



Causas y efectos del cierre y riesgo de cierre de los servicios maternoinfantiles desde la percepción del talento humano asistencial especializado en el área metropolitana del valle de aburra en el año 2017

Nathalia Arteaga Gutiérrez
Anni Carolina Herrera Herrera

Trabajo de grado para optar al título de:
Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud

Asesor
Alfonso Heli Marín
Docente Facultad Nacional de Salud Pública

Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Medellín
2019

Con toda gratitud a todas las personas que de alguna manera contribuyeron al éxito de este proyecto investigativo en especial a la asociación antioqueña de obstetricia y ginecología (asagio) por abrirnos sus puertas y a la docente de la Facultad Nacional de Salud Pública Mónica Lopera

TABLA DE CONTENIDO

Lista de tablas	5
Lista de anexo	6
Lista de cuadros	7
Glosario	8
Resumen.....	9
1. Introducción	10
2. Planteamiento del problema	12
3. Justificación	17
4. Objetivos.....	19
4.1 objetivo general:.....	19
4.1.1 objetivos específicos:.....	19
5. Marco teórico	20
6. Marco normativo	24
7. Método.....	30
7.1 Tipo de estudio.....	30
7.2 Población de referencia	30
7.3 Criterios de selección.....	30
7.4 Muestra y unidad de análisis.....	30
7.5 Fuentes de información: primaria, captada mediante un trabajo de campo.....	31
7.6 Técnica y procedimiento para la recolección de la información	31
7.7 Variables y categorías analíticas.....	32
7.8 Plan de análisis de información.....	33
7.9 consideraciones éticas.....	33
8. Resultados.....	35
8.1 caracterización sociodemográfica y ocupacional de los médicos especialistas y residentes del área metropolitana de medellín.	35
8.2 características de oferta de las ips cerradas o en riesgo de cierre.	36
8.2.1 servicios cerrados	38
8.2.2 oferta de servicios para maternas y neonatos	39
8.2.3 causas más frecuentes de consulta en madres gestantes (antes y después del parto) y en neonatos	40

8.3 causas del cierre de los servicios materno infantiles y servicios por los que ha sido reemplazado.....	42
8.4 consecuencias que ha generado el cierre de los servicios materno infantiles	43
8.4.1 consecuencias para las mujeres edad reproductiva que intentan quedar en embarazo, para las gestantes y para los neonatos	43
8.4.2 consecuencias para los profesionales	44
8.4.3 consecuencias para la red de servicios y el sistema de salud	45
9. Discusión	47
10. Conclusiones.....	53
11. Limitaciones	56
12. Recomendaciones.....	57
13. Referencias bibliográficas	58
13. Anexos	65
anexo 1. Carta de aval institucional (asagio)	65
anexo 2. Encuesta	66
anexo 3. Consentimiento informado.....	70
anexo 4. Operacionalización de variables.....	73
anexo 5. Plan de análisis.	79

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de frecuencias de las características sociodemográficas y ocupacionales del talento humano médico especializado en ginecología del área metropolitana del valle de aburra en el año 2017.....	36
Tabla 2. IPS cerradas o en riesgo de cierre con sus respectivas características de según la percepción del Talento humano médico especializado en ginecología del área metropolitana del valle de aburra en el año 2017.....	38
Tabla 3. Distribución de frecuencias de los servicios maternoinfantiles cerrados en IPSs públicas y privadas de según la percepción del talento humano médico especializado en ginecología del área metropolitana del valle de aburra en el año 2017.	39
Tabla 4. Distribución de frecuencias de los servicios maternoinfantiles que ofertan en las IPS donde labora el talento humano médico especializado en ginecología del área metropolitana del valle de aburra en el año 2017.....	39
Tabla 5. Distribución de frecuencias de las causas de consulta en madres gestantes (antes y después del parto) y neonatos en las IPS donde laboran o laboraron el talento humano médico especializado en ginecología del área metropolitana del valle de aburra en el año 2017.....	41
Tabla 6. Distribución de frecuencias de las causas por las que el servicio maternoinfantil fue cerrado o intervenido según la percepción del talento humano médico especializado en ginecología del área metropolitana del valle de aburra en el año 2017.	42
Tabla 7. Distribución de frecuencias de los servicios por los que ha sido reemplazo el servicio maternoinfantil según la percepción del talento humano médico especializado en ginecología del área metropolitana del valle de aburra en el año 2017.	43
Tabla 8. Distribución de frecuencias de las consecuencias que ha producido el cierre de los servicios maternoinfantiles para las mujeres gestantes y para los neonatos según la percepción del talento humano médico especializado en ginecología del área metropolitana del valle de aburra en el año 2017.....	44
Tabla 9. Distribución de frecuencias de las consecuencias que ha producido el cierre de los servicios maternoinfantiles para los profesionales según la percepción del talento humano médico especializado en ginecología del área metropolitana del valle de aburra en el año 2017.....	45
Tabla 10. Distribución de frecuencias de las consecuencias que ha producido el cierre de los servicios maternoinfantiles para la red de servicios y el sistema de salud según la percepción del talento humano médico especializado en ginecología del área metropolitana del valle de aburra en el año 2017.....	46

LISTA DE ANEXO

Anexo 1. Carta de aval institucional (asagio)	65
Anexo 2. Encuesta	66
Anexo 3. Consentimiento informado	70
Anexo 4. Operacionalización de variables	73
Anexo 5. Plan de análisis.	79

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Variable con relación al primer objetivo específico	79
Cuadro 2. Variables con relación al segundo objetivo específico.....	79
Cuadro 3. Variables con relación al tercer objetivo específico	80
Cuadro 4. Variables con relación al cuarto objetivo específico	80

GLOSARIO

- AESA:** Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia.
- APS:** atención primaria en salud.
- ARS:** Administradoras del Régimen Subsidiado
- ASAGIO:** Asociación Antioqueña de Obstetricia y Ginecología.
- CIDH:** Comisión Interamericana de Derechos Humanos.
- CPN:** Programas de Control Prenatal.
- ENDS:** Encuesta de Demografía y Salud.
- EPSs:** Empresas Promotoras de Salud.
- ESE:** Empresa social del estado.
- FEDESARROLLO:** Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo.
- FOSYGA:** Fondo de Solidaridad y Garantías.
- IPSS:** Instituciones Prestadoras de Servicios.
- ITS:** Infecciones de Transmisión Sexual.
- MIAS:** Modelo Integral de Atención en Salud.
- ODS:** Objetivos de Desarrollo Sostenible.
- OMD:** Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- PAB:** Plan de Atención Básica.
- PAMEC:** Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.
- POS:** Plan Obligatorio de Salud.
- REPSS:** Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.
- RIAS:** Rutas Integrales de Atención en Salud.
- SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- SIC:** Sistema de Información para la Calidad.
- SOGCS:** Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.
- SSSA:** Secretaría Seccional de Salud de Antioquia.
- SSR:** Derechos Sexuales y la Reproductivos.
- SUH:** Sistema Único de Habilitación.
- UCI:** Unidades de Cuidados Intensivos.
- UNFPA:** Fondo de Población de las Naciones Unidas.

RESUMEN

Objetivo: Describir las principales causas y efectos que incidieron en el cierre de los servicios maternoinfantiles y sus consecuencias desde la perspectiva del talento humano médico especializado en el área metropolitana del valle de aburra en el año 2017.

Método: Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, con un análisis uní y bivariado. Se tomó una muestra de 109 médicos especialistas en ginecología y residentes, miembros de la Asociación Antioqueña de Obstetricia y Ginecología (ASAGIO) con vigencia del año 2017. Se realizó un muestreo aleatorio simple, y se aplicó una encuesta semiestructurada autodiligenciada y anónima. Las variables incluyeron aspectos sociodemográficos y ocupacionales de los participantes, factores explicativos y consecuencias del cierre. Estos factores fueron de orden social, institucional y financiero.

Resultados: Desde la perspectiva de los profesionales, en Medellín y su área metropolitana los servicios que más han sufrido cierre son los servicios con internación con 91,7%, siendo la crisis económica el mayor factor determinante considerando que el servicio maternoinfantil es el más reemplazado por eventos de alto costo con 69,8%, la crisis económica es el mayor factor determinante en el cierre de estos servicios, derivado del endeudamiento de las EPS a las instituciones prestadoras de salud, la baja rentabilidad y bajos costos pagados por servicios, de acuerdo al manual tarifario. Entre las consecuencias del cierre se encuentran el deterioro de la salud de las maternas, así como una importante crisis laboral por parte de los profesionales.

Conclusiones: El cierre de los servicios maternoinfantiles es un fenómeno multifactorial y representa no solo consecuencias en la salud maternoinfantil, sino también en la prestación de servicios y en las dinámicas de los profesionales en salud.

Palabras Clave: Clausura de las instituciones de salud, administración hospitalaria, planificación hospitalaria, atención prenatal, parto obstétrico.

1. INTRODUCCIÓN

El embarazo es un momento de importantes reestructuraciones en la vida de la mujer y en los papeles que ésta ejerce en la sociedad, pero puede ser uno de los más arriesgados, si la misma no tiene condiciones sanitarias y sociales de apoyo relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio apropiadas. En este período, las mujeres experimentan cambios de diversos órdenes: biológicos, somáticos, psicológicos y sociales, representando una experiencia única e intensa, que influye tanto en la dinámica psíquica individual como las demás relaciones sociales. En ese proceso, los servicios de salud desarrollan un papel protagónico, tanto en el acompañamiento del embarazo, como en la asistencia al parto y al recién nacido.

La calidad de los servicios de salud de las regiones y localidades puede ser medida a través del número de muertes maternas, que es la consecuencia final de la correlación de múltiples factores interactuantes, por eso la importancia de una red sanitaria y social de apoyo a la gestación de inicio a fin. Cada muerte materno-fetal constituye un problema de salud pública y social que, dentro del componente asistencial, de acceso, de oportunidad y de calidad de los servicios de salud se agrava en nuestro contexto por la carencia de oportunidades, la desigualdad económica, educativa, legal o familiar de la mujer (1).

La muerte de una mujer y el deterioro de su salud tienen consecuencias graves para el bienestar de la familia y la comunidad. Todo esto teniendo en cuenta que se encuentra no solo en edad reproductiva, sino que además está en edad productiva, son las creadoras de la nueva vida y las que cuidan de la vida diaria, ayudan a la formación y educación de sus hijos, laboran dentro y fuera de sus viviendas y se constituyen en muchos casos en la columna vertebral de sus hogares (1).

Las consecuencias de una muerte materna son de tal dimensión que repercuten durante mucho tiempo, tanto en la familia como en la comunidad misma. Generalmente la muerte materna afecta a toda la familia y producen impacto negativo en la estructura y dinámica familiar, con severas consecuencias futuras, de manera particular en el bienestar de los niños que se quedan sin madre, lo cual se traduce en el incremento en la morbilidad infantil, deserción escolar, adquisición de nuevos roles y un futuro incierto en algunos casos para los hijos huérfanos (1).

Por lo tanto, es creciente la necesidad de servicios de salud materno-infantil y de equipos multiprofesionales, capaces de atender las demandas de esas mujeres, con la intención de prevenir complicaciones durante el embarazo y en el momento del parto. Por lo tanto, el cierre de servicios de salud materno-infantil se constituye como un

problema grave de salud pública, que necesita acciones urgentes, a fin de garantizar la continuidad de la asistencia y evitar la enfermedad y muerte.

El presente informe de investigación presenta los resultados de un estudio cuantitativo observacional y transversal, desarrollado en 2017, mediante una encuesta con preguntas abiertas y cerradas. Las variables cuantitativas se analizaron mediante análisis descriptivos y las preguntas abiertas se recodificaron en variables cuantitativas. Para complementar la información, las explicaciones de los participantes se procesaron mediante técnicas de codificación (abierta y axial) similares a las usadas en los métodos cualitativos.

En el trabajo se pretendió analizar la percepción de 109 médicos especialistas y residentes del área Metropolitana de Medellín, que hacen parte de la *Asociación Antioqueña de Obstetricia y Ginecología (ASAGIO)*, frente a las causas y consecuencias del cierre de los servicios maternoinfantil, ya que estos conocen de primera mano las necesidades y el cuidado del servicio maternoinfantil. Para lograrlo, se realizó una descripción de las características sociodemográficas y ocupacionales de los participantes, también se identificaron los factores sociales, políticos, económicos, culturales e institucionales que originaron el cierre de los servicios maternoinfantiles, y se identificaron las consecuencias que el cierre de los servicios ha producido para la diada madre-hijo, las instituciones, los profesionales asistenciales, y el sistema de salud.

Es importante destacar que los resultados obtenidos servirán como base para la planificación de intervenciones con el objetivo de cuidar la salud maternoinfantil y reducir la morbilidad y mortalidad. No se pretende llegar a una respuesta absoluta sobre la problemática desarrollada en este trabajo, pero sí hacer un acercamiento y entregar algunos elementos que puedan servir al lector para profundizar en el tema y obtener sus propias conclusiones.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años, algunas IPS han cerrado los servicios materno-infantiles y otros están en riesgo de cierre. Esta decisión se produjo a pesar del importante problema en salud pública que constituye la morbilidad materna y neonatal, y de sus implicaciones para el desarrollo social. El cierre o riesgo de cierre de los servicios materno-infantiles, constituye un riesgo para la salud y la vida de un alto número de personas, exhibe una dirección contraria a las políticas nacionales e internacionales en materia de protección y cuidado de la diada madre-hijo y es un indicador negativo de desempeño del sistema de salud (1).

Las maternas necesitan acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el parto (2). Esta atención es provista por la red de atención pública y privada, según la articulación de los servicios que cada asegurador organice. Esta red sin embargo parece estar sufriendo una reducción importante que puede poner en riesgo la salud de esta población. La reducción está relacionada con el cierre de servicios, producto de procesos económicos en un ambiente de mercado, pero también con otros fenómenos menos entendidos (2).

El cierre de los servicios materno-infantiles se produce independiente de las altas cifras de morbilidad. Según cifras del DANE del año 2013 en Colombia 12.440.872 mujeres de 15 a 49 se encontraban en edad fértil, y se estima que alrededor del 18.5% de las mujeres en este rango de edad han estado embarazadas. El hecho de que este alto número mujeres experimente un proceso de gestación, implica un alto número de población en riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo (3).

En una publicación de la OMS en el 2016 sobre la mortalidad materna, se sustenta que cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado (4).

La OMS estimó que en el 2006 hubo 280.000 muertes perinatales con diferencias notables por regiones, siendo el riesgo de muerte perinatal en América Latina y el Caribe el triple del de Canadá y los Estados Unidos de América (5). Estos perfiles diferenciales en las tasas de mortalidad entre los países ricos y pobres revelan las inequidades en el acceso a los servicios de salud (6).

Colombia, no es ajena a esta situación y de acuerdo con las cifras preliminares emitidas se notifica un aproximado de 400 muertes de mujeres por año, las causas más comunes se asocian al trastorno hipertensivo y la complicación hemorrágica en el embarazo y el parto. El 24% de las muertes, ocurre en población afrocolombiana y pueblos indígenas (7). En el año 2017, según el Instituto Nacional de Salud, se notificaron 460 casos y 43 de manera tardía, en comparación al año 2016 que registró 355 casos (7).

En Colombia el 60% de la mortalidad materna se concentra en el 50% de la población más pobre multidimensionalmente y alcanza un índice de concentración de -017, es decir, que es una desigualdad a favor de los más favorecidos o mejor acomodados socioeconómicamente (1).

La mortalidad materna es más alta en las personas que se encuentran en el quintil más pobre. La razón de esta mortalidad es 3,02 veces más alta en los departamentos del quintil con mayor Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) como lo es en el caso del departamento de Chocó con 357,97 muertes por cada 100.000 nacidos vivos; es 4,20 veces más alta que la nacional y en departamento de La Guajira la razón de mortalidad materna alcanzó un valor de 166,85 muertes por cada 100.000 nacidos vivos , 1,42 veces más alta que la nacional y la razón de mortalidad materna es significativamente más baja que la nacional, con un nivel de confianza del 95% en los departamentos de Antioquia, Quindío, Cundinamarca, Risaralda, Valle del Cauca, Bogotá D.C y el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (8,9).

En lo que concierne al Departamento de Antioquia, la razón de mortalidad materna en el año 2012 fue de 55,0 por cada 1000 nacidos vivos y aunque fue más baja que en Colombia cuyo registro fue de 62,75 por cada 1000 nacidos vivos, no cumplió la meta esperada propuesta por la OMS 45,00 por cada 1000 nacidos vivos (4).

Sobre la mortalidad infantil, en 2012, por cada 1.000 nacidos vivos, 35 menores de un año perdieron la vida en el mundo y 16 en los países de ingresos medio altos (10). En Colombia, la tasa de mortalidad infantil en el año 2010 fue de 18,4 por cada 1000 nacidos vivos. Con relación al Departamento de Antioquia, la tasa de mortalidad infantil general en el año 2010 fue de 10,8 y en el año 2012 fue de 9,9 por cada 1000 nacidos vivos (11).

Según el ex secretario de Salud de Medellín *Gabriel Jaime Guarín Álzate*, “en la ciudad de Medellín en los últimos 10 años disminuyó el número de niños menores de un año

muertos. Los indicadores reflejan que la ciudad pasó de una tasa de 11,9 muertes en 2005 por cada 1.000 bebés nacidos, a 6,6 fallecimientos en 2014” (12).

La atención de la salud maternoinfantil tiene importancia social y ética preponderante por cuanto se relaciona con el reconocimiento de los derechos humanos de dos de los grupos de la población que se ven en un mayor estado de vulnerabilidad y por lo tanto, deben recibir protección y atención especial para asegurar el respeto y la consideración de uno de los derechos fundamentales: el goce a la vida y al más grado máximo de salud que se pueda lograr según la OMS (13).

En Colombia el número de partos atendidos por profesionales de salud, se ubica en 86%, con variaciones de 66,6% en el 20% más pobre de la población y 98,1% en el 20% más rico. Entre un 66% y 89% de las muertes maternas institucionales son evitables y por lo tanto, las deficiencias en la atención maternoinfantil están estrechamente ligadas a la mortalidad. En los últimos años, la mortalidad materna se ha mantenido en siete muertes semanales. Esta cifra es 20 veces mayor a las de los países más desarrollados, y es asociada a demoras en el acceso a los servicios de urgencias altamente (14). Por otro lado, aunque la morbilidad infantil se ha reducido, no se han registrado ganancias importantes en equidad. Los niños más pobres se enferman y mueren más que los de familias de ingresos medios y altos (14).

Dada la magnitud, importancia y gravedad de las muertes maternas y neonatales, la autoridad sanitaria y los organismos internacionales asociados a las Naciones Unidas han centrado su interés en la prevención o reducción de las mismas. Es por ello que se adoptó el objetivo 5 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio-ODM-5, y sus metas se han renovado mediante la reciente expedición de los Objetivos de Desarrollo Sostenible –ODS (15). Por su parte, el sistema interamericano, la Declaración Americana y el Protocolo de San Salvador consagran expresamente la obligación de los Estados de brindar adecuada protección a las mujeres, en especial para conceder atención y ayuda especial a la madre, antes y durante un lapso razonable después del parto (16).

Siguiendo los estándares internacionales sobre la protección de la salud materna y la propia jurisprudencia del sistema interamericano, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) observa que es deber de los Estados garantizar el derecho a la integridad física, psíquica y moral de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad. Esto implica la priorización de recursos para atender las necesidades particulares de las mujeres, en cuanto al embarazo, parto y puerperio. Esto incluye pero no se limita la atención eficaz de las emergencias obstétricas (17).

Contrario a estas disposiciones, normas y lineamientos, en los últimos años el país ha venido presenciando una creciente crisis en el sistema de salud que afecta la prestación de los servicios y en último término a las mujeres que requieren servicios materno-infantiles. No solo los hospitales públicos, sino variadas instituciones prestadoras de servicios (IPS) privadas en el país y en el Departamento de Antioquia han decidido dejar de prestar servicios materno-infantiles, ya sea de forma temporal, parcial o definitiva (1). El cierre de estos servicios se ve reflejado en la falta de dotación y en la reducción del número de camas de obstetricia y neonatología. Según la Sociedad de Pediatría, desde 2012, en el país se han cerrado aproximadamente 400 camas de neonatos. La cantidad restante no resulta suficiente para atender las necesidades en salud. En el caso particular de Medellín, para el año 2014, se contaba con 0.19 unidades por cada 1000 personas. Este número de camas está por debajo del estándar deseable de 5.5 camas por cada 1.000 habitantes (18, 19,20).

Entre las posibles razones económicas que explican el cierre de los servicios materno-infantiles, se encuentran los procesos de tipo económico e institucional. Se ha planteado desde la academia, que estos servicios se cierran porque atender las gestantes y los niños no es rentable desde el punto de vista económico, puesto que las tarifas de la atención ginecobstetricias son muy reducidas (20). Entre las razones de infraestructura, un artículo publicado por una fuente periodística de El colombiano en el año 2013, indica que el cierre obedece a que no se tienen separadas la Unidad de Cuidados Intensivos de la de Cuidados Especiales. Para el autor, esto implica duplicar los costos de la prestación del servicio (21). Por otro lado, se ha argumentado que no se cumple con las condiciones de habilitación bajos estándares de calidad y bioseguridad (22).

Con base en la información presentada, resulta discordante, por un lado, la grave situación de morbilidad materna e infantil que se expresa en problemas de magnitud, gravedad, daño variable en esta población, y por otro lado la incoherencia entre las metas sanitarias y la respuesta del sistema de salud relacionado con el cierre de servicios de salud materno-infantil. Dar respuesta a los complejos problemas que genera la gestación, el parto y el puerperio es un reto para los sistemas de salud, pero si a estos problemas se suman las nuevas políticas de cierre de hospitalario y cierre de servicios de atención materno-infantil, se prevé que se generen otras consecuencias y retos para la salud de las maternas, (con aumento en las tasas de morbilidad y mortalidad materno-infantil), consecuencias para los profesionales especializados que prestan atención a la diada madre hijo, efectos para las IPS y para la sociedad en su conjunto.

Este fenómeno no ha sido estudiado en el contexto local y por lo tanto, hasta el momento se desconoce cómo el cierre de servicios está vulnerando el derecho a la salud y cómo el cierre está afectando la garantía de la prestación de los servicios que las mujeres y neonatos requieren.

Dadas las anteriores consideraciones, se plantea la necesidad de identificar los fenómenos involucrados en el cierre de servicios maternoinfantiles, sus causas y consecuencias desde el punto de vista de los profesionales especializados, que conocen y han experimentado la problemática. Para ello, se ha formulado la siguiente pregunta:

¿Qué factores incidieron en el cierre/riesgo de cierre de los servicios maternoinfantiles y cuáles han sido las consecuencias para la diada madre hijo, para los especialistas y para las instituciones de salud, desde la perspectiva del talento humano especializado que provee el cuidado maternoinfantil en Medellín en el año 2017?

3. JUSTIFICACIÓN

La salud maternoinfantil es una prioridad de la salud pública y un indicador sensible del desempeño de los sistemas de salud. Los indicadores de salud maternoinfantil son considerados trazador de la situación de salud de un país. Representan el resultado de una sumatoria de factores económicos, educacionales, nutricionales y de acceso a redes de protección social, por tal motivo, comprender lo que sucede con los cambios en la oferta de servicios a partir del cierre de servicios maternoinfantiles, permite entender las dinámicas sociales que llevan a los prestadores y tomadores de decisiones a ejercer acciones o inacciones que vulneren el derecho a la salud.

Proveer cuidados a la diada madre-hijo impone un gran desafío en un sistema mercantilizado, fragmentado y segmentado. Disponer de la oferta adecuada y oportuna implica importantes resultados en términos de mejoramiento de la calidad de vida de la población, la reducción de la morbimortalidad materna e infantil y, en consecuencia, un impacto favorable en términos de desarrollo. Por el contrario, se supone que reducir la red de servicios maternoinfantiles, mediante el cierre de los mismos, como se está efectuando en el momento, impone una gran carga a las mujeres y sus familias, en términos sanitarios y económicos, pero también implica una serie de consecuencias para los profesionales, las IPS, el sistema de salud y para la misma sociedad.

Es por esto que este estudio se propone entender las causas por las cuales se están cerrando de forma permanente o temporal, parcial o total los servicios maternoinfantiles. Este es un elemento clave del ejercicio de planificación sanitaria. Por otra parte, saber que está pasando con esa población, donde se están atendiendo, que repercusiones ha traído esta problemática para la madre, el niño, la familia y el personal asistencial de la salud en el área metropolitana del valle de aburra en el año 2017, permitirá poner en la esfera pública, la discusión de los valores, las necesidades y la organización de los servicios de salud maternoinfantiles requeridos para nuestra sociedad.

Sin duda alguna, vemos la importancia de investigar las causas del cierre de este servicio, teniendo en cuenta que es de suprema importancia prevenir los problemas asociados a la maternidad, asistir el embarazo y el parto, atender una emergencia obstétrica con una atención profesional del parto y con sistemas de salud mejor organizados y accesibles para la población, (23) para el mejoramiento de la salud de las mujeres y los neonatos y para el cumplimiento de las metas nacionales e internacionales.

También, para crear iniciativas que de alguna manera contribuyan al mejoramiento de las políticas públicas como lo planteado por la ley estatutaria 1751 de 2015, que en su artículo 5 establece las obligaciones del Estado de la siguiente manera: Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera *sostenible* los servicios de salud y *garantizar* el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades de salud en la población (22,24).

Este estudio aportará información con respecto a esta problemática ya que es muy poca literatura que se encuentra acerca de esta y así aportar al conocimiento técnico científico.

Con este estudio se pretende comprender las causas y consecuencias del cierre y riesgo de cierre de los servicios maternoinfantiles por medio de la percepción que tienen los médicos especialistas y residentes acerca del problema. Se considera importante la indagación de este suceso ya que puede ayudar a entender un problema real que involucra a un gran número de personas de manera directa e indirecta y para aportar información que guie a nuevos estudios y ayude en la toma de decisiones en la implementación de nuevas políticas.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general:

Describir las principales causas y efectos que incidieron en el cierre de los servicios maternoinfantiles y sus consecuencias desde la perspectiva del talento humano médico especializado en el área metropolitana del valle de aburra en el año 2017.

4.1.1 Objetivos específicos:

- Describir las características sociodemográficas y ocupacionales de los participantes.
- Describir las características de la oferta de los servicios maternoinfantil de las IPS cerradas o en riesgo de cierre de donde laboraba el talento humano médico especializado encuestados.
- Identificar las principales causas del cierre, desde la perspectiva del talento humano médico especializado.
- Identificar las consecuencias que el cierre de los servicios maternoinfantiles ha producido para la diada madre-hijo, los profesionales asistenciales, para la red de servicios y el sistema de salud desde la perspectiva del talento humano médico especializado.

5. MARCO TEÓRICO

La construcción de un mundo globalizado se ha venido dando por la consolidación del capitalismo y de una revolución tecnológica que a diario tiene la necesidad de tener mayor expansión mundial, la globalización como todos los aspectos políticos, sociales, económicos y culturales tiene cosas buenas y cosas malas, la principal ventaja de esta es la circulación de bienes y productos, sin embargo, la apertura de mercados puede ser perjudicial para la salud, debido a que el intercambio de productos puede llevar a la propagación de enfermedades (25).

Según la OMS, la salud es "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades que padece una persona", teniendo en cuenta que cada persona debe tener un estado tanto de equilibrio como de bienestar a nivel físico, social y mental, satisfaciendo las exigencias que se le presentan en la vida diaria (25)

Es por esto que las personas cuentan con un sistema de seguridad social en salud, que como se encuentra establecido por el Ministerio de Salud es la manera de brindar un seguro que cubra los gastos relacionados con la salud a las personas que habitan en el territorio colombiano, personas que se encuentra afiliadas a una Entidad Promotora de Salud (EPS) y que tendrá atención de sus servicios por medio de una Institución Prestadora de Servicios (IPS), este sistema de salud funciona bajo dos modalidades que son el régimen contributivo que es la afiliación que realizan las personas que se encuentran vinculadas laboralmente a alguna organización y que tienen una capacidad de pago, en este régimen también se encuentran los trabajadores independientes y pensionados y por otro lado está el régimen subsidiado que lo tienen las personas que no cuentan con recursos para subsidiar este servicio (26).

De acuerdo al decreto 2240 de 1996, se establecen normas con relación a las condiciones sanitarias que deben cumplir las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y en especial de las instalaciones de ingeniería de las IPS, teniendo en cuenta que la subdirección de infraestructura Física en Salud ha elaborado las políticas y normas técnicas de infraestructura física hospitalaria, con el fin de brindar asesoría y asistencia técnica a las entidades territoriales e instituciones públicas prestadoras de servicios de salud en el desarrollo, construcción y dotación de la infraestructura, para la adecuada prestación de servicios de salud (27).

Actualmente la salud está siendo criticada, por el servicio que se ofrecen en los distintos puntos de las Entidades Promotoras de Salud, ya que, existe mucho retraso en la asignación de citas, largas esperas, agendas cerradas, demasiados trámites para poder tener un sistema de salud de calidad, es acá donde se considera necesario tener una calidad de salud pública, que según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) consiste en el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de

sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo (25).

La administración de una entidad que se encarga de prestar servicios en salud no es tarea fácil ya que muchas veces la mano corrupta de sus administradores pone en juego el capital de estos institutos generando efectos financieros negativos y de esta manera se obtiene una de las consecuencias más graves que es el cierre de algunos servicios en la IPSs, a causa de estos deficientes manejos administrativos (1).

Se necesita que se ofrezcan servicios pensando no solo en el individuo sino a nivel familiar, teniendo en cuenta que este modelo de salud es de carácter integral, familiar y comunitario, en donde se asume que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado, generando la promoción de estilos de vida saludables, fortaleciendo relaciones y mejorando las condiciones de salud (28).

La atención materno infantil debe ser una prioridad para la salud, debido a que como lo establece la OMS se debe buscar una protección de la salud con el fin de ofrecer bienestar a las madres y al recién nacidos. Sin embargo, según cifras del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (Reps) del Ministerio de Salud, “en Antioquia las camas de obstetricia pasaron de 1.049 en 2012 a 913 del año 2018. Cada periodo baja la cantidad: en 2015 había 950; en 2016, 931 y en 2017, 920.y como lo menciona Marta Isabel Restrepo, directora ejecutiva del Sindicato Nacional de Ginecología y Obstetricia (Sogós), “ninguna de las instituciones quiere realmente atender a las pacientes obstétricas, es decir, a las embarazadas y eso hace que se cierren muchos de los servicios” (29).

Teniendo en cuenta que los cierres de estos servicios ocurren porque las tarifas que se pagan por los servicios materno infantiles no compensan los costos que implican ni tampoco dejan recursos para hacer otras inversiones, de esta manera las IPS prefieren mantener servicios como los oncológicos, ayudas diagnósticas, ortopedia, cardiovasculares y renales, debido a que son más rentables (30).

Inicialmente se establece que las políticas de población y los programas de planificación de la familia deben apoyar los principios de elección voluntaria e informada y no se debe imponer medidas coercitivas que violen los derechos humanos fundamentales especialmente los de las mujeres, debido a que un reflejo de las inequidades y de las desigualdades que se tienen se ven reflejadas en las muertes maternas que se dan en algunas zonas del mundo, por dificultad en el acceso a los servicios de salud y predominan las diferencias entre grupos sociales, regiones y países. Se considera que más de la mitad de las muertes maternas se producen en entornos frágiles y contextos de crisis humanitaria. En Colombia la mortalidad materna es más alta en las personas que se encuentran en el quintil más pobre que se encuentra concentrado en Chocó, Vichada, La Guajira, Córdoba, Guainía, Vaupés,

Putumayo) que en el quintil de menor proporción de personas con estas mismas necesidades (Antioquia, Quindío, Cundinamarca, Risaralda, Valle del Cauca, Bogotá D.C. y el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (31).

La mortalidad materna es alta, debido a que cada día alrededor del mundo mueren aproximadamente 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto, fue así como en el año 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos, normalmente este tipo de muertes ocurren en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado si se asistiera a los controles médicos pertinentes (32).

La mortalidad neonatal consiste en el indicador que se usa para expresar el riesgo de fallecer o las expectativas de vida de los RN (recién nacidos) durante los primeros 28 días de vida, de acuerdo a datos proporcionados por la OMS, en el año 2016 alrededor del mundo murieron 2,6 millones de niños en su primer mes de vida y cada día mueren 7000 recién nacidos, la principal causa de muerte se debe al parto prematuro o por la falta de oxígeno al nacer e infecciones neonatales. Teniendo en cuenta que desde el final del periodo neonatal hasta los cinco años, las principales causas de muerte son la neumonía, la diarrea, el paludismo y la mala nutrición, la cual es una causa que contribuye a la muerte, debido a que hace que los niños sean más vulnerables a las enfermedades graves (33).

Es importante para todas las organizaciones, principalmente para la salud pública conocer la expectativa del trabajador permitiendo la recolección de la información que aporte al enriquecimiento del trabajador, al mejoramiento de los procesos y al rendimiento del mismo, de este modo se aumentara la satisfacción laboral de los miembros y esto a su vez impactara en su calidad de vida. (34)

Las condiciones de trabajo en muchos casos se convierten en un riesgo gracias al exceso que va mucho más del que se realiza dentro de la recuperación del individuo, representando más adelante un riesgo ya que algunos requieren exigirle a su organismo demasiado y después presentan dificultades en su recuperación, generando desgaste físico, mental y emocional consecuencia de esto tenemos la disminución de la capacidad de concentración y adormecimiento como señal de agotamiento, todos estos síntomas progresan y se convierten en confusión, lapsos de memoria, depresión, ansiedad, dificultades cardíacas, ya que al presentar fatiga el profesional disminuye su fuerza, su agilidad y precisión en sus movimientos (35).

El factor emocional que incluyen las labores con la salud son un elemento esencial para la evaluación de la calidad del servicio proporcionado y el placer del usuario, por eso el manejo inapropiado de todas las emociones, particularmente en el aspecto laboral constituyen un alto riesgo para la salud física y mental de la persona. En conclusión, el control de las emociones y situaciones negativas están asociados a síntomas físicos, patologías cardiovasculares y estados de ansiedad, por eso la correlación entre estados

emocionales y estilos de vida son factores que intervienen en las actividades cardiovasculares y el buen funcionamiento del sistema inmune (36).

La condición de los servicios de salud actualmente en el país halla a los médicos sumidos en una crisis socioeconómica y de valores, rodeados de inseguridades. Esta crisis no solo afecta al personal de salud sino también a todas las esferas de la vida cotidiana y modifica sus actitudes, descreyendo del presente y sin poder planear a futuro (37).

Las relaciones interpersonales entre el médico y el paciente pueden ser superficiales o de mayor complejidad, pero el médico siempre debe estar dispuesto a brindar su ayuda de forma sensible y humanitaria, esta interacción implica confianza y responsabilidad, es el compromiso y deber de ambos actores, comprometidos por la sinceridad y el amor, sin esta interacción verdadera, no existe Medicina. Es decir, es una relación humana que, como cualquier otro del género, no está libre de las complicaciones (38).

6. MARCO NORMATIVO

Desde el marco constitucional de 1991 hasta la fecha, se ha expedido numerosas normatividades que reafirma la necesidad de garantizar los derechos reproductivos y la salud, en especial para mejorar la salud maternoinfantil. A continuación, se describen las normas y políticas nacionales, así como las pautas y orientaciones internacionales en esta materia.

Leyes	Aspectos relevantes para la salud maternoinfantil
Convención internacional sobre los derechos del niño ley 12 de 1991	Motivo por el cual se establece considerando que, de conformidad con los principios proclamados en la Carta de las Naciones Unidas, la libertad, la justicia y la paz en el mundo se basan en el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana.
Ley 100 de 1993, Por el cual sistema de seguridad social integral	Art.166 Atención materno infantil. El Plan Obligatorio de Salud-POS para las mujeres en estado de embarazo cubrirá los servicios de salud en el control prenatal, la atención del parto, el control del posparto y la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia.
Ley 823 de 2003, Por la cual se dictan normas sobre igualdad de oportunidades para las mujeres.	Art.6 El Gobierno ejecutará acciones orientadas a mejorar e incrementar el acceso de las mujeres a los servicios de salud integral, inclusive de salud sexual y reproductiva y salud mental, durante todo el ciclo vital, en especial de las niñas y adolescentes. En desarrollo de los artículos 13 y 43 de la Constitución, el Gobierno estimulará la afiliación al régimen subsidiado de seguridad social en salud de las mujeres cabeza de familia, de las que pertenezcan a grupos discriminados o marginados de las circunstancias de debilidad manifiesta.
Código de infancia y adolescencia. Ley 1098 de 2006	Art. 46 Obligaciones especiales del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Ministerio de salud y protección social. Ley 1122 de 2007

Diseñar, desarrollar y promocionar programas que garanticen a las mujeres embarazadas la consejería para la realización de la prueba voluntaria del VIH/SIDA y en caso de ser positiva tanto la consejería como el tratamiento antirretroviral y el cuidado y atención para evitar durante el embarazo, parto y posparto la transmisión vertical madre-hijo.

Art. 7 La Comisión de Regulación en Salud ejercerá las siguientes funciones: Definir el régimen que deberán aplicar las EPS para el reconocimiento y pago de las incapacidades originadas en enfermedad general o en las licencias de maternidad, según las normas del Régimen Contributivo.

237 de 2008

Art1. La presente ley tiene por objeto modificar las circunstancias epidemiológicas sobre las cuales, en el artículo 166 de la Ley 100 de 1993, se definió el contenido y alcance del concepto de atención de la salud de la mujer gestante, durante el período del embarazo, el parto, el puerperio y las afecciones relacionadas con la lactancia; así como también los procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo, en los eventos no constitutivos del delito de aborto. Art. 2 Atención integral a la salud materna como urgencia vital. A partir de la presente ley se entiende la urgencia vital, dentro de la atención integral a la salud materna, como aquella situación de grado superior a la urgencia en que exista un peligro inmediato. Art. 5 Identificación temprana de riesgos del binomio madre e hijo, todas las entidades prestadoras de servicios de salud están en la obligación de suministrar los suplementos vitamínicos de calidad a la gestante y a realizar todos los exámenes necesarios para la prevención de enfermedades y malformaciones congénitas asociadas a infecciones que se presenten en el feto, ordenados bajo criterio y discreción del médico tratante

por la cual se protege la maternidad, el parto digno y se dictan otras disposiciones. Ley 172 de 2009

Art. 1 La presente ley tiene por objeto asegurar el ejercicio de los derechos de la mujer embarazada y del recién nacido, para garantizarle una maternidad digna, saludable, deseada, segura y sin riesgos, mediante la prestación oportuna, eficiente y de buena calidad de los servicios de atención prenatal, del parto, posparto y perinatal, para reducir la morbilidad materna y perinatal y lograr un verdadero desarrollo humano de la familia.

Reforma al SGSSS Ley 1438 de 2011

Art. 3 Principios del SGSSS Es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral. La prestación de estos servicios corresponderá con los ciclos vitales formulados en esta Ley, dentro del Plan de Beneficios.

103 de 2015

A través de este proyecto de norma jurídica se busca garantizar la lactancia exclusiva materna para el nacido vivo y la protección de la madre.

Ley estatutaria en salud. 1751 de 2015

Art9. Determinantes sociales de salud. Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud. Art 11. En el caso de las mujeres en estado de embarazo, se adoptarán medidas para garantizar el acceso a los servicios de salud que requieren durante el embarazo y con posterioridad al mismo y para garantizar que puedan ejercer sus derechos fundamentales en el marco del acceso a servicios de salud.

<p>Por medio de la cual se establecen los derechos de la mujer en trabajo de parto, parto y postparto. Proyecto de ley 063 de 2017</p>	<p>Art 1. La presente ley tiene por objeto garantizar los derechos de madres: a vivir el trabajo de parto, parto y posparto con libertad de decisión, consciencia y respeto, así como los derechos de los recién nacidos.</p>
<p>Resolución</p>	
<p>Resolución de la Unión Inter-Parlamentaria del 2012</p> <p>1841 2013</p>	<p>Llama a los parlamentos a: “introducir o elaborar legislación que garantice el acceso equitativo a los servicios de salud para todas las mujeres y los niños sin discriminación y a proveer servicios básicos de salud para todas las mujeres embarazadas y para los niños”</p> <p>Vigilancia en salud pública: incluye la vigilancia de la morbilidad materna y neonatal extrema, la interrupción voluntaria del embarazo IVE, el embarazo en adolescentes y del modelo de seguridad clínica que incluya disponibilidad, oportunidad y suficiencia de sangre y componentes sanguíneos en los servicios de salud para el manejo de las complicaciones obstétricas.</p>
<p>Convenciones</p>	
<p>Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer</p>	<p>1979, en vigor para Colombia a partir de su aprobación mediante la Ley 1 de 1981, incluye el derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción; el acceso a los servicios que se refieren a la planificación familiar, el período posterior al parto, y la nutrición adecuada durante el embarazo y lactancia.</p>

La Convención sobre los Derechos del Niño	1989, en vigor para Colombia desde su aprobación a través de la Ley 12 de 1991), en el Art. 24La plena aplicación del derecho a la salud y la adopción de medidas mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible, el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre; la atención sanitaria prenatal y posnatal apropiada a las madres; y el desarrollo de atención sanitaria preventiva. Requiere la adopción de las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud del niño.
--	---

Conferencias

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 1978	Garantizar atención oportuna e integral en salud a la maternidad Los Estados deben adoptar medidas para mejorar los servicios de atención en salud infantil y materna que hacen parte de la atención primaria en salud, para que incluyan: La atención previa y posterior al parto, Servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos. Los servicios obstétricos de urgencia, el acceso a la información y los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información. Por lo tanto, los Estados deben contar con la infraestructura y recursos necesarios para atender a las mujeres gestantes y así reducir el riesgo de mortalidad materna, así como asignar del máximo de recursos disponibles a ello. Estos servicios médicos deben incluir servicios de salud materna que enfrenten adecuadamente las necesidades particulares de las mujeres.
---	---

Conferencia Mundial de Derechos Humanos, en 1993	Logró levantar obstáculos y exclusiones que enfrentaban los Derechos Humanos de diversos grupos humanos: mujeres, discapacitados, niñas/os, migrantes, pueblos indígenas. etc.
---	--

<p>La Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, septiembre de 1994</p>	<p>El Programa de Acción de El Cairo trata la cuestión relativa a la igualdad desde la perspectiva de los Derechos Humanos y se propone como objetivo eliminar todas las formas de discriminación contra la mujer de manera de permitirle que ejerza sus derechos a la salud sexual y reproductiva.</p>
<p>Comité</p>	
<p>Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales</p>	<p>Art. 12 El derecho a la salud materna, infantil y reproductiva. La disposición relativa a "la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños" se puede entender en el sentido de que es preciso adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información .</p>
<p>Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)</p>	<p>Aprobaron el Plane Acción para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna y la Mortalidad Materna Grave. En él se indica que alrededor del 95% de la mortalidad materna en ALC puede prevenirse con los conocimientos que tienen los países hoy en día, y se reconoce que la mortalidad y morbilidad materna evitable existen como una expresión de la inequidad, desigualdad y falta de empoderamiento de las mujeres.</p>

7. MÉTODO

7.1 Tipo de estudio

Para el logro de los objetivos propuestos se realizó un estudio cuantitativo, de corte transversal, donde se indagaron los factores involucrados en el cierre y riesgo de cierre de los servicios maternoinfantiles, desde la perspectiva del talento humano asistencial especializado.

7.2 Población de referencia

La población y la unidad de análisis está conformada por los médicos especialistas y residentes que provee cuidados maternoinfantiles y que hacen parte de la Asociación Antioqueña de Obstetricia y Ginecología (ASAGIO)

7.3 Criterios de selección

Criterios de inclusión: los participantes debían cumplir con los siguientes requisitos: Ser ginecólogos o ginecobstetras, responsables del cuidado maternoinfantil.

Para todos los sujetos de investigación se cumplirán las siguientes características:

Aceptar libremente la participación en la investigación ya se de forma física o virtual. Deben estar en condiciones físicas y mentales de responder la encuesta utilizada como instrumento de captura de información.

Criterios de exclusión: Por la naturaleza de la investigación, no hay argumentos para excluir a ningún profesional que cumpla con los criterios de inclusión, sin embargo, si no se respondía el 90% de las preguntas, o las respuestas eran inconsistentes, el cuestionario sería excluido.

7.4 Muestra y Unidad de Análisis

La muestra está conformada por (N=109) médicos especialistas, de un marco muestral de 150 médicos pertenecientes a ASAGIO. El número de la muestra fue calculada mediante un muestreo aleatorio simple el cual Garantiza que todos los individuos que componen la población tienen la misma oportunidad de ser incluidos en la muestra, pero al tiempo de realizar las encuestas se seleccionaron los participantes por

conveniencia la cual consiste en seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Para el cálculo se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2(N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

n ?
z nivel confianza
p probabilidad que ocurra el fenómeno
q probabilidad de que no ocurra (1-p)
e margen de error
N tamaño de la población

n: ?

z: 95% = 1.96

p: 50% = 0.5

q: 50% = 0.5

e: 5% = 0.05

N: 150

n: 109 encuestas.

7.5 Fuentes de información: Primaria, captada mediante un trabajo de campo.

7.6 Técnica y procedimiento para la recolección de la información

Una vez aprobado el estudio por el Comité de Programa de la Facultad Nacional de Salud Pública, las investigadoras socializaron el proyecto con las directivas de ASAGIO y posteriormente con la asamblea de la Asociación, quien dio aval para realizar el estudio (Anexo 1: carta de Autorización), y apoyó la difusión de los objetivos del estudio, así como el envío de la información a los miembros registrados en la base de datos interna.

Previo a la recolección de la información, se realizó un estudio piloto, con la participación voluntaria de algunos médicos especialistas no incluidos en el estudio para verificar los tiempos y, la comprensión de las preguntas. La encuesta semiestructurada y su respectivo instructivo fueron diseñados de forma física como también de forma electrónica en un formulario de google drive por el equipo de investigación de la Línea de Sistemas de salud (Anexo 2).

Posterior al aval institucional, se reforzó la información mediante contacto de manera personal y/o virtual con los profesionales, para explicarles el proyecto, y obtener el consentimiento informado (Anexo 3).

Cuando firmaron el consentimiento se les entregó o envió vía correo electrónico la encuesta para que fuera respondida de forma individual, privada y anónima, en el tiempo disponible para los profesionales. El instrumento fue autodiligenciado y enviado por correo electrónico o en físico a los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión.

7.7 Variables y categorías analíticas

Las variables incluyen aspectos sociodemográficos de los participantes, factores explicativos y consecuencias del cierre de servicios maternoinfantiles.

Las variables incluyen cuatro categorías teóricas: 1) aspectos sociodemográficos y ocupacionales de los participantes con 4 variables, 2) características de oferta de las IPS cerradas o en riesgo de cierre con 9 variables, 3) factores explicativos del cierre con 2 variables causas de cierre del servicio y *de los servicios por los que ha sido reemplazado el servicio maternoinfantil*, 4) consecuencias del cierre con 4 variables.

La primera categoría corresponde a los aspectos sociodemográficos y ocupacionales de los participantes se incluyeron: edad, especialidad, años desempeñando el cargo, situación laboral.

Para formular las preguntas con la variable especialidad se hizo una búsqueda bibliográfica para conocer las especialidades y las subespecialidades derivadas de la Ginecología y Obstetricia (39).

La segunda categoría corresponde a las características de oferta de las IPS cerradas o en riesgo de cierre se incluyeron: servicios maternoinfantil cerrados en IPS, naturaleza jurídica (pública y privada), densidad profesional (médicos/Enfermeras), servicios cerrados o intervenidos. Servicios maternoinfantiles ofrecidos, causas frecuentes de consulta en madres gestantes (antes y después del parto) y en neonatos. Los servicios fueron clasificados según el plan obligatorio POS (40).

La tercera categoría corresponde a las causas del cierre se consideraron aquellos de orden social, institucional, económico y político.

La cuarta categoría corresponde a las consecuencias que han producido para la diada madre-hijo instituciones, los profesionales asistenciales, y el sistema de salud desde la perspectiva del talento humano médico especializado. Las variables se pueden observarse en el Anexo 4.

Una vez recolectada la información mediante la técnica de encuestas diseñada de forma físicas y electrónica se inició el proceso de digitalización de los datos en el programa de Excel y se realizó una depuración en la base de datos, para luego ingresarlo al programa de análisis estadístico software IBM *SPSS Statistics 21*. Se realizaron análisis univariado y bivariado con sus respectivas medidas de tendencia. Los resultados se muestran en tablas elaboradas software IBM *SPSS Statistics 21*.

7.8 Plan de análisis de información

(Anexo 5)

7.9 Consideraciones Éticas

De acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki y en la Resolución 8430 de octubre 4 de 1993: y debido a que esta investigación es considerada como investigación sin riesgo, y en cumplimiento con los aspectos mencionados con el Artículo 6 de la presente resolución, este estudio se desarrollará conforme a los siguientes criterios (41).

El conocimiento o los resultados que se obtendrá con la realización de esta investigación es complejo conseguir por otros medios científicos, el equipo de investigación de la Línea de Sistemas de salud plantea la necesidad de comprender los fenómenos involucrados en el cierre de servicios materno infantiles desde la perspectiva del talento humano que provee cuidados maternos infantiles y que está afiliado a una sociedad o asociación profesional de la ciudad de Medellín, y será este personal los que permitirán darnos la información requerida en un formulario que se les pedirá diligenciar y una serie de preguntas por medio de entrevistas para que nos ayude en nuestro proceso investigativo. La información que se obtendrá de cada uno de los participante en el estudio será almacenada de forma confidencial y sólo será usada con fines académicos, no se mencionará a uno en particular, sino de forma generalizada con toda la muestra que se trabaje, se realizara un acercamiento

institucional mediante la autorización de los coordinadores de las asociaciones de los profesionales y el acercamiento a la población se establecerá con el permiso del mismo. Dado esto cada persona antes de diligenciar la encuesta tendrá el deber de firmar un consentimiento informado, con el que autorice libremente su participación en la investigación, el proceso de la investigación está orientada por una asesora la cual se han encargado de que este trabajo se lleve a cabo de forma correcta aclarando las dudas encontradas. Los datos e información recolectados en la encuesta y entrevistas sólo serán manipulados por los investigadores y la asesora u otra persona que sea autorizada para colaborar con este proceso, todo lo anterior se hace con el fin de cuidar la integridad del ser humano y la protección de los derechos de los participantes, como lo consagra la ley. Por último, los resultados obtenidos en esta investigación serán compartidos o publicados con el mayor respeto posible, respetando la integridad del personal de cada una de las instituciones donde se lleve a cabo estos procesos.

8. RESULTADOS

8.1 Caracterización sociodemográfica y ocupacional de los médicos especialistas y residentes del área metropolitana de Medellín.

De los 109 médicos especialistas y residentes en ginecología seleccionados en la muestra, la mayoría son mujeres con el 51,4%; La edad promedio es de 43 años con una desviación estándar de 9,6 años. El grupo de edad con mayor participación fue de 36 a 49 años en los dos sexos, Con referencia al sexo con la especialidad se evidencia que en su mayoría los profesionales son ginecólogos generales siendo de mayor proporción con 22,9% las mujeres.

Con referencia a los años de servicio como especialista en ginecología se evidenció que el 59,3% han laborado en un rango de 2-12 años en el cuidado materno-infantil. Se encontró que el 64,9% de los especialistas en ginecología encuestados se encontraban laborando en varias IPS siendo los hombres con un 34,3% los de mayor proporción, el 13,0% laboraban en una varias IPS y el 22,2% no se encontraban laborando en el momento de que diligenciaron la encuesta (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de frecuencias de las características sociodemográficas y ocupacionales del talento humano médico especializado en ginecología del área metropolitana del valle de aburra en el año 2017.

Variables sociodemográficas	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
Edad	N	%	N	%	N	%
27-35	10	9,2	18	16,5	28	25,7
36-49	28	25,7	24	22,0	52	47,7
50-76	15	13,8	14	12,8	29	26,6
Total	53	48,6	56	51,4	109	100
Especialidad						
Ginecología General	20	18,3	25	22,9	45	41,3
Ginecología Especializada	17	15,6	13	11,9	30	27,5
Ginecología Pediátrica	16	14,7	18	16,5	34	31,2
Total	53	48,6	56	51,4	109	100
Años de servicios como especialistas						
2 a 12	31	28,7	33	30,6	64	59,3
13 a 23	16	14,8	16	14,8	32	29,6
24 a 34	6	5,6	6	5,6	12	11,1
Total	53	49,1	55	50,9	108	100
¿Se encuentra laborando actualmente?						
En una IPS	8	7,4	6	5,6	14	13,0
En varias IPS	37	34,3	33	30,6	70	64,9
Actualmente no laboro	11	10,2	13	12,0	24	22,2
Total	52	48,1	56	51,9	108	100

8.2 Características de oferta de las IPS cerradas o en riesgo de cierre.

Se les pregunto a los médicos especialistas si habían laborado en una IPS donde se haya cerrado o esté en riesgo de cierre el servicio materno infantil con el fin de conocer los nombres y otras características de esas IPS, a lo que los médicos especialistas dieron información de 11 IPS en estado de cierre o riesgo de cierre, dado que habían laborado en ellas, sin embargo se encontró que aportaron información sobre que

existen otras 6 IPS cerradas como las siguientes: Fundación Valle de San Nicolás, Clínica León XIII, Clínica Antioquia, Unidad Hospitalaria San Javier, seguro social, E.S.E Hospital San Rafael de Itagüí y 4 en riesgo de cierre como: Clínica de la Policía, Clínica Esimed de la 80, E.S.E San Vicente de Paul de Caldas y una más por fuera del Área Metropolitana Fundación SOMA Chigorodó sin embargo no se cuenta con información específica sobre ellas.

Con respecto a las IPS de las que los médicos aportaron información se encontró que 5 IPSs del área metropolitana han cerrado los servicios maternoinfantiles; son 2 públicas y 3 son privadas. Como se observa en la tabla 2. Las IPSs privadas fueron: Clínica el Rosario en la cual según la respuesta de los especialistas el tipo de afiliación predominante es el régimen contributivo, Clínica las Vegas predominando el régimen contributivo, Clínica Esimed Juan Luis Londoño sin distinción de regímenes. En promedio estas clínicas contaban con 15 médicos especialistas en ginecología y un promedio de 17 enfermeras en el servicio de Maternoinfantil.

Las 2 IPSs de carácter público cerradas fueron: E.S.E Hospital General de Medellín Luis Castro Gutiérrez y E.S.E Hospital Marco Fidel Suárez De Bello, predominando el régimen subsidiado en ambos. Éstas tenían en promedio 15 médicos especialistas en ginecología y 19 enfermeras en promedio en el servicio maternoinfantil.

En cuanto a las IPSs que están en riesgo de cerrar el servicio maternoinfantil según la respuesta de los especialistas fueron 6 de las cuales aportaron información y de estas 2 son privadas estas son: Clínica del Prado predominado el régimen contributivo y Clínica Soma predominan indistintos regímenes. Estas tenían en promedio 25 médicos especialistas en ginecología, 45 enfermeras en promedio en el servicio.

Las 4 IPSs de carácter público en riesgo de cerrar el servicio maternoinfantil según la respuesta de los especialistas fueron: Unidad Hospitalaria Manrique predominado el régimen subsidiado, Clínica San Juan de Dios de la Ceja predominando el régimen contributivo, Génesis Salud IPS predominando el régimen contributivo, E.S.E Hospital San Juan de Dios de Rionegro sin predominio regímenes. Éstas en promedio contaban con 14 médicos especialistas en ginecología, 21 enfermeras en promedio en el servicio (Tabla 2).

Tabla 2. IPS cerradas o en riesgo de cierre con sus respectivas características de según la percepción del talento humano médico especializado en ginecología del área metropolitana del valle de aburra en el año 2017.

IPSs Cerradas o en riesgo de Cierre	Promedio de ginecólogos	Promedio de enfermeras	Tipo de afiliación predominante
<i>IPS cerradas privadas</i>			
Clínica el Rosario	15	12	Contributivo
Clínica las Vegas	11	22	Contributivo
Clínica Esimed Juan Luis Londoño	18	16	Indistinto
<i>IPS cerradas publicas</i>			
E.S.E Hospital General de Medellín Luis Castro Gutiérrez	17	30	Subsidiado
E.S.E Hospital Marco Fidel Suarez De Bello	14	8	Subsidiado
<i>IPS en riesgo de cierre privadas</i>			
Clínica del Prado	40	79	Contributivo
Clínica Soma	10	11	Indistinto
<i>IPS en riesgo de cierre publicas</i>			
Unidad Hospitalaria Manrique	25	36	Subsidiado
Clínica San Juan de Dios de la Ceja	7	7	Contributivo
Génesis Salud IPS	15	11	Contributivo
E.S.E Hospital San Juan de Dios de Rionegro	10	30	Indistinto

8.2.1 Servicios cerrados

Sobre el cierre de los servicios materno infantiles, del total de 109 médicos especialistas en ginecología encuestados, 72 respondieron al interrogante si conocían ¿Qué atenciones materno infantiles fueron cerradas o intervenidas en las IPS donde labora o laboraba? De estas el 91,7% dijeron que tienen conocimiento del cierre de los servicios materno infantiles con internación como: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Obstétricos, procedimientos ginecobstétricos (cesaréa o legrado), seguido con el 8,3% servicios de baja complejidad como: vacunación y control prenatal (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de frecuencias de los servicios maternoinfantiles cerrados en IPSs públicas y privadas de según la percepción del talento humano médico especializado en ginecología del área metropolitana del valle de aburra en el año 2017.

Servicios maternoinfantiles cerrados	N	%
Servicios con internación	66	91,7
Servicios de baja complejidad	6	8,3
Total	72	100

8.2.2 Oferta de servicios para maternas y neonatos

Con el fin de indagar por los servicios que, de generarse un cierre se verían afectados, se preguntó por los servicios que se ofertaban en las instituciones donde laboran o laboraban los participantes. Del total de 109 encuestados, 104 médicos especialistas respondieron a este interrogante, donde se encontró que el 50,0% de ellos dijeron que ofertaban *los servicios de dispositivo o equipos biomédico* como: monitoria fetal y ecografías; El 23,1% de los médicos especialistas en ginecología dijeron que se ofertaban *servicios con internación* como: consulta de alto riesgo obstétrico y procedimientos ginecobstétricos (cesaréa o legrado); el 20,2% de ellos dijeron que ofertaban *servicios de atención ambulatoria* como: consulta externa y por último el 6,7 de ellos dijeron que ofertaban *servicios de atención de urgencias* (Tabla 4)

Tabla 4. Distribución de frecuencias de los servicios maternoinfantiles que ofertan en las IPS donde labora el talento humano médico especializado en ginecología del área metropolitana del valle de aburra en el año 2017.

Servicios de ginecobstetricia	N	%
Dispositivos o equipos biomédicos	52	50,0
Servicios con internación	24	23,1
Atención ambulatoria	21	20,2
Atención de urgencias	7	6,7
Total	104	100

8.2.3 Causas más frecuentes de consulta en madres gestantes (antes y después del parto) y en neonatos

Se indagó por las causas de consulta antes y después del parto de las maternas y neonatos, que se demandan en las IPS donde laboran o laboraban los médicos especialistas en ginecología encuestados, de 108 que respondieron el 27,7% dijeron que la causa de consulta más frecuente de las maternas antes del parto es por Salida de sangre o líquidos vaginales; el 26,5% de los especialistas indicaron que consultan por cefalea.

Con respecto a las causas de consulta después del parto de las maternas, 105 especialistas respondieron a este interrogante. De ellos el 27,6% indicaron que consultan por Inflamación en las mamas, el 20,0% indicaron que consultan por dolor, el 19,0% de los especialistas dijeron que consultan por sangrado anormal y otro 19,0% de ellos dijeron que consultan frecuentemente por Infección del sitio operatorio.

En cuanto a las causas de consulta por las que más frecuentan en los neonatos 97 especialistas respondieron a este interrogante, de ellos el 26,8% indicaron que consultan es por Ictericia, 21,6% de los especialistas dijeron que otra de las causas es por dificultad con la lactancia y 18,6% de ellos indicaron como causa frecuente dificultad respiratoria (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de frecuencias de las causas de consulta en madres gestantes (antes y después del parto) y neonatos en las IPS donde laboran o laboraron el talento humano médico especializado en ginecología del área metropolitana del valle de aburra en el año 2017.

Causas de consulta maternoinfantil		
Causas antes del parto	N	%
Salida de sangre o líquidos vaginales	23	27,7
Cefalea	22	26,5
Preeclampsia	16	19,3
Dolor abdominal	15	18,1
Disminución de movimientos fetales	7	8,4
Total	83	100
Causas después del parto		
Inflamación en las mamas	29	27,6
Dolor	21	20,0
Sangrado anormal	20	19,0
Infección del sitio operatorio	20	19,0
Fiebre	15	14,3
Total	105	100
Consulta en los neonatos		
Ictericia	26	26,8
Dificultad con la lactancia	21	21,6
Dificultad respiratoria	18	18,6
Brotes en la piel	8	8,2
Regurgitación	7	7,2
Llanto excesivo	6	6,2
Fiebre	5	5,2
Distensión abdominal	4	4,1
Trastornos metabólicos	2	2,1
Total	97	100

8.3 CAUSAS DEL CIERRE DE LOS SERVICIOS MATERNOINFANTILES Y SERVICIOS POR LOS QUE HA SIDO REEMPLAZADO

Con respecto a las causas por las que el servicio materno infantil fue cerrado o intervenido de 109 encuestados, 105 especialistas respondieron, de ellos el 60,0% dijeron que es por causa económica, el 20,0% dijeron que, por causas institucionales, el 17,1% indicaron por causa política (Tabla 6)

Tabla 6. Distribución de frecuencias de las causas por las que el servicio materno infantil fue cerrado o intervenido según la percepción del talento humano médico especializado en ginecología del área metropolitana del valle de aburra en el año 2017.

causas por las que el servicio materno infantil fue cerrado o intervenido	N	%
Económicas	63	60,0
Institucionales	21	20,0
Políticas	18	17,1
Sociales	3	2,9
Total	105	100

Se les pregunto a los encuestados sobre el conocimiento que tenían acerca de los servicios por los que ha sido reemplazo el servicio materno infantil y de 109 encuestados, 106 especialistas respondieron de ellos el 69,8% dijeron que ha sido remplazo por *servicios de eventos de alto costo* como: oncología, neurología hemodinámica, cardiología, cirugía plástica, radiología intervencionista y pediatría.

Por otra parte el 21,7% dijeron que ha sido reemplazado por *tratamiento de enfermedades de alto costo* como: diálisis, trasplantes (Tabla 7).

Tabla 7. Distribución de frecuencias de los servicios por los que ha sido reemplazo el servicio maternoinfantil según la percepción del talento humano médico especializado en ginecología del área metropolitana del valle de aburra en el año 2017.

Servicios por los que ha sido reemplazado el maternoinfantil	N	%
Eventos de alto costo	74	69,8
Tratamiento de enfermedades de alto costo	23	21,7
Atención de urgencias	5	4,7
Tratamiento ortopédico	4	3,8
Total	106	100

8.4 Consecuencias que ha generado el cierre de los servicios materno infantiles

8.4.1 consecuencias para las mujeres edad reproductiva que intentan quedar en embarazo, para las gestantes y para los neonatos

Según el conocimiento de los especialistas, las consecuencias que ha producido el cierre/riesgo de cierre de los servicios maternoinfantiles para las mujeres en edad reproductiva que intentan quedar en embarazo, para las gestantes y para los neonatos, el 65,1% de los especialistas encuestados siendo la mayoría dijeron que se presentan dificultades en cuanto a la accesibilidad para recibir a los servicios maternoinfantiles de tal manera generando riesgo de complicaciones, aumento de morbilidad materna, perinatal al no tener acceso a citas oportunas, por las largas esperas y aumento de la demanda a servicios sin capacidad de atención, el 34,9% de los especialistas no respondieron al interrogante.

Por otra parte el 13,6% de los especialistas encuestados dieron que se presentan efectos en la salud psicofísica, ya que no solo le trae consecuencias a la madre y al feto sino también a todo el núcleo familiar y a la sociedad, el 86,4% siendo la mayoría no respondieron al respecto (Tabla 8).

Tabla 8. Distribución de frecuencias de las consecuencias que ha producido el cierre de los servicios maternoinfantiles para las mujeres gestantes y para los neonatos según la percepción del talento humano médico especializado en ginecología del área metropolitana del valle de aburra en el año 2017.

Consecuencias	RESPUESTA				Total
	Sí		No		
	N	%	No	%	
Accesibilidad	71	65,0	38	35,0	109
salud psicofísica	8	14,0	51	86,0	59

8.4.2 Consecuencias para los profesionales

Según el conocimiento de los especialistas las consecuencias del cierre/riesgo de cierre de los servicios maternoinfantil para los profesionales, se desagregaron en 5 categorías que son: 1) condiciones objetivas de trabajo, 2) aspectos emocionales, 3) aspectos económicos, 4) aspectos sociales y 5) la relación médico-paciente.

La primera categoría está relacionada con las condiciones objetivas de trabajo, 80,7% de los especialistas respondieron que una de las consecuencias es la sobrecarga laboral en las IPSs que aún continúan abiertas prestando servicios maternoinfantiles, también que el cierre de estos servicios en otras instituciones los ha llevado a trabajar extensas horas laborales, ha producido un deterioro de las condiciones de trabajo, como también ha disminuido la oferta laboral, y se ha generado mayor desempleo e inestabilidad laboral (Tabla 9).

Tabla 9. Distribución de frecuencias de las consecuencias que ha producido el cierre de los servicios maternoinfantiles para los profesionales según la percepción del talento humano médico especializado en ginecología del área metropolitana del valle de aburra en el año 2017.

Consecuencias	RESPUESTA				Total
	Sí		No		
	N	%	N	%	
Condiciones de trabajo	88	80,7	21	19,3	109
Aspectos emocionales	40	36,7	69	63,3	109
Aspectos económicos	34	31,2	75	68,8	109
Aspectos sociales	30	27,5	79	72,5	109
Relación médico paciente	13	11,9	96	88,1	109

8.4.3 consecuencias para la red de servicios y el sistema de salud

Según la perspectiva de los especialistas las consecuencias del cierre/riesgo de los servicios maternoinfantil para la red de servicios y el sistema de salud se desagregó en 3 categorías que son: 1) efectos financieros y administrativos, 2) efectos de alta complejidad,3) disminución de la calidad en la atención.

La primera categoría corresponde a los aspectos financieros y administrativos, donde el 95,4% de los especialistas respondieron que una de las causas del cierre de los servicios maternoinfantil se relaciona con el mayor costo a largo plazo de la atención y los servicios de salud por la posibilidad del aumento de complicaciones clínicas al no brindar los servicios oportunos y que ante las bajas tarifas de los servicios ginecobstétricos, las IPS deciden cerrar estos servicios.

La segunda categoría corresponde a los efectos de alta complejidad donde 44,0% de los especialistas señalaron que una de las consecuencias de esta problemática se deriva de la congestión de los pocos servicios que continúan abiertos, como sucede con las urgencias en las instituciones de nivel de atención alto, como también, presentándose complicaciones en patologías de alta morbilidad materna como lo es el parto por cesárea de emergencia, las complicaciones derivadas del aborto, la hemorragia postparto, pre-eclampsia, sepsis puerperal, choque séptico, la falla orgánica. Los problemas que aquejan a los neonatos y ameritan servicios de alta complejidad que según los especialistas son el parto prematuro, bajo peso al nacer, parto prolongado u obstructivo, los trastornos respiratorios, las malformaciones

congénitas, las deformidades y anomalías cromosómicas y la sepsis bacteriana, entre otros.

La tercera categoría corresponde a la disminución de la calidad en la atención es dentro de esta se encontró que 38,5% especialista respondieron que una de las consecuencias del cierre de servicios materno infantil son los riesgos en la atención , los diagnósticos tardíos, se presentan reproceso y re consultas y en modelos de atención no se realiza promoción y prevención de la salud sino control del daño, los especialistas expresaron que el cierre de los servicios empeora, no solo los resultados en salud, sino los resultados en las metas nacionales e internacionales de la atención en salud materno infantil (Tabla 10).

Tabla 10. Distribución de frecuencias de las consecuencias que ha producido el cierre de los servicios materno infantiles para la red de servicios y el sistema de salud según la percepción del talento humano médico especializado en ginecología del área metropolitana del valle de aburra en el año 2017.

Consecuencias	RESPUESTA				Total
	Sí		No		
	N	%	N	%	
Efectos financieros	104	95,4	5	4,6	109
Efectos en alta complejidad	48	44,0	61	56,0	109
Disminución de la calidad	42	38,5	67	61,5	109

9. DISCUSIÓN

La salud maternoinfantil, no solo incluye la salud de las mujeres en distintos períodos procreativos, sino también la salud de la diada madre-hijo durante el período de posparto y el cuidado de los neonatos. La atención maternoinfantil debe considerar no solo a aquellas que están en edad reproductiva e intentan quedar en embarazo, sino a aquellas que ya se encuentran en una condición de gestante. Por tal motivo esta población necesita de una red de atención de fácil accesibilidad, oportuna y de calidad.

En el presente estudio tuvimos en cuenta factores sociodemográficos de los médicos especialistas en ginecología, características de la oferta de los servicios ofrecidos en las instituciones donde laboran los encuestados, causas y factores explicativos del cierre de los servicios maternoinfantiles.

Con respecto a los aspectos sociodemográficos, de acuerdo a la investigación que se realizó se puede establecer que de los 109 médicos especialistas y residentes en ginecología el 51,4% eran mujeres siendo estas la mayoría de respondientes, teniendo en cuenta que esto no es algo que se venga evidenciando desde siempre, debido a que en 1970 solo el 7% de las mujeres se especializaban en ginecología, y actualmente a nivel mundial se establece que el 59% de los médicos especialistas en esta área son mujeres y solo el 17% hombres (42).

Según una publicación de una fuente periodística la feminización de la medicina es un fenómeno mundial, pero en España es mucho más acusada que en los países con los que se suelen comparar las estadísticas. Por ejemplo, en el 2004 las médicas sumaban en Estados Unidos algo más del 28%; en Gran Bretaña, el 37%; algo más en Francia, y en Italia, el 35,3%. En España ya se iba por el 44,1%, y en colegios de médicos como el de Barcelona, hoy el 47% son mujeres, y más jóvenes que sus colegas (42).

En la investigación realizada también se encontró que el 64,9% de los especialistas en ginecología encuestados se encontraban laborando en varias IPS siendo los hombres con un 34,3% los de mayor proporción con respecto a las mujeres con un 30,6%. Y según otras fuentes La mayoría de los médicos trabaja en más de un centro, mientras que la mayoría de las médicas lo hace sólo en un sitio (43).

En cuanto al cierre de los servicios maternoinfantil en el estudio realizado el 91,7% de los especialistas encuestados dijeron que tienen conocimiento del cierre de los

servicios materno infantiles con internación como: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Obstétricos, procedimientos ginecobstétricos (cesaréa o legrado).

Según una publicación realizada en el año 2013 por el periódico Tiempo, se cerraron dos unidades neonatales, una en la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel, de Envigado y la otra en la Clínica del Prado; la unidad de obstetricia en la Clínica SaludCoop, de Apartadó y el 98 % de los servicios de la IPS Humana Salud, en Caucasia, están cerrados por disposición de la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia, (SSSA) (44).

El cierre de los servicios maternoinfantiles se viene presentado de forma progresiva, de acuerdo a una publicación realizada por una fuente periodística en el año 2016 se cerró una Unidad de Cuidado Intensivos en el municipio de Rionegro debido a dificultades económicas derivadas de la cartera por parte de aseguradoras, según la ocupación en promedio de esa dependencia rondaba entre el 75 y el 80 % la medida afectaba a decenas de familias, principalmente del régimen subsidiado, no solo de Rionegro si no de muchos municipios del Oriente antioqueño. Ya que había cerrado una de sus sedes ubicada en Manizales hacia cerca de cuatro años (45). De igual manera, según una publicación realizada por otra fuente periodística en el año 2017, la Asociación Colombiana de Hospitales aseguró que el 14 % de las instituciones, de las mil que funcionan en el país, se han visto obligados a cerrar servicios médicos y 29 % de los hospitales, disminuyeron su capacidad, ante el déficit presupuestal.

De acuerdo a lo dicho por Juan Carlos Giraldo de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas los servicios que más cierran son especialidades, urgencias, unidad de cuidados intensivos, medicina interna y hasta eliminación de camas, “Camas de internación, de hospitalización general, servicios de medicina interna, de ginecología, de obstetricia (46).

Con respecto a las causas por las que el servicio maternoinfantil se ha venido cerrando el 60,0% de los especialistas encuestados en la investigación dijeron que es por causa económica, el 20,0% dijeron que por causas institucionales y el 17,1% indicaron por causa política.

Referente a lo económico, en un informe publicado por el Colombiano, exponen que el cierre de estos servicios se viene presentado debido a las bajas tarifas del plan de beneficios del sistema de seguridad social, la cartera de los prestadores de servicios de salud con las EPS y las exigentes normas del proceso de habilitación,

las cuales han generado el cierre de unidades de obstetricia, pediatría y neonatos en Medellín, además, expresaron que cada día las prestación de alguno de estos servicios arroja pérdidas por 160.000 pesos. Según *Juan Guillermo Londoño*, del centro Nacer de salud sexual y reproductiva de la Universidad de Antioquia “Son especialidades básicas, que atienden población vulnerable, pero está primando el concepto de mercado” (47).

Además, especialistas en el área expresaron que la obstetricia no solo no deja utilidades, sino que les genera pérdidas a las clínicas y los hospitales. Según *Marta Isabel Restrepo*, directora ejecutiva del Sindicato Nacional de Ginecología y Obstetricia (Sogos), “ninguna de las instituciones quiere realmente atender a las pacientes obstétricas, es decir, a las embarazadas y eso hace que se cierren muchos de los servicios” (48).

Varios expertos explicaron que todas las IPS que atienden los servicios de maternidad en Antioquia pierden dinero y tienen que subsidiar los servicios, debido a que las tarifas que se manejan en obstetricia son tan bajas que no permiten tener un margen de rentabilidad.

En el estudio realizado el 69,8% de los médicos especialistas dijeron que los servicios materno-infantiles han sido remplazo por servicios de alto costo como: oncología, neurología Hemodinamia, cardiología, cirugía plástica, radiología intervencionista y pediatría; el 21,7% de los médicos dijeron que ha sido reemplazado por tratamiento de enfermedades de alto costo como: diálisis y trasplantes.

De acuerdo una nota periodística publicada en el año 2017 donde *Luis Alberto Martínez*, director de la Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia (Aesa) agregó, que las tarifas que se pagan por los servicios maternos infantiles no compensan los costos que implican ni tampoco dejan recursos para hacer otras inversiones, como cualificación del talento humano o renovación tecnológica.

Así las cosas, las IPS prefieren mantener servicios como los oncológicos, ayudas diagnósticas, ortopedia, cardiovasculares y renales, en vista de que son más rentables, lo cual corrobora lo dicho anteriormente por los médicos especialistas encuestados (49).

Por otra parte, según un artículo publicado por el autor *Martiniano Jaime Contreras*, los organismos de control y supervisión del Estado no han realizado eficientemente

su función, lo que permitió la proliferación de entidades aseguradoras y prestadoras que no cumplen los requisitos mínimos de calidad y que les niegan a los pacientes los servicios a los que tienen derecho. Las cifras del informe de la Defensoría del Pueblo son dramáticas al revelar la situación de desatención al derecho fundamental de la salud, y deberían ser motivo de reflexión para luchar por una pronta justicia (50).

Si bien en el 2015 Antioquia apareció como la región donde más se presentaron tutelas para la salud, con 32.540. Las aseguradoras estaban obligadas a atender las solicitudes sin que los usuarios tuvieran que recurrir a la tutela (51). Esto demuestra a las claras que las aseguradoras están quedando por fuera de la vigilancia del Estado y explica por qué la población desprotegida utiliza cada vez más este medio de defensa, por lo cual algunos sin argumentación sólida han tratado de deslegitimarla, desconociendo el origen real del problema: la aplicación de la Ley 100.

Por otro lado, todo esto en medio del cierre de los hospitales de las principales capitales del país, hospitales que atienden los sectores vulnerables de la sociedad y que tienen un 50% de cartera con mora de más de 360 días por incumplimiento de las aseguradoras, las cuales por táctica especulativa y en forma sistemática practican “glosa” a las cuentas de los servicios de salud de los hospitales a la hora de pagar, lo que las lleva a la falta de suministros, círculo vicioso de ineficiencia, cierres parciales, préstamos onerosos a la banca privada y, finalmente, la quiebra ante la indolente crítica y condena del ministro y las aseguradoras que las califican de abusivas e ineficientes (51).

Todo ser humano merece nacer en condiciones seguras, para lo cual el Estado y la sociedad en su conjunto deben rodear y proteger a la mujer en todo su proceso reproductivo, especialmente en la gestación, el parto y el posparto, así como al bebé. De esta manera, la atención materna y perinatal tiene la categoría de bien preferente y meritorio en salud y tiene un rol relevante en el desarrollo humano y social (52).

En cuanto a las consecuencias que ha producido el cierre/riesgo de cierre de los servicios maternoinfantiles para las mujeres en edad reproductiva que intentan quedar en embarazo, para las gestantes y para los neonatos, el 65,1% de los médicos especialistas siendo la mayoría dijeron que se presentan dificultades en cuanto a la accesibilidad y oportunidad en la atención para recibir atención en los servicios maternoinfantiles de tal manera generando riesgo de complicaciones,

aumento de morbilidad materna, perinatal al no tener acceso a citas oportunas, por las largas esperas y aumento de la demanda a servicios sin capacidad de atención.

Sin embargo, los hallazgos sugieren que la atención materna no ha logrado posicionarse como bien preferente y meritorio y no se está garantizando el acceso a los servicios ni la calidad de los mismos, dado que los mecanismos del mercado competitivo y lucrativo se contraponen con los principios, los derechos y los deberes establecidos en la Constitución Política de Colombia 1991. Es poco probable que con la estructura y funcionamiento actual del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SSGSSS), donde predominan la competencia y el ánimo de lucro de los actores, se superen las barreras de acceso y se logre un impacto positivo en la salud materna y neonatal (52).

En cuanto a las consecuencias para los profesionales, según el conocimiento de los especialistas está relacionada con las condiciones objetivas de trabajo el 80,7% de los especialistas respondieron que una de las consecuencias es la sobrecarga laboral en las IPSs que aún continúan abiertas prestando servicios materno-infantiles, también que el cierre de estos servicios en otras instituciones los ha llevado a trabajar extensas horas laborales, al igual que se ha producido un deterioro de las condiciones de trabajo, como también ha disminuido la oferta laboral, y se ha generado mayor desempleo e inestabilidad laboral.

Según el artículo sobre el impacto de la crisis económica del Instituto Materno Infantil de Bogotá- Colombia en el 2005, nos muestra cómo ha afectado la calidad de vida de los trabajadores. El retraso en sus salarios ha empeorado su calidad de vida y los ha forzado a buscar ingresos adicionales (43).

Los médicos en el país requieren la garantía del libre ejercicio profesional en condiciones dignas de trabajo, adecuadamente remunerado, estabilidad para el desempeño y garantías científicas para su formación, desarrollo y actualización permanente. Es un imperativo de la nueva ley devolverle al médico su dignidad, la trascendencia de su criterio y la importancia de su función. La salud es un derecho propio de todos los colombianos y no puede enajenarse a unos pocos; debe ser universal y sin exclusiones. Las instituciones de salud deben ser el medio para proporcionar estos derechos a los colombianos (50).

Además, según una carta tomada de la oficina de Comunicaciones de la Mesa Nacional por el Derecho a la Salud en el año 2016 publicada por la universidad de Antioquia expone que el personal asistencial se ve doblemente afectado en su

dignidad laboral, además se ha convertido en sujeto pasivo de constantes ataques verbales o físicos, así como agresiones injustas por parte de los usuarios debido a los retrasos y fallas en la oportuna prestación de los servicios de salud. Frente a dicha situación las I.P.S. Y E.P.S. no han asumido las medidas correctivas a fin de garantizar a sus trabajadores y contratistas las garantías mínimas de seguridad y salud en el trabajo, desconocimiento que puede interpretarse como la configuración de una forma de desprotección laboral (53).

También, se refieren a la sobreocupación de la capacidad instalada en las IPS, lo cual ocasiona una carga laboral no solo incontrolable sino además inmanejable por parte de los médicos y todo el personal de apoyo asistencial, exponiéndose así de manera permanente a graves factores de riesgo psicosocial que afectan directamente, no solo las condiciones de prestación del servicio, sino además, la calidad del servicio de salud al que, bajo el amparo de las normas constitucionales, todos los colombianos tenemos derecho (53).

En cuanto a las consecuencias para la red de servicios y el sistema de salud, según el conocimiento de los médicos especialistas encuestado está relacionado con los aspectos financieros y administrativos, donde el 95,4% de los especialistas respondieron que una de las causas del cierre de los servicios materno-infantil se relaciona con el mayor costo a largo plazo de la atención y los servicios de salud por la posibilidad del aumento de complicaciones clínicas al no brindar los servicios oportunos y que ante las bajas tarifas de los servicios ginecobstétricos, las IPS deciden cerrar estos servicios.

De acuerdo a lo anterior, según lo expuesto en la carta tomada de la oficina de Comunicaciones de la Mesa Nacional por el Derecho a la Salud en el año 2016 publicada por la universidad de Antioquia, todos estos factores han generado un déficit en la capacidad de atención de la red dispuesta para la atención de la población colombiana, ocasionándose el hacinamiento de pacientes y tiempos inauditos de espera en la atención a los usuarios, no solo por la falta de previsión en la contratación de personal suficiente para atender la demanda de manera oportuna, adecuada, eficiente y eficaz, sino además, porque la capacidad instalada de las instituciones sobrevivientes a la crisis financiera está más que sobreocupada en la atención (53).

10. CONCLUSIONES

De los 109 médicos especialistas y residentes en ginecología seleccionados en la muestra, la mayoría son mujeres con el 51,4%; La edad promedio es de 43 años con una desviación estándar de 9,6 años. El grupo de edad con mayor participación fue de 36 a 49 años en los dos sexos, Con referencia al sexo con la especialidad se evidencia que en su mayoría los profesionales son ginecólogos generales siendo de mayor proporción con 22,9% las mujeres.

Cuando observamos los principales motivos que llevan a las mujeres a buscar atención médica durante la gestación, vemos que la pérdida de sangre y líquido están en primer lugar, seguido de cefalea, luego preeclampsia, dolor abdominal y disminución de movimientos fetales. Entendiendo que esas situaciones de consulta comúnmente pueden llevar a la muerte materna y fetal, esta tabla demuestra la importancia de las citas prenatales al inicio del embarazo para la madre y el bebé, así como la importancia de mantener hospitales con servicios médicos especializados.

Cuando observamos los principales motivos que llevan a las mujeres a buscar atención médica después de la gestación vemos que la inflamación de mamas es la principal causa, pero otros problemas importantes como dolor, sangrado anormal, infección de sitio operatorio y fiebre están seguidas con porcentajes parecidos. Lo que causa sorpresa en esta tabla es que la inflamación de las mamas es la principal causa de consulta materna después del parto, una vez que los cuidados con las mamas durante la amamentación es uno de los temas abordados durante las citas prenatales o por lo menos debería ser uno, esto demuestra que el cierre de los hospitales materno infantiles está dificultando el acceso de las mujeres a las citas prenatales de calidad, llevando a consecuencias durante y después del parto.

En relación a las principales causas de consulta de los neonatos, vemos que la ictericia está en primer lugar, seguido de dificultad con la lactancia y dificultad respiratoria, notando que la dificultad con la lactancia aparece entre las principales sabiendo que esta puede ser solucionada durante la realización de citas prenatales ya que estos espacios también son dedicados a enseñar como amamentar correctamente al bebé y mejorar la posición para hacerlo, entre muchas más cosas.

Observamos que el servicio más frecuente de consultas de los neonatos son los servicios de baja complejidad, esto es algo bueno ya que puede indicar que ellos están recibiendo atención necesaria para su edad, como por ejemplo las citas de crecimiento y desarrollo y vacunación, y las de urgencias pueden estar relacionados a la tabla anterior, que muestra la ictericia y la dificultad con la lactancia como principales consultas de los neonatos.

También es cierto que en los últimos años han sido cerrados algunos hospitales materno infantiles, vemos que algunas instituciones vienen reemplazando los servicios materno infantiles por otros considerados más rentables, como *servicios de eventos de*

alto costo como: oncología, neurología hemodinámica, cardiología, cirugía plástica, radiología intervencionista y pediatría.

Por otra parte, según el conocimiento de los especialistas, las consecuencias que ha producido el cierre/riesgo de cierre de los servicios maternoinfantiles para las mujeres en edad reproductiva que intentan quedar en embarazo, para las gestantes y para los neonatos, el 65,1% de los especialistas encuestados siendo la mayoría dijeron que se presentan dificultades en cuanto a la accesibilidad para recibir a los servicios maternoinfantiles de tal manera generando riesgo de complicaciones, aumento de morbilidad materna, perinatal al no tener acceso a citas oportunas, por las largas esperas y aumento de la demanda a servicios sin capacidad de atención.

En cuanto a las consecuencias generadas para el talento humano asistencias el 80,7% de los especialistas respondieron que una de las consecuencias es la sobrecarga laboral en las IPSs que aún continúan abiertas prestando servicios maternoinfantiles, también que el cierre de estos servicios en otras instituciones los ha llevado a trabajar extensas horas laborales, ha producido un deterioro de las condiciones de trabajo, como también ha disminuido la oferta laboral, y se ha generado mayor desempleo e inestabilidad laboral.

En lo relacionado con consecuencias que se podrían generar con el cierre/riesgo de los servicios maternoinfantil para la red de servicios y el sistema de salud, se puede decir que está asociado con los aspectos financieros y administrativos, donde el 95,4% de los especialistas respondieron que una de las causas del cierre de los servicios maternoinfantil se relaciona con el mayor costo a largo plazo de la atención y los servicios de salud por la posibilidad del aumento de complicaciones clínicas al no brindar los servicios oportunos y que ante las bajas tarifas de los servicios ginecobstétricos, las IPS deciden cerrar estos servicios

Ya para finalizar, se puede decir que se necesita que se ofrezcan servicios pensando no solo en el individuo sino a nivel familiar, teniendo en cuenta que este modelo de salud es de carácter integral, familiar y comunitario, en donde se asume que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado, generando la promoción de estilos de vida saludables, fortaleciendo relaciones y mejorando las condiciones de salud (54).

De acuerdo con lo anterior se requiere que, en el ámbito de la salud, se tenga una resiliencia en donde por medio de un plan de acción se propicie el mejoramiento de los sistemas y de las estrategias de salud, contrarrestando adversidades, ya que, la salud no está exenta de seguir teniendo algún tipo de riesgo, por las inestables situaciones políticas, económicas y sociales que se evidencian cada día en el mundo, por esta

razón se deben definir los factores de riesgo que puedan atacar la crisis, así como los factores de protección que tendría para poder salir adelante de esa situación.

Finalmente, en un país se deben garantizar las necesidades básicas de cada persona, esto se dará en la medida en que las instituciones estatales asuman la tarea de alcanzar los objetivos enfocados a cambiar las problemáticas diagnosticadas sean económicas, políticas, sociales, culturales o ambientales, con la participación de grupos afectados por estos problemas, convirtiéndose estos en centros de análisis, actores sociales que solo expondrán su situación, con el fin de encontrar soluciones prontas, donde solo el gobierno podrá realizar la formulación, la implementación y la evaluación de las políticas que se usaran para cada problemática.

Debido a que si se mejora la desigualdad y se tiene la salud como una prioridad se generará un desarrollo, que está ligado no sólo a la mejora de los indicadores sociales o a suplir las necesidades básicas, sino a generar un bienestar social y un cambio en el sistema de la salud en Colombia, ya que, el sector de la salud, además de producir beneficios, asegura los derechos necesarios para mejorar el bienestar de la población, contribuyendo al desarrollo del país.

11. LIMITACIONES

Las principales limitaciones en la realización de este trabajo se presentaron al momento de realizar estas encuestas a los médicos especialistas y residentes, ya que, al momento de diligenciarlas de manera presencial, notificaban no tener tiempo para esto y mostraban poco interés al momento de participar, por lo que se optó por enviar el cuestionario por correo electrónico y aun así no hubo la participación esperada por parte de los médicos.

Otra limitación del trabajo fue encontrar en la literatura artículos científicos sobre el cierre de servicios maternoinfantiles ya que la mayoría de información está basada en datos periodísticos relacionadas con causas económicas.

12.RECOMENDACIONES

El riesgo de cierre de los servicios maternoinfantiles se constituye como un grave problema de salud pública que debe ser reconocido y enfrentado tanto por la sociedad como por las instituciones gubernamentales, atreves de la creación de políticas públicas eficientes y una mejor distribución de los recursos financieros, así como un incentivo para aquellos profesionales que deseen especializarse en el área de los servicios maternoinfantiles.

Aunque la mayoría de las veces los servicios maternoinfantiles son considerados como de bajo costo, se necesita una mayor valorización del servicio debido a su gran importancia.

Mucho se debe hacer para disminuir el cierre de servicios maternoinfantiles en Medellín, infelizmente estamos hablando de una cuestión que corresponde al mal manejo de los recursos financieros, así como el mal uso del sistema de salud por parte de los usuarios y los prestadores de servicios, notando escases y baja calidad de los servicios maternoinfantiles.

Como consecuencia de esto tenemos una negligencia que afecta principalmente a la población de escasos recursos aumentando así la tasa de morbimortalidad maternoinfantil.

Se sugiere valorizar más el servicio maternoinfantil teniendo en cuenta el papel que desempeña la diada madre-hijo en la sociedad, y verificar la distribución de los recursos para generar un mayor desempeño en el servicio maternoinfantil, evitando todo tipo de corrupción.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abadia C, Navarrete H, Martínez A, Pinilla M. En alto riesgo: La crisis de la salud publica en el instituto materno infantil de Bogota [Internet] 2006 [Consultado 2017 Febrero 5]. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/antpo/n3/n3a10.pdf>.
2. Organización Mundial de la Salud. OMS.Salud materna [Internet] [Consultado 2017 Mayo 2] Disponible en:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/es/.
3. Cuellar D. Estimacion del numero de gestantes en Colombia [Internet] 2013 [Consultado 2017 Mayo 2] Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/1.2%20Estimaciones%20GestantesNacimientos.pdf>.
4. Organización Mundial de la salud.OMS. Mortalidad materna [Internet] 2016 [Consultado 2017 Marzo 14] Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.
5. Unicef. La morbilidad materna extremadamente grave, un reto actual para la reduccion de la mortalidad materna [Internet] 2012 [Consultado 2017 Febrero 10] Disponible en:
https://www.unicef.org/lac/morbilidad_materna_full.pdf.
6. Viloría J. Salud publica y situacion hospitalaria en cartagena [Internet] 2005 [Consultado 2017 Febrero 10] Disponible en:
[http://www.banrep.org/docum/Lectura_finanzas/pdf/DTSER-65-\(VE\).pdf](http://www.banrep.org/docum/Lectura_finanzas/pdf/DTSER-65-(VE).pdf).
7. Sarmiento D. Opinion y salud.Resvista Digital; edicion número 2571 [Internet] 2017 [Consultado 2018 Mayo 12] Disponible en:
www.opinionysalud.com/morbilidad-materna-extrema-incremento-2017/.
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Analisis de situación de salud (ASIS) Colombia [Internet] 2016 [Consultado 2018 Septiembre 9] Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf>.
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Mortalidad materno-infantil y financiamiento por gestión a la demanda en los municipios de Colombia 2008-2012 [Internet] 2015 [Consultado 2018 Septiembre 9] Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Plan-analisis-materno-infantil-Mpios.pdf>.

10. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de la Situación de Salud Colombia 2015 [Internet] 2015 [Consultado 2018 Mayo 17] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2015.pdf>.
11. Diez años de trabajo colaborativo por la salud de las mujeres y los niños. Gobernación de Antioquia. [Internet] [Consultado 2018 Mayo 17] Disponible en: <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/c66236a5-cff3-47a4-9891-4498c30b307f/LUZ+MARIA+AGUDELO.pdf?MOD=AJPERES>.
12. El Colombiano. La ciudad redujo la tasa de mortalidad infantil [Internet] 2015 [Consultado 2018 Mayo 17] Disponible en: <http://www.elcolombiano.com/antioquia/la-ciudad-redujo-la-tasa-de-mortalidad-infantil-MM2196493>.
13. Early Institute. La Importancia de la Salud Materno-Infantil [Internet] 2015 [Consultado 2018 Mayo 17] Disponible en: <https://earlyinstitute.org/enfoque-early/la-importancia-de-la-salud-materno-infantil/>.
14. Bernal O, Gutierrez C. La salud en Colombia Logros, retos y recomendaciones [Internet] 2012 [Consultado 2017 Marzo 15] Disponible en: [http://www.boletinespunivalle.info/files/esss/la salud en colombia Uniandes.pdf](http://www.boletinespunivalle.info/files/esss/la%20salud%20en%20colombia%20Uniandes.pdf).
15. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet] [Consultado 2018 Mayo 18] Disponible en: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/background.html>.
16. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales, "Protocolo de San Salvador" [Internet] [Consultado 2018 Agosto 23] Disponible en: http://www.hchr.org.co/documentoseinformes/documentos/html/pactos/protocolo_s_an_salvador.html.
17. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Relatoría sobre los derechos de la mujer [Internet] [Consultado 2017 Abril 2] Disponible en: http://cidh.org/women/saludmaterna10sp/SaludMaternaCap3.sp.htm#_ftnref33.
18. Castro L. Los servicios de obstetricia: un parto. [Internet] 2014 [Consultado 2017 Marzo 16] Disponible en: <http://mokana.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaAlmaMater/secciones/vida/2013/F14B65A961E0EEC6E04018C83D1F46ED>.

19. Hospitales y clínicas están en jaque por falta de camas y profesionales. revista dinero. [Internet] 2016 [Consultado 2017 Abril 15] Disponible en: <http://www.dinero.com/edicion-impresa/sectores/articulo/ranking-de-mejores-hospitales-y-clinicas-2015-de-la-revista-america-economia/221899>.
20. Villar L. La Ley 100: el fracaso estatal en la salud pública [Internet] Disponible en: <http://cedetrabajo.org/wp-content/uploads/2012/08/36-14.pdf>.
21. El Colombiano. Seccional de Salud Cerró la UCI neonatal de la Clínica del Prado. [Internet] 2013 [Consultado 2017 Marzo 13] Disponible en: http://www.elcolombiano.com/historico/seccional_de_salud_cerro_la_uci_neonatal_de_la_clinica_del_prado-MDEC_229050.
22. El Colombiano. Medellín pierde camas para la atención de partos [Internet] 2013 [Consultado 2017 Marzo 13] Disponible en: http://www.elcolombiano.com/historico/medellin_pierde_camapas_para_la_atencion_de_partos-JDEC_227358.
23. Gonzalez R. Salud Materno-Infantil En Las Americas. [Internet] [Consultado 2017 Abril 20] Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v75n6/art11.pdf>.
24. Ministerio de Salud y protección social. Ministerio de Salud. [Internet] 2004 [Consultado 2018 Septiembre 10] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20INFORMATIVA%20DEL%20REGIMEN%20CONTRIBUTIVO.pdf>.
25. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. "Últimas palabras" y "Definiciones de salud pública" de Milton Terris [Internet] 2003 [Consultado 2018 Octubre 27] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12021214.pdf>
26. Ministerio de Salud y protección social. Normatividad sobre infraestructura física hospitalaria [Internet] 2004 [Consultado 2018 Septiembre 10] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Lists/FAQ/DispForm.aspx?ID=248>.
27. Empresas sociales del Estado [Internet] 1993 [Consultado 2018 Septiembre 10] Disponible en: [http://cdim.esap.edu.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/empresas%20sociales%20del%20estado%20-%20san%20luis%20de%20palenque%20\(14%20pag%20-%2037%20kb\).pdf](http://cdim.esap.edu.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/empresas%20sociales%20del%20estado%20-%20san%20luis%20de%20palenque%20(14%20pag%20-%2037%20kb).pdf).
28. Mogollón S. Mortalidad Infantil: causas y determinantes sociales en municipios fronterizos de Colombia. estudio ecológico de análisis y tendencia [Internet] 2016 [Consultado 2018 Septiembre 10] Disponible en: bdigital.unal.edu.co/52625/1/52824441.2016.pdf.

29. El Tiempo. Preocupación por tendencia a cerrar servicios materno infantiles [Internet] 2018 [Consultado 2018 Septiembre 10] Disponible en: <https://www.eltiempo.com/colombia/medellin/preocupacion-por-tendencia-a-cerrar-servicios-materno-infantiles-213214>.
30. Prometeo Libros. De la Pobreza a la Exclusión: Continuidades y Rupturas de la Cuestión Social en América Latina [Internet] 2007 [Consultado 2018 Octubre 27] Disponible en: http://www.academia.edu/7472829/De_la_Pobreza_a_la_Exclusi%C3%B3n._Continuidades_y_Rupturas_de_la_Cuesti%C3%B3n_Social_en_Am%C3%A9rica_Latina
31. Villegas C, Luna G. La salud materna: un gran reto para Colombia [Internet] 2015 [Consultado 2018 Septiembre 10] Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/viewFile/18944/19863>.
32. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group [Internet] 2016 [Consultado 2018 Octubre 27] Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00838-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00838-7/fulltext).
33. Organización Mundial de la Salud. Reducción de la mortalidad en la niñez. [Internet]. 2017 [Consultado 2018 Septiembre 10]. Disponible: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortalityOr>
34. Grado de satisfacción laboral y condiciones de trabajo: una exploración cualitativa Disponible: <https://www.redalyc.org/html/292/29214108/>
35. Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-03192010000100009
36. Jimenez B, Herrer M, Carvajal R, Hernández E. Emociones y salud en el trabajo: análisis del constructo “trabajo emocional” y propuestas de evaluación. [Internet]. 2007 [Consultado 2018 Julio 20]. Disponible: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3180741>
37. Bonadeo M, Marenghi M, Bassi F W. Evaluación del grado de satisfacción del personal médico en un hospital de pediatría. [Internet]. 2005 [Consultado 2019 Abril 20]. Disponible: https://www.sap.org.ar/docs/archivos/2005/arch05_6/491.pdf.

38. Rodriguez S. La relación médico-paciente. [Interne]. 2006 [Consultado 2019 Mayo 13. Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400007.
39. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia [Internet] [Consultado 2018 Noviembre 06] Disponible en: <http://www.comego.org.mx/index.php/95-bloque-inicio/254-que-son-las-subespecialidades-o-especialidades-derivadas-de-la-ginecologia-y-obstetricia>
40. Servicio occidental de salud. Servicios que incluye el plan de beneficios en salud - PBS [Internet] [Consultado 2018 Octubre 20] Disponible en: <http://www.sos.com.co/wps/portal/sitio-internet/afiliados/servicios/!ut/p/b1/jy ldoiwew soawr1ow2ij4gecicn2yaowhsedcap x7qysn8tg7sc6dozcu1aq6fwkp-tz2nt4-dsu3truceccrbhlrexlvwuzuexst0dzckcwathuk1ljqig 8vfw0t4lz-tarfque6ma4cfzmqhcfq33u0jvv-ajocwb98nkzxxk>
41. Ministerio de salud. Resolucion numero 8430 de 1993. [Internet]. [Consultado 2018 Julio 16. Disponible en : <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>.
42. Karlamangla S. Los hombres están dejando la ginecología [Internet] 2018 [Consultado 2018 Octubre 26] Disponible en: <http://www.latimes.com/espanol/vidayestilo/la-es-los-varones-estan-desapareciendo-de-la-ginecologia-y-no-todos-estan-encantados-con-ello-20180307-story.html>
43. La vanguardia. El 74% de los estudiantes de Medicina son mujeres [Internet] 2010 [Consultado 2019 Mayo 15] Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/vida/20101113/54069978868/el-74-de-los-estudiantes-de-medicina-son-mujeres.html>.
44. El mundo.com. Ordenan cierre de cuatro unidades de salud materno-infantil [Internet] 2013 [Consultado 2019 Mayo 5] Disponible en: https://www.elmundo.com/portal/vida/salud/ordenan_cierre_de_cuatro_unidades_de_salud_materno-infantil.php#.XOKgnyBKg2z.
45. El colombiano. Cerró unidad de cuidados intensivos neonatales en Rionegro [Internet] 2016 [Consultado 2019 Mayo 6] Disponible en: <https://www.elcolombiano.com/colombia/salud/cierre-de-unidad-de-cuidados-intensivos-para-bebes-en-rionegro-GY5616877>.

46. Noticias RCN. Crisis financiera en hospitales del país ha generado el cierre de servicios [Internet] 2017 [Consultado 2019 Mayo 5] Disponible en: <https://noticias.canalrcn.com/nacional-pais/crisis-financiera-hospitales-del-pais-ha-generado-el-cierre-servicios>.
47. El colombiano. Medellín pierde camas para la atención de partos [Internet] 2013 [Consultado 2019 Mayo 6] Disponible en: <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/96a66fd8-5d01-4ff4-9a65-d03ab125f199/581-el-colombiano-01-02-2013.pdf?MOD=AJPERES&CVID=k.yf0IS>
48. El tiempo. Preocupación por tendencia a cerrar servicios materno infantiles [Internet] 2018 [Consultado 2019 Mayo 5] Disponible en: <https://www.eltiempo.com/colombia/medellin/preocupacion-por-tendencia-a-cerrar-servicios-materno-infantiles-213214>.
49. El tiempo. Preocupación por tendencia a cerrar servicios materno infantiles [Internet] 2018 [Consultado 2019 Mayo 5] Disponible en: <https://www.eltiempo.com/colombia/medellin/preocupacion-por-tendencia-a-cerrar-servicios-materno-infantiles-213214>.
50. Contreras M. ¿Rentabilidad o seguridad social? el verdadero dilema de la salud en Colombia [Internet] 2004 [Consultado 2019 Mayo 5] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v19n4/v19n4a1.pdf>.
51. Defensoría del pueblo Colombia. Cada 3,5 minutos se presenta una tutela por la salud [Internet] [Consultado 2019 Mayo 5] Disponible en: <http://defensoria.gov.co/es/nube/enlosmedios/5911/Cada-35-minutos-se-presenta-una-tutela-por-la-salud.htm>.
52. Molina G, Vargas G, Shaw A. Atención materna en un ambiente de mercado de servicios de salud, Medellín-Colombia 2008-2009 [Internet] 2010 [Consultado 2019 Mayo 6] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rqps/v9n19/v9n19a08.pdf>.
53. Oficina de comunicaciones mesa nacional por el derecho a la salud. crisis en el sector salud, una realidad que afecta a todos los actores [Internet] 2016 [Consultado 2019 Mayo 21] Disponible en: <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/9dd374ac-1f02-4ae9-b4cc-3569d79581ad/Crisis+en+el+sector+salud+afecta+a+todos+los+actores.pdf?MOD=AJPERES>

54. Cesfam C. ¿Qué es la salud familiar? [Internet] 2011 [Consultado 2018 Octubre 20]
Disponible en: <http://cesfamcaren.over-blog.es/article-que-es-la-salud-familiar-70531580.html>

13. ANEXOS

Anexo 1. Carta de aval institucional (asagio)



Medellín, 15 de junio de 2017

Profesor
Hugo Grisales Romero
Coordinador
Programas de Gerencia en Sistemas de Información en Salud
Facultad Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquía

Apreciado Profesor Grisales:

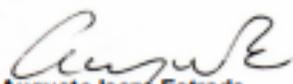
Reciba un atento saludo de la Asociación Antioqueña de Obstetricia y Ginecología, ASAGIO.

En reunión de la Junta Directiva, celebrada el pasado lunes 12 de junio, recibimos su solicitud de apoyo para el estudio académico a cargo de las estudiantes Nathalia Arteaga y Anni Carolina Herrera; me complace informarle que dicha solicitud ha sido aprobada.

Así mismo queremos invitarles a que nos acompañen en la próxima reunión de la Junta Directiva que se llevará a cabo el día lunes 10 de julio, a las 8:00 p.m. con el fin de ampliar la información referente a los criterios de inclusión y cómo está estructurada la encuesta.

Les esperamos en la oficina de la Asociación ubicada en la calle 33 #42 B-06 Of. 1001; torre sur del Centro Comercial Sandiego.

Atentamente,



Augusto Isaza Estrada
Presidente
ASAGIO

Sonia B.

Anexo 2. Encuesta



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

Conocimientos y percepciones del talento humano frente al cierre de los servicios Materno Infantil, Medellín 2017.

El objetivo de esta encuesta es conocer los factores que han ocasionado el cierre o han puesto en riesgo de cierre de los servicios materno infantiles, desde la perspectiva del talento humano asistencial que provee cuidado de la diada madre –hijo en Antioquia. ¡Gracias por su colaboración!

Señale con una X según corresponda

1. Información sociodemográfica

Edad: ____	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Años de servicio desempeñando el Cargo de Ginecólogo(a) años
------------	---	--

Especialidad	
1. Ginecología General	
2. Ginecología Especializada	
3. Ginecología Pediátrica	

2. ¿Se encuentra laborando en una IPS actualmente? (marque con una X una sola respuesta)

1. En una IPS	<input type="checkbox"/>
2. En varias IPS	<input type="checkbox"/>
3. Actualmente no laboro	<input type="checkbox"/>

3. Nombre de la IPS donde labora o laboraba (marque con una X una sola respuesta)

4. Tipo de afiliación predominante en la IPS donde labora o laboraba (marque con una X una sola respuesta)

1. Subsidado	<input type="checkbox"/>
2. Contributivo	<input type="checkbox"/>
3. Subsidado y Contributivo por igual	<input type="checkbox"/>

5. Número de médicos que trabajan en la IPS donde laboran o laboraba

6. Número de enfermeras que trabajan en la IPS donde laboran o laboraba

7. ¿Qué servicios de Ginecobstetricia ofrecen en la IPS dónde labora o laboraba? (marque con una X una sola respuesta)

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Dispositivos o equipos biomédicos (monitoria fetal y ecografías) | <input type="checkbox"/> |
| 2. Servicios con internación (consulta de alto riesgo obstétrico y procedimientos ginecobstétricos (cesarrea o legrado)) | <input type="checkbox"/> |
| 3. Atención ambulatoria (consulta externa) | <input type="checkbox"/> |
| 4. Atención de urgentes | <input type="checkbox"/> |

8. ¿Cuáles son las causas más frecuentes por las que las maternas consultan antes del parto en la IPS donde labora o laboraba?

- | | | | |
|--|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| 1. Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> | 5. Preeclampsia | <input type="checkbox"/> |
| 2. Disminución de movimientos fetales | <input type="checkbox"/> | | |
| 3. Salida de sangre o líquidos vaginales | <input type="checkbox"/> | | |
| 4. Cefalea | <input type="checkbox"/> | | |

9. ¿Cuáles son las causas más frecuentes por las que las maternas consultan después del parto en la IPS donde labora o laboraba?

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|----------|--------------------------|
| 1. Inflamación en las mamas | <input type="checkbox"/> | 5. Dolor | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sangrado anormal | <input type="checkbox"/> | | |
| 3. Infección del sitio operatorio | <input type="checkbox"/> | | |
| 4. Fiebre | <input type="checkbox"/> | | |

10. ¿Cuáles son las causas más frecuentes de consulta de los neonatos? (marque con una sola X una sola respuesta)

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 1. Ictericia | <input type="checkbox"/> | 6. Regurgitación | <input type="checkbox"/> |
| 2. Dificultad con la lactancia | <input type="checkbox"/> | 7. Distensión abdominal | <input type="checkbox"/> |
| 3. Dificultad respiratoria | <input type="checkbox"/> | 8. Trastornos metabólicos | <input type="checkbox"/> |
| 4. Brotes en la piel | <input type="checkbox"/> | 9. Fiebre | <input type="checkbox"/> |
| 5. Llanto excesivo | <input type="checkbox"/> | | |

11. ¿Ha laborado en una IPS con servicios maternoinfantiles cerrados?

- | | |
|------------|--------------------------|
| 1. Si | <input type="checkbox"/> |
| 2. No | <input type="checkbox"/> |
| 3. No sabe | <input type="checkbox"/> |

12. Nombre de la IPS con servicios maternoinfantiles cerrados

13. ¿Qué atenciones materno infantiles fueron cerradas o intervenidas en las IPS donde labora o laboraba?

1. Servicios de baja complejidad (vacunación y control prenatal)

2. Servicios con internación (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Obstétricos, procedimientos ginecobstétricos (cesarés o legrado)

14. ¿Cuáles crees que fueron las causas por las que el servicio materno infantil fue cerrado o intervenido?

1. Económica 4. Institucionales
2. Políticas
3. Sociales

15. ¿Conoce otras IPS en riesgo de cierre?

1. Si
2. No

16. Nombre de la IPS en riesgo de cierre

17. ¿Según su conocimiento que consecuencias ha producido el cierre de los servicios materno infantiles para las mujeres gestantes y para los neonatos?

1. Accesibilidad
2. salud psicofísica

18. ¿Según su conocimiento que consecuencias ha producido el cierre de los servicios materno infantiles para los profesionales?

1. Condiciones de trabajo 4. Aspectos económicos 6. Relación médico paciente
2. Aspectos emocionales 5. Aspectos sociales
3. Aspectos económicos

19. ¿Según su conocimiento que consecuencias ha producido el cierre de los servicios materno infantiles para la red de servicios y el sistema de salud?

- 1. Disminución de la calidad
- 2. Efectos financieros
- 3. Efectos en alta complejidad

20. ¿Cree usted que el servicio materno infantil se ha remplazado por otros servicios?

- 1. Eventos de alto costo (oncología, neurología hemodinámica)
- cardiología, cirugía plástica, radiología intervencionista y pediatría
- 2. Tratamiento de enfermedades de alto costo (diálisis, trasplantas)
- 3. Atención de urgencias
- 4. Tratamiento ortopédico

Accesibilidad: dificultad de acceder a los servicios, presentando demoras en las admisiones, congestión en los servicios y dificultad en la atención.

Salud psicofísica: afecciones relacionadas entre las características de los estímulos físicos (físico) y las respuestas sensoriales (psíquicos) ocasionadas por exceso de trabajo y poco talento humano.

Condiciones de trabajo: aspecto del trabajo con posibles consecuencias negativas para la salud de los trabajadores, incluyendo aspectos ambientales, tecnológicos, cuestiones de organización y orden de trabajo como poco entusiasmo por no tener un ambiente laboral digno.

Aspectos emocionales: alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa, que va acompañada de cierta conmoción somática como estrés laboral, angustia, incertidumbre, detrimiento en su autoestima.

Aspectos económicos: salarios poco adecuados comparados con el grado de educación que poseen los profesionales, mala remuneración.

Aspectos sociales: alteración negativa del núcleo familiar, madre, feto y toda la sociedad.

Relación médico-paciente: contacto entre el profesional y el paciente que observa las necesidades de este, no solo de salud.

Disminución de la calidad: atención negligente, congestión en los servicios.

Efectos financieros: consecuencias del cierre para las IPSs administrativas y financieras.

Efectos en alta complejidad: congestiones innecesarias en las IPSs de tercer nivel, mayor costo por complicaciones.

Anexo 3. Consentimiento informado



Consentimiento informado

Conocimientos y percepciones del talento humano frente al cierre/riesgo de cierre de los servicios materno infantil, Medellín 2017

Este estudio titulado *Conocimientos y percepciones del talento humano frente al cierre de los servicios materno infantil, Medellín 2017* está adscrito a la Línea Sistemas de Salud y constituye un Trabajo de grado para optar al título de Gerencia en Sistema de Información en Salud. Las estudiantes son Nathalia Arteaga Gutiérrez, Anni Carolina Herrera Herrera y la asesora y coordinadora de la Línea es la Doctora Mónica Lopera.

Por qué lo estamos invitando a participar en este estudio?

Lo estamos invitando a participar en este estudio, porque como ginecólogo, ginecoobstetra y enfermera usted está formado en la atención de la diada madre-hijo y con la experiencia solicitada, usted conoce las dificultades por las que están pasando los servicios de salud. Con la firma de este Consentimiento informado, usted autoriza el envío, la recolección y la utilización de los datos contemplados en el cuestionario.

Cuál es el objetivo de este estudio?

El objetivo principal es conocer los factores que ocasionaron el cierre/riesgo de cierre de los servicios materno infantil desde la perspectiva del talento humano asistencial que provee cuidado de la diada madre-hijo en Medellín, 2017

Beneficios y riesgos

Es posible que usted no obtenga un beneficio directo con la participación en este estudio, sin embargo, Identificar los factores sociales, políticos, económicos, culturales e institucionales que originaron el cierre de los servicios materno infantiles, desde la perspectiva de los profesionales asistenciales (campo en el que poco se ha incursionado) podría contribuir a generar conocimiento generalizable que pueda explicar las bases de la crisis hospitalaria y sus importantes consecuencias para la diada madre-hijo, las familias, las instituciones y en general el sistema de salud.

Por la naturaleza del estudio y la metodología a emplear, no se han previsto riesgos para usted como participante, toda vez que el estudio plantea el respeto por el anonimato, confidencialidad y privacidad. Los resultados obtenidos no revelarán nombres ni de los sujetos, ni de su adscripción a Asociación o sociedad alguna.

Derechos de los participantes

Su participación en el estudio es totalmente voluntaria, el estudio tiene una valoración de investigación sin riesgo según la resolución 8430 de 1993 y si usted lo decide podrá retirarse del estudio en el momento que lo considere necesario.

Si usted decide participar se le aplicará el cuestionario, que contiene una serie de preguntas que van enfocadas a aspectos sociodemográficos de los participantes, factores explicativos y consecuencias del cierre de los servicios materno-infantiles. Estos factores son de orden social, institucional, cultural y financiero. El diligenciamiento de la encuesta no tiene riesgo alguno para el participante y tendrán una duración aproximada de 10 minutos.

Aval institucional

Este estudio cuenta con el aval del Comité de Programa de la Facultad Nacional de Salud Pública. Se sustenta en los criterios éticos de la Resolución 8430 de 1993 que dicta criterios para la prevalencia del respeto a la dignidad, a los derechos y al bienestar del participante con principios científicos y éticos, y en los principios éticos para investigación en salud de la CIOMS.

Difusión de resultados

Los resultados de este estudio serán publicados en el informe de Investigación de trabajo de grado y otras publicaciones científicas. Se enviará copia del informe a las Sociedades, Asociaciones y Agencias que puedan estar interesadas en el debate de la crisis hospitalaria y el cierre de servicios materno infantiles.

Conflicto de Interés:

- Los investigadores declaran no tener ningún conflicto de interés
Conocimientos y percepciones del talento humano frente al cierre de los servicios materno infantil, Medellín 2017

Código

Fecha:

Yo _____, identificado con CC _____

Con su firma, usted acepta su participación y confirma que:

- He leído la hoja de información que se me ha entregado (consentimiento informado).

- ____ Se me han explicado las características y el objetivo del estudio.
 - ____ Se me ha dado posibilidad para realizar preguntas y todas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
 - ____ Se me ha informado que se mantendrá en absoluta confidencialidad todo lo relacionado con mi identidad y que los resultados que obtenga en dicho estudio podrán ser divulgados en la sustentación del trabajo de grado y/o artículos salvaguardando siempre la integridad de la información.
- ____ Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando lo desee, sin tener que dar explicaciones y sin que genere repercusiones de ningún orden.

Firma de la participante

Firma del investigador

Anexo 4. Operacionalización de variables

NOMBRE VARIABLES	CATEGORIAS	NATURALEZA	NIVEL DE MEDIDA	TIPOS DE VARIABLES
1.Edad	Abierta	Cuantitativa	Continua	Razón
2.Sexo	0: Masculino 1: Femenino	Cualitativa	Nominal	Dicotómica
3.Especialidad	1: Ginecología General 2: Ginecología Especializada 3: Ginecología Pediátrica	Cualitativa	Nominal	Politómica
4. Años Servicios	Abierta	Cuantitativa	Continua	Razón
5. Labora actualmente en IPS	1: En una IPS 2: En varias IPS 3: actualmente no laboro	Cualitativa	Politómica	Ordinal
6.Nombre de la IPS donde labora o laboraba	1.Hospital Universitario San Vicente Fundación (privada) 2.E.S.E Hospital General de Medellín Luis Castro Gutiérrez (publica) 3.Clínica del Prado (privada) 4.E.S.E Hospital Marco Fidel Suarez De Bello (publica) 5.Viva 1A IPS (privada) 6.Metro salud Unidad Hospitalaria Manrique (público) 7.Coomsocial IPS (pública) 8.Clínica San Juan de Dios de la Ceja (pública) 9.Clínica Esimed Juan Luis Londoño (pública) 10.Génesis Salud IPS	Cualitativa	Politómica	Nominal

NOMBRE VARIABLES	CATEGORIAS	NATURALEZA	NIVEL DE MEDIDA	TIPOS DE VARIABLES
	<p>(público)</p> <p>11.E.S.E Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia (publica)</p> <p>12.E.S.E. Hospital San Juan de Dios Rionegro (pública)</p> <p>13.E.S.E Hospital Manuel Uribe Ángel (pública)</p> <p>14.Virrey Solís IPS (pública)</p> <p>15.Clínica las Vegas (privada)</p> <p>16.Clínica Universitaria Bolivariana (privada)</p> <p>17.Clínica el Rosario (privada)</p> <p>18.Clínica Soma (pública)</p> <p>19.Clínica las Américas (privada)</p> <p>20.Clínica Medellín (privada)</p> <p>21.Centro Medico Nueva Vida (privada)</p>			
7.Tipo de afiliación predominante	<p>1: Subsidiado</p> <p>2: Contributivo</p> <p>3: Subsidiado y Contributivo por igual</p>	Cualitativa	politómica	Nominal
8.Número de médicos que trabajan en el servicio	Abierta	Cuantitativa	Discreta	Razón

NOMBRE VARIABLES	CATEGORIAS	NATURALEZA	NIVEL DE MEDIDA	TIPOS DE VARIABLES
9. Número de enfermeras que trabajan en el servicio	Abierta	Cuantitativa	Discreta	Razón
10. servicios de ginecobstetricias que ofrecen en la IPS donde labora	1: Dispositivos o equipos biomédicos (monitoria fetal y ecografías) 2: Servicios con internación (consulta de alto riesgo obstétrico y procedimientos ginecobstétricos (cesaréa o legrado)) 3: Atención ambulatoria (consulta externa) 4: Atención de urgentes	Cualitativa	Politómica	Nominal
11. Causas de consulta antes del parto	1: Dolor Abdominal 2: Disminución de movimientos fetales 3: Salida de sangre o líquidos vaginales 4: Cefalea 5: Preeclampsia	Cualitativa	Politómica	Nominal
12. Causas de consulta después del parto	1: Inflamación en las mamas 2: Sangrado Anormal 3: Infección del sitio operatorio 4: Fiebre 5: Dolor	Cualitativa	Politómica	Nominal
13. Causas de consulta de los neonatos	1: Ictericia 2: Dificultad con la lactancia 3: Dificultad respiratoria 4: Brotes en la piel 5: Llanto excesivo	Cualitativa	Politómica	Nominal

NOMBRE VARIABLES	CATEGORIAS	NATURALEZA	NIVEL DE MEDIDA	TIPOS DE VARIABLES
	6: Regurgitación 7: Distensión abdominal 8: Trastornos metabólicos 9: Fiebre			
14.Laboró en IPS con servicio cerrado	1:Si 2: No 3:No sabe	Cualitativa	Politómica	Nominal
15.IPS cerradas	1:Clínica el Rosario 2:Clínica las Vegas 3:E.S.E Hospital Marco Fidel Suarez De Bello 4:IPS universitaria 5:Clínica Sagrado Corazón 6:Clínica Comfenalco 7:Clínica Esimed Juan Luis Londoño 8:Hospital San Rafael de Itagüí 9:E.S.E Hospital General de Medellín Luis Castro Gutiérrez 10: Unidad Hospitalaria San Javier 11:Clínica Medellín 12:Hospital de Caldas E.S.E	Cualitativa	Politómica	Nominal
16.Atenciones maternoinfantiles cerradas	1.Servicios de baja complejidad (vacunación y control prenatal)	Cualitativa	Politómica	Nominal

NOMBRE VARIABLES	CATEGORIAS	NATURALEZA	NIVEL DE MEDIDA	TIPOS DE VARIABLES
	2.Servicios con internación (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y Obstétricos, procedimientos ginecobstétricos (cesaréa o legrado)			
17.Causas de cierre	1: Económicas 2: Políticas 3: Sociales 4: Institucionales	Cualitativa	Politómica	Nominal
18. conoce otras IPS en riesgo	1: Si 2: No	cualitativa	Dicotomica	Nominal
19. nombre de la IPS en riesgo	1: Clínica de la policía 2: Clínica el Prado 3: Clínica Esimed de la 80 4: Clínica Soma 5: Génesis Salud IPS 6: E.S.E Hospital Marco Fidel Suarez De Bello 7: Unidad Hospitalaria Manrique 8: Clínica el Rosario 9: Clínica San Juan de Dios de la Ceja 10: Fundación SOMA Chigorodó 11: Hospital San Juan de Dios de Rionegro E.S. E	Abierta		Nominal
20.Concecuencias para las la diada madre-hijo	1: accesibilidad 2: salud psicofísica	Cualitativa	Dicotomica	Nominal
21.Concecuencias para los profesionales	1: condiciones de trabajo 2: aspectos emocionales	Cualitativa	Politomica	Nominal

NOMBRE VARIABLES	CATEGORIAS	NATURALEZA	NIVEL DE MEDIDA	TIPOS DE VARIABLES
	3: aspectos económicos 4: aspectos sociales 5.relación médico-paciente.			
22.Consecuencias para el sistema de salud	1: disminución de la calidad 2: efectos financieros 3: efectos en alta complejidad	Cualitativa	politomica	Nominal
23.Servicios por los que ha sido reemplazado el maternoinfantil	1:Eventos de alto costo (oncología, neurología hemodinámia) 2: Tratamiento de enfermedades de alto costo (diálisis, trasplantes) 3: Atención de urgencias 4:Tratamiento ortopédico	Cualitativa	politomica	Nominal

Anexo 5. Plan de análisis.

Cuadro 1. Variable con relación al primer objetivo específico

Objetivos	VARIABLES	Análisis	Presentación
Describir las características sociodemográficas y ocupacionales de los participantes	Sexo, edad, años desempeñando el cargo, especialidad, laboraban actualmente, nombre IPS donde laboran	Tabulación, representación y descripción de los datos.	Para la descripción de los datos se realizaron medidas de tendencia central y análisis bivariado, representación con tablas de frecuencias

Cuadro 2. Variables con relación al segundo objetivo específico

Objetivos	VARIABLES	Análisis	Presentación
Describir las características de la oferta de los servicios materno-infantil de las IPS cerradas o en riesgo de cierre en Medellín y su área metropolitana.	Servicios materno-infantil cerrados en IPS públicas y privadas, IPS cerradas en riesgo de cierre, número promedio de especialistas, enfermeras y maternas por día, servicios frecuentes de consulta en los neonatos, servicios de ginecología que ofrecen, causas de consulta antes y después del parto de las maternas y causas de consulta en los neonatos, servicios frecuentes de consulta en los neonatos, servicios de ginecología que ofrecen	Tabulación, representación y descripción de los datos.	Para la descripción de los datos se realizó análisis univariado y bivariado, representación con tablas de frecuencias.

Cuadro 3. Variables con relación al tercer objetivo específico

Objetivos	Variables	Análisis	Presentación
Analizar las principales causas del cierre, desde la perspectiva de los profesionales asistenciales.	causas de cierre y servicios por los que ha sido reemplazado el servicio maternoinfantil	Tabulación, representación y descripción de los datos.	Para la descripción de los datos se realizó un análisis univariado, representación con tablas de frecuencias.

Cuadro 4. Variables con relación al cuarto objetivo específico

Objetivos	Variables	Análisis	Presentación
Identificar las consecuencias que el cierre de los servicios ha producido para las instituciones, los profesionales asistenciales, la diada madre-hijo y el sistema de salud, desde la perspectiva del talento humano asistencial.	Consecuencias para las instituciones, los profesionales asistenciales, la diada madre-hijo y el sistema de salud, beneficios y potenciales perjuicios que pueden las IPS que deciden no prestar servicios maternoinfantiles, otros procesos que existen que están dificultando el derecho a la adecuada salud maternoinfantil	Tabulación, representación y descripción de los datos.	Para la descripción de los datos se realizó un análisis univariado, representación con tablas de frecuencias.