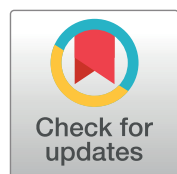




Versión español



English version



CrossMark



ACCESO ABIERTO

Citation: García CA.
Unidad de Pediatría Social : Modelo de atención interdisciplinar e intersectorial para pacientes con maltrato infantil. Colomb Méd (Cali), 2025; 56(2):e4006756 <http://doi.org/10.25100/cm.v56i2.6756>

Recibido: 21 Abr 2025

Revisado: 15 may 2025

Aceptado : 24 jun 2025

Publicado: 30 jun 2025

Palabras clave

Maltrato infantil; pediatría social; colaboración interprofesional; trabajo intersectorial; modelo biopsicosocial; ruta de atención; programa pediatría social.

Keywords

Child abuse; social pediatrics; interprofessional collaboration; intersectoral work; biopsychosocial model; care route; social pediatrics program

Copyright: © 2025 Universidad del Valle



PUNTO DE VISTA

Unidad de Pediatría Social : Modelo de atención interdisciplinar e intersectorial para pacientes con maltrato infantil

Social Pediatrics Unit: Interdisciplinary and intersectoral care model for patients who are victims of child abuse

Angela García Cifuentes^{1,2} 

1 Hospital Universitario del Valle Evaristo García, Unidad de Pediatría Social. Cali, Colombia. **2** Universidad del Valle, Facultad de Salud, Escuela de Medicina, Departamento de Pediatría, Cali, Colombia.

Resumen

Antecedentes:

Los niños, niñas y adolescentes (NNA) con maltrato infantil enfrentan consecuencias graves en su salud física, mental y desarrollo social (perpetuación de violencia, pobreza y desigualdad). La OMS lo reconoce como un problema de salud pública, destacando la necesidad de reparar el trauma complejo y garantizar la no repetición. En Colombia, aunque existe una ruta intersectorial que involucra salud, protección y justicia, la falta de centros especializados lleva a revictimización, reprocesos y fallas en la atención integral. Adicionalmente, las guías del Ministerio de Salud no incluyen protocolos ambulatorios para la reparación del trauma.

Métodos

Frente a esto, la Universidad del Valle y el Hospital Universitario del Valle Evaristo García (HUV) en Cali, Colombia desarrollaron un programa innovador basado en el modelo ecológico de la salud, la estrategia INSPIRE (OMS) y la Convención de los Derechos del Niño.

Resultados

La Unidad de Pediatría Social ofrece atención interprofesional centrada en la persona, integrando acciones clínicas, acciones del sector justicia y protección; evitando la revictimización, mejorando los procesos y garantizando la reparación del trauma. A través de la narrativa se describen los desafíos para la sostenibilidad del programa, las enseñanzas de la implementación del modelo y del trabajo intersectorial.

Conclusiones

Posterior a la atención de 3,602 NNA; 1,454 con maltrato infantil, se puede concluir que estos programas son esenciales para romper ciclos de violencia, demostrando que la atención integral, centrada en la persona y basada en evidencia puede mitigar el impacto del maltrato infantil en el individuo y el territorio.

Conflicto de interés

No hay

Autor de correspondencia

Angela Garcia Cifuentes, Hospital Universitario del Valle Evaristo García, Unidad de Pediatría Social. Cali, Colombia. E-mail: angela.maria.garcia.cifuentes@gmail.com

Abstract**Background:**

Children and adolescents (CHI) who experience child abuse face serious consequences for their physical, mental, and social development (perpetuation of violence, poverty, and inequality). The WHO recognizes this as a public health problem, highlighting the need to heal complex trauma and ensure its non-repetition. Although an intersectoral pathway in Colombia exists involving health, protection, and justice, the lack of specialized centers leads to revictimization, reprocessing, and failures in comprehensive care. Additionally, the Ministry of Health guidelines do not include outpatient protocols for trauma healing.

Methods:

In response, the Universidad del Valle and the Hospital Universitario del Valle Evaristo García (HUV) at Cali, Colombia developed an innovative program based on the ecological model of health, the WHO INSPIRE strategy, and the Convention on the Rights of the Child.

Results:

The Social Pediatrics Unit offers person-centered interprofessional care, integrating clinical actions and actions from the justice and protection sectors, preventing revictimization, improving processes, and ensuring trauma healing. The narrative describes the challenges to program sustainability, lessons learned from the model's implementation, and intersectoral work.

Conclusion:

After providing care to 3,602 children and adolescents, 1,454 of whom suffered child abuse, it can be concluded that these programs are essential for breaking cycles of violence, demonstrating that comprehensive, person-centered, and evidence-based care can mitigate the impact of child abuse on the individual and the region.

Introducción

La Unidad de Pediatría Social se estructura en la normatividad internacional y nacional actual que cubre los niños, niñas y adolescentes, el reconocimiento del maltrato como problema de salud pública y el enfoque intersectorial e interprofesional como el mejor abordaje para este flagelo. A continuación, se describen los lineamientos y conceptos claves que dieron vida a la propuesta.

Marco normativo nacional e internacional: vacíos y desafíos en la atención a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato en Colombia

El reconocimiento de la infancia como etapa fundamental del desarrollo humano es relativamente nuevo. Solo hasta 1900, Ellen Key proclama el nuevo siglo como el “siglo del niño”¹; planteando que una transformación en la crianza y educación podría mejorar la sociedad¹. Este cambio de paradigma sentó las bases para políticas públicas y acuerdos internacionales que reconocen a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos y actores sociales.

Un hito clave fue la Convención de los Derechos del Niño (1989), ratificada por Colombia en el 2006 con el Nuevo Código de Infancia y Adolescencia (Ley 1098) ². La Convención, establece principios como el **interés superior**, la **protección integral** y la **corresponsabilidad** entre familia, estado y sociedad ³. Sin embargo, pese a este marco normativo, en Colombia persisten graves falencias en la atención a los niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato, especialmente en la reparación del trauma y la prevención de la revictimización.

En el país, la atención en salud a niños, niñas y adolescentes con maltrato se rige por la Guía del menor maltratado (2012) y la Resolución 0459, que priorizan la atención médica inicial pero carecen de un enfoque centrado en los derechos de los niños, niñas y adolescentes. Aunque se promueve una **ruta intersectorial** (salud, protección por el Instituto de Bienestar Familiar (ICBF) / Comisaria de Familia, Justicia) ^{4,5}, la falta de protocolos unificados y de sistemas de información integrados obliga a los niños, niñas y adolescentes a repetir testimonios y evaluaciones, generando reprocesos y revictimización.

Además, la reparación del trauma complejo no está garantizada. Pese a la Resolución 2481 de 2020, que ordena terapias especializadas para víctimas de violencia intrafamiliar ⁶, la ausencia de prestadores capacitados y protocolos actualizados deja a miles de NNA sin acceso a rehabilitación en salud mental integral.

Esta fragmentación operativa perpetúa el ciclo de violencia; ya que, sin reparación del trauma, los niños, niñas y adolescentes desarrollan secuelas que afectan su salud mental y neurodesarrollo, perpetuando la pobreza y la exclusión ⁷⁻⁹.

Maltrato infantil: un problema de salud pública

El maltrato infantil definido por la OMS como *cualquier forma de abuso o negligencia hacia menores de 18 años que amenace su salud, desarrollo o supervivencia*, afecta a **mil millones de niños en el mundo** ^{7,10}. En Colombia, las cifras son alarmantes: solo en 2024, se reportaron **3,390 casos de violencia psicológica, 13,378 de violencia física, 18,372 por negligencia y 28,650 de violencia sexual** en menores de edad ¹¹. Estas cifras, sumadas a las graves secuelas físicas, emocionales y sociales que genera, consolidan al maltrato como un problema crítico de salud pública.

Las secuelas del maltrato afectan además el desarrollo social y humano de las naciones; ya que estos niños, niñas y adolescentes presentan problemas cognoscitivos y pobres habilidades sociales. Los problemas cognoscitivos conllevan a bajas habilidades de aprendizaje con pobre desarrollo académico, laboral y elevadas tasas de pobreza. La falta de habilidades sociales se relaciona a la perpetuación del ciclo transgeneracional de la violencia ^{8,12,13}.

Por otro lado, existe una relación causal entre maltrato infantil y prevalencia de enfermedad crónica. Los estudios de Felitti *et al.* ¹⁴, sobre *Experiencias Adversas en la Infancia* (ACE's) demostraron que el maltrato infantil al igual de las demás ACE's desencadena una **respuesta neuroendocrina del estrés alterada**, con liberación crónica de cortisol y catecolaminas sin retroalimentación negativa ^{13,14}. Este desbalance (Figura 1), genera cambios estructurales en el cerebro (hipocampo, amígdala, corteza prefrontal), afectando el desarrollo cognitivo y emocional, aumentando además el riesgo de enfermedades crónicas tempranas (enfermedad coronaria, diabetes, depresión, trastornos inmunológicos), reduciendo la esperanza de vida en 20 años ¹³⁻¹⁵.

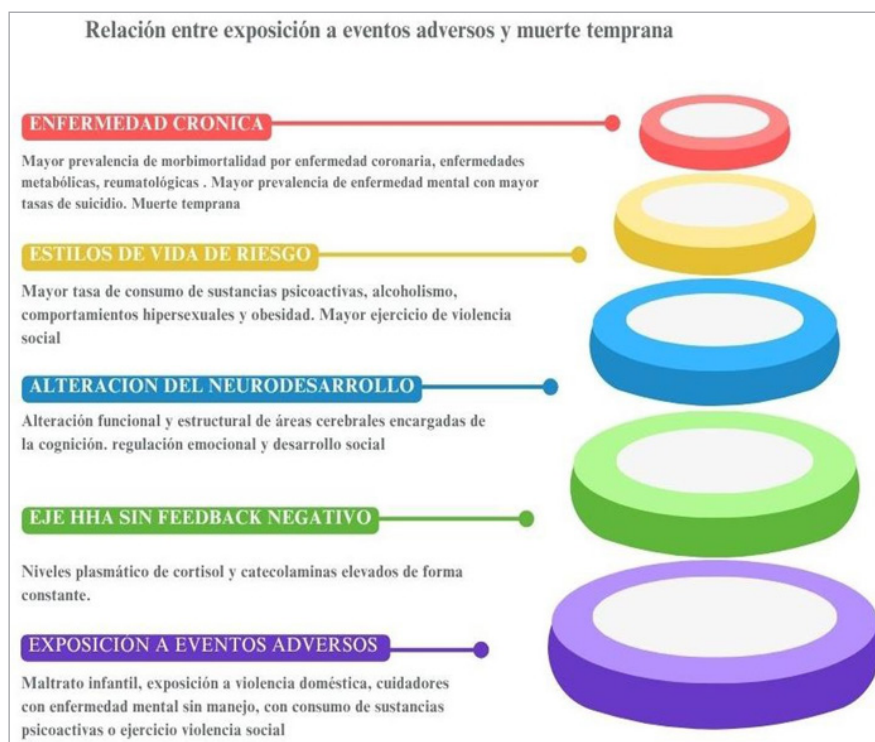


Figura 1. Relación causal entre la exposición de ACE's, la pérdida de la retroalimentación negativa del eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal y la presencia de enfermedad crónica

Así pues, el maltrato afecta la salud del individuo durante todo el ciclo vital; ocasionando consecuencias a corto, mediano y largo plazo :

- Corto plazo: Alteraciones en el aprendizaje, regulación emocional y conducta (trastornos afectivos, ansiedad, impulsividad) ^{13,15-17} (Figura 2).
- Mediano plazo: Conductas de riesgo (consumo de sustancias psicoactivas, conductas hipersexuales, violencia social) como mecanismos de afrontamiento al trauma ¹⁴⁻¹⁶.
- Largo plazo: Carga elevada de enfermedad crónica y costos socioeconómicos por discapacidad y pérdida de productividad ^{13,14,15}.

Modelo de Atención intersectorial e interprofesional

Ante el impacto multisistémico del maltrato infantil, la OMS propone la estrategia **INSPIRE**, conjunto de siete enfoques basados en evidencia para su prevención y manejo. Entre sus

recomendaciones destaca la creación de **centros especializados en maltrato infantil**, que integren atenciones médicas, psicosociales y legales en un mismo espacio, alineándose con el **modelo ecológico de la salud** (el cual reconoce que el bienestar de los niños, niñas y adolescentes depende de la interacción entre factores individuales, familiares, comunitarios y sociales) ⁷.

Los centros especializados en maltrato infantil son estrategias exitosas que se ejecutan en diferentes países; en Estados Unidos hay centros de trauma con niveles de complejidad (desde atención básica hasta centros de excelencia con investigación y políticas públicas) ¹⁸, en varios países europeos (Islandia, Suecia y España) se desarrolla el Modelo Barnahus o Casa de la Infancia. Este último ha reducido la revictimización al unir peritos forenses, fiscales, trabajadores sociales y equipos de salud en un mismo espacio ¹⁹.

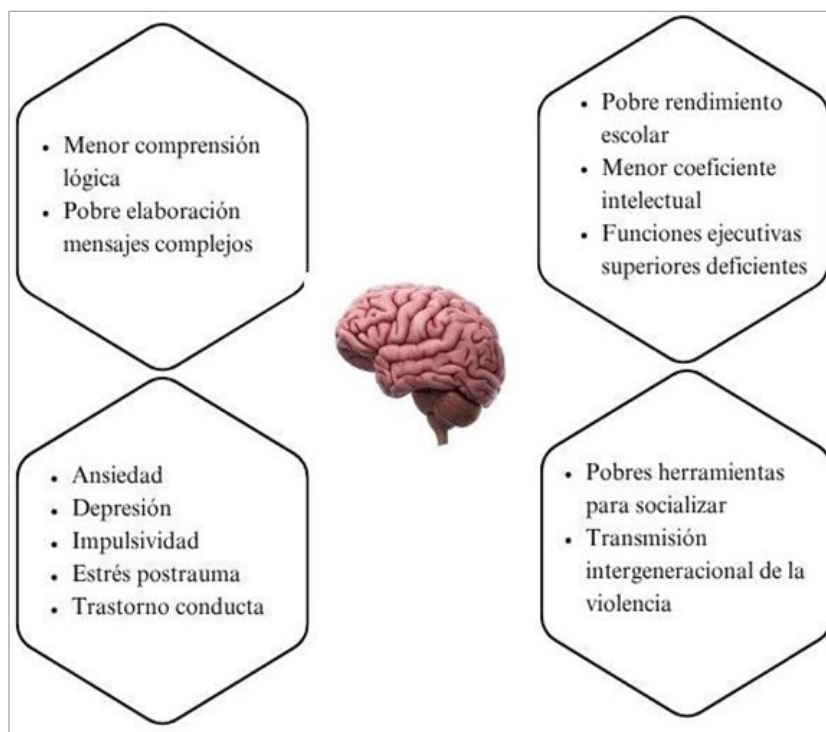


Figura 2. Resumen de síntomas a corto plazo del maltrato infantil. El órgano blanco de la respuesta neuroendocrina del estrés en la infancia es el cerebro, por lo tanto, estos niños, niñas y adolescentes pueden tener alterada su atención, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas superiores, enfermedad mental temprana y pobres herramientas sociales dando continuidad a la transmisión intergeneracional de la violencia.

Realidad colombiana: fragmentación vs. avances incipientes

En Colombia, los niños, niñas y adolescentes con maltrato cuando ingresan a la ruta intersectorial deben asistir a diferentes instituciones para garantizar la protección y justicia (Centros zonales de ICBF, comisarías de familia, fiscalías, hospitales), repitiendo relatos y sometiéndose a evaluaciones redundantes. Esto genera revictimización secundaria y terciaria, además de retrasos en la reparación del trauma. Aunque existen iniciativas como las Casas de Justicia en Cali (estrategias que integran entidades de protección y justicia) ^{20,21} o el centro de atención a víctimas de la violencia sexual (CAIVAS) que reúnen en un mismo lugar entidades de protección, justicia y medicina forense ^{20,21}; persiste un vacío crítico: la falta de estrategias que integren el sector salud.

Justificación

La Unidad de Pediatría social es un programa innovador; que a través de su solidez conceptual y flexibilidad operativa; adaptó estrategias de atención centrada en la persona con la articulación de la ruta intersectorial; disminuyendo así el impacto del maltrato y mejorando los procesos de la ruta de atención. Las atenciones centradas en las necesidades de los niños, niñas y adolescentes con maltrato infantil permiten diagnósticos oportunos, evaluación del impacto del maltrato (tamizajes para enfermedad mental, déficit cognitivo, discapacidad) y reparación del trauma complejo.

La articulación intersectorial que integra en un solo espacio salud, justicia y protección; incorpora acciones coordinadas que disminuyen el número de entrevistas, permite relatos más nutridos, mejora la recolección de material probatorio con medidas de justicia y protección más oportunas, disminuyendo la revictimización y mejorando los procesos institucionales ^{22,23}.

La descripción de la implementación y consolidación del programa; la socialización de los aprendizajes, desafíos y resultados son importantes para el diseño e implementación de programas similares que ayuden a garantizar la reparación del trauma complejo y la protección de la repetición a nuevos episodios de violencia de los niños, niñas y adolescentes con maltrato infantil.



Figura 3. A través de una línea del tiempo se resumen el proceso de creación, diseño, implementación y ejecución del programa.

Materiales y Métodos

A través del enfoque narrativo usando como fuente los informes mensuales de la Unidad de pediatría social, la revisión de la base documental del programa y los referentes teóricos se describe usando una línea de tiempo el diseño, la implementación, consolidación y proyección de un programa que brinda atención especializada con enfoque intersectorial e interdisciplinar a los niños, niñas y adolescentes con maltrato infantil, en el Hospital Universitario del Valle Evaristo García (HUV) en alianza con la Universidad del Valle en Cali, Colombia.

Una mirada a través del tiempo: Diseño, implementación, consolidación y proyección

En la Figura 3 se resumen el proceso de diseño, implementación, consolidación y proyección del programa.

Diseño de la Unidad de Pediatría Social (2012-2018)

Reconociendo que, en Colombia, los niños, niñas y adolescentes sobrevivientes de maltrato enfrentan la fragmentación de los servicios de salud, protección y justicia; realidad que se asocia a la perpetuación de los ciclos de violencia y a la persistencia de las secuelas del trauma complejo. En aras de dar respuesta a esta realidad; surge la Unidad de Pediatría Social como una apuesta innovadora, inspirada en la estrategia INSPIRE de la OMS y en modelos internacionales exitosos, como la Unidad de Pediatría Social del *Hospital Niño Jesús* (Madrid) y los *Child Protection Teams* (EE.UU.).

Este programa se desarrolla en tres pilares estratégicos: **Educación, Investigación y Asistencia**. Estos pilares están interconectados, articulados a través de una alianza docente-asistencial entre el Hospital Universitario del Valle Evaristo García (HUV) y la Universidad del Valle. Esta colaboración ha sido clave para la sostenibilidad y proyección del programa.



Figura 4. Pilares de la Unidad de Pediatría Social. Se describen las actividades principales de cada pilar

A pesar de que las actividades del programa son transversales a los pilares; cada pilar tiene un objetivo en particular. El **pilar Investigación**, busca a través de la gestión del conocimiento la validez del modelo de atención y sostenibilidad del programa; además de contribuir a la disminución de la brecha del conocimiento con la socialización de los productos. El **pilar Educación** tiene como objetivos la cualificación del talento humano en salud en detección del maltrato, diagnóstico del impacto de éste y tratamiento. También a través de la apropiación social del conocimiento brindar herramientas para la prevención del maltrato infantil. Por último, el **pilar asistencial** pretende ofrecer atención centrada en las necesidades específicas de esta población; considerando vital para ello la articulación de los sectores salud, protección y justicia en un mismo espacio físico. En la Figura 4 se resumen las actividades principales de cada pilar.

El desafío de implementar el programa soñado (2019-2021)

Posterior al diseño del programa, éste es presentando al director de Escuela de Salud de la Universidad del Valle y el Coordinador de Pediatría del HUV; tras el concepto positivo es presentado al gerente del HUV; con su aval se inicia el desafío de implementar la primera Unidad de Pediatría Social del territorio nacional.

Las acciones claves y desafíos durante la implementación:

Creación de un nuevo servicio de Pediatría Social en el HUV con sostenibilidad financiera.

Desafíos: Implementación de la primera unidad de Pediatría Social en Colombia, sin precedentes locales ni subespecialidades reconocidas en maltrato infantil.

Estrategias: Inclusión en el sistema de historias clínicas como una especialidad clínica. Buscando la sostenibilidad del programa, se diseñaron paquetes de atención que permiten la facturación y

recobro de las atenciones asistenciales como una atención pediátrica. Posterior a ello; al no existir en Colombia la subespecialidad en maltrato infantil o el máster en pediatría social como lo hay en E.E.U.U y España; el programa se registra en la estructura organizacional como un programa del eje de *Responsabilidad Social*, permitiendo flexibilidad para el financiamiento de la unidad.

Creación del equipo asistencial

Desafíos: Replicar los equipos especializados de los programas de EE.UU y España en un contexto socioeconómico limitado.

Estrategias: Adaptación del modelo, en sus inicios el programa es ejecutado por una pediatra con entrenamiento en maltrato infantil y pediatría social, apoyada por el personal psicosocial (trabajo social y psicología) de otras áreas del HUV. Tras mesas de trabajo con los equipos psicosociales se diseña la ruta de activación del programa (criterios de inclusión, intervención interprofesional articulada, realización de informes a entes territoriales). Esta ruta se diseñó de acuerdo con lo postulado en la guía de atención al maltrato infantil del Ministerio de Salud ⁷ siguiendo los lineamientos de la Convención de los derechos del niño.

Transformación institucional

Desafío: Capacitar y sensibilizar a todo el personal del HUV en maltrato infantil y la nueva ruta de atención

Estrategias: A través de un cronograma de capacitaciones dirigidas a todo el personal asistencial (administrativos, enfermeros, equipo psicosocial, médicos) de las áreas del HUV donde se atienden los niños, niñas y adolescentes (urgencias, hospitalización, cirugía, ortopedia, salud mental y obstetricia) se socializa la nueva ruta de atención y se entregan estrategias para un diagnóstico oportuno de los diferentes tipos de maltrato.

Formación del cuerpo docente de la Clínica del Buen Trato de la Universidad del Valle y diseño del modelo de atención

Desafío: Búsqueda de docentes de las diferentes áreas interesados en pertenecer al programa. Desarrollo de protocolos del programa en ausencia de referentes nacionales.

Estrategias: Reuniones individuales con cada docente que conformó el equipo interdisciplinario: Psicología, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Neuropsicología y Pediatría. A través de actividades académicas y proyectos de investigación formativa se desarrollaron los protocolos de atención para cada disciplina (abordaje inicial, tamizajes para diagnosticar el impacto del maltrato, tamizajes para cualificación del cuidador y diseño de terapias integrales ambulatorias) y la ruta de articulación interprofesional.

Para la construcción del modelo de atención basado en las necesidades de esta población, se tuvo en cuenta la epidemiología, conceptos de neurociencias y el enfoque ecológico de la salud. Este modelo consta de escalas validadas en niños, niñas y adolescentes hispanoparlantes, que pueden ser aplicadas por profesionales de salud de cualquier disciplina entrenado, esto en aras de descentralizarlo. En la Figura 5 se describe la ruta de atención a los niños, niñas y adolescentes con maltrato infantil del HUV y en la Figura 6 las atenciones de la Clínica del Buen Trato.

Consolidación del Programa de Pediatría Social: Impacto Asistencial y Académico en la Atención al Maltrato Infantil. (2022-2025)

Tras su implementación, la **Unidad de Pediatría Social** se consolidó como el primer centro especializado intrahospitalario en maltrato infantil de Colombia, integrando salud, justicia y protección bajo un enfoque interprofesional. Los resultados de la consolidación del programa evidencian un impacto transformador:

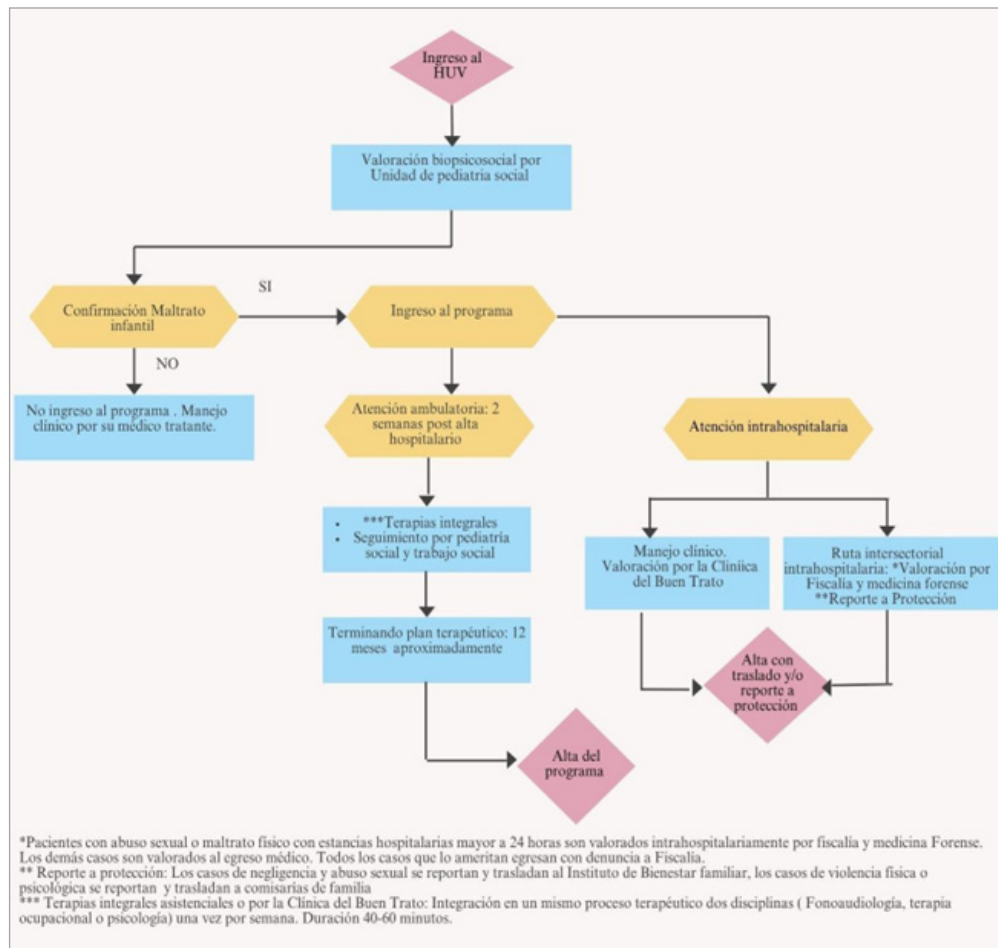


Figura 5. Ruta de atención intrahospitalaria y ambulatoria de la Unidad de Pediatría Social.

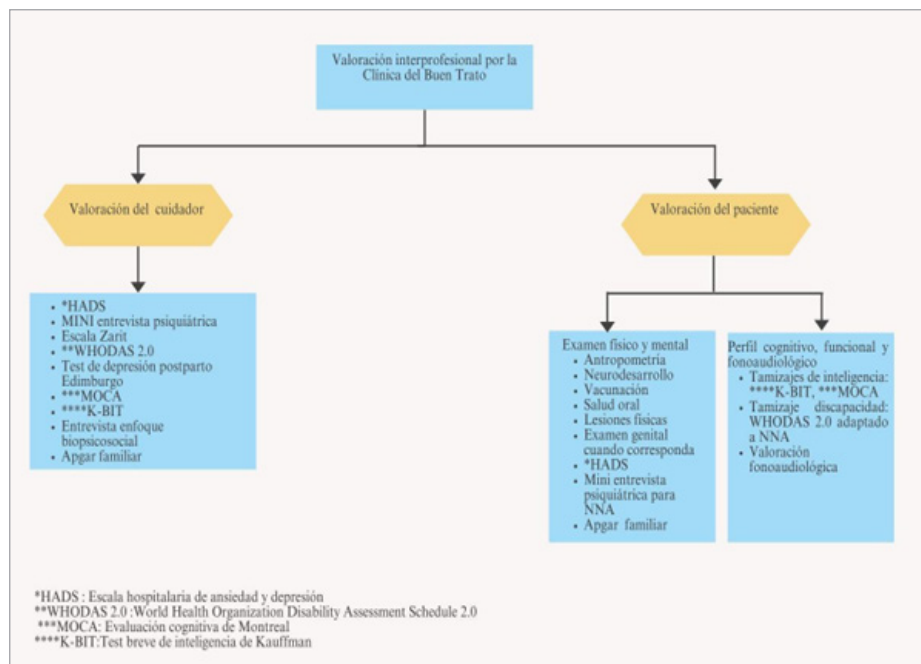


Figura 6. Clínica del Buen Trato. Tamizajes usados para la evaluación del impacto del maltrato y cualificación del cuidador.

Impacto asistencial: Detección temprana y atención interprofesional

- Diagnóstico temprano con aumento de cobertura: Desde la implementación del programa (noviembre 2019) hasta diciembre del 2024 se atendieron 3,602 pacientes, diagnosticando a 1,454 niños, niñas y adolescentes con maltrato. El análisis del aumento de los casos a través del tiempo refleja un aumento del 20.7% al 43.9% del diagnóstico temprano (incremento del 112%), reflejando una mayor sensibilidad institucional que lleva a mayor cobertura.
- Equipo especializado: El aumento de casos conlleva al crecimiento del equipo asistencial, actualmente hay dos pediatras entrenados en pediatría social, una psicóloga y trabajo social ambulatorio; equipo biopsicosocial que garantiza la atención integral.
- Implementación de un modelo de atención interprofesional centrado en las necesidades de niños, niñas y adolescentes con maltrato: A través del enfoque ecológico de la salud se hace un abordaje biopsicosocial de los pacientes, haciendo uso de los tamizajes descritos en la Figura 6 para evaluación del impacto del maltrato y evaluación de las capacidades parentales de los cuidadores; para así construir los planes terapéuticos que involucran la reparación del trauma complejo y el trabajo con los cuidadores para la garantía de la no repetición. Lo innovador del modelo de atención es que las herramientas de tamizajes se pueden usar en niveles de baja o mediana complejidad por un profesional de salud de cualquier disciplina entrenado en ellas.
- Gestión documental: La creación de Los Manuales operativos y protocolos estandarizados (ej. *Ruta de atención intersectorial*) optimizaron la calidad y homogeneización de las intervenciones institucionales.

Innovación administrativa: Sostenibilidad y garantía al acceso

En 2025 se actualizaron los paquetes de atención y se inició la autogestión de las atenciones ambulatorias, logrando un **73.3% de autorizaciones aprobadas** por las entidades administradoras de salud. El HUV asumió la gestión activa, liberando a cuidadores de trámites; garantizando la adherencia al manejo ambulatorio y el recobro de las atenciones.

Intersectorialidad

- Creación de una **Historia clínica del maltrato infantil** en alianza con Medicina Legal y Fiscalía. Este formato es un documento confidencial al cual solo pueden acceder los pediatras del programa a pesar de estar en el sistema de historias clínicas del hospital. Este registro agiliza denuncias, protege el relato de los niños, niñas y adolescentes y previene la revictimización.
- Ingreso al **Chat hospitalario** de Fiscalía: Redujo tiempos de valoración judicial y por medicina forense; ya que gracias a la denuncia oportuna los pacientes con abuso sexual y maltrato físico son valorados intrahospitalariamente por estas instituciones; mejorando así la obtención de material probatorio.
- Mesas de trabajo con ICBF y Comisarías: Los casos que ameritan protección urgente se analizan en conjunto en el HUV por los equipos psicosociales de estas instituciones garantizando **medidas de protección inmediatas** (ej. cambio de cuidadores agresores, ingreso a modalidades de atención del ICBF al alta).
- Gracias a la articulación con entes territoriales se realizan de forma masiva actividades de apropiación social del conocimiento con el objetivo de realizar prevención primaria.

Impacto académico: La Clínica del Buen Trato como centro de prácticas interprofesionales de Maltrato Infantil.

Gracias a la sumatoria de saberes y al co-liderazgo de los docentes, se logró crear el plan de prácticas clínicas con micro currículos y objetivos educacionales claros para cada disciplina. Así pues, la Universidad del Valle cuenta con el primer centro de prácticas interprofesionales de maltrato infantil, formando hasta la fecha de escritura de este artículo a **108 estudiantes** de pregrado y posgrado en competencias clínicas para la prevención, detección y manejo del MI; además en habilidades blandas (liderazgo, comunicación asertiva, trabajo en equipo), gracias a la orientación interprofesional ²⁴. La consolidación del centro de prácticas ha fortalecido la investigación, la atención de pacientes y la apropiación social del conocimiento. La investigación formativa se fortaleció con el inicio del **Coloquio anual** (desde 2023); espacio de extensión solidaria donde se socializan los productos de investigación. El inicio de las prácticas clínicas interprofesionales apertura nuevos espacios de terapias integrales ambulatorias; en estos espacios el paciente es abordado por dos disciplinas durante 40-60 minutos, una vez por semana. Mejorando así la adherencia y los resultados al tener un plan terapéutico transversal e interprofesional en una misma consulta.

La realización de talleres destinados a la prevención del maltrato infantil dirigidos a padres de pacientes hospitalizados en el HUV, ha fortalecido la apropiación social del conocimiento; convirtiéndose estos espacios no solo en mecanismos para mejorar las herramientas parentales de cuidadores; sino también en una herramienta de humanización que disminuye el impacto de una hospitalización prolongada.

A pesar de los avances y el impacto del programa, se siguen presentando **desafíos relacionados con la ruta intersectorial, adherencia a los seguimientos y la sostenibilidad**

del programa. La alianza intersectorial con el ICBF y Comisarias de Familia ha sido poco fructífera, ya que la ausencia de estas instituciones en las mesas de trabajo no ha permitido la articulación completa. Esta falta de articulación, los escasos recursos de los prestadores de ICBF y de las familias no permiten un seguimiento de los pacientes, encontrándose un gran porcentaje sin manejo terapéutico y sin posibilidad de captación; es decir a pesar de ingresar al programa y a la ruta intersectorial de maltrato no se les garantiza el tratamiento reparador del trauma complejo. El desafío de la sostenibilidad está dado por la falta de reconocimiento de las entidades administradoras de planes de beneficios de salud del trauma complejo como una condición de salud que amerita manejo especializado. Así que, para garantizar la autorización de las atenciones el equipo administrativo del HUV (costos, contratación, líder de responsabilidad social) debe tener mesas de trabajo constantes para socializar el programa, los paquetes de atención y así garantizar su contratación

Proyección del programa: Camino hacia un centro de excelencia en maltrato infantil

La **Unidad de Pediatría Social** se consolidó como un modelo replicable de innovación social en salud, cuyos resultados -documentados en los ámbitos institucional, académico y comunitario- sientan las bases para su expansión como **Centro de Excelencia en Maltrato Infantil**. La proyección se realizará en cuatro ejes estratégicos; el fortalecimiento académico e investigativo, creación en el hospital un espacio con infraestructura especializada y la descentralización del modelo de atención.

El fortalecimiento académico e investigativo está dirigido a disminuir la brecha del conocimiento existente y socializar los protocolos del modelo de atención; para ello se está trabajando en la creación de modelos de extensión académica y productos literarios. Gracias al crecimiento del HUV se tiene proyectado un espacio para la infraestructura especializada de la Unidad que contenga cámara de Gesell, áreas para las evaluaciones intersectoriales y

mobiliario que fortalezcan las terapias integrales. Como fin último de la proyección está la creación de una red hospitalaria de centros de atención especializados en maltrato infantil, esto permitirá estandarizar la atención y disminuir las barreras geográficas que se pueden asociar a la falta de adherencia; así se podría garantizar a más niños, niñas y adolescentes con maltrato un diagnóstico y manejo oportuno.

Frente a la proyección del programa se esperan grandes desafíos, como lo serán la creación de las mesas de trabajo que permitan la realización de la red de centros de maltrato infantil y la búsqueda del financiamiento para ello.

Discusión

La experiencia de la **Unidad de Pediatría Social** evidencia cómo la articulación de la **estrategia INSPIRE de la OMS** con el **modelo ecológico de la salud** puede transformar la atención al maltrato infantil en contextos de recursos limitados. Este programa no solo operativiza los siete lineamientos de INSPIRE (desde la implementación de leyes hasta la creación de entornos seguros), sino que los adapta a la realidad colombiana mediante un enfoque interprofesional centrado en las necesidades en salud de los niños, niñas y adolescentes con maltrato. A continuación, se puntualiza la articulación de estos conceptos:

Acciones en los exosistemas y macrosistemas que fortalecieron la implementación del marco normativo:

La Unidad de Pediatría Social materializó el *interés superior del niño* (Ley 1098/2006) al integrar salud, justicia y protección en un mismo espacio, superando la fragmentación normativa actual. Ejemplo de ello es el uso de un formato de historia clínica confidencial co- diseñada con Fiscalía y Medicina Legal agilizando las denuncias y reduciendo la revictimización. Uno de los aprendizajes más importantes de esta articulación, es el reconocimiento de la voluntad institucional como el factor clave para traducir marcos legales en acciones concretas. Convirtiéndose entonces, la voluntad institucional como el principal desafío para la descentralización del modelo de atención y construcción de la red de centros asistenciales especializados en maltrato infantil.

La articulación intersectorial descrita en la estrategia INSPIRE se logró al articular la atención clínica del HUV con las atenciones intrahospitalarias de otros sectores; optimizando así los tiempos de respuestas de fiscalía, medicina legal evitando además la revictimización. Con respecto al trabajo intersectorial con ICBF y Comisarías de familias, aún continúa siendo un desafío; situación que se traduce en pérdida de los pacientes y no garantía de la reparación del trauma complejo.

Acciones a los microsistemas: trabajo con cuidadores y entornos

Los talleres de crianza humanizada y los tamizajes de capacidades parentales abordaron dinámicas familiares disfuncionales, permitiendo así reconocer los factores de riesgo y protectores de los entornos de nuestros pacientes en búsqueda de favorecer un hogar seguro donde no se presenten nuevos episodios de maltrato, con cuidadores con mayores herramientas parentales.

Las actividades de apropiación social del conocimiento favorecen una cultura del buen trato a la infancia y la prevención del maltrato infantil.

Acciones directas en el individuo: Atención interprofesional

La innovación de terapias interprofesionales (ej. psicología + terapia ocupacional) mostraron un aumento de la adherencia en nuestros pacientes, disminuyendo barreras socioeconómicas al garantizar la autogestión por el HUV, atención integral en una sola institución de salud una vez a la semana.

El modelo de atención con énfasis en diagnóstico y tratamiento del trauma complejo; articulando la atención clínica con las acciones intersectoriales es la principal ganancia para los pacientes del programa, ya que gracias a esta estrategia los pacientes adherentes al manejo pueden encontrar la reparación del trauma complejo, protección de sus derechos y justicia; sin revictimización.

Lecciones aprendidas

Para la ejecución del programa un elemento clave fue la flexibilidad administrativa. Ya que, registrar la Unidad de Pediatría Social como programa de *Responsabilidad Social* permitió sortear vacíos normativos como por ejemplo la falta de subespecialidad en maltrato infantil o pediatría social en Colombia, permitiendo así generar atenciones especializadas a pesar del este vacío normativo.

El trabajo intersectorial continuará siendo uno de los principales desafíos del programa, ya que el funcionamiento de las mesas de trabajo puede verse afectado por el interés de los funcionarios, cambio de personal o falta de recursos de las instituciones.

La guía de atención en salud de los niños, niñas y adolescentes en Colombia debe actualizarse, e incluir herramientas diagnósticas para evaluar el impacto del maltrato y estrategias biopsicosociales para su manejo.

La escalabilidad del modelo de atención; no solo permitirá que el HUV avance a tener un centro de excelencia en maltrato infantil, sino también al mejorar la oferta de los servicios de salud, más niños, niñas y adolescentes pueden verse beneficiados al tener mayor acceso a prestadores que ofrezcan atención especializada para la detección y manejo del maltrato infantil.

Finalmente, con esta narrativa queda claro tres elementos clave para la creación de políticas públicas que mejoren la atención de los niños, niñas y adolescentes con maltrato infantil. La primera, es la evidencia que los centros especializados en maltrato infantil son costo-efectivos al reducir costos asociados a los reprocesos de la ruta. La segunda, el modelo de atención es replicable y adaptable a centros sanitarios de mediana y baja complejidad. Finalmente, este programa evidencia la necesidad urgente del reconocimiento del maltrato infantil como un problema de salud pública que amerita formalizar la atención por personal entrenado. Así pues, la creación de pediatría social como una subespecialidad en Colombia se convierte en algo mandatorio para garantizar los derechos de los niños, niñas y adolescentes con maltrato.

Conclusión

La atención interprofesional e intersectorial del maltrato infantil impacta la salud pública al mejorar indicadores de salud infantil, salud mental y prevenir enfermedades crónicas no transmisibles. Además, impacta el desarrollo social al prevenir la transmisión intergeneracional de la violencia. Así pues, los centros especializados en trauma infantil son estrategias sanitarias que mejoran el desarrollo social y humano de la región.

A manera de reflexión personal; reconozco que la reparación del trauma en pacientes con maltrato infantil nos vuelve más vulnerables y sensibles al sufrimiento humano, dándonos la oportunidad no sólo de ser más empáticos con los pacientes; sino de sanar nuestra infancia y resignificar nuestra historia. A los niños, niñas y adolescentes que han ingresado al programa, gracias por su confianza, por su valentía y su resiliencia que nos fortalece para seguir trabajando en garantizarles la oportunidad de crear su existencia en un lugar diferente a la violencia y con ello creer que es posible construir un país en paz. Gracias al equipo de trabajo que me acompaña en este desafío; a los docentes de la Clínica del Buen trato y al personal administrativo del HUV. Los resultados aquí presentados son gracias al esfuerzo, pasión y dedicación de un gran equipo de trabajo.

Referencias

1. Noguera RCE. Reflexiones sobre la desaparición de la infancia. *Pedagog Saberes*. 2003; (18): 75.82. Doi: 10.17227/01212494.18pys75.82
2. UNICEF Oficina Colombiana. Código de la Infancia y la Adolescencia. Versión comentada. 2007. UNICEF. Citado: el 15 de abril de 2025. Disponible en: <https://www.unicef.org/colombia/informes/codigo-de-la-infancia-y-la-adolescencia-version-comentada>
3. UNICEF Comité Español. Convención de los Derechos del Niño. *Unicef.org*. 2006; Citado el 15 de abril de 2025. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/convencion-derechos-nino/texto-convencion>
4. Ministerio de la Protección Social. Guía de Atención del Menor Maltratado. 2011. Disponible en: <https://manizalessalud.net/wp-content/uploads/2018/11/Guia-de-atencion-al-MenorMaltratado.pdf>
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 000459 Por la cual se adopta el protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Bogotá: . Ministerio de Salud y Protección Social; 2012. Disponible: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-0459-de-2012.pdf>
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0002481 por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2020. Disponible: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202481%20de%202020.pdf
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Manual INSPIRE Medidas destinadas a implementar las siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños. Citado el 15 de abril de 2025. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311034/9789243514093-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Bartlett JD, Kotake C, Fauth R, Easterbrooks MA. Intergenerational transmission of child abuse and neglect: Do maltreatment type, perpetrator, and substantiation status matter? *Child Abuse Negl*. 2017; 63:84-94. Doi: 10.1016/j.chiabu.2016.11.021
9. Hardcastle K, Bellis MA, Ford K, Hughes K, Garner J, Ramos Rodriguez G. Measuring the relationships between adverse childhood experiences and educational and employment success in England and Wales: findings from a retrospective study. *Public Health*. 2018; 165: 106-16. doi: 10.1016/j.puhe.2018.09.014
10. Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (GCRNV) del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. *Forensis Datos para la vida* 2018. 1er Ed. Bogotá D.C: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2019. Disponible en: <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/386932/Forensis+2018.pdf/be4816a4-3da3-1ff0-2779-e7b5e3962d60>
11. Ministerio de Justicia y del Derecho. Sistema Integrado de Información sobre Violencias de Género (SIVIGE). 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/sivige-documento.pdf>
12. Kavanaugh BC, Dupont-Frechette JA, Jerskey BA, Holler KA. Déficits neurocognitivos en niños y adolescentes después de maltrato: consecuencias del desarrollo neurológico e implicaciones neuropsicológicas del estrés traumático. *Appl Neuropsychol Niño*. 2017; 6(1): 64-78. Doi: 10.1080/21622965.2015.1079712.
13. González-Acosta CA, Rojas-Cerón CA, Buriticá E. Alteraciones funcionales y variaciones cerebrales en humanos expuestos a estrés en los primeros años de vida. *Frente Salud Pública*. 2021; 8: 536188. Doi: 10.3389/fpubh.2020.536188

14. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med.* 1998; 14(4): 245-58. Doi: 10.1016/s0749-3797(98)00017-8
15. Amores-Villalba A, Mateos-Mateos R. Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. *Psicología Educativa.* 2017; 23(2): 81-8. Doi: 10.1016/j.pse.2017.05.006
16. Beers SR, De Bellis MD. Neuropsychological function in children with maltreatment-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry.* 2002; 159(3): 483-6. Doi: 10.1176/appi.ajp.159.3.483
17. McCrory E, De Brito SA, Viding E. Research Review: The neurobiology and genetics of maltreatment and adversity. *J Child Psychol Psychiatry.* 2010; 51(10): 1079-95. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02271.x.
18. National Association of Children's Hospitals and Related Institutions. Defining the Children's Hospital Role in Child Maltreatment. NACHRI; 2006. https://bsfi.barnlakarforeningen.se/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/nachri.full_guidelines05.pdf
19. Markina A, Kapardis A, Heinrich S. The Barnahus Model across the broader European Context. Position paper integrated trauma informed therapy for child victims of violence. A European approach to child-friendly justice. European Commission. Grant Agreement number: 881677-I.N.T.I.T.-REC-AG-2019/REC-RDAP-GBV-AG-2019; 2019. Disponible en: <https://www.iprs.it/wp-content/uploads/2021/09/The-Barnahus-Model-COMplete.pdf>
20. Del Castillo C, Isaza L, Bechara S, Rodriguez J, Martínez M. International Centre for Criminal Law Reform (ICCLR). Building a comprehensive child protection system in Colombia: The architecture, cost and gaps; 2015. Cited: 20 June 2025. Available from: https://icclr.org/wp-content/uploads/2019/05/Colombia_CP_system_case_study.pdf.
21. Botero J. Case study: Casas De Justicia Colombia. justice panel. Hiil Justice Dashboard; 2021. Cited June 21, 2025. Available from: <https://dashboard.hiil.org/publications/trend-report-2021-delivering-justice/case-study-casas-de-justicia-colombia>.
22. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta de violencia contra niños, niñas y adolescentes en Colombia 2018. Organización Internacional para las Migraciones (OIM), CDC, Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/informe-evcna-2018-spa.pdf>
23. Finkelhor D, Cross TP, Cantor EN. The justice system for juvenile victims: a comprehensive model of case flow: A comprehensive model of case flow. *Trauma Violence Abuse.* 2005; 6(2): 83-102. Doi: 10.1177/1524838005275090
24. Organización Panamericana de la Salud; OMS. La educación interprofesional en la atención de salud: mejorar la capacidad de los recursos humanos para lograr salud universal. Colombia. Washington, D.C.: OPS, OMS; 2017. Available from: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2016/reu_edu_col_dic/relatorio_es.pdf