Medida de Protección Especial se realiza personalmente a través de un acta de notificación o envío de telefonograma al domicilio denunciado por el efector de origen, llegado el caso de que el progenitor, progenitora o persona adulta responsable a cargo no se presente.
v. Notificar al Efector.
    - Al momento de la comunicación del caso, el/la operador/a solicitará un correo electrónico institucional del efector, al cual le será remitida una planilla de devolución con una descripción de las medidas adoptadas, destino del NNoA, y equipo al que será derivado el caso para su seguimiento (ANEXO A).

- La temporalidad óptima de la notificación sería el mismo día de la intervención o al día siguiente.

vi. En todos los casos en donde se haya corroborado una situación de vulneración de derechos, se realiza un seguimiento por parte de la DZ que depende del CDNNyA o el organismo de protección con jurisdicción en el centro de vida del NNoA y debe dictarse una MEX que sustituirá la Medida Especial. En este caso se procede de acuerdo al punto 5.C.5.a.

d. Si de la evaluación interdisciplinaria realizada se determina la inexistencia de derechos vulnerados se procede al cierre del caso, y por ende, finaliza la intervención del CDNNyA.

- Se notificará sobre el cierre del caso al efector que dio inicio a la intervención a través de un mail institucional brindado por el mismo al momento del llamado inicial. Se les enviará una planilla de devolución con una descripción del diagnóstico realizado (ANEXO A).

6. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN CASO DE NO REQUERIR ATENCIÓN INMEDIATA

A) EFECTOR (EDUCACIÓN | MDHyH | SALUD | DEPORTES | CULTURA)

1. Inicio del caso: Detección de vulneración o presunción de vulneración de derechos.
2. Identificación del nivel de riesgo: NO REQUIERE ATENCIÓN INMEDIATA

3. Emitir la alerta correspondiente para que la misma proceda a su elevación a través de su cadena jerárquica; según corresponda.

4. El/la responsable correspondiente vinculado/a al efector que detecta la vulneración deberá remitir el caso mediante un expediente electrónico (EE) y/o comunicación fehaciente ante la mesa de entrada del CDNNyA . El mismo debe incluir un informe con la mayor cantidad de datos posibles en relación al NNoA y su familia, indicando los hechos acontecidos, los derechos que se presumen vulnerados y las acciones efectuadas previas a la derivación.

B) CONSEJO DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES (CDNNyA)

1. El caso se inicia a partir de la derivación formal del Efector que detecta la vulneración al CDNNyA, mediante un expediente electrónico (EE) o comunicación fehaciente a través de la Mesa de Entradas del CDNNyA. El mismo debe incluir un informe con la mayor cantidad de datos posibles en relación al NNoA y su familia, indicando los hechos

acontecidos, los derechos que se presumen vulnerados y las acciones efectuadas previas a la derivación. El expediente debe ser caratulado con la trata específica que tenga esa repartición para derivar y solicitar intervención por posibles vulneraciones de derechos y remitido a la Mesa de Entradas del CDNNyA, quienes remitirán el mismo al área competente del CDNNyA. En caso de que el ingreso del informe no haya sido realizado mediante expediente electrónico, la Mesa de Entradas del CDNNyA, procederá a caratular el EE e incluirá en el mismo la información remitida por el efector, y procederá a remitirlo al área de intervención competente para su abordaje.

2. El área competente del CDNNyA (Dirección General de Programas Descentralizados [DGPDES], Dirección General de Gestión de Políticas y Programas [DGGPP], Dirección General de Servicios de Atención Permanente [DGSAP]), en el plazo de hasta diez (10) días analizará los antecedentes adjuntados en el informe y los existentes en sistema si hubiese existido intervención previa por este organismo. En ese sentido pueden darse las siguientes opciones para el seguimiento o no del caso:

a. Si la situación derivada tiene incluida a un grupo familiar con domicilio fuera de la CABA será derivado a ATENNA (DGGPP) para que puedan remitir el informe elaborado por el efector derivante al organismo de protección de la jurisdicción del centro de vida del/la NNoA. Cabe aclarar que este organismo sólo puede abordar y dar seguimiento a las situaciones que se dan dentro de la jurisdicción de la CABA.

b. Si el caso se constituye como tal, porque de la lectura y los antecedentes se desprende vulneración de derechos pueden darse dos opciones para el seguimiento:

- Si tiene domicilio familiar se deriva para la asignación de DZ (DGPDES) según centro de vida. En tal caso, se continúa en el paso 3.
- Si no tiene domicilio porque el NNoA y su grupo familiar se encuentran en situación de calle, se remite a ATENNA (DGGPP) para que el equipo territorial que aborda situaciones en calle pueda intervenir. Asimismo, será competencia de ATENNA el abordaje de situaciones de vulneración de derechos de NNoA de aquellos grupos familiares que se encuentren en Paradores u 22 Hoteles de la ciudad en función de una respuesta habitacional, o que mantengan seguimiento por parte de este equipo en razón de una intervención previa. Todo ello de conformidad a su protocolo de actuación.

c. Si de la lectura del informe y de los antecedentes evaluados no se desprende vulneración de derechos, no corresponde intervención y se devuelve dicho

expediente, o se comunica, al originante explicando porque no se constituye como caso.

3. A partir de la recepción del caso por parte del/la Jefe/a de Departamento de la DZ correspondiente, se le es asignado un Equipo Técnico Interdisciplinario (ETI) para el análisis del caso y determinación de las primeras acciones que serán llevadas a cabo con el objeto de restituir y garantizar los derechos:

a. Se realizan citaciones en primera instancia de manera telefónica, si no hubo posibilidad de contacto se efectúa citación mediante telefonograma o citación mediante notificación policial (dependiendo del territorio donde se aloja el grupo familiar).

b. De fracasar las citaciones por los medios enunciados, el equipo realizará una visita en domicilio a fin de constatar la presencia del grupo familiar y realizar, en caso de encontrarse, un primer acercamiento.

c. Luego de las entrevistas con todos los actores, el Equipo realiza un primer informe de situación y establece otras entrevistas (de profundización), así como también, realiza el pedido de informes a actores partícipes, recursos y políticas públicas tendientes a la restitución de derechos vulnerados detectados.

d. Se realiza contacto desde la DZ al Equipo técnico correspondiente de cada Ministerio respecto de las medidas a llevarse adelante para que el mismo pueda reportar el seguimiento de la situación al efector que detectó la vulneración de derecho/s.

- En el plazo máximo de una semana se notificará al equipo técnico, a través de un correo electrónico institucional por parte de la DZ interviniente en el que explicite: la DZ y ETI asignado, días y horarios de atención, y medios de contacto disponibles.

4. El plazo de diagnóstico es entre diez (10) a treinta (30) días hábiles, dependiendo la situación. Luego se procede a la ejecución de las medidas correspondientes:

a. Si su diagnóstico es ratificado, el equipo realizará el seguimiento interdisciplinario activo de la situación hasta la etapa de restitución de derechos.

b. En caso que la evaluación efectuada por el equipo sea rectificar/ reencausar/reformular la estrategia, dicho proceso requiere desplegar nuevas acciones ya sean nuevas entrevistas, pedidos de evaluación por áreas especializadas, como ser la Técnica Especializada en Maltrato Infanto Juvenil (UTEMIJ) o la Asesoría General

Tutelar (AGT). Esta instancia de reevaluación puede repetirse en varias oportunidades, teniendo en cuenta que el objeto de la intervención son sujetos de derechos (NNoA) y el dinamismo que transitan en sus vidas un grupo familiar.

c. Agotadas las acciones tendientes a la restitución de derechos y convivencia familiar o, cuando la situación que atraviese el NNoA implique la separación del medio familiar del mismo dado el riesgo, se procederá a disponer una MEX, procediendo al alojamiento del NNoA en un domicilio alternativo ya sea con referentes familiares o afectivos o en un dispositivo alternativo (dependiendo de las necesidades de cada NNoA).

- La adopción de la MEX implica cuatro instancias: una administrativa, otra judicial, otra de ejecución y, por último, el seguimiento:

  1) Instancia administrativa: Elaborado el informe técnico y efectuada la supervisión por parte de la Dirección Operativa correspondiente, se remite vía EE el proyecto de resolución con el informe técnico para que intervenga el área competente.
  2) Instancia judicial: Una vez firmada la MEX, las/os profesionales letrados del equipo proceden a la realización de un escrito judicial a fin de sortear ante la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil la cual asignará un Juzgado Civil para el Control de Legalidad de la MEX.
  3) Instancia de ejecución:
     i. La ejecución de la MEX se desarrolla en la sede de la Defensoría Zonal correspondiente o en el lugar establecido por el equipo, se podrá requerir la presencia del equipo de operadores del Servicio de Atención e Intervención en la Urgencia, a los fines del traslado del NNoA al dispositivo convivencial asignado.
     ii. El equipo técnico de la DZ notificará al progenitor, progenitora o persona adulta responsable a cargo.
     iii. Cuando la ejecución de la MEX comprenda el ingreso al domicilio donde se encuentra el NNoA, se solicitará al Juzgado interviniente que libre oficios judiciales a distintos efectores y disponga las medidas necesarias a fin de hacer efectiva la intervención.
     iv. Se podrá solicitar la colaboración de operadores del equipo interdisciplinario del Servicio de Atención e Intervención en la Urgencia para la ejecución y traslado del NNoA, en los mismos términos que arriba se mencionan.

  4) Instancia de seguimiento: Una vez efectuado el ingreso del NNoA en un Hogar Convivencial, Especializado o Terapéutico, en una Familia de Acogimiento Transitorio o el alojamiento con referente familiar o afectivo, el equipo técnico realiza el seguimiento interdisciplinario del caso

manteniendo entrevistas con el grupo familiar, reuniones con los efectores que intervengan, reuniones con el equipo del dispositivo donde se encuentra alojada/o, entrevistas con las/los referentes que alojen al NNoA, dependiendo la situación.

5. La intervención con el NNoA junto con su grupo familiar nuclear no cesa hasta que el equipo técnico evalúa que amerita el cierre de la intervención. Dicho cierre deberá ser cargado en el módulo correspondiente del sistema de gestión por la/el administrativa/o del equipo.

ANEXO A PLANILLA DE DEVOLUCIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN E INTERVENCIÓN EN LA URGENCIA DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PERMANENTE CONSEJO DE LOS DERECHOS DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

1. Establecimiento educativo

2. Nombre y Apellido del/la NNOA

3. DNI

4. N° de Consulta del Servicio de Atención e Intervención en la Urgencia

5. Tipo de medida/s adoptada/s

6. Descripción de la/ medidas adoptadas/s

7. Destino del/la NNoA

8. Equipo al que será derivado para seguimiento

LEY 26.061

- ARTÍCULO 33. — MEDIDAS DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE DERECHOS. Son aquéllas emanadas del órgano administrativo competente local ante la amenaza o violación de los derechos o garantías de uno o varias niñas, niños o adolescentes individualmente considerados, con el objeto de preservarlos, restituirlos o reparar sus consecuencias. La amenaza o violación a que se refiere este artículo puede provenir de la acción u omisión del Estado, la Sociedad, los particulares, los padres, la familia, representantes legales, o responsables, o de la propia conducta de la niña, niño o adolescente. La falta de recursos materiales de los padres,

de la familia, de los representantes legales o responsables de las niñas, niños y adolescentes, sea circunstancial, transitoria o permanente, no autoriza la separación de su familia nuclear, ampliada o con quienes mantenga lazos afectivos, ni su institucionalización.

- ARTÍCULO 39. — MEDIDAS EXCEPCIONALES. Son aquellas que se adoptan cuando las niñas, niños y adolescentes estuvieran temporal o permanentemente privados de su medio familiar o cuyo superior interés exija que no permanezcan en ese medio. Tienen como objetivo la conservación o recuperación por parte del sujeto del ejercicio y goce de sus derechos vulnerados y la reparación de sus consecuencias. Estas medidas son limitadas en el tiempo y sólo se pueden prolongar mientras persistan las causas que les dieron origen.