

Revisión sistemática de la literatura

Acceso a servicios de salud en atención materno infantil: Control prenatal y crecimiento y desarrollo. A nivel global, latinoamericano y colombiano en el periodo 2000-2017.

Access to Health Services in Maternal and Child Care: Prenatal Care and Growth and Development. Globally, in Latin America, and in Colombia during the Period 2000-2017.

Juan Carlos Aristizabal-Grisales^{1,a,b}, Lina Rocío Hurtado-Quiñones^{2,c}, Jhoan Martínez-Rivera^{3,a}

1. Estadístico, Especialista en Administración Total de Calidad y Productividad, Magister en Epidemiología y Candidato a Doctor en Salud, Profesor Departamento de Salud Pública y Epidemiología.
 2. Licenciada en Fisioterapeuta, Magister en Salud Pública, Especialista en Derechos Humanos y Justicia Constitucional, Especialista en Derecho Electoral y Anticorrupción, Especialista en Alta Gerencia, Chief of Party GDA (Global Development Alliance).
 3. Psicólogo, Profesor Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales.
- a. Facultad de Salud, Pontificia Universidad Javeriana Cali (Colombia).
b. Doctorado en Salud, Facultad de Salud, Universidad del Valle (Colombia).
c. Alianza Activa Buenaventura Fundación Carvajal.

CORRESPONDENCIA

Juan Carlos Aristizabal Grisales
ORCID ID <https://orcid.org/0000-0003-0515-1003>
Universidad del Valle (Colombia).
E-mail: jcaristizabal@javerianacali.edu.co

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores del artículo hacen constar que no existe, de manera directa o indirecta, ningún tipo de conflicto de intereses que pueda poner en peligro la validez de lo comunicado.

RECIBIDO: 10 de febrero de 2022.

ACEPTADO: 10 de junio de 2024.

RESUMEN

Objetivo: Esta investigación tuvo como objetivo identificar en la literatura científica internacional las condiciones de acceso a servicios de salud materno-infantil a nivel global, con énfasis en el pacífico colombiano. **Metología:** A través de revisión narrativa fueron analizados artículos originales publicados en español, inglés y portugués, e indexados en EBSCO, ScienceDirect, y Scielo. Se usaron los descriptores en español, inglés y portugués como servicios de salud, acceso a servicios sanitarios, control prenatal, crecimiento y desarrollo y acceso a servicios de salud en el pacífico. La búsqueda fue realizada durante el periodo comprendido entre los años 2010-2017 y se utilizó análisis de contenido para la consolidación de la información. **Resultados:** Se revisaron 179 artículos científicos, siendo el 2017 el año que presentó mayor número de publicaciones, seguidos por los años 2015 y 2016. Los reportes científicos relacionados con el programa de crecimiento y desarrollo fueron escasos, sin embargo, se encontró literatura relevante desde el año 2002 hasta la fecha. **Conclusiones:** El acceso a los servicios de salud se muestra como un elemento esencial para la garantía del derecho a la salud a nivel mundial, sin embargo, es una necesidad de los países pluriétnicos y pluriculturales realizar estudios detallando las diferencias entre poblaciones de la misma región, brindando alternativas de solución con impacto en políticas públicas.

Palabras clave: Servicios de salud, salud materno-infantil, accesibilidad a los servicios de salud, barreras de acceso a los servicios de salud, Colombia, América Latina.

ABSTRACT

Objective: The objective of this document was to identify the scientific literature on the conditions of access to maternal and child health services carried out worldwide, with an emphasis on the Colombian Pacific. **Methodology:** Original articles published in Spanish, English and Portuguese, and indexed in EBSCO, ScienceDirect, and Scielo were analyzed through narrative review. Descriptors in Spanish, English, and Portuguese were used as health services, access to health services, antenatal care, growth and development, and access to health services in the Pacific. The search had no date restriction; however, an effort was made to emphasize the period between the years 2010-2017. The information was processed through content analysis. **Results:** 179 scientific articles were reviewed, being 2017 the year that presented the greatest number of publications, followed by the years 2015 and 2016. Scientific reports related to the growth and development program were scarce, however, relevant literature was found from the year 2002 to date. **Conclusions:** Access to health services is shown as an essential element for guaranteeing the right to health worldwide, however, it is necessary for multiethnic and multicultural countries to carry out studies detailing the differences between populations in the same region, offering alternative solutions with an impact on public policies.

Key words: Health services, maternal and child health, health services accessibility, barriers to access of health services, Colombia, Latin America.

Aristizabal-Grisales JC, Hurtado-Quiñones LR, Martínez-Rivera J. Acceso a servicios de salud en atención materno infantil: Control prenatal y crecimiento y desarrollo. A nivel global, latinoamericano y colombiano en el periodo 2000-2017. *Salutem Scientia Spiritus* 2024; 10(2):34-42.



La Revista *Salutem Scientia Spiritus* usa la licencia Creative Commons de Atribución - No comercial - Sin derivar:

Los textos de la revista son posibles de ser descargados en versión PDF siempre que sea reconocida la autoría y el texto no tenga modificaciones de ningún tipo.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años la comunidad científica internacional ha empleado diferentes estrategias para destacar la necesidad de identificar y atender las desigualdades sanitarias a nivel mundial. Algunos estudios han evidenciado las diferencias existentes entre los diversos grupos y comunidades humanas, teniendo en cuenta el país y la región en la cual habitan, y la relación de determinadas características con su estado de salud.¹ Entre estos grupos, se encuentra la población materno-infantil, la cual presenta grandes desigualdades socio-sanitarias, determinadas por factores socioeconómicos.² Por consiguiente, el presente documento da un panorama general de los estudios realizados en torno a la salud materno-infantil, enfocado en las temáticas de acceso a los servicios de salud, los programas de crecimiento y desarrollo y la atención prenatal, como determinantes para la garantía del derecho a la salud. El acceso a los servicios sanitarios es un atributo clave para la reducción de la mortalidad materna e infantil, y la prevención de complicaciones durante el embarazo y el parto, las cuales, pueden afectar el desarrollo del individuo.³ Aproximadamente el 80% de las muertes en gestantes podrían evitarse si las mujeres tuvieran acceso a los servicios esenciales de salud y a una atención sanitaria básica.³ Sin embargo, los esfuerzos realizados a escala mundial para reducir el número de muertes relacionadas con el embarazo y el alumbramiento entre las mujeres han sido menos fructíferos que los relacionados con otros ámbitos del desarrollo humano, por lo que el hecho de tener un hijo continúa siendo uno de los principales riesgos para la salud de la mujer. Según la UNICEF, en promedio mueren cerca de 1.500 mujeres cada día debido a complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto.³ Esta cantidad se hace cada vez mayor en regiones y familias con altos índices de pobreza, como lo es el caso de la costa pacífica colombiana, donde se ven comprometidos asuntos sanitarios complejos que pueden afectar el periodo de gestación del individuo.⁴

Respondiendo al tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS), el cual busca, entre otras cosas, mejorar la salud materna por medio de la garantía de una vida sana promoviendo el bienestar,⁵ este artículo presenta en detalle, la recopilación de artículos científicos organizados por temáticas, como sigue:

1. Acceso a servicios de salud materno infantil en el mundo.
2. Acceso a servicios de salud materno infantil en América Latina.
3. Acceso a servicios de atención materno infantil en Colombia.
4. Acceso al programa de crecimiento y desarrollo.

Y así, no sólo generar un panorama amplio de las investigaciones llevadas a cabo sobre estos temas en los últimos años, sino identificar las brechas de conocimiento que merecen especial atención por parte de la comunidad científica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio consistió en una revisión narrativa de la literatura científica disponible, a nivel nacional e internacional, relacionados con los programas de atención prenatal y acceso a servicios de salud materno-infantil. La búsqueda se realizó en el periodo comprendido entre los años 2010-2017.

Se incluyeron artículos originales de investigación disponibles en texto completo en las bases de datos indexadas de EBSCO, SCIENCE DIRECT y Scielo. Igualmente, se estableció la estrategia de búsqueda de referencias automática por medio de *keywords* y su sintaxis en los idiomas español, inglés y portugués, que se presentan en las Tablas 1, 2 y 3 utilizando los siguientes descriptores: “Servicios de salud materna/neonatal”, “Acceso a servicios de salud materna/neonatal”, “programas en salud materna/neonatal” “Control pre-natal”, “Crecimiento y desarrollo” “Barreras de acceso” “Latinoamérica” “Colombia” “Pacífico colombiano” “Health care” “Birth control”.

Los criterios de inclusión presentes en la búsqueda fueron: Resultados de estudios empíricos realizados a nivel mundial, disponibilidad de textos completos, idioma español, inglés y portugués. Se excluyeron: resúmenes, capítulos de libros, artículos no indexados.

Con las palabras claves, se encontró un total de 280 artículos, donde se eliminó 26 duplicados y posterior a la lectura de los resúmenes se excluyeron 75 artículos, los cuales no cumplían con los criterios de inclusión; Se obtuvo un total de 179 artículos.

En la Figura 1, se muestra el diagrama de flujo del proceso de selección de los artículos. Los artículos fueron categorizados según objetivos y resultados obtenidos por los investigadores.

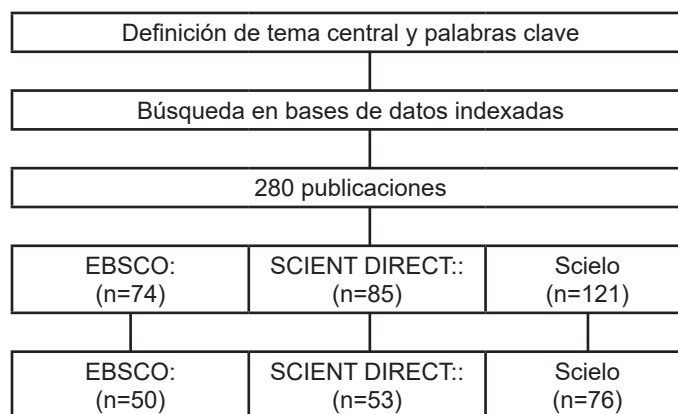


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de artículos.

Tabla 1. Keywords y Sintaxis (Programas y/o servicios de salud para la atención pre-natal)

Línea 1	Sintaxis	Línea 2	Sintaxis	Línea 3
Servicios de salud/programas en salud	OR	Atención en salud	AND	Control prenatal
Acceso a servicios de salud	AND	Control prenatal	AND	Colombia/Latinoamérica
<i>Health care</i>	AND	<i>Antenatal care program</i>	OR	<i>Birth control</i>
<i>Access to health care</i>	AND	<i>Antenatal care program</i>	OR	<i>Birth control</i>

Tabla 2. Keywords y Sintaxis (Programas y/o servicios de salud en crecimiento y desarrollo)

Línea 1	Sintaxis	Línea 2	Sintaxis	Línea 3
Servicios de salud/programas en salud	AND	Crecimiento y desarrollo	AND	Colombia/Latinoamérica/mundial
Acceso a servicios de salud	AND	Crecimiento y desarrollo	AND	Colombia/Latinoamérica/mundial
Acceso a servicios de salud	OR	Programas de salud	AND/OR	Atención en la primera infancia
<i>Health care</i>	OR	<i>Access to health care</i>	AND	<i>Growth and development of children</i>

Tabla 3. Keywords y Sintaxis (Acceso a servicios de salud para la atención materno- infantil)

Línea 1	Sintaxis	Línea 2	Sintaxis	Línea 3
Acceso a servicios de salud	AND	Atención materno infantil	AND	Pacífico Colombiano, Latinoamérica, Mundial.
Acceso a servicios de salud	AND/OR	Barreras de acceso a servicios de salud	OR	Barreras socio-económicas para el acceso a servicios de salud
<i>Access</i>	AND	<i>Health services</i>	AND	<i>Maternal and child health services</i>
<i>Maternal health services</i>	AND	<i>Child health Services</i>	AND	Pacífico Colombiano, Latinoamérica, Mundial.

RESULTADOS

Se revisaron 179 artículos científicos que abordaron los temas de Acceso a servicios de salud desde el enfoque de Aday y Andersen (1974),⁶ que permitiera conocer los facilitadores y barreras estructurales e individuales para los servicios de atención prenatal y el programa de crecimiento y desarrollo a nivel global y en particular para la región de la costa pacífica colombiana.

Al analizar los artículos seleccionados por año de publicación, los años en donde se registraron mayor número de publicaciones fueron, el año 2017 con 58 reportes científicos, seguido por los años 2015 con 24 publicaciones, 2016 con 18 publicaciones sobre acceso a servicios sanitarios. Adicionalmente se consultaron 14 publicaciones del año 2014, 10 publicaciones para el año 2010, seis publicaciones para el año 2012; Presentándose un menor número,

seis artículos, publicados en los años 2009, 2008 con cinco artículos y 2007 con dos artículos. Se hizo revisión de literatura anterior a los años mencionados identificando 10 publicaciones y posterior al período dos publicaciones.

DISCUSIÓN

Acceso a servicios de salud materno infantil en el mundo

La población mundial se ha cuadruplicado en los últimos cien años, actualmente existen 7 mil millones de personas. Teniendo en cuenta que al año ocurren 136 millones de nacimientos; 10 millones de estos, niños y niñas, fallecen antes de cumplir cinco años y 8 millones antes del primer año de vida.⁷ Aproximadamente 529.000 mujeres fallecen en el mismo período por causas asociadas al embarazo, parto o puerperio.⁸ El 99% de estas muertes

proviene de países en desarrollo, principalmente del sur de África y Asia, donde se concentran aproximadamente el 95% de las muertes maternas y perinatales. Dichas muertes son evitables con cuidados médicos básicos y oportunos, asociados a sistemas de salud eficientes. La situación materno-infantil requiere, por lo tanto, la necesidad de intervenciones urgentes a nivel mundial.⁸

Los indicadores de salud materno-infantil representan el resultado de una sumatoria de factores que son reflejo de toda la situación de salud de un país.⁹ Por ello, existe actualmente la voluntad política de las naciones, de diferentes Organizaciones No Gubernamentales y de entidades propias de la salud, por considerar la mortalidad materna y del niño como una emergencia global. En la actualidad, existe consenso mundial sobre el valor social y humano del embarazo, parto y puerperio. Así, la prioridad debe ser alcanzar una atención profesional para cada nacimiento, reforzar el acceso y el funcionamiento de los sistemas de salud y fortalecer alianzas con la sociedad civil para el logro de una cobertura universal de la atención profesional para la madre y el recién nacido. Sin embargo, la consecución de lo anteriormente dicho, junto con la superación de las llamadas tres “demoras”: decisión de consultar, acceso a instalaciones de salud adecuadas y la obtención de atención adecuada, siguen estando relegadas, imposibilitando el alcance de niveles óptimos de salud para la madre y el niño. Por ello, es poco probable que la mayoría de países de bajos ingresos alcancen los ODS relacionados con la salud.¹⁰ Puesto que, en la mayoría de estos países, la tasa de disminución de la mortalidad materna es mucho más baja que la necesaria para alcanzarlos.

Para acelerar el progreso hacia el logro de estos objetivos, los países en desarrollo deben aumentar el acceso y la calidad de los servicios de salud materno-infantil. La calidad general de un servicio se mide como un índice de medidas de calidad, tanto estructural, como relacionadas con el proceso de atención. Las medidas estructurales tienen en cuenta desde la infraestructura, hasta los suministros y el personal necesario para prestar un servicio específico, mientras que la atención prestada para los servicios es evaluada por medidas de proceso referente al contenido clínico. Un estudio publicado por Barros *et al*,¹¹ que buscó identificar las intervenciones clave de salud materna, neonatal e infantil en 62 países, mostró que Chad, Nigeria, Somalia, Etiopía, Laos y Nigeria, fueron los países más inequitativos para las intervenciones examinadas, mientras que los países más equitativos fueron Uzbekistán y Kirguistán. Dado que, las intervenciones basadas en la comunidad se distribuyeron de manera más equitativa, que las realizadas en los centros de salud.

Con base en el hallazgo anterior, se evidenció que la equidad en la prestación de los servicios de salud, está marcada por los sistemas sanitarios, donde el acceso depende de la capacidad de pago del individuo, diciendo con ello, que las mujeres pertenecientes

a familias de ingresos bajos tienen una menor probabilidad de gozar de unos buenos cuidados maternos.

Por otro lado, un estudio, realizado en Pakistán,¹² el cual buscó documentar la realidad de las mujeres pakistaníes rurales (mujeres kammi) en condición de vulnerabilidad y aportar a la construcción de una política con enfoque de igualdad y equidad en salud para las mujeres gestantes; reveló que el sistema de castas marginó sistemáticamente dichas mujeres tanto económica como socialmente. Dicho estudio concluyó que estas dinámicas sociales jerárquicas influyen negativamente en la prestación de servicios reglamentarios para individuos ubicados en la base de la pirámide socioeconómica, legitimando así un tratamiento deficiente de los profesionales de la salud pública y la exclusión sistemática de los planes de reducción de la pobreza.¹² Por tanto, la mayoría de las familias kammi optan por parteras no entrenadas y cuando surgen emergencias, luchan por movilizar recursos con prontitud para garantizar la atención requerida al no contar con una posición socioeconómica favorable para acceder a un servicio profesional. Caso similar ocurre en la costa pacífica colombiana, donde la carencia de servicios sanitarios impide la atención por parte de personal calificado. Por tanto, estos hallazgos ilustran que la mejora en los aspectos técnicos de los servicios de salud del sector público por sí solos, no benefician a los muy pobres y socialmente marginados.

De la misma manera, diversos estudios evidenciaron la relación entre pobreza y bajo nivel educativo, con el acceso a los servicios materno infantil. Bhatta y Aryal,¹³ demostraron que las familias con un mayor nivel educativo tuvieron mayor probabilidad de visita y utilización de los servicios sanitarios a diferencia de las familias con nivel primario de educación o sin escolaridad (OR: 5,91, 95% CI: 4,02, 8,70). El mismo comportamiento aplicó para los hogares con mayores ingresos a diferencia de los bajos ingresos, siendo los primeros más propensos a utilizar el servicio (OR: 1,99, IC 95%: 1,39, 2,86).

En definitiva, en este apartado, los estudios evidenciaron que el acceso a los servicios de salud depende de cuestiones como la asequibilidad, la aceptabilidad y la accesibilidad física de los servicios¹⁴ y diversos factores como los geográficos, factores de necesidad (nivel de enfermedad o enfermedad que desencadena el uso), factores predisponentes, factores como la edad, el origen étnico¹⁵ y la religión. Otros autores,¹⁶ mencionan la pobreza económica como determinante esencial en el acceso a los servicios sanitarios, e indican que quienes viven más alejados de un establecimiento de salud tienen más probabilidades de ser pobres.

Acceso a servicios de salud materno infantil en América Latina Brasil se presenta como uno de los países con mayores publicaciones sobre acceso a servicios de salud, seguido de países como Colombia, Chile y Perú. Si bien, esta temática ha cobrado gran

relevancia a nivel global, los estudios evidenciaron una mayor preocupación por el acceso a los cuidados prenatales (CPN) y la alta prevalencia de mortalidad materno infantil.¹⁷

El CPN es la estrategia respaldada por los organismos internacionales para brindar atención adecuada a la gestante y disminuir la morbimortalidad de madres y niños. Sus objetivos y atributos están claramente planteados, pero poco se ha profundizado en el conocimiento de cómo estos esfuerzos se materializan en acciones en el escenario real de la atención. A pesar de que el CPN es una prioridad en todos los planes y programas de salud, no todas las mujeres asisten, y quienes lo hacen, muestran insatisfacción con el servicio. Esto se debe a ciertos factores individuales y barreras de acceso a los servicios, los cuales, han sido poco estudiados, e incluyen barreras estructurales como lo es la condición socioeconómica y las políticas sanitarias.¹⁸

Estudios en países de medianos y bajos ingresos han indicado que pocas visitas prenatales son un factor de riesgo significativo para una mayor mortalidad perinatal y estadía más prolongada por recién nacidos en unidades de cuidados intensivos. Sin embargo, numerosas visitas prenatales no siempre son sinónimo de gestación efectiva de cuidado. En embarazos de bajo riesgo, la evidencia sugiere que pocas visitas prenatales pueden ser tan efectivas como muchas visitas, siempre que las intervenciones apropiadas se realicen en el momento adecuado de acuerdo con las necesidades de cada mujer embarazada. Por lo tanto, se han realizado diversos estudios epidemiológicos para evaluar la atención prenatal a fin de arrojar luz sobre su calidad, utilizando como criterio el tiempo en el embarazo cuando comienza el seguimiento por los servicios de salud, el número total de visitas, la edad gestacional en cada visita, entre otros, que califican la evaluación de la atención adecuada.^{19,20}

Asimismo, como la atención materna, la asistencia a la salud del niño se ha transformado en consecuencia de cambios ocurridos en el perfil epidemiológico y demográfico general. Desde los avances científicos, hasta la incorporación de tecnologías y los derechos humanos se contribuye significativamente a la modificación de la mirada sobre el cuidado infantil. En este contexto, las políticas públicas han buscado ampliar el enfoque más allá del modelo biomédico, centrado en la enfermedad y su tratamiento.²¹ Un estudio realizado en Brasil por Furtado *et al.*,²¹ evidenció la importancia de la labor de las auxiliares y profesionales de la salud para la proporción de confort y cuidados del menor y la madre, teniendo en cuenta una óptima capacidad técnica y la capacidad instalada por parte de la institución. Igualmente, destacaron la relevancia de los programas de salud materno-infantil para garantizar la eficacia de los servicios prestados.

Si bien, la disponibilidad de servicios de salud depende de todos los factores mencionados anteriormente, también el costo de cada

uno de ellos determina el acceso y la calidad de la atención prestada. En México, investigadores del instituto de salud pública,²² demostraron que el costo total del Paquete Madre-Bebé propuesto por la OMS, es dos veces mayor que el costo del modelo de México. De las 18 intervenciones que fueron evaluadas, la atención prenatal y el parto normal evidenciaron un consumo mayor en proporción de los costos totales. De la misma manera, en Brasil, se intentó documentar la relación de los costos y acceso a servicios de salud²³ por medio de la metodología de apropiación de los costos de la atención prenatal de bajo riesgo. Llegando a la conclusión de que la estimación precisa de los costos de producción puede contribuir a la formulación del presupuesto y a la programación de recursos que parece esencial para garantizar la calidad de la asistencia sanitaria.

También, un estudio en Brasil²⁴ buscó verificar la aplicabilidad del índice de Kessner –Kotelchuck– (propuesto para clasificar el uso de servicios prenatales por mujeres de bajo riesgo gestacional) en puérperas de parto único del municipio de Rio de Janeiro. Encontró que la aplicación del puntaje propuesto por Kotelchuck permitió contemplar el número de consultas prenatales y el número de mujeres que inician tardíamente e hicieron un gran número de consultas. A pesar de ello, la evaluación de la asistencia prenatal sobre la base de esta puntuación se vio perjudicada por la exclusión de un gran número de mujeres, como las adolescentes y negras, características consideradas de riesgo para varios resultados adversos de la gestación.

Acceso a servicios de atención materno infantil en Colombia

Desde mediados de la década de 1970, el sistema de salud colombiano ha sufrido cambios importantes. El Sistema Nacional de Salud operó entre 1974 y 1993, tiempo durante el cual la salud del país mejoró debido a su enfoque en la provisión de programas preventivos. Esto se demostró a través de la impresionante reducción de las tasas de mortalidad materna de 310 por 100.000 en 1956 a 86,3 en 1985 y hasta 68,2 en 1993. Sin embargo, a finales de la década de 1980 y comienzos de la década de 1990, la desaceleración de la economía mundial resultó en restricciones económicas como el ajuste estructural dictado por agencias internacionales, que afectaron a países en desarrollo como Colombia. Como resultado, el papel del estado se redujo a través de la descentralización y la privatización de los servicios. En respuesta a estas presiones, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fue creado en 1993.²⁵

El objetivo de Colombia era aumentar la cobertura, el acceso, la calidad y la sostenibilidad financiera del público de la nación. En el sector sanitario se implementó un sistema de seguro nacional como una forma de aumentar el acceso a los servicios de salud. Los subsidios de la atención se basaban en la demanda más que en la oferta; por lo tanto, la generación de estrategias de privatización,

la competencia entre compañías de seguros y proveedores de servicios, y los recursos asignados a la atención médica aumentaron del 1,9% del PIB en 2000 al 3,4% en 2006, que a su vez estaba destinado a incentivar la eficiencia, productividad y rentabilidad del sistema.²⁵ El desarrollo de programas para la prevención y la promoción de la salud disminuyeron porque estos programas no fueron rentables a corto plazo ni económicamente factibles para el estado como inversionista. En consecuencia, el país experimentó varios reveses en las iniciativas de salud pública. Este fue especialmente el caso de la mortalidad materna, que aumentó de 66,2 en 1993 a 105 en 2000. En 2005, la tasa de mortalidad materna en Medellín fue de 42 por 100.000. Aunque esto fue mucho más bajo que las tasas de mortalidad en otras regiones de Colombia, la mayoría de estas muertes fueron prevenibles.²⁵ Dado que la morbilidad evalúa los partos atendidos por personal calificado, supone que deben ocurrir menos complicaciones y muertes durante los partos atendidos por asistentes capacitados. A pesar de la morbilidad materna, los datos de ENS de 2007²⁶ muestran que el 95% de la atención materna fue proporcionada por personal calificado. Después de su creación, el SGSSS aumentó el número de instituciones públicas y privadas que brindan atención materna e infantil.

En Colombia, el Decreto 1011 estableció el Sistema Obligatorio de Atención Médica de Calidad Garantizada dentro del SGSSS; Este decreto estipula que los proveedores de servicios deben tener la capacidad tecnológica y científica necesaria para garantizar a sus pacientes servicios accesibles, oportunos, seguros y continuos. A pesar de los compromisos internacionales con la salud materna y las estrategias políticas que Colombia ha establecido, las tasas de morbilidad materna prevenible en Colombia continúan siendo un problema de salud relevante y merecen ser investigadas.²⁵

América Latina y Caribe son consideradas una de las regiones más dispares del mundo al concentrar 14 de los 20 países reconocidos como los más inequitativos a nivel mundial (entre los que se encuentra Colombia). El común denominador es la discriminación estructural que se expresa en marginalidad, exclusión y pobreza. Además, muestra que los mayores niveles de inequidad en los indicadores relativos a la salud y nutrición se dan entre las madres, niñas, niños y adolescentes pertenecientes a las minorías étnicas. Un estudio realizado en el Cauca,²⁷ mostró que la situación de salud de la población afiliada, se caracteriza por un deterioro a lo largo de los años, con altas prevalencias de enfermedades infecciosas que por lo general están relacionadas con necesidades insatisfechas y/o no resueltas por parte del estado. Reflejando altas tasas de muertes prevenibles como las causadas por enfermedades diarreicas, insuficiencias respiratorias agudas en menores de cinco años, muertes por tuberculosis y muertes maternas, perinatales e infantiles. La situación de mortalidad materna y perinatal es muy preocupante para las instituciones de salud, sin embargo, no es claro el comportamiento de estos eventos.

Asimismo, en un estudio realizado por investigadores de la Universidad de Nariño,²⁸ se menciona la población afro-caucana como poseedora de una gran riqueza de conocimientos y tradiciones en salud materno infantil que aún no han sido reconocidos e incorporados al sistema de salud occidental ni a la comunidad científica, debido a que prevalece una concepción de salud y comprensión de la enfermedad que se basa únicamente en la medicalización del cuerpo, por lo que se descuidan otros factores de orden cultural, ambiental y espiritual que inciden en el reconocimiento de la salud como un tema cultural, ancestral, tradicional y casero propio de esta población. Así, la etnia constituye un determinante importante para el acceso a los servicios sanitarios.

Por otra parte, un estudio realizado por Rodríguez *et al*,²⁹ demostraron que los determinantes de la salud asociados con mayor probabilidad de presentar complicaciones perinatales fueron: estrato socioeconómico bajo, distancia de la vivienda respecto al sitio de atención y alta puntuación en escala de riesgo biopsicosocial. También se demostró que, mediante la entrega de subsidios de transporte, las inasistencias disminuyeron 87%. Lo que ratifica otro estudio de investigación que menciona que entre las limitaciones que presenta la población materno-infantil en el país, está la dificultad para el pago de transporte, el cual fue la principal barrera de acceso causante de inasistencia.³⁰ Las barreras económicas, socioculturales y geográficas, obviadas por el sistema de salud colombiano, afectan la accesibilidad a los controles prenatales.

Asimismo, el pobre acceso a la información por parte de las instituciones prestadoras del servicio, se convierte en una barrera importante para la utilización de los servicios sanitarios. Una indagación realizada en Manizales,³¹ mostró que en las instituciones sanitarias estudiadas habían pocos medios de divulgación que incentivaran el inicio temprano del Control Prenatal, recomendando a las instituciones realizar intervenciones conjuntas entre las IPS, EPS y entes municipales que fomenten el acceso temprano al CP. A su vez, según la guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo de la Resolución 00412 de 2000, los horarios de atención a las gestantes deben ser tan convenientes como sea posible para favorecer la concurrencia de las mujeres a los controles prenatales. Se ha demostrado que cuanto mayor es el número de horas que los servicios de salud dedican para la atención de las pacientes, más elevado será el número de mujeres que solicitan CP en las mismas. Aspectos de disminución del gasto de bolsillo, las incomodidades derivadas de la atención y de las instalaciones, entre otros, deben ser parte de los planes de mejoramiento de la calidad de la atención del CP.

Acceso al programa de crecimiento y desarrollo

Según un informe de la Organización Mundial de la Salud, OMS,³² aproximadamente 6,9 millones de niños menores de cinco años

murieron en 2011 por causas que incluyen desnutrición, infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas. Los niños que sobreviven a estas enfermedades quedan con secuelas que afectan su crecimiento y desarrollo, y varios estudios confirman que la productividad y el rendimiento educativos dependen en gran medida del desarrollo de la primera infancia. Por ello, los gobiernos de los países en desarrollo han invertido recursos significativos en diversas políticas y programas para abordar este problema; sin embargo, existe una necesidad continua de garantizar un uso más eficiente de estos recursos.³³

De ahí que diversos planes de protección social que abordan la salud materno-infantil se ha implementado en América Latina y el Caribe, incluyendo: el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) en Bolivia, el Programa de Salud Familiar (Programa Saúde da Família - PSF) en Brasil, la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LMGAI) en Ecuador, el Bono Materno Infantil (BMI) en Honduras, y la Educación, Salud y Programa de Nutrición (Programa de Educación, Salud y Alimentación - PROGRESA) en México. En Colombia, el primer programa de protección de la salud de la madre y el niño fue el Programa de extensión de los servicios de protección de la madre y el niño, que pasó a llamarse Programa de la madre y el niño (Programa Materno Infantil) - PMI en 1973. Este programa tenía como objetivo reducir las tasas de morbilidad materna e infantil resultantes de enfermedades infecciosas y parasitarias, mejorar la cobertura de los servicios preventivos y reducir la prevalencia de la malnutrición proteínocalórica.³³

En 1987, en respuesta a una investigación realizada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) enfocándose en la salud infantil integral, la nutrición y el estímulo en familias que viven en pobreza extrema y sufrimiento por desnutrición, el gobierno colombiano implementó el Programa de Hogares Comunitarios (PHC). Para lograr una mayor eficiencia en la asignación de recursos y la focalización, el gobierno realizó una serie de cambios en este programa, incluidas las transferencias condicionadas que llevaron a la creación del Programa Familias en Acción (Programa Familias en Acción).³³

Otro programa de protección social es el Programa de Crecimiento y Desarrollo (PCD), que se centra en la salud de la madre y el niño y surgió como resultado de la solicitud del UNICEF de incluir información sobre tipos de juego relacionados con el desarrollo de la primera infancia. EL PCD se creó en la década de 1970 y ha estado sujeta a una serie de cambios desde entonces, incluida la Resolución N° 00412 de 2000, que introdujo la llamada Norma Técnica para la Detección Precoz de Cambios en el Crecimiento y el Desarrollo en Niños Menores de Diez Años.³³ La norma se centra en los niños inscritos en los regímenes contributivos y subsidiados desde el nacimiento hasta los 10 años, y la estrategia básica del programa es educar a los padres sobre la atención

integral de salud para los niños. El Programa de Crecimiento y Desarrollo ha sido considerado como una importante acción de salud pública, impulsada por el sistema de salud desde hace más de 20 años.³⁴ La Ley 100 ha creado un nuevo escenario de la salud en Colombia, que se funda en un esquema de aseguramiento. La perspectiva de mercado y de rentabilidad económica genera una forma diferente de entender la prestación de los servicios de salud. Por lo tanto, los programas como el de Crecimiento y Desarrollo, que se habían construido para un sistema de salud diferente, han tenido que adecuarse a estas nuevas condiciones. Antes de la reforma había tres instituciones encargadas del programa, el Seguro Social para afiliados a la seguridad social, las cajas de compensación familiar y Metrosalud para el resto de la población. En este orden de ideas, en Colombia se han reportado dos estudios enfocados a documentar el programa de Crecimiento y Desarrollo y su impacto para la población colombiana.

Peñaranda *et al*,³⁴ realizó un estudio que buscó identificar los cambios de programa de crecimiento y desarrollo, sus causas y su impacto para la calidad de las acciones promovida por el programa y por ende, para la promoción de la salud de los niños menores de seis años y sus familias en la ciudad de Medellín. El mismo concluyó que durante el periodo de implementación del programa se habían producido importantes cambios en su forma de ejecución y administración, encontrando especialmente una gran diferencia de la calidad del servicio entre los programas ofrecidos por el régimen contributivo y el régimen subsidiado, lo que ha genera una situación de marcada inequidad que está afectando a las familias más vulnerables, que precisamente serían las que requerirían mayores esfuerzos del sistema de salud.

Asimismo, Padilla *et al*,³³ realizaron un estudio para evaluar el impacto del Programa de Crecimiento y Desarrollo y el Cuidado del Niño en la región Caribe de Colombia, encontrando que en la región hubo una disminución en el TDA y un aumento en la inmunización y la búsqueda de tratamiento para Infección Respiratoria Aguda (IRA) o síntomas de fiebre debido al programa. Se pudo observar una pérdida de valores en la muestra relacionada con la vacunación y el tratamiento con IRA. Los datos proporcionan evidencia irrefutable de un problema con respecto a la relación entre EDA y estado nutricional, lo que implica que los efectos del programa se limitan esencialmente a los niños de las familias más pobres de la región. Los resultados con respecto a la malnutrición aguda y crónica son similares a nivel regional.

Brasil, al igual de Colombia, ha reportado hallazgos en cuanto al seguimiento del crecimiento y desarrollo de los menores.³⁵⁻³⁹ Sin embargo, los estudios enfatizan en el crecimiento y desarrollo cognitivo y de lenguaje, y no como programa gubernamental, estandarizado para todo el país. No se encontraron estudios relacionados en países Latinoamericanos. Se evidencia la escasez de estos estudios en la comunidad científica internacional.

CONCLUSIONES

El acceso a los servicios de salud se muestra como un elemento esencial para la garantía del derecho a la salud a nivel mundial, sin embargo, es una necesidad de los países pluriétnicos y pluriculturales realizar estudios detallando las diferencias entre poblaciones de la misma región brindando alternativas de solución con impacto en políticas públicas.

Se evidenció pocos estudios sobre monitoreo, control y evaluación de los programas y/o servicios para la atención de la población materno infantil. Asimismo, se presenta escasez de estudios en programas de atención y/o vigilancia basados en la comunidad (VEBC).

El país latinoamericano con mayor reporte de estudios en acceso a servicios de salud fue Brasil, seguido por países como Chile, Colombia y México.

Se evidenció diferencias estructurales en los programas de Crecimiento y Desarrollo en los países Latinoamericanos. Para Colombia el programa se detalla en la guía de práctica clínica No. 64 basada en la evidencia, para la promoción del crecimiento, detección temprana y enfoque inicial de alteraciones del crecimiento en niños menores de 10 años.

REFERENCIAS

- Ricardo Batista Moliner, Gisele Coutin Marie PFC. Condiciones De Vida Y Salud Materno-Infantil. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2001; 27(2):126-34.
- E. Díez, J.R Villalbí, A. Benaque MN. Desigualdades en salud materno-infantil. *Gac Sanit*. 1995; 9:224-31.
- UNICEF. Salud materna y neonatal [Internet]. 2009 [cited 2024 Jun 27]. 159 p. Available from: <https://www.unicef.org/media/92941/file/UNICEF-informe-anual-2009.pdf>
- Programa de Emergencias y Desastres de la OPS/OMS en Colombia, Mahecha Grott AM, Casas Cruz HM. Informe Misión Resguardo Catrú, Dubasa y Ancosó. 2011.
- Organización de Naciones Unidas ONU. Organización de Naciones Unidas. 2015. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Available from: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/summit/>
- Aday LA, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Serv Res*. 1974; 208-20.
- Latorre-Arteaga S, Fernández-Sáez J, Gil-González D. Inequities in visual health and health services use in a rural region in Spain. *Gac Sanit*. 2018; 32(5):439-46. DOI: 10.1016/j.gaceta.2017.03.009
- OMS, UNICEF, UNFPA BM. Estimaciones de Mortalidad Materna [Internet]. 2008 [cited 2024 Jun 27]. Available from: https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/sesion5_mortmaterna_aseuc_oms.pdf
- Programa Salud Materno-Infantil en las Américas. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2010; 75(6):411-21. DOI: 10.4067/S0717-75262010000600011
- Basinga P, Gertler PJ, Binagwaho A, Soucat AL, Sturdy J, Vermeersch CM. Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: An impact evaluation. *The Lancet*. 2011; 377(9775):1421-8. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60177-3
- Barros AJ, Ronsmans C, Axelson H, Loaiza E, Bertoldi AD, Frana GV, *et al*. Equity in maternal, newborn, and child health interventions in Countdown to 2015: A retrospective review of survey data from 54 countries. *The Lancet*. 2012; 379(9822):1225-33. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60113-5
- Mumtaz Z, Salway S, Bhatti A, Shanner L, Zaman S, Laing L, *et al*. Improving maternal health in Pakistan: Toward a deeper understanding of the social determinants of poor women's access to maternal health services. *Am J Public Health*. 2014; 104(SUPPL. 1):17-24. DOI: 10.2105/AJPH.2013.301377
- Bhatta DN, Aryal UR. Paternal factors and inequity associated with access to maternal health care service utilization in Nepal: A community based cross-sectional study. *PLoS One*. 2015; 10(6):1-14. DOI: 10.1371/journal.pone.0130380
- Okwaraji YB, Webb EL, Edmond KM. Barriers in physical access to maternal health services in rural Ethiopia. *BMC Health Serv Res*. 2015; 15(1):493. DOI: 10.1186/s12913-015-1161-0
- Ariza-Montoya JF, Hernández-Álvarez ME. Equidad de Etnia en el Acceso a los Servicios de Salud en Bogotá, Colombia, 2007. *Revista de Salud Pública*. 2008; 10(1):58-71.
- Riggs E, Davis E, Gibbs L, Block K, Szwarc J, Casey S, *et al*. Accessing maternal and child health services in Melbourne, Australia: Reflections from refugee families and service providers. *BMC Health Serv Res*. 2012; 12(1):1-17. DOI: 10.1186/1472-6963-12-117
- Arispe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas JL. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia. *Revista Medica Herediana*. 2012; 22(4):169-75.
- Cáceres-Manrique F. El control prenatal: una reflexión urgente. *Rev Colombiana Obstet Ginecol*. 2009; 60(2):165-70.
- Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd JD, Coutinho LM. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2003; 25(10):717-24.
- Santos Neto ET dos, Zandonade E, Oliveira AE, Leal M do C. Access to prenatal care: assessment of the adequacy of different indices TT. *Cad Saude Publica*. 2013; 29(8):1664-74. DOI: 10.1590/0102-311x00125612
- Furtado MCDC, Mello DF, Parada CMGL, Pinto IC, Reis MCG, Scochi CGS. Avaliação da atenção ao recém-nascido na articulação entre maternidade e rede básica de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2010; 12(4):640-7.
- Cahuana-Hurtado L, Sosa-Rubí S, Bertozzi S. Costo de la atención materno infantil en el estado de Morelos, México. *Salud Publica*

- Mex. 2004; 46(4):316-25.
23. Tanaka S, Itsuko S, Yoshikawa E. Una propuesta metodológica para la apropiación de costos de producción en la atención prenatal. *Cienc Saúde Colectiva*. 2010; 15(Supl. 1):987-96.
 24. Leal MDC, Gama SGN Da, Ratto KMN, Cunha CB Da. Use of the modified Kotelchuck index in the evaluation of prenatal care and its relationship to maternal characteristics and birth weight in Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos de saude publica / Ministerio da Saude, Fundacao Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saude Publica*. 2004; 20 Suppl 1:S63-72. DOI: 10.1590/s0102-311x2004000700007
 25. Molina G, Vargas G, Shaw A. Compromised quality of maternal healthcare in a market economy: Medellín, Colombia 2008-2009. *Colomb Med*. 2011; 42(3):294-302 9p.
 26. Rodríguez, J, Ruiz F, Peñaloza E, Eslava J, Gómez LC, Sánchez H, Amaya JL, Arenas R BY. Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales [National Health Survey 2007. National Results]. 2009. 27-260.
 27. Romo MCJ. Mortalidad materna y perinatal en una EPS indígena en el departamento del Cauca entre los años 2007 a 2011. 2012;
 28. Rodr C, Galv DM. *Universidad y salud*. 2014; 16(1):114-21.
 29. Rodríguez-Páez FG, Jiménez-Barbosa WG, Jiménez-González CA, Coral-Córdoba ÁE, Ramírez-Solano PC, Ramos-Navas NR. Efecto de las barreras de acceso sobre la asistencia a citas de programa de control prenatal y desenlaces perinatales. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2014; 13(27):206-21.
 30. Johana I, Alejandra M. Ingreso temprano al control prenatal en una unidad materno infantil. *CUIDARTE Revista de Investigación Programa de Enfermería UDES*. 2010;
 31. Rivera Mejía PT, Carvajal Barona R, Mateus Solarte JC, Arango Gómez F VBJA. Factores de Servicios de Salud y Satisfacción de Usuarías Asociados al Acceso al Control Prenatal. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2014; 19(1):2014–84.
 32. OMS. *Estadísticas sanitarias mundiales 2014*. 2014.
 33. Padilla A de J, Trujillo JC, Padilla A de J, Trujillo JC. An impact assessment of the Child Growth, Development and Care Program in the Caribbean Region of Colombia. *Cad Saude Publica*. 2015; 31(10):2099-109. DOI: 10.1590/0102-311X00153514
 34. Peñaranda F, Bastidas M, Ramirez H, Lalinde MI, Giraldo Y, Echeverri SL. El Programa de Crecimiento y Desarrollo: otro factor de inequidad en el sistema de salud. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Publica*. 2002; 1(20):89-99.
 35. Da Rocha Neves K, De Souza Morais RL, Teixeira RA, Pinto PAF. Growth and development and their environmental and biological determinants. *J Pediatr (Rio J)*. 2016; 92(3):241-50. DOI: 10.1016/j.jpmed.2015.08.007
 36. Hadders-Algra M. Social and biological determinants of growth and development in underprivileged societies. *J Pediatr (Rio J)*. 2016; 92(3):217-9. DOI: 10.1016/j.jpmed.2016.02.001
 37. Finkler AL, Viera CS, Grubisich Mendes Tacla MT, Gonçalves De Oliveira Toso BR. The access and the difficulty in resoluteness of the child care in primary health care. *ACTA Paulista de Enfermagem*. 2014; 27(6):548-53. DOI: 10.1590/1982-0194201400089
 38. Palombo CNT, Duarte LS, Fujimori E, Toriyama ÁTM. Use and records of child health handbook focused on growth and development. *Revista da Escola de Enfermagem*. 2014;48(SpecialIssue):59–66.
 39. De Almeida AC, Da Costa Mendes L, Sad IR, Ramos EG, Fonseca VM, Peixoto MVM. Use of a monitoring tool for growth and development in Brazilian children - Systematic review. *Revista Paulista de Pediatria*. 2016; 34(1):122-31. DOI: 10.1016/j.rppede.2015.12.002