



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**Identificación de las causas del cierre de los servicios materno infantiles en
Medellín**

**Identification of the causes of the closing of maternal and child services in
Medellín**

**Diana Carolina López Gallego
Ivonhe Tatiana Tamayo Monsalve**

**Trabajo de grado para acceder al título de:
Especialista en Auditoría en Salud**

Facultad Nacional de Salud Pública

“Héctor Abad Gómez”

Universidad de Antioquia

Medellín

2024



**Identificación de las causas del cierre de los servicios materno infantiles en
Medellín**

**Identification of the causes of the closing of maternal and child services in
Medellín**

**Diana Carolina López Gallego
Ivonhe Tatiana Tamayo Monsalve**

**Asesor
Dr. Johan David Pérez Sánchez
Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud
Magister en Educación**

**Trabajo de grado para acceder al título de:
Especialista en Auditoria en Salud**

**Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Universidad de Antioquia
Medellín
2024**

Cita	López Gallego DC , Castrillón Cardona IT. (1)
Referencia	(1) Identificación de las causas del cierre de los servicios materno infantiles
Estilo	en Medellín [Especialización Auditoría en Salud]. Universidad de
Vancouver/ICMJE	Antioquia. Medellín, Colombia; 2024.
(2018)	



Biblioteca Salud Pública

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

Rector: John Jairo Arboleda Céspedes.

Decano/director: Edwin González Marulanda.

Jefe departamento: Luz Mary Mejía Ortega.

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros.

Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos

Tabla de contenido

Lista de anexos	5
Resumen	6
Abstract	7
Introducción	8
1. Justificación	11
2. Objetivo general	15
2.1 Objetivos específicos	15
3. Marco teórico	16
4. Aproximación metodológica	21
5. Discusión	22
6. Conclusiones	25
7. Viabilidad y factibilidad	27
Referencias bibliográficas	28
Anexos	32

Lista de anexos

Anexo 1. Esquema árbol de problemas	32
Anexo 2. Mapa bibliométrico	33

Resumen

Introducción: Este estudio tuvo como objetivo establecer las principales causas del cierre de los servicios materno infantiles en la ciudad de Medellín durante los últimos 10 años. **Metodología:** Se realizó una búsqueda sistemática de artículos en las bases de datos de Scielo, Elsevier y Google Académico. Los textos seleccionados fueron analizados por revisores independientes mediante la aplicación de criterios de inclusión. **Discusión:** La principal causa de los cierres de los servicios se debe a la rentabilidad de los mismos para las empresas prestadoras de servicios de salud, y dentro de las consecuencias a considerar se encuentra el riesgo del deterioro de la calidad en la atención de la población materno infantil. **Conclusión:** La situación actual de la atención materno-infantil en Colombia presenta desafíos significativos que requieren una acción coordinada y eficaz por parte de todas las partes interesadas para garantizar el cumplimiento del derecho constitucional a la salud y reducir los riesgos para las madres y los recién nacidos.

Palabras clave: atención materno infantil, cierre de servicios de salud, políticas en salud, Colombia, Latinoamérica, calidad de atención, morbilidad materna, mortalidad materna, acceso a servicios de salud, costos en salud, complicaciones del embarazo.

Abstract

Introduction: The objective of this study was to establish the main causes of the closure of maternal and child services in the city of Medellín during the last 10 years.

Methodology: A systematic search for articles was carried out in the databases of Scielo, Elsevier and Google Scholar. The selected texts were analysed by independent reviewers using inclusion criteria.

Discussion: The main cause of service closures is due to their profitability for health service providers, and among the consequences to be considered is the risk of deterioration of the quality of care for the maternal and child population.

Conclusion: The current situation of maternal and child care in Colombia presents significant challenges that require coordinated and effective action by all stakeholders to ensure compliance with the constitutional right to health and reduce risks to mothers and newborns.

Key words: maternal and child care, closure of health services, health policies, Colombia, Latin America, quality of care, maternal morbidity, maternal mortality, access to health services, health costs, pregnancy complications

Introducción

La salud materno - infantil es una prioridad mundial y como tal ha sido objeto de políticas y programas estatales desde hace más de un siglo, con avances positivos en el control de la mortalidad evitable, pero con estancamiento y retrocesos en algunos casos, tal como lo muestran los datos de la Organización Mundial de la Salud-OMS (1).

Visto desde la historia de la ginecología en Colombia, encontramos avances desde la era prehispánica donde la medicina era manejada por la hechicería, no hay datos de cómo se realizaban las prácticas obstétricas, pero se conoce que las mujeres al momento de dar a luz, se retiraba a las orillas de los ríos o lagunas donde posterior al parto se sumergían para lavarse tanto ellas como el recién nacido (2).

En la era colonial encontramos apuntes de José Celestino Mutis, quien en 1801 en un escrito hace referencia a: "Más urgente ha sido en los tiempos anteriores la necesidad de parteras instruidas. Destinadas al oficio por herencia; acreditadas por sus virtudes y honestidad, pero incapaces de auxiliar a los partos trabajosos y difíciles, han contribuido a mantener el capricho de resistir las parturientas a los auxilios de la cirugía" (3).

En la era independiente (Siglo XIX), en la administración del general Francisco de Paula Santander se creó la Universidad Central y como sección de ella una Escuela de Medicina, la cual empezó a funcionar desde 1827. El artículo 216 del decreto del 3 de octubre de 1826 sobre Plan de Estudios, contemplaba no solo la creación formal de la Cátedra de Obstetricia, sino que encargaba a la Facultad para examinar sangradores, parteras y farmacéuticos, y expedir los diplomas. En 1833, y por solicitud de la Facultad de Medicina, por primera vez fueron habilitadas por el Estado tres mujeres para desempeñar la profesión de partera, a quienes solo les era permitido recibir al recién nacido, ligar y cortar el cordón umbilical (3).

Promediando el Siglo XIX, en el Departamento de Antioquia se sucedió un hecho relevante en la historia de la cirugía y la obstetricia colombianas. Nos referimos a la

primera operación cesárea en paciente viva, practicada en 1844, en una localidad vecina a la ciudad de Medellín. Su autor fue el doctor José Ignacio Quevedo, bogotano de nacimiento, y la paciente se llamaba Ana Joaquina Echeverría de P, tanto ésta como su hijo sobrevivieron (3).

A pesar que en la segunda mitad del siglo pasado funcionaban en Colombia tres Facultades de Medicina, no existían servicios especiales de obstetricia, y la ginecología figuraba como una rama de la cirugía general. En 1867 -año cuando se creó la Universidad Nacional- el Hospital San Juan de Dios de Bogotá, destinado para las prácticas de los estudiantes no contaba todavía con un servicio de maternidad. Apenas hasta 1887 se dividió el servicio científico del hospital en cuatro clínicas: Patología General y Cirugía Menor; Patología Interna; Patología Externa y Cirugía Especial; finalmente Clínica Obstétrica e Infantil (4).

En octubre de 1948 se dio al servicio en la ciudad de Medellín la Clínica Luz Castro de Gutiérrez, creada con la finalidad de favorecer a las mujeres de escasos recursos económicos. Por acuerdo con la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia los estudiantes de último año rotan como Internos por dicha Clínica (3).

Sin una claridad en la historia de la Ginecobstetricia en Colombia dado por eventos violentos que obligó al cierre de universidades y retraso en la creación de servicios de atención materno infantil, se puede observar como en el contexto histórico se manifiesta de diversas maneras las dificultades sociales, económicas, políticas y culturales para garantizar la atención del binomio madre – hijo.

En las orientaciones estratégicas del Consenso Estratégico Interagencial para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna 2020 – 2030, se explica cómo las inequidades históricas no son los únicos factores que vienen contribuyendo al progreso limitado en la morbi-mortalidad materna en América Latina y el Caribe. Es necesario resaltar que la región es una de las más afectadas por la COVID-19, los desastres naturales, agravados por el cambio climático, y los conflictos, que afectan de manera

desigual a las mujeres y las niñas. Estas crisis humanitarias, junto a la situación de pobreza y exclusión en que vive una gran parte de la población, ha forzado a millones de mujeres y niñas a migrar. Este proceso migratorio las expone, en muchos casos, a situaciones de violencia sexual, embarazos no intencionados y mayores dificultades para el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y salud materna (5).

En los últimos años se ha observado un cierre progresivo de las unidades de atención materno infantil en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) en la ciudad de Medellín y el área metropolitana, lo cual podría poner en riesgo la integridad de maternas y neonatos, y conlleva a múltiples consecuencias sobre la calidad de la atención y la oportunidad en la prestación de servicios de salud íntegros a pacientes de cualquier complejidad y grupo poblacional.

Enfocar la investigación de la historia de la obstetricia e identificar las principales causales y consecuencias del cierre de los servicios materno infantiles, busca tener un panorama amplio de la problemática actual para dilucidar posibles herramientas para los diferentes actores del sistema, y el posible impacto de la reforma de salud que se encuentra en curso.

1. Justificación

La atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbilidad materna y perinatal. En este sentido, se hace necesario establecer los parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante la atención del parto, con el propósito de dar respuesta a los derechos en salud de las mujeres y sus hijos (6).

El Sistema Nacional de Salud (SNS) en Colombia operó desde 1974 hasta 1993, basado en los principios del modelo de Estado benefactor, con un direccionamiento centralizado, organizado por niveles de atención, y logró una cobertura de aproximadamente 75% de la población; en este sistema se dio gran impulso a los programas preventivos, lo cual generó un impacto importante en el mejoramiento de la salud pública (7, 8).

El Ministerio de Salud dirigía un programa centralizado de control prenatal, el cual operaba a través de los centros de salud y los hospitales públicos, con lo cual la mortalidad materna (MM) se redujo progresivamente de 310 por 100.000 nacidos vivos en 1956 (9) a 86,3 por 100.000 nacidos vivos en 1985, y 68,2 por 100.000 nacidos vivos en 1993 (10). Pero con la implementación de la Ley 100 de 1993, las tasas de mortalidad materna (MM) empezaron a incrementarse, y llegaron en el 2000 a 103,1 en 100.000 nacidos vivos (11).

La morbi-mortalidad materna es reconocida nacional e internacionalmente como un determinante de salud pública, puesto que se considera como un evento trazador, y sus indicadores brindan un panorama general de cómo se encuentran la calidad y oportunidad de los servicios de salud de una región (11).

Como se comentó previamente, en los últimos años, se ha venido presentando un fenómeno preocupante en torno a la atención en salud de las mujeres y los niños de la

ciudad de Medellín y el área Metropolitana, dado el cierre progresivo de los servicios de atención materno-infantil.

Según un comunicado a la opinión pública emitido por SOGOS (Especialistas del área de Ginecología y Obstetricia) en junio de 2023, las cifras del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) del Ministerio de Salud indican que en Antioquia para el año 2012 se contaba con 1.049 camas de obstetricia, las cuales para abril del 2018 habían disminuido a 913¹, con un descenso progresivo desde entonces, sin embargo, desde el 2020 no se encuentran disponibles en las bases de datos oficiales cifras exactas de las camas de maternidad con las que se cuentan en el departamento.

Durante el año 2023, la Clínica del Rosario suspendió su servicio de maternidad a partir del 30 de junio de 2023 y el Hospital San Vicente Fundación de Medellín definió el cierre al servicio de maternidad desde el 31 de octubre de 2023.

A pesar de que el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) ha reportado un descenso de los nacimientos en Colombia correspondiente a reducciones anuales promedio de -2,6% en la tasa de natalidad, para el 2018 la tasa era de 13 por cada 1.000 habitantes, cifra que para el 2022 se redujo a 11 por cada 1.000 habitantes, siendo la tasa más baja en el último quinquenio (12), no hay duda de que para una ciudad donde se reportan más de 30.000 nacimientos al año, según reporte del DANE para el 2022 hubo 35.048 nacimientos Institucionalizados en Medellín (7), el número de camas disponibles actualmente podría ser insuficiente para atender los requerimientos de la población.

Con preocupación, las diferentes agremiaciones médicas de ginecología y obstetricia y de pediatría, han empezado a lanzar alertas sobre lo que consideran se trata de una crisis en el sistema de salud relacionada con la disponibilidad de camas de maternidad y

¹Sindicato nacional de Ginecología y Obstetricia "SOGOS". Comunicado a la opinión pública. La crisis de camas de maternidad en Medellín: una problemática persistente. Junio, 2023.

pediatría en las instituciones de la ciudad capital de Antioquia, las cuales son centro de referencia para la atención de la mediana y alta complejidad de todo el departamento (10).

En consecuencia, podría verse afectada la calidad de la atención que recibe esta población de especial protección y podrían verse impactados los índices de morbilidad materna, y por ende en el cumplimiento de los objetivos de la agenda para el desarrollo sostenible propuestos por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (13).

Según múltiples registros de medios de comunicación escritos colombianos, si bien las razones que aducen las instituciones para los cierres de los servicios de maternidad son variables, podría existir alguna relación con los intereses económicos de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, asociado a los diferentes costos que implica proveer dichos servicios.

Por un lado, cada vez son más rigurosas las normas con respecto a la habilitación y, por otro lado, las tarifas según el manual del Instituto de Seguro Social (ISS) con las cuales se realiza la contratación para la prestación de los servicios de salud, no han sido actualizadas en los últimos años, y no contemplan las posibles variables y complicaciones durante un trabajo de parto y/o cesárea programada, lo cual finalmente podría repercutir en un aumento en el costo real de la atención.

Sumado al problema presente, se crea incertidumbre con los puntos propuestos en la reforma de salud y que algunos artículos ya han sido aprobados en el senado. Es importante dilucidar además el impacto social que conlleva estos cambios planteados a un sistema descentralizado, con fallas existentes y en el cual no se contempla factores tales como: dificultades en la accesibilidad para recibir los servicios materno infantiles, problemáticas de violencia actual en la Ciudad, aumento de la demanda de servicios sin capacidad de atención oportuna, pobre cumplimiento de las metas del parto humanizado,

riesgo de aumento de casos de violencia obstétrica, fatiga y desmotivación del personal asistencial.

Ante esta perspectiva, es claro el riesgo de una crisis en el sistema de salud, creando barreras para una atención oportuna y de calidad al binomio madre-hijo, con un inminente riesgo de que se colapse la red de atención, siendo probablemente la población subsidiada y pobre no asegurada la más afectada. Además, se podría estar viendo menoscabada la ya difícil condición laboral del personal de atención en salud (14).

En esta monografía, se busca responder a la interrogante de ¿cuáles son las principales causas que han llevado al cierre sistemático de los servicios materno infantiles en la ciudad de Medellín? Ver Anexo 1.

2. Objetivo general

Establecer las principales causas del cierre de los servicios materno infantiles en Medellín.

2.1 Objetivos específicos

- ✓ Identificar las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud que han cerrado los servicios de atención materno infantil en la ciudad de Medellín durante los últimos 10 años.
- ✓ Analizar cómo las políticas públicas y el modelo de salud actual inciden en el cierre de los servicios materno infantiles.
- ✓ Estimar la costo-efectividad de la prestación de un servicio de maternidad de calidad en la ciudad de Medellín.

3. Marco teórico

La salud está definida como un derecho inherente a la persona en los artículos 44 y 49 de la actual Constitución Política de Colombia, el cual implica la garantía real a gozar de un estado físico, mental, emocional y social que permita al ser humano desarrollar en forma digna y al máximo sus potencialidades, en bien de sí mismo, de su familia y de la colectividad en general (9).

La atención materno infantil en Colombia se encuentra enmarcada en una serie de normas y políticas nacionales, que a su vez tienen su fundamento en las políticas internacionales actuales, las cuales pretenden garantizar los derechos reproductivos y de la salud del binomio madre-hijo, desde una mirada integral que no es exclusiva del ámbito biológico o médico, sino también desde el ámbito socio-cultural, con todos sus determinantes dentro de un marco de derechos (5).

En el año 2013 fue creada la guía de la atención del parto que se define como el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, para la asistencia de las mujeres gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto, expulsión del feto vivo o muerto, con 20 o más semanas de gestación, alumbramiento y puerperio inmediato. Su principal objetivo es disminuir los riesgos de enfermedad y muerte de la mujer y del producto del embarazo y optimizar el pronóstico de los mismos a través de la oportuna y adecuada atención intrahospitalaria del parto (4).

No obstante, el sistema de salud actual tiene un enfoque de mercado, según el cual es indispensable generar una rentabilidad, por tanto, a mayor demanda en un área médica, las tarifas se regulan a la baja y esto se debe "compensar" atendiendo un mayor número de personas. A pesar que en Medellín más del 99% de los partos son institucionalizados, según reportes del DANE la natalidad viene en descenso en los últimos 10 años (7, 8), por lo que el volumen de partos atendidos también ha disminuido; esto sumado a la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) con una asignación del sitio de atención ideal de la población materna por niveles de complejidad. Así las

cosas, a los servicios de maternidad de mediana y alta complejidad sólo estarían ingresando ese pequeño porcentaje que corresponde a las pacientes clasificadas como de alto riesgo obstétrico (ARO) o complicadas.

Esta reducción en el volumen, se interpreta como una reducción en la demanda y fue una de las causas esgrimidas por el Hospital San Vicente Fundación de Medellín cuando realizó el cierre de este servicio luego de 94 años de atención a las maternas del Valle de Aburrá y haber sido uno de los principales centros de referencia de la región (19).

Mediante la creación de leyes como la Ley 2244 de 2022, Colombia ha venido haciendo importantes esfuerzos dirigidos al mejoramiento de la calidad, oportunidad y gestión en los servicios de salud, la generación de alianzas y sinergias entre sectores y actores competentes e interesados, la promoción, formación y fortalecimiento de organizaciones y redes de movilización social y la gestión de la comunicación y del conocimiento, impactando en la reducción de brechas de equidad y el fortalecimiento de competencias en el talento humano en salud (15).

Esfuerzos que parecieran no estar en concordancia con el panorama actual, ya que no se evidencian intervenciones efectivas por parte de los principales actores del sistema, y quienes deberían ser los garantes de la prestación del derecho fundamental de la salud, es decir, el Estado, las Entidades Responsables de Pago (ERP), que actualmente administran el sistema, los Prestadores de Servicio de Salud públicos y/o privados; y por tanto no es claro que exista voluntad de las partes para encontrar una solución coyuntural al problema del cierre progresivo de los servicios de obstetricia.

Desde las políticas públicas se resalta el trabajo que el Ministerio de Salud realiza con la idea de dar cumplimiento a los programas de promoción y prevención, disminución del embarazo no deseado en adolescentes y demás mujeres, y aspectos como el aumento de la cobertura en salud y la adecuada atención institucional del parto (14).

Es así, como al analizar la cobertura en salud en Colombia, según el Ministerio de Protección Social (2022), se ha alcanzado un porcentaje de 99,6% con una distribución

de 24.399.839 personas en el Régimen Contributivo y 24.745.934 en el Subsidiado, sin embargo, la cobertura, no coincide con la accesibilidad a los servicios de salud, pues no garantiza la atención integral para los habitantes del país y menos aún para quienes pertenecen a zonas rurales, en donde, los índices de mortalidad por falta de atención son bastante altos (16).

Con base en lo anterior, se encuentra dentro de las barreras demográficas en el territorio colombiano, un número importante de la población que presenta dificultades de accesos a los diversos centros de salud y por ende a instituciones de mediana y alta complejidad, tanto del área rural como urbana (17). Se pensaría que Medellín y el área metropolitana no tiene este problema, sin embargo, existen zonas en el Valle de Aburrá, donde el acceso a los servicios de salud no solo están determinadas por la distancia que deben recorrer, sino también por diferencias económicas o sociales, debido a falta de recursos o al desconocimiento de cómo desenvolverse en ciertas zonas de la ciudad, siendo así el régimen subsidiado el más afectado, lo cual puede incidir en la poca adherencia a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y por ende a los indicadores en salud (18).

En lo concerniente al cierre de servicios materno infantiles en la ciudad de Medellín y área Metropolitana, sus inicios se encuentran aproximadamente en el año 2012, cuando las clínicas León XIII y el Sagrado Corazón de Jesús dejaron de prestar atención a las maternas. A lo largo del tiempo, otras IPS, como la clínica Las Vegas, Comfenalco, la Clínica Antioquia en Itagüí y el Hospital Marco Fidel Suárez en Bello, cerraron esas unidades. Sin contar con números exactos, los medios de comunicación consultados indican que durante la última década han desaparecido más de 200 camas en la ciudad. Durante el 2023, se sumaron a las instituciones que ya no cuentan con servicio de maternidad la Clínica El Rosario y el Hospital San Vicente Fundación de Medellín, adicionalmente La Clínica San Juan de Dios de La Ceja cerró sus servicios a mediados de noviembre de 2023, que, si bien no se encuentra en la ciudad, su cierre aumentó la presión sobre las instituciones en otros municipios del Oriente y del área metropolitana

dada su cercanía (19, 20). Lo anterior refuerza las barreras previamente explicadas, generando mayor vulnerabilidad en la población objeto de investigación.

Según declaraciones brindadas por las IPS a diferentes medios de comunicación, mantener los estándares de calidad especificados por el Sistema Único de Habilitación del Ministerio de Salud es costoso, dados los requerimientos en infraestructura, talento humano y tecnologías; lo cual se suma a una contratación que podría considerarse desventajosa, basada en manuales tarifarios, que como se mencionó previamente se encuentran desactualizados, y que no contemplan realmente los riesgos y las posibles complicaciones del binomio madre hijo, ni las modificaciones en la demanda. Adicionalmente, la variabilidad en los costos de atención, que pueden ir desde un parto vértice espontáneo hasta procedimientos quirúrgicos de emergencia como una cesárea, complica aún más la situación financiera. A menudo, los ingresos generados por los servicios de salud pueden no ser suficientes para cubrir los costos operativos, lo que resulta en pérdidas para las instituciones (10, 12, 19, 20).

En 2015 la Alcaldía de Medellín y la Universidad de Antioquia adelantaron un estudio para determinar los factores relacionados con el cierre de estos servicios en instituciones referentes de la ciudad, encontrando que: “Entre las razones que se han aducido para estos cierres, se encuentran: una menor demanda o el bajo volumen de atenciones, la reducción de incentivos a conservar la oferta del servicio por un equilibrio bajo o negativo entre los costos de la atención y la tarifa que se reconoce por el servicio por parte de los agentes pagadores (EPS). El desbalance entre costos y tarifas es expuesto también por las IPS que continúan prestando el servicio” (8).

Según declaró SOGOS en junio de 2023 en su comunicado a la opinión pública: *“El cierre de los servicios de maternidad y el colapso de la red ha llevado, por consiguiente, a que las pocas instituciones que en la ciudad atienden gestantes se encuentren casi siempre en sobrecupo y, por lo tanto, se vuelvan inoportunas para la atención a las madres. Incluso se presentan situaciones de las que muchos saben, pero pocos se atreven a mencionar, como la necesidad de acelerar los procesos a través de la inducción con*

oxitocina, el aumento de los partos instrumentados y cesáreas, así como las altas tempranas. Todo para que la cantidad, es decir, el volumen de atenciones, ayuden a paliar las pérdidas del ejercicio económico”².

En el año 2023, la presidente de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ACSC), Dora Bernal, tras declaraciones expuestas, puntualizó que las mujeres (incluyendo las embarazadas) y los niños “son sujetos de especial derecho constitucional”, recordó uno de los artículos de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que tiene como objeto principal garantizar el derecho fundamental a la salud, “establece que la atención a esta población no podrá estar limitada a ningún tipo de restricción administrativa o económica”(10).

Tras el panorama planteado, donde la búsqueda activa de bibliografía en los últimos 10 años se torna limitada, queda en manos de los diferentes actores del sistema sensibilizar el personal médico para que siga prestando una atención a la población materno infantil con los más altos estándares de calidad, enmarcados en los proceso de habilitación y seguridad del paciente, sin desdibujar lo señalado por la Corte constitucional y la ley Estatutaria, a fin de optimizar los recursos dirigidos a una atención con equidad y responsabilidad, logrando así, la reducción continua y oportuna de los índices de morbi-mortalidad materna.

² Sindicato nacional de Ginecología y Obstetricia "SOGOS". Comunicado a la opinión pública. La crisis de camas de maternidad en Medellín: una problemática persistente. Junio, 2023.

4. Aproximación metodológica

Para la búsqueda de bibliografía empleada en la realización de esta monografía, se utilizaron las siguientes palabras claves: “atención materno infantil”, “cierre de servicios de salud”, “políticas en salud”, “Colombia”, “Latinoamérica”, “calidad de atención”, “morbilidad materna”, “mortalidad materna”, “acceso a servicios de salud”, “costos en salud”, “complicaciones del embarazo” tanto en español como en inglés, intentando agotar todas las posibles formas de expresar el tema de interés, términos científicos y tesauros.

Se realizó una búsqueda sistemática de artículos en las bases de datos de Scielo, Google Académico y Scopus, con esta última y utilizando las palabras claves en inglés: "maternal care" AND "Health Services" AND "Access to Health Care" se construyó un mapa de redes bibliométricas, con el propósito de intentar identificar y evaluar tendencias y patrones de investigación en el campo objetivo de esta monografía. Ver anexo 2.

Los textos seleccionados fueron analizados por revisores independientes mediante la aplicación de los siguientes criterios de inclusión: (a) estudios primarios o secundarios con datos sobre los cierres de las unidades de atención materno infantil en Colombia, (b) revisiones sistemáticas con datos cualitativos y cuantitativos acerca del tema de interés, (c) estudios producidos desde 2010 hasta las fechas de consulta de cada una de las bases de datos, (d) estudios cuyo texto completo fuese accesible, (e) estudios publicados en inglés o español. Se excluyeron aquellos estudios que no contaban con datos para responder a la pregunta de investigación o en idiomas diferentes a los incluidos. Las discrepancias fueron discutidas entre los revisores hasta lograr consenso.

5. Discusión

La búsqueda realizada arrojó 27 publicaciones, de las cuales se revisaron el título y el resumen de la totalidad de los textos; se excluyeron 8 publicaciones porque el objeto de estudio no estaba en relación con el tema del trabajo actual. Fue así como se incluyeron para revisión en texto completo 19 publicaciones, de las cuales, solo 3 cumplían los criterios de inclusión al encontrarse en texto completo y abordar el tema de la atención materna y el cierre de los servicios materno infantiles.

De los estudios seleccionados, dos de ellos se centran en la percepción del talento humano asistencial especializado con respecto a la atención del parto enmarcado en el sistema de salud actual con su perspectiva neoliberal, lo que determina en gran medida la relación entre el personal asistencial y las maternas, y adicionalmente establece unas condiciones laborales que, según concluyen dichos estudios, no son las óptimas identificando sobrecarga laboral en las instituciones prestadoras de salud que aún continúan abiertas prestando servicios materno - infantiles, como también la percepción de que ha disminuido la oferta de empleo generando mayor desempleo e inestabilidad laboral (21, 22).

Adicionalmente, la mayoría de los especialistas consideraron que una de las causas del cierre de los servicios materno - infantiles 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 gineco obstétricos, las instituciones prestadoras de salud deciden cerrar estos servicios (21).

En cuanto a las principales consecuencias que podrían estar relacionadas con los cierres de los servicios de maternidad, desde la perspectiva del talento humano en salud, se encontraron: 1. las dificultades en cuanto a la accesibilidad para recibir los servicios materno infantiles, generando riesgo de complicaciones, 2. aumento de morbimortalidad materna, 3. aumento de la demanda a servicios sin capacidad de atención, 4. Riesgo de

colapso de la red materno-infantil de la ciudad de Medellín llevando a que las gestantes en proceso de parto deban esperar muchas horas para ser atendidas, lo que culmina muchas veces en una deshumanización de la atención del parto (21, 22).

Por otro lado, se revisó un estudio adelantado por la Universidad de Antioquia en asociación con la Secretaría de Salud en Medellín en 2015 y publicado en 2016, donde realizaron un análisis de la atención del parto en la ciudad, más enfocados en los costos de la prestación del servicio de maternidad; dentro de las conclusiones a las que llegan, entre otras, los autores consideran que los cierres de las unidades de obstetricia de los últimos años se debe a pérdidas económicas o al cambio en la misión o el portafolio de servicios de dichas unidades, lo anterior, no está solo en relación a las tarifas, sino también a la baja demanda por los servicios materno infantiles, que impide la recuperación plena de los costos.

Se evidencio que, por las características del servicio de maternidad, la rentabilidad de las unidades depende en gran medida del volumen de demanda, volumen que en el caso de las unidades cerradas no fue suficiente para lograr el equilibrio financiero ni mucho menos para cubrir los costos fijos de la unidad ni los costos adicionales derivados de las actuales normas de habilitación (8).

Es así como se evidencia que, a pesar de tratarse de un tema de suma importancia para la salud pública, a la fecha se encuentran muy pocas publicaciones enfocadas al estudio del mismo, y en la revisión realizada se encontró que los autores apunta a que la principal causa de los cierres de los servicios materno infantiles en la ciudad de Medellín se debe a un motivo económico dada la baja rentabilidad de estos para las IPS y el esfuerzo que supone para las instituciones mantener el servicio habilitado (8, 21, 22). Por otro lado, las posibles consecuencias mencionadas por los estudios en relación al tema de la disminución de camas disponibles en la ciudad para la atención de la población materno infantil, podrían resumirse en un riesgo de deterioro de la calidad en la atención en salud, lo cual se encuentra en contravía de las políticas internacionales y nacionales enfocadas

en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna (5, 11) y de lograr una atención humanizada del parto y libre de violencia reproductiva.

Sobre el acceso a los servicios de salud en Colombia con la implementación de la Ley 100 de 1993, se ha descrito un aumento en la cobertura en la afiliación a la salud como se dijo previamente, con aparente aumento en la equidad del aseguramiento mediante la disminución de diferenciales rural-urbano y aumento en el acceso de los servicios de salud (23), sin embargo, los estudios también señalan que existen unas poblaciones vulnerables que podrían tener mayores dificultades para el acceso a los servicios de salud y la equidad en el acceso a dichos servicios como son los migrantes, las mujeres y los niños, la población con menores ingresos monetarios y los residentes en territorios dispersos del país y zonas apartadas, enfatizando en la necesidad de ampliar las investigaciones a este respecto para lograr una comprensión integral de esta problemática (16, 23).

Con lo anterior, si se considera que las mujeres y niños son parte de la población vulnerable con mayores dificultades para acceder a los servicios de salud, los cierres de unidades destinadas a su atención específica, estaría profundizando aún más esta problemática haciéndose indispensable un replanteamiento del modelo actual de salud que está orientado a la rentabilidad de la prestación de servicios, y retornando el enfoque al paciente como eje central del modelo.

Para esto es preciso que a la voluntad política mostrada en relación con la reforma de salud en curso se sume la voluntad de los diferentes actores del sistema buscando una contratación más equitativa y justa, por decirlo de alguna manera, una revisión de la normatividad vigente en relación al proceso de habilitación de los servicios de salud, la revisión de manuales tarifarios para la prestación de los servicios de salud que actualmente deberían considerarse obsoletos, todo esto con la debida colaboración y cooperación entre los actores.

6. Conclusiones

Cuando se habla de servicios de maternidad, se parte del hecho de que idealmente el trabajo del parto y el parto deben ser “una vivencia satisfactoria” que incluye, además de brindar las mejores prácticas basadas en la evidencia científica, “respetar la fisiología del parto; intervenir solo lo necesario; identificar, comprender y respetar los aspectos socioculturales de la gestante; brindarle apoyo emocional; darle poder de decisión, y garantizar su autonomía y privacidad”. Estos deberían ser los criterios para evaluar la calidad en la atención del parto, en un concepto humanista amplio, que lleva a tener en cuenta, no sólo los criterios clásicos de calidad, sino también dominios relacionados con los derechos humanos, la cultura de la gestante y principios éticos fundamentales (24).

La creación de programas y políticas estatales a lo largo de más de un siglo evidencia el reconocimiento de la importancia de la salud materno-infantil a nivel mundial. Sin embargo, a pesar de los avances, persisten desafíos significativos, como la inequidad en el acceso a servicios de salud y las dificultades sociales, económicas y culturales que afectan a las mujeres y niñas, especialmente en contextos de crisis humanitaria y migración.

Si bien las causas de los cierres de las unidades materno infantil en Medellín giran alrededor de factores tales como el actual modelo de salud y sus falencias en la prestación de servicios con calidad asociado a los recursos económicos destinados y los diferentes modelos de contratación y acuerdos de voluntades con la disputa entre los Entes Responsables del Pago y los Prestadores de Servicios de Salud, a esto se suma, la sobrecarga laboral en el medio y el aumento en el desempleo de quienes se ven afectados por el cierre de los servicios, lo que conlleva a una subestimación de la remuneración de especialistas, médicos generales, instrumentadores quirúrgicos y personal de enfermería, a su vez, al verse disminuida la cantidad de instituciones que cuentan con servicio materno infantil, ésta se ve concentrada en un reducido número de clínicas y hospitales, lo que genera problemas adicionales como la prolongación en los tiempos de espera de las mujeres para ser atendidas, aumentando así el riesgo para su

salud de la materna y del recién nacido, propiciando la violencia obstétrica, además da pie a reforzar las mencionadas barreras de accesos que condicionan a la población de escasos recursos económicos y que repercute en el cumplimiento de los controles prenatales oportunos y continuos, desequilibrando los indicadores de morbilidad y mortalidad materna.

En resumen, la situación actual de la atención materno-infantil en Colombia presenta desafíos estructurales y sistémicos en el sistema de salud colombiano que requieren una acción coordinada y eficaz de todas las partes interesadas para garantizar el cumplimiento de los derechos constitucionales a la salud y reducir los riesgos para las madres y los recién nacidos.

Es importante que las instituciones de salud, el gobierno y otros actores relevantes trabajen juntos para abordar los problemas identificados y garantizar una atención materno-infantil de calidad y equitativa. Esto puede implicar la revisión de políticas, la asignación adecuada de recursos y una mayor sensibilización sobre los derechos de salud de las mujeres y los niños, así como garantizar el acceso equitativo y la calidad de la atención para todas las personas, independientemente de su ubicación geográfica o situación socioeconómica.

7. Viabilidad y factibilidad

Se considera que este trabajo de monografía es viable puesto que se cuenta con información disponible en la literatura científica sobre la atención materno-fetal, la cual se encuentra enmarcada en las políticas de salud pública internacionales y nacionales. Adicionalmente, con respecto al cierre de los servicios materno infantiles, las sociedades colombianas de especialistas en ginecología y obstetricia, pediatría y de algunas instituciones universitarias se han manifestado al respecto.

En el marco de las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia, se considera que este es un estudio *sin riesgo* puesto que se trata de una investigación documental retrospectiva que no implica ninguna intervención en los sujetos de estudio (25).

Se podría pensar que se trata de una responsabilidad ética y social, como actores del sistema de salud, intentar dar respuesta a los interrogantes que se plantean de ¿cuáles son las reales causas para los cierres de estos servicios y sus posibles consecuencias para el binomio madre-hijo?

Técnicamente se considera que es posible tener el acceso necesario a las principales fuentes de búsqueda bibliográfica para lograr un acercamiento a la literatura científica requerida para llevar a cabo esta monografía.

No se requiere de recursos financieros adicionales para el desarrollo de este estudio.

Referencias bibliográficas

1. Cáceres FdM. Significado de la maternidad para embarazadas y miembros del equipo de salud de Bucaramanga. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. [Internet]. 2012; 30(1). [Consultado 25 de octubre de 2023] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30s1/v30s1a11.pdf>
2. Sedano L M, Sedano M C, Sedano M R. Reseña histórica e hitos de la obstetricia. Revista Médica Clínica Las Condes. noviembre de 2014;25(6):866-73. [Consultado 25 de octubre de 2023]; 37(3):285-99. Disponible en: https://clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2014/6%20Nov/04-sedano.pdf
3. Sánchez Torres F. La obstetricia y la ginecología en Colombia. Rev. Fac. Med. [Internet]. 1 de julio de 1971 [Consultado 25 de octubre de 2023]; 37(3):285-99. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/22082>
4. Sánchez Torres F. Historia de la ginecobstetricia en Colombia. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Marzo de 1989; 40(1):13-18. [Consultado 10 de noviembre de 2023]; 37(3):285-99. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/341527719_Historia_de_la_ginecobstetricia_en_Colombia
5. Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR). Consenso Estratégico Interagencial para la Reducción de la Morbi-mortalidad Materna: orientaciones estratégicas para el decenio 2020-2030. [Internet]. Mayo, 2021 [Consultado 25 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/gtr>
6. República de Colombia. Ministerio de Salud. Atención del Parto. [Internet]. 2013. [Consultado 20 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/3Atencion%20del%20Parto.pdf>
7. DANE. Departamento Administrativo Nacional de Estadística Cuadro 5: Nacimientos por persona que atendió el parto según departamento, municipio de ocurrencia y sitio del parto. [Internet]. 2022. [Consultado 10 de noviembre de 2023].

Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2022>

8. Restrepo J. Orozco L. Castro P. Análisis del costo de la atención del parto en Medellín- Value in Health. [Internet]. octubre 2017. [Consultado 20 de octubre de 2023]. 20(9) p 923 Disponible en: [https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(17\)33219-9/fulltext](https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(17)33219-9/fulltext)

9. República de Colombia. Constitución Política de 1991. Artículos 44 y 49. [Internet]. 1991 [Consultado 20 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4125>

10. Revista Semana. Polémica por cierre de servicios de pediatría y obstetricia en el país; “se debe priorizar la vida sobre las ganancias”, dicen médicos. [Internet]. 2023. [Consultado 20 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.semana.com/salud/articulo/polemica-por-cierre-de-servicios-de-pediatria-y-obstetricia-en-el-pais-se-debe-priorizar-la-vida-sobre-las-ganancias-dicen-medicos/202304/>

11. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia de Morbilidad Materna Extrema. [Internet]. 2023. [Consultado 20 de octubre de 2023]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_Morbilidad%20materna%20extrema.pdf

12. La República. Los nacimientos en Colombia se redujeron a mínimos en los últimos años hasta 2022. [Internet]. 2023. [Consultado 20 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.larepublica.co/especiales/crisis-de-jovenes/nacimientos-en-colombia-llegaron-a-minimos-en-2022-3634657>

13. Naciones Unidas. La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe (LC/G.2681-P/Rev.3), Santiago. [Internet]. 2018. [Consultado 18 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/cb30a4de-7d87-4e79-8e7a-ad5279038718/content>

14. República de Colombia. Ministerio de Salud. Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. [Internet]. 2015. [Consultado 20 de octubre de 2023]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Garantizar-atencion-segura-madre-hijo.pdf>

15. República de Colombia. Ministerio de Salud. Salud Materna. [Internet]. 2023. [Consultado 20 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/salud-materna.aspx>

16. Bolaños LD, Burbano V. Experiencias en la prestación de los servicios de salud, acorde al elemento de accesibilidad del SGSSS en los territorios rurales de la región andina, Colombia 2023. [Internet]. 2023. [Consultado 18 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uniajc.edu.co/server/api/core/bitstreams/5307246b-c0fa-4cd9-8a65-e9d1476fa3a3/content>

17. Ramos Lafont CP, Montenegro Martínez G. Tendencias en la mortalidad materna en el departamento de Córdoba – Colombia, 2008 – 2020. Enf Global. [Internet]. 1 de abril de 2023;22(2):382-403. [Consultado 18 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v22n70/1695-6141-eg-22-70-382.pdf>

18. Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, VH-Dover R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. RGYPS [Internet]. 19 de diciembre de 2014 [citado 13 de mayo de 2024];13(27). Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/11970>

19. Ortiz V. El mal ‘negocio’ de los partos: explicamos la crisis de la atención obstétrica en Medellín. [Internet]. 2023 [Consultado 03 de abril de 2024]. Disponible en: <https://elarmadillo.co/historias/el-mal-negocio-de-los-partos-explicamos-la-crisis-de-la-atencion-obstetrica-en-medellin/>

20. Zuleta Valencia JF. Alerta en Medellín: la ciudad se está quedando sin camas para los recién nacidos. [Internet]. 13 de junio del 2023. [Consultado 03 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.elcolombiano.com/medellin/medellin-se-esta-quedando-sin-camas-para-los-recien-nacidos-CH21735632>

21. Arteaga Gutiérrez N, Herrera Herrera AC. Causas y efectos del cierre y riesgo de cierre de los servicios materno-infantiles desde la percepción del talento humano asistencial especializado en el área metropolitana del valle de aburra en el año 2017. [Trabajo de grado Profesional en Gerencia de Sistemas de Información en Salud] Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública; 2019.

- 22.** Arango Urrea JD, Molina Berrío DP, Mejía Merino CM, Zapata LF. La atención a las madres durante el proceso de parto en algunos servicios de salud de la ciudad de Medellín: un acontecimiento enmarcado en el neoliberalismo y la mercantilización de la vida. *Rev. Gerenc. Polit. Salud.* [Internet]. 2018;17(35). [Consultado 18 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps17-35.amdp>
- 23.** Tovar-Cuevas LM, Arrivillaga-Quintero M. Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013: revisión sistemática crítica. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 2014; 13(27): 12-26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.eaia>
- 24.** Gaitán-Duarte H, Eslava-Schmalbach J. El parto: evento que exige la excelencia de la calidad en los servicios de salud. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* [Internet]. 29 de junio de 2017;68(2):97. [Consultado 18 de marzo de 2024]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v68n2/es_0034-7434-rcog-68-02-00097.pdf
- 25.** Ministerio de Salud de la República de Colombia. Resolución 08430 de 1993, artículo 11. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.pdf>. Fecha de Consulta: 18 de marzo de 2024.

Anexos

Anexo 1. Esquema árbol de problemas



