

Políticas públicas contra la mortalidad materna en Colombia

Public policies against maternal mortality in Colombia

Nasly GOENAGA CARDENAS¹
Jazmín DÍAZ-BARRIOS²

Recibido	: 04.06.2022
Aprobado	: 19.08.2022
Publicado	: 08.11.2022

RESUMEN: La Mortalidad materna tiene impacto social tanto en el ámbito Internacional, como nacional, constituyéndose en un problema de salud pública y poniendo en evidencia las inequidades en salud. Este trabajo reflexiona sobre los esfuerzos que se realizan en Colombia para disminuir en cada región, la mortalidad materna. Metodológicamente, es una investigación cualitativa con revisión documental, análisis de contenido y hermenéutica como herramientas de recolección y procesamiento de información. Se revisaron los diferentes instrumentos de política pública existentes en Colombia para hacer frente al problema [Constitución, Leyes 715 (2001), 1122 (2007), 1438 (2011), 1841 (2013) y 1751(2015), entre otros], igualmente, la infraestructura en salud para apoyar la ejecución. Se encontró que existe un soporte legal orientado a preservar la vida materna, así como rutas de atención integral para esta población, pero los resultados muestran grandes diferencias en las cifras de las distintas zonas del país. Siendo un problema multifactorial, los determinantes sociales juegan un papel preponderante y la prestación de servicios, sobre todo en las zonas más deprimidas del país es compleja, requiriendo una intervención intersectorial en esos determinantes sociales y un fortalecimiento en el control de la gestión en la política pública, si se quiere que las cifras positivas abarquen todo el país y no sigan escondiendo profundas inequidades.

PALABRAS CLAVE: Política pública; mortalidad materna; sistema de salud pública; determinantes sociales.

ABSTRACT: Maternal mortality has a social impact both internationally and nationally, becoming a public health problem and highlighting inequities in health. This work thinks about the efforts made in Colombia to reduce maternal mortality in each region. Methodologically, it is qualitative research with a documentary review, content analysis and hermeneutics as tools for collecting and processing information. The different public policy instruments designed in Colombia to face the problem were reviewed [Constitution, Laws 715 (2001), 1122 (2007), 1438 (2011), 1841 (2013) and 1751 (2015), among others], as well as the health infrastructure to support implementation. It was found that there is legal support aimed at preserving maternal life, as well as comprehensive care routes for this population. Still, the results show significant differences in the figures for the different areas of the country. Being a multifactorial problem, social determinants play a preponderant role and the provision of services, especially in the most deprived areas of the country, is complex, requiring an intersectoral intervention in these social determinants and a strengthening of management control in the public policy if we want the positive figures to cover the entire country and not continue to hide deep inequalities.

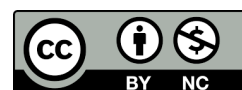
KEYWORDS: Public policy; maternal mortality; health system; social determinants.

**COMO CITAR:
HOW TO CITE:**

Goenaga, N. y Díaz-Barrios, J. (2022). Políticas públicas contra la mortalidad materna en Colombia. *Mujer y Políticas Públicas*, 1 (1), 32-44. <https://doi.org/10.31381/mpp.v1i1.5258>

¹ Candidata a Doctora en Ciencias Sociales, Universidad Cooperativa de Colombia, Colombia. Email: nasgocar@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2005-8299>

² Doctora en Ciencias Sociales, Universidad del Zulia/Global Humanistic University, Venezuela. Email: jazdibar.consultora@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7569-8106>



INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud, OMS (2008) expresa que el desarrollo de una sociedad puede medirse por la calidad del estado de salud de su población, por la manera como se distribuyen los problemas de salud a lo largo del espectro social y por el grado de protección que se otorga y gozan las personas enfermas. En este contexto, la OMS (2009) propuso algunos objetivos que constituyen principios de toda política pública, como reducir las desigualdades en salud, mejorar el estado de salud, mejorar la respuesta del sistema de salud a las expectativas de la población y proteger a las personas de un modo equitativo. Para el 2015 la Organización de Naciones Unidas, ONU (2015a) aprobó la agenda del 2030 de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) e incluyeron la eliminación de la pobreza, educación de calidad, salud y bienestar, equidad de género y combatir el cambio climático, entre otros. La idea era que los países y las sociedades que lo conforman mejoraran la vida de todos.

En cuanto a la mortalidad materna tanto la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como la OMS, (OPS, 2014) plantearon que en la región de las Américas y el Caribe la mortalidad materna se redujo en promedio del 40% entre 1990 y 2013, lo cual implica un gran logro, pero, a pesar de los avances, se está lejos de la meta por ellos establecida. De hecho, para el Observatorio de Igualdad de Género de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2019), para el año 2017 muchos países de la región no habían avanzado lo suficiente para que en el año 2030 se logre la meta fijada por el Objetivo 3 de Desarrollo Sostenible, (ONU, 2015b), de disminuir la razón de mortalidad materna a 70 por 100.000 nacidos vivos. Las inequidades y la exclusión social siguen siendo causas aparentes que afectan la salud en general y la mortalidad materna en particular.

Frente a esta problemática mundial, Colombia fue más allá de los ODS 2030 y planteó en el Consejo Nacional de política económica y Social (CONPES) 3918 del 2018 reducir la mortalidad materna a 51 casos para el 2018 y para el 2030 reducirla a 32 casos por cada 100 mil nacidos vivos. El informe Análisis situacional en Salud, ASIS (MSPS, 2021) nos dice que entre el 2011 y 2019 las muertes maternas ocurridas fueron de 50,7 por 100.000 nacidos vivos, logrando alcanzar la meta nacional propuesta para el 2018.

Sin embargo, estas halagüeñas cifras nacionales esconden una profunda desigualdad. Al detallar por departamentos, se tiene que mientras la razón de mortalidad materna en Colombia para el 2018 fue de 44.0 casos por 100.000 nacidos vivos, para el departamento del Magdalena fue de 58,4 casos por 100.000 nacidos vivos. En cuanto al primer semestre del 2019, la razón de mortalidad a nivel nacional fue del 48,4 por 100.000 nacidos vivos, frente a 92,4 por 100.000 para el departamento del Magdalena, situándolo muy por encima del promedio nacional (Instituto Nacional de Salud, INS], 2019), esta situación se repite en otros departamentos como Chocó, Córdoba, Guainía, La Guajira, Putumayo, Vaupés y Vichada (MSPS, 2021). Vistas las estadísticas del país en los últimos años, se nota que existen políticas y que están dando resultados. Pero estas cifras son un promedio nacional que esconde diferencias abismales entre las distintas zonas de

Colombia. En ciertas regiones, lejos de disminuir la mortalidad materna, la han visto aumentada como es el caso del departamento del Magdalena con un incremento en 2019 de casi el doble del promedio nacional, y estas cifras son pre-pandemia. En cuanto al período de pandemia, el Instituto Nacional de Salud, INS (2021) en su Boletín Epidemiológico Semana 20 del 2021 expresa:

La razón nacional preliminar de mortalidad materna a semana epidemiológica 20 es de 66,8 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. La razón de mortalidad materna superior a 100 muertes por cada 100.000 nacidos vivos se observó en las entidades territoriales de Magdalena, Santa Marta, Chocó, Guaviare, Vichada, Casanare, La Guajira, Buenaventura, Putumayo y Risaralda (p. 9).

Ante este escenario, surgen preguntas como ¿el problema es de la política definida?, ¿de la política ejecutada? ¿o tiene su origen en factores distintos o concomitantes sobre los cuales no puede actuarse ni cambiar la realidad? En atención a lo anterior, este trabajo reflexiona sobre los esfuerzos que desde el Estado, se realizan en Colombia para disminuir la mortalidad materna integralmente en todo el país.

Metodológicamente, es una investigación cualitativa con revisión documental, matrices de análisis, análisis de contenido y hermenéutica como herramientas de recolección y procesamiento de información.

Se hizo una revisión documental previa de estado del arte mundial y nacional en cuanto al tema de mortalidad materna. Seguidamente, se revisaron todas las leyes relacionadas con el objeto de estudio (Constitución, Leyes 715 de 2001, 1122 de 2007, 1438 de 2011, 1841 de 2013 y 1751 de 2015, entre otras) y se extrajeron los artículos relacionados con la materia. Se creó una matriz de análisis donde se plasmó toda la información y se analizó para entender la política imperante, la operacionalización que se hace de la misma y el deber ser en cuanto a la lucha contra la mortalidad materna.

De igual manera, se revisaron los documentos operativos del Ministerio de Salud y la Protección social (MSPS) (manuales, guías prácticas, lineamientos técnicos y operativos), donde se tipifican procedimientos en el área de salud a seguir para llevar a buen término los embarazos, y las instalaciones existentes para estos fines; se plasmaron en una matriz de análisis. A continuación, se revisaron las estadísticas de nacionales, regionales y locales sobre mortalidad materna para distintos años, registrándose igualmente en una matriz de análisis. Una vez documentada toda la data pertinente, se procedió al análisis del contenido e interpretación hermenéutica de la data colectada y finalmente, se redactó el informe.

MORTALIDAD MATERNA EN COLOMBIA

La OMS (1992) definió a la mortalidad materna como la muerte ocurrida bien sea durante el embarazo, el parto o en el lapso de 42 días después de éste y que las causas estén relacionadas con cualquiera de los tres procesos mencionados, exceptuando las causas accidentales. Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante la gestación, el parto o el puerperio, y casi todas fueron prevenibles y podían

haberse tratado; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con el embarazo, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer.

Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud, OPS (2015) incluye "...defunciones obstétricas directas y defunciones obstétricas indirectas, muertes maternas producidas por causas coincidentes, donde se incluyen aquellas muertes que ocurrieron durante el embarazo, sin ser la causa directa." (pp. 139-140). A su vez, el protocolo de Instituto Nacional de salud de Colombia (INS) incluye otras clasificaciones de muertes maternas como son aquellas que ocurren "...de forma dudosa, o aquellas que ocurren en forma tardía incluyendo aquellas que ocurren hasta un año de la terminación del embarazo" (2022, p 9), considerando igualmente, las definiciones dadas por la OMS/OPS implicando diferentes escenarios donde puede ocurrir una mortalidad materna. En ese sentido, las autoridades sanitarias colombianas en su Análisis de la situación de salud, reportan la correlación entre determinantes sociales de la salud como etnia-pobreza-ruralidad y mortalidad materna (MSPS, 2021).

En cuanto al determinante social de salud, pobreza, en el informe de la CEPAL (2018:39), aparece Colombia como un país con una variación en ingresos de más del 50%. El ingreso generado por el 20% con mayor patrimonio (quintil V) representa alrededor del 48% del ingreso total de los hogares, por otro lado, el ingreso percibido por el 20% con menores recursos (quintil I) representa solo un 5% de los ingresos totales. Las brechas de ingreso se agrandan en los grupos situados en el extremo superior. En atención a este determinante el MSPS (2021) refiere que en Colombia el 70% de las muertes maternas se concentra en el 50% de la población con menos ingresos. El informe plantea que en los departamentos más pobres se observa un riesgo de muerte materna que alcanza 5.48 veces el riesgo de muerte materna de los departamentos con menos pobreza.

Sobre la etnicidad, en el período 2009-2019: "En términos relativos la razón de mortalidad materna es 3,3 veces mayor en mujeres indígenas y el doble en mujeres afrocolombianas con respecto al promedio nacional" (MSPS, 2021, p. 266). La ruralidad también paga una alta cuota en la mortalidad materna: "... la brecha de desigualdad relativa osciló entre 1,5 y 2,7 mostrando en el último año una razón 52% más alta en el área rural dispersa que en las cabeceras." (MSPS, 2021, p. 264). La OMS (2015) considera que las muertes ocurren en un entorno frágil, en un contexto de crisis humanitaria.

La razón de mortalidad colombiana mostró para el 2020 una tendencia al incremento del 34.4% comparado con el 2019 (INS, 2022, p. 5) y como ya se mencionó, los departamentos que más aportan muertes maternas en el ámbito nacional son Amazonas, Chocó, Guainía, La Guajira, Magdalena, Putumayo, Vaupés y Vichada. Las causas médicas directas siguen siendo los trastornos hipertensivos asociados al embarazo (24,5%), seguido de las hemorragias obstétricas (2.0%), y dentro de las indirectas pasaron a ocupar un lugar importante las muertes por COVID (19, 0%), todo enmarcado en un sustancial incremento porcentual en los grupos más pobres, rurales y de minorías étnicas.

POLÍTICAS PÚBLICAS (PP)

Según Lahera (2004), tanto la política como la política pública, tienen que ver con el poder social. Desde un concepto amplio, se relaciona entonces la política con el poder, y las políticas públicas son soluciones particulares, formas de manejar situaciones problema o asuntos públicos en general. Roth (2006) por su parte, considera que las políticas públicas son instrumentos, propuestas, que pretenden resolver una situación social problematizada. Según Gurría (2000) las políticas públicas de un país determinado lo llevan al progreso o deterioro de las condiciones sociales y del entorno; en ese sentido, plantea el autor que están directamente vinculadas con la sostenibilidad y el desarrollo. En síntesis, podría decirse que se ha entendido como políticas públicas, las herramientas que cualquier ente en funciones de gobierno crea para tratar de resolver/mejorar una situación social dada.

Por otra parte, las situaciones que se convierten en agenda de PP son generalmente complejas y en ellas confluyen muchos actores, y por ende muchos intereses no siempre alineados. Es trabajo del ente gubernamental articular los intereses encontrados (Estado, sociedad civil, grupos de interés) y tomar la decisión que mejor satisfaga los intereses de los actores y del país en general, en el entendido que no siempre satisfará a todos. Este proceso de toma de decisiones, se da en varios niveles (decisores, administradores). Unos crean la política y sus objetivos y otros la ejecutan, así que no es extraño que cada nivel decisorio tenga una percepción distinta de cómo se debe llevar a cabo; los objetivos pueden estar claros pero la visión de cómo alcanzarlos puede diferir drásticamente (Molina, 2017). Esta situación es igual independientemente de área que cubra la PP, sea salud, educación, economía, o cualesquiera otra y puede ser un escollo en el logro del objetivo de la política.

Sintetizando las definiciones anteriores, Gómez sostiene que "... una política pública es una directriz que el Estado, autoridad legítima del sistema social, impone al colectivo como manera de proceder frente a un asunto específico, reconocido como de interés público" (2012, p. 224).

Instrumentos de PP en salud en Colombia

El concepto de salud en Colombia se basa en la Constitución Política (CP) de 1991. Esta Carta magna funda las bases para la actual visión de la salud en el país, a través de todos los instrumentos de política que intentan cumplir sus mandatos. En ese sentido, la salud es comprendida en el artículo 49 como un servicio público a cargo del Estado. De esta manera el estado es garante del acceso, no solo a la recuperación de la salud, sino también a la protección, saneamiento del ambiente, e incluso a la promoción de esa salud. De igual manera, constitucionalmente, es su deber reglamentar, organizar y dirigir ese servicio para todos los habitantes del país. En este sentido el estado colombiano se rige en salud por tres principios: "eficiencia, universalidad y solidaridad" (artículo 49, p.2.), complementando lo anterior y en la búsqueda de la

responsabilidad individual, se señala que los individuos deben procurar el autocuidado y el de su comunidad.

El primer instrumento de PP creado es la ley 715 (2001) donde se dictan normas orgánicas en recursos, y se organiza la prestación de servicio de salud. Seis años después, se crea la Ley 1122 (2007) con el objeto de realizar mejoras a la prestación y control del servicio, fortaleciendo los programas de salud pública y las funciones inherentes al control. Por su parte la ley 1438 (2011) se orienta al fortalecimiento de prestación de servicio en el marco de la atención primaria en salud y se decreta (artículo 6to) el plan decenal en salud pública. El primer plan tiene vigencia 2012-2021 y actualmente se prepara el 2022-2031.

Ya para 2013 (Ley 1841,2013) se empieza a ejecutar el plan decenal en salud pública (MSPS, 2013a). En la resolución 518 (2015) se establece las directrices para el control y la evaluación del plan de salud pública. En el mismo año, la Ley 1751 (2015) establece los mecanismos de protección a la salud. Todas estas herramientas han intentado expresar la política pública en salud que la Constitución Nacional plasmó.

Políticas públicas contra la mortalidad materna:

La política de Salud Sexual y reproductiva (SSR) a nivel mundial parte de una conceptualización planteada la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994 (Naciones Unidas, 1995) y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (UNWomen, 1995). Asimismo, estos documentos en sus observaciones, presentaban análisis contextual de la SSR en varios países, incluyendo Colombia, mostraban la interrelación entre el desarrollo, los derechos sexuales y reproductivos (DSR) y la SSR. De igual manera, se hicieron las primeras propuestas sobre los principales temas que atañen a la salud integral de la mujer: salud sexual y reproductiva de los adolescentes, violencia (doméstica y sexual), planificación familiar, maternidad segura, infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA, entre otras.

En el ámbito colombiano, la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales Derechos Reproductivos actual se organiza a partir de lo definido por el Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021 (MSPS, 2013a). Se presenta la sexualidad como una de las dimensiones de la salud integral y por ende que requiere acciones directas. Se plantea como un elemento que envuelve al individuo en todas las etapas de su vida, lo que permite verlo más allá de lo meramente médico y darle un abordaje holístico, desde lo social, político, educacional, cultural entre otros determinantes.

De acuerdo con la actual Política Nacional en SSR (MPSP, 2014), la salud en este ámbito significa:

- Derecho a información suficiente para la toma de decisiones
- Derecho a la toma de decisiones sin coerción, violencia o discriminación.
- Cero violencia doméstica
- Acceso a métodos contraceptivos seguros y no costosos.

- Libertad de decisión sobre tener o no hijos y cuántos.
- Vida sexual sin riesgos y satisfactoria.

A lo anterior, el MPSP (2003), añade que la mujer debe tener acceso (sin discriminaciones de tipo alguno) a servicios que permitan:

- Detección y prevención de situaciones relacionadas con sexualidad y reproducción.
- Embarazos y partos sin riesgos (Evitar la muerte materna).

Ahora bien, ¿Qué significa evitar la muerte materna en salud pública?

- Es la atención que permita el seguimiento durante todo el proceso y la toma de decisiones temprana que reduzca la posibilidad del evento.
- Es generar un soporte para el diseño y ejecución de políticas públicas orientadas a modificar los factores determinantes y la inequidad.
- Es el trabajo concertado entre instituciones de los distintos sectores con el objetivo de proveer a la mujer una maternidad segura (OMS, 2004).

En ese marco, el control del riesgo de la mujer embarazada está enfocado en darle una educación primaria en materia sanitaria, reducir abortos, disminuir la morbi-mortalidad obstétrica y promover la lactancia materna. Además, se enfoca en la morbi-mortalidad y el bajo peso en el periodo inmediatamente anterior o posterior al nacimiento.

En atención a lo anterior el Ministerio de salud creó la: “Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio” (MSPS, 2013b). Estas guías indican un conjunto de recomendaciones para la atención integral de la mujer embarazada, basada en evidencias disponibles que permitan prevenir problemas de salud, y de presentarse, diagnosticarlos tempranamente, y dar tratamiento para la recuperación de la salud. La GPC, como su nombre lo indica ayuda a los prestadores de salud a realizar su trabajo de una manera más rápida y segura. Además, genera estándares de desempeño e instrumentos de evaluación que orientan al prestador del servicio y le dan una garantía de calidad a la usuaria. La GPC es una herramienta fundamental para mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

De este modo, las GPC desarrollan exhaustivamente, cinco aspectos del embarazo:

- Alteraciones del embarazo.
- Situación hipertensiva relacionada.
- Infecciones, bien sea por toxoplasmosis o por ruptura prematura de membranas.
- Trabajo de parto (normal o con anomalías).
- Hemorragias diversas.

En cuanto a las recomendaciones sobre los controles prenatales que cursan con un embarazo normal son dirigidos médicos generales o enfermeros capacitados, generalmente, con una especialización en cuidado

materno. Sin embargo, hay dos periodos durante el embarazo (alrededor de las semanas 29 y 35) cuando es necesaria la valoración de riesgo por parte de un médico especialista (Gineco-Obstetra). En todo caso, para garantizar que la embarazada sea recurrente en sus controles, debe haber un ambiente confortable para ella, por ejemplo, saber que va a ser atendida por los mismos profesionales en cada consulta. Adicionalmente, esto garantiza un seguimiento que pueda detectar cualquier riesgo potencial que deba ser atendido por un especialista.

La GPC (MSPS, 2013b) es bastante exhaustiva con respecto al control prenatal. Explica el número de citas para mujeres nulíparas (10 citas) y multíparas (siete citas) ya que menos citas se asocian con mayor mortalidad materna. Define cuándo debe ser el primer control prenatal (antes de la semana 10) y los siguientes. Incluso explica cuánto debe durar este primer control (30 minutos) y los siguientes (20 minutos). La guía además orienta sobre la actuación para los casos de inicio tardío de la consulta prenatal (después de la semana 26) y el tratamiento, exámenes y duración de la consulta en este caso particular (40 minutos). El documento de igual manera puntualiza los elementos a estudiar y exámenes a realizar en cada cita, esto con el objetivo de disminuir los riesgos potenciales o tener detección temprana de anomalías. Se recomienda la evaluación de riesgo biológico/psicosocial (escala de Herrera, Hurtado y Cáceres, 1992) para separar los embarazos normales de los de alto riesgo y definir así el tipo de control que la gestante deberá tener (MSPS, 2017a).

Por último, la GPC trata el caso de la mujer embarazada con antecedentes de cesárea y las recomendaciones, para llevar a feliz término el embarazo en estos casos, definiendo que aunque el embarazo sea de bajo riesgo, en un punto (semana 32) debe remitirse a valoración por gineco-obstetra.

Leyendo lo anterior, se nota que los legisladores han hecho su trabajo, al dotar a Colombia de un sustento legal detallado para la protección de la vida de la mujer embarazada. No es solamente leyes generales, sino guías detalladas de los procesos y procedimientos a seguir, pero en variadas zonas de Colombia la mortalidad materna no disminuye, e incluso aumenta. Entonces, tal vez el problema se encuentre en la ejecución de esas políticas. En ese sentido, a continuación se revisa como está estructurado el servicio de salud para la gestante.

INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO DE SALUD DEL ESTADO COLOMBIANO

Colombia según su carta política de 1991, se presenta como un estado social de derecho, donde la salud es un derecho y se pretende tener un equilibrio sostenible entre todos los participantes del sistema de salud, desde el usuario, pasando por los aseguradores, prestadores, hasta llegar a los reguladores; un sistema descentralizado dando una mayor responsabilidad a los niveles local y territorial sobre la dirección y financiación de los servicios de salud. En este sentido, el sistema de salud colombiano llamado: Sistema General de Seguridad Social en salud (SGSSS) está estructurado por:

- Ente: Ministerio de la protección social; comisión reguladora de la Salud y Superintendencia Nacional de Salud). Su función es de dirección; coordinación control.
- Aseguradoras: Empresa Promotoras de Salud (EPS) y Administradoras de Riesgo Laboral (ARL)) su competencia es asegurar a la población. Actúa como intermediarias y administran recursos que provee el Estado.
- Los prestadores de servicio: Instituciones prestadoras de salud (IPS) como hospitales; clínicas y laboratorios. Su función es atender a la población en materia de salud, bien sea con programas de promoción de la salud, prevención de enfermedades o recuperación de la salud.

En Colombia existen 10.386 instituciones IPS en el Registro Especial de prestadores de servicio de Salud (MSPS, 2017b), Hay de tres tipos: públicas, privadas y mixtas; las públicas (Empresa Sociales del Estados, ESE), representan el 44,2% de la red prestador de servicio, las privadas (Clínicas) el 55.1% y las mixtas 0,7.

A su vez, estos organismos se clasifican por niveles de atención (resolución 5261, 1994), es decir, ofrecen servicios de diferentes niveles de complejidad, en la búsqueda de una mayor oferta (más cobertura) y mayor eficiencia. Prestan servicios en: medicina general, medicina especializada, y otras disciplinas paramédicas de acuerdo con la categoría de la institución. La clasificación es como sigue:

NIVEL I: Baja complejidad. Compuesto por hospitales locales, centros y puestos de salud. Con atención por médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la salud no especializados.

NIVEL II: Mediana complejidad. Compuesto por hospitales regionales y atención de médico general y especialista, con profesional paramédico, posibilidad de interconsulta, recursos especializados y remisión a personal especializado.

NIVEL III y IV: Alta complejidad. Compuesto por hospitales regionales, universitarios y especializados. Atención por médico especialista con la participación del médico general y/o profesional paramédico.

Ahora bien, la atención primaria a la mujer gestante primípara y multípara puede darse en instituciones de nivel I, siempre y cuando sea un caso con consultas prenatales regulares, sin evidencia de riesgo probable. Sin embargo, los casos de alto riesgo, como las adolescentes, mujeres sin controles prenatales y las cesáreas requieren una institución nivel II; por otro lado, aquellos casos que demanden UCI neonatal, requieren un nivel III (Ministerio de salud, 1994).

Pero, ¿cómo se encuentran distribuidas estas instituciones en el territorio nacional? La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2017) clasifica a Colombia de acuerdo a tres indicadores: conglomerados urbanos, intermedios y rurales. Según esta clasificación, dos terceras partes (66%) de las provincias son rurales, abarcan el 80% del territorio nacional y en ellas habita una cuarta parte de la población del país. Las de nivel intermedio alcanzan un 25% de las provincias, 16% del territorio y

25% de la población; las urbanas por su parte, solo alcanzan el 9% de las provincias y el 4% de territorio, pero albergan al 50% de la población del país (Ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución porcentual de la población en Colombia

	Rurales	Intermedios	Urbanos
Provincias	66	25	9
Territorio	80	16	4
Población	25	25	50

Fuente: Elaborado a partir de CEPAL (2017)

Si se toma como ejemplo, el departamento del Magdalena mencionado anteriormente (uno de los cinco departamentos con mayor tasa de natalidad en el país para el 2020 con más de 15 nacimientos por cada 1.000 habitantes), se encuentra que de los 30 municipios 20 son rurales, ocho son intermedios y dos son urbanos (Esta data coincide con la clasificación de la CEPAL (2017). Los 20 rurales solo tienen atención nivel I y de los ocho intermedios, solo cuatro tienen atención nivel II; la atención nivel III solo está disponible en los municipios urbanos (Secretaría de salud del distrito Santa Marta (2021). A grosso modo, esto indica que un tercio de la población no tiene acceso fácil a instituciones de nivel II y 50% no tiene fácil acceso a nivel III.

Tabla 2. Departamento del Magdalena. Relación ruralidad/nivel de atención

	Rurales	Intermedios	Urbanos
Municipios	20	8	2
Nivel de atención disponible	Solo nivel I	8 con nivel I 4 con nivel II	Todos los niveles

Fuente: Elaborado a partir del Análisis de la Situación del Salud de la Secretaría de Salud del Distrito Santa Marta (2021).

Adicionalmente, de acuerdo con las cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2021), alrededor del 18% de los nacimientos son de madres adolescentes (entre 10 y 19 años). Las tasas más altas de fecundidad en adolescentes se ubican en departamentos como Bolívar, Caquetá, Cesar, Guainía, Huila, La Guajira, Magdalena, y Sucre. Entre los 15 y 19 años el TEFÉ es superior a 70 nacimientos por cada 1.000 adolescentes (Obsérvese que se repiten los mismos departamentos).

Cuando se ve el panorama completo de estas cifras, se nota que en aquellos departamentos de Colombia con mayor ruralidad, etnias minoritarias, menor poder adquisitivo, entre otros determinantes sociales, la población rural y parte de la población intermedia no puede darse el lujo de tener embarazos calificados como de alto riesgo, además de que las madres adolescentes pareciera que no pueden vivir en estas zonas.

Esta es, según las estadísticas colombianas, la situación actual y que pareciera debe ser el objetivo de los próximos instrumentos de políticas públicas para prevención de mortalidad materna.

REFLEXIÓN FINAL

Colombia dispone de políticas públicas para la reducción de la mortalidad materna, dispone de una organización de rutas para la atención de la embarazada, las estadísticas muestran la reducción de muertes maternas, como también muestran que el promedio estadístico esconde una triste realidad en muchas zonas del país. Muestran, cuáles son las poblaciones donde ocurren más muertes maternas. También nos hablan de los determinantes sociales como pobreza, ruralidad y etnicidad que esas zonas con altos índices de mortalidad tienen en común. Pareciera que las políticas públicas no llegan a la población más vulnerable, aquellas donde existe un mayor índice de desigualdades sociales e inequidades en salud.

Las cifras en las ciudades, personas con recursos y educadas bajan, mientras que en otros estratos y regiones se mantienen y/o aumentan. Entonces, ante esta realidad, la política no puede ser homogénea. Si se quiere que los objetivos nacionales no sean solo un promedio, sino que representen la realidad del país, un cambio en la política se impone. Se requiere una política sectorizada, heterogénea, como heterogéneo es el país.

Hay que aplaudir los esfuerzos del estado colombiano, eso es indudable, pero lamentablemente, no es suficiente. La universalidad de los postulados en salud pública, nos dicen que ese derecho inalienable, interdependiente e indivisible a la salud que cada colombiana, tiene amerita un cambio; una política que incluya los determinantes sociales en salud y, por ende, incluya mucho más que al ministerio a cargo de la salud. Debe incluir a todos aquellos entes nacionales, públicos y privados que de alguna manera tienen en sus manos propiciar o ayudar en los cambios económicos, sociales y culturales necesarios para que la maternidad represente siempre un momento feliz y no el fin prematuro pero evitable de una vida. La salud no es sólo un bienestar físico; la salud incluye lo ambiental, lo social, lo económico, la vivienda, la accesibilidad a los servicios públicos, una casa digna, el trabajo, la educación. En pocas palabras: La política pública de salud sexual reproductiva requiere acometerse trans-disciplinariamente.

Una variable importante es la prestación del servicio; éste se ha visto fortalecido en algunas zonas del país en la pandemia del COVID 19, siendo más importante en las cabeceras municipales. Otra variable que interviene es aseguramiento (afiliación de la población a salud) ha sido importante en los diferentes gobiernos, pero aún no cubre al total de la población. La ley 1751 (2015) manifiesta en el marco de los determinantes sociales que el legislador creará los mecanismos que permitan identificar escenarios o políticas de otros sectores que afectan directamente la salud y fijará los procesos para que las autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de la salud. Pero, aun se percibe que estos postulados no han salido del papel, se percibe una desarticulación con los otros sectores

para dar cumplimiento a lo establecido por la Ley. Esperamos que en el nuevo plan decenal 2022-2031 en elaboración, se operacionalicen estos elementos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asamblea Nacional Constituyente (1991, 4 de julio). Constitución Política de Colombia de 1991. Gaceta Constitucional N° 116.
- CEPAL (2017) *Configuración territorial de las provincias de Colombia: ruralidad y redes*. cepal.org/configuracion-territorial-provincias-colombia
- CEPAL (2018) *Panorama social de América Latina*. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44395/11/S1900051_es.pdf
- CEPAL (2019). *Mortalidad materna / Observatorio de Igualdad de Género*. <https://oig.cepal.org/es/indicadores/mortalidad-materna>
- Congreso de la República de Colombia. (2001, 21 de diciembre). Ley 715 de 2001. Diario oficial N° 44.654.
- Congreso de la República de Colombia (2007, 9 de enero). Ley 1122 de 2007. Diario oficial N° 46.506.
- Congreso de la República de Colombia (2011, 19 de enero) Ley 1438 de 2011. Diario oficial N° 47957.
- Congreso de la República de Colombia. (2013, 28 de mayo). Resolución 1841 de 2013. Diario oficial N° 48811.
- Congreso de la República de Colombia. (2015, 16 de febrero). Ley Estatutaria 1751 de 2015. Diario oficial N° 49427.
- Consejo Nacional de Política Económica y Social, CONPES. (2018). *Estrategia para la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en Colombia*. 3918. <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/3918.pdf>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE (2021). *Estadísticas Vitales - EEVV Cifras oficiales - Nacimientos y defunciones*. https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/bt_estadisticasvitales_Itrim_2021pr.pdf
- Gómez, R. (2012). *Gestión de políticas públicas: aspectos operativos*. Salud Pública, 30(2), pp. 224.
- Gurría, M. (2000. 23 de julio). El Turismo Rural Sostenible como una oportunidad de desarrollo de las pequeñas comunidades de los países en desarrollo [ponencia]. Cuarta Feria Ecoturística y de Producción, Santo Domingo, República Dominicana.
- Herrera, J.; Hurtado, H. y Cáceres, D. (1992). Antepartum biopsychosocial risk and perinatal outcome. *Fam Pract Res J*, 12, pp. 391-399.
- Instituto Nacional de Salud (INS) (2019), *Boletín Epidemiológico semanal, semana 24 del 9 al 15 de junio 2019*. [Boletin epidemiologico semana 24.pdf](http://boletin.epidemiologico.semana.24.pdf)
- Instituto Nacional de Salud (INS) (2021), *Boletín Epidemiológico semanal, semana 20 del 16 al 22 mayo 2021*. [Boletin epidemiologico semana 20.pdf](http://boletin.epidemiologico.semana.20.pdf)
- Instituto Nacional de salud (INS) (2022). *Protocolo de Vigilancia de Mortalidad Materna*. <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/SitePages/Evento.aspx?Event=45>
- Lahera, P. (2004). *Política y política pública*. Serie política sociales 95:7. Chile: Naciones Unidas CEPAL. División de Desarrollo Social.
- Ministerio de Salud (1994), *Resolución 5261. Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. [Normatividad/RESOLUCI%C3%93N%205261.pdf](http://normatividad/resoluci%C3%93n%205261.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección social (2003). *Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%202010.pdf>

- Ministerio de Salud y la Protección Social (MSPS) (2013a). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú*. Imprenta Nacional de Colombia. Marzo 15 de 2013. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de la Salud y la Protección Social (MSPS) (2013b). *Guías de prácticas clínicas, para la prevención detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio*. Centro nacional de investigación en Evidencia y Tecnología en Salud. Guía No 11-15. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección social (MSPS) (2014). *Actualización Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud-present%C3%B3-pol%C3%ADtica-de-sexualidad,-derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos.aspx>
- Ministerio de Salud y la Protección Social (MSPS) (2015). *Resolución 518 de febrero 24 art 4*. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección social (MSPS) (2017a). *Lineamiento técnico y operativo de la ruta integral de atención en salud materno perinatal* https://www.dssa.gov.co/images/documentos/Lineamiento_materno_perinatal.pdf.
- Ministerio de Salud y Protección social (MSPS) (2017b). *Registro especial de Prestadores de Servicio de Salud* <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>
- Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) (2021). *Análisis de la situación de salud (ASIS) Colombia 2021*. <analisis-situacion-salud-colombia-2021.pdf>
- Molina, S. (2017). *¿Qué busca el Estado con una política pública? Dinámica de las políticas públicas y los valores entre las instituciones estatales*. IUSTA, 46, pp. 63-84.
- Naciones Unidas (1995). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994*. https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa.pdf
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2015a). *Objetivos de desarrollo sostenible. Agenda 2030 sobre el desarrollo sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2015b). *Objetivos de Desarrollo Sostenible. Objetivo 3: Garantizar Una Vida Sana y Promover El Bienestar Para Todas Las Edades*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades, X Revisión*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004). *Estrategia de Salud Reproductiva*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69040/WHO_RHR_04.8_spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44084/9789243563701-part1-spa.pdf?sequence=8&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2015). *Estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible (EPMm)*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51963/9789275322106-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2014) *Once países de América Latina y el Caribe registraron avances en la reducción de la mortalidad materna*. <https://rb.gy/8zodri>
- Roth, D. (2006). *Discurso sin compromiso. La política pública de derechos humanos en Colombia*. Ed Aurora.
- Secretaría de Salud del Distrito Santa Marta (2021). *Análisis de situación de salud del Distrito de Santa Marta, con base en el modelo de los determinantes sociales de salud 2020*.
- UNWomen (1995) *Fourth World Conference on Women, Beijing, China. September 1995. Action for Equality, Development and Peace*. <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/fwcwn.html>