

1. Introducción

1.1 Finalidad

La presente Política de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (en adelante, la “Política”) tiene por objeto garantizar el respeto y salvaguarda de su bienestar físico y emocional, previniendo cualquier tipo de violencia. Además, la Política describe las obligaciones y las acciones a tomar por parte de las personas trabajadoras y de las personas voluntarias ante situaciones que puedan comprometer la seguridad de los menores, extendiendo estas directrices a personas colaboradoras externas.

En suma, la Política refleja el firme compromiso del Hospital Sant Joan de Déu (en adelante, “HSJD”, el “Hospital” o la “Institución”) hacia la protección de la infancia. Reconociendo la trascendencia de esta materia, la Política se integra como una dimensión fundamental y transversal en todas las iniciativas y programas desarrollados por la Institución.

2. La organización

2.1 Definición

HSJD es una institución privada sin ánimo de lucro, con vocación de servicio público. Es miembro de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios, que gestiona más de 300 centros asistenciales en 50 países de todo el mundo y que da servicio a los colectivos más vulnerables de la sociedad en hospitales, centros de salud, servicios sociales, centros asistenciales y comunidades de religiosos.

Desde 1867 es una Institución dedicada a la atención integral de mujeres, niños y adolescentes y, en la actualidad, uno de los centros pediátricos de alta especialización más importantes de Europa. La asistencia de HSJD se basa en el trabajo multidisciplinar de sus profesionales.

A través de la Fundación Privada per la Recerca i la Docència Sant Joan de Déu, se investiga para encontrar nuevos y mejores tratamientos de enfermedades pediátricas. Asimismo, como hospital universitario, HSJD contribuye a la formación de profesionales sanitarios, junto a la Universidad de Barcelona. El objetivo es favorecer y estimular la formación de sus profesionales para mejorar la salud de los pacientes, de la sociedad y avanzar el conocimiento científico y humano.

2.2 Principios

La visión, la misión y los valores de HSJD se expresan a través de la **calidad**, que es la base esencial del servicio y de la gestión. La calidad se traduce en “hacer las cosas bien hechas” y en el respeto por todas las personas que acuden a los servicios y centros del HSJD. El **respeto** es, por otro lado, condición indispensable para poder actuar de forma hospitalaria en todo lo que tiene que ver con la acogida y el acompañamiento. Acoger con respeto al otro implica la **responsabilidad**, criterio fundamental para el servicio y gestión de la Institución, siguiendo fielmente los ideales de San Juan de Dios basados en **la justicia, la ética y la sostenibilidad**. Finalmente, desde el conjunto de los valores antes expresados, se proyecta el valor de la **espiritualidad** para acompañar a cada persona en su proceso.

HSJD se compromete a crear y mantener un entorno afectivo y protector que fomente sus valores principales y que, al mismo tiempo, prevenga y se pronuncie ante cualquier tipo de violencia, asegurando el establecimiento de mecanismos para despertar la conciencia, poner en marcha acciones preventivas, propiciar el valor de la denuncia y responder cuidadosamente ante cualquier situación que se pueda dar.

El Hospital prioriza el interés superior de niños, niñas y adolescentes (en adelante, “NNA”) como elemento central de su actividad. Todos los NNA tienen derecho a la protección, a desarrollarse hasta el máximo de sus posibilidades, a recibir una educación de calidad, a participar y a no ser discriminados. Todos/as tenemos la responsabilidad de proteger a los NNA de cualquier forma de abuso, abandono, violencia o discriminación. La atención específica de esta Política se centra en los mecanismos internos para prevenir y reaccionar ante la violencia infantil en el Hospital.

HSJD está plenamente comprometido con el respeto y protección de los derechos de la infancia, recogidos en la Convención de los Derechos de la Infancia (1989) y la Carta Europea de los Niños y las Niñas Hospitalizados (1986). A tal efecto, se han implementado acciones para integrar tales principios habiendo implementado acciones para materializar dicha protección desde hace años, como la anterior “Política de protección a la Infancia”, vigente hasta la aplicación de la presente Política.

2.3 Marco normativo

En materia normativa, además del respeto a los principios mencionados en el apartado 2.2 anterior, la presente Política da pleno cumplimiento a lo dispuesto en toda la legislación y normativa externa e interna que resulta de aplicación al respecto, recogida en el [Anexo 9](#) a la presente.

En particular, cabe destacar que HSJD tiene implementado un sistema de Cumplimiento Normativo, cuyos ejes rectores son el Código de Conducta y la Política de Buen Trato, donde se concreta el compromiso institucional hacia la creación de “entornos seguros y libres de cualquier tipo de violencia, en todos los ámbitos de nuestra intervención con menores” y hacia la identificación “las situaciones de riesgo para la integridad física, psíquica y sexual de menores, para prevenirlas y atenderlas en caso de que se hayan producido”.

3. Justificación

El Hospital, reconocido internacionalmente por su atención a la salud infantil y juvenil, juega un papel crítico tanto en la detección de situaciones que puedan vulnerar los derechos de dicho colectivo como en ser un modelo de buen trato para NNA. Por ello, resulta de crucial importancia implementar una Política de Protección que desarrolle el compromiso institucional con la protección los derechos y la seguridad de la infancia y adolescencia.

Así, la presente Política garantiza que todos los miembros de la Institución estén informados y se comprometan con su cumplimiento, estableciendo un entorno seguro conforme a la Ley Orgánica 8/2021 de Protección Integral a la Infancia y Adolescencia frente a la violencia (LOPIVI), minimizando el riesgo de violencia y maximizando la capacidad de respuesta y protección. La implementación de esta Política en el Hospital responde directamente a este mandato, procurando la detección temprana y la intervención eficaz ante cualquier indicio de violencia.

A su vez, la LOPIVI enfatiza la responsabilidad compartida en la protección de NNA, obligando a actuar no solo a las familias y los poderes públicos sino también a los profesionales en contacto con niños y

adolescentes. Específicamente, los artículos 15 y 16 de la LOPIVI detallan el deber de comunicar situaciones de sospecha de maltrato o violencia contra menores, asignando este deber, de forma especialmente cualificada, a profesionales del ámbito de la salud, entre otros colectivos.

A nivel autonómico, la Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y adolescencia de Cataluña complementa la LOPIVI, estableciendo obligaciones similares de comunicación y actuación ante sospechas de violencia o situaciones de riesgo hacia NNA (Ley 14/2010, Artículo 100).

Además de las obligaciones descritas, la LOPIVI obliga a las administraciones sanitarias a disponer de protocolos de actuación (art. 38.2). En Cataluña, dicha obligación se concreta en el Protocolo del CatSalut (confeccionado en 2019 y actualmente en revisión) que puede consultarse en el siguiente enlace:

https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/4053/protocol_actuacio_davant_maltractaments_i_infancia_adolescencia_ambit_salut_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Es la guía que ha de servir de referencia para cualquier profesional sanitario de Cataluña. Con base en este protocolo marco, el Hospital dispone de la presente Política de protección, para concretar y establecer las medidas que se ajusten el máximo posible a las particularidades de nuestro centro.

4. Objetivos

La Política persigue los siguientes objetivos:

- **Objetivo General:** Desarrollar un marco integral y procedimientos específicos para garantizar la protección efectiva de NNA en el ámbito hospitalario.
- **Objetivos Específicos:**
 - Desarrollar y establecer un marco conceptual y de principios fundamentales que aseguren que el Hospital funciona como un ambiente seguro y protector para la infancia y la adolescencia.
 - Impulsar la adopción de estrategias preventivas contra cualquier forma de violencia dirigida a la infancia y adolescencia, reforzando el entorno de seguridad y bienestar.
 - Optimizar los mecanismos de identificación y reporte de situaciones de riesgo, desprotección o violencia hacia los NNA, mejorando así la capacidad de respuesta del Hospital.
 - Garantizar una comunicación eficaz y oportuna de casos que representen una situación de vulnerabilidad o desprotección de los NNA, promoviendo una acción inmediata y adecuada.
 - Establecer y difundir claramente los protocolos de actuación dentro de la institución, asegurando que todo el personal y colaboradores estén plenamente informados y comprometidos con su implementación y seguimiento.

5. Definiciones y terminología

5.1 Definiciones generales

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el **maltrato infantil** como *“los abusos y la desatención de la que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial u otros tipos que causen o puedan causar un daño en la salud, desarrollo o dignidad del niño/a, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia también se incluye como una forma de maltrato infantil.”*

La LOPIVI, en su artículo 2º, define **violencia** como: *“toda acción, omisión o trato negligente que priva a las personas menores de edad de sus derechos y bienestar, que amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social, con independencia de su forma y medio de comisión, incluida la realizada a través de las tecnologías de la información y la comunicación, especialmente la violencia digital.”*

En este sentido, si bien violencia y maltrato normalmente se utilizan como sinónimos, está aceptado que se hable de maltrato infantil cuando se está ante una situación de violencia de una intensidad o frecuencia elevada.

Por otro lado, en la LOPIVI también se define lo que se considera **buen trato**, no sólo como contraposición al maltrato, sino como marco preventivo y proactivo: *“aquel que, respetando los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes, promueve activamente los principios de respeto mutuo, dignidad del ser humano, convivencia democrática, solución pacífica de conflictos, derecho a igual protección de la ley, igualdad de oportunidades y prohibición de discriminación de los niños, niñas y adolescentes”* [artículo 1.3].

Una institución en la cual haya una cultura de buen trato, no esperará que sean los progenitores los únicos que se hagan cargo de las necesidades de NNA, sino que todo agente implicado conocerá y formará parte de este cometido. Esta es la responsabilidad social que la Institución debe y quiere asumir.

La información que se proporciona a los NNA permite su empoderamiento y autoprotección, porque les dota de herramientas y recursos para poder demandar ayuda en caso de necesitarla. Además, potencia su autoestima, respetando el ritmo del propio desarrollo y permite una mayor autonomía y libertad en la toma de decisiones.

5.2 Tipos de violencia en el ámbito sanitario

Siguiendo la clasificación del Observatorio General núm. 13 [2011] del Comité de Naciones Unidas, las formas de violencia contra NNA en el ámbito sanitario pueden clasificarse de la siguiente forma:

- **Violencia prenatal:** acción u omisión voluntaria de la mujer gestante, o indirectamente por otra persona, que pone en peligro la salud del feto o le causa daño, directa o indirectamente.
- **Violencia física:** acción no accidental que provoque al niño o adolescente daño físico o enfermedad. Ejemplos: bofetadas, golpes, quemaduras con cigarrillos, sacudidas (a bebés), etc.
- **Violencia psicológica o emocional:** actuaciones o privaciones que provocan en niño o adolescente sentimientos negativos y limitan sus iniciativas. Ejemplos: menosprecio continuado, insultos, intimidación, etc.

Si se producen conductas activas del adulto, hablamos de maltrato emocional. Si lo que ocurre son

omisiones de conducta (ignorar), hablamos de abandono o negligencia emocional.

- **Negligencia o abandono:** se produce cuando las necesidades del/la menor/adolescente, físicas, sociales o psicológicas, no están siendo atendidas de forma temporal o permanente. Ejemplos de necesidades: alimentación, higiene, atención médica, seguridad, vigilancia, etc. Es el maltrato más frecuente.
- **Violencia sexual infantil:** es la situación en la cual un NNA es utilizado para satisfacer deseos sexuales impuestos por un/a adulto/a, ya sea participando o presenciando actividades sexuales para las cuales no está preparado y a las que, por tanto, no puede dar consentimiento. Ejemplos: tocamientos, seducción verbal, violación, obligar a ver pornografía, etc.

Para que se considere violencia sexual se tienen que dar algunos condicionantes:

- intencionalidad abusiva.
- coerción (uso de la fuerza, engaño o presión).
- diferencia de edad, capacidad intelectual o cualquier otro tipo desigualdad, que impida un verdadero consentimiento.

Según el artículo 181 del Código Penal, cualquier acto de naturaleza sexual con un/a menor de 16 años es susceptible de ser considerado delito. Además, el artículo 182 tipifica que se haga presenciar a menores de dicha edad actos sexuales y el artículo 183 tipifica que se induzca a un menor a cometer actos sexuales vía nuevas tecnologías. Ello, no obstante, el libre consentimiento del/la menor de 16 años excluye la responsabilidad penal por dichos delitos cuando *“el autor sea una persona próxima al menor por edad y grado de desarrollo o madurez física y psicológica”*, según el artículo 183.bis del mismo Código Penal.

Así, el límite de edad para poder considerar relaciones sexuales consentidas, en el Estado Español, es 16 años. Las actividades sexuales impuestas por un/a menor a otro/a, si el/la primero/a es considerablemente mayor que la víctima (aproximadamente 5 años o cuando la diferencia de edad o madurez sea sustancial), o utiliza la fuerza, amenazas, abuso de poder u otros medios de presión, también se consideran abuso.

En cuanto a los **tipos de violencia sexual infantil**, se puede realizar la siguiente clasificación:

Según el tipo de conducta	Con contacto físico	Tocamientos, caricias, masturbación, penetración.
	Sin contacto físico	Exposición a prácticas sexuales o pornografía, proposiciones orales, exhibicionismo.
	A través de internet	Ciberacoso, etc.
	Conductas sexuales inadecuadas	Pautas disfuncionales de crianza.
Según la duración	Episodio único	Un hecho puntual (suele ser un/a desconocido/a).
	Abuso crónico	En varias ocasiones, por un periodo largo del tiempo (suele ser alguien del entorno).

Según la relación con la víctima	Intrafamiliar	Del entorno familiar más próximo.
	Extrafamiliar	Conocido/a o desconocido/a, pero que no es del entorno cercano.

- **Explotación sexual:** se obliga al NNA a realizar actividades de prostitución o pornografía. Se lleva a cabo por familiares, conocidos/as o profesionales.
- **Violencia machista:** en este ámbito se incluyen formas de violencia específicas, como son:
 - **Matrimonio forzado:** cuando se produce sin el consentimiento válido de como mínimo uno/a de los/las contrayentes, por la intervención de terceras personas del entorno familiar que se otorgan la capacidad de decisión y presionan para que se produzca esta práctica. En el Estado Español legalmente se puede consentir a partir de los 16 años si están emancipados/as y entre los 14 y 16 años en caso de que hayan obtenido una dispensa judicial]. Existe un protocolo específico del Ministerio del Interior en estos casos.
 - **Mutilación genital femenina (MGF):** es el nombre genérico que se da a aquellas prácticas que implican la extirpación total o parcial de los genitales externos femeninos, u otras agresiones a los órganos genitales de las mujeres o niñas por razones culturales, religiosas u otras, con finalidad no terapéutica. Existe un protocolo específico para este tipo de violencia en la Generalitat de Catalunya.
 - **Violencia económica:** es la privación no justificada de recursos para el bienestar físico o psicológico de la mujer y, si cabe, de sus hijos/as, así como la limitación en la disposición de recursos propios o compartidos en el ámbito familiar o de pareja.
 - **Violencia vicaria:** es aquella que tiene como objetivo hacer daño a la mujer a través de sus seres queridos y especialmente de sus hijos e hijas. El objetivo es el control y el dominio sobre la mujer, en un punto máximo de posesión en una relación de poder que se sustenta en la desigualdad. Este fenómeno considera a los hijos/as como un medio o un instrumento para causar el máximo dolor a la madre, y a menudo se utiliza también como método de amenaza para impedir que la mujer se aleje. No es un elemento nuevo, sino que responde a patrones estructurales en una sociedad con parámetros patriarcales.
- **Sumisión químico-farmacéutica:** someter al/la menor, sin indicación médica, a cualquier tipo de sustancia que le incapacite para desarrollar su autonomía, resistencia o control.
- **Enfermedad simulada o producida por la persona cuidadora o trastorno facticio por poderes** [Síndrome de Munchausen por poderes]: los padres/madres, tutores/as o cuidadores/as, simulan enfermedades en el NNA, provocando continuas exploraciones médicas o ingresos hospitalarios, alegando síntomas ficticios de manera activa. Es un problema psicológico de la persona maltratadora. Suelen acudir a consultas continuamente y hacer cambios de profesional o de centro médico. Se aprecia un alto conocimiento de la enfermedad o síntomas que se alegan, mostrando actitud colaboradora y conforme con quedarse en el hospital.
- **Violencia mediante tecnologías de la información y la comunicación:** son conceptos relativamente recientes, pero que es muy importante conocer hoy en día porque las nuevas tecnologías se utilizan como instrumento para ejercer violencia de diversos tipos sobre NNA. Especialmente violencia psicológica y sexual. Destaca el **ciberacoso**, que consiste en el acoso, persecución y/o control ejercido hacia NNA por medio de las nuevas tecnologías. Puede ser entre menores o de un adulto/a a un/a menor.

- **Violencia institucional / victimización secundaria:** es ejercida por legislaciones, programas, servicios, actuaciones o procedimientos que provienen de poderes públicos o privados y de sus actuaciones, cuando vulneran derechos básicos de NNA. Está relacionada con la victimización secundaria, que hace referencia a la mala atención o atención inadecuada a la víctima por parte del sistema penal, instituciones sanitarias, policía, entre otras, por las repetidas situaciones a las que se ve sometida después de pasar por una situación de violencia o maltrato, lo que la perjudica psicológica y emocionalmente de manera más profunda y traumática.
- **Tráfico de seres humanos:** considerado “una de las infracciones más graves a escala mundial. Atenta contra la vida, la dignidad y la seguridad de las personas. Se considera una forma moderna de esclavitud, que afecta a niños/as y también a otros colectivos vulnerables”. A la víctima menor de edad se le debe proteger y procurar asistencia inmediata. Si la detección se realiza desde un servicio de salud, hay que avisar a las autoridades lo antes posible (cuerpos policiales y/o ministerio fiscal).
- **Explotación laboral:** situación en la que se utiliza a un/a niño/a en edad no laboral para trabajos con los que se obtiene beneficio. No sólo debemos pensar en trabajos duros físicamente, también se incluyen conductas pasivas como la utilización para la mendicidad.
- Además de estas tipologías genéricas, hacemos mención específica a situaciones que pueden encontrarse en el Hospital, por las características de la atención que ofrecemos. En concreto, **la violencia obstétrica o violencia institucional en salud mental.**
- **Claudicación familiar:** las condiciones socio-familiares, así como la atención que requieren NNA con diagnósticos de salud mental, producen situaciones de alta complejidad, tanto individual como familiar, que pueden derivar en una cronicidad y deterioro, provocando un desgaste y desbordamiento, en ocasiones irreversibles. Progenitores o guardadores/as llegan a una situación tan límite que deciden dejar de ejercer sus funciones y delegarlas en las administraciones públicas. Es necesario hacer una exploración exhaustiva y un abordaje cuidadoso de estas situaciones, para comprobar si hay alternativas a la claudicación.

Finalmente, a título ilustrativo, se aporta una de las clasificaciones posibles del maltrato infantil, la más utilizada en el ámbito social o de protección a la infancia, según queda recogida en el siguiente cuadro resumen:

Perspectiva	Tipo de maltrato		Características
Según el momento en que se produce	Prenatal		Antes del nacimiento
	Postnatal		Después del nacimiento
Según autor o autores	Intrafamiliar		Los/las autores/as son familia, biológica o no, de la víctima.
	Extrafamiliar		Los/las autores/as no son familiares o lo son en un grado muy lejano y no hay relación familiar.
Según la edad de los autores	Cometido por un adulto		Mayor de 18 años. Se aplica el Código Penal.
	Cometido por un NNA entre 14 y 18 años		Se aplica la Ley del Menor* y los procesos de Justicia Juvenil.
	Cometido por un NNA menor de 14 años		Inimputabilidad penal. Se abordará desde DGPPiA.

Según la intensidad	Leve o moderado	Situación no urgente. Se aborda desde el servicio que lo detecta + Servicios Sociales.
	Grave	Situación urgente, está en peligro la integridad o bienestar del menor. Se aborda desde servicios especializados y DGPPiA.

**Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores.*

Es importante destacar que se deben tener en cuenta las particularidades de cada situación para decidir cómo se va a intervenir, para detectarlas adecuadamente y para prevenir su aparición, tal como se expone y desarrolla en el siguiente punto.

6. Abordaje

6.1 Aspectos generales

La mayor parte de la violencia infantil se produce en el entorno de confianza del/la menor. El propio hecho de ser NNA provoca que estén situados en una posición vulnerable, por ser quienes suelen estar en inferioridad de condiciones en términos de poder sobre el otro. Sus familias, educadores, otros cuidadores/as y/o los profesionales que los atienden son, por tanto, los principales victimarios de NNA. Todo ello sin olvidar la violencia entre iguales, que se debe abordar teniendo en cuenta que ambas partes (víctima y victimario), son objeto de los mismos derechos.

El personal sanitario se integra en el círculo cercano de NNA, convirtiéndose en figuras de confianza con quienes establecen relaciones de interacción frecuente. Dado su papel, estos/as profesionales tienen acceso a información profundamente personal y delicada, que pertenece al ámbito privado de los NNA, y son vistos/as como autoridades en materia de conocimiento y cuidado. Esta percepción los/las coloca en una posición de influencia significativa, la cual es reconocida como uno de los factores clave en la dinámica de la violencia.

Por todo ello, para abordar las situaciones de violencia que pueden darse en el entorno hospitalario, se diferenciará entre las actuaciones y medidas que deberán adoptarse en función de quién sea la persona o personas que han podido ejercer la violencia o maltrato (victimario), diferenciado, por tanto, las situaciones en las que el/la victimario/a es una persona vinculada a la institución (ámbito interno) y las situaciones en las que el/la victimario/a no está vinculado/a al Hospital, ya sea un familiar u otra persona (ámbito externo).

6.2 Abordaje de la violencia contra NNA en el ámbito interno (esto es, cuando el victimario sea una persona vinculada al Hospital)

6.2.1 Prevención en el ámbito interno

En relación con la violencia, la prevención es la mejor manera de evitarla, porque actuamos antes incluso de que ocurra. Requiere un compromiso a todos los niveles: personal, institucional, político, legislativo y social.

A nivel interno, la promoción de la cultura del buen trato es una herramienta imprescindible en este sentido. Implica que los esfuerzos no se centran únicamente en evitar que se produzcan situaciones indeseadas, sino

en que se fomenten actitudes empáticas con las necesidades de NNA, de espacio y escucha hacia ellos, garantizando que participen de manera activa en la protección de sus derechos.

Las medidas de prevención previstas han de incluir:

- Formación específica sobre protección a la infancia y adolescencia para todo el personal (laboral y no laboral) vinculado al Hospital.
- Acciones de sensibilización e informativas dirigidas a todos los colectivos, especialmente los NNA.
- Adecuación del espacio físico del Hospital para que sea un entorno seguro.
- Establecimiento de normas de conducta para todo el personal vinculado al Hospital, que puede incluir la firma de un compromiso escrito.
- Revisión de procedimientos diagnósticos, de tratamiento, etc. para evitar situaciones de riesgo.
- Medidas de contratación segura: control inicial y periódico de antecedentes por delitos de naturaleza sexual, lectura y compromiso de cumplimiento de la Política de protección del NNA del HSJD.

En función de la revisión periódica del mapa de riesgo se ampliarán o modificarán estas medidas.

6.2.2 Detección

La detección de cualquier situación de violencia requiere de una actitud proactiva por parte de todos los agentes implicados. Debería ser tan precoz como sea posible para evitar consecuencias graves en las víctimas, para incrementar las posibilidades de éxito en la intervención, tratar las secuelas y evitar la reiteración.

Puede ocurrir que personal del Hospital detecte una situación en un paciente/familia o que haya otro servicio externo que lo ha detectado y derive o informe de la situación al Hospital. Una fuente primordial de detección es que el propio NNA refiera que está viviendo o ha vivido una situación de violencia. Para ello es fundamental que el Hospital disponga de personal formado, vías de comunicación efectivas para los NNA y circuitos de actuación claros para dar una respuesta adecuada, priorizando siempre la protección de la víctima.

Las principales vías de detección en el ámbito interno son la revelación por parte de la propia víctima o su familia, y la observación directa por parte del personal del Hospital o a través de sistemas de vigilancia.

Es necesaria la sensibilización del propio personal para que comunique cualquier situación que pueda observar por parte de otras personas trabajadoras. El personal del Hospital tendrá a su disposición canales de comunicación y circuitos concretos para ello (ver “Circuito de intervención ámbito interno”).

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se modificarán o se pondrán en marcha aquellas acciones que permitan llevar a cabo una detección más efectiva de las situaciones que se puedan producir en este ámbito, actualizándose el Mapa de Riesgos del Hospital de la forma que resulte procedente.

6.2.3 Intervención (I): El Comité de Protección Infantil

Una vez detectada la situación de posible violencia o maltrato en el ámbito interno, se tiene que iniciar un proceso cuyo objetivo principal es proteger al NNA y/o mujer gestante. A tal efecto, el Hospital ha constituido un Comité de Protección Infantil (en adelante, “CPI”), que es el órgano encargado de velar por el proceso de recogida de información, valoración de la situación y propuesta de medidas a adoptar en cada caso concreto.

- **Composición:** el CPI está presidido por la Directora de Calidad y Experiencia del Paciente y formado por

cinco vocales de distintos ámbitos de competencia de la organización (Personas y Valores, Pediatría, Enfermería, Trabajo Social, Representante del Comité de Ética).

La Directora de Calidad podrá delegar la presidencia en algún miembro del CPI.

- **Funciones:** El CPI se responsabiliza de emprender las acciones de investigación oportunas en caso de que se detecte o se denuncie una potencial situación de violencia contra la infancia en el ámbito interno.

El CPI actuará respetando el Procedimiento de Investigación Interna del Hospital, coordinando sus actuaciones con las que competen al Órgano de Cumplimiento Normativo y al Responsable del Sistema Interno de Información.

Asimismo, el CPI propondrá las acciones correctoras que estime oportunas para cada situación, dando cuenta a la Dirección del centro de sus actuaciones y conclusiones.

Adicionalmente a lo anterior, es importante tener en cuenta que el CPI no solo se reunirá para actuar en casos concretos, sino que, periódicamente, revisará este documento, así como velará por considerar todas aquellas acciones de mejora institucional que optimicen la protección infantil.

De los resultados de la encuesta del mapa de riesgos se podrán extraer nuevas medidas o procedimientos, o modificar los existentes.

- **Reuniones:** El CPI se reunirá, con carácter ordinario con una periodicidad trimestral. Además, a propuesta de su Presidenta, se reunirá todas las veces que se estimen necesarias para conocer los casos que se presenten. Las reuniones podrán mantenerse de forma presencial o telemática, dejando constancia de las mismas en forma de acta.
- **Conflicto de interés:** las personas miembros del CPI se abstendrán de conocer/participar en cualquier investigación en la que puedan tener un potencial conflicto de interés. En tal caso, reportarán la existencia del conflicto a la Presidencia del CPI y se apartarán del caso concreto de que se trate.
- **Confidencialidad:** Toda la información relativa a los casos que sean conocidos por el CPI o por cualquier otra persona trabajadora que guarde relación con un supuesto caso de maltrato o violencia contra NNA deberá mantenerse en la más estricta confidencialidad, debiendo compartirse únicamente con quienes tengan autorización legal para acceder a ella (servicios de protección o judiciales, por ejemplo) e informando a la familia y, en su caso, al/la paciente, en los términos legales que resulten de aplicación. Además, se respetará lo dispuesto en la normativa relativa a la protección de datos personales.
- **Adopción de medidas cautelares:** En el supuesto de riesgo para la seguridad del NNA y/o denunciante, el CPI instará a la Dirección competente la adopción de las medidas cautelares que resulten necesarias para salvaguardar los derechos del NNA o del denunciante.
- **Plan de acción:** Una vez concluido el procedimiento investigador, que se ajustará a los tiempos y requerimientos del Procedimiento Interno de Investigación, el CPI propondrá un plan de acción y, en su caso, elevará sus conclusiones al Comité de Cumplimiento Normativo, para que adopte las medidas que resulten oportunas.
- **Respecto a los derechos de personas afectadas por la investigación:** Durante la investigación que se lleve a cabo, el CPI velará por el respeto a los derechos que asisten a la persona objeto de dicha investigación, en particular el derecho a la presunción de inocencia y a ser escuchada durante el procedimiento.

6.2.4 Intervención (II): Circuitos de intervención

El circuito de intervención para conocer casos de potencial violencia contra NNA en el ámbito interno se puede dividir en cinco etapas principales:

1. Activación
2. Comunicación de la situación
3. Protección y tratamiento, si procede
4. Investigación
5. Seguimiento y cierre

En lo no contemplado específicamente en cada una de dichas etapas se aplicará lo contemplado en el Procedimiento Interno de Investigación del Hospital.

En todo caso, el circuito será diferente en función de si el posible abuso/maltrato hacia el NNA se produce por parte del personal del Hospital, en sus diferentes modalidades de contratación o colaboración, o es ejercido por otros pacientes y/o familiares. A tal efecto, se entiende por “personal del Hospital” las personas trabajadoras directamente contratadas por el Hospital, el personal subcontratado o vinculado al Hospital mediante convenio de colaboración con su institución de origen (alumnos/as, fundaciones, asociaciones...) y cualquier otro tipo de personas colaboradoras del Hospital (voluntarios/as, personal Hospital Amic, etc.).

A continuación, se detalla el circuito de intervención cuando el abuso o maltrato se produce por personal del Hospital.

6.2.4.1 Activación del circuito de intervención

El circuito de intervención se activa con la recepción de una consulta o denuncia inicial, que puede recibirse a través de los siguientes medios:

- Por cualquier medio susceptible de ser dirigido a los/las miembros del CPI (deberán poner la consulta o denuncia en conocimiento de la Directora de Calidad y Experiencia del Paciente, en su condición de Presidenta de dicho Comité).
- A través del Canal de Cumplimiento Normativo del Hospital (en este caso, será la persona Responsable del Sistema Interno de Información –esto es, del Canal de Cumplimiento- quien activará al CPI). En este caso, la persona Responsable del Sistema Interno de Información notificará a la Directora de Calidad y Experiencia Paciente la recepción de una denuncia o el conocimiento de un hecho susceptible de ser conocido por el CPI.
- De cualquier otra forma, por los diferentes canales de comunicación o reporte existentes en el Hospital.

El CPI convocará la correspondiente sesión para proceder a valorar si es oportuno admitir a trámite el caso o si procede desestimarlos, de conformidad con lo dispuesto en el Procedimiento de Investigación del Hospital. A tal efecto, dejará constancia de su decisión por escrito y de forma motivada, remitiendo copia de esta resolución a la persona Responsable Interno del Sistema de Información del Hospital.

6.2.4.2 Comunicación de la situación

Cuando el CPI tenga conocimiento de un caso y se estime oportuno iniciar la instrucción del mismo procederá a informar de la situación a las siguientes instancias:

- Gerencia del Hospital.
- A la persona Responsable del Sistema Interno de Información, para que pueda efectuar el correspondiente seguimiento y registro del caso.
- Con carácter potestativo, al Jefe/a de la persona trabajadora o colaboradora afectada, que podrá participar en las siguientes fases del procedimiento si fuese necesario.
- Si se estima necesario, a la Directora de Márketing y Comunicación del Hospital (en caso que deba hacerse una gestión de la comunicación de la crisis).

Además, el Comité procederá a identificar a la persona referente/interlocutora para realizar comunicación o seguimiento con la familia del NNA, en los términos que resulten oportunos.

6.2.4.3 Protección y tratamiento [adopción de medidas cautelares]

El CPI verificará que el NNA afectado se encuentra en una situación de protección y que ha recibido o recibirá el tratamiento que requiere, si procede. Se planteará ofrecer soporte terapéutico al NNA y su familia: ESTIM [Equip de Suport i Teràpia a Infància Maltractada] / otras EFES [Equips Funcionals d'Expertessa] / Barnahus [Unitats Integrades Barnahus].

El CPI valorará, asimismo, la adopción de medidas cautelares, siguiendo lo dispuesto en el Procedimiento de Investigación. Estas medidas pueden incluir:

- La retirada preventiva de la persona afectada por la denuncia de su puesto de trabajo si así se valora necesario por parte del CPI.
- La posibilidad de asignación de tareas no asistenciales sin contacto con NNA a la persona afectada por la denuncia.
- El traslado del caso a las autoridades competentes.
- La adopción de cualquier otra medida o acción que resulte necesaria para garantizar la protección a NNA y poder instruir el procedimiento investigador.

6.2.4.4 Investigación

El CPI conducirá la investigación interna de conformidad con lo dispuesto en el Procedimiento de Investigación Interna del Hospital.

6.2.4.5 Seguimiento y cierre

El expediente de investigación de hechos finalizará con un informe emitido por el CPI, con el siguiente contenido:

- Fecha de inicio del expediente.
- Descripción de hechos.
- Diligencias de investigación practicadas.
- Análisis de asunto.
- Conclusiones alcanzadas.
- Propuesta de medidas y, en su caso, plan de acción.

Se remitirá dicho Informe a la Dirección del Hospital y a la persona Responsable del Sistema de Información, para que ésta le dé el curso correspondiente, según dispone el Procedimiento de Investigación Interna.

6.2.4.6 Otro personal

Si la situación detectada implica a personal subcontratado, colaboradores o similares, se realizarán las mismas acciones previamente indicadas y, además, se convocará a la persona responsable de la entidad o empresa proveedora que participará en las fases del procedimiento que sean necesarias.

6.2.5 Intervención (III): Medidas disciplinarias resultantes del procedimiento

En el apartado de “Régimen Disciplinario” del Convenio Colectivo de aplicación al Hospital, así como en el Estatuto de los Trabajadores, se recogen las opciones legalmente establecidas para amonestar, sancionar o despedir a una persona trabajadora en relación una falta cometida en el ámbito de la presente Política.

Las faltas cometidas en razón de los supuestos que este documento se contemplan, podrían tener, siempre y cuando se verifique su comisión, la categorización de falta grave o muy grave. Las sanciones por falta grave pueden suponer una suspensión de empleo y sueldo de 11 a 20 días, y las sanciones por falta muy grave pueden suponer una suspensión de empleo y sueldo de 21 a 60 días; traslado de departamento o servicio por un período de 3 meses hasta un año; inhabilitación para ascender de categoría durante 3 años como máximo o el despido.

Para la imposición de sanciones por falta muy grave se instruirá un expediente sumario. Este es un requerimiento garantista para la persona trabajadora puesto que obliga a la Dirección del centro a revisar detalladamente que la actuación puede tener esta consideración. El proceso se inicia comunicando a la persona trabajadora un pliego de cargos, en el que se exponen los hechos y se ofrecen 5 días hábiles para contestarlo por escrito. De este pliego también se dará cuenta al Comité de Empresa, que también podrá contestar por escrito. Una vez recibidas las alegaciones, la Dirección las evaluará y, en su caso, impondrá la sanción adecuada. Puede suceder que, de alguna de las actuaciones valoradas y consideradas como sancionables, se pudiera derivar responsabilidad penal o civil por parte de la persona trabajadora, en cuyo caso la Dirección efectuará las acciones administrativas o judiciales pertinentes.

6.2.6 Intervención (IV): Circuitos de intervención cuando el victimario es otro usuario/paciente o familiar de éstos

Si la situación de posible abuso/maltrato hacia NNA se produce por parte de otros/as pacientes o de familiares de otros/as pacientes se aplicarán medidas de protección, se realizará interconsulta al Servicio de Trabajo Social, y se notificará al CPI para que éste pueda adoptar las medidas que resulten pertinentes, en función del caso o situación concreto. A título meramente ejemplificativo, dichas medidas podrán ser:

- Aplicación de medidas necesarias para evitar contacto entre las partes afectadas (reubicación física según necesidades de los pacientes). Si la persona presunta abusadora (en adelante “PPA”) es un/a paciente de HSJD se reubicará la PPA teniendo en cuenta evitar la posibilidad de repetición de estas conductas (no habitaciones dobles...).
- Si la PPA es un familiar y/o cuidadora de otro paciente se valorará la posibilidad de no permitir el acceso al centro.

En todo caso, se pondrá la situación en conocimiento de las autoridades competentes, a los efectos legales oportunos.

Asimismo, se ofrecerá soporte terapéutico al NNA y su familia: ESTIM / otras EFES / Barnahus.

6.3 Abordaje de la violencia contra NNA en el ámbito externo (cuando el victimario no es una persona vinculada/con relación con el Hospital).

6.3.1 Prevención en el ámbito externo

El personal del Hospital debe estar concienciado de la necesidad de participar en la prevención de las situaciones de violencia que se puedan producir en el contexto extra hospitalario de las que tenga conocimiento por razón de su actividad asistencial. Dicha prevención tendrá por objeto salvaguardar los derechos de NNA y garantizarles un estado de salud óptimo.

Existen factores de riesgo sobre los que es necesario incidir con el objetivo de evitar que se conviertan en situaciones de violencia o maltrato infantil. Estos factores nos permiten saber en qué situaciones vamos a tener que estar más alerta y trabajar para favorecer cambios que permitan minimizarlos.

A tal efecto, se han publicado diversas descripciones de factores de riesgo, que se detallan el [Anexo 2](#). En el ámbito sanitario destacan los recogidos en el Protocolo de actuación de CatSalut:

NNA	Progenitores, tutores o cuidadores	Entorno
- Trastornos del comportamiento y afectivos - Enfermedades crónicas - Diversidad funcional - Retraso del desarrollo - Prematuridad - No deseado/demasiado deseado - No planificado	- Baja autoestima y baja tolerancia a la frustración - Poco control de los impulsos - Consumo de riesgo y alto riesgo de alcohol y otras sustancias adictivas - Edad joven del padre o madre o parejas - Antecedentes del padre o de abuso a la infancia - Enfermedad mental - Déficit de conocimiento del desarrollo del niño/expectativa irreal del NNA. - Atribución negativa de aspectos normales del desarrollo o la conducta del NNA	- Aislamiento social/falta de red de soporte - Pobreza - Paro/precariedad laboral/sobrecarga laboral - Bajo nivel educativo - Falta de vivienda/hacinamiento - Incorporación de terceras personas/frecuentes cambios de referentes adultos - Violencia familiar

Fuente: Tabla 1 Factores y características que pueden poner al niño o al adolescente en riesgo de maltrato. Protocolo de actuación frente al maltrato en la infancia y adolescencia en el ámbito de la salud, Generalitat de Catalunya. Marzo de 2019.

Para trabajar sobre estos factores de riesgo y minimizarlos, las principales acciones a poner en marcha son:

- Llevar a cabo un trabajo en red y coordinado con el resto de agentes del territorio.
- Elaborar planes de trabajo individuales con las familias y pacientes.
- Promover, participar y/u organizar jornadas u otras actividades de sensibilización y formación para diferentes colectivos.
- Contribuir a la producción científica o a la elaboración de materiales sobre los derechos de la infancia y adolescencia.

- Formar parte de organizaciones de defensa de los derechos de NNA.

6.3.2 Detección en el ámbito externo

La detección de cualquier situación de violencia requiere de una actitud proactiva por parte de todos/as los/las agentes implicados. Debería ser tan precoz como sea posible para evitar consecuencias graves en las víctimas, para incrementar las posibilidades de éxito en la intervención, tratar las secuelas y evitar la reiteración.

Puede ocurrir que personal del Hospital detecte una situación en un paciente/familia o que haya otro servicio externo que lo ha detectado y derive o informe de la situación al Hospital. Una fuente primordial de detección es que el propio NNA explique que está viviendo o que ha vivido una situación de violencia. Para ello es fundamental disponer de personal adecuadamente formado, vías de comunicación efectivas para los NNA y circuitos de actuación claros para dar una respuesta adecuada, priorizando siempre la protección de la víctima.

Tal como sucedía en el ámbito interno, la principal vía de detección de una situación de maltrato suele ser la revelación directa por parte de la víctima o de su entorno.

Asimismo, específicamente en el ámbito externo, para valorar el riesgo social y/o de maltrato, existen unos indicadores recogidos en la Orden CSF/331/2013 de 18 de diciembre, por la que se aprueban las listas de indicadores y factores de protección de los niños y adolescentes. En esta Orden se define la lista de observaciones de maltrato infantil que se aplican para la detección precoz y situaciones de maltrato o riesgo de maltrato. En el [Anexo 2](#) se detallan aquellas que pertenecen al ámbito sanitario.

6.3.3 Intervención en el ámbito externo

El/la profesional sanitario/a que detecta o tiene sospecha de la existencia de una situación de riesgo o violencia contra NNA debe actuar en consecuencia. El procedimiento de intervención se describe con detalle en el Protocolo de actuación del CatSalut, que puede consultarse aquí.

Cada profesional o persona vinculada al Hospital, tiene unas competencias, un ámbito de actuación y unas herramientas que determinan cómo deberá proceder. Adicionalmente, cabe recordar que es imprescindible el trabajo en equipo, interdisciplinar y coordinado.

En cuanto al circuito de intervención, las situaciones de ámbito externo se vehicularán mediante interconsulta al Servicio de Trabajo Social del Hospital, Equipo ESTIM. Por tanto, el profesional que tiene la competencia para articular la intervención en estas situaciones es el/la Trabajador/a Social.

Así, la persona que haya detectado la situación tiene que hacer interconsulta (en adelante, "IC") al Servicio de Trabajo Social (en adelante, "TS"), independientemente del momento en el que se produzca la situación, detallando los indicadores detectados e informando a la familia de la IC realizada. Cuando la situación detectada es una sospecha de violencia sexual infantil o un maltrato grave, la IC irá dirigida a TS del equipo especializado ESTIM.

El TS hará la valoración pertinente, conjuntamente con el equipo que atienda al/la paciente, y decidirá las acciones a llevar a cabo, que pueden incluir una intervención directa con la familia, la coordinación con servicios externos, la comunicación a los servicios de protección a la infancia (DGPPiA) y/o al sistema judicial, entre otras. Si la situación se ha producido fuera del horario del Servicio de Trabajo Social, el profesional sanitario responsable del caso debe comunicarse con DGPPiA de manera inmediata si no se puede garantizar

la protección del paciente en su entorno (Teléfono Infància Respon 111 116 o bien unidad UDEPMI 93 552 45 35).

Tanto los indicadores detectados como las intervenciones que se realicen deben quedar registradas en la HC del/la paciente.

El trato a las familias o personas que acompañen al/la paciente no debe ser diferente, aunque se esté valorando una situación de posible maltrato o se haya detectado un riesgo. Si bien será necesario estar alerta y responder eficazmente para evitar daños al NNA o mujer gestante, será más beneficioso para la intervención, considerar a las familias como personas que necesitan ayuda, en lugar de adoptar posturas acusatorias, juzgar o compararse con ellas.

7. Soporte a los profesionales que detectan situaciones de violencia

La atención a NNA que han sido víctimas de violencia, especialmente en sus formas más graves, puede tener repercusiones en la salud emocional de los profesionales. Además, la obligación legal de comunicar las situaciones al sistema de protección o judicial, puede tener un impacto negativo en su vida personal o laboral. Existe el riesgo de recibir una denuncia o una agresión por parte de las personas que se hayan visto afectadas por esta comunicación a las autoridades. En este sentido, cabe recordar que las agresiones a profesionales sanitarios están tipificadas específicamente en el art. 500 del Código Penal, como atentados contra figuras de autoridad.

Para garantizar que los profesionales trabajan en un contexto adecuado para cumplir con su obligación respecto a las situaciones de violencia contra la infancia o adolescencia, el Protocolo del CatSalut hace referencia a los siguientes recursos (dejándose expresa constancia de que el Hospital dispone de los mismos):

- Evaluación de riesgos psicosociales por parte del Servicio de Prevención.
- Disponer de planes de prevención y de intervención para asegurar un entorno saludable y seguro.
- Tratar cualquier consecuencia negativa para la salud del profesional como una contingencia profesional.
- Disponer de recursos especializados de atención a la salud.
- Soporte jurídico por parte de la institución en caso de procedimiento judicial asociado a una actuación profesional.

Todo ello, con la finalidad de facilitar que un/a profesional detecte y actúe adecuadamente ante una situación de maltrato o riesgo, en los términos descritos en esta Política.

8. Difusión

Todas las personas vinculadas al Hospital deben ser conocedoras de la presente Política de protección que, además, es de obligado cumplimiento. El Hospital diseñará e implementará las acciones de difusión necesarias para todos los colectivos implicados.

9. Evaluación

Esta Política debe ser evaluada periódicamente, especialmente cuando se requiera alguna actualización por cambios legislativos o necesidades de la Institución.

A tal efecto, se evaluarán, entre otros, los siguientes aspectos:

- Adecuación a la normativa vigente.
- Grado de aplicación y conocimiento por parte del personal del Hospital.
- Revisión del mapa de riesgos.
- Inclusión de mejoras detectadas desde los diversos servicios hospitalarios.

Corresponde al CPI impulsar la revisión y evaluación periódica de la presente Política, llevando a cabo tal actividad siempre que se requiera por cambios legislativos/normativos y, en todo caso, con una periodicidad mínima trianual.

Anexo 1. Marco legal y normativo

El presente Anexo contiene un listado de la principal legislación y normativa que resulta de aplicación en materia de protección a NNA. La presente enumeración de normativa aplicativa no tiene carácter exhaustivo, resultando de aplicación cualquier otra que sea pertinente al caso concreto, aunque no se contenga en este listado.

Asimismo, cualquier mención a normativa derogada debe entenderse a su equivalente en vigor. En

todo caso, también resulta de aplicación toda la normativa interna que corresponda.

Los/las profesionales y personas colaboradoras del HSJD tienen la obligación de conocer y dar cumplimiento a toda la legislación y normativa, tanto la que se enumera a continuación como cualquier otra que se deba aplicar.

Normativa Internacional

- Convención sobre los derechos del niño de las Naciones Unidas, aprobada en la Asamblea General el 20 de noviembre de 1989.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas de 13 de diciembre de 2006.
- Observaciones del Comité de Naciones Unidas de Derechos del Niño, especialmente las Observaciones núm. 13 sobre “el derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia”, núm. 14 sobre “el derecho del niño a que su interés sea una consideración primordial”, y núm. 12 sobre “el derecho del niño a ser escuchado”.

Normativa Europea

- Carta Europea de los Derechos del niño (DOCE núm. C241, de 21 de septiembre de 1992).
- Convenio del Consejo de Europa para la Protección de los Niños contra la Explotación y Abuso Sexual, realizado en Lanzarote el 25 de octubre de 2007 (BOE núm. 274, de 12 de noviembre de 2010).
- Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica de 2011.
- Declaración conjunta del Parlamento Europeo y del Consejo sobre el embaucamiento de menores con finalidad sexual (DOOCE de 27 de octubre 2011).
- Directiva 2011/36/UE del Parlamento Europeo y del Consejo relativa a la prevención y la lucha contra el tráfico de seres humanos y protección de las víctimas. Tanto la directiva 2011/36/UE, como la directiva 2011/92/UE y la Directiva 2012/29/UE han sido traspasadas a la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la Víctima del Delito.
- Directiva 2011/92/UE del Parlamento Europeo y del Consejo relativa a la lucha contra los abusos sexuales y explotación sexual de los menores y la pornografía infantil, aprobada el 13 de diciembre de 2011. Esta directiva ha sido incorporada en la normativa interna del Estado Español por la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito.
- Directiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 25 de octubre de 2012, per la cual se establecen normas mínimas sobre los derechos, la ayuda y la protección de las víctimas de los delitos.
- Recomendación 2013/112/UE de la Comisión Europea de 20 de febrero de 2013, invertir en la infancia: romper el ciclo de las desigualdades, relativa a la organización y a la aplicación de políticas de lucha contra la pobreza y exclusión social de los niños.

Normativa Estatal

- Código Penal [Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal].
- Ley de enjuiciamiento Criminal (LECrim).
- Ley Orgánica 19/1994, de 23 de diciembre, de protección a testigos y peritos en causas criminales.
- Ley 35/1995, del 11 de diciembre, de ayuda continua a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual.
- Ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal y las sucesivas reformas.
- Ley 1/1996, de 10 de enero, de Asistencia Jurídica Gratuita, modificada por el Real Decreto Ley 3/2013, de 22 de febrero, que reconoce el derecho a la asistencia jurídica gratuita e inmediata a todos los menores de edad que sean víctimas de abuso maltrato, con independencia de la existencia de recursos por litigar (artículo 2.g).
- Ley orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.
- Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia (modifica la anterior).
- Ley orgánica 5/2000, de 12 de enero, de responsabilidad penal del menor.
- Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
- Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito.
- Ley Orgánica 27/2003, reguladora de la Orden de Protección de las Víctimas en materia de violencia de género.
- Ley 8/2021 de protección integral a la infancia y adolescencia frente a la violencia [LOPIVI; también conocida como "Ley Rodhes"].
- Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual.

Normativa Autonómica (Catalunya)

- Ley 27/2001, de 31 de diciembre, de justicia juvenil.
- Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de reforma del Estatuto de Autonomía de Catalunya. El artículo 40.3 del Estatuto establece que los poderes públicos han de garantizar la protección de los niños, especialmente, contra cualquier forma de maltrato.
- Ley 12/2007, de 11 de octubre, de servicios sociales.
- Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista.
- Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia.
- Ley 25/2010, del 29 de julio, del libro segundo del Código civil de Cataluña, relativo a la persona y la familia.
- Ley 11/2014, del 10 de octubre, para garantizar los derechos de lesbianas, gais, bisexuales, transgéneros e intersexuales y para erradicar la homofobia, la bifobia y la transfobia.
- Ley 17/2015, de 21 de julio, de igualdad efectiva de mujeres y hombres.
- Acuerdo de Gobierno ACORD GOV/97/2017, de 18 de julio, por el cual se aprueba el Protocolo marco de actuaciones contra el maltrato a niños y adolescentes de Catalunya.

- Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina.

Normativa específica ámbito de salud

- Protocolo de actuación frente al maltrato en la infancia y adolescencia en el ámbito de la salud.

Protocolos internos del Hospital Sant Joan de Déu

- Intervención en los supuestos de riesgo y retención notificados des de DGPPiA [Direcció General de Prevenció i Protecció a la Infància i l'Adolescència].
- Renuncia de recién nacido.
- Trabajo Social en el Servicio de Neonatología.
- Familias de riesgo psicosocial grave: Entornos donde se detectan factores de riesgo negligentes, con poca capacidad protectora y con serias dificultades para hacerse cargo de las situaciones el hijo/a: entornos familiares violentos (entre los padres, hacia los hijos...), con consumo de tóxicos durante la gestación, con dificultades para beneficiarse del soporte de la red de servicios, con poca consciencia de los problemas y las necesidades de su hija/a, con trastornos en la estructura y dinámica familiar, con enfermedad mental, etc. Incorporamos aquí los bebés que ingresan con una orden de DGPPiA que implica retención hospitalaria en el momento del nacimiento.
- Protocolo de actuación de los profesionales asistenciales en el caso de padres separados en conflicto.
- Código de Conducta de la Provincia de España de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios.
- Procedimiento de Investigación Interna de la Provincia de España de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios.

Anexo 2. Listado de Indicadores

Maltrato prenatal

- Gestante que presenta un embarazo sin control médico adecuado con riesgo para el feto.
- Gestante que presenta consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco, cocaína, cánnabis, drogas de diseño, fármacos no prescritos...) sin control médico adecuado.
- Gestante que presenta trastornos mentales graves sin control.
- Gestante que presenta diversidad funcional sin control.
- Gestante en situación de vulnerabilidad sin soporte social, económico, afectivo, familiar o entorno conflictivo.
- Gestante víctima de violencia machista.
- Gestante, o su pareja, con antecedentes de maltrato en hijo/as anteriores.

Para consultar el listado completo de indicadores y/observaciones:

https://dretssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicas/07infanciaiadolescencia/proteccio_infancia_i_adolescencia/maltractaments/rumi/documents_simulador/llistat_observacions.pdf

Maltrato en la infancia y adolescencia

Aspecto físico y situación personal del niño/a

1. Higiene deficiente del niño: ropa sucia, olor desagradable, dermatitis del pañal, etc.
2. Alimentación descuidada o insuficiente: indicios médicos.
3. Dolencias físicas: se queja a menudo de dolor, está enfermo constantemente, presenta heridas o veces que parecen accidentales.
4. Violencia física intencionada: heridas, rozaduras, hematomas, quemaduras, alopecia, plagiocefalia, hemorragias, cortes, punzadas, etc. Síndrome del bebé sacudido (daños producidos en el cerebro y la retina cuando se sacude fuerte un bebé), señala a sus progenitores o manifiesta que ellos o alguien del entorno son causantes del dolor, da explicaciones poco convincentes de las lesiones, etc.
5. Abusos sexuales: dolor o picor en la zona anal/genital, molestias al caminar o sentarse, ropa interior rota o manchada, embarazo, lesiones en los genitales, ETS, restos de semen, alteraciones en el esfínter o himen, manifiesta que está padeciendo abusos, da explicaciones poco convincentes de lesiones, etc.
6. Haber padecido abuso sexual, agresiones físicas o maltrato prenatal en el pasado.
7. Haber sufrido o existir indicios de riesgo de mutilación genital femenina.
8. Manifestaciones de otras personas, profesionales o familiares: han observado situaciones que hacen pensar en un abuso sexual (o sospechan), dicen que los progenitores o guardadores le pegan, han oído agresiones verbales y/o físicas, etc.
9. Situaciones de grave desprotección del menor: desatención alimentaria, abandono intencionado, no recibe el tratamiento necesario para una enfermedad grave, intención de darle en adopción, no tiene referentes

familiares en el país, situación de peligro grave, amenazas de muerte o abandono de los progenitores, etc.

10. Desatenciones graves o agresiones antes del nacimiento: presenta síndrome de abstinencia neonatal, enfermedades o trastornos derivados del consumo de la madre en el embarazo, lesiones por falta de control médico durante el embarazo.

Área emocional y comportamental del niño/a

1. Conductas agresivas o disociales del niño/a: agresividad física o verbal contra otras personas, conducta destructiva con objetos, conductas desafiantes.
2. Conductas de riesgo del propio niño/a: menciona el suicidio o ha hecho algún intento, se autolesiona, presenta trastornos de la conducta alimentaria, falta de autocontrol.
3. Consumo de sustancias tóxicas: alcohol, drogas, tabaco, etc. Se observen indicios de que ha consumido [ojos rojos, olor] o presenta síntomas compatibles con síndrome de abstinencia.
4. Manifestación de miedo o angustia: actúa a la defensiva ante cualquier aproximación física.
5. Alteraciones en la relación con los otros: familiaridad excesiva con extraños, llama continuamente la atención, demanda afecto continuamente, no interacciona, no fija la mirada, parece ausente.
6. Otras manifestaciones del estado de ánimo: aspecto triste o llora sin motivo, comentarios que indican autoestima baja, conductas regresivas, baja respuesta al dolor, TCA, trastornos del suelo, etc.
7. Comportamientos de autoestimulación compulsiva: balanceos, golpes de cabeza.
8. Comportamientos sexualizados inadecuados para la edad: conductas y/o vocabulario inadecuado a la edad, miedo a embarazo, promiscuidad sexual (adolescentes).
9. Adopción de roles que no corresponden por edad: inversión de roles con los padres, asunción de tareas del hogar inapropiadas, etc.

Desarrollo y aprendizaje del niño/a

1. Retraso en el desarrollo: en la adquisición de habilidades verbales, sociales, cognitivas; falta de respuesta a estímulos, talla y peso muy inferiores según edad.
2. Dificultades en el control de esfínteres: enuresis o encopresis frecuente a partir de los 6 años.

Relación de los progenitores o guardadores con el niño/a

1. Manifiestan rechazo hacia él/ella: se ríen de sus dificultades, le avergüenzan, minimizan episodios de dolor, enfermedad o pena, no hay manifestaciones de afecto, son conocedores de maltrato o abuso sexual y no lo protegen, etc.
2. Seguimiento inadecuado de la salud: no atienden sus enfermedades o dolencias, no le llevan a revisiones médicas, no siguen los tratamientos indicados, no asisten a servicios especializados (CDIAP, CSMIJ...), etc.
3. Sospecha de manipulación de la salud: le atribuyen enfermedades dudosas o síntomas que no se observan por parte del personal sanitario, múltiples ingresos hospitalarios, síntomas compatibles con intoxicaciones por fármacos, drogas o alcohol, petición de excesivas pruebas, etc.
4. No atención de las necesidades básicas: alimentación, higiene, rutinas de sueño, desconocimiento de

necesidades emocionales, no colaboración con los servicios, dejarle al cuidado de personas no adecuadas, falta de supervisión, no visitarle durante hospitalizaciones, etc.

5. Explotación o corrupción: indicios de estar forzando a actividades sexuales, hacerle ver material pornográfico o prácticas sexuales, administrarle sustancias tóxicas.
6. Incapacidad de control: quejas de “no poder con él/ella”, querer ingresarlo en un centro, tener miedo de él/ella por amenazas o agresiones, manifestar que tiene ataques de violencia incontrolable.
7. Pautas educativas no adecuadas: presión desmesurada con el rendimiento escolar, utilización del niño/a en el conflicto de pareja, inducción al consumo de tóxicos, pautas educativas incoherentes.
8. Situaciones que hacen que se encuentre gravemente desprotegido/a: detención de padres/progenitores y nadie se puede hacer cargo, se le ha encontrado solo por la calle o en casa y no se localiza a nadie, ingreso hospitalario de progenitores y nadie se puede hacer cargo, abandono intencionado, no seguimiento de los tratamientos para enfermedades graves, amenazas con matar o donar al niño/a, etc.
9. Sospecha de maltrato o abuso sexual: pueden ser los causantes de las lesiones del niño/a, pueden estar abusando sexualmente de él/ella, pueden haber favorecido la mutilación genital.
10. Entorno familiar violento: agresiones en el ámbito familiar.

Contexto social, familiar y personal del niño/a

1. Posible adicción de los progenitores: presentan síntomas compatibles con adicción al alcohol y/u otras drogas.
2. Posible trastorno mental de los progenitores, o presentan síntomas compatibles.
3. Discapacidad intelectual de los progenitores, o presentan dificultades compatibles.
4. Enfermedad física grave de los progenitores.
5. Antecedentes familiares de violencia o abuso sexual.
6. Los progenitores presentan un aspecto físico muy desfavorable: higiene corporal muy deficiente, lesiones físicas frecuentes, estado de mucha somnolencia.
7. Condiciones de vida que provocan vulnerabilidad: niño/a con enfermedad crónica, discapacidad, trastorno mental.

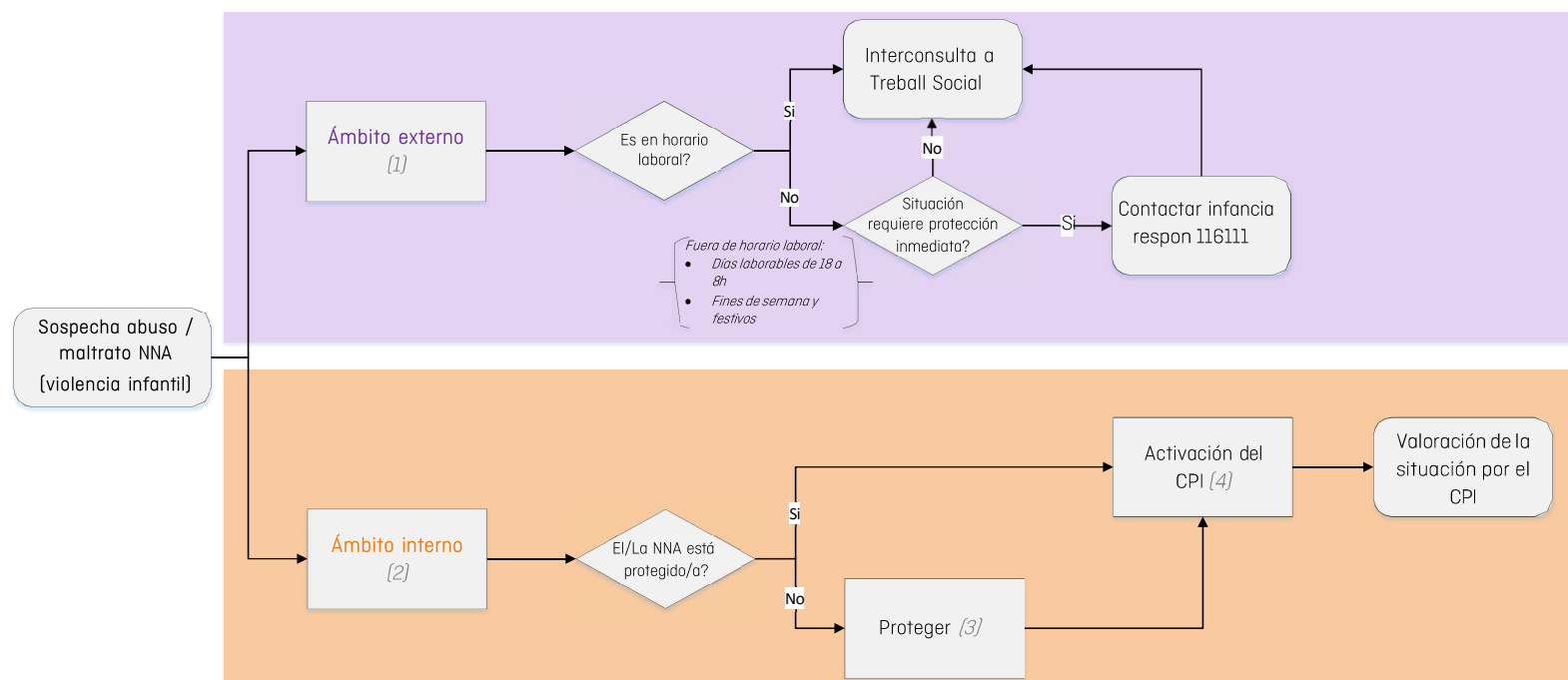
Para consultar el listado completo de indicadores y/observaciones:

https://dretssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicas/07infanciaiadolescencia/proteccio_infancia_i_adolescencia/maltractaments/rumi/documents_simulador/llistat_observacions.pdf

De este listado, se han extraído los indicadores que se circunscriben al ámbito sanitario.

Anexo 3. Flujograma

SOSPECHA ABUSO/MALTRATO NNA (VIOLENCIA INFANTIL)



NNA: Niño Niña Adolescente

CPI: Comité de Protección Infantil

TS: Trabajo Social

ESTIM: Equipo de Soporte al Tratamiento de la Infancia Maltratada

1. Ámbito externo: la persona que presuntamente ha ejercido la violencia contra el/la NNA no está vinculada a la institución.

2. Ámbito interno: la persona que presuntamente ha ejercido la violencia contra el/la NNA está vinculada a la institución.

3. Tomar las medidas necesarias para evitar posibilidad de repetición de la situación hasta que el CPI intervenga.

4. El comité de protección infantil está presidido por la Directora de Calidad y Experiencia del Paciente y formado por cinco vocales de distintos ámbitos de competencia de la organización (Personas y Valores: *Francesc Ricart*, Pediatría, Trabajo Social: *Anna Alonso*, Representante Legal y Calidad y Experiencia del paciente: *Mercedes Jabalera*).